

Instituto Politécnico Saúde do Norte
Escola Superior de Saúde do Vale do Sousa



Tese de Mestrado

Sobrecarga do Cuidador Principal do Doente Dependente

Trabalho elaborado no âmbito do 2º Ano do Curso de Mestrado em Enfermagem Comunitária do Instituto Politécnico de Saúde do Norte – Escola Superior de Saúde do Vale do Sousa, para a obtenção do grau de Mestre, sob orientação da Professora Doutora Assunção Nogueira.

Trabalho realizado por:
Filipa Daniela Freitas Simões

Gandra, Junho de 2013

Ficha de catalogação

Simões, F.D.F.

Sobrecarga do Cuidador Principal do Doente Dependente/ Filipa Daniela Freitas Simões. Orientado pela Professora Doutora Assunção Nogueira (PhD). Gandra 2013.

Tese de Mestrado em Enfermagem Comunitária (Relatório de Estágio)

Instituto Politécnico de Saúde do Norte – Escola Superior de Saúde do Vale do Sousa.

Palavras – Chave: SOBRECARGA, CUIDADOR PRINCIPAL, DOENTE DEPENDENTE, ENFERMAGEM.

AGRADECIMENTOS

A concretização deste trabalho, só foi possível devido ao precioso apoio de pessoas tão especiais que de alguma forma contribuíram para a minha formação não só como futura Mestre de Enfermagem Comunitária mas também como pessoa, pelo que, não podia deixar de expressar o meu mais sincero agradecimento.

À Professora Doutora Clarisse Magalhães, coordenadora do Mestrado de Enfermagem Comunitário, pelo rigor e condução do mesmo.

À Professora Doutora Assunção Nogueira, minha orientadora, que com grande mestria sempre mostrou sabedoria e disponibilidade para tudo o que foi necessário, fazendo o possível e o impossível.

À Mestre Iolanda Couto por ter sido um elemento facilitador e encorajador do trabalho, disponibilizando meios que sem os quais não teria sido possível a sua realização.

Às colegas de mestrado, pela partilha de saberes, pelo incentivo e carinho demonstrados.

Aos cuidadores informais da Freguesia de Gandra, concelho de Paredes.

Aos idosos dependentes da Freguesia de Gandra, Concelho de Paredes.

Aos meus colegas e amigos, por todas as horas de companheirismo, por estarem “sempre lá”, com uma palavra de apoio, um gesto amigo ou um chá quente.

Aos meus pais e irmã, obrigado por serem quem são, para vós não há longe nem distância, obrigado por sempre acreditarem.

A todos...

MUITO OBRIGADA!

RESUMO

Numa sociedade cada vez mais envelhecida, em que o aumento da necessidade de apoio às pessoas idosas dependentes emerge como um problema prioritário, interrogamo-nos sobre a necessidade de dar mais atenção à prestação de cuidados informais à pessoa idosa dependente em contexto domiciliário.

Assim, o presente estudo visa identificar quais as necessidades dos cuidador principais na prestação de cuidados à pessoa dependente no domicílio. Por forma a ir de encontro aos objetivos propostos para este projeto de investigação e, de acordo com a natureza do problema em estudo, optamos por um desenho de investigação não experimental, quantitativa e de tipo descritivo transversal. Foram selecionados sessenta e seis cuidadores de pessoas dependentes, no domicílio, da freguesia de Gandra, concelho de Paredes.

Como instrumento de recolha de dados utilizamos o Questionário Sócio-Demográfico do Cuidador Informal, o Questionário de Avaliação da Sobrecarga do Cuidador Principal e a escala que permite a avaliação do grau de dependência, Mini Dependence Assessment.

Após a análise dos resultados obtidos através do QASCI e da escala MDA, a necessidade mais demonstrada pelos cuidadores principais da amostra do estudo realizado foi ao nível da sobrecarga emocional.

Para além desta, os cuidadores deixaram antever a necessidade de adquirir conhecimentos acerca dos cuidados de higiene e posicionamentos, na prevenção de úlceras de pressão, com o principal intuito de prevenir futuras complicações e reduzir internamentos. Esta necessidade foi detetada pelas assistentes do centro de dia, pelos enfermeiros da Unidade de Saúde familiar, transmitido pela Enfermeira responsável (Vogal do Aces de Paredes) e pela assistente social do centro de dia, pela assistente social do Centro de Dia e não verbalizadas pelo cuidador.

O projeto “O Recanto do Cuidador” foi elaborado de forma a ir de encontro com os nossos objetivos e estratégias, pretendendo-se obter ganhos em saúde, através da promoção da integração de boas práticas de posicionamentos e prevenção de úlceras de pressão e cuidados de higiene no leito, à pessoa dependente, assim como, promover o alívio do cuidador principal através do convívio entre cuidadores, profissionais de saúde e restante comunidade envolvente.

Relativamente ao contributo dos enfermeiros é imprescindível que o cuidador, á semelhança da pessoa dependente, seja considerado o alvo prioritário de intervenção para os profissionais de saúde, com o intuito de avaliarem as suas capacidades para a prestação de cuidados, o seu estado de saúde, as dificuldades que emergem do contexto, as estratégias que pode utilizar para facilitar o cuidado, a informação de que dispõe e a capacidade para receber e interpretar a informação.

PALAVRAS-CHAVE – Cuidador principal, Planeamento em Saúde, Intervenção Comunitária, Enfermagem Comunitária

ABSTRACT

In a Society which is getting older everyday and where the need in supporting the dependent elderly increases as priority, we question the need in giving more attention regarding informal care given to the elder at their home.

Therefore, this study aims to identify the needs of the main caregivers in the care of the dependent person at home. In order to meet the proposed objectives for this research project and, according to the nature of the problem under study, we chose a non-experimental research design, quantitative and descriptive cross. Were selected sixty-six caregivers of dependent persons, in the city of Gandra, municipality of Paredes.

As gathering data tools we used Socio-Demographic Questionnaire Informal Caregiver, the Assessment Questionnaire overload main caregiver and scale that allows the evaluation of the degree of dependence, Mini Dependence Assessment.

After analyzing the results obtained from QASCI and scale MDA, was demonstrated the need for more primary care providers in the sample of the study was the level of emotional overload.

Beyond this, the caregivers left foresee the need to acquire knowledge about hygiene and positioning in the prevention of pressure ulcers, with the primary purpose of preventing future complications and reduce hospitalizations. This need was detected by day care assistants, nurses Health Unit family, transmitted by the nurse in charge (Member of Aces of Paredes) and the social worker 's day center, the social worker at the day center and the unspoken caregiver.

The project " The Caregiver 's Corner " was developed in order to meet with our objectives and strategies, aiming to obtain health gains by promoting the integration of good positioning and pressure ulcer prevention and care hygiene in the bed, the dependent person , as well as promote the relief of the primary caregiver through the interaction between caregivers, health professionals and the remaining surrounding community .

Regarding the contribution of nurses is essential that the caregiver will similarly dependent person is considered the primary target of intervention for health professional, in order to assess the capabilities for the provision of care, health status, difficulties that emerge from the context, the strategies you can use to facilitate the care, the information available and the ability to receive and interpret information.

KEY - WORDS – Main Caregiver, Health Planning, Community Intervention, Community Nursing

"O valor das coisas não está no tempo em que elas duram,
mas na intensidade com que acontecem.
Por isso existem momentos inesquecíveis,
coisas inexplicáveis e
pessoas incomparáveis".

Fernando Pessoa

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

SupF - Suporte Familiar

ABVD – Atividades Básicas de Vida Diária

ACES – Agrupamento de Centros de Saúde

AIVD – Atividades Instrumentais de Vida Diária

APTF – Associação Portuguesa de Tratamento de Feridas

CESPU – Cooperativa de Ensino Superior Politécnico e Universitário

CP – Cuidador Principal

CSPSMG – Centro Social e Paroquial São Miguel de Gandra

DGS – Direção Geral de Saúde

EPS – Educação para a Saúde

ESSVS – Escola Superior de Saúde do Vale do Sousa

MDA – *Mini Dependence Assessment*

MEC - Percepção dos Mecanismos de Eficácia e de Controlo

PNS – Plano Nacional de Saúde

QASCI – Questionário de Sobrecarga do Cuidador Informal

RE - Reações a Exigências

RN – Região Norte

SE - Sobrecarga Emocional relativa ao familiar

SF - Sobrecarga Financeira

SPF - Satisfação com o Papel e com o Familiar

UCC – Unidade Cuidados Continuados

VP - Implicações na Vida Pessoal do Cuidador

ÍNDICE DO DOCUMENTO

AGRADECIMENTOS	V
RESUMO	VII
ABSTRACT	IX
LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS	XIII
ÍNDICE DO DOCUMENTO	XV
ÍNDICE TABELAS	XVII
INDICE GRÁFICOS	XIX
0 - INTRODUÇÃO	1
1 - CUIDAR O IDOSO DEPENDENTE	3
1.1 - CUIDADOS INFORMAIS: TIPOS E TAREFAS DE APOIO	6
1.2 - PAPEL DO ENFERMEIRO COMUNITÁRIO	9
1.3 - SOBRECARGA DO CUIDADOR.....	10
1.4 - FATORES QUE INFLUENCIAM A SOBRECARGA DO CUIDADOR	11
1.5 - PRINCIPAIS REPERCUSSÕES ASSOCIADAS AO CUIDAR.....	13
2 - PLANO METODOLÓGICO	17
2.1 - TIPO DE ESTUDO	19
2.2 - POPULAÇÃO ALVO E AMOSTRA DE ESTUDO	19
2.3 - OPERACIONALIZAÇÃO DAS VARIÁVEIS EM ESTUDO	21
2.4 - INSTRUMENTO DE RECOLHA DE DADOS	22
2.4.1 - <i>Questionário Sócio Demográfico do Cuidador Principal</i>	23
2.4.2 - <i>QASCI</i>	23
2.4.3 - <i>Mini Dependance Assessment (MDA)</i>	25
2.5 - PRÉ-TESTE DO QUESTIONÁRIO	26
2.6 - PROCEDIMENTOS PARA A ANÁLISE DOS DADOS	26
2.7 - CONSIDERAÇÕES ÉTICAS	27
3 - DIAGNÓSTICO DE SITUAÇÃO	29
3.1 - APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS.....	31
3.1.1 - <i>Caraterização sócio-demográfica dos cuidadores principais</i>	31
3.1.2 - <i>Sobrecarga dos cuidadores principais</i>	36
3.1.3 - <i>Níveis de dependência das pessoas alvo de cuidados</i>	39
3.2 - DISCUSSÃO DOS RESULTADOS	40

3.3 -	PROBLEMAS DIAGNOSTICADOS.....	44
4 -	PLANO DE INTERVENÇÃO	47
4.1 -	DEFINIÇÃO DE PRIORIDADES	47
4.2 -	FINALIDADE E OBJETIVOS	50
4.3 -	SELEÇÃO DE ESTRATÉGIAS	52
4.4 -	PROJETO “O RECANTO DO CUIDADOR”	53
4.5 -	EXECUÇÃO	56
5 -	AVALIAÇÃO	59
6 -	CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	63
7 -	REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	67
8 -	ANEXOS	LXXIII
ANEXO I.....	LXXIV
ANEXO II.....	LXXV
ANEXO III.....	LXXVI
ANEXO IV	LXXVII
ANEXO V	LXXVIII
ANEXO VI	LXXXVII

ÍNDICE TABELAS

TABELA 1 - DADOS POPULACIONAIS DO VALE DO SOUSA	29
TABELA 2 - DISTRIBUIÇÃO DOS CUIDADORES DE ACORDO COM AS CARACTERÍSTICAS: GÉNERO, ESTADO CIVIL, HABILITAÇÕES ACADÉMICAS, SITUAÇÃO PROFISSIONAL E GRAU DE PARENTESCO.....	32
TABELA 3 - MEDIDAS DE LOCALIZAÇÃO E DISPERSÃO PARA A VARIÁVEL IDADE DOS CUIDADORES PRINCIPAIS	33
TABELA 4 - DISTRIBUIÇÃO DOS CUIDADORES DE ACORDO COM O CONTEXTO DA PRESTAÇÃO DE CUIDADOS: COABITAÇÃO, APOIO DOMICILIÁRIO, APOIO DE CENTRO DE DIA, APOIO DE FAMILIAR/VIZINHO/AMIGO E APOIO FINANCEIRO.....	34
TABELA 5 - MÉDIAS DAS SUBESCALAS DO QASCI E RESPETIVOS NÍVEIS DE SOBRECARGA.....	37
TABELA 6 - ESCOLHA DE PRIORIDADES SEGUNDO OS CRITÉRIO MAGNITUDE, TRANSCENDÊNCIA SOCIAL, TRANSCENDÊNCIA ECONÓMICA E VULNERABILIDADE	48
TABELA 7 - PRIORIZAÇÃO DOS PROBLEMAS IDENTIFICADOS	49
TABELA 8 - ESCOLHA DE PRIORIDADES	LXXXVIII
TABELA 9 - PRIORIZAÇÃO DOS PROBLEMAS	LXXXIX

INDICE GRÁFICOS

GRÁFICO 1 - HORAS DIÁRIAS DE CUIDADOS À PESSOA DEPENDENTE	35
GRÁFICO 2 - TEMPO COMO CUIDADOR PRINCIPAL.....	35
GRÁFICO 3 - SOBRECARGA DO CUIDADOR PRINCIPAL SEGUNDO O QASCI – POR SUBESCALA E TOTAL.....	36
GRÁFICO 4 - MÉDIA DAS RESPOSTAS DOS CUIDADORES AOS ITENS DA QASCI	38
GRÁFICO 5 - DEPENDÊNCIA TOTAL SEGUNDO O MDA, POR CATEGORIA	39
GRÁFICO 6 - MÉDIA DAS RESPOSTAS DOS CUIDADORES AOS ITENS DA MDA	40

0 - INTRODUÇÃO

À semelhança dos países desenvolvidos, o número de idosos em Portugal tem apresentado um aumento significativo. Cada vez são mais numerosos entre a população geral. “Em Portugal, nos últimos 40 anos, a população idosa (com mais de 65 anos) duplicou, representando atualmente cerca de 16,7% da população total” (INE, 2002, *in* Sequeira, 2010, p. 3). Este aumento é particularmente digno de registo, pois este grupo etário tem crescido de forma significativamente mais rápida do que qualquer outro e prevê-se que cresça ainda mais significativamente num futuro próximo (Squire, 2005, *in* Sequeira, 2010).

Torna-se premente equacionar respostas competentes para este novo cenário, marcado por um aumento significativo de idosos dependentes, pois, infelizmente, nem sempre o aumento da longevidade é acompanhado de independência e qualidade de vida, muitos necessitam de acompanhamento e cuidados no seio das suas famílias. Contudo, as profundas mudanças na família, constatadas atualmente, bem como a complexidade crescente dos cuidados interferem com a sua capacidade de resposta para cuidar dos seus idosos dependentes.

A consciência desta realidade, aliada a uma motivação pessoal pareceu-nos pertinente o tema: “Necessidades dos Cuidadores Informais que têm a seu cargo Pessoas Dependentes”.

No âmbito do estágio de Planeamento em Saúde o grupo de trabalho decidiu atuar neste âmbito. O Planeamento em saúde é uma ferramenta que permite ao enfermeiro comunitário atuar de forma mais incisiva e assertiva nos problemas da população em geral e mais precisamente em problemas de grupos específicos.

Deste modo, foram traçados os seguintes objetivos:

- Caracterizar o nível de saúde da população;
- Analisar o diagnóstico de situação e fazer levantamento de necessidades;
- Definir prioridades de saúde e estabelecer objetivos a atingir com a intervenção;
- Selecionar estratégias e elaborar planos de ação e meios de avaliação;

- Especificar detalhadamente as atividades a desenvolver;
- Intervir junto da comunidade alvo e fazer avaliação da intervenção;
- Propor alterações ao plano de intervenção.

Para além destes objetivos procuramos ainda:

- Compreender as especificidades das etapas do planeamento em saúde;
- Aplicar na prática as etapas de planeamento em saúde;
- Conseguir a adesão e interesse, da amostra em estudo, para o projeto a ser implementado;
- Conseguir a implementação de um projeto viável e adequado à população alvo de Gandra;

Optámos por um desenho de investigação quantitativo, do tipo exploratório, uma vez que pretendemos analisar a sobrecarga e a sua relação com o contexto do cuidar.

Constituíram a população alvo todos os cuidadores informais de idosos dependentes, ou seja, idosos com limitações ou incapacidades funcionais nas atividades de vida diária, inscritos no centro de dia da freguesia de Gandra, concelho de Paredes, que aceitaram participar voluntariamente no estudo.

Este relatório pretende dar a conhecer todas as etapas do Planeamento em Saúde ou seja desde o diagnóstico de situação à população cuidadora até à intervenção comunitária e respetiva avaliação das atividades desenvolvidas.

O trabalho encontra-se dividido em três partes. Na primeira parte abordamos a temática do envelhecimento segundo uma perspetiva demográfica e psicossocial, na segunda parte abordamos os cuidados informais e as necessidades do cuidador informal e numa terceira parte composta pela priorização de necessidades, determinação de objetivos e falamos do Projeto Intervenção para o Cuidador Informal “O Recanto do Cuidador” e na sua avaliação.

A metodologia utilizada para a sua elaboração foi a descritiva baseada na pesquisa bibliográfica e eletrónica, tendo como critérios de seleção a sua credibilidade, autenticidade e atualização.

1 - CUIDAR O IDOSO DEPENDENTE

Nas últimas décadas a vida humana prolongou-se não só em consequência dos progressos científicos e tecnológicos da Medicina, mas também das transformações socioeconómicas que proporcionam uma melhoria geral da qualidade de vida e do bem-estar das pessoas. Este fenómeno, conjuntamente com a baixa fecundidade registada, está na base do envelhecimento demográfico verificado nos últimos tempos.

A maior longevidade nem sempre é sinónimo de vida funcional, independente e sem problemas de saúde. Pelo contrário, o número de indivíduos com perda de autonomia, de invalidez e de dependência não para de aumentar, devido à maior prevalência de doenças crónicas e incapacitantes.

Após a fase aguda, procura-se que o doente retorne ao seu contexto familiar o mais cedo possível. Assim, desde cedo os familiares são chamados e orientados a colaborar na continuidade da prestação de cuidados, passando a realizar um conjunto de tarefas que até então tinham sido realizadas por enfermeiros, tornando-os assim elementos importantes da equipa de prestação de cuidados de saúde.

O termo cuidador principal refere-se ao indivíduo, familiar ou amigo que assegura a maior parte de cuidados que o doente requer no domicílio (Anderson, Linto, & Stewart-Wynne, 1995; Elmtahl, Malmberg, & Annerstedt, 1996).

Ao cuidador informal são incumbidas as tarefas principais relacionadas com a prestação de cuidados ao doente, assim como a responsabilidade que isso acarreta.

O cuidador primário ou principal (CI) é aquele sob quem é depositada a responsabilidade integral de supervisionar, orientar, acompanhar e/ou cuidar diretamente do doente dependente que necessita de cuidados.

Davies (1992) e Carrero (2002) definem o cuidador principal como a pessoa que proporciona a maior parte dos cuidados, que não é remunerada e sobre quem recai a responsabilidade pelo cuidar. Outros investigadores operacionalizam este

conceito como sendo o cuidador que realiza mais de metade do cuidado informal à pessoa dependente (Martín, 2005).

Para além do cuidador principal existem, muitas vezes, outros cuidadores no seio familiar: o cuidador secundário que é, habitualmente, alguém que ajuda na prestação de cuidados de forma ocasional ou regular, mas não tem a responsabilidade de cuidar, ou seja, são habitualmente familiares que dão apoio ao cuidador principal. Esta ajuda pode ser ao nível da prestação direta de cuidados ou a outro nível, como a nível económico, a nível do apoio em atividades de lazer, atividades sociais, etc. Este cuidador pode substituir o cuidador principal nas suas ausências ou em situações de emergência (Penrod, Kane, Kane e Finch, 1995; Neri e Carvalho 2002).

O cuidador terciário é alguém familiar, amigo ou vizinho próximo que ajuda muito esporadicamente ou apenas quando solicitado em situações de emergência, mas não tem qualquer responsabilidade pelo cuidar (Neri e Carvalho 2002).

O homem desde sempre cuidou, o cuidar constitui uma dimensão ontológica do ser humano, pois os seus valores, atitudes e comportamentos no quotidiano expressam preocupação constante com esta atividade. Ele cuida de si, dos que o rodeiam das suas coisas e dos seus afazeres. Assim, cuidar não é apenas mais uma função ou uma tarefa, mas sim, uma forma de “estar no mundo”. Cada Ser é único na sua forma de estar no mundo é particular na forma de cuidar. Portanto cuidar tem de ser entendido como um ato solidário que envolve respeito, reciprocidade e complementaridade. Assim, o cuidar está presente em todas as culturas e apenas difere na sua forma de expressão e de realização (Carlos Sequeira, 2007).

A função do cuidar ao longo dos tempos tem estado veiculada essencialmente à família (Lage, 2005 *in* Carlos Sequeira)

Ao longo da história, a família tem sido a principal responsável pela manutenção da autonomia dos seus membros, o que implica a prestação de cuidados em determinados contextos (Richards e Lilly, 2001 *in* Carlos Sequeira). Com o desenvolvimento da ciência médica assistiu-se a um período em que a prestação de cuidados ficou quase em exclusivo sob a responsabilidade das

instituições de saúde. Contudo, na atualidade, verifica-se novamente a atenção na manutenção dos idosos que necessitam de cuidados no domicílio como estratégia para a promoção da autonomia e dignidade (Joel, 2002 *in* Carlos Sequeira)

A família constitui o grupo primário básico e que tem o papel mais relevante no cuidado a longo prazo, como é o caso da dependência associada a doença crónica. O modelo proposto por Shanas (1979), sugere a existência de uma hierarquia predefinida (modelo hierárquico compensatório) para a adopção do papel de cuidador (cônjuge-filhos-outros familiares-amigos) (Sequeira, 2007).

O indivíduo funcionalmente dependente procura ajuda, primeiro no seio da família, sendo os familiares diretos os mais solicitados para desempenharem este papel. Preferencialmente a escolha deste elemento tende a cair num elemento do sexo feminino. Porém, o desenvolvimento socioeconómico registado no último século, condicionou a entrada das mulheres no mundo do trabalho. Assim, para além das esposas, das filhas e das noras, muitos cônjuges, filhos ou irmãos passam a assumir o papel de cuidadores principais.

Outra preferência para a escolha dos CP recai nos que se encontram afastados da sua atividade profissional, ou os que apresentam trabalhos menos diferenciados ou situações sociais mais vulneráveis, colocando-os desde logo numa situação de desvantagem social (Marks, 1997). Muitos têm que deixar de trabalhar para poder assistir os familiares (Wade, Legh-Smith & Hewer, 1986). Para além deste fator, o CP quase nunca é remunerado economicamente para a realização dos cuidados prestados ao doente. Por outro lado, dependendo da gravidade do estado geral de saúde e da idade do familiar, o cuidador pode ser confrontado com situações de fraca expectativa de sobrevivência, confrontando-se com o ter que lidar com o fim da vida. Esta situação pode ser psicologicamente difícil para o cuidador que terá que ativar mecanismos de *coping* baseado em escolhas negativas. Por outro lado, esta situação pode ser fonte de sofrimento, levando o CP a refletir e a antever o seu próprio fim (Paúl, 1997). As solicitações do doente podem absorver de tal forma o tempo do cuidador que este deixa de ter tempo para descansar o suficiente, para desenvolver atividades de que gostava e lhe davam prazer. Digamos que o cuidador quase se esquece de si, interrompe o seu projeto de vida.

Ao assumir o papel de cuidador, o sujeito vê-se confrontado com uma situação sem alternativa de escolha, pautada por uma forte obrigação moral e social, a qual, raramente, é partilhada com outros membros da família. O estado de saúde e as solicitações do doente podem absorver de tal forma o tempo do cuidador, que este se vê confrontado com uma grande e contínua sobrecarga física e emocional, que o conduz a um isolamento e diminuição dos contatos sociais (Brito, 2001; Paúl, 1997).

O CP está, com muita frequência, sujeito a depressões, a um sobrecarga emocional e física e à exaustão por cuidar continuamente sem descansos, sem folga do idoso dependente e ver que o seu papel não é reconhecido no seio familiar e social, levando a conflitos entre os elementos da família e de si (Nogueira 2012). Frequentemente a família, ou a pessoa mais diretamente envolvida na prestação de cuidados, sobre a qual recai maiores responsabilidades pela prestação de tarefas e atividades, entram em situação de crise e rotura manifestando, entre outros sintomas, tensão, constrangimento, fadiga, stress, frustração, redução do convívio, depressão a alteração da auto-estima. Esta sobrecarga ou tensão manifestada pelos cuidadores pode então acarretar problemas físicos, psicológicos, emocionais, sociais e financeiros, que em última instância afetam o bem estar de ambos, doente e cuidador (George & Gwyther, 1986).

A promoção do bem estar dos cuidadores e a prevenção de crises tornam-se aspetos importantes, que merecem por parte dos profissionais de saúde uma atenção particular, pois deles dependem os doentes a seu cargo, bem como a sua permanência no seio da família e da comunidade.

1.1 - Cuidados informais: tipos e tarefas de apoio

O cuidador de um doente dependente constitui o elemento chave de apoio ao tratamento da doença e à manutenção do idoso no domicílio como já referimos anteriormente (Garrett, 2005). O desempenho deste papel pode assumir diversas formas como: a orientação, a vigilância, a ajuda, o apoio e a substituição, se necessário. Em cada contato deve ser privilegiada uma atitude apropriada, de

apreço e estima, com a preocupação de estimular o doente, constituindo-se desta forma como um elemento terapêutico.

O papel do cuidador informal é algo complexo, atendendo essencialmente ao número de novas funções com as quais se confronta e se vê na necessidade de realizar, sendo de destacar:

- Providenciar uma vigilância de saúde adequada e efetuar a ligação entre o doente dependente e os serviços de saúde;
- Promover a autonomia e a independência;
- Promover um ambiente seguro no domicílio e no exterior;
- Adaptar o ambiente de modo a prevenir os acidentes;
- Assegurar um ambiente confortável e um sono adequado;
- Promover a participação/envolvimento familiar;
- Supervisionar a atividade do idoso;
- Promover a comunicação e a socialização;
- Promover a manutenção ou a estimulação pelo interesse no desenvolvimento de um projeto pessoal, história de vida, religião, etc.);
- Estimular a manutenção de uma ocupação/atividade;
- Supervisionar/incentivar as atividades físicas (no interior e no exterior da casa);
- Supervisionar/incentivar as atividades de lazer e sociais;
- Supervisionar, ajudar ou substituir ao nível das atividades de vida diária; autocuidado (higiene corporal, mobilidade, segurança, alimentação, eliminação, utilizar o telefone, uso do dinheiro, fazer compras, cozinhar, cuidar do jardim, etc.);
- Prestar outros cuidados de acordo com cada contexto específico e segundo as orientações dos profissionais de saúde que assistem o doente dependente.

Neri (2002) agrupa em quatro domínios as tarefas que os cuidadores habitualmente prestam a indivíduos com perda de autonomia: suporte em atividades instrumentais da vida diária, nomeadamente arrumar e limpar a habitação, preparar as refeições, fazer compras, pagar contas, etc.; assistir nas dificuldades funcionais de auto-cuidado, como dar banho, assegurar a higiene

peçoal, vestir, alimentar ou deambular; apoiar emocionalmente o doente, fazer companhia, conversar; e lidar com as pressões decorrentes do papel de cuidador.

Paúl (1997, in Bowers, 1987) define cinco categorias de cuidados distintos nos CI: antecipatórios, preventivos, de supervisão, instrumentais e protetores. Farran (2002) classifica ainda o suporte emocional como um tipo de cuidado distinto dos anteriores, cuja finalidade é promover o bem estar psicológico do doente. Os cuidados antecipatórios envolvem aspetos ou comportamentos projetados por antecipação às necessidades reais do doente, podem ser dirigidos à saúde, à segurança, ou a outros domínios. Implicam uma atividade mental e um espírito de alerta. Estes cuidados podem passar despercebidos, porque não apresentam grande visibilidade. Os cuidados preventivos são mais dirigidos e ativos, com alvos bem definidos. Englobam também, preferencialmente, aspetos de saúde e de segurança dirigidos a evitar a doença, prevenir ou retardar a deterioração física e mental.

Os cuidados de supervisão que envolvem aspetos concretos, ativos e diretos, são usualmente designados como olhar pelo doente. Estes implicam ações de resolução de problemas, como conduzir o doente aos serviços de saúde quando se deteta algum sintoma de doença, estar atento ao horário da medicação e verificar se o doente a toma corretamente. A um nível mais operacional encontram-se os cuidados instrumentais, ou seja, fazer pelo outro aquilo que ele não pode, devido à sua idade e incapacidade, assegurando as atividades básicas da vida diária (ABVD) ou as atividades instrumentais (AIVD). Finalmente, os cuidados protetores são dirigidos a alvos específicos que não podem ser evitados. Prendem-se com a proteção específica contra as ameaças à auto imagem, identidade, bem estar emocional do indivíduo incapacitado ou dependente, ou seja, desencadeiam-se mecanismos para que a pessoa dependente não percecione e tome consciência da sua verdadeira limitação e dependência.

Se a relação afetiva estabelecida entre o doente e seu cuidador for consistente e forte, se a rede de apoios é ampla e eficaz, se ao cuidador não é exigida nenhuma tarefa de maior complexidade, poderão não se registar situações de crise. Contudo, em muitas circunstâncias, estas tarefas podem provocar um conjunto de sintomatologia que, entre outros sintomas, inclui tensão,

constrangimento, fadiga, stress, frustração, redução do convívio, depressão e alteração da auto estima na pessoa envolvida pela maioria da prestação de cuidados. Também sobre o cuidador primário recai maior responsabilidade pelo bem estar e saúde do doente.

De salientar que, na maioria das situações, as diferentes tipologia de prestação de cuidados são necessárias em simultâneo, diferindo de acordo com as necessidades de cuidados que os idosos dependentes apresentem. De acordo com Nogueira e Azeredo (2012), a necessidade de cuidados pode ser agrupada em quatro domínios: as ABVD, AIVD, a necessidade de suporte emocional e o lidar com pressões psicológicas associadas ao cuidar.

Desde modo o desempenho do papel de cuidador depende essencialmente de:

- Tipo/frequência de necessidade de cuidados e, função da saúde, estado emocional, estado cognitivo, alterações psicocomportamentais, alterações da comunicação/relação, etc.;
- Contexto em que o idoso dependente está inserido, condições habitacionais (segurança, conforto), tipo de ajudas (suporte formal e informal), dos meios económicos de que dispõe, etc.;
- Contexto do cuidador, que inclui um elevado número de variáveis que vão desde a sua saúde física, disponibilidade, sensibilidade, condições psicológicas, relação afetiva, etc.

1.2 -Papel do Enfermeiro Comunitário

O cuidar de um familiar com dependência surge em muitas situações de forma inesperada, para a qual o cuidador habitualmente não tem formação prévia, nem se encontra preparado, pelo que o apoio e o contributo dos profissionais de saúde são fundamentais. De modo a colmatar algumas das necessidades que emergem deste contexto, é importante que a equipa responsável pelos cuidados inclua a família/familiar cuidador a partir dos estádios iniciais da doença (Melo, 2005; Sotto Mayor e col., 2006). Um apoio ao nível da informação, treino de competências e habilidades possibilita ao cuidador oportunidades para um melhor desempenho. Na prática deve-se verificar uma boa interação entre os profissionais e os cuidadores,

de modo a que as ações de ambos se desenvolvam de forma concertada e de acordo com o plano terapêutico estabelecido (Ham, 1999).

Assim, é imprescindível que o cuidador, á semelhança do idoso (dependente), seja considerado o alvo prioritário de intervenção para os profissionais de saúde, com o intuito de avaliarem as suas capacidades para a prestação de cuidados, o seu estado de saúde, as dificuldades que emergem do contexto, as estratégias que pode utilizar para facilitar o cuidado, a informação de que dispõe e a capacidade para receber e interpretar a informação.

O estabelecimento de alianças com os cuidadores constitui uma via de eleição para a otimização do seu papel, fundamental em termos económicos, sociais e familiares. Neste sentido, é importante consciencializar os profissionais de saúde para esta realidade, pois, de outro modo, o cuidar de alguém dependente representará um fator acrescido de morbilidade.

A perceção que a pessoa faz da situação constitui um fator fundamental para a eficiência no desempenho do papel de cuidador, ou seja, a perceção que o cuidador faz sobre o quanto o cuidar interfere na sua vida, tem repercussões diretas sobre o próprio cuidar.

1.3 -Sobrecarga do Cuidador

O termos sobrecarga do cuidador refere-se a uma estado psicológico resultante da combinação do trabalho físico, da pressão emocional, das restrições sociais e das exigências económicas que surgem ao cuidar do doente (Dillehay & Sandys, 1990, p.268).

George e Gwyther (1986) referem-se a problemas físicos, psicológicos ou emocionais, sociais e financeiros que podem ser experimentados pelos familiares cuidadores de adultos dependentes.

Braithwaite (1992) define-a de forma mais consistente, como uma perturbação resultante do lidar com a dependência física e a incapacidade mental do individuo alvo da atenção e dos cuidados, correspondendo à perceção subjetiva das ameaças às necessidades fisiológicas, sociais e psicológicas do cuidador. Ou seja,

a sobrecarga é um produto, resultado da avaliação dos cuidadores acerca do papel e das tarefas que realizam, da perceção e desenvolvimento da doença dos familiares e das interferências que estes fatores causam nos vários domínios da vida da pessoa (Deimbling & Bass, 1986, citado por Roing, Abengózar, & Serra, 1998; Paúl, 1997). Assim, o cuidador confronta-se com um conflito de papéis, resultante das implicações nas tarefas de cuidar e na interferência sobre a sua vida e bem-estar (Lawton et al., 1989). Os autores descrevem este fenómeno associando-o à preocupação, ansiedade, frustração, fadiga, saúde fraca, culpabilidade e ressentimento.

Vários autores distinguiram dois tipos de sobrecarga, a objetiva e a subjetiva que, embora interrelacionadas, predizem diferentes fatores. A sobrecarga objetiva corresponde a acontecimentos diretamente relacionados com as atividades de prestação de cuidados, como por exemplo, restrição de tempo, maior esforço físico, gastos económicos e ao efeito destas alterações no bem estar psicológico, fisiológico, social e económico do cuidador (Sales, 2003). A sobrecarga subjetiva refere-se aos sentimentos e atitudes tomadas, inerentes às tarefas e atividades desenvolvidas no processo de cuidar, ou seja, relaciona-se com as características pessoais e emocionais do cuidador (Montgomery, Gonyea, & Hooyman, 1985; Poulshock & Deimling 1984, citando Thompson & Doll, 1982; Sales, 2003; Scholte op Reimer, de Haan, Pijnenborg, Limburg, & van des Bos, 1998; Weuve, Boult, & Morishita, 2000). Enquanto a sobrecarga objetiva está mais associada às tarefas de cuidar, a sobrecarga está mais relacionada com as características do cuidador. Vitalino, Young et al. (1991) advogam que qualquer medida de avaliação da sobrecarga deve integrar estas duas perspetivas. Um aumento da sobrecarga objetiva está associada a uma aumento da sobrecarga subjetiva (Poulshock & Deimling, 1984; Scholte op Reimer, de Hann, Rijnders, Limburg, & van den Bos, 1998).

1.4 -Fatores que influenciam a sobrecarga do cuidador

Grande parte da investigação acerca da sobrecarga do cuidador tem-se centrado nas variáveis que melhor explicam ou predizem este fenómeno. As

características do doente parecem não ser o mais importante na percepção da sobrecarga, contudo, desempenham um papel importante (Wyller et al., 2003). A dependência física do doente é normalmente apontada como um preditor da depressão do cuidador (Blake & Lincoln, 2000, citando Thompson, Sobolew-Shubin, Graham, & Janigian, 1989). O tempo que os cuidadores despendem a prestar cuidados diretos e as horas que passam diariamente com o familiar parecem aumentar diretamente a sobrecarga (Jeng-Ru, Hills, Kaplan, & Johnson, 1998; Riedel et al. 1998). Ou seja, a maiores cuidados e mais tempo de assistência está associada maior sobrecarga do cuidador. Estudos transversais efetuados demonstram que cuidadores no desempenho desse papel, há muitos anos, apresentam níveis de sobrecarga preocupantes. Aspetos relativos ao cuidador, como a percepção e avaliação do seu bem estar emocional, parecem ter uma associação muito forte com a sobrecarga, o mesmo não se verificando com as características do doente (Anderson et al., 1995; Sholte op Reimer, Haan, Rijnders, et al., 1998; Wyller et al., 2003). A percepção da saúde física e psicossocial parecem ser preditores importantes (Anderson et al., 1995; Elmstahlet et al., 1996; Evans, Matlock, Bishop, Stranahan, & Pederson, 1998; Williams, 1993). O humor, a percepção de ter múltiplos papéis e a sua sobrecarga, a afetividade negativa, o suporte social e a satisfação com a vida parecem ter igualmente um papel influente na determinação de níveis de sobrecarga do cuidador (Blake & Lincoln, 2000; Blake, Lincoln, & Clarke, 2003; Kinney, Stephens, Franks, & Norris, 1995). De acordo com Kinney, 1995; Martine, Stephens, & Atienza, 1997, um maior envolvimento na profissão e a satisfação que este sente com o processo de cuidar parecem ter efeitos protetores.

O tipo de relação afetiva existente entre o cuidador e o sujeito alvo dos cuidados, a mestria, o suporte emocional e o suporte de serviços formais são potenciais mediadores neste processo, podendo ter um efeito direto sobre o nível de sobrecarga (kramer, 1997a ; kramer, 1997b; Lawrence et al., 1998; Lawton, Rajagopal, Brody, & Kleban, 1992; Yates, Tennsted, & Chang, 1999; Ybema et al., 2002).

Cuidadores com grande percepção da sua auto eficácia, satisfeitos com o suporte social e que usam regularmente estratégias de confrontação sentem

menos tensão, maior bem estar mental e vitalidade (van den Heuvel et al., 2001). A idade, por vezes é referenciada como variável com associação direta na percepção e medição da sobrecarga. Cuidadores mais jovens apresentam maior capacidade de aprender a lidar com problemas específicos dos doentes (Braithwaite & McGown, 1993). Porém, alguns estudos referem-nos como mais vulneráveis, revelando mais dificuldades na resolução de situações problemáticas (van den Heuvel et al., 2001; Riedel et al., 1998).

Quanto maior escolaridade, mais facilidade tem o cuidador em manifestar as suas dificuldades relacionadas com o cuidar, procurar ajuda e lidar com os problemas (Riedel et al., 1998).

A grande maioria das investigações não sugere diferenças entre homens e mulheres cuidadores, quanto aos níveis globais de sobrecarga (Riedal et al., 1998). As mulheres apresentam maior capacidade para assegurar, em acumulação às tarefas domésticas, os cuidados ao familiar doente/dependente, ficando assim também expostas a maior sobrecarga (Kosberg, Cairl, & Keller, 1990; Miller & Cafasso, 1992; Young & Kahana, 1989).

O internamento num lar, ou numa residência para idosos, é uma alternativa de última escolha, destinada a combater a exaustão do cuidador. Todavia, alguns estudos apontam que a preocupação e a tensão sentida pelos cuidadores continua após o internamento e mesmo após a redução de trabalho objetivo (Farran, 2002; Whitlatch, Schur, Noelker, Ejaz, & Looman, 2001).

1.5 -Principais repercussões associadas ao cuidar

Cuidar, diariamente, em casa de um doente com dependência, semana após semana, mês após mês, não é tarefa fácil, tendo repercussões na qualidade de vida de quem o faz, quer a nível físico e emocional, quer a nível social.

Se por um lado pode haver compensações positivas quando se cuida de alguém que lhe é próximo e querido, por outro lado, ao longo da prestação de cuidados vão surgindo diversos tipos de dificuldades que podem ser agrupados em: dificuldade inerentes ao cuidador e dificuldades extrínsecas ao cuidador. Estas

dificuldades podem-se influenciar de forma sinérgica ou precipitar o aparecimento de outras não esperadas nem contempladas.

A tomada de decisão no quotidiano de um cuidador está intimamente relacionada com as dificuldades mencionadas e que resultam não só das suas capacidades físicas e psíquicas, mas também da sua motivação, da sua disponibilidade para cuidar, dos conhecimentos sobre a situação de doença e a sua evolução e das suas habilidades em cuidar sem que isso cause desconforto ou outra sintomatologia.

Cuidar de um doente dependente em contexto domiciliário torna-se numa tarefa árdua, acarretando custos físicos e emocionais ao cuidador principal.

Muitos cuidadores cuidam de um doente, sem que no domicílio disponham das condições necessárias (espaço físico adequado, material de suporte, etc), quer por não as poderem obter, quer por desconhecerem que recursos existem na comunidade que possam minimizar o seu trabalho com o doente em casas e de que forma podem obter esses recursos.

Experiências prévias do cuidador podem ajudar, na tomada de decisão, em cada momento em que tal seja necessário.

Muitos cuidadores são idosos e doentes necessitando, também de cuidados de saúde. As dificuldades físicas e emocionais, do cuidador estão relacionadas diretamente com o próprio cuidador que frequentemente para além da tarefa de cuidar do doente, tem outras atividades a cumprir, acumulando funções como sejam a manutenção da casa, cuidar dos filhos ou ter emprego entre outras, o que concorre para um maior desgaste. Por outro lado, as dificuldades físicas e emocionais advêm da responsabilidade de cuidar 24 sobre 24 horas, das características dos cuidados, e das características do próprio doente, bem como do grau de dependência, ou do tipo de doença e da respetiva co-morbilidade. A prestação de cuidados de longa duração e a necessidade de permanentemente ter que tomar decisões sobre vários aspectos da vida do doente e da família, bem como fazer opções faz despontar várias emoções no cuidador, nem sempre positivas.

Os poucos recursos económicos e a falta de apoio, quer apoio humano quer apoio material, são dificuldades extrínsecas ao cuidador que limitam o processo de cuidar.

As dificuldades financeiras instalam-se porque há cuidadores que se veem obrigados a abandonar os seus empregos. Por outro lado, aos custos da manutenção do ambiente doméstico são acrescentados os custos com o doente e com a doença (Nogueira, 2008).

A escassez de recursos humanos (mesmo dentro da própria família) e materiais no auxílio ao cuidador principal, na prestação de cuidados (principalmente nos que requerem mais esforço) são factores que contribuem para as dificuldades sentidas, acrescentadas de, em algumas habitações, haver imensas barreiras arquitectónicas, que dificultam a tarefa de cuidar, aumentando também a dependência da pessoa cuidada.

Dependendo do estado físico e psíquico do cuidador a prestação de cuidados pode criar constrangimentos na vida do próprio cuidador influenciando desta forma tomadas de decisão na sua própria vida.

De acordo com Sequeira, 2007, as repercussões associadas ao cuidar envolvem um conjunto de variáveis que são potencialmente responsáveis pelas alterações positivas ou negativas no contexto do cuidador, relacionadas pelo princípio de que qualquer pessoa que viva em parceria com outra é influenciada pelo seu comportamento, em resultado do tipo, duração e intensidade da interação.

Como refere Figueiredo (2007), in Nogueira, Azeredo, do impacto negativo salienta-se a sobrecarga, o desgaste da saúde física e mental do cuidador, as relações familiares, a situação financeira e profissional, o tempo livre e de lazer.

Os fatores apontados com impacto positivo na vida do cuidador, recaem na satisfação em cuidar, cujo impulso é essencialmente de ordem emocional: para além de sentirem obrigação moral, sentem um enorme afecto pelo doente e todo o “sacrifício” é bem aceite em prol do bem-estar do doente (Nogueira, 2003).

Segundo Carlos Sequeira, 2007, de um modo geral, as repercussões são de dois níveis: aquelas que resultam da prática de cuidados (objetivas) e aquelas que resultam da percepção sobre estas (subjetivas). As primeiras são mais visíveis,

enquanto que as segundas são menos explícitas, uma vez que se concretizam em sofrimento ou em stresse.

O termo “sobrecarga” refere-se ao conjunto das consequências que ocorrem na sequência de um contato próximo com o doente, neste caso um idoso dependente com/sem demência.

2 - PLANO METODOLÓGICO

A investigação tem o seu ponto de partida na escolha do tema. Segundo Fortin (1994, p.62), *“formular um problema de investigação é definir o fenómeno em estudo através de uma progressão lógica de elementos, de relações, de argumentos e de factos. O problema apresenta o domínio, explica a sua importância, condensa os dados factuais e as teorias existentes nesse domínio e justifica a escolha do estudo”*.

De acordo Lakatos (1990, p.126), a formulação de um problema consiste *“...em dizer de maneira explícita, clara, compreensível e operacional, qual a dificuldade com a qual nos defrontamos e que pretendemos resolver, limitando o seu campo e apresentando as suas características”*.

Na elaboração do problema, é importante diferenciar os vários elementos. Segundo Fortin (2009, p.143), *“Na formulação do problema, o investigador apresenta o seu tema de estudo e define as principais características da população visada. Ele descreve os elementos do problema e os dados de facto, emite uma argumentação que se baseia nas informações teóricas e empíricas coligadas e tenta fornecer uma resposta à questão de investigação.”*

A pergunta de partida deve ter as seguintes características: clareza, deve ser precisa e sucinta, exequível de modo, a ser possível de acordo com os recursos pessoais, técnicos e materiais, para assim podermos obter respostas válidas (Campenhoudt & Quivy, 2008).

Uma questão de investigação é uma interrogação precisa, escrita no presente e que inclui o ou os conceitos em estudo. Ela indica claramente a direção que se entende tomar. É um enunciado interrogativo claro e não equívoco que precisa os conceitos-chave, especifica a população alvo e sugere uma investigação empírica.

Segundo Fortin, (2009, p. 72) *“A formulação da questão constitui uma parte importante da investigação e determina o ângulo sob o qual o problema será considerado, o tipo de dados a colher, assim como as análises a realizar”*.

Em concordância com o descrito e, tendo em conta o explorado no enquadramento teórico, aliado a uma motivação pessoal foi possível, formular o seguinte problema:

Quais as necessidades dos cuidadores principais de pessoas dependentes no domicílio, na freguesia de Gandra?

Para além da questão central, o desenvolvimento do processo de investigação orientou-se no sentido de encontrar respostas pela formulação de um outro conjunto de questões de investigação, como:

- Quais são as características sociodemográficas dos cuidadores principais de pessoas dependentes, alvo de cuidados em contexto domiciliário?
- Qual é o grau de dependência das pessoas dependentes, em contexto domiciliário?
- Qual a sobrecarga que mais se evidencia nos cuidadores principais?
- Que conhecimentos o cuidador principal necessita para cuidar com qualidade a pessoa dependente no domicílio?

Estas foram as questões que nos permitiram chegar ao tema do nosso projeto. Com elas conseguimos dar rumo e seguimento ao nosso projeto de investigação. Consideramos fundamental conhecer as principais necessidades dos nossos cuidadores para mais tarde podermos intervir, definindo estratégias e encontrando o suporte necessário para podermos chegar junto deles.

Definição de Objetivos

Atendendo ao objetivo geral, de analisar algumas questões relacionadas com as necessidades dos cuidadores principais, de pessoas dependentes, na freguesia de Gandra, delineamos os seguintes objetivos:

- 1) Conhecer os aspetos sociodemográficos dos cuidadores principais;
- 1) Identificar as subescalas do QASCI com maior sobrecarga para o cuidador principal;
- 2) Identificar as principais necessidades percecionadas pelos cuidadores principais;

- 3) Identificar o grau de dependência, através da aplicação da Escala Mini Dependence Assessment, das pessoas a cargo dos cuidadores principais;

2.1 -Tipo de estudo

Por forma a ir de encontro aos objectivos propostos para este projecto de investigação e, de acordo com a natureza do problema em estudo, optamos por um desenho de investigação não experimental, quantitativa e de tipo descritivo transversal. “Na maioria dos casos, o estudo descritivo satisfaz, pelo menos dois princípios: a descrição de um conceito relativo a uma população e a descrição das características de uma população no seu conjunto” (Fortin, 1999, p.162)

2.2 -População Alvo e Amostra de Estudo

A população alvo é um conjunto de elementos (indivíduos, espécies, processos) que têm características comuns, satisfazem os critérios de selecção definidos previamente e permitem fazer generalizações. A população acessível é a porção da população alvo a que se pode aceder. Fortin (2009, p.311)

Fortin (2009, p.312) define amostra como sendo “...a fracção de uma população sobre a qual se faz o estudo. Ela deve ser representativa desta população, isto é, que certas características conhecidas da população devem estar presentes em todos os elementos da população”.

A população, neste estudo, foi constituída pelos cuidadores principais que cuidam de pessoas dependentes no domicílio. Na impossibilidade de trabalhar a população total, que julgamos ser enorme, apesar de não existirem dados estatísticos da sua grandeza por inexistência de registos, recorreu-se a uma amostra, ou seja a um subconjunto selecionado intencionalmente para se obter informações relativas às características dessa população.

Caracterizamos, então, a amostra deste estudo, como não probabilística ou intencional, com informantes estratégicos. É não probabilística ou intencional,

porque a probabilidade de qualquer elemento da população ser incluído na amostra é desconhecida, sendo também desconhecida a sua representatividade na população. De informantes estratégicos, porque pretende-se localizar indivíduos que detenham informações pertinentes acerca de uma experiência que é a de cuidar de pessoas dependentes no domicílio.

Este tipo de amostra, segundo Ribeiro (1999), divide-se em dois tipos, sendo:

- amostra em bola de neve - que é o tipo de amostra onde o investigador recolhe informação a partir de uma pequena amostra inicial e lhes pede que forneçam nomes de outros potenciais membros;
- amostra escolhida por especialistas - que é o tipo de amostra em que um especialista escolhe os indivíduos que reúnam as características para poderem entrar no estudo.

Recorremos ao segundo tipo visto ser o que nos pareceu ser mais adequado para a obtenção dos cuidadores para o estudo. Como especialista na recolha da nossa amostra tivemos uma enfermeira a exercer funções no ACES da ARS Norte.

Recorremos a uma amostra por conveniência, de cuidadores principais de pessoas dependentes, no domicílio, da freguesia de Gandra, concelho de Paredes.

Delimitada a população potencial, 70 cuidadores, para o estudo, foram definidos os seguintes critérios de inclusão para a seleção dos participantes:

- Apresentar-se como principal responsável pelo bem-estar, assistência e prestação de cuidados a um indivíduo, familiar ou amigo;
- A pessoa alvo dos cuidados deveria apresentar uma situação de dependência, ligeira a severa, na escala de dependência *Mini Dependence Assessment* ;
- Os cuidadores principais teriam necessariamente de ter tido contacto com a pessoa alvo dos cuidados nas últimas 4 semanas, excluindo assim o caso de pessoas que à data da entrevista estavam internadas no hospital, num lar ou residência para idosos, mesmo que temporariamente;
- O cuidador principal deveria ter mais de 18 anos;

- Consentir e participar no estudo através do preenchimento dos instrumentos de colheita de dados.

Foram incluídos no estudo 66 cuidadores principais.

2.3 -Operacionalização das variáveis em estudo

Segundo Fortin (1999, p.36), “as variáveis são qualidades, propriedades ou características de objetos, de pessoas ou de situações que são estudadas numa investigação”.

Para que seja possível a mensuração das variáveis, é necessário proceder à sua operacionalização, “uma definição operacional precisa as ações ou os comportamentos enunciados, descrevendo a forma como uma variável será medida” (*ibidem*, p.38).

A variável dependente “é a que sofre o efeito esperado da variável independente: é o comportamento, a resposta, ou o resultado observado que é devido à presença da variável independente” (Fortin, 1999, p.37).

No nosso estudo a variável dependente é a sobrecarga do cuidador no desempenho do seu papel.

Para que uma variável seja precisa, clara, objetiva e operacional a sua definição deve especificar de que maneira ela vai ser medida. As variáveis a que nos propomos estudar são: implicações na vida pessoal; satisfação com o papel e com o familiar; reações a exigências; sobrecarga emocional; suporte familiar; sobrecarga financeira; perceção de mecanismos de eficácia e de controlo. A determinação destas variáveis está inerente às temáticas definidas para o instrumento de colheita de dados, QUASCI (Questionário de Avaliação da Sobrecarga do Cuidador Informal).

As variáveis independentes do presente estudo são aquelas que ao serem manipuladas surtem efeito na variável dependente (Fortin, 1999). No presente estudo as variáveis independentes encontram-se relacionadas com as características sociodemográficas do cuidador principal, nomeadamente:

- O género (masculino, feminino);

- A idade cronológica;
- Estado civil (solteiro, casado, união de facto, viúvo ou divorciado);
- Habilitações académicas (sem habilitações, ensino básico, ensino preparatório ou superior);
- Situação profissional (empregado, desempregado, doméstico ou reformado);
- Grau de parentesco (cônjuge, filho, nora, genro, vizinho, amigo);
- Coabitação;
- Tipo de apoio para cuidar (familiar/amigo/vizinho, financeiro, familiar ou segurança e nenhum);
- Origem do apoio;
- Horas de cuidados diários (até 2h, até 4h, até 8h, até 12h, todo o dia);
- Duração da prestação de cuidados (tempo em meses ou anos).

Uma outra variável secundária é o grau de dependência, avaliada através da escala MDA, resultando em cinco níveis de dependência: independência (1); dependência ligeira (2); dependência moderada (3); dependência severa (4); dependência muito severa (5).

2.4 -Instrumento de recolha de dados

Segundo Fortin (2009, p. 300), *“A flexibilidade dos métodos de colheita de dados e a análise favorece a descoberta de novos fenómenos ou o aprofundamento de fenómenos conhecidos”*.

Os instrumentos de colheita de dados utilizados segundo a ordem em que foram apresentados aos cuidadores principais, foram os seguintes:

- Questionário Sócio-Demográfico do Cuidador Informal;
- Questionário de Avaliação da Sobrecarga do Cuidador Principal;
- Mini Dependence Assessment.

2.4.1 - Questionário Sócio Demográfico do Cuidador Principal

Com o presente questionário pretendeu-se avaliar algumas características sócio-demográficas dos cuidadores principais e, de algum modo, o contexto da prestação de cuidados. Foram elaboradas onze questões, que incidiam sobre:

- género; idade; estado civil; habilitações académicas; situação profissional; grau de parentesco; coabitação; tipo de apoio para cuidar; origem do apoio financeiro; horas de cuidados diárias;

2.4.2 - QASCI

O Questionário de Avaliação da Sobrecarga do Cuidador Informal (QASCI) foi desenvolvido, em Portugal, por Martins et al. (2003) com a finalidade de avaliar as consequências a nível físico, psicológico e social do cuidador informal de pessoas funcionalmente dependentes.

O QASCI é composto na sua totalidade por 32 itens, avaliados por uma escala ordinal de frequência que varia entre 1 a 5. A resposta a cada item é dada com base numa escala de 5 pontos, representativa da frequência com que cada situação expressa nos itens ocorreu com o sujeito (1=Não/Nunca; 2=Raramente; 3= Às vezes; 4= Quase Sempre; 5= Sempre). Integra sete dimensões: Implicações na Vida Pessoal do cuidador [IVP] (11 itens); Satisfação com o Papel e com o Familiar [SPF] (5 itens); Reações a Exigências [RE] (5 itens); Sobrecarga Emocional relativa ao familiar [SE] (4 itens); Suporte Familiar [SupF] (2 itens); Sobrecarga Financeira [SF] (2 itens) e a Percepção dos Mecanismos de Eficácia e de Controlo [MEC] (3 itens) (Marques, 2007; Rodrigues, 2011):

Para além destes 32 itens foram adicionados, à versão original, 3 itens, de modo a conseguir avaliar as necessidades na vertente técnico/prática, sendo elas: considera que tem conhecimentos em relação aos posicionamentos? (1); considera que tem conhecimentos em relação aos cuidados de higiene? (2); considera que tem conhecimentos em relação à alimentação? (3).

Este instrumento permite avaliar de forma detalhada e abrangente os diferentes aspetos relacionados com a sobrecarga física, emocional e social do CP.

A aplicação do QASCI permite que o CP o preencha, desde que mostre capacidade e disponibilidade em preencher o questionário e, por outro lado, é suscetível de ser aplicado através de entrevista, requerendo cerca de 20 minutos para a sua aplicação.

O QASCI é uma medida de avaliação da sobrecarga com interesse na avaliação do familiar cuidador que tem vindo a ser utilizado em várias investigações, mas um pouco longo, requerendo bastante tempo na sua aplicação.

Segundo a Professora Teresa Martins, existem normas para o tratamento de dados na utilização do QASCI, nomeadamente:

“Se utilizar a escala total os itens relativos às dimensões mecanismos de eficácia e de controlo, suporte familiar e satisfação com o papel e com o familiar devem ser invertidos para que as pontuações mais altas correspondam situações de maior sobrecarga e stress. Para que as pontuações finais de cada subescala apresentem valores homogéneos e comparáveis os itens de cada dimensão devem ser somados, a este valor deve ser subtraído o valor mínimo possível na subescala. Este valor deve ser dividido pela diferença entre o valor máximo e mínimo possível na subescala, finalmente para que a leitura seja efectuada em percentagem deve-se multiplicar o resultado por 100”.

$$\frac{\sum - \text{pontuação mínima de cada subescala}}{Mx - Mn} \times 100$$

\sum representa o somatório obtido na subescala, Mx corresponde ao valor máximo possível da subescala e o Mn ao valor mínimo.

Segundo Martins (2004) in Gomes (2011) a sobrecarga pode ser dividida em 4 níveis distintos:

- baixa sobrecarga: com uma média entre os valores 0 a 25;
- sobrecarga moderada: com valores entre os 25 e os 50;

- sobrecarga elevada: com valores entre os 51 e os 75;
- sobrecarga extrema: com médias acima dos 75.

2.4.3 - Mini Dependence Assessment (MDA)

O grau de dependência pode ser medido através de escalas que determinam as capacidades ou incapacidades do doente.

A *Mini-Dependence Assessment* (Escala de Avaliação da Dependência rápida e global) encontra-se dividida em quatro atividades, as corporais, as locomotoras, as sensoriais e as mentais. Para cada atividade são avaliados três itens, cotados de 0 a 2 pontos, sendo o 0 sinónimo de independência e 2 de dependência total. A pontuação de cada atividade varia entre os 0 e 6 pontos. A avaliação total varia desde os 0 pontos até aos 24 pontos, propondo cinco níveis de dependência: nula (0), ligeira (1-8), moderada (9-14), severa (15-19) e muito severa (20-24) (Vieira, 1996, in Araújo).

Cada item pode ser caracterizado de três formas às quais é atribuído uma pontuação entre zero e dois.

- Atividades corporais: alimentação, higiene e eliminação;
- Atividades sensoriais: fala, visão e audição;
- Atividades locomotoras: transferência (subir ou descer da cama), deslocação (no domicílio ou no exterior), no espaço de vida (+ - ajuda humana ou técnica);
- Atividades mentais: memória, comportamento e humor.

Para cada atividade são avaliados três itens, cotados de 0 a 2 pontos, sendo o 0 sinónimo de independência e 2 de dependência total. A pontuação de cada atividade varia entre os 0 e 6 pontos. A avaliação total varia desde os 0 pontos até aos 24 pontos, propondo cinco níveis de dependência: nula (0), ligeira (1-8), moderada (9-14), severa (15-19) e muito severa (20-24) (Vieira, 1996, in Araújo).

2.5 - Pré-teste do questionário

Segundo Fortin (2003), o pré-teste é a prova que consiste em verificar a eficácia e o valor do questionário junto de uma amostra reduzida da população alvo. Esta etapa é indispensável, porque permite descobrir os defeitos do questionário e fazer as correções que se impõem.

O pré-teste foi aplicado durante a primeira semana de Outubro a oito cuidadores principais, com as mesmas características do que iriam fazer parte da amostra do estudo.

Os questionários foram respondidos oralmente, durante cerca de 15 a 20 minutos, em que as investigadoras foram questionando os cuidadores principais e registando as respostas.

O documento inicial não sofreu alterações após a aplicação deste.

2.6 -Procedimentos para a análise dos dados

Junto com o questionário proposto seguia uma nota explicativa do tema do nosso estudo e de qual a sua finalidade. A colaboração da pessoa foi solicitada.

A aplicação dos questionários decorreu nos respetivos domicílios, de 15 de outubro a 5 de novembro de 2012, tendo este uma duração de 15 a 20 minutos. Tendo em conta os diferentes graus de dificuldades dos cuidadores e, de modo a facilitar o esclarecimento de qualquer dúvida, optamos pela aplicação indireta dos mesmos. Foi dado o tempo necessário à pessoa para dar as suas respostas, foi mantido um ambiente calmo, foram explicadas várias questões, havendo sempre total disponibilidade para o esclarecimento de qualquer dúvida ou de qualquer item que não fosse compreendido pelos cuidadores.

Após a obtenção dos questionários preenchidos, estes foram analisados e interpretado, tendo sido excluídos todos aqueles que não respondiam aos critérios de inclusão descritos anteriormente. Foi atribuído um número a cada questionário de modo a codifica-los.

Através do programa informático *Statistical Package for the Social Science* (SPSS), versão 21.0 para Windows, foi executado o tratamento estatísticos dos dados. De modo a sistematizar a informação fornecida foram utilizadas técnicas da estatística descritiva, nomeadamente:

- Frequências: absolutas (n) e relativas (%);
- Medidas de tendência central: médias aritméticas, medianas (Md) e modas (Mo).

Optamos pela apresentação dos dados em gráficos de modo a facilitar a sua compreensão.

2.7 -Considerações Éticas

Os aspetos éticos são decisivos em investigação. Sem um código de ética que aponte limites e oriente os passos da investigação, é a própria investigação que fica em causa (Ribeiro, 1999).

Segundo Fortin (2009, p.180) *“Como a investigação no domínio da saúde envolve seres humanos, as considerações éticas entram em jogo desde o início da investigação”, “...os investigadores podem provocar danos, de forma consciente ou não, na integridade das pessoas com quem entram em relação ou na sua vida privada, ou ainda causar-lhes prejuízo.”*

Segundo Fortin (2009, p. 186) devemos respeitar seguintes 7 princípios éticos, de modo a não ser causado prejuízo na pessoa entrevistada. São eles: “1) o 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 optimização das vantagens.”

Segundo Fortin (2009, p. 186) *“O respeito das pessoas e da escolha esclarecida assenta no princípio segundo o qual toda a pessoa tem o direito e a capacidade de decidir por ela própria”.*

Após a seleção dos instrumentos de avaliação, foi solicitada à Professora Teresa Martins autorização para o uso da versão original do QASCI, via *e-mail*, tendo sido obtido consentimento. Relativamente à escala MDA não necessitamos da obtenção de consentimento porque a mesma é de utilização livre.

Por forma a respeitar os princípios éticos, durante as nossas visitas domiciliárias, foi explicado o tema ao entrevistado, assim como os objetivos do nosso estudo, foi obtido um consentimento informado e comprometemo-nos a respeitar a confidencialidade dos dados assim como garantir o anonimato dos mesmos. Foi garantido que a informação recolhida apenas seria utilizada para o estudo e que as pessoas só participariam neste estudo voluntariamente.

Os questionários foram respondidos oralmente (cerca de 15-20 minutos de tempo despendido), em que as investigadoras foram questionando os cuidadores informais e escrevendo as respostas na própria grelha do questionário pré-definido.

Durante todo o estudo fomos rigorosos com os princípios éticos e respeitamos todos os seus procedimentos.

3 - DIAGNÓSTICO DE SITUAÇÃO

O Concelho de Paredes é reconhecido como a «Jóia do Sousa» pois é de todos os concelhos do Vale do Sousa o que apresenta maior dinamismo graças ao seu potencial sócio-económico. Situa-se no norte do país, numa zona intermédia da região entre Douro e Minho, mais especificamente no Vale do Sousa, região conhecida como Baixo Tâmega.

CONCELHOS	População residente	Área (Km ²)	Densidade Populacional (Hab./Km ²)	% Vale do Sousa
Castelo de Paiva	17 338	115	150.8	5.3
Felgueiras	57 595	115.7	497.8	17.6
Lousada	44 712	96.3	464.1	13.6
Paços de Ferreira	52 985	71.6	740.1	16.2
Paredes	83 376	156.3	533.3	25.4
Penafiel	71 800	212.2	338.3	21.9
Total	327 806	767.1	427.3	100%

Fonte: Rede Social do Concelho de Paredes

Tabela 1 - Dados Populacionais do Vale do Sousa

Com uma taxa de natalidade de 15,4% e uma taxa de mortalidade de 6,7%, esta região caracteriza-se por ter uma população muito jovem – cerca de 46,7% da população tem menos de 24 anos e 25,9% menos de 15 anos - o que lhe confere um grande dinamismo e um elevado potencial.

Gandra é uma freguesia do concelho de Paredes, com 12,06 Km² de área e 5804 habitantes (2011). Densidade: 578, 3 hab/km². Foi elevada a cidade a 26 de Agosto de 2003. Saliente-se o facto de Gandra não preencher nenhum requisito para ser cidade, pelo que o mesmo aconteceu perante um dispositivo especial, relacionado com o facto de esta pequena localidade ser um campus universitário (INE).

São Miguel de Gandra é uma das maiores freguesias do Concelho, quer a nível populacional quer a nível de extensão. Tendência demográfica que tem vindo a reforçar nos últimos anos, quando comparada com outras freguesias do Concelho de Paredes. A nível Concelhio, Gandra é a freguesia mais próxima do Porto, e ostenta já um certo desenvolvimento económico.

A variação homóloga do número de desempregados inscritos no IEFP do ACES Vale do Sousa Sul tem sido superior desde 2008 à da RN, e esse aumento deve-se, fundamentalmente, a um acréscimo de desempregados na população ativa feminina. O nível de escolaridade é baixo quando comparado com o da RN e do Continente e a taxa de abandono escolar é elevada, principalmente, no concelho de Paredes. O poder de compra *per-capita* é bastante inferior ao da RN e do Continente, assim como o rendimento mensal médio dos trabalhadores por conta de outrem. No total das mortes prematuras (ou seja, as mortes ocorridas antes dos 65 anos de idade) destacam-se, pelo seu maior peso relativo e quando comparado o ACES Vale do Sousa Sul com a RN e o Continente, as causas externas, sobretudo, nos grupos etários 5-24 anos e 25-44 anos. (Ministério da Saúde, 2009)

Centro Social e Paroquial São Miguel de Gandra

O Centro Social e Paroquial São Miguel de Gandra, é uma Instituição Particular de Solidariedade Social, com início de atividade em 2005, direcionando os seus serviços para o apoio à Terceira Idade.

Este projeto foi a concretização de um trabalho iniciado, alguns anos antes, pelo grupo da Conferência de São Vicente de Paulo e do denominado Grupo da Saúde.

Está situado na Avenida Padre Luís Pinto Carneiro, pertencente à freguesia de Gandra. Esta por sua vez pertence ao concelho de Paredes distrito do Porto.

As atividades desenvolvidas por esta instituição são: Serviço de Apoio Domiciliário, Centro de Dia e Centro de Convívio.

3.1 - Apresentação dos resultados

Neste capítulo do trabalho e, no sentido de ir de encontro aos objetivos traçados para este estudo apresentamos os resultados em duas partes, de modo a facilitar a sua análise. Na primeira parte, apresentam-se os resultados relativos aos cuidadores principais, em termos da sua caracterização sócio-demografia (sexo, grupo etário, estado civil, grau de escolaridade), atividade profissional, antecedentes pessoais, situação social e dependência dos idosos nas atividades básicas de vida diária e nas atividades instrumentais de vida diária.

Na segunda parte, apresentam-se os resultados relativos à sobrecarga dos cuidadores principais.

Para realizar a caracterização sócio-demográfica do nosso estudo, optámos por apresentar, através de tabelas, os resultados obtidos através do questionário realizado.

3.1.1 - Caracterização sócio-demográfica dos cuidadores principais

Na tabela 2 é possível observar as características dos cuidadores principais, no que se refere: ao género, estado civil, habilitações académicas, situação profissional e grau de parentesco.

	<i>n</i>	%
Género do cuidador		
Masculino	17	25,8
Feminino	49	74,2
Total	66	100,0
Estado civil do cuidador principal		
Solteiro (a)	7	10,6
Casado (a) / União de facto	52	78,8
Viúvo (a)	5	7,6
Divorciado (a)	2	3,0
Total	66	100,0
Habilitações académicas		
Sem habilitações	4	6,1
Ensino básico	34	51,5
Ensino preparatório	19	28,8
Ensino secundário	7	10,6
Ensino superior	2	3,0
Total	66	100,0
Situação profissional		
Empregado (a)	18	27,7
Desempregado (a)	24	36,9
Doméstica	7	10,8
Reformado (a)	14	21,5
Outra	2	3,1
Omitiu	1	1,5
Total	66	100,0
Grau de parentesco		
Cônjuge	15	22,7
Filho(a)	36	54,5
Nora/Genro	2	3,00
Vizinho(a)/Amigo(a)	3	4,5
Outro	9	13,6
Omitiu	1	1,5
Total	66	100,0

Tabela 2 - Distribuição dos cuidadores de acordo com as características: género, estado civil, habilitações académicas, situação profissional e grau de parentesco

No que diz respeito ao **género**, como se pode observar na tabela, verificamos que a maioria dos cuidadores principais é do sexo feminino, 74,2% (49), e cerca de um terço é do sexo masculino, 25,8% (17).

Quanto ao **estado civil** observamos que os indivíduos são maioritariamente casados, 78,8% (52), uma menor percentagem apresentou-se como solteiros, 10,6 % (7), seguidos de viúvos, 7,6% (5), e divorciados, 3% (2).

No que concerne às **habilitações académicas**, aproximadamente metade dos cuidadores do presente estudo completaram o ensino básico, 51,5 % (34), seguidos de 28,8% (19) com o ensino preparatório, 10,6% (7) com o ensino secundário e 3% (2) mencionou ter completado o ensino superior. Somente 6,1% (4) dos inquiridos referiram não ter habilitações académicas.

Quanto à **situação profissional** do cuidador principal verificamos que 27,7% (18) referiram estar empregados, 36,9% (24) estavam desempregados, 10,8% (7) referiram-se como doméstica, 21,5 % (14) encontravam-se em situação de reforma, 3,1% (2) encontravam-se noutra situação que não as referidas e, 1,5% (1) omitiu a sua situação profissional.

No que diz respeito ao **grau de parentesco** do cuidador principal com a pessoa alvo de cuidados, optou-se por considerar “Outros” como sendo: irmão, cunhada e empregada contratada para cuidar da pessoa.

Observando os dados obtidos podemos constatar que 22,7% (15) são cônjuges, cerca de metade dos cuidadores principais 54,5% (36) são filhos/as da pessoa dependente, 3% (2) afirmam cuidar dos seus sogros, 4,5% (3) referem ser cuidador principal dos seu amigo(a)/vizinho(a), 13,5% (9) dos inquiridos referiram outro grau de parentesco, em relação à pessoa dependente, para além das inquiridas e, 1,5% (1) omitiu a resposta.

No que se refere à idade dos cuidadores principais, encontra-se representada na tabela 3.

	Média	DP	Mediana	Min-Max
Idade	52,94	13,41	52,0	18 - 85

Tabela 3 - Medidas de localização e dispersão para a variável idade dos cuidadores principais

Os cuidadores principais que colaboraram no estudo apresentam **idades** compreendidas entre 18 e 85 anos, sendo a idade média de 53 anos, com desvio padrão de 13 anos. Aproximadamente metade dos cuidadores principais apresenta idade superior a 52 anos (valor mediano).

Na tabela 9 podemos verificar a distribuição dos cuidadores de acordo com o contexto da prestação de cuidados, no que se refere: à coabitação, apoio domiciliário, apoio de centro de dia, apoio de familiar/amigo/vizinho e apoio financeiro.

Tipo de Apoio	Coabitação		Domiciliário		Centro de Dia		familiar/amigo /vizinho		Financeiro	
	<i>n</i>	%	<i>N</i>	%	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%
Sim	51	77,3	2	3,0	22	33,3	13	19,7	32	48,5
Não	15	22,7	62	93,9	42	63,6	51	77,3	32	48,5
Omitiu/Resp Inválida	0	0	2	3,0	2	3,0	2	3,0	2	3,0
Total	66	100,0	66	100,0	66	100,0	66	100,0	66	100,0

Tabela 4 - Distribuição dos cuidadores de acordo com o contexto da prestação de cuidados: coabitação, apoio domiciliário, apoio de centro de dia, apoio de familiar/vizinho/amigo e apoio financeiro

Em relação à coabitação 77.3% (51) dos cuidadores principais referem viver na mesma casa - que a pessoa que prestam cuidados em relação aos 22.7% (15) que afirmam não viver na mesma casa.

Na questão do apoio domiciliário para cuidar da pessoa, 93.9% (62) não têm esse apoio, apenas 3% (2) dos cuidadores responderam sim a esta questão.

O mesmo acontece com o apoio do Centro de Dia, 63.6% (42) não têm este apoio, enquanto 33.3% (22) refere que sim ter esse apoio.

Em relação ao apoio de algum familiar ou amigo ou vizinho grande parte dos cuidadores responderam não ter esse apoio, 77.3% (51), em relação aos 19.7% (13) dos cuidadores que dizem ter esse apoio.

Na questão sobre o apoio financeiro houve uma igualdade de resposta, ou seja, 48.5% (32) dos cuidadores responderam ter esse apoio e também 48.5% (32) responderam não ter esse apoio.

Quanto às **horas diárias para cuidar** da pessoa dependente, podemos verificar no gráfico 3, a seguinte distribuição: até 4 horas, até 8 horas, até 12 horas e todo o dia.

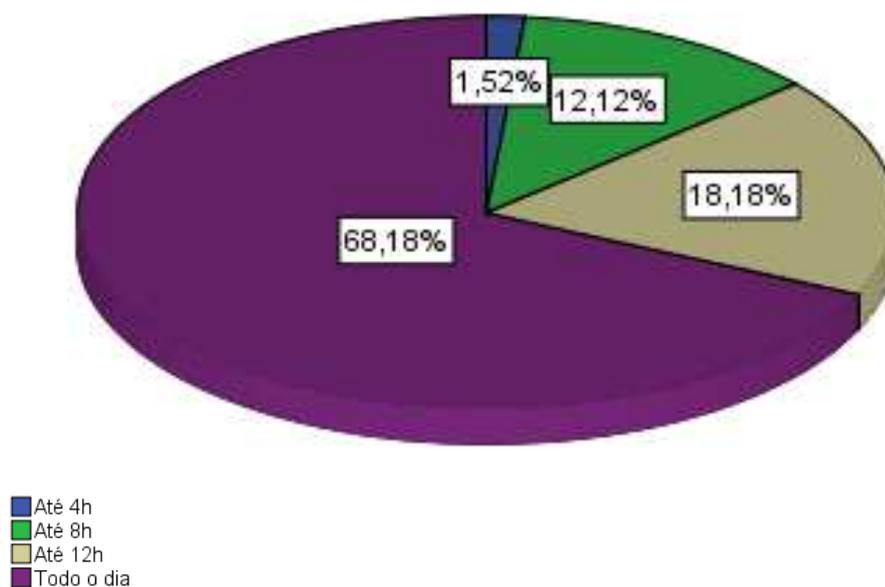


Gráfico 1 - Horas diárias de cuidados à pessoa dependente

Constatamos que a maioria dos inquiridos, 68,2% (45) referem prestar cuidados à pessoa dependente praticamente todo o dia; seguindo-se 18,2% (12) que cuidam até 12h por dia; 12,1% (8) dedicam 8h diárias e apenas 1,5% (1) dos inquiridos referiu cuidar menos de 4h diárias.

O gráfico 2 apresenta a duração de prestação de cuidados pelo cuidador principal

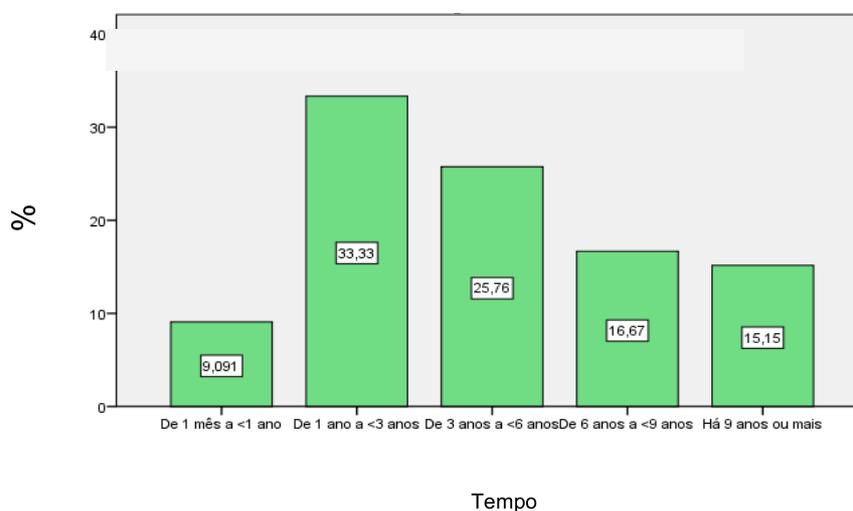


Gráfico 2 - Tempo como cuidador principal

Como se pode verificar no gráfico 2, constatamos o seguinte: 15.2 % (10) dos inquiridos fazem-no há 9 anos ou mais; seguidos de 16,7% (11) que prestam cuidados entre 6 a 9 anos; 25,8% (17) são cuidadores há 3 a 6 anos. De 66 inquiridos, 22 cuidadores principais, representando 33.3% prestam cuidados há 1 a 3 anos. Apenas, 9,1% (6) presta cuidados há menos de um ano.

3.1.2 - Sobrecarga dos cuidadores principais

Através da aplicação da escala QASCI, avaliámos a sobrecarga sentida pelos cuidadores principais. Os dados obtidos através da aplicação deste instrumento permitem identificar o tipo de sobrecarga mais frequentemente sentida pelos cuidadores principais tentando, no nosso caso, responder à questão inicialmente colocada: **“Quais as necessidades dos cuidadores principais de pessoas dependentes no domicílio?”**.

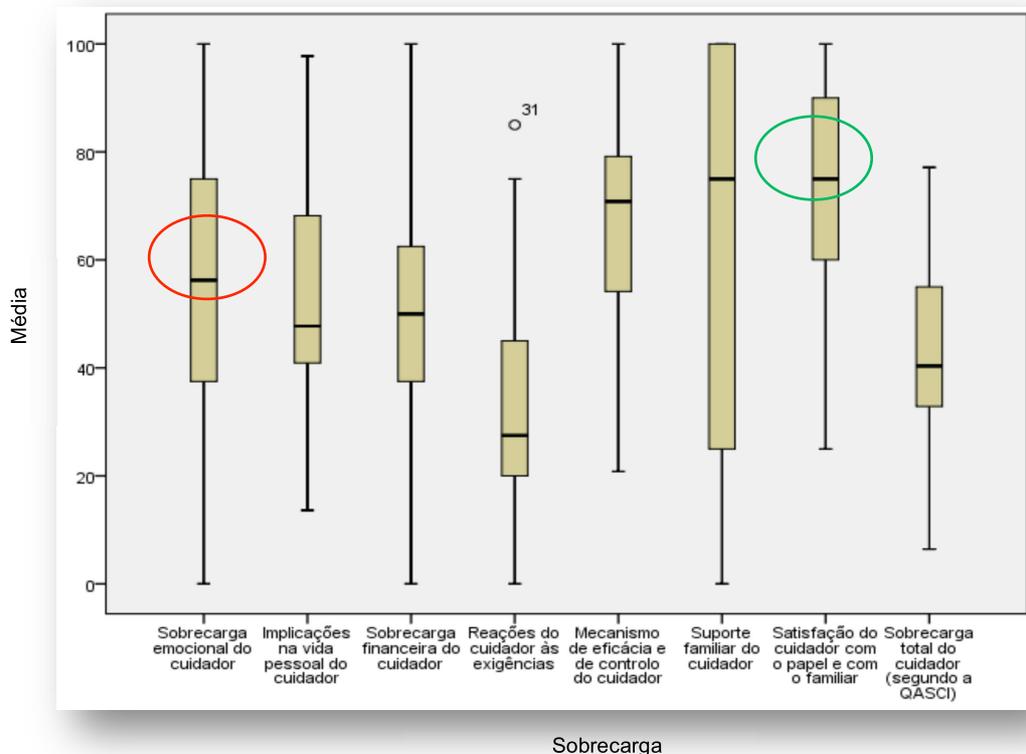


Gráfico 3 - Sobrecarga do cuidador principal segundo o QASCI – por subescala e total

Os itens relativos às dimensões mecanismos de eficácia e de controlo, suporte familiar e satisfação com o papel e com o familiar devem ser invertidos para que a pontuações mais altas correspondam situações de maior sobrecarga e *stress*.

Relativamente à sobrecarga sentida pelos prestadores, avaliada através da escala QASCI, como se pode verificar na tabela 5, os cuidadores principais evidenciam maior sobrecarga na dimensão SE e menor sobrecarga na dimensão SPF, com médias de 53.12 e 26.00, respetivamente.

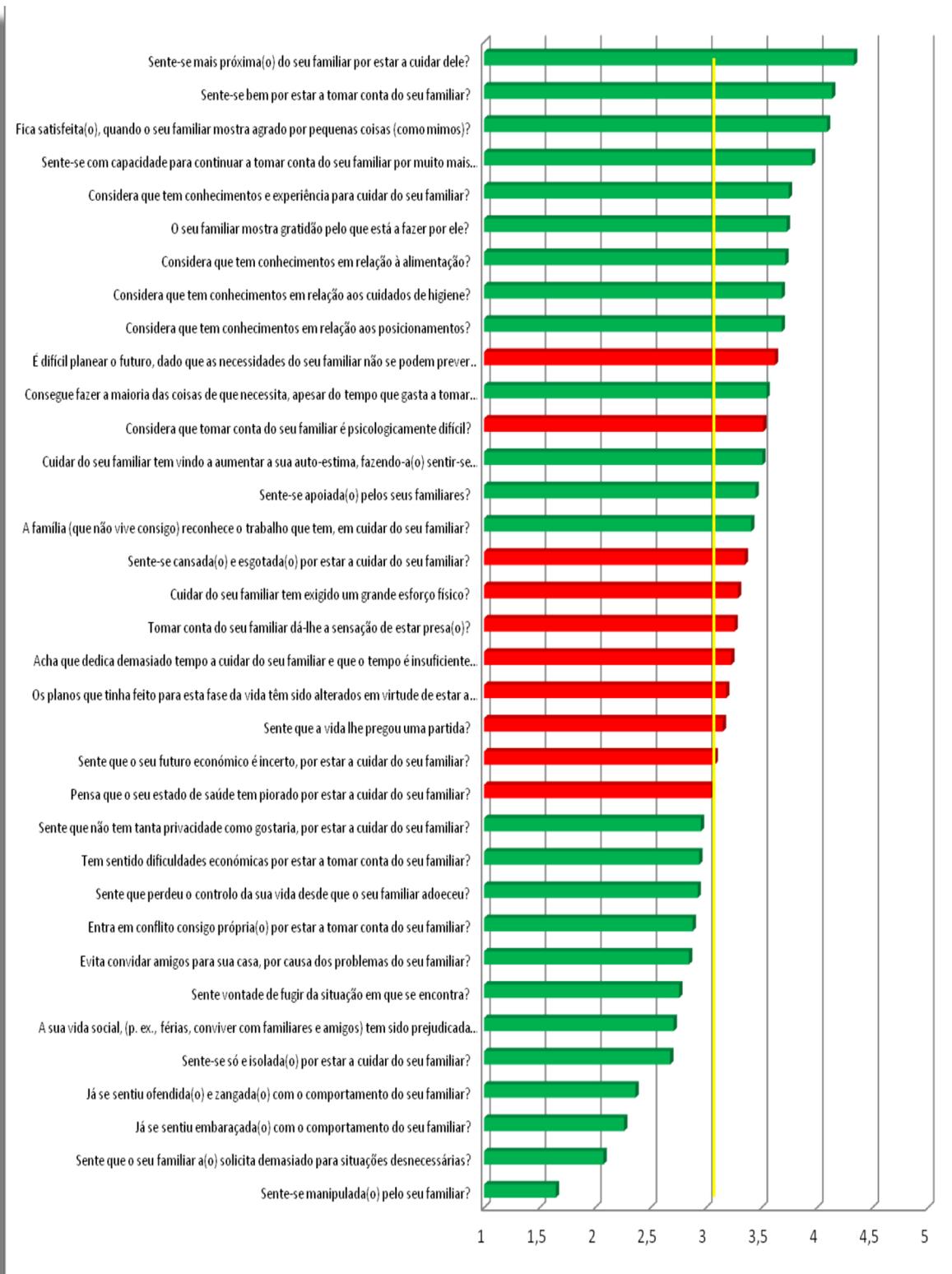
As subescalas MEC, SupF e SPF foram invertidas tendo resultado os seguintes níveis de sobrecarga, como podemos verificar na tabela 5.

Subescala	Média	Nível de sobrecarga
SE	53,12	Elevada
IVP	52,31	Elevada
SF	50,19	Elevada
RE	31,80	Moderada
MEC	32,41	Moderada
SupF	39,65	Moderada
SPF	26,00	Moderada
Sobrecarga Total	41,99	Moderada

Tabela 5 - Médias das subescalas do QASCI e respetivos níveis de sobrecarga

De salientar que a sobrecarga total apresenta uma média de 41,99 traduzida num nível de sobrecarga moderado.

A análise do gráfico 4 permite verificar as médias das respostas dos cuidadores aos itens do QASCI. De acordo com a escala de *Likert* (0 – 5) os itens afigurados a vermelho e acima de 3 são os representativos de sobrecarga.



1=Não/Nunca; 2= Raramente; 3= Às vezes; 4= Quase Sempre; 5= Sempre

Gráfico 4 - Média das respostas dos cuidadores aos Itens da QASCI

3.1.3 - Níveis de dependência das pessoas alvo de cuidados

A avaliação total da escala MDA varia desde os 0 pontos até aos 24 pontos, propondo cinco níveis de dependência: nula (0), ligeira (1-8), moderada (9-14), severa (15-19) e muito severa (20-24) (Vieira, 1996, *in* Araújo, 2010).

O gráfico 5 apresenta como se distribuem os cinco níveis de dependência.

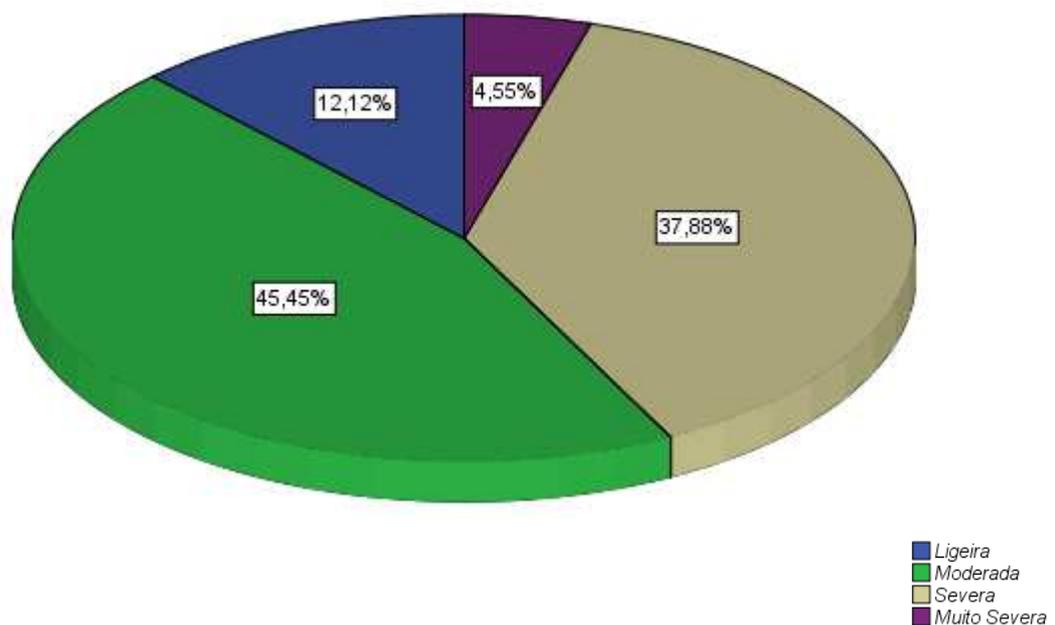
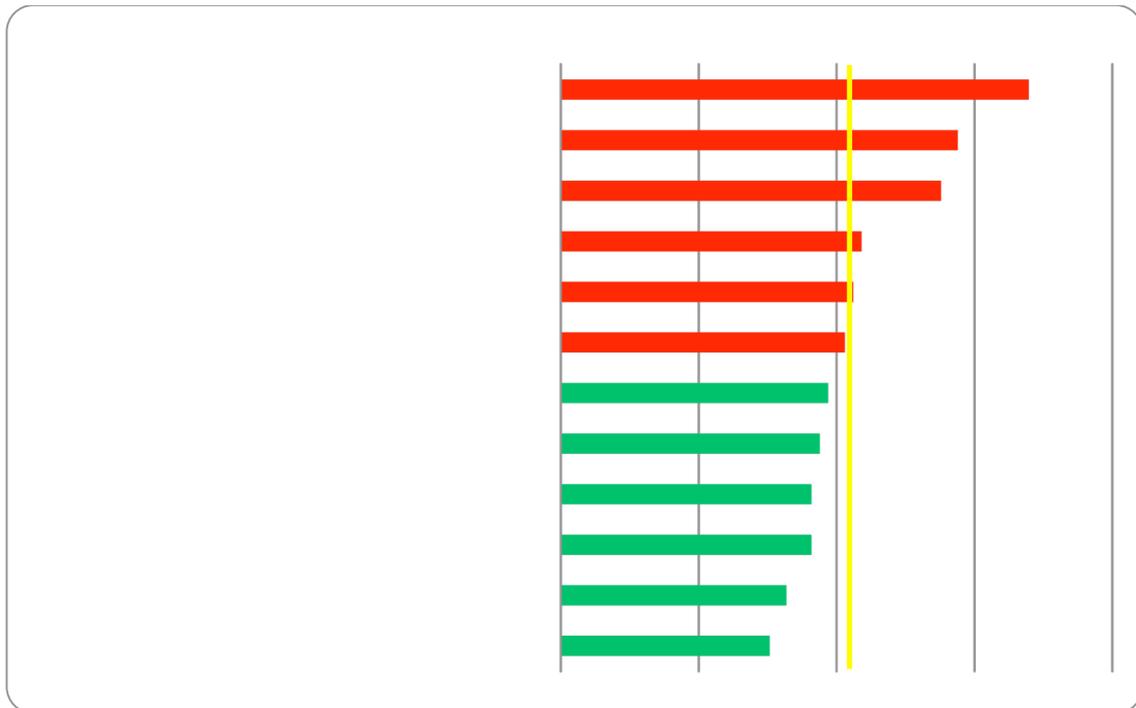


Gráfico 5 - Dependência total segundo o MDA, por categoria

Segundo a escala MDA e por categoria, constatamos que dos 66 indivíduos alvo de cuidados: 12.1% (8) das pessoas cuidadas apresentam dependência em grau ligeiro; 45.5% (30) em grau moderado; 37.9% (25) em grau severo; 4.5% (3) em grau muito severo.

Em relação aos itens da escala MDA, para cada atividade são avaliados três itens, cotados de 0 a 2 pontos, sendo o 0 sinónimo de independência e 2 de dependência total (Vieira, 1996, *in* Araújo).



0 - s/ dependência 2 - dependência total

Gráfico 6 - Média das respostas dos cuidadores aos itens da MDA

Como se pode verificar no gráfico 6 os cuidadores principais referiram que a pessoa alvo de cuidados se encontrava mais dependente na *higiene*, com uma média de respostas de 1,70; seguido da *deslocação* com média de 1,44; *transferência* com média de 1,38; e *memória* com média de 1,09.

3.2 -Discussão dos resultados

Numa sociedade cada vez mais envelhecida, em que o aumento da necessidade de apoio às pessoas idosas dependentes emerge como um problema prioritário, interrogamo-nos sobre a necessidade de dar mais atenção à prestação de cuidados informais à pessoa dependente em contexto domiciliário.

Individualmente o envelhecimento assenta na maior longevidade dos indivíduos, ou seja, no aumento da esperança média de vida. Contudo, o processo de envelhecimento não pode ser definido apenas por critérios cronológicos, mas sim segundo uma abordagem holística que tenha em conta a

análise do conjunto das condições físicas, funcionais, mentais e de saúde de cada indivíduo.

Embora a maioria das pessoas idosas não seja nem doente, nem dependente, a verdade é que as transformações biopsicossociais pelas quais todas as pessoas idosas passam levam ao aparecimento de algumas deficiências e ao aumento da predisposição à doença. A este respeito a Direção Geral de Saúde refere que os últimos anos de vida são acompanhados de situações de doença e incapacidade, suscetíveis de prevenção (DGS, 2004).

Os dados obtidos através do nosso instrumento de colheita de dados, confirmam essa tendência, pois verificou-se que as pessoas que eram cuidadas pelos cuidadores principais, da amostra deste estudo, apresentavam grau de dependência ligeiro nas atividades corporais, locomotoras, sensoriais e mentais. Das quatro atividades a que apresentavam menor grau de dependência foi na atividade sensorial e a de maior grau de dependência foi na atividade locomotora.

Ao aumento do número de pessoas idosas dependentes corresponde uma necessidade crescente de cuidados de saúde e assistência que são prestados pelas redes sociais de apoio formal e informal.

Apesar das mudanças estruturais na família evidenciadas nos últimos anos em Portugal, esta continua a ser a principal fonte de apoio nos cuidados diretos, no apoio psicológico e nos contactos sociais à pessoa idosa dependente (Pimentel, 2001 e Paúl, 1997).

Uma das formas da família oferecer esse apoio consiste na atribuição de um cuidador principal. Culturalmente, o papel de cuidador principal já está previamente atribuído a determinados membros, cujo perfil, maioritariamente, é uma filha adulta, solteira e, em alguns casos a esposa também ela idosa, a coabitar com a pessoa idosa, com um nível de instrução baixo, economicamente desfavorecida, sem profissão ou reformada (Lage, 2005; Martín, 2005; Brito, 2002 e Paúl, 1997). O cuidador principal é aquela pessoa sobre a qual recai a responsabilidade pela prestação da maioria dos cuidados ligados às funções de manutenção e continuidade da vida da pessoa idosa dependente e que não é remunerada pelo que faz, nem possui formação específica.

No estudo realizado corrobora com o que foi anteriormente citado, pois no nosso estudo constatou-se que maior número de cuidadores são do género feminino, com idade de 53 anos, casada, frequentaram o ensino básico, encontram-se desempregadas, coabitam com o familiar que prestam cuidados e é normalmente a filha que presta estes cuidados, seguindo-se o conjugue.

Os cuidadores principais realizam tarefas muito variadas, que vão desde a vigilância e acompanhamento até à administração da medicação e à prestação direta de cuidados, que se desenvolvem num horário contínuo, 24h sobre 24h.

Mais uma vez, os resultados obtidos através do nosso instrumento de colheita de dados vão de encontro com a literatura. Os cuidadores principais, na sua maioria, cuidam do seu familiar todo o dia. Sendo que a grande percentagem desses cuidadores prestam cuidados há um ano e há menos de 3 anos, seguindo-se os que cuidam de 3 anos a menos de 6 anos.

Por sua vez esta prestação contínua de cuidados pode produzir uma sobrecarga intensa no cuidador, acabando por comprometer a sua saúde; vida social/familiar, nomeadamente a relação com outros membros da família e o lazer; a disponibilidade financeira; a rotina doméstica e o desempenho profissional. A falta de um cuidador substituto, a falta de conhecimentos sobre a evolução do estado de saúde da pessoa idosa e sobre as técnicas de cuidar, e a preocupação de quanto tempo vai durar a situação são alguns problemas que agravam a sobrecarga do cuidador (Paúl, 1997).

O nosso estudo demonstra essa sobrecarga, ou seja, os cuidadores principais revelam elevada sobrecarga emocional e implicações ao nível da vida pessoal, tendo se verificado uma baixa sobrecarga ao nível dos mecanismos de eficácia e controlo e na satisfação com o papel e com o familiar.

De entre os profissionais de saúde, os enfermeiros são os que estão em melhores condições para desempenhar o papel de educadores para a saúde da díade pessoa dependente-cuidador principal, porque conhecem bem a problemática de ambos, pois lidam diariamente com eles e são muitas vezes vistos como o primeiro recurso dos cuidadores em situações de necessidade de cuidados de saúde à pessoa dependente.

De entre as funções dos enfermeiros faz parte a execução de cuidados de enfermagem que integram processos educativos que promovam o autocuidado ao utente (Ministério da Saúde, 1991- artigo 7, alínea c) do Decreto-lei nº 437/91). Assim sendo, todo o enfermeiro é um educador para a saúde dos seus utentes.

Constituindo o cuidador e a pessoa dependente uma unidade, que se influencia mutuamente, em que as dificuldades enfrentadas pelo cuidador para cuidar da pessoa dependente no domicílio, são interpretadas como fatores que limitam a qualidade do cuidado prestado (Andrade e Rodrigues, 1999), é imprescindível que se compreenda e avalie as necessidades sentidas pelo cuidador.

Para uma melhor compreensão da problemática corroboramos Palma que ao estudar as expectativas da família com pessoas idosas dependentes definiu problema como “[...] algo que impede ou dificulta a prestação de cuidados informais ao idoso” (Palma, 1999:28) e necessidade como “[...] uma falta de algo essencial, um vazio a preencher. Representa o necessário para remediar um problema identificado” (*ibid.*).

Uma análise cuidada de várias leituras leva-nos a concluir que as dificuldades surgidas aos cuidadores, em consequência da prestação de cuidados às pessoas dependentes dependem, entre outras razões, da falta de conhecimentos, nomeadamente ao nível dos cuidados de higiene, posicionamentos, de recursos e de acompanhamento dos serviços comunitários.

A este respeito, Paúl (1997), refere para além da ausência de conhecimento sobre as técnicas de cuidar e dos recursos comunitários, refere a ausência de conhecimento dos cuidadores para lidar com o stress que resulta da prestação de cuidados.

Palma (1999), ao estudar as expectativas dos familiares cuidadores de pessoas dependentes, relativamente à intervenção de enfermagem no domicílio, em resposta às suas necessidades/problemas enquanto prestadores de cuidados, chegou a conclusões esclarecedoras do tipo de dificuldades/necessidades encontradas por estes cuidadores.

Os prestadores de cuidados manifestaram necessidades: fisiológicas, económicas, de ajuda de outros e de formação/informação. As necessidades fisiológicas - repousar e dormir surgiam devido ao esforço desenvolvido pelos cuidadores, que os impedia de repousar tanto quanto precisavam (ibid.).

As necessidades económicas são referenciadas pelos cuidadores para obter recursos materiais (fraldas, medicamentos e ajudas técnicas) e recursos humanos (ajuda de outros durante a prestação de cuidados), que facilitem a prestação de cuidados à pessoa dependente (ibid.).

Sem dúvida que a ajuda financeira é essencial, mais uma vez, se verificou, nos cuidadores deste estudo que referem sobrecarga ao nível financeiro, apesar de alguns destes cuidadores ter apoio financeiro. Desse apoio financeiro a maior parte tem o apoio do complemento por dependência e uma minoria refere apoio por doença oncológica.

A falta de ajuda de outras pessoas para a prestação de cuidados à pessoa dependente é outra das dificuldades apontadas pelos prestadores de cuidados do estudo desenvolvido por Palma (1999). A autora concluiu que apesar dos cuidadores já receberem ajuda de outros nos cuidados que prestam à pessoa dependente, essa era uma ajuda pontual e insuficiente (ibid.).

Ao nível de apoio de outrem, constatou-se, que na sua maioria dos cuidadores, refere não ter apoio domiciliário, nem apoio do centro de dia, ou apoio de um familiar ou vizinho ou amigo.

As necessidades de formação/informação invocadas pelos prestadores de cuidados eram relativas à situação de saúde da pessoa idosa e às técnicas de cuidar, que lhes permitissem diminuir o esforço físico na prestação de cuidados e o risco de acidentes para a pessoa dependente (ibid.).

3.3 -Problemas Diagnosticados

Tendo em conta os valores obtidos pela aplicação do questionário e as considerações dos informantes-chave, identificam-se os seguintes problemas:

A subescala com a média mais elevada é SE, cujo nível de sobrecarga é elevado.

Como podemos verificar através da análise do gráfico 8, os itens apontados como geradores de maior sobrecarga, ou seja, com uma média de respostas acima dos 3, na escala de *Likert* (0 – 5), são:

- É difícil planear o futuro, dado que as necessidades do seu familiar não se podem prever (são imprevisíveis)? (3,62),
- Considera que tomar conta do seu familiar é psicologicamente difícil? (3,52); Sente-se cansada(o) e esgotada(o) por estar a cuidar do seu familiar? (3,35); Cuidar do seu familiar tem exigido um grande esforço físico? (3,29);
- Tomar conta do seu familiar dá-lhe a sensação de estar presa(o)? (3,26);
- Acha que dedica demasiado tempo a cuidar do seu familiar e que o tempo é insuficiente para si? (3,23);
- Os planos que tinha feito para esta fase da vida têm sido alterados em virtude de estar a tomar conta do seu familiar? (3,18);
- Sente que a vida lhe pregou uma partida? (3,15);
- Sente que o seu futuro económico é incerto, por estar a cuidar do seu familiar? (3,08);
- Pensa que o seu estado de saúde tem piorado por estar a cuidar do seu familiar? (3,04).

Em relação à dependência, os cuidadores prestam cuidados a pessoas com um maior nível de dependência em relação à higiene, deslocação (no domicílio ou exterior) e transferências.

Após a análise dos resultados obtidos através do QASCI e da escala MDA, a necessidade mais demonstrada pelos cuidadores principais da amostra do estudo realizado foi ao nível da sobrecarga emocional.

Para além desta, constatou-se que havia uma outra necessidade fundamental, a necessidade de adquirir conhecimentos acerca dos cuidados de higiene e posicionamentos, na prevenção de úlceras de pressão, com o principal intuito de prevenir futuras complicações e reduzir internamentos. Esta necessidade foi detetada pelas assistentes do centro de dia, pelos enfermeiros

da Unidade de Saúde familiar, transmitido pela Enfermeira responsável (Vogal do Aces de Paredes) e pela assistente social do centro de dia, pela assistente social do Centro de Dia e não verbalizadas pelo cuidador.

4 - PLANO DE INTERVENÇÃO

O Planeamento em Saúde é constituído por várias fases. Após o desenvolvimento do diagnóstico de situação, onde foi realizada a identificação das necessidades dos cuidadores principais, segue-se a fase de priorização dos problemas. Assim, é importante descrever de que forma foram selecionados os problemas prioritários deste trabalho.

No seguimento dos resultados encontrados neste estudo, os cuidadores principais foram alvo de intervenção, no sentido de potencializar as suas capacidades e diminuir os riscos de morbilidades.

O papel do cuidador representa um elevado contributo para a manutenção da pessoa dependente no domicílio “para a preservação da qualidade de vida, e constitui um recurso económico da maior importância para o país.” (Sequeira, 2010, p. 241).

4.1 -Definição de Prioridades

Nesta etapa segue-se a hierarquização dos problemas e a dificuldade inerente em escolher entre uns e outros. Assim, “ é fundamental que os problemas identificados sejam comparáveis para possibilitarem a sua seleção” (Imperator & Giraldes, 1993, p.63).

Definir prioridades de pesquisa é um processo complexo que implica fazer opções, com base em critérios racionais, que beneficiem o maior número de pessoas com os recursos existentes. O processo de priorização alcança legitimidade a partir da utilização de evidências e da formação de consenso entre os diversos intervenientes.

Foram utilizados os critérios de magnitude, transcendência social e económica e factibilidade tecnológica ou vulnerabilidade.

Critério				
Valor da Escala	Magnitude	Transcendência Social	Transcendência Económica	Vulnerabilidade (factibilidade tecnológica)
1	Problema não preocupante pelos indicadores de morbilidade e mortalidade	O problema não afeta significativamente a população	Problema sem repercussão económica	Grandes dificuldades práticas ou técnicas na redução do problema
2	Importância média	Afeta parcialmente a população ou grupos importantes	Problema de efeito médio	Problema redutível, mas as medidas ou tecnologia a utilizar são de difícil aplicação
3	Dimensão importante nos indicadores	Afeta toda a população ou grupos importantes	Grande repercussão económica por incapacidade ou perdas de produção	Problema que responde às medidas e tecnologias que se apliquem

Fonte: Adaptado do Plano da Biscaia (1979) *in* Giraldes (1993)

Tabela 6 - Escolha de prioridades segundo os critério magnitude, transcendência social, transcendência económica e vulnerabilidade

Recorrendo ao método CENDES/OPS, a determinação de prioridades resultou das reuniões de consenso entre as quatro alunas de mestrado e peritos, nomeadamente: uma enfermeira, elemento da direção do CSPSMG uma assistente social do CSPSMG e a orientadora de estágio do curso de mestrado em Enfermagem Comunitária da CESPU.

Aplicada a cada critério uma escala de 1 a 3; nos três primeiros critérios segundo a gravidade crescente do problema e na vulnerabilidade segundo as possibilidades de prevenção (tabela 6). Para cada causa o resultado é obtido pela soma dos valores parciais atribuídos em cada critério.

Número de Ordem	Problemas	A - Magnitude	B - Transcendência social	C - Transcendência económica	D - Vulnerabilidade	A+B+C+D Valor Final
1	Falta de conhecimentos e experiência para cuidar	3	3	3	3	12
2	Cansaço e esgotamento por estar a cuidar da pessoa dependente	3	3	2	2	10
3	Incapacidade para continuar a cuidar do familiar	2	2	2	2	8
4	Cuidar do outro é psicologicamente difícil	3	2	1	2	8
5	Entra em conflito consigo própria por estar a cuidar	2	2	2	2	8
6	Impossibilidade para fazer a maior parte das coisas que necessita	2	2	2	1	7
7	Vontade em fugir da situação em que se encontra	2	1	1	2	6

Tabela 7 - Priorização dos problemas identificados

Da interpretação da tabela 7 podemos verificar que os dois problemas prioritários são: *Falta de conhecimentos e experiência para cuidar* e *Cansaço e esgotamento por estar a tomar conta*. Seguidamente, e por ordem decrescente de prioridade, foram identificados os seguintes problemas: *Incapacidade para*

continuar a tomar conta do familiar, tomar conta é psicologicamente difícil, entra em conflito consigo própria por estar a tomar conta, impossibilidade para fazer a maior parte das coisas que necessita e vontade de fugir da situação em que se encontra.

Em suma, nesta reunião foram analisados os dados de diagnóstico de saúde e através do método CENDES/OPS os problemas foram priorizados tendo-se concluído que seria prioritário desenvolver um projeto com ênfase no apoio aos cuidadores principais na prestação de cuidados, cuja finalidade seria promover a qualidade de cuidados prestados e, ao mesmo tempo promover o alívio da sobrecarga emocional.

4.2 -Finalidade e Objetivos

“Realizado o diagnóstico da situação e definidos os problemas prioritários, haverá que proceder à fixação dos objetivos a atingir em relação a cada um desses problemas num determinado período de tempo” (Giraldes, 1993, p.76). É através da elaboração dos objetivos que se explica o tipo de comportamentos apropriados para permitir a melhoria e/ou a resolução do problema.

Um objetivo é definido por Giraldes (1993, p.79) como sendo “um enunciado de um resultado desejável e tecnicamente exequível de evolução de um problema que altera, em princípio, a tendência de evolução natural desse problema, traduzido em termos de indicadores de resultado ou de impacte”.

Nesta linha de pensamento, e com ênfase no alívio da sobrecarga emocional e na promoção da qualidade de cuidados prestados, traçaram-se objetivos gerais e específicos.

Ao traçar-se os objetivos, teve-se em conta a limitação de tempo e a escassez de recursos, assim como, as características da população alvo da intervenção no que respeita ao seu nível de escolaridade.

Foram traçados os seguintes objetivos gerais:

- Promover aos cuidadores principais um momento para alívio da sobrecarga emocional;
- Promover a partilha de conhecimentos e experiência em cuidar, entre profissionais de saúde e cuidadores principais;
- Elaborar um projeto, intitulado “O Recanto do Cuidador”, no âmbito das necessidades dos cuidadores principais de pessoas dependentes no domicílio, da freguesia de Gandra, para o CSSMG.

Relativamente aos objetivos específicos:

- Até à segunda semana de janeiro, convidar 100% dos cuidadores principais para o workshop intitulado “O Recanto do Cuidador”;
- Até à segunda semana de janeiro, divulgar o projeto através do CSSMG e “A Voz Amiga”;
- Até à segunda semana de janeiro, contactar entidades ligadas à prestação de cuidados para colaborar no workshop;
- Elaborar um projeto de intervenção, dirigido aos cuidadores principais, no âmbito das necessidades identificadas, designado por “O Recanto do Cuidador”.

4.3 - Seleção de Estratégias

Nesta etapa desenvolveu-se estratégias de saúde que, segundo Imperatori e Giraldes (1993) passa por um conjunto de técnicas organizadas, com o intuito de atingir os objetivos fixados, desviando a evolução natural dos problemas/necessidades. Assim, ao estabelecer os critérios para a conceção de estratégias a adotar, consideraram-se alguns pressupostos, tais como: as características da população em estudo, as limitações temporais, e exequibilidade das estratégias, os custos inerentes à sua execução e os recursos disponíveis.

Assim, foram criadas as seguintes **estratégias**:

- elaboração do projeto “O Recanto do Cuidador” dirigido à comunidade de Gandra.
- realização de um “Workshop” intitulado “O Recanto do Cuidador” dirigido aos cuidadores principais de pessoas dependentes;
- divulgação do “workshop” através da fixação de cartazes alusivos à atividade, no CSSMG e respetivas carrinhas, divulgação através da “A Voz Amiga” e entrega de convites, pessoalmente, aos cuidadores;
- distribuição de informação sob a forma de desdobrável aos cuidadores principais, sobre os temas abordados no “workshop”

- colaboração das entidades APTF, Nutricia e Hatmann, através da participação ativa dos seus elementos representantes, na realização do “workshop” (Anexo D).

4.4 - Projeto “O Recanto do Cuidador”

Para dar continuidade ao Planeamento em Saúde, é necessário definir a intervenção comunitária que se pretende implementar, tornando-se necessário elaborar o projeto que, segundo Imperatori e Giraldes (1993, p.129) “é uma atividade que decorre num período de tempo bem delimitado, que visa obter um resultado específico e que contribui para a execução de um programa.” Nesta ordem de ideias a atendendo às necessidades prioritizadas, criou-se o projeto “O Recanto do Cuidador”.

O projeto “O Recanto do Cuidador” foi elaborado de acordo com os objetivos e estratégias já mencionadas, assim como as diferentes atividades planeadas. Pretende-se obter ganhos em saúde, através da promoção da integração de boas práticas de posicionamentos e prevenção de úlceras de pressão e cuidados de higiene no leito, à pessoa dependente, assim como, promover o alívio do cuidador principal através do convívio entre cuidadores, profissionais de saúde e restante comunidade envolvente.

A definição destas foi um processo que requereu a colaboração da responsável pelo Centro de Dia e pela Assistência Social, dado o seu conhecimento da população envolvida no estudo. Foi tida em conta as características dos cuidadores principais e prevista a sua disponibilidade na adesão ao projeto, bem como, os recursos necessários à realização do mesmo.

De seguida passa-se à descrição do projeto e respetiva atividade.

Projeto “O Recanto do Cuidador”

Elementos promotores e executores: alunas do 2º Curso de Mestrado em Enfermagem Comunitária da ESSVS.

Recursos Humanos: 4 alunas do II Curso de Mestrado em Enfermagem Comunitária da ESSVS.

Custos e Financiamento: suportados pelas alunas

População-alvo envolvida no projeto: cuidadores principais de pessoas dependentes no domicílio da freguesia de Gandra, concelho de Paredes.

Colaboradores:

- elementos da direção do CSPSMG;
- assistente social do CSPSMG;
- educadora social do CSPSMG;
- ajudantes familiares do CSPSMG.

“O Recanto do Cuidador” - “Workshop”

- Grupo Alvo:
- Cuidadores principais convidados de pessoas dependentes no domicílio.
- Metas:
- conseguir, que no dia 17 de janeiro de 2013, 65% dos cuidadores principais adiram ao “workshop”;
- conseguir, até 17 de janeiro de 2013, que 100% das atividades previstas sejam realizadas.
- Indicadores:
- **Taxa de adesão dos cuidadores**= % de cuidadores que participaram no “workshop”

nº de cuidadores presentes no “workshop”

nº de cuidadores convidados

X 100

- **Taxa de realização de atividades**= % de atividades realizadas

nº de atividades realizadas”	X 100
nº de atividades previstas	

Custos e Financiamento:

- suportados pelas alunas

Período de intervenção:

- período compreendido entre 17 de dezembro de 2012 e 17 de janeiro de 2013.

Local:

- antiga escola primária da granja

Recursos Materiais:

- cama articulada, produtos de higiene e conforto, mesas, cadeiras, computador, retroprojektor, tela e máquina de café.

Intervenientes:

- alunas do curso na abordagem ao dependente de cuidados de higiene no leito. Demonstração prática da prestação do banho completo à pessoa dependente;
- enfermeiros elementos da APTF – colaboração na sessão posicionamentos/prevenção de úlceras de pressão, através da exposição do conteúdo teórico e simulação prática dos posicionamentos;
- comercial da Nutrícia – montagem da banca alusiva aos suplementos alimentares disponíveis e fornecimento de amostras; explicação da importância de uma alimentação equilibrada, completa e variada;
- comercial da Hartmann – montagem da banca alusiva aos produtos de higiene e conforto e fornecimento de amostras; exemplificação da utilização dos respetivos produtos.
- Pastelaria Estrutura, no fornecimento de géneros alimentares para a atividade “lanche convívio”
- CSSMG, na cedência do espaço (antiga escola da Granja).

Instrumento de avaliação:

- questionário de avaliação da atividade que serviu como folha de presença.

Atividades:

- 1) afixação de cartazes alusivos ao projeto, no Centro Social S. Miguel de Gandra e respetivas carrinhas e na Paróquia da freguesia;
- 2) divulgação do projeto pela “A Voz Amiga”;
- 3) distribuição de convites pessoalmente, aos cuidadores principais;
- 4) elaboração do desdobrável “O Recanto do Cuidador”;
- 5) contacto com o “Verdadeiro Olhar”, jornal da freguesia, para realizar uma reportagem para a comunidade (Anexo D);
- 6) contacto com a APTF para colaboração interventiva no tema sobre posicionamentos e prevenção de úlceras de pressão;
- 7) contacto com a delegada de propaganda médica da Hartmann
- 8) contacto com a delegada de propaganda médica da Nutricia
- 9) sessão informativa sobre posicionamentos/prevenção de úlceras de pressão;
- 10) sessão prática sobre posicionamentos/transferências e cuidados de higiene no leito;
- 11) avaliar a transmissão da informação através da participação ativa dos intervenientes/cuidadores: *brainstorming*; aplicação do instrumento de avaliação da sessão;
- 12) registos multimédia, através de fotografias;
- 13) Lanche convívio entre formadores e formandos (Anexo E).

4.5 -Execução

O Workshop com início previsto para as 15h00 teve um atraso de cerca de 15 minutos devido ao tempo chuvoso, desse dia. Os convidados foram chegando e recebidos pela equipa organizadora, encaminhados para a sala de apresentação do tema: prevenção de úlceras de pressão.

O grupo de alunas deu início à sessão através de uma breve apresentação dos objetivos do workshop e dos seus elementos constituintes, incluindo os respetivos colaboradores.

A primeira sessão ficou a cargo da enfermeira convidada da APTF, que abordou o tema sobre a prevenção de úlceras de pressão. Seguidamente tomou a palavra o enfermeiro vice presidente da APTF, demonstrando de forma interativa as técnicas de posicionamentos e transferências. Não menos importante e por último um elemento do grupo de alunas demonstrou como prestar cuidados de higiene totais no leito, à pessoa alectuada.

De modo a confirmar a presença dos convidados e avaliar formalmente a sessão foram distribuídos questionários, um por cada participante.

No final, como forma de realizar uma avaliação informal e agradecer a participação dos presentes foi disponibilizado um lanche, de modo a promover a interação entre cuidadores/profissionais/colaboradores.

5 - AVALIAÇÃO

A última etapa do Planeamento em Saúde é a avaliação, “é sempre comparar algo com um padrão ou modelo que implica uma finalidade operativa que é corrigir ou melhorar” (Giraldes, 1993, p.173). É nesta fase que se determina o resultado de uma intervenção, ou por outras palavras, o grau de sucesso na concretização de um objetivo, como tal, deve ser “precisa e pertinente” (Tavares, 1990, p.205)

Avaliar um projeto não é tarefa fácil, no entanto, torna-se imperiosa a sua realização. Indicadores medindo a estrutura, o processo e os resultados são fundamentais como forma de avaliar e controlar os programas e projetos implementados (Tavares, 1990).

Tendo em conta o período que decorreu este estudo não faz sentido avaliar impactos ao nível de mudança de comportamento ou mesmo de melhoria de indicadores de saúde, no entanto, é importante fazer outras considerações de caráter avaliativo.

No que respeita às opções metodológicas parecem ter sido as indicadas, visto terem permitido um reconhecimento da população alvo e a identificação das necessidades dos cuidadores principais. Reconhece-se que para a concretização do projeto “O Recanto do Cuidador” poderiam ter sido utilizados outros recursos da comunidade, no entanto, variados fatores limitaram outras escolhas. No entanto, foram cumpridas todas as etapas do estudo em tempo útil e atingidos os objetivos traçados inicialmente,

Para além desta análise relativamente a todo o processo decorrido, é necessário avaliar a atividade tendo em conta os indicadores e o “feedback” obtido com o intuito de verificar se os objetivos do projeto foram atingidos.

Atendendo às características da população alvo deste projeto foi necessário planear um conjunto de atividades que promovesse o descanso do cuidador e pudesse cativar a sua atenção e permitir a divulgação da informação acerca dos

posicionamentos/prevenção de úlceras de pressão e cuidados de higiene no leito.

Neste sentido, foi definido criar um “workshop” intitulado “O Recanto do Cuidador”, cujas atividades foram realizadas com sucesso.

O “workshop” decorreu no dia 17 de janeiro de 2013, na antiga escola da granja, das 15h00m às 7h30m. Envolveu uma sessão informativa dirigida aos cuidadores principais de pessoas dependentes, passando pela projeção de um “power point”, ao longo do qual, de uma forma interativa, foram transmitidos conhecimentos acerca dos posicionamentos/prevenção de úlceras de pressão.

Durante a sessão de formação, os cuidadores foram convidados a refletir sobre a sua prática, partilharem experiências, o que lhes permitiu identificar alguns procedimentos menos corretos e, assim, identificarem estratégias para aperfeiçoar os cuidados por eles prestados. Por outro lado foram aconselhados a incorporar nas suas práticas uma mecânica corporal adequada com o objetivo de promover a segurança da pessoa dependente, mas também da prevenção de lesões.

É de salientar que o grupo e as entidades envolventes ficaram agradavelmente surpreendidos pela atenção e interação por parte dos cuidadores considerando que esta reação em muito se deveu à excelente intervenção dos enfermeiros da APTF, que pela sua prática e experiência, em intervenções semelhantes, conseguiram despoletar o interesse e participação dos formandos.

Com o intuito de verificar a participação e interesse dos formandos e pertinência dos temas abordados foi entregue um questionário a todos os presentes. Assim, com muito agrado, pudemos verificar que a taxa de adesão ao “workshop” foi de 57% e a taxa de realização das atividades foi de 92%.

Segundo os resultados do questionário de avaliação da formação, aplicado no final da sessão, os formandos consideram que os conteúdos abordados contribuíram para aumentar o seu conhecimento, ou seja, na prática consideram que irão fazer melhor (100%) e todos os participantes recomendariam a sessão a outros cuidadores (100%).

Ao iniciarmos este trabalho tínhamos consciência de que podíamos enfrentar algumas limitações que poderiam estar relacionadas com a nossa inexperiência pessoal para trabalhos desta natureza. A execução do trabalho a par das nossas atividades profissionais, assim como um tempo limitado para a sua elaboração podia, também, ter condicionado o seu desenvolvimento.

É de realçar que ambas as responsáveis pelo CSPSMG manifestaram a intenção de dar continuidade a este projeto e mencionaram que foi uma mais valia para a dinâmica do CSPSMG, bem como para responder ao um conjunto de necessidades da comunidade de Gandra. Salienta-se o facto da responsável Enfermeira Iolanda Couto ter convidado o grupo de alunas, para uma intervenção análoga, a desenvolver em setembro de 2013, com o intuito de esclarecer outras questões relacionadas com o cuidar da pessoa dependente, e também, proporcionar um momento de alívio do cuidador principal.

Por se acreditar neste projeto, ter-se obtido “feedback” positivo das atividades e pela vontade do grupo em tentar garantir que este trabalho tem a possibilidade de continuidade num âmbito não académico, ficou o compromisso entre a direção do CSSMG e as alunas, de voltar a realizar um workshop dirigido aos cuidadores principais de pessoas dependentes da freguesia de Gandra, em Setembro 2013.

Quem sabe, futuramente elaborar um documento escrito com os critérios base de um projeto de intervenção, e apresentar ao CSPSMG, com o objetivo de abranger outras freguesias do concelho de Paredes.

6 - CONSIDERAÇÕES FINAIS

O progressivo aumento do envelhecimento da população traduz-se num acréscimo de doenças crónicas e incapacitantes e, por conseguinte num aumento de pessoas em situação de dependência em contexto familiar, que requerem a ajuda e assistência de familiares para dar resposta às suas atividades básicas de vida diárias (ABVD) e atividades instrumentais de vida diárias (AIVD).

Cada vez mais a abordagem das pessoas idosas dependentes passa pelos cuidadores informais e sobretudo pelos cuidadores principais, que assumem a maior parte do cuidado prestado a essas pessoas.

Para que se possa manter a pessoa idosa dependente no seu domicílio com o melhor nível de qualidade de vida possível é fundamental que a questão dos cuidados informais às pessoas idosas seja avaliada, nomeadamente, através da avaliação da qualidade de vida e saúde dos cuidadores principais, começando por avaliar as suas necessidades/dificuldades.

O contacto directo com os cuidadores principais nos domicílios, isto é, nos contextos concretos da prestação de cuidados à pessoa idosa dependente, permitiu-nos uma experiência rica que facilitou um conhecimento mais completo das suas necessidades educativas, da forma como constróem diariamente o seu processo formativo para cuidar, bem como da sua percepção acerca do contributo dos enfermeiros na sua preparação para cuidar. Daqui resultou uma melhor compreensão das suas necessidades/dificuldades para cuidar da pessoa idosa dependente no domicílio.

As conclusões que retiramos do nosso estudo emergem, dos objectivos propostos, do enquadramento teórico estruturador da investigação, das questões formuladas e da análise e interpretação dos dados. No que se refere à metodologia escolhida, consideramos que se ajustou ao tipo de estudo.

Através dos dados obtidos através do nosso instrumento de colheita de dados, verificou-se que as pessoas que eram cuidadas pelos cuidadores

principais, da amostra deste estudo, apresentavam grau de dependência ligeiro nas atividades corporais, locomotoras, sensoriais e mentais. Das quatro atividades a que apresentavam menor grau de dependência foi na atividade sensorial e a de maior grau de dependência foi na atividade locomotora.

Ao aumento do número de pessoas idosas dependentes corresponde uma necessidade crescente de cuidados de saúde e assistência que são prestados pelas redes sociais de apoio formal e informal.

A família continua a ser a principal fonte de apoio nos cuidados diretos, no apoio psicológico e nos contactos sociais à pessoa idosa dependente.

Uma das formas da família oferecer esse apoio consiste na atribuição de um cuidador principal. Culturalmente, o papel de cuidador principal já está previamente atribuído a determinados membros, cujo perfil, maioritariamente, é uma filha adulta, solteira e, em alguns casos a esposa também ela idosa, a coabitar com a pessoa idosa, com um nível de instrução baixo, economicamente desfavorecida, sem profissão ou reformada. No nosso estudo constatou-se que maior número de cuidadores são do género feminino, com idade de 53 anos, casada, que frequentaram o ensino básico, encontram-se desempregadas, coabitam com o familiar que prestam cuidados e é normalmente a filha que presta estes cuidados, seguindo-se o conjugue.

Os cuidadores referenciaram repercussões negativas que advêm do processo de cuidar do seu familiar idoso. Para os cuidadores, esta experiência implicou alterações na dinâmica familiar, já que o doente passou a ser o centro das atenções. Tiveram que reorganizar-se a nível familiar e profissional, o que implicou mudanças significativas, nomeadamente, a perda permanente de emprego. Os cuidadores passaram a ter menos tempo para si e para a família, privando-se mesmo do seu descanso e das actividades sociais. Os problemas de saúde, relacionais e sócio-económicos tenderam a agravar-se durante o processo de cuidar.

O nosso estudo demonstra essa sobrecarga, ou seja, os cuidadores principais revelam elevada sobrecarga emocional e implicações ao nível da vida

peçoal, tendo se verificado uma baixa sobrecarga ao nível dos mecanismos de eficácia e controlo e na satisfação com o papel e com o familiar.

Os sentimentos partilhados pelos cuidadores foram de depressão, stress e sentimentos contraditórios ou de ambivalência que punham em causa a relação de manutenção da “reciprocidade equilibrada” para com a pessoa idosa.

Os cuidadores invocaram ainda várias necessidades na prestação de cuidados, sendo as mais referidas as necessidades pessoais de descansar e/ou lazer (dada a sobrecarga sentida pelos cuidadores), e ter saúde para continuar a cuidar do seu familiar idoso.

Entre as necessidades menos referidas encontram-se as necessidades de informação/formação e as necessidades de espaço e/ou segurança ao nível das condições habitacionais. Entre as necessidades de informação/formação para prestar cuidados destacaram os conhecimentos sobre a doença e a dependência do seu familiar, sobre a forma de se relacionarem/comunicarem com ele, sobre a execução de pensos e sobre a satisfação das necessidades físicas da pessoa idosa (cuidados de eliminação, cuidados de higiene e cuidados de mobilização/actividade física), deixando transparecer que a falta destes conhecimentos os impede de ter mais segurança e destreza na realização dos cuidados, com os eventuais riscos inerentes para si e para a pessoa idosa.

Concluimos que ao escolher o papel, nem todos os cuidadores o fazem de livre vontade ou segundo uma escolha consciente, nem apenas influenciados pela qualidade da relação interpessoal entre si e a pessoa idosa. Na realidade são também influenciados por forças institucionais e suas bases normativas (relação de parentesco/consanguinidade, consenso familiar, ser mulher e estar em casa), em que as famílias tentam otimizar a sua produtividade, escolhendo um elemento que menos perca com o papel de cuidador. Contudo, os cuidadores encararam a entrada no papel como sendo da sua própria responsabilidade, mantendo o seu dever moral, marital ou filial sem, muitas vezes, terem noção do que os espera

Pensamos que existe um longo caminho a percorrer quer pelos enfermeiros de cuidados de saúde diferenciados, quer pelos enfermeiros de cuidados de

saúde primários no sentido de colocar a educação para a saúde no centro das suas intervenções, nomeadamente do encaminhamento.

Para que isto seja uma realidade deveriam verificar-se alterações no campo da educação, no campo dos cuidados e no campo da investigação em enfermagem. No campo da educação, o próprio processo de ensino/aprendizagem dos futuros profissionais de enfermagem deveria valorizar a perspectiva do doente e família como o sistema a cuidar.

No campo dos cuidados, em contexto institucional, os profissionais de enfermagem deveriam incentivar e proporcionar ao cuidador o envolvimento nos cuidados, sempre que este reúna condições para tal, de forma a prepará-lo progressivamente para o acolhimento do doente no domicílio. Em contexto domiciliário deveriam formar-se equipas interprofissionais com formação específica para prestar cuidados domiciliários.

Para além disso, deveria existir uma articulação mais eficaz, entre os Cuidados de Saúde Primários e os Cuidados de Saúde Diferenciados por forma a que a continuidade de cuidados seja uma realidade.

No campo da investigação pensamos que seria importante conhecer melhor a interacção estabelecida entre os enfermeiros e a díade pessoa idosa dependente/cuidador na prática dos cuidados, na perspectiva dos profissionais de enfermagem.

Ao terminar este trabalho gostaríamos de referir que o âmbito privado do cuidado informal e o confinamento do cuidador ao espaço doméstico têm determinado a sua invisibilidade para o poder público. Sem espaço próprio e reconhecimentos da sociedade, o cuidador tende ao isolamento no interior do núcleo familiar e na problemática das suas relações quotidianas frente às condições de precarização material e social. Esta actividade fica, assim, desconectada de qualquer mecanismo de protecção social que a ampare e fortaleça. Parte-se do pressuposto de que, em geral, as famílias têm condições suficientes para dar conta da situação da pessoa idosa dependente, e o que não pode ser suprido pelos membros da família será resolvido pelo mecanismo de oferta de mercado.

7 - REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Amaral, F. & Vicente, O. (2001). Grau de dependência nos idosos. *Nursing*. Ano 13, Nº 158. (8-14). Lisboa.

Arantes, P. (2003). Perspectiva holística do idoso: Uma Visão Necessária. *Revista Sinais Vitais*. Nº 48. (62-66).Coimbra,

Berjer, M. (1995). Atitudes Mitos e Estereótipos in Louise B. & Danielle P. *Pessoas Idosas uma Abordagem Global* (63-71). Loures: Lusodidacta.

Berjer, M., & Poirier, D. (coord). (1995). *Pessoas Idosas uma abordagem global*. Loures: Lusodidacta.

Birchfield, P. (1999) [1996]. Saúde dos idosos In M., Stanhope & J., Lancaster. *Promoção da Saúde de grupos, famílias e indivíduos..* (4ª ed.). (635-656) Loures: Lusociência,

Brito, L. (2002). *A saúde mental dos prestadores de cuidados a familiares idosos*. Coimbra: Quarteto.

Carvalho, A. & Carvalho, S. (2006). *Educação para a saúde: Conceitos, práticas e necessidades de formação*. Loures: Lusociência

Campenhoudt, L. & Quivy, R. (2008). *Manual de Investigação em Ciências Sociais*. Lisboa: Gradiva

Cerqueira, M. (2005). *O cuidador e o doente paliativo*. Coimbra: Formasau

Costa, A. & Silva, M. (2000). Estudo exploratório sobre o bem-estar psicológico de familiares cuidadores do idoso com doença crónica. *Geriatrics*. Ano 13, vol. 13, Nº 126. (15-18). Lisboa.

Costa, A., Agreda, J. et al. (1999). *O Idoso Problemas e Realidades*. Coimbra: Formasau.

Coutinho, A., Araújo, M. & Macedo, F. (2003). Prevenção de Úlceras de Pressão - Um certificado de qualidade. *Nursing*. Ano 15, Nº 175. (20-23). Lisboa,

DGS (2004). Programa Nacional para a Saúde das Pessoas Idosas. Lisboa: DGS.

Fernandes, C.; Pereira, M., Ferreira, M., Machado, F. & Martins, T. (2002). Sobrecarga física, emocional e social nos cuidadores informais de doentes com AVC. *Revista Sinais Vitais*. Nº43. (31-35). Coimbra.

Fontaine, R. (2000). *Psicologia do Envelhecimento*. (1ª ed.) Lisboa: Climepsi.

Fortin, M., (2009). *Fundamentos e Etapas do Processo de Investigação*. Loures: Lusodidacta.

Fortin, M. F. (1999). Métodos de Amostragem. In M. F. Fortin (org.). *O processo de investigação: da concepção à realização*. (201-214). Loures: Lusociência.

Fortin, M., (2003). *O Processo de Investigação: Da concepção à realização*. Loures: Lusociência.

Imaginário, C. (2004). *O idoso dependente em contexto familiar. Uma análise da visão da família e do cuidador principal*. Coimbra: Formasau

Imperatori, E. & Giraldes, M. (1993). *Metodologia do planeamento da saúde: manual para uso em serviços centrais, regionais e locais*. Lisboa: Escola Nacional de Saúde Pública.

Instituto Nacional de Estatística (1999). *Gerações mais idosas. Série de Estudos*. Nº83. Lisboa: INE.

Instituto Nacional de Estatística (2003). *Estatísticas da Saúde, 2001*. Lisboa: INE.

Instituto Nacional de Estatística (2006). *A situação demográfica recente em Portugal*. *Revista de Estudos Demográficos*. Nº38. (147-175). Lisboa: INE.

Jaques, M. E. (2004). *Ser Idoso- Abordagem Psicossomática no Contexto Institucional e Familiar*. *Revista Sinais Vitais*. Nº55. (34-37). Coimbra.

Lage, S. (2008) – *Avaliação dos Cuidados Informais aos Idosos: estudo do impacto do cuidado no Cuidador Informal*. Porto

Leme, L. & Silva, P. (2000). O idoso e a família. In M. P. Papaléo. Gerontologia: a velhice e o envelhecimento em visão globalizada. (92-97) .São Paulo: Atheneu,

Marconi, M., & Lakatos, E., (2002). Técnicas de Pesquisa (5ª ed.). São Paulo: Atlas S.A.

Marconi, M., & Lakatos, E. (2002). Técnicas de Pesquisa. São Paulo: Atlas S.A.

Marconi, M. & Lakatos, M. (2004). Metodologia Científica. (4ª ed.). São Paulo: Atlas.

Marques, S. (2007). Os Cuidadores Informais de Doentes com Acidente Vascular. Coimbra: Formasau

Martín, I. (2005). O Cuidado Informal no Âmbito Social. In C. Paúl. & A. Fonseca (orgs.), Envelhecer em Portugal. Psicologia, Saúde e Prestação de Cuidados. (179-201). Lisboa: Climepsi Editores.

Martín, I.; Paúl, C. & Roncon, J. (2000). Estudo de adaptação e validação da escala de avaliação de cuidado informal. Psicologia, Saúde e Doenças. Nº1, vol. 1. (3-9). Lisboa.

Mendonça, F.; Martinez, M. & Rodrigues, M. (2000). Avaliação das necessidades dos prestadores informais de cuidados de saúde. Geriatria. Ano 13, vol. 13, Nº127. (33-49). Lisboa.

Neri, A. L. (2000). Qualidade de vida e atendimento domiciliário. In Y. Duarte & M. Diogo (orgs.), Atendimento domiciliar. Um enfoque gerontológico. (33-47). São Paulo: Atheneu.

Netto, P. (2000). Geriatria, Fundamentos, Clínica e Terapêutica. Rio de Janeiro: Atheneu

Nogueira, A., & Azeredo, Z. (2012), A Tomada de Decisão em Contexto Familiar. In Jader, A & Arthur N. Decisão Percursos e Contextos. (331-336). Porto: Euedito

Paúl, C., & Fonseca, A. (coord). (2005). Envelhecer em Portugal. Lisboa: Climepsi

Paúl, C. (1997). Lá para o fim da vida. Idosos, Família e Meio Ambiente. Coimbra: Almedina.

Paúl, C., Fonseca, A., Martin, I., & Amado, J. (2005). Satisfação e Qualidade de Vida em Idosos Portugueses in Constança, P. e António F. Envelhecimento em Portugal. (77-98). Lisboa: Climepsi

Poirier, D. (1995). Eliminar in Louise B. & Danielle P. Pessoas Idosas uma Abordagem Global (259-279). Loures: Lusodidacta.

Poirier, D. (1995). Mover-se e Manter uma Boa Postura in Louise B. & Danielle P. Pessoas Idosas uma Abordagem Global (285-314). Loures: Lusodidacta.

Ribeiro, (1999). Investigação e Avaliação em Psicologia e Saúde (1ª ed.). Lisboa: Climepsi Editores

Ribeiro, J. (1998). Psicologia e Saúde. Lisboa: Instituto Superior da Psicologia Aplicada.

Ribeiro, O. (2005). Quando o cuidador é um homem. In C. Paúl & A. Fonseca (orgs.), Envelhecer em Portugal. Psicologia, Saúde e Prestação de Cuidados. (231-254). Lisboa: Climepsi Editores.

Rodrigues, M. (2011), Questionário de Avaliação da Sobrecarga do Cuidador Informal. Dissertação de mestrado em Enfermagem Comunitária apresentada à Escola Superior de Enfermagem do Porto

Sequeira, (2007). Cuidar de Idosos Dependentes: Diagnósticos (1ª ed.). Coimbra: Quarteto

Sequeira, C. (2010), Cuidar de Idosos com Dependência Física e Mental. Porto: Lidel

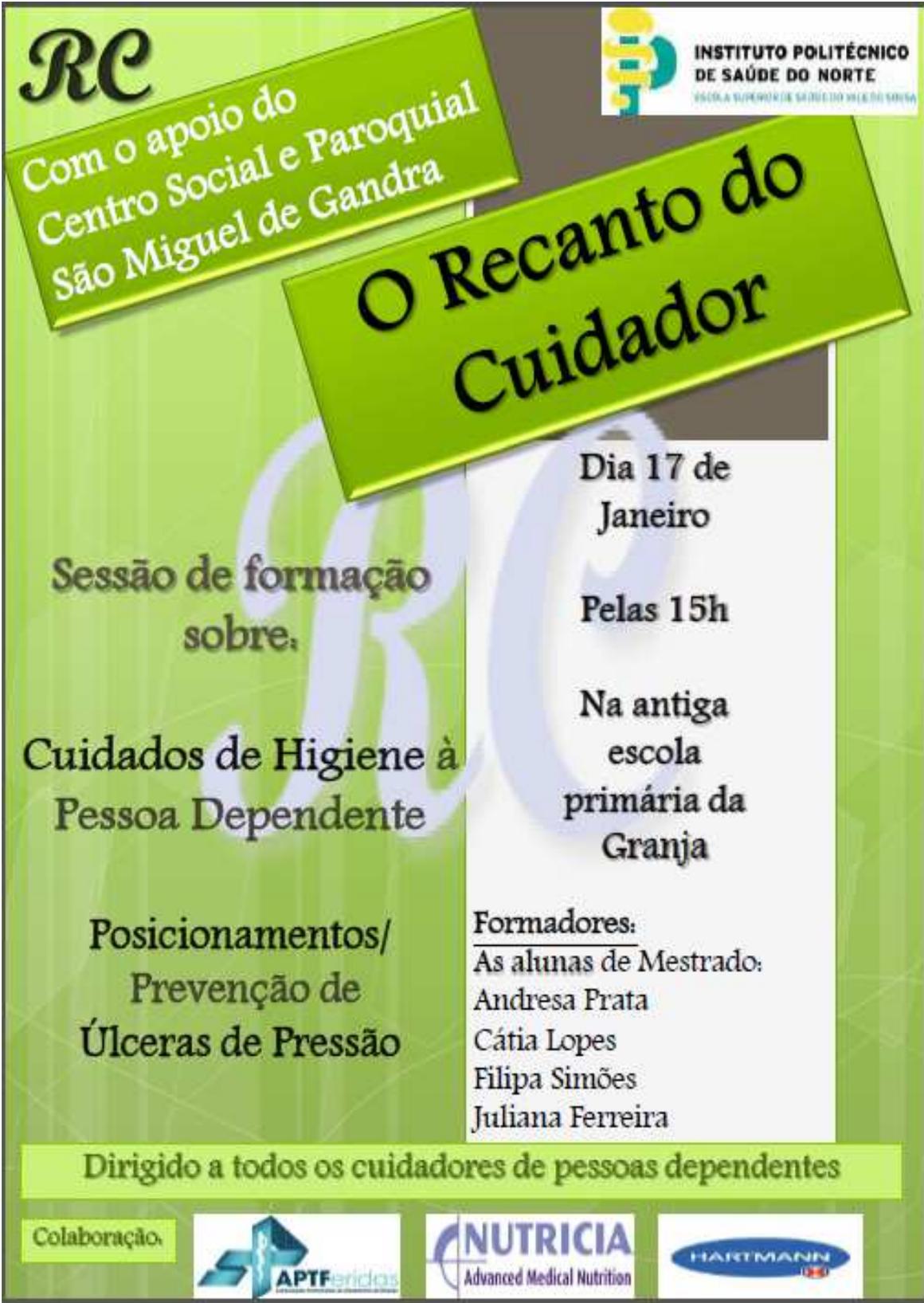
Silva, A. S. (2008). O enfermeiro de família no domicílio. Nursing. Ano 18, Nº 237. (42-44). Lisboa.

Silva, J. (2011). Sintomatologia Psiquiátrica do Cuidador Informal. Porto. Dissertação de Mestrado em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica apresentado à Escola Superior de Enfermagem do Porto

Squire, A. (2005). Saúde e Bem-estar para Pessoas Idosas, fundamentos práticos para a prática. Loures: Lusociência

8 - ANEXOS

ANEXO I



RC

Com o apoio do
Centro Social e Paroquial
São Miguel de Gandra

**O Recanto do
Cuidador**

**Sessão de formação
sobre,**

**Cuidados de Higiene à
Pessoa Dependente**

**Posicionamentos/
Prevenção de
Úlceras de Pressão**

**Dia 17 de
Janeiro**

Pelas 15h

**Na antiga
escola
primária da
Granja**

Formadores:
As alunas de Mestrado:
Andresa Prata
Cátia Lopes
Filipa Simões
Juliana Ferreira

Dirigido a todos os cuidadores de pessoas dependentes

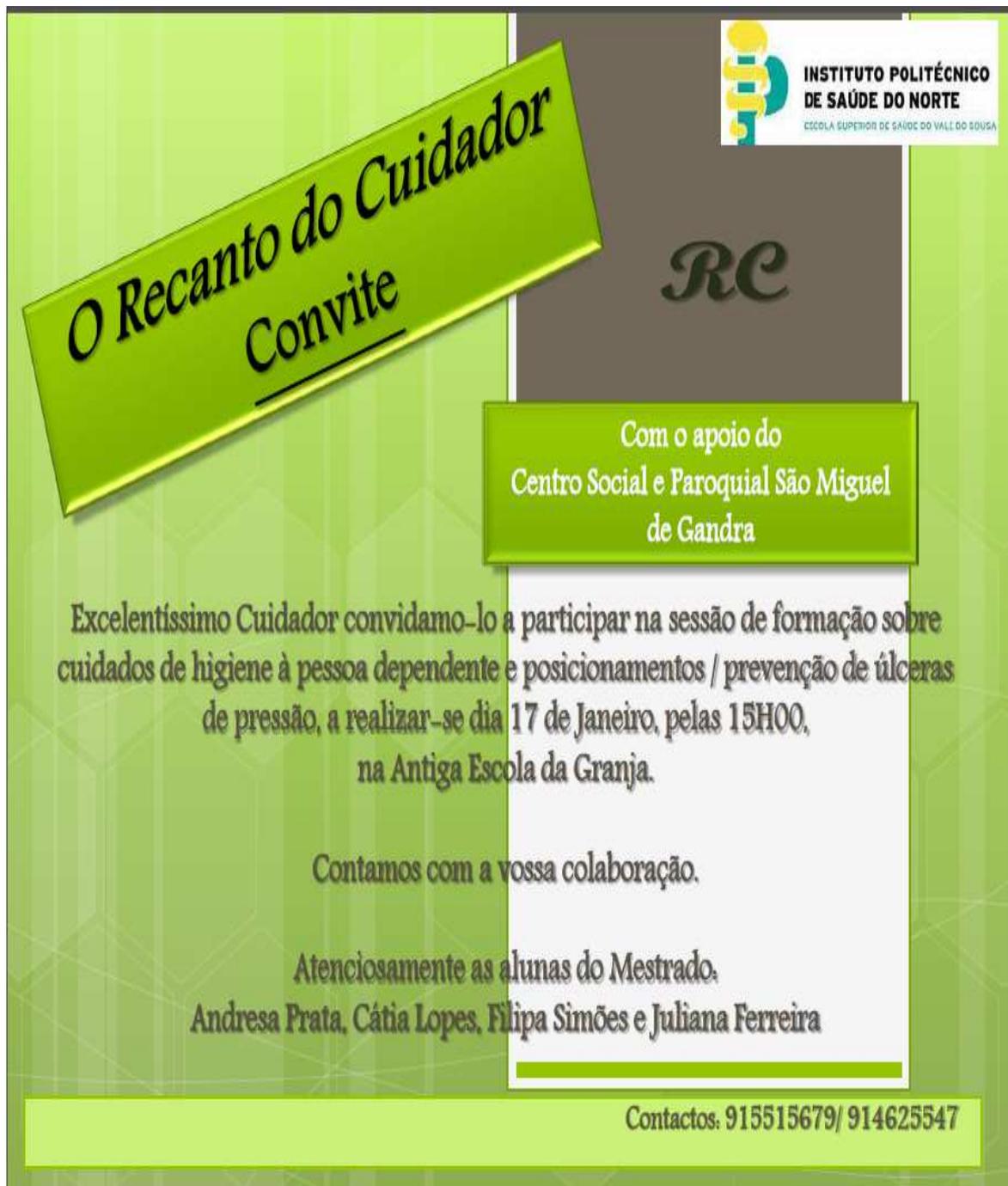
Colaboração:

 **APT Feridas**

 **NUTRICIA**
Advanced Medical Nutrition

 **HARTMANN**

ANEXO II



O Recanto do Cuidador
Convite



**INSTITUTO POLITÉCNICO
DE SAÚDE DO NORTE**
ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE DO VALE DO SOUSA

RC

Com o apoio do
Centro Social e Paroquial São Miguel
de Gandra

Excelentíssimo Cuidador convidamo-lo a participar na sessão de formação sobre cuidados de higiene à pessoa dependente e posicionamentos / prevenção de úlceras de pressão, a realizar-se dia 17 de Janeiro, pelas 15H00, na Antiga Escola da Granja.

Contamos com a vossa colaboração.

Atenciosamente as alunas do Mestrado,
Andresa Prata, Cátia Lopes, Filipa Simões e Juliana Ferreira

Contactos: 915515679/ 914625547

ANEXO III

Prevenir as úlceras de pressão!

Quando uma pessoa passa muito tempo na cama ou sentada sem poder mover-se, pode desenvolver feridas na pele conhecidas por chagas, escaras de decúbito ou úlceras de pressão.

EVITAR!!!




Humidade na pele / Álcool, colónia ou talco




Almofadas em rosquilha / Massagem em zonas de apoio

Os cuidados de higiene são importantes!

Em caso de dúvida:
Consulte a sua Enfermeira!

Posicione bem para melhor prevenir!

O Recanto do Cuidador

Alunas de mestrado em enfermagem comunitária:
 Andresa Prata
 Filipa Simões
 Cátia Lopes
 Juliana Ferreira



RC

O Recanto do Cuidador

O CUIDADOR

Pessoa-chave na prevenção!







ANEXO V



II CURSO MESTRADO EM ENFERMAGEM COMUNITÁRIA

QUESTIONÁRIO

AVALIAÇÃO DAS NECESSIDADES DO CUIDADOR PRINCIPAL

Gandra, Novembro 2012



Excelentíssimo (a) Senhor (a)

Cuidador (a)

Vimos por este meio pedir a sua colaboração no estudo sobre as "Necessidades do Cuidador Informal" realizado no âmbito do II Curso de Mestrado em Enfermagem Comunitária, pelas enfermeiras Andresa Prata, Cátia Lopes, Filipa Simões e Juliana Ferreira.

A finalidade deste estudo é poder levar a cabo a dissertação do mestrado referido acima e de algum modo contribuir para a melhoria dos cuidados e do nível de saúde das pessoas dependentes.

Este questionário tem como objetivo geral identificar as necessidades do cuidador informal, por forma a definir os problemas alvo de intervenção.

Pedimos a sua colaboração através do preenchimento deste questionário, sendo constituído por **duas partes**: na primeira parte pretende-se realizar uma caracterização sociodemográfica dos cuidadores e uma segunda parte pretende-se identificar as necessidades sentidas pelo cuidador por se encontrar a cuidar de uma pessoa dependente.

Adicionalmente será necessário o preenchimento da Escala de avaliação da dependência do idoso, *Mini Dependence Assessment*.

Será mantida total anonimato e confidencialidade dos dados fornecidos.

Agradecemos a sua colaboração.

Atenciosamente as alunas:

Andresa Prata

Cátia Lopes

Filipa Simões

Juliana Ferreira

PARTE I

QUESTIONÁRIO DE CARACTERIZAÇÃO SOCIODEMOGRÁFICA

Coloque com um X (cruz) ou preencha os espaços se necessário:

<p>1- Género:</p> <p>Feminino <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/></p>
<p>2- Idade:</p> <p>_____ Anos</p>
<p>3- Estado Civil:</p> <p>Solteiro(a) <input type="checkbox"/> Casado(a)/União de facto <input type="checkbox"/> Viúvo(a) <input type="checkbox"/> Divorciado(a) <input type="checkbox"/></p>
<p>4- Habilitações Académicas</p> <p>Sem habilitações <input type="checkbox"/> Ensino básico <input type="checkbox"/> Ensino preparatório <input type="checkbox"/></p> <p>Ensino secundário <input type="checkbox"/> Outro <input type="checkbox"/></p>
<p>5- Situação profissional</p> <p>Empregado <input type="checkbox"/> Desempregado <input type="checkbox"/> Doméstica <input type="checkbox"/> Reformado <input type="checkbox"/></p>
<p>6- Grau de parentesco:</p> <p>Cônjuge <input type="checkbox"/> Filho(a) <input type="checkbox"/> Nora/Genro <input type="checkbox"/> Vizinho/Amigo <input type="checkbox"/></p>
<p>7- Vive na mesma casa que o idoso?</p> <p>Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/></p>



8- Que tipo de apoio tem para cuidar do idoso?

Apoio domiciliário Centro de dia Familiar/ Amigo/ Vizinho

Financeiro (familiar ou Segurança Social) Nenhum

9- Tem apoio financeiro?

Sim Qual a origem? _____ Não

10-Quantas horas por dia cuida do seu idoso:

Até 2h até 4h até 8h até 12h todo o dia

11-Há quanto tempo cuida do seu familiar?

PARTE II

QUESTIONÁRIO DE AVALIAÇÃO DA SOBRECARGA DO CUIDADOR INFORMAL

No quadro seguinte apresentamos uma lista de situações que outras pessoas, que prestam assistência a idosos dependentes, consideraram importantes ou mais frequentes. Por favor indique referindo-se às últimas 4 semanas, a frequência com que as seguintes situações ocorreram consigo.

	Não/ Nunca	Rara- mente	As 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 planejar 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. Considera que tem conhecimentos em relação aos posicionamentos?	1	2	3	4	5
27. Considera que tem conhecimentos em relação aos cuidados de higiene?	1	2	3	4	5
28. Considera que tem conhecimentos em relação à alimentação?	1	2	3	4	5
29. A família (que não vive consigo) reconhece o trabalho que tem, em cuidar do seu familiar?	1	2	3	4	5
30. Sente-se apoiada(o) pelos seus familiares?	1	2	3	4	5
31. Sente-se bem por estar a tomar conta do seu familiar?	1	2	3	4	5



32. O seu familiar mostra gratidão pelo que está a fazer por ele?	1	2	3	4	5
33. Fica satisfeita(o), quando o seu familiar mostra agrado por pequenas coisas (como mimos)?	1	2	3	4	5
34. Sente-se mais próxima(o) do seu familiar por estar a cuidar dele?	1	2	3	4	5
35. Cuidar do seu familiar tem vindo a aumentar a sua autoestima, fazendo-a(o) sentir-se uma pessoa especial, com mais valor?	1	2	3	4	5

Adaptado de Martins, T; Ribeiro, JLP; Garrett, C (2003)



Escala Mini Dependence Assessment

I – Atividades Corporais	III – Atividades Sensoriais
<p>a) Alimentação _____</p> <p>0 – Alimenta-se normalmente</p> <p>1 – Necessita parcialmente de auxílio ou de alimentação triturada</p> <p>2 – Necessidade total de ajuda humana ou de alimentação artificial (sonda, perfusão)</p> <p>b) Higiene _____</p> <p>0 – Faz a sua higiene normalmente</p> <p>1 – Necessita de ajuda parcial</p> <p>2 – Necessita de ajuda total</p> <p>c) Eliminação _____</p> <p>0 – Micção e defecção normal</p> <p>1 – Incontinência urinária e fecal ocasional</p> <p>2 – Incontinência urinária e fecal permanente (algaliado, ostomizado)</p> <p>Subtotal _____</p>	<p>a) Fala _____</p> <p>0 – Expressão verbal perfeita</p> <p>1 – Dificuldade em falar</p> <p>2 – Dificuldade na compreensão ou afasia</p> <p>b) Visão _____</p> <p>0 – Normal</p> <p>1 – Má</p> <p>2 – Muito má ou cegueira</p> <p>c) Audição _____</p> <p>0 – Normal</p> <p>1 – Má</p> <p>2 – Muito má ou surdez</p> <p>Subtotal _____</p>

II – Atividades Locomotoras	IV – Atividades Mentais
<p>a) Transferência (subir ou descer da cama) _____ 0 – Efetua-se normalmente 1 – Necessita de ajuda parcial ou de apoio 2 – Necessidade de ajuda total</p> <p>b) Deslocação (no domicílio ou no exterior) _____ 0 – Efetua-se normalmente 1 – Necessita de ajuda humana ou técnica 2 – Necessidade de uma cadeira de rodas ou impossibilidade de deslocação</p> <p>c) Espaço de vida (+ ajuda humana ou técnica) _____ 0 – Possível no exterior ou em casa 1 – Limitado ao domicílio 2 – Limitado à cama</p> <p>Subtotal _____</p>	<p>a) Memória _____ 0 – Normal 1 – Esquecimentos mais ou menos frequentes 2 – Esquecimentos muito frequentes ou amnésia</p> <p>b) Comportamento _____ 0 – Normal 1 – Perturbações minor: teimosia, emotividade, lamentações 2 – Perturbações major: agitação, desorientação, fuga</p> <p>c) Humor _____ 0 – Normal 1 – Tristeza ou irritabilidade 2 – Apatia ou agressividade</p> <p>Subtotal _____</p>
<p>Total = soma dos subtotais= __+__+__+__=__</p> <p>Legenda: Nulo (0); Ligeiro (1-7); Moderado (8-14); Severo (15-19); Muito Severo (20-24).</p>	

Fonte: Benhamou (s.d), In Santos 2004

ANEXO VI

Determinação de prioridades

No diagnóstico foi realizada a identificação das necessidades dos cuidadores informais, cuja hierarquização será feita nesta etapa de escolha de prioridades. Assim, “ é fundamental que os problemas identificados sejam comparáveis para possibilitarem a sua seleção” (Imperatori & Giraldes, 1993, p.63). Para que as pontuações finais de cada subescala apresentem valores homogéneos e comparáveis os itens de cada dimensão foram somados, a este valor foi subtraído o valor mínimo possível na subescala. Este valor, posteriormente foi dividido pela diferença entre o valor máximo e mínimo possível na subescala, finalmente para que a leitura resulte em percentagem o resultado foi multiplicado por 100 (Martins, 2003).

$$\frac{\sum - \text{pontuação mínima de cada subescala}}{Mx - Mn} \times 100$$

Foram utilizados os critérios de magnitude, transcendência social e económica e vulnerabilidade.

Critério				
Valor da Escala	Magnitude	Transcendência Social	Transcendência Económica	Vulnerabilidade (factibilidade tecnológica)
1	Problema não preocupante pelos indicadores de morbilidade e mortalidade	O problema não afeta significativamente a população	Problema sem repercussão económica	Grandes dificuldades práticas ou técnicas na redução do problema
2	Importância média	Afeta parcialmente	Problema de efeito médio	Problema redutível, mas as

		população ou grupos importantes		medidas ou tecnologia a utilizar são de difícil aplicação
3	Dimensão importante nos indicadores	Afeta toda a população ou grupos importantes	Grande repercussão económica por incapacidade ou perdas de produção	Problema que responde às medidas e tecnologias que se apliquem

T

abela 8 - Escolha de prioridades

ORDEM	PROBLEMA	Magnitude	Transcendência Social	Transcendência Económica	Vulnerabilidade	Pontuação Final
5º	Vontade em fugir da situação em que se encontra	2	1	1	2	6
3º	Tomar conta é psicologicamente difícil	3	2	1	2	8
2º	Sente-se cansado e esgotado por estar a tomar conta	3	3	2	2	10
3º	Entra em conflito consigo própria por estar a tomar conta	2	2	2	2	8
1º	Conhecimentos e experiência para cuidar	3	3	3	3	12
4º	Fazer a maior	2	2	2	1	7

	parte das coisas que necessita					
3º	Capacidade para continuar a tomar conta do familiar	2	2	2	2	8

Tabela 9 - Priorização dos Problemas