



**Politécnico  
de Viseu**

Escola Superior  
de Saúde de Viseu

# **Perfil e Sobrecarga dos cuidadores informais de utentes em ECCL: do conhecimento às intervenções em enfermagem**

Ana Filipa da Costa Figueiredo Diez Carvalho

Viseu, novembro de 2021





# **Perfil e Sobrecarga de cuidadores informais de utentes em ECCL: do conhecimento às intervenções em enfermagem**

Ana Filipa da Costa Figueiredo Diez Carvalho

5º Curso de Mestrado em Enfermagem Comunitária

Estágio com Relatório final: Enfermagem em Cuidados Integrados de Saúde e Apoio Social.

Orientação da Professora Doutora Ana Isabel Nunes Pereira de Azevedo e Andrade

Viseu, novembro de 2021





“Nada se constrói sem que alguém tenha sonhado com isso,  
alguém tenha acreditado que isso fosse possível  
e alguém tenha querido que isso acontecesse.”

Charles Kehering



## **Agradecimentos**

A concretização de um trabalho com esta natureza não se deve apenas aos seus autores, mas antes, a todos aqueles que, de forma direta ou indireta, se envolveram. Foi enorme e grandiosa a partilha de conhecimentos e experiências, contribuindo em grande escala para a realização do mesmo e aquisição e aprofundamento de conhecimentos, o que se traduziu em novas conquistas e muitas, muitas aprendizagens. É com muito orgulho que dou por terminada esta etapa, não podendo deixar de agradecer a todos aqueles que contribuíram para o meu sucesso e incentivaram-me a nunca desistir.

Assim, quero agradecer à Professora Doutora Ana Isabel Andrade, orientadora deste trabalho, pela amizade, motivação, ensinamentos e permanente disponibilidade mostrada com a qual me ajudou a construir o caminho que percorri desde a idealização até à concretização deste nosso projeto. Com as suas observações críticas e conselhos foi possível desenvolver o espírito de investigadora e o desejo de querer adquirir mais conhecimentos.

Às minhas tutoras, Enfermeiras Especialistas em Enfermagem Comunitária com grau de Mestre, Maria Albernaz e Liliana Rodrigues, pela amizade, pelos conhecimentos transmitidos e total disponibilidade, facilitando a aquisição de novas experiências, produção e consolidação de saberes.

Deixo também o meu agradecimento à Professora Doutora Lídia Cabral, coordenadora do 5º Curso de Mestrado em Enfermagem Comunitária, às Professoras Doutoradas Cláudia Chaves e Odete Amaral pela constante disponibilidade e pelas aprendizagens proporcionadas ao longo deste ciclo.

Também gostaria de agradecer a todos os professores com os quais tive oportunidade de interagir na lecionação teórica, cujos ensinamentos me permitiram aumentar os meus conhecimentos proporcionando-me experiências pedagógicas muito significantes.

Agradeço a todas as enfermeiras da UCC Viseu, pela sua disponibilidade, amizade, interajuda e profissionalismo, características com as quais me fizeram “sentir em casa”.

À minha família e amigos, que sempre me incentivaram na consecução deste projeto de vida.

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

Aos meus filhos, que me deram força e alento para seguir em frente...e chegar à meta!

À minha mãe o meu total reconhecimento! Por ser um modelo mãe, de coragem, de amor...pelo seu apoio incondicional e paciência demonstrados...

Ao meu pai, que decerto estará muito orgulhoso pelo percurso de vida que estou a construir, seguindo o seu exemplo de perseverança e entrega à família.

A todos os idosos e cuidadores informais que tive oportunidade de acompanhar, o meu muito obrigada!

## Resumo

**Introdução:** O conhecimento em enfermagem é vital para uma prática com elevados padrões de qualidade, bem como para aumentar a consciência sobre a responsabilidade pessoal e profissional e melhorar a assistência ao indivíduo/família/comunidade. As evidências indicam que ser cuidador informal é muitas vezes um papel com consequências negativas para a saúde física e emocional dos mesmos, resultando em sobrecarga, com repercussões nos cuidados prestados.

**Objetivos:** Elaborar o perfil dos cuidadores informais. Avaliar os níveis de sobrecarga dos cuidadores informais e identificar as variáveis que interferem na sobrecarga dos cuidadores informais.

**Métodos:** Estudo quantitativo, de natureza transversal, descritivo e correlacional numa amostra de 44 cuidadores informais de utentes inseridos na Equipa de Cuidados Continuados Integrados da Unidade de Cuidados na Comunidade Viseu durante o ano de 2020, sendo a maioria do género feminino, dos 51-70 anos, com uma idade média de  $55,57 \pm 12,47$  anos. Para a colheita de dados foram utilizados os registos de enfermagem realizados durante o ano de 2020, da Equipa de Cuidados Continuados Integrados. Foram cumpridos todos os procedimentos éticos.

**Resultados:** A amostra apresenta baixo nível de sobrecarga, com 65,9% a revelarem não ter sobrecarga, 25,0% sobrecarga ligeira e apenas 9,1% dos cuidadores com sobrecarga intensa. O fator impacto da prestação de cuidados é o que apresenta uma média mais elevada ( $M=21,05 \pm 6,78$ ). A idade do utente, com quem este coabita, o género e a situação profissional do cuidador informal são variáveis com relevância estatística. Assim, ser cuidador do género masculino e doméstico assumem-se como determinantes de níveis mais elevados de sobrecarga.

**Conclusão:** Os resultados traduzem-se num contributo para promover práticas especializadas na área da Enfermagem Comunitária, visando a promoção de mais apoio e maior atenção às necessidades dos cuidadores informais, potenciando uma vivência deste papel o mais saudável possível, minimizando os seus níveis de sobrecarga.

**Palavras-chave:** Cuidadores Informais; Sobrecarga; Enfermagem Comunitária.



## Abstract

**Introduction:** Knowledge in nursing is vital for a practice with high quality standards, as well as to increase awareness of personal and professional responsibility and improve care for the individual/family/community. Evidence indicates that being an informal caregiver is often a role with negative consequences for their physical and emotional health, resulting in overload, with repercussions on the care provided.

**Objectives:** Develop the profile of informal caregivers. Assess the levels of burden of informal caregivers and identify the variables that interfere with the burden of informal caregivers.

**Methods:** Quantitative, cross-sectional, descriptive and correlational study in a sample of 44 informal caregivers of users included in the Continuous Care Team of the Viseu Community Care Unit during 2020, the majority being female, of the 51- 70 years, with a mean age of  $55.57 \pm 12.47$  years. For data collection, the nursing records carried out during 2020, from the Integrated Continued Care Team were used. All ethical procedures were followed.

**Results:** The sample has a low level of burden, with 65.9% reporting no burden, 25.0% mild burden and only 9.1% of caregivers with severe burden. The impact factor of the provision of care is the one with the highest average ( $M=21.05 \pm 6.78$ ). The age of the user, with whom he lives, the gender and the professional situation of the informal caregiver are variables with statistical relevance. Thus, being a male and domestic caregiver is assumed as determinants of higher levels of burden.

**Conclusion:** The results translate into a contribution to promote specialized practices in the area of Community Nursing, aiming to promote more support and greater attention to the needs of informal caregivers, enhancing an experience of this role as healthy as possible, minimizing their levels of burden.

**Keywords:** Informal Caregivers; Burden; Community Nursing.



## Sumário

Introdução .....	19
1. Competências adquiridas .....	23
2. Atividades realizadas .....	39
2.1. Estudo: Perfil e Sobrecarga de cuidadores informais de utentes em ECCL: do conhecimento às intervenções em enfermagem .....	40
2.1.1. Enquadramento teórico .....	40
2.1.2. Metodologia .....	49
2.1.3. Apresentação dos Resultados.....	56
2.1.4. Discussão dos Resultados .....	65
2.1.5. Conclusões .....	71
3. Avaliação por Competências .....	74
Considerações Finais .....	82
Referências bibliográficas.....	84
Anexos .....	92

Anexo I - Cronograma com os objetivos gerais e específicos de estágio

Anexo II - Parecer da Comissão de Ética da Administração Regional de Saúde do Centro

Anexo III - Instrumento de recolha de dados



## Lista de figuras

Figura 1. Freguesias de Viseu .....	23
Figura 2. Logotipo da UCC Viseu .....	24
Figura 3. Dinâmica hierárquica atual .....	25
Figura 4. Mapa organização administrativa .....	26
Figura 5. Utentes abrangidos por freguesia.....	26
Figura 6. Local de inscrição dos utentes .....	26
Figura 7. Pirâmide etária dos utentes abrangidos .....	27
Figura 8. Representação esquemática da relação prevista entre a variável dependente e as variáveis independentes .....	52



## Lista de tabelas

Tabela 1. Caracterização das unidades e equipas integradas na RNCCI .....	41
Tabela 2. Índices de dependência da população no ano de 2020 .....	50
Tabela 3. Caracterização sociodemográfica dos cuidadores informais.....	53
Tabela 4. Caracterização sociodemográfica dos utentes .....	56
Tabela 5. Caracterização clínica dos utentes .....	58
Tabela 6. Variáveis contextuais à prestação de cuidados.....	59
Tabela 7. Sobrecarga do cuidador informal.....	59
Tabela 8. Níveis de sobrecarga do cuidador informal (alta) .....	60
Tabela 9. Teste U de Mann-Whitney entre os níveis de sobrecarga do cuidador informal em função do género da pessoa cuidada .....	61
Tabela 10. Teste Kruskal-Wallis entre os níveis de sobrecarga do cuidador informal em função da idade da pessoa cuidada .....	61
Tabela 11. Teste Kruskal-Wallis entre os níveis de sobrecarga do cuidador informal em função de com quem vive a pessoa cuidada.....	62
Tabela 12. Teste Kruskal-Wallis entre os níveis de sobrecarga do cuidador informal em função do diagnóstico principal.....	62
Tabela 13. Teste U de Mann-Whitney entre os níveis de sobrecarga do cuidador informal em função do género .....	63
Tabela 14. Teste Kruskal-Wallis entre os níveis de sobrecarga do cuidador informal em função da idade .....	63
Tabela 15. Teste Kruskal-Wallis entre os níveis de sobrecarga do cuidador informal em função da situação profissional.....	64
Tabela 16. Teste U de Mann-Whitney entre os níveis de sobrecarga do cuidador informal em função de coabitar no mesmo domicílio que a pessoa cuidada .....	64
Tabela 17. Teste U de Mann-Whitney entre os níveis de sobrecarga do cuidador informal em função de partilhar responsabilidade cuidados com outras pessoas no cuidado .....	65



## **Lista de abreviaturas, siglas e acrónimos**

ACeS - Agrupamento de Centros de Saúde

ARS - Administração Regional de Saúde

AVD - Atividades de Vida Diária

artº - Artigo

COVID19 – *Coronavirus Disease*

CSP – Cuidados de Saúde Primários

ECCI - Equipa de Cuidados Continuados Integrados

ERPI - Estruturas Residenciais para Pessoas Idosas

ESSV – Escola Superior de Saúde de Viseu

et al. - e outros autores

IDG – Índice Desempenho Global

IDS – Índice Desempenho Sectorial

nº - Número

OE – Ordem dos Enfermeiros

OMS – Organização Mundial de Saúde

p – Nível de significância

RNCCI - Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados

SPSS - Statistical Package for the Social Sciences

UCC - Unidade de Cuidados na Comunidade

UCSP - Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados

URAP - Unidades de Recursos Assistenciais Partilhados

USF – Unidade de Saúde Familiar

USP – Unidade de Saúde Pública





## Introdução

Os Cuidados de Saúde Primários (CSP) são o elemento-chave de um sistema de saúde. Constituem-se como os cuidados de primeira linha, na medida em que estão sempre acessíveis, global e longitudinalmente, no processo saúde/doença ao longo de todo o ciclo vital. São fundamentais para o bem-estar de toda a sociedade, centrados nas necessidades e escolhas do utente, família e comunidade. Abordam os determinantes em saúde mais vastos e incidem sobre os aspetos completos e interrelacionados da saúde física, mental e social e do bem-estar. Os cuidados de saúde primários asseguram que a população recebe cuidados integrais, desde a promoção e prevenção ao tratamento, reabilitação e cuidados paliativos, tão perto quanto possível do seu ambiente diário (OMS, 2021).

No ano de 2005 iniciou-se a última grande reforma dos Cuidados de Saúde Primários. Esta pretendia alcançar a melhoria nos cuidados, tendo como focos a acessibilidade, a organização, a pontualidade, a facilidade e o conforto na utilização dos serviços, não esquecendo a qualidade dos cuidados de saúde e procurando a satisfação quer dos profissionais quer dos utentes. Primeiramente foram criadas as Unidades de Saúde Familiar (USF) e num segundo momento reorganizaram-se as dimensões restantes dos CSP com a criação dos Agrupamentos de Centros de Saúde (ACeS). As várias unidades funcionais constituintes do ACeS têm como missão a garantia da prestação de CSP à população de uma determinada área geográfica. Destas, as USF e as Unidades de Cuidados de Saúde Personalizados (UCSP), são as unidades funcionais que estão mais vocacionadas para os cuidados personalizados de enfermagem e médicos. Com a criação das Unidades de Saúde Pública (USP) foi possível elaborar informação e planos nos domínios da saúde pública, de forma a proceder à vigilância epidemiológica por área geodemográfica, gerir programas de intervenção no âmbito da prevenção, promoção e proteção da saúde da população. As Unidades de Recursos Assistenciais Partilhados (URAP) sendo constituídas por equipas pluridisciplinares prestam serviços de consultoria assistencial a todas as outras unidades funcionais. As **Unidades de Cuidados na Comunidade** (UCC), são determinantes na prestação de cuidados de saúde, apoio psicológico e social de âmbito domiciliário e comunitário (Biscaia & Heleno, 2017).

Conforme referido no Preâmbulo do Regulamento de Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária na área de Enfermagem de Saúde Comunitária e de Saúde Pública e na área de Enfermagem de Saúde Familiar, os CSP têm assumido uma dimensão cada vez mais relevante na prevenção e no tratamento da doença enfatizando a capacidade de resposta na resolução dos problemas colocados pelos cidadãos, no sentido de formar uma sociedade forte e dinâmica. No caso da especialidade em Enfermagem Comunitária, ao perceber as necessidades de cuidados

de enfermagem especializados em áreas emergentes e diferenciadas, torna-se imperativo reconhecer e especificar as competências de acordo com o alvo e o contexto de intervenção (Regulamento n.º 428/2018 de 16 de julho).

O presente trabalho insere-se no âmbito do Estágio com Relatório Final: Enfermagem em Cuidados Integrados de Saúde e Apoio Social, do 5º Curso de Mestrado em Enfermagem Comunitária que decorreu no período compreendido entre o dia um de março e o dia vinte e seis de maio do ano de dois mil e vinte e um, tendo como orientação clínica e tutoria as Enfermeiras Maria Albernaz e Liliana Rodrigues e como orientação pedagógica a Professora Doutora Ana Isabel Andrade, mediante as alterações decorrentes da contingência associada à pandemia por COVID-19. O objetivo principal da elaboração deste trabalho prende-se com a apresentação sistematizada das atividades desenvolvidas ao longo do Estágio, tendo em consideração o contexto no qual este se desenvolveu, de forma a espelhar a aprendizagem pessoal e profissional. Seguiu-se como linha orientadora as competências comuns do Enfermeiro Especialista, assim como as Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária na área de Enfermagem de Saúde Comunitária e de Saúde Pública.

O estágio foi direcionado essencialmente para o desenvolvimento de competências na área dos Cuidados Integrados de Saúde e Apoio Social de forma a promover aconselhamento de estilos de vida saudáveis, apoio familiar e serviços de visitação domiciliária. No decurso do estágio, a prestação de cuidados de saúde integrados através de intervenções especializadas na área da enfermagem comunitária, teve sempre como foco as competências comuns do Enfermeiro Especialista e as competências do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária bem como os padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem. Apesar da panóplia de programas passíveis de serem acompanhados e realizados pertencentes à carteira da UCC Viseu, é fulcral salientar o facto do estágio se desenvolver num contexto de vigência do estado de emergência nacional, com restrição de algumas liberdades e garantias dos cidadãos consagradas constitucionalmente fruto da atual pandemia por *Coronavírus Disease* (COVID19) que todo o mundo enfrenta. Face a esta emergência de saúde pública atual, incidimos a nossa prática clínica no seguimento de utentes inseridos na Equipa de Cuidados Continuados Integrados (ECCI) e na vertente da vacinação COVID-19, situação esta que afeta o nosso país e o mundo presentemente.

Relativamente à estrutura deste relatório, encontra-se dividido em três capítulos. No primeiro faz-se a caracterização da UCC no qual decorreu o estágio, bem como as competências adquiridas no âmbito do curso de Mestrado em Enfermagem Comunitária, uma reflexão sobre a aquisição das mesmas e os objetivos delineados para o estágio. No segundo descrevem-se as atividades realizadas ao longo do estágio, de acordo com o cronograma elaborado. Neste capítulo também se apresenta o estudo “Perfil e Sobrecarga de cuidadores informais de utentes em ECCI: do conhecimento às intervenções em

enfermagem”, que contempla um enquadramento teórico, a metodologia adotada, os resultados obtidos, a sua discussão com outras evidências bem como as principais conclusões. A escolha do tema recaiu sobre uma necessidade encontrada em conjunto com a equipa multidisciplinar da própria UCC com o intuito de promover a melhoria da qualidade de vida do indivíduo/família/grupo e comunidade envolvente.

No terceiro capítulo faz-se a avaliação por competências onde se dá ênfase ao desenvolvimento de competências com todas as atividades realizadas. Termina-se este trabalho com as considerações finais e as referências bibliográficas.





restantes pisos, podemos encontrar o Centro de Aconselhamento e Detecção Precoce de HIV, as Unidades de Saúde Familiares (Lusitana, Infante D. Henrique, Alves Martins, Cidade Jardim), a Unidade de Saúde Pública, a Direção do ACeS, a Segurança Social, a Central Telefónica e salas de reuniões e arquivos.

A UCC Viseu tem como missão a “(...) prestação de cuidados de saúde de proximidade, assentes nos mais altos padrões de Qualidade Técnico-Científica ao seu dispor e promovendo valores consagrados como sejam a Acessibilidade e a Satisfação dos utentes, com a finalidade de obter Ganhos em Saúde” (UCC Viseu, 2019, p.18). Pretende desta forma aumentar a qualidade dos



Figura 2. Logotipo da UCC

cuidados de saúde, capacitando o utente/família/comunidade para a autonomia. A adequação dos recursos disponíveis é centrada nas necessidades de cada utente, com o intuito de promover e atingir um elevado nível de satisfação do utente, respeitando a individualidade de cada um. Também procura contribuir para a melhoria da educação, promoção da saúde, prevenção da doença, tratamento e reabilitação. A sua intervenção é direcionada para a implementação dos Programas de Saúde da DGS e também do Plano Nacional de Saúde. Como objetivos primordiais procura melhorar a acessibilidade aos serviços de saúde pelo desenvolvimento de cuidados de proximidade ao utente ao facilitar a articulação entre os vários serviços e unidades da rede de prestação de cuidados, criando oportunidades de captação de recursos, reforçando o trabalho em parceria com instituições da comunidade e valorizando o papel de intervenção comunitária.

Esta UCC constitui-se como uma unidade de referência na acessibilidade, continuidade e equidade dos cuidados, prestados com eficiência, de modo a conseguir alcançar uma melhoria do estado de saúde e aumento da satisfação dos utentes para além de promover uma participação responsável nos cuidados de saúde e também, o desenvolvimento profissional de todos os colaboradores e consequente satisfação pessoal e profissional.

A UCC Viseu é constituída por uma equipa multidisciplinar coordenada pela Enfermeira Maria Fernandes de Matos Albernaz. Para a consecução dos seus objetivos, a UCC integra uma equipa multidisciplinar constituída por dez enfermeiras, uma técnica de serviço social, um fisioterapeuta, uma psicóloga e uma nutricionista. A equipa nuclear é composta por profissionais em permanência na UCC (enfermeiras), os restantes profissionais fazem parte da equipa multidisciplinar que colabora com a UCC a tempo parcial e são provenientes das diversas unidades funcionais do ACeS Dão Lafões. Na figura 3, encontra-se representada a estrutura e dinâmica hierárquica atual da equipa nuclear da UCC.

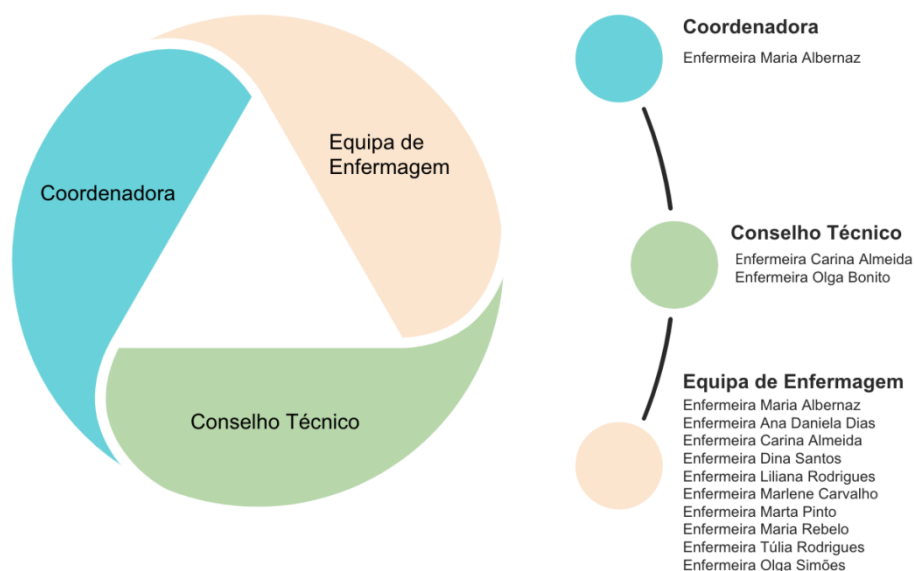


Figura 3. Dinâmica hierárquica atual

A equipa de enfermagem é composta por uma enfermeira generalista, duas enfermeiras especialistas em Enfermagem Comunitária, duas enfermeiras especialistas em Saúde Infantil e Pediátrica, uma enfermeira especialista em Enfermagem de Reabilitação, uma enfermeira especialista em Enfermagem de Saúde Mental e três enfermeiras especialistas em Enfermagem Médico Cirúrgica.

A área geográfica de atuação da UCC de Viseu é o Concelho de Viseu, com uma área de 507,10km<sup>2</sup>, com uma densidade populacional de 196,2 habitantes por km<sup>2</sup> segundo dados apurados nos Censos 2011.

Em 2018 com a constituição da UCC Viseense, a UCC de Viseu, na sua intervenção comunitária passou a abranger as 15 freguesias sinalizadas na figura 4, com uma população residente de 67 032 habitantes (Censos 2011). Relativamente à intervenção personalizada, abrange uma população de 46 357 utentes inscritos (com e sem médico) nas USF da abrangência da UCC de Viseu. A sua área de abrangência está dispersa por diversas freguesias de Viseu, nomeadamente Ribafeita, Bodiosa, Campo, Abraveses, Vil de Souto e São Cipriano, União de freguesias de Viseu, Rio de Loba, Mundão, Côta, Barreiros e Cepões, Santos Evos, Povolide, S. Pedro de France e Cavernães.



Figura 4. mapa organização administrativa

A inclusão dos utentes tem por base diversos critérios definidos em parecer técnico emitido pela Equipa Regional de Apoio (ERA) da respetiva ARS. Nas figuras 5 e 6

encontram-se representadas respetivamente os utentes abrangidos por freguesia e por USF pertencentes à UCC Viseu. A USF Grão Vasco apesar de pertencer ao domínio assistencial da UCC Viseense, por vezes há utentes desta USF que necessitam de cuidados da ECCL e têm como área de residência, a área geográfica da UCC Viseu.

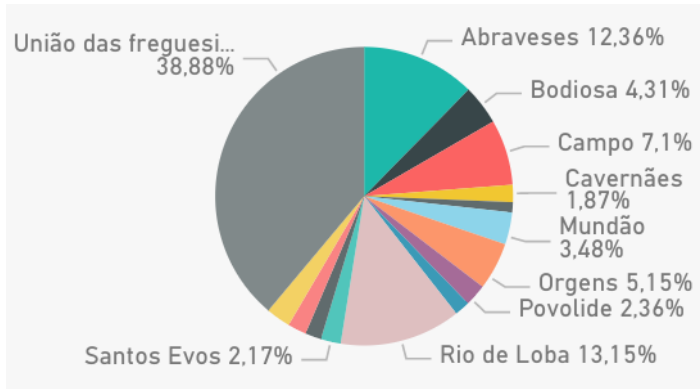


Figura 5. Utentes abrangidos por freguesia

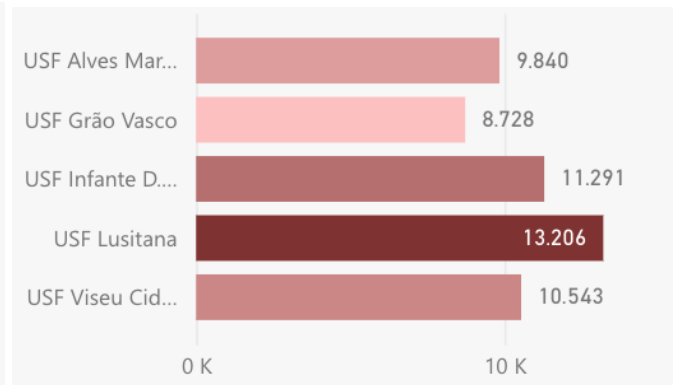


Figura 6. Local de inscrição dos utentes

Ao analisar a pirâmide etária dos utentes abrangidos pela UCC, podemos verificar que é uma população tendencialmente envelhecida. Não é, de facto, uma pirâmide. Ou seja, a base não é mais larga do que o meio da pirâmide. Neste caso podemos verificar que a população tende a uma estabilização, com um número médio semelhante entre as várias faixas etárias abaixo dos 40 anos. Isto quer dizer que algo, significativo, terá alterado a saúde e os hábitos dos Portugueses há 40 anos atrás. A causa será, provavelmente, o nosso SNS, que em 2019 comemorou o seu 40º aniversário. A melhoria dos cuidados de saúde, a certeza de que os filhos sobreviveriam, o planeamento familiar, e outros, contribuíram para uma menor fecundidade na nossa população. Assim poderemos ver duas populações distintas, nesta pirâmide. A pirâmide “clássica”, acima dos 40 anos, e a nova estrutura populacional (cilíndrica) nas faixas abaixo dos 40 anos.

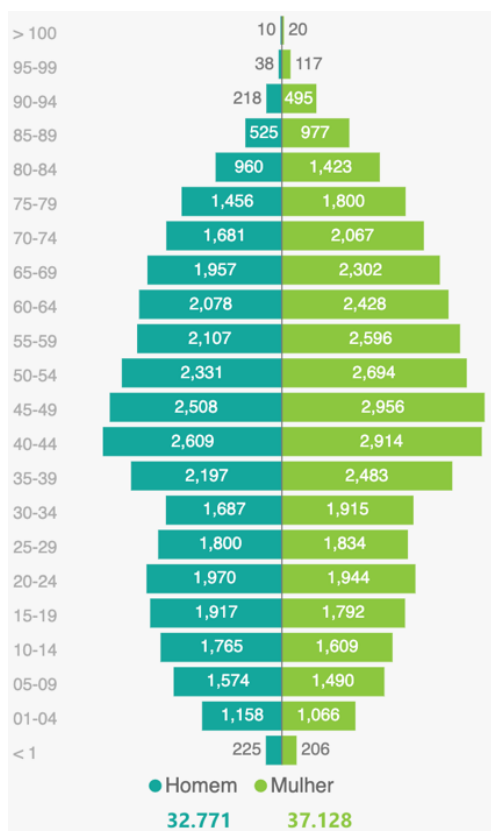


Figura 7. Pirâmide etária dos utentes abrangidos

No que diz respeito à sua carteira de serviços, a UCC de Viseu desenvolve os seguintes programas:

- Equipa de Cuidados Continuados Integrados;
- Rendimento Social de Inserção/Núcleo Local de Inserção do Concelho de Viseu;
- Rede Social;
- Intervenção Precoce;
- Núcleo de Apoio a Crianças e Jovens em Risco;
- Comissão de Proteção de Crianças e Jovens em Risco (CPCJ);
- Programa de Literacia em Saúde/Participação Ativa nos Jornais Locais (Diário de Viseu);
- Programa Nacional de Saúde Escolar;
- Atividade Sénior/Envelhecimento Ativo;
- Articular e Cuidar em Continuidade;
- A Criança Acolhida: Percursos Singulares e Saúde.

Como programas adicionais tem alocado à sua carteira de serviços:

- Desenvolvimento profissional e formação contínua;
- Sistema de qualidade e monitorização;
- Articulação com outras unidades funcionais;
- Higiene e Segurança.

Outros programas em implementação:

- Educar para prevenir/Não à Diabetes;
- Promoção da Saúde em meio prisional;
- Administração de vacinas a grupos da comunidade;
- GSJ – Cuida-te;
- Alertar para a segurança.

Fonte: UCC de Viseu (2019) - Manual de Acolhimento

### **Equipa de Cuidados Continuados Integrados**

O cuidar é comum a todas as culturas, embora as suas formas de expressão possam ser as mais variadas. Cabe à família esse papel, pois é essencialmente ela que executa e se responsabiliza pelo cuidado.

Cuidar de um familiar dependente pode apresentar-se como uma tarefa difícil de desempenhar continuamente. Muitas vezes, representa a necessidade de uma reorganização familiar, alterando muitos aspetos da vida do cuidador, comprometendo muitas vezes o bem-estar (Sarmiento, Pinto & Monteiro, 2010).

Os cuidadores familiares representam novos desafios para a sociedade. Enfrentam diariamente situações novas de sobrecarga física, psicológica e social, capazes de desencadear mudanças ao nível da sua qualidade de vida. A prevenção de situações extremas, requer por parte da equipa pluridisciplinar uma atenção redobrada, uma vez que deles depende a saúde dos utentes a quem prestam cuidado e a sua permanência no seio familiar. Cuidar de quem cuida é também uma responsabilidade e deverá ser uma preocupação de todos nós, bem como dos decisores políticos.

Um cuidador informal é uma pessoa que presta assistência a outra que se encontra numa situação de dependência, devido a algum tipo de incapacidade. De entre as incapacidades que podem levar a que alguém precise de um cuidador informal contam-se, por exemplo, doenças crónicas, deficiências físicas ou psíquicas, parciais ou totais, temporárias ou definitivas. A 6 de setembro de 2019, foi publicado em Diário da República, o estatuto do Cuidador Informal. De uma forma genérica, este estatuto pretende apoiar aqueles que prestam informalmente cuidados a pessoas em situação de dependência. De entre um conjunto de apoios, está previsto, por exemplo, um subsídio de apoio aos cuidadores, o direito ao descanso, apoio psicossocial e medidas de apoio à integração no mercado de trabalho.

Com o objetivo de apoiar estes utentes/cuidadores informais existem as equipas de cuidados continuados integrados. Estas equipas são da responsabilidade dos cuidados de saúde primários e das entidades de apoio social para a prestação de serviços domiciliários. Decorrentes da avaliação integral, de cuidados médicos, de enfermagem, de reabilitação e de apoio social a pessoas em situação de dependência funcional, doença terminal ou em processo de convalescença, com rede de suporte social, cuja situação não requer internamento, mas que não podem deslocar-se de forma autónoma. Para acederem a estes cuidados, para além dos critérios acima mencionados, também devem obedecer a determinadas condições necessárias:

- frequência de prestação de cuidados de saúde superior a 1 vez por dia, ou, prestação de cuidados de saúde superior a 1 hora e 30 minutos por dia, no mínimo de 3 dias por semana;
- cuidados além do horário normal de funcionamento da equipa de saúde familiar, incluindo fins de semana e feriados;
- complexidade de cuidados que requeira um grau de diferenciação ao nível da reabilitação;
- necessidades de suporte e capacitação ao cuidador informal.

(Acedido em: <https://eportugal.gov.pt/cidadaos/cuidador-informal/rede-nacional-de-cuidados-continuados-integrados-rncci>)

### *Competências do Enfermeiro Especialista*

O Enfermeiro Especialista está dotado de competência científica, técnica e humana para a prestação de cuidados de enfermagem especializados nas diferentes áreas de especialidade em enfermagem. Possui um corpo de conhecimentos aprofundado num domínio específico de enfermagem, considerando as respostas humanas aos processos de vida e aos problemas de saúde, que demonstram elevados níveis de julgamento clínico e tomada de decisão, traduzidos num conjunto de competências especializadas relativas a um campo de intervenção (Regulamento n.º 122/2011 de 18 de fevereiro).

### *Competências Comuns do Enfermeiro Especialista*

O Enfermeiro Especialista possui um conjunto de competências comuns, transversais à sua área de especialização demonstradas através da sua elevada capacidade de conceção, gestão e supervisão de cuidados e, ainda, através de um suporte efetivo ao exercício profissional especializado no âmbito da formação, investigação e assessoria (Regulamento n.º 122/2011 de 18 de fevereiro). As Competências Comuns do Enfermeiro Especialista englobam quatro domínios distintos:

- Responsabilidade Profissional Ética e Legal: desenvolve uma prática profissional e ética no seu campo de intervenção; promove práticas de cuidados que respeitam os direitos humanos e as responsabilidades profissionais;
- Melhoria Contínua da Qualidade: desempenha um papel dinamizador no desenvolvimento e suporte das iniciativas estratégicas institucionais na área da governação clínica; concebe, gere e colabora em programas de melhoria contínua da qualidade; cria e mantém um ambiente terapêutico e seguro;
- Gestão dos Cuidados: gere os cuidados, otimizando a resposta da equipa de enfermagem e seus colaboradores e a articulação na equipa multiprofissional; adapta a liderança e a gestão dos recursos às situações e ao contexto visando a otimização da qualidade dos cuidados;
- Desenvolvimento das Aprendizagens Profissionais: Competências do domínio das aprendizagens profissionais: desenvolve o autoconhecimento e a assertividade; baseia a sua praxis clínica especializada em sólidos e válidos padrões de conhecimento.

### *Competências Específicas do Enfermeiro Especialista*

O Enfermeiro Especialista para além das competências comuns atrás discriminadas, possui um conjunto de competências específicas, dentro de cada área de especialização, que decorrem das respostas humanas aos processos de vida e aos problemas de saúde e do campo de intervenção, demonstradas através de um elevado grau de adequação dos cuidados às necessidades de saúde das pessoas (Regulamento n.º 122/2011 de 18 de fevereiro).

*Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária*

De acordo com o Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária na área de Enfermagem de Saúde Comunitária e de Saúde Pública e na área de Enfermagem de Saúde Familiar (Regulamento nº 428/2018 de 16 de julho), as Competências Específicas do Enfermeiro Especialista na área de enfermagem comunitária e de saúde pública são as seguintes:

- estabelece com base na metodologia do Planeamento em Saúde, a avaliação do estado de saúde de uma comunidade;
- contribui para a capacitação de grupos e comunidades;
- integra a coordenação de programas de saúde de âmbito comunitário e consecução dos objetivos do Plano Nacional de Saúde;
- realiza e coopera na vigilância epidemiológica de âmbito geodemográfico.

O Curso de Mestrado em Enfermagem Comunitária tem como objetivo primordial a necessidade de garantir a aquisição de competências científicas, técnicas, humanas e culturais de elevada qualidade, de modo a que os enfermeiros sejam capazes de prestar assistência diferenciada na área.

O estágio consiste num tipo de ensino que se desenvolve em contexto de prática clínica real que, uma vez que se adapta às condições e particularidade de cada situação em que decorre, potencia o desenvolvimento do pensamento crítico e reflexivo, a aprendizagem do trabalho em equipa, a aquisição e desenvolvimento de competências, de modo a poder aprender a gerir a incerteza e a complexidade intrínseca às situações clínicas e aos cuidados de enfermagem holísticos (Simões & Garrido, 2007, p. 600). Ainda em conformidade com os mesmos autores (p. 600), trata-se de uma componente formativa fundamental para o processo de aprendizagem, proporcionando a interação entre a teoria e a prática em contexto real, a aquisição de conhecimentos, capacidades e habilidades profissionais, visando a aquisição de competências científicas, técnicas, humanas e culturais ajustadas à prestação de cuidados de enfermagem especializados.

O Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária acompanha o utente ao longo do seu ciclo de vida. Trabalha não só os aspetos curativos, mas sobretudo os preventivos e educacionais, enfatizando o papel da pessoa/família/comunidade como principal responsável pela sua própria saúde e bem-estar. O foco dos cuidados é a unidade familiar, os indivíduos que pertencem à família e a comunidade que os envolve sendo que o planeamento em saúde é fundamental a fim de obter uma correta gestão dos recursos. O objetivo major do planeamento em saúde consiste em melhorar o nível de

saúde das populações, procurando mudanças nos comportamentos, essencialmente ao nível das atitudes e comportamentos relacionados com estilos de vida saudáveis e com a utilização dos serviços. O estabelecimento de prioridades dentro dos problemas ou necessidades em saúde encontrados, a definição de objetivos/metapasíveis de ser concretizadas torna-se indispensável para a obtenção de ganhos em saúde na comunidade.

Ao proceder à delimitação de objetivos estamos a direcionar o caminho que pretendemos seguir tendo como fio condutor as necessidades pessoais de aprendizagem e a possibilidade de colaborar com as necessidades institucionais mencionadas pelas profissionais da instituição na qual desenvolvemos o ensino clínico. É através da sua formulação que é possível planejar atividades que os tornem exequíveis. A correta definição de objetivos é a peça fulcral para o sucesso das metas propostas. Os objetivos pessoais formulados, tiveram como linha de orientação as dimensões específicas do perfil de Competências Comuns do Enfermeiro Especialista, as Competências Específicas do Enfermeiro Especialista na área de Enfermagem de Saúde Comunitária e de Saúde Pública e na área de Enfermagem de Saúde Familiar e os objetivos gerais descritos no guia da ESSV do 5º Curso de Mestrado em Enfermagem Comunitária 2019/2021.

#### *Objetivos de Estágio*

Apesar da panóplia de programas passíveis de serem acompanhados e realizados pertencentes à carteira da UCC Viseu, é fulcral salientar o facto do estágio se ter desenvolvido num contexto de vigência do estado de emergência nacional no qual a UCC Viseu olvidou todos os esforços para a organização do processo de vacinação. O estágio foi direcionado fundamentalmente para o seguimento de utentes no domicílio (ECCI), vigilâncias ativas telefónicas (COVID-19) essencialmente comunidades escolares e vacinação COVID-19 (Estruturas Residenciais para pessoas idosas - ERPI e população em geral).

Os objetivos formulados, tiveram como linha de orientação as dimensões específicas do perfil de competências do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária descritos no Decreto-Lei nº 428, artigo 3 (2018) e os objetivos gerais descritos no guia da ESSV do 5º Curso de Mestrado em Enfermagem Comunitária 2019/2021:

#### Objetivos gerais:

1. Conhecer o modelo orgânico/funcional e a área de intervenção da UCC Viseu;
2. Promover uma atitude zelosa e ética, de empenho no seu desenvolvimento pessoal e profissional e de envolvimento no trabalho em equipa

multiprofissional, contribuindo para a visibilidade dos serviços como organização inteligente e inovadora;

3. Elaborar o Relatório Final em regime tutorial, com base na implementação de um projeto de investigação-intervenção na prática clínica do Estágio;
4. Participar na gestão dos recursos materiais e humanos tendo em vista a melhoria da qualidade dos cuidados;
5. Planear, executar e avaliar cuidados de enfermagem em situações de maior complexidade na prática especializada;
6. Participar na gestão dos cuidados de saúde ao indivíduo, família e grupos utilizando os recursos presentes na comunidade;
7. Aplicar a metodologia científica de trabalho na saúde comunitária aos três níveis de prevenção;
8. Dinamizar processos de mudança e inovação, através dos resultados de investigação.

Assim estabeleço como objetivos específicos deste estágio, tendo em conta a especificidade da unidade de saúde e da comunidade abrangida:

1. *Conhecer a estrutura física e o modelo organizacional da UCC Viseu assim como os recursos humanos e materiais existentes:*
  - Acolhimento na UCC Viseu pela Enfermeira Maria Albernaz e Enfermeira Liliana Rodrigues e posterior apresentação à restante equipa de enfermagem;
  - Conhecer as diversas atividades e os restantes elementos constituintes da equipa multidisciplinar e a articulação entre os mesmos;
  - Conhecer a estrutura física, recursos materiais e equipamentos à disposição na UCC;
  - Conhecer a filosofia, a metodologia de trabalho e a organização dos cuidados prestados pela equipa enfermagem;
  - Proceder à leitura e análise do Regulamento Interno da UCC Viseu e revisão de algumas normas fundamentais neste contexto laboral;
  - Demonstrar assiduidade e pontualidade.
  
2. *Desenvolver competências humanas, relacionais, pessoais e interpessoais com a equipa multidisciplinar da UCC Viseu e na prestação de cuidados ao utente/família/comunidade em todas as fases do ciclo vital:*

- Adotar uma apresentação cuidada e uma postura correta, com base numa relação de alteridade, tendo em conta a singularidade de cada situação;
- Revelar receptividade, interesse e iniciativa nas intervenções de enfermagem e aceitar as críticas de forma construtiva;
- Integrar a equipa multidisciplinar, estabelecendo uma relação de empatia e reciprocidade com os diferentes elementos que a constituem;
- Respeitar os princípios éticos e deontológicos da profissão de Enfermagem;
- Promover a humanização dos cuidados prestados tendo em consideração as particularidades de cada utente/família;
- Aprimorar competências relacionais e comunicacionais, científicas e técnicas adequadas às pessoas, grupos e comunidades;
- Criar uma relação de confiança e entre ajuda.

*3. Desenvolver a prática assente no pilar basilar da evidência científica:*

- Promover a capacitação do utente/família na objetivação de metas e expectativas que conduzam à promoção da sua saúde;
- Desenvolver e aprimorar o pensamento sistemático e crítico, com vista a facilitar o desenvolvimento de planos de ação direcionados às necessidades e particularidades de cada utente/família;
- Aprimorar competências pedagógicas.

*4. Monitorizar as respostas a diferentes condições de saúde/doença, em toda a diversidade de situações:*

- Analisar as diferentes interações entre todos os membros da família (cuidador informal) com o objetivo de entender o estado atual de saúde e promover padrões de resposta favoráveis em situações mais complexas;
- Capacitar o cuidador para a tomada de decisão atendendo à situação clínica atual do utente;
- Reunir conhecimentos de diversas áreas científicas com vista à resolução dos problemas;
- Respeitar a influência das crenças espirituais e culturais de cada utente/família/comunidade;
- Atender à influência dos fatores ambientais e recursos familiares presentes, reforçando a importância de manter medidas de isolamento, a fim de evitar a infeção/disseminação da COVID 19 ou de outras patologias;

- Avaliar a reciprocidade das interações entre o utente, cuidador informal e o meio envolvente;
- Supervisionar as atividades delegadas e concretizar as atividades de enfermagem.

5. *Promover processos de adaptação eficazes atendendo aos problemas identificados:*

- Identificar precocemente problemas potenciais nos grupos alvo, definindo intervenções antecipatórias;
- Implementar medidas de prevenção/controlo de infeção associada aos cuidados de saúde;
- Referenciar para outros enfermeiros especialistas de acordo com a área de intervenção e do perfil de competências de cada especialidade;
- Contribuir para os processos de capacitação de grupos e comunidades;
- Promover a continuidade do processo de prestação de cuidados de enfermagem, recorrendo se for pertinente à referência a outros profissionais ou organizações;
- Potenciar os recursos presentes na comunidade com vista a garantir a continuidade dos cuidados e a sua correta utilização;
- Identificar e referenciar para os recursos da comunidade para dar resposta às necessidades específicas.

6. *Estabelecer uma relação terapêutica com o utente/família a fim de promover a saúde, a prevenção de doenças e controlo de situações complexas:*

- Comunicar com o utente/família/cuidador de forma empática e próxima mostrando disponibilidade e criatividade para responder às suas necessidades;
- Estimular a família na consecução dos seus objetivos seguindo o ponto de vista da mesma;
- Estabelecer o diálogo familiar com o objetivo de definir futuros objetivos em saúde;
- Respeitar as capacidades, crenças, valores e desejos da comunidade na conceção das intervenções, com vista à resolução dos problemas identificados;
- Estabelecer um plano de cuidados em colaboração com o utente e o cuidador com o objetivo de promover e reforçar a saúde;
- Esclarecer todas as intervenções a implementar;

- Promover uma prática de cuidados que vise a segurança, privacidade e dignidade do utente/família/comunidade;
- Estabelecer as prioridades em saúde da comunidade de acordo com o Plano de Saúde Local;
- Proceder à implementação de cuidados de saúde relativos ao utente, família e/ou comunidade de acordo com os programas de saúde em vigor;
- Proceder à avaliação dos cuidados de saúde prestados com vista à melhoria contínua.

7. *Utilizar adequadamente os sistemas de informatização da UCC Viseu como forma de registo das atividades desenvolvidas:*

- Observar a utilização de registo de informação clínica nos sistemas informatizados adotados: SClinico® e RNCCI;
- Esclarecer dúvidas;
- Proceder à elaboração de registos nos sistemas: SClinico® e RNCCI.

8. *Colaborar no planeamento e execução do plano de vacinação da COVID 19, segundo as normas emanadas pela DGS e as indicações aprovadas pela Agência Europeia do Medicamento:*

- Leitura das normas emanadas pela DGS;
- Preparação da vacina cumprindo todas as recomendações do fabricante relativas a manuseamento, diluição, preparação da dose e administração, aprovadas na União Europeia, conforme o Resumo das Características do Medicamento;
- Registo no programa “e-boletim de Vacinas” e administração das vacinas (Cominarty®, Moderna® e Astrazeneca®) a pessoas integrantes da 1ª fase do plano, pertencentes ao domínio da UCC de Viseu;
- Vigilância e registo de possíveis efeitos adversos procedendo à comunicação dos mesmos ao Infarmed® e laboratórios detentores das vacinas atualmente em circulação;
- Programação das doses de reforço (2ªdose).

9. *Avaliar aprendizagem pessoal e as práticas realizadas ao longo do estágio relativamente às competências relacionais/interpessoais, instrumentais e sistémicas:*

- Realizar uma avaliação crítico-reflexiva das atividades realizadas e aspetos a melhorar diariamente;

- Prestar cuidados de enfermagem seguindo os padrões de qualidade preconizados;
- Procurar atingir uma melhoria contínua na qualidade do exercício profissional.



## 2. Atividades realizadas

No sentido de concretizar os objetivos, quer institucionais, quer individuais, foram desenvolvidas atividades ajustadas à realidade vivida ao longo do estágio. Tendo em conta a situação pandémica atualmente vivenciada, a nossa prática centrou-se essencialmente no combate à pandemia e na prestação de cuidados aos utentes inseridos na ECCI da UCC Viseu. As atividades e estratégias desenvolvidas tiveram como linha diretiva as normas e orientações emanadas pela DGS e alvo de constante atualização.

Neste estágio com Relatório final: Enfermagem em Cuidados Integrados de Saúde e Apoio Social existiu a oportunidade de colaborar e realizar rastreios de contactos no âmbito da COVID-19 procedendo à vigilância, orientação e encaminhamento de utentes com recurso à plataforma Trace COVID-19. A oportunidade de colaborar nas equipas de vacinação contra a COVID-19 foi também fundamental, uma vez que toda a gestão e planeamento eram previamente realizados na UCC, desde o agendamento ao rastreio dos utentes elegíveis. Ao proceder à vacinação nas ERPI's, eram realizados ensinamentos presenciais, atendendo às dúvidas in loco que surgiam e sugestões de melhoria fundamentalmente no que diz respeito à disposição e organização dos espaços, ventilação adequada dos mesmos, distanciamento físico entre as pessoas, higiene das mãos, etiqueta respiratória e utilização correta da máscara. A auto-monitorização de sintomas também se constituiu como um tema frequente em todas as intervenções realizadas.

A visita domiciliária aos utentes inseridos na ECCI constitui um recurso de excelência, uma vez que nos encontramos inseridos no mais íntimo da comunidade, ou seja no domicílio, procedendo à prática dos cuidados. Esta constitui-se como um elemento fundamental para a avaliação das verdadeiras necessidades dos indivíduos e família, uma vez que lhes permite expressar as suas verdadeiras necessidades por se encontrarem no seu meio seguro. Os cuidados de enfermagem prestados no domicílio em parceria com a restante equipa multidisciplinar, por vezes de natureza preventiva e/ou curativa, em utentes em situação de dependência e com perda de autonomia têm sempre como meta aprimorar as condições de vida e de bem-estar dos utentes e das famílias. O guia de acolhimento disponibilizado na primeira visita domiciliária, para além de agregar informações importantes para o cuidar do utente, ao disponibilizar os contactos telefónicos da equipa de enfermagem da UCC, tranquiliza o cuidador informal pois sente-se mais apoiado e reduz o receio para esta transição na sua vida. O processo de se tornar cuidador pode ser imediato ou gradual. Este implica uma atenção redobrada por parte dos profissionais de saúde, uma vez que é fundamental cuidar de quem cuida. É premente promover e estimular um maior envolvimento por parte de toda a família de forma a minimizar a sobrecarga do cuidador informal. A implementação de planos de cuidados

adequados e personalizados a cada utente/família, de acordo com os programas de saúde em vigor, normas e orientações da DGS e normas da RNCCI, conduziu-nos à constatação de que 31 dos cuidadores informais (70,5%) apresentavam à entrada na ECCL sobrecarga, sendo que destes 14 cuidadores apresentavam sobrecarga intensa. Esta avaliação foi realizada mensalmente com recurso à Escala de Sobrecarga do Cuidador de Zarit (Sequeira, 2010). As intervenções realizadas são adaptadas a cada caso em particular e podem consistir na referenciação para o Técnico de Serviço Social, propor apoio de psicologia, promover uma melhor articulação com a USF de referência, informar sobre a existência e aplicabilidade do Serviço de Apoio Domiciliário ou até mesmo realizar uma proposta de transferência de tipologia. Todas estas intervenções têm como objetivo basilar a redução da sobrecarga e melhoria dos cuidados prestados ao utente. Os cuidadores informais não podem ser esquecidos e tem de se lhe dar prioridade, uma vez que o sucesso da díade utente/cuidador informal depende também do bem-estar físico, mental e social dos cuidadores. Durante todo o tempo de implementação dos cuidados de saúde necessários foi efetuada a sua avaliação regular, com o intuito *major* de promover a melhoria contínua dos cuidados e, conseqüentemente, a melhoria da qualidade de vida de toda a família.

### **2.1. Estudo: Perfil e Sobrecarga de cuidadores informais de utentes em ECCL: do conhecimento às intervenções em enfermagem**

O estudo realizado vai ao encontro de uma necessidade identificada pela equipa de Enfermagem, bem como aos objetivos do Estágio com Relatório Final em Enfermagem em Cuidados Integrados de Saúde e Apoio Social. Será feito um enquadramento teórico da temática, apresentada a metodologia utilizada, os resultados obtidos e a sua análise, bem como as conclusões mais importantes e com impacte nas intervenções de Enfermagem.

#### **2.1.1. Enquadramento teórico**

Portugal, à semelhança de grande parte dos países ditos desenvolvidos, sofreu nas últimas décadas transformações importantes na sua estrutura populacional, vertidas nas alterações da pirâmide etária, aumento da esperança média de vida, da população idosa e da redução da taxa de natalidade (Instituto Nacional de Estatística, INE, 2012). Os dados do INE, relativos aos últimos Censos nacionais realizados em território nacional, em 2011 indicam que a percentagem de idosos (população com idade  $\geq 65$  anos) sofreu aumento de 16% para 19%, de 2001 a 2011; a idade média da população também aumentou de 3 anos numa década, situando-se nos 41,8 anos em 2011, ou seja, os

índices demográficos mostram um acelerado envelhecimento populacional, com uma população com dificuldades na realização de algumas atividades do dia-a-dia por motivos de saúde ou idade. Está projetado para 2080 que o atual índice de envelhecimento da população portuguesa possa quase duplicar, isto é, a população idosa será quase o triplo da população jovem, com um acentuado envelhecimento demográfico (INE, 2019).

Assim, perante a progressiva evolução das alterações demográficas, quer a nível nacional, quer internacional, mas sobretudo em sociedades que têm possibilitado conquistar anos à vida, um dos grandes desafios consiste em tornar essa longevidade mais saudável, acrescentado à vida mais tempo de independência e autonomia, com a melhoria da capacidade funcional das pessoas para responder às Atividades de Vida Diária (AVD). Paralelamente a essas transformações demográficas, ocorreram alterações epidemiológicas, ou seja, houve um aumento das doenças crónico-degenerativas, fazendo com que as pessoas fiquem mais propensas a viver durante mais tempo com comorbidades e graus de dependência crescentes (Araújo & Martins, 2016).

Como se tem vindo a expor, a população idosa e dependente tem vindo a ganhar um aumento considerável nos últimos anos, com a diminuição da taxa de natalidade e aumento da esperança média de vida, resultando num aumento das doenças crónicas e incapacitantes e o grau de dependência das pessoas e, conseqüentemente, dos idosos. Como em todas as sociedades em envelhecimento, em Portugal o número de idosos e dependentes de cuidados está a crescer, estes necessitam de cuidados e tornam-se cada vez mais dependentes de cuidadores informais. Na maioria dos casos, os cuidadores informais têm origem na família. Cuidar pode ser uma fonte de satisfação, mas também uma fonte de *stress* e de tensão emocional. Quando os cuidadores informais sentem que o cuidado não é suficiente, isso pode levar a sentimentos de esgotamento, depressão e culpa. Embora sentimentos positivos, como a satisfação e a reciprocidade desempenhem um papel na prestação de cuidados, os cuidadores informais nem sempre estão preparados para desempenhar esta tarefa e a continuidade de cuidados pode levar à sua sobrecarga (Van Bruggen, Gussekloo, Bode, Touwen, Engberts & Blom, 2016).

O cuidador é definido pela Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (ICNP browser CIPE, 2019) como “aquele que assiste na identificação, prevenção ou tratamento da doença ou incapacidade; aquele que atende às necessidades de um dependente”. É um elemento-chave no processo de reabilitação da pessoa dependente, pois será ele a assegurar a satisfação das AVD daquele, após o regresso ao domicílio, pelo que carece de orientações e ensinamentos por parte do enfermeiro.

Do ponto de vista legal, de acordo com a Lei n.º 100/2019, de 6 de setembro, o cuidador informal principal é “o cônjuge ou unido de facto, parente ou afim até ao 4.º grau da linha reta ou da linha colateral da pessoa cuidada, que acompanha e cuida desta de

forma permanente, que com ela vive em comunhão de habitação e que não auferir qualquer remuneração de atividade profissional ou pelos cuidados que presta à pessoa cuidada” (p.9). O Plano de Desenvolvimento da RNCCI 2016-2019 estabeleceu alguns objetivos genéricos para o desenvolvimento de um estatuto para o cuidador informal, entre os quais:

“Melhorar papel e qualidade de vida dos cuidadores informais e familiares;  
Ajudar os cuidadores a combinar responsabilidades familiares com o trabalho remunerado;  
Melhorar o bem-estar físico e mental dos cuidadores informais e familiares;  
Compensar e reconhecer os cuidadores informais e familiares” (Ministério da Saúde/Ministério do Trabalho, Solidariedade e Segurança Social, MS/MTSSS, 2016, p. 16).

O cuidador informal geralmente tem responsabilidades diferentes, proporcionando uma assistência não remunerada a uma pessoa dependente e realiza tarefas da vida diária concomitantemente com outras atividades relacionadas com os cuidados de saúde da pessoa dependente, geralmente relacionadas com a toma de medicação, tratamento de feridas e monitorização de equipamentos. Os cuidadores informais, são geralmente membros da família ou parentes próximos que prestam um cuidado parcial ou total a uma pessoa dependente com dificuldades no autocuidado, facilitando o seu bem-estar e ajudando em diferentes tarefas e atividades do dia-a-dia. Contudo observa-se que muitos cuidadores informais relatam com frequência uma preparação insuficiente para uma continuidade adequada do cuidado à pessoa dependente no seu regresso a casa, assumindo-se como um fator despoletador de *stress* (Dixe, Teixeira, Areosa, Frontin, Peralta & Querido, 2019).

Cuidar de uma pessoa dependente associa-se a uma série de encargos que muitas vezes levam a problemas físicos, psicológicos, resultando em dificuldades emocionais. Tendo em consideração as dificuldades enfrentadas pelos cuidadores informais, é fundamental ter-se conhecimento das suas áreas de intervenção, uma vez que estes precisam de mais orientação, o que ajuda a aliviar a sua “carga” (Oldenkamp, Bültmann, Wittek, Stolk, Hagedoorn & Smidt, 2018).

Um estudo realizado por Bermejo, Mota, Verdejo e Peña (2015), numa amostra de 107 cuidadores principais, com 65 ou mais anos, a cuidar de pessoas também elas idosas, mostrou que cerca de 84% dos cuidadores informais são os cônjuges, 10% são os irmãos(ãs) e 6% são os filhos(as). Predominavam as mulheres (59,8%), em coabitação com a pessoa cuidada em cerca de 99%, dedicando as 24h do dia em cerca de 70% dos casos. Cerca de 80% dos cuidadores relatam problemas de saúde, 65% referem cansaço 51% sentem-se deprimidos e 45% afirmam que a sua saúde piorou, existindo uma relação

estatisticamente significativa ( $p < 0,05$ ) entre este facto e o nível de dependência da pessoa cuidada.

Maio (2018) avaliou as capacidades do cuidador informal para cuidar de pessoa dependente no autocuidado, aquando da transição de uma UCCI para casa, através de um estudo descritivo simples, envolvendo uma amostra de 143 pessoas dependentes e seus cuidadores. Constatou que a maioria dos cuidadores informais é do sexo feminino (81%), com uma média de idades de 58,7 anos, sendo maioritariamente filhos e cônjuges da pessoa dependente. Possuíam baixa escolaridade (1º ciclo), 34% reformados, encontrando-se profissionalmente ativos 30%. As maiores necessidades formativas dos cuidadores informais relacionadas com os autocuidados, incidem nas transferências, no vestir/despir, na gestão da terapêutica, alimentação e uso de equipamento sanitário.

Num estudo transversal, Dixe *et al.* (2019) procuraram compreender melhor as necessidades e competências de 143 cuidadores informais no cuidar de uma pessoa dependente nos diferentes domínios de autocuidado. Os resultados indicaram perfis de cuidadores com médias de idade de 58 anos, sendo o mais jovem da amostra um cuidador com 21 anos. A maioria destes era do sexo feminino, 50% cuidavam de um dos pais; 53,8% das pessoas cuidadas eram completamente dependentes nas áreas de conforto e higiene e na gestão medicamentosa. As cuidadoras informais do sexo feminino consideram-se mais competentes na prestação de cuidados de higiene do que os homens, sem diferenças significativas na perceção de suas competências nas outras áreas de cuidados pessoais. Os cuidadores mais velhos consideram-se menos competentes em certas áreas de autocuidado, como alimentação, mobilidade, transferências, administração de medicamentos e no controlo de sintomas. Ficou também demonstrado que a maioria das informações fornecidas aos cuidadores informais por parte dos profissionais de saúde é ao nível da patologia em si (82,3%) e da gestão dos medicamentos (80,4%), havendo muitas áreas do autocuidado, onde a informação é quase nula.

Como tal, é fundamental que os cuidadores informais tenham acesso a uma intervenção de suporte, de acordo com as suas necessidades, o que os capacitará na prestação de cuidados à pessoa dependente (Oldenkamp *et al.*, 2018; Dixe *et al.*, 2019).

Uma das mais recentes e marcante reforma da saúde em Portugal traduziu-se na criação da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados através da publicação do Decreto-Lei n.º 101/2006, de 6 de junho. Numa articulação conjunta entre os Ministérios da Saúde e do Trabalho e da Solidariedade Social, foram neste âmbito criadas unidades de internamento (unidades de convalescença [UC], de média duração e reabilitação [UMDR], de longa duração e manutenção [ULDM] e de cuidados paliativos [UCP]), unidades de ambulatório (unidade de dia e de promoção da autonomia [UDPA]), equipas

hospitalares (equipas de gestão de altas [EGA] e equipas intra-hospitalares de suporte em cuidados paliativos) e equipas domiciliárias (equipas de cuidados continuados integrados [ECCI] e equipas comunitárias de suporte em cuidados paliativos). A criação destas respostas multissetoriais encerra em si o objetivo de:

“promover a continuidade da prestação de cuidados de Saúde e Apoio Social a todo o cidadão que apresente dependência, com compromisso do seu estado de saúde, ou em situação de doença terminal, sustentado por diversos *stakeholders*, como entidades públicas (hospitais, centros de saúde, centros distritais do Instituto da Segurança Social, I.P.) sociais e privadas (da Rede Solidária e da rede lucrativa), tendo o Estado por principal incentivador” (UMCCI, 2011, p. 7).

A RNCCI é assim destinada “a pessoas em situação de dependência, independentemente da idade, que precisem de cuidados continuados de saúde e de apoio social, de natureza preventiva, reabilitativa ou paliativa” (UMCCI, 2011, p.7).

Desde a sua criação em 2006, a RNCCI tem sofrido diversas alterações legislativas, assim como alguns avanços e recuos no que diz respeito à sua capacidade de oferta de lugares e camas de internamento.

Atualmente, a RNCCI além das três tipologias de internamento (UC, UMDR e ULDM), das equipas domiciliárias (ECCI) e das equipas hospitalares existentes desde a sua criação, dispõe também de respostas, ainda que de forma muito incipiente, no âmbito da Saúde Mental (unidades de internamento) e da população pediátrica (Unidades de Cuidados Integrados Pediátricos de internamento e de ambulatório). Apesar de legisladas desde 2006, as unidades de ambulatório (UDPA) não estão ainda em funcionamento.

A tabela 1, partindo do enquadramento legal existente, contém de forma reduzida a caracterização das unidades e equipas que atualmente estão integradas na RNCCI, excluindo as unidades de saúde mental que, pela sua complexidade e ainda pouca expressão no terreno, se optou por não detalhar.

Tabela 1. Caracterização das unidades e equipas integradas na RNCCI

Unidades e Equipas da RNCCI	Caracterização
<b>Unidade de Convalescença (UC)</b>	“(...) é uma unidade de internamento, independente, integrada num hospital de agudos ou noutra instituição se articulada com um hospital de agudos, para prestar tratamento e supervisão clínica, continuada e intensiva, e para cuidados clínicos de reabilitação, na sequência de internamento hospitalar originado por situação clínica aguda, recorrência ou descompensação de processo crónico. (...) tem por finalidade a estabilização clínica e funcional, a avaliação e a reabilitação integral da pessoa com perda transitória de autonomia potencialmente recuperável e que não necessita de cuidados hospitalares de agudos. (...) destina-se a internamentos com previsibilidade até 30 dias consecutivos por cada admissão.” (cf. Art. 13.º do Decreto-Lei n.º 101/2006, de 6 de junho)
<b>Unidade de Média Duração e Reabilitação (UMDR)</b>	“(...) é uma unidade de internamento, com espaço físico próprio, articulada com o hospital de agudos para a prestação de cuidados clínicos, de reabilitação e de apoio psicossocial, por situação clínica decorrente de recuperação de um processo agudo ou descompensação de processo patológico crónico, a pessoas com perda transitória de autonomia potencialmente recuperável. (...) tem por finalidade a estabilização clínica, a avaliação e a reabilitação integral da pessoa (...). O período de internamento (...) tem uma previsibilidade superior a 30 e inferior a 90 dias consecutivos, por cada admissão.” (cf. Art. 15.º do Decreto-Lei n.º 101/2006, de 6 de junho)
<b>Unidade de Longa Duração e Manutenção (ULDm)</b>	“(...) é uma unidade de internamento, de carácter temporário ou permanente, com espaço físico próprio, para prestar apoio social e cuidados de saúde de doenças e processos crónicos, com diferentes níveis de dependência e que não reúnam condições para serem cuidadas no domicílio. (...) tem por finalidade proporcionar cuidados que previnam e retardem o agravamento da situação de dependência, favorecendo o conforto e a qualidade de vida, por um período de internamento superior a 90 dias consecutivos.” Prevê ainda o internamento por um período até 90 dias por ano, para descanso do cuidador principal. (cf. Art. 17.º do Decreto-Lei n.º 101/2006, de 6 de junho)
<b>Unidade de internamento de cuidados integrados pediátricos de nível 1 (UCIP nível 1)</b>	“As unidades de internamento prestam cuidados de saúde e de apoio social, na sequência de episódio de doença aguda ou da necessidade de prevenção de agravamentos de doença crónica, centrados na reabilitação, readaptação, manutenção e cuidados paliativos a crianças que se encontram em situação de dependência, com vista à sua reintegração sociofamiliar.” (cf. Art. 5.º da Portaria n.º 343/2015, de 12 de outubro)
<b>Unidade de Ambulatório Pediátrica (UAP)</b>	“As unidades de ambulatório prestam cuidados continuados integrados de manutenção, de promoção de autonomia e apoio social a crianças com diferentes graus de dependência, sem necessidade de internamento, que não reúnam condições para serem cuidadas no domicílio, ou cuja situação não aconselhe a prestação de cuidados no domicílio.” (cf. Art. 6.º da Portaria n.º 343/2015, de 12 de outubro)
<b>Equipa de Cuidados Continuados Integrados (ECCI)</b>	“(...) é uma equipa multidisciplinar da responsabilidade dos cuidados de saúde primários e das entidades de apoio social para a prestação de serviços domiciliários, decorrentes da avaliação integral, de cuidados médicos, de enfermagem, de reabilitação e de apoio social, ou outros, a pessoas em situação de dependência funcional, doença terminal ou em processo de convalescença, com rede de suporte social, cuja situação não requer internamento mas que não podem deslocar-se de forma autónoma.” apoiando-se “...nos recursos locais disponíveis, no âmbito de cada centro de saúde, conjugados com os serviços comunitários, nomeadamente as autarquias locais.” (cf. Art. 27.º do Decreto-Lei n.º 101/2006, de 6 de junho)
<b>Unidade de Dia e de Promoção da Autonomia (UDPA)</b>	“(...) é uma unidade para a prestação de cuidados integrados de suporte, de promoção de autonomia e apoio social, em regime ambulatório, a pessoas com diferentes níveis de dependência que não reúnam condições para serem cuidadas no domicílio. (...) funciona oito horas por dia, no mínimo nos dias úteis.” (cf. Art. 21.º do Decreto-Lei n.º 101/2006, de 6 de junho)
<b>Equipa de Gestão de Altas (EGA)</b>	“(...) é uma equipa hospitalar multidisciplinar, sediada em hospital integrado no SNS, que avalia e confirma a proposta de referência dos utentes para as unidades e equipas da RNCCI.” (cf. Art. 7.º da Portaria n.º 50/2017, de 2 de fevereiro)

Fonte Própria

No que diz respeito à caracterização dos utentes da RNCCI, incluindo as unidades de internamento e de ambulatório e equipas domiciliárias, os dados disponíveis, relativos ao primeiro semestre de 2018, indicam que do total da população da RNCCI 85,5% tinham idade superior a 65 anos (um dos valores mais elevados de sempre) e mais de 50% (45,1% em 2014) do total apresentavam idade superior a 80 anos. Do total da população 56,5% são do sexo feminino, sendo que dos utentes com idade superior a 80 anos, 64,5% são do sexo feminino. Em relação à saúde mental, 46,9% do total de utentes fixava-se no

grupo etário dos 18 a 49 anos, sendo que o sexo masculino representava 65,4% do total de utentes (Administração Central do Sistema de Saúde, ACSS, 2018).

Com dados sobreponíveis a anos anteriores, o baixo nível de escolaridade é marcante, dado que 66,3% do total têm escolaridade entre um a seis anos e 22,4% não detêm qualquer instrução. Na área da saúde mental a maioria (33,1%) tem escolaridade de 1 a seis anos, seguindo-se a escolaridade entre sete e doze anos (31,2%) e 28,7% possuem 13 ou mais anos de escolaridade, representando apenas 7% aquelas que não possuem qualquer instrução (ACSS, 2018).

Os dados relativos à coabitação revelam que mais de  $\frac{1}{4}$  viviam sozinhos (27,2%), ainda que 68,1% vivessem com a família natural; estavam institucionalizados 2,4%. Na vertente da saúde mental, a maioria (46,7%) viviam em instituição, seguindo-se 30,6% a viver com a família natural e 15,3% sós. Quanto ao estado civil, na rede de adultos, 47,2% eram casados e 35% estavam viúvos; já nas tipologias de saúde mental a grande maioria (86,5%) eram solteiros (ACSS, 2018).

Previamente ao ingresso na RNCCI os utentes já recebiam apoios diversos, nomeadamente em alimentação (64%), higiene pessoal (63%), higiene da casa/roupa (61%) e/ou medicamentos (56%). Os familiares prestavam previamente apoio em cerca de 74% dos casos, representando o apoio domiciliário a resposta de 17% dos utentes e 13% tinham apoio de técnicos de saúde (ACSS, 2018). De acordo com a mesma fonte, quanto aos motivos de referenciação nas tipologias de adultos e tendo presente que cada utente pode ter mais do que um motivo de referenciação, os principais motivos registados são a “dependência de AVD” e “ensino utente/cuidador informal” (90%), seguido de “reabilitação” (62%); de realçar que o motivo de referenciação “reabilitação”, para as tipologias de UC e de UMDR foi, respetivamente, de 94% e de 86% e de 51% para as ECCI. No caso da tipologia de internamento pediátrico, os principais motivos de referenciação foram: “dependência em AVD” (72,7%), “ensino do cuidador” (63,6%) e “descanso do cuidador” (54,5%). Nas tipologias de saúde mental foram: “ensino utente/cuidador informal” (73,8%) e “gestão regime terapêutico” (50%) (ACSS, 2018).

O principal desafio dos sistemas de saúde é o envelhecimento da população e a multi-comorbilidade que o acompanha, que requerem cuidados a longo prazo. No mundo industrializado, 25% das pessoas entre os 65-69 anos e 50% das pessoas na faixa etária dos 80-84 anos são afetadas simultaneamente por duas ou mais doenças crónicas e necessitam de cuidados a longo prazo. Neste âmbito, os cuidadores informais são recursos importantes para o seu familiar com necessidade de cuidados (Plöthner, Schmidt, de Jong, Zeidler & Damm, 2019). No entanto, cuidar de um doente inserido numa ECCI pode ser desafiador, causando problemas de saúde física e mental, problemas financeiros e isolamento social. A depressão, o *stress* ou o esgotamento do cuidador, entre outros problemas, aumentam o risco de institucionalização da pessoa cuidada. Para que possam

cuidar do seu familiar, os cuidadores informais também necessitam de ser apoiados (Kok, Berden & Sadiraj, 2015).

Muitas pesquisas e discursos públicos sobre o cuidado familiar retratam-no como uma experiência stressante, com sérias consequências negativas para a saúde física e mental (Roth, Fredman & Haley, 2015).

Rocha e Pacheco (2013) desenvolveram um estudo transversal com 110 cuidadores informais do concelho de Faro, Portugal, com o objetivo de estudarem a relação entre o *stress* e a adaptação psicológica (*coping*) do cuidador informal da pessoa em situação de dependência. A recolha de dados foi realizada nos domicílios, através da aplicação de quatro instrumentos de recolha de dados, nomeadamente: dados sociodemográficos, avaliação da intensidade do *stress*, escala de avaliação de *coping* abreviada e capacidade funcional através do Índice de Barthel. Os autores constaram que, em relação às estratégias de *coping*, foram as “estratégias centradas na prestação de cuidados” e as “estratégias centradas no problema” as mais utilizadas pelos cuidadores, sendo as menos utilizadas as “estratégias centradas na partilha do problema. Verificou-se a existência de relação entre a escolaridade dos cuidadores e as estratégias de *coping*, pelo que são as “percepções alternativas sobre a situação” ( $\beta=-0,321$ ,  $p<0,001$ ) e as “estratégias centradas na partilha do problema” ( $\beta=-0,223$ ,  $p<0,015$ ) aquelas que estão relacionadas com a baixa escolaridade. Já as “estratégias centradas no meio” foram as mais utilizadas por cuidadores informais com mais grau de escolaridade ( $\beta=0,274$ ,  $p<0,004$ ). A relação entre as estratégias de *coping* com o rendimento do agregado familiar revela diferenças estatisticamente significativas para as “estratégias centradas no meio” ( $X^2=10,972$ ,  $p.<0,027$ ), levando os autores a considerar que intervir no meio se relaciona mais com os cuidadores com um rendimento do agregado familiar superior. A análise das estratégias de *coping* dos cuidadores informais que já possuem experiência na atividade de cuidar revela que estes tendem a utilizar as “percepções alternativas sobre a situação” ( $X^2=4,840$ ,  $p<0,028$ ) e as “estratégias centradas no cuidador” ( $X^2=3,961$ ,  $p<0,047$ ), como estratégias de eleição. Quando o nível de dependência dos idosos era mais elevado, os cuidadores tendiam a usar “estratégias centradas no problema” ( $X^2=10,243$ ,  $p<0,037$ ) e “estratégias centradas no meio” ( $X^2=9,574$ ,  $p<0,048$ ). No que se refere às estratégias de *coping* dos cuidadores informais com a percepção da intensidade do seu *stress*, o estudo mostra que as “estratégias centradas no cuidador” eram as que se relacionavam com a menor percepção da intensidade de *stress* total por parte do cuidador informal ( $\beta=-0,378$ ,  $p<0,000$ ). Na relação dos fatores de *stress*, as “estratégias centradas no cuidador” foram as que se relacionavam com a menor percepção da intensidade de *stress* relacionado com a vida social e económica do cuidador informal ( $\beta =-0,387$ ,  $p<0,000$ ), bem como com o *stress* total e o relacionado com a vida familiar do cuidador e a prestação de cuidados

( $\beta=-0,205$ ,  $p<0,040$ ), sendo igualmente eficazes, no que diz respeito a esta última variável, as “percepções alternativas sobre a situação” ( $\beta=-0,257$ ,  $p<0,012$ ). Contrariamente, as “estratégias centradas na partilha do problema” relacionaram-se com um aumento da percepção desse tipo de *stress* ( $\beta=0,235$ ,  $p<0,011$ ).

Cuidar de um familiar integrado numa ECCI pode ter um impacto negativo no cuidador informal. Neste sentido, Bruggen, Gussekloo, Bode et al. (2016) realizaram um estudo observacional de base populacional com o objetivo de identificarem os problemas vivenciados pelos cuidadores informais de pessoas dependentes com e sem comprometimento cognitivo e a extensão das dificuldades relacionadas com o cuidar. A amostra era constituída por 2.704 cuidadores informais que cuidam de uma pessoa no domicílio com idade  $\geq 75$  anos. Os resultados revelam que os cuidadores informais enfrentam uma variedade de dificuldades que os impedem de se envolver em atividades sociais, em cuidar de si como gostariam e nas atividades de vida diária. O impacto dessas dificuldades aumenta quando a pessoa dependente tem um problema cognitivo, o que é um fator gerador de *stress*.

Os impactos gerados pela prestação de cuidados informais são relatados frequentemente como “carga”, um conceito referente aos cuidadores, que em inglês é designado por “burden”. Do ponto de vista etimológico, “carga” significa “o que pesa sobre uma pessoa”, “responsabilidade ou incumbência” ou “o que incomoda” (Sarmiento, Pinto & Monteiro, 2010, p. 46). Por sua vez, Sequeira (2018) define “carga” como as consequências que sucedem depois do contacto próximo e continuado com uma pessoa dependente. Cardoso, Verderoce, Malagutti e Severio (2012) referem-se à “carga” como sendo uma experiência equivalente a um “fardo a carregar”, com consequentes mudanças negativas na vida diária relacionadas com o processo de cuidar, que exigem novos hábitos e mais responsabilidades. Essas transformações, em muitos casos, exigem adaptações as quais, segundo os mesmos autores, poderão interferir nas necessidades do cuidador, gerando *stress*, elevados custos e, inclusive, o adiamento de projetos pessoais.

Liu, Heffernan e Tan (2020) realizaram uma revisão sistemática da literatura com o objetivo de estudar a sobrecarga do cuidador informal. No total, foram incluídos 33 artigos. Os três atributos da sobrecarga do cuidador informal foram identificados como a autopercepção e o desgaste físico e mental ao longo do tempo. Os antecedentes incluíam os recursos financeiros insuficientes, conflito de múltiplas responsabilidades, falta de atividades sociais e falta de informação para a gestão terapêutica da pessoa cuidada. As consequências da sobrecarga do cuidador informal resultaram em mudanças negativas e no aumento do *stress*, com reflexos na prestação de cuidados, diminuição da qualidade de vida e deterioração da saúde física e psicológica. As evidências revelam que ser cuidador informal pode representar, de várias maneiras, uma experiência que coloca a pessoa sob *stress* (Brown & Brown, 2014; Roth Fredman & Haley, 2015; Gérain & Zech,

2019).

Sequeira (2018) salienta que a transição para o papel de cuidador informal consiste num processo complexo que passa por diversas etapas ao longo do processo de cuidados, envolvendo múltiplas variáveis que se relacionam com o próprio cuidador, com a pessoa dependente e com o contexto no qual se desenvolvem os cuidados, bem como a formas como essas variáveis se relacionam entre si. Neste sentido, o mesmo autor refere que a educação para a saúde se configura como o principal recurso para a transmissão dos saberes aos cuidadores informais, para que estes possam ser preparados para o desenvolvimento de competências para a prestação de cuidados de qualidade. Todavia, refere que se deve ter em consideração que tem de haver coerência entre o que se ensina e o contexto social e cultural dos cuidadores informais e das pessoas cuidadas.

### **2.1.2. Metodologia**

Segundo Tuckman (2000) a investigação assume-se como uma tentativa sistemática de atribuição de respostas às questões. As respostas podem ter um carácter tanto concreto e específico como abstrato e geral. Desta forma, o investigador realiza as suas descobertas acerca dos factos, através da interpretação dos dados que no processo de investigação vai recolhendo e tratando.

Nesta investigação empírica, pretende-se abordar os aspetos relacionados com a metodologia utilizada, em conformidade com os objetivos propostos. Descreve-se o tipo de investigação, os participantes, o instrumento de recolha de dados utilizado, os procedimentos efetuados, a apresentação e análise dos resultados obtidos.

A investigação que se pretendeu desenvolver teve sempre em linha de pensamento a reflexão sobre a prática profissional no campo investigativo, uma vez que ao produzir informações sobre a temática em questão, pode-se compreender, interpretar e refletir sobre os próprios resultados de forma a contribuir para a melhoria da prática clínica.

#### *Justificação do estudo*

Este estudo decorreu no Agrupamento de Centros de Saúde de Dão Lafões, mais concretamente na Unidade de Cuidados na Comunidade Viseu. A temática foi sugerida pela Coordenadora da UCC Viseu, que realçou a pertinência do mesmo para melhoria dos cuidados prestados nesta unidade de forma a implementar melhorias nas intervenções de enfermagem, baseadas na evidência científica. Apesar de ser um tema já bastante

trabalhado, continua a constituir-se como uma problemática prevalente na população abrangida por esta unidade funcional.

De acordo com os resultados das estimativas anuais da população residente em Portugal (Instituto Nacional de Estatística, INE, 2020), a população residente em Portugal em 2020 era de 10298 2523 pessoas, sendo que apresentava um índice de envelhecimento de 167,0. Com uma população residente de 252688 pessoas em 2020, região de Viseu Dão Lafões, apresentava um índice de envelhecimento de 221,6.

Tabela 2. Índices de dependência da população no ano de 2020

2020	Índice de dependência de jovens	Índice de dependência de idosos
Portugal	20,9	35
Viseu Dão Lafões	18,1	40,2

Ao analisar os índices de dependência de jovens e de idosos no ano de 2020, podemos confirmar a premência e pertinência deste estudo, com vista a uma melhoria do estado de saúde da comunidade abrangida pela UCC Viseu identificando as necessidades de saúde, nomeadamente as passíveis de intervenção, capazes de obter os melhores ganhos em saúde. A realização deste estudo vai de encontro à concretização de dois dos objetivos estratégicos preconizados pelo Plano Local de Saúde 2018-2020 do ACeS Dão Lafões: Reduzir a mortalidade prematura ( $\leq 70$  anos) e aumentar a esperança de vida saudável aos 65 anos de idade. Ao realizar este trabalho pretende-se contribuir para a melhoria da qualidade de vida dos cuidadores informais e dos utentes ao conhecer os níveis de sobrecarga dos cuidadores informais, proceder à identificação dos fatores associados a esta sobrecarga.

Face ao exposto, a questão inicial do estudo foi: *Quais os níveis de sobrecarga dos Cuidadores Informais dos utentes inseridos na Equipa de Cuidados Continuados Integrados da UCC Viseu, no ano de 2020 e quais as variáveis associadas a esta sobrecarga?*

Com o intuito de responder à questão elaborada, definiram-se os seguintes objetivos:

- Avaliar a sobrecarga dos cuidadores informais dos utentes inseridos na Equipa de Cuidados Continuados Integrados da UCC Viseu, no ano de 2020;
- Identificar as variáveis sociodemográficas e clínicas do utente relacionadas com a sobrecarga do cuidador informal;
- Identificar as variáveis sociodemográficas e contextuais do cuidador informal que interferem na sobrecarga do cuidador informal.
-

### *Tipo de estudo*

Este estudo enquadra-se num estudo retrospectivo, quantitativo, descritivo analítico-correlacional, porque o mesmo teve por objetivo recolher dados que permitiram descrever as relações entre as variáveis em estudo, sendo que o estabelecimento dessas mesmas relações entre as variáveis permite circunscrever/delimitar o fenómeno estudado (Coutinho, 2021). Trata-se de um estudo quantitativo porque se “centra na análise de factos e fenómenos observáveis e na medição/avaliação em variáveis comportamentais e/ou socioafetivas passíveis de serem medidas, comparadas e/ou relacionadas no decurso do processo de investigação empírica” (Coutinho, 2021, p. 26). Assume-se também como estudo retrospectivo uma vez que foi baseado nos dados recolhidos dos utentes integrantes da ECCI da UCC Viseu, durante o ano de 2020.

### *Variáveis e conceptualização do estudo*

A operacionalização das variáveis é “um requisito para a qualidade científica da investigação em si” (Coutinho, 2021, p. 71). É, assim, fundamental que se definam claramente as variáveis em estudo (dependente e independentes), pois são conceitos alvo do estudo. Neste seguimento, e tendo-se como ponto de partida as questões de investigação e objetivos delineados, as variáveis para o presente estudo são:

- **Variável dependente** —————▶ Sobrecarga do Cuidador Informal
- **Variáveis independentes**

#### Cuidador Informal:

\* *Sociodemográficas*: idade, género, estado civil, escolaridade, situação profissional.

\* *Contextuais*: relação parental, coabitação com o utente, horizonte temporal de prestação de cuidados, partilha da responsabilidade dos cuidados com familiares, ausências laborais (por doença do utente nos últimos 6 meses).

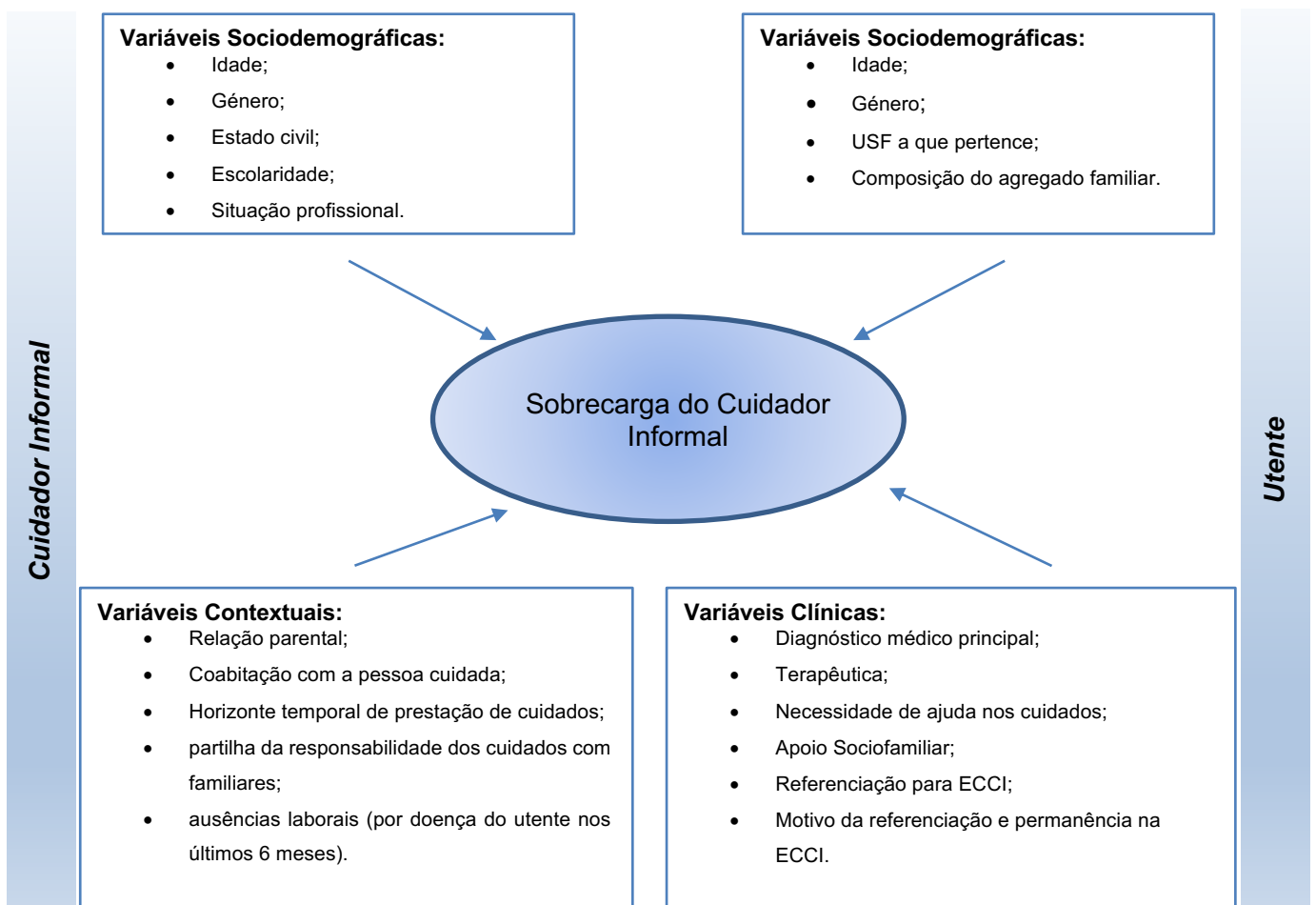
#### Do utente:

\* *Sociodemográficas*: idade, género, USF a que pertence, composição do agregado familiar,

\* *Clínicas*: diagnóstico médico principal, terapêutica, necessidade de ajuda nos cuidados, apoio sociofamiliar, referência para a ECCI, motivo da referência para a ECCI, motivo de permanência na ECCI.

Perante os objetivos delineados e a justificação do tema procura-se proceder à análise da relação existente entre as variáveis, de forma a mapear a sobrecarga do cuidador informal. Tendo por referência as questões de investigação, apresenta-se, na figura 8 o desenho do estudo, no qual se pretende esquematizar as relações entre as variáveis em análise.

Figura 8. Representação esquemática da relação prevista entre a variável dependente e as variáveis independentes



### *Participantes*

Foram seleccionados os cuidadores informais dos utentes inseridos na ECCI da Unidade de Cuidados na Comunidade Viseu durante o ano de 2020, totalizando 44 cuidadores. Para realizar este estudo recorreu-se a uma amostra não probabilística intencional estando incluídos os 44 cuidadores informais e as 44 pessoas cuidadas.

### *Caracterização da amostra*

Verifica-se que a maioria dos cuidadores informais é do género feminino (61,4%), prevalecendo os cuidadores informais na faixa etária dos 51-70 anos (52,3%), seguidos pelos que possuem idade inferior ou igual aos 50 anos (36,4%). No total da amostra (n=44), a média de idade é de 55,57± 12,47 anos, com uma variação de 34 e 81 anos. A grande maioria dos cuidadores informais é casada (72,7%). Relativamente à escolaridade prevalecem os cuidadores informais com o 1.º ciclo do ensino básico (47,7%) sendo que, com igual valor percentual (15,9%), registam-se os que possuem o 2º ciclo do ensino básico e um curso técnico. No que diz respeito à situação profissional, um pouco mais de metade da amostra (56,8%) estão empregados, secundados pelos que se encontram reformados (25,0%).

Tabela 3. Caracterização sociodemográfica dos cuidadores informais

Variáveis	n	%
<b>Género</b>		
Feminino	27	61,4
Masculino	17	38,6
<b>Idade</b>		
≤50 anos	16	36,4
51-70 anos	23	52,3
>70 anos	5	11,4
<b>Estado civil</b>		
Solteiro	9	20,5
Casado/união facto	34	77,2
Viúvo	1	2,3
<b>Escolaridade</b>		
Não sabe ler nem escrever	4	9,1
1º Ciclo do ensino básico	21	47,7
2º Ciclo do ensino básico	7	15,9
Curso técnico	7	15,9
Licenciatura	5	11,4
<b>Situação profissional</b>		
Baixa médica	3	6,8
Desempregada	3	6,8
Doméstica	2	4,5
Empregada	25	56,8
Reformada	11	25,0

### *Instrumento de recolha de dados*

Para a recolha de dados recorreremos ao instrumento de colheita de dados dos utentes inseridos na ECCI (ficha individual do utente – Anexo III). Foram recolhidos os dados (sob anonimato) referentes à caracterização do cuidador informal e os dados sociodemográficos e clínicos do utente. Também foram recolhidas as avaliações iniciais realizadas pela equipa de enfermagem acerca da sobrecarga do cuidador informal, através da implementação da Escala de Sobrecarga do Cuidador de Zarit (ESC). Esta escala foi traduzida para português, a partir da sua versão original inglesa, tendo sido posteriormente realizado o processo inverso para a língua inglesa por Sequeira (2010). A escala possui

22 itens e apresenta uma boa consistência interna (0,79 a 0,92) nos múltiplos estudos de investigação em que tem sido usada (Sequeira, 2010). Em analogia à maioria dos estudos de validação, esta escala apresenta uma boa consistência interna avaliada através do alfa de Cronbach ( $\alpha=0,93$ ). A análise fatorial realizada por Sequeira (2010) possibilita identificar quatro fatores que explicam 62% da variância total. Os fatores criados empiricamente estão em conformidade com os constructos que estiveram na sua origem e são idênticos aos encontrados em outros estudos (Sequeira, 2010, p. 11).

De acordo com o mesmo autor, o primeiro fator: *“impacto da prestação de cuidados”*, reúne os itens que dizem respeito à sobrecarga relacionada com a prestação de cuidados diretos, dos quais se destacam: alteração no estado de saúde, elevado número de cuidados, alteração das relações sociais e familiares, escassez de tempo e desgaste físico e mental. É constituído por onze itens, que explicam 41,2% da variância total e apresenta uma boa consistência interna (alfa de Cronbach de 0,93). O segundo fator: *“relação interpessoal”*, agrega itens relacionados com a relação entre o cuidador e a pessoa alvo de cuidados, avaliando o impacto interpessoal que resulta da relação de prestação de cuidados, fundamentalmente associado às dificuldades com a interação. É constituído por cinco itens, que explicam 8,69% da variância total da ESC e apresenta uma consistência interna de 0,83 (alfa de Cronbach). O terceiro fator intitulado de *“expectativas com o cuidar”* é constituído por quatro itens, relacionados com as expectativas que o cuidador tem relativamente à prestação de cuidados. Centra-se sobretudo nos medos, receios e disponibilidades, explicando 7,15% da variância total e apresenta uma consistência interna de 0,67 (alfa de Cronbach). O último fator, *“perceção de autoeficácia”* é constituído por dois itens, acerca da opinião do cuidador relativamente ao seu desempenho, explicando 4,90% da variância total e apresenta uma consistência interna de 0,80 (alfa de Cronbach). Cada item é pontuado de maneira qualitativa/quantitativa: nunca = (1); quase nunca = (2); às vezes = (3); muitas vezes = (4) e quase sempre = (5). O score global pode variar entre 22 e 110, em que um maior score corresponde a uma maior perceção de sobrecarga, de acordo com os seguintes pontos de corte: Inferior a 46 = Sem sobrecarga; Entre 46 a 56 = Sobrecarga ligeira; Superior a 56 = Sobrecarga intensa (Sequeira, 2010, p. 11).

Estas fichas individuais dos utentes foram consultadas na UCC Viseu, mantendo o anonimato dos intervenientes.

De forma a manter o anonimato e proteção dos dados dos utentes a analisar, foram seguidas as normas de conduta inerentes ao processo investigativo em curso, que culminou com o parecer favorável da Comissão de Ética da Administração Regional de Saúde do Centro (cf. Anexo II).

A recolha de dados decorreu na UCC Viseu, após parecer positivo da Comissão de Ética da ARS do Centro, através da consulta das fichas individuais dos utentes, sob anonimato, com a colaboração das enfermeiras tutoras.

### *Procedimentos estatísticos*

Para a análise dos dados, recorreu-se à estatística descritiva e à estatística analítica ou inferencial. A estatística descritiva possibilitou determinar as frequências absolutas e percentuais, algumas medidas de tendência central, nomeadamente as médias e as medidas dispersão, como a amplitude de variação, o coeficiente de variação e o desvio padrão.

Em termos de estatística inferencial, recorreu-se a testes não paramétricos, designadamente:

- Teste de U Mann Whitney - usado para amostras independentes, ou seja, permite fazer a comparação de médias de uma variável quantitativa em dois grupos de sujeitos diferentes e quando se desconhecem as respetivas variâncias populacionais (Pestana & Gageiro, 2014);

- Teste de Kruskal Wallis - usado para a comparação de médias de uma variável quantitativa (variável endógena) em três ou mais grupos de sujeitos diferentes (variável exógena - qualitativa), isto é, analisa o efeito de um fator na variável endógena, testando se as médias da variável endógena em cada categoria do fator são ou não iguais entre si (Pestana & Gageiro, 2014).

Na análise estatística, foram utilizados os seguintes valores de significância (Pestana & Gageiro, 2014):

- $p < 0.05$  \* - diferença estatística significativa
- $p < 0.01$  \*\* - diferença estatística bastante significativa
- $p < 0.001$  \*\*\* - diferença estatística altamente significativa
- $p \geq 0.05$  n.s. – diferença estatística não significativa.

Todo o tratamento estatístico foi processado através do Programa *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS) versão 26.0 (2019) para Windows.

A apresentação dos resultados será feita com recurso a tabelas para facilitar a leitura e análise dos mesmos.

### 2.1.3. Apresentação dos Resultados

Os resultados obtidos são apresentados de acordo com o protocolo de recolha de dados (Ficha Individual do Utente) e inicia-se pela estatística descritiva e posteriormente a estatística inferencial.

#### Caracterização sociodemográfica dos utentes

Ao analisar a tabela 4 podemos constatar que na amostra, 22 dos utentes (50,0%) são mulheres e 22 (50,0%) homens, prevalecendo os que possuem idade superior aos 65 anos (72,7%). No global, a idade média é de  $68,45 \pm 26,72$  anos. Verifica-se que estão em maioria os utentes que vivem com o cônjuge (45,5%), seguindo-se, os que vivem com os filhos (27,3%).

Tabela 4. Caracterização sociodemográfica dos utentes

Variáveis	n	%
<b>Género</b>		
Feminino	22	50,0
Masculino	22	50,0
<b>Idade</b>		
<18 anos	5	11,4
18-40 anos	1	2,3
41-61 anos	6	13,6
>65 anos	32	72,7
<b>Com quem vive</b>		
Sozinho	6	13,6
Cônjuge	20	45,5
Filhos	12	27,3
Outros	6	13,6

#### Caracterização clínica dos utentes

Quanto à Unidade de Saúde Familiar a que pertencem os utentes, constata-se que prevalecem os utentes inscritos na USF Lusitana (43,2%) seguidos os utentes pertencentes à USF Alves Martins (20,5%), havendo apenas três utentes pertencendo à USF Cidade Jardim (6,8%). Ao analisar os índices de dependência totais destas Unidades de Saúde Familiares, constata-se que a USF Lusitana apresenta o valor de 59,8%, em contraste com a USF Cidade Jardim, que apresenta um valor 51,68%. Relativamente ao diagnóstico principal, sobressaem os utentes com doença cardiometabólica (27,3%),

seguidos pelos utentes que possuem doença oncológica (22,8%) e de doença neurológica (15,9%). Relativamente à terapêutica, há um predomínio de utentes a tomar medicamentos para o sistema nervoso central. Todos os utentes necessitam de ajuda clínica e têm apoio sociofamiliar. Constata-se que 40,9% dos utentes (n=18) foram referenciados para a ECCI através do ACeS Dão Lafões, 31,8% (n=14) referenciados pela RNCCI e 27,3% (n=12) pela Equipa Gestão Altas do Hospital. De acordo com os dados da ACSS 2019, a referenciação geral para as equipas de cuidados continuados integrados aumentou 2,3%, sendo que a região Centro se encontra no topo das referenciações tendo um acréscimo de utentes referenciados de 18,3% no ano de 2019. Quanto ao motivo de referenciação, destacam-se os utentes que foram admitidos para gestão do regime terapêutico (34,1%; n=15), seguindo-se os utentes que necessitavam de tratamento de feridas (29,5%; n=13) e de recuperação funcional (27,3%; n=12). Estes resultados estão em consonância com o relatório de monitorização da RNCCI (2019), em que os principais motivos de referenciação para ECCI foram a reabilitação (51%) e o tratamento de feridas/úlceras (32%). Quanto ao motivo de permanência na ECCI, 16 utentes permaneceram para gestão do regime terapêutico (36,4%), 15 utentes para tratamento de feridas (34,1%), 11 utentes para recuperação funcional (25,0%) e apenas dois utentes permaneceram para cuidados paliativos (4,5%). De referir a importância da Equipa Comunitária de Suporte em Cuidados Paliativos do ACeS Dão Lafões no seguimento de utentes em fim de vida, o que reduz drasticamente o número de utentes a necessitar de cuidados paliativos nas ECCI pertencentes ao ACeS Dão Lafões.

Tabela 5. Caracterização clínica dos utentes

Variáveis	n	%
<b>Unidade de Saúde Familiar</b>		
Alves Martins	9	20,5
Cidade Jardim	3	6,8
Infante D. Henrique	6	13,6
Lusitana	19	43,2
Viseu Cidade	7	15,9
<b>Diagnóstico principal</b>		
Doença cardiometabólica	12	27,3
Doença neurológica	7	15,9
Doença oncológica	10	22,8
Doença pulmonar	5	11,4
Patologia do foro cirúrgico	2	4,5
Patologia do foro ortopédico	2	4,5
Síndrome depressivo	2	4,5
Úlcera	4	9,1
<b>Terapêutica</b>		
Analgésicos	9	20,5
Anticoagulantes	1	2,3
Antihipertensores	1	2,3
Diuréticos	2	4,5
Medicamento sistema nervoso central	25	56,8
Tuberculostáticos	2	4,5
<b>Como foi referenciado para a ECCI</b>		
ACeS Dão Lafões	18	40,9
EGA Hospital	12	27,3
RNCCI	14	31,8
<b>Motivo da referência</b>		
Cuidados paliativos	4	9,1
Gestão do regime terapêutico	15	34,1
Recuperação Funcional	12	27,3
Tratamento de Feridas	13	29,5
<b>Motivo de permanência na ECCI</b>		
Cuidados paliativos	2	4,5
Gestão do regime terapêutico	16	36,4
Recuperação Funcional	11	25,0
Tratamento de Feridas	15	34,1

### Variáveis contextuais à prestação de cuidados

Regista-se que estão em maior representatividade os cuidadores informais que prestam cuidados a um dos progenitores (43,2%) e ao companheiro/cônjuge (34,1%). Apura-se que mais de metade da amostra (n=34) coabita com a pessoa cuidada (77,3%). Verificam-se valores percentuais iguais para os cuidadores informais que prestam cuidados entre um a cinco anos e há menos de um ano (45,5%, respetivamente). Também se constata que 47,7% dos cuidadores informais partilham responsabilidade dos cuidados com outras pessoas, enquanto 52,3% não partilham essa responsabilidade. De notar que a grande maioria dos cuidadores informais (n=34) não teve de faltar ao seu trabalho nos últimos seis meses por doença do utente.

Tabela 6. Variáveis contextuais à prestação de cuidados

Variáveis	n	%
<b>Relação parental</b>		
Companheiro/Cônjuge	15	34,1
Filho	4	9,1
Hóspede da pensão	1	2,3
Irmão	1	2,3
Mãe/Pai	19	43,2
Sogra	1	2,3
Tio	3	6,7
<b>Coabitar com a pessoa cuidada</b>		
Sim	34	77,3
Não	10	22,7
<b>Há quanto tempo presta cuidados (anos)</b>		
< 1 ano	20	45,5
[1 a 5[ anos	20	45,5
[5 a 10] anos	2	4,5
> 10 anos	2	4,5
<b>Partilhar responsabilidade dos cuidados com outras pessoas</b>		
Sim	21	47,7
Não	23	52,3
<b>Faltar ao trabalho nos últimos 6 meses por doença do utente</b>		
Sim	10	22,7
Não	34	77,3

### Nível de sobrecarga do cuidador informal à data da alta da ECCI

As estatísticas relativas à sobrecarga dos cuidadores informais à data da alta da ECCI revelam, para o total da amostra, um mínimo e um máximo a oscilarem entre 0 e 76, correspondendo-lhe uma média de  $39,55 \pm 17,13$ . O fator impacto da prestação de cuidados é o que apresenta uma média mais elevada ( $M=21,05 \pm 6,78$ ), sugerindo que os cuidadores informais da amostra em estudo têm mais sobrecarga relacionada com a prestação de cuidados diretos, ou seja, alteração no estado de saúde, elevado número de cuidados, alteração das relações sociais e familiares, escassez de tempo, desgaste físico e mental. Os coeficientes de variação revelam uma dispersão elevada face às médias encontradas (cf. tabela 7).

Tabela 7. Sobrecarga do cuidador informal

Nível de sobrecarga	N	Min	Max	M	DP	CV (%)
Impacto da prestação de cuidados	11	44	21,05	6,78	32,20	
Relação interpessoal	5	14	8,85	2,61	29,49	
Expectativas com o cuidar	<b>44</b>	4	18	9,93	2,78	27,99
Perceção de autoeficácia	2	6	3,68	1,28	34,78	
<b>Total</b>	<b>0</b>	<b>76</b>	<b>39,55</b>	<b>17,13</b>	<b>43,31</b>	

De acordo com os pontos de corte para a determinação dos níveis de sobrecarga, constata-se que a amostra apresenta baixo nível de sobrecarga, uma vez que 65,9%

revelam não ter sobrecarga, 25,0% sobrecarga ligeira e apenas 9,1% dos cuidadores obtêm valores compatíveis com sobrecarga intensa (cf. tabela 8).

Tabela 8. Níveis de sobrecarga do cuidador informal (alta)

Variáveis	n	%
<b>Níveis de sobrecarga</b>		
Sem sobrecarga	29	65,9
Sobrecarga ligeira	11	25,0
Sobrecarga intensa	4	9,1
Total	44	100,0

Apresentada a estatística descritiva proceder-se-á agora à análise inferencial, com o propósito de dar resposta às questões de investigação formuladas e que foram apresentadas no decurso da metodologia. O seu objetivo é, pois, obter uma afirmação acerca de uma população com base numa amostra. Nestas inferências ou generalizações foi usado o teste de hipóteses. Procurar-se-á, assim, dar resposta à questão de investigação remanescente e aos objetivos delineados.

Assim, com o primeiro objetivo procura-se identificar as variáveis sociodemográficas e clínicas do utente relacionadas com a sobrecarga do cuidador informal, cujas tabelas que se seguem vão ao seu encontro.

### **Relação entre as variáveis sociodemográficas da pessoa cuidada e os níveis de sobrecarga dos cuidadores informais**

Constata-se que os cuidadores informais que prestam cuidados a um utente do género masculino que revelam mais expectativas com o cuidar e mais perceção de autoeficácia, enquanto os cuidadores informais de um utente do género feminino patenteiam mais impacto da prestação de cuidados e melhor relação interpessoal, tendo também pontuado mais na escala global. Todavia, sem relevância estatisticamente significativa entre os grupos (cf. tabela 9).

Tabela 9. Teste U de Mann-Whitney entre os níveis de sobrecarga do cuidador informal em função do género da pessoa cuidada

Fatores	Género	Masculino	Feminino	UMW	p
		Ordenação Média	Ordenação Média		
Impacto da prestação de cuidados		19,03	<b>21,70</b>	171,500	0,470
Relação interpessoal		20,36	<b>20,61</b>	195,500	0,945
Expectativas com o cuidar		<b>22,28</b>	19,05	166,000	0,379
Perceção de autoeficácia		<b>22,28</b>	19,05	166,000	0,351
Escala Global		20,64	<b>24,36</b>	201,000	0,335

Os cuidadores que prestam cuidados a um utente com idade entre os 41-65 anos são os que pontuaram mais em quase todos os fatores e na escala global, destacando-se as expectativas com o cuidar, com exceção do fator impacto da prestação de cuidados, onde sobressaem os cuidadores que prestam cuidados a um utente com idade entre os 18-40 anos, sendo os que prestam cuidados a um utente com idade inferior aos 18 anos os que revelam valores de ordenação média mais baixos, resultando em diferenças estatisticamente significativas em todos os fatores ( $p > 0,05$ ), excetuando na escala global ( $p = 0,077$ ) (cf. tabela 10).

Tabela 10. Teste Kruskal-Wallis entre os níveis de sobrecarga do cuidador informal em função da idade da pessoa cuidada

Fatores	Idade	<18 anos	18-40 anos	41-65 anos	>65 anos	X <sup>2</sup>	p
		Ordenação Média	Ordenação Média	Ordenação Média	Ordenação Média		
Impacto da prestação de cuidados		5,30	<b>30,50</b>	28,00	21,48	11,521	<b>0,009</b>
Relação interpessoal		5,70	17,00	<b>23,80</b>	22,60	9,662	<b>0,022</b>
Expectativas com o cuidar		10,60	17,50	<b>32,00</b>	20,33	8,673	<b>0,034</b>
Perceção de autoeficácia		6,00	13,00	<b>25,30</b>	22,43	11,192	<b>0,011</b>
Escala Global		9,00	27,50	<b>27,67</b>	23,48	6,853	0,077

Os cuidadores informais que prestam cuidados a um utente que reside com o cônjuge revelam pontuações mais elevadas no impacto da prestação de cuidados e nas expectativas com o cuidar. Por sua vez, são os cuidadores informais que prestam cuidados à pessoa que coabita com os/as filhos/as que pontuaram na relação interpessoal, na perceção de autoeficácia e no total da sobrecarga. Registam-se diferenças estatisticamente significativas no fator impacto da prestação de cuidados ( $p = 0,018$ ) e no fator expectativas com o cuidar ( $p = 0,017$ ) (cf. tabela 11).

Tabela 11. Teste Kruskal-Wallis entre os níveis de sobrecarga do cuidador informal em função de com quem vive a pessoa cuidada

Com quem vive o utente	Cônjuge	Filhos(as)	Outros	Sozinho(a)	X <sup>2</sup>	p
	Ordenação Média	Ordenação Média	Ordenação Média	Ordenação Média		
<b>Fatores</b>						
Impacto da prestação de cuidados	<b>25,23</b>	24,55	11,95	15,30	10,062	<b>0,018</b>
Relação interpessoal	22,00	<b>25,45</b>	12,80	21,50	6,565	0,087
Expectativas com o cuidar	<b>26,23</b>	21,90	11,30	18,90	10,247	<b>0,017</b>
Perceção de autoeficácia	22,70	<b>23,90</b>	12,45	23,20	7,339	0,062
Escala Global	24,97	<b>28,15</b>	14,90	18,33	6,753	0,080

### Relação entre as variáveis clínicas do utente e os níveis de sobrecarga dos cuidadores informais

Os cuidadores informais que prestam cuidados a uma pessoa cujo diagnóstico principal é o síndrome depressivo são os que apresentam valores de ordenação média mais elevados em quase todos os fatores, com exceção das expectativas com o cuidar, onde pontuam mais os cuidadores informais que prestam cuidados ao utente com patologia do foro ortopédico. No global da sobrecarga foram os cuidadores de pessoa com síndrome depressivo que pontuaram mais, mas sem diferenças estatisticamente significativas entre os grupos (cf. tabela 12).

Tabela 12. Teste Kruskal-Wallis entre os níveis de sobrecarga do cuidador informal em função do diagnóstico principal

Diagnóstico principal	Doença cardiometabólica	Doença neurológica	Doença oncológica	Doença pulmonar	Patologia foro cirúrgico	Patologia foro ortopédico	Síndrome depressivo	Úlcera	X <sup>2</sup>	p
	Ordenação Média	Ordenação Média	Ordenação Média	Ordenação Média	Ordenação Média	Ordenação Média	Ordenação Média			
<b>Fatores</b>										
Impacto da prestação de cuidados	21,50	13,50	24,61	19,13	17,00	22,50	<b>28,00</b>	16,00	4,944	0,667
Relação interpessoal	18,42	15,17	26,00	22,63	22,00	22,00	<b>27,00</b>	13,83	5,541	0,594
Expectativas com o cuidar	21,88	17,58	21,22	16,88	17,50	<b>34,00</b>	20,75	16,33	4,225	0,753
Perceção de autoeficácia	18,25	14,33	28,28	20,25	15,00	24,00	<b>29,25</b>	14,33	9,972	0,190
Escala Global	24,46	16,50	26,60	19,30	21,75	28,75	<b>31,00</b>	13,88	6,313	0,504

Com o segundo objetivo procurou-se identificar as variáveis sociodemográficas e contextuais do cuidador informal que interferem na sobrecarga do cuidador informal, como a seguir se apresenta.

### Relação entre as variáveis sociodemográficas do cuidador informal e os níveis de sobrecarga dos cuidadores informais

Os cuidadores do género masculino revelam pontuações mais elevadas em quase todos os fatores, excetuando na perceção de autoeficácia, onde sobressaem os cuidadores do género feminino, ou seja, são estes que mais percecionam acerca do desempenho do seu papel, com diferenças estatisticamente significativas no fator impacto da prestação de cuidados ( $p=0,031$ ), onde pontuaram mais os cuidadores do género masculino, o que se traduz numa maior avaliação do impacto no cuidador, associado à prestação de cuidados, em termos de tempo livre, saúde, limitação social, perda de controlo, etc. (cf. tabela 13).

Tabela 13. Teste U de Mann-Whitney entre os níveis de sobrecarga do cuidador informal em função do género

Fatores	Género	Feminino	Masculino	UMW	p
		Ordenação Média	Ordenação Média		
Impacto da prestação de cuidados		17,25	<b>25,38</b>	114,000	<b>0,031</b>
Relação interpessoal		18,81	<b>23,03</b>	151,500	0,258
Expectativas com o cuidar		19,13	<b>22,56</b>	159,000	0,357
Perceção de autoeficácia		<b>21,79</b>	18,56	161,000	0,359
Escala Global		20,19	<b>26,18</b>	167,000	0,131

Os cuidadores informais com idade compreendida entre os 51-70 anos revelam pontuações mais elevadas em todos os fatores, traduzindo-se em mais sobrecarga sobretudo no fator relação interpessoal, que reflete as implicações na relação entre o cuidador e a pessoa cuidada, como, por exemplo, tensões. No entanto, sem diferenças estatisticamente significativa (cf. tabela 14).

Tabela 14. Teste Kruskal-Wallis entre os níveis de sobrecarga do cuidador informal em função da idade

Fatores	Idade	≤50 anos	51-70 anos	>70 anos	$\chi^2$	p
		Ordenação Média	Ordenação Média	Ordenação Média		
Impacto da prestação de cuidados		17,94	<b>23,89</b>	15,80	3,199	0,202
Relação interpessoal		17,00	<b>24,37</b>	17,00	4,056	0,132
Expectativas com o cuidar		18,38	<b>23,39</b>	16,30	2,388	0,303
Perceção de autoeficácia		17,63	<b>22,21</b>	23,20	1,886	0,389
Escala Global		21,72	<b>23,37</b>	21,00	0,233	0,890

Os cuidadores informais que são domésticas revelam valores mais elevados nos fatores impacto da prestação de cuidados, relação interpessoal, expectativas com o cuidar, percepção de autoeficácia, neste último fator regista-se um valor de ordenação média idêntico para os cuidadores informais desempregados, onde também sobressaem na escala global, com diferenças estatisticamente significativas na relação interpessoal ( $p=0,035$ ) e na percepção de autoeficácia ( $p=0,001$ ) (cf. tabela 15).

Tabela 15. Teste Kruskal-Wallis entre os níveis de sobrecarga do cuidador informal em função da situação profissional

Situação profissional	Baixa médica	Desempregado	Doméstica	Empregado	Reformado	$\chi^2$	p
	Ordenação Média	Ordenação Média	Ordenação Média	Ordenação Média	Ordenação Média		
<b>Fatores</b>							
Impacto da prestação de cuidados	5,67	28,83	<b>39,00</b>	21,29	18,50	9,291	0,054
Relação interpessoal	7,17	31,00	<b>39,00</b>	21,60	16,44	10,361	<b>0,035</b>
Expectativas com o cuidar	11,50	34,67	<b>40,00</b>	19,71	18,72	9,477	0,050
Percepção de autoeficácia	6,00	<b>38,00</b>	<b>38,00</b>	21,54	14,78	18,304	<b>0,001</b>
Escala Global	10,17	<b>37,67</b>	22,75	24,26	17,68	8,992	0,061

### Relação entre as variáveis contextuais à prática de cuidados e os níveis de sobrecarga dos cuidadores informais

Os cuidadores informais que não coabitam no mesmo domicílio que a pessoa cuidada revela valores de ordenação média mais elevados nos fatores relação interpessoal, expectativas com o cuidar e na percepção de autoeficácia, enquanto os que vivem no mesmo domicílio que a pessoa cuidada revelam mais impacto da prestação de cuidados e mais sobrecarga global. Todavia, sem relevância estatisticamente significativa entre os grupos (cf. tabela 16).

Tabela 16. Teste U de Mann-Whitney entre os níveis de sobrecarga do cuidador informal em função de coabitar no mesmo domicílio que a pessoa cuidada

Coabitar no mesmo domicílio que a pessoa cuidada	Não	Sim	UMW	p
	Ordenação Média	Ordenação Média		
<b>Fatores</b>				
Impacto da prestação de cuidados	16,94	<b>21,53</b>	107,500	0,298
Relação interpessoal	<b>22,83</b>	19,82	118,500	0,491
Expectativas com o cuidar	<b>21,56</b>	20,19	130,000	0,756
Percepção de autoeficácia	<b>25,11</b>	19,16	98,000	0,150
Escala Global	21,85	<b>22,69</b>	163,500	0,855

Os cuidadores informais que não partilham responsabilidade cuidados com outras pessoas no cuidado revelam médias mais elevadas em quase todos os fatores, com exceção do impacto da prestação de cuidados, onde pontuaram mais os cuidadores que referem partilhar responsabilidade cuidados com outras pessoas no cuidado. No entanto, sem diferenças estatisticamente significativas entre os grupos (cf. tabela 17).

Tabela 17. Teste U de Mann-Whitney entre os níveis de sobrecarga do cuidador informal em função de partilhar responsabilidade cuidados com outras pessoas no cuidado

Partilhar responsabilidade cuidados com outras pessoas no cuidado	Não	Sim	UMW	p
	Ordenação Média	Ordenação Média		
<b>Fatores</b>				
Impacto da prestação de cuidados	20,18	<b>20,79</b>	193,500	0,870
Relação interpessoal	<b>20,76</b>	20,26	194,500	0,891
Expectativas com o cuidar	<b>20,58</b>	20,43	198,000	0,967
Perceção de autoeficácia	<b>20,68</b>	20,33	196,000	0,919
Escala Global	<b>20,61</b>	24,57	198,000	0,306

#### 2.1.4. Discussão dos Resultados

O presente estudo foi realizado com uma amostra de 44 cuidadores informais e 44 pessoas cuidadas, inseridas na ECCL da Unidade de Cuidados na Comunidade Viseu durante o ano de 2020. O perfil sociodemográfico dos cuidadores informais revela uma maioria do género feminino, prevalecendo os cuidadores informais na faixa etária dos 51-70 anos. No total da amostra, a idade média é de  $55,57 \pm 12,47$  anos, com uma variação entre 34 e 81 anos. São maioritariamente casados, com o 1.º ciclo do ensino básico e estão empregados. Este perfil sociodemográfico dos cuidadores informais está em conformidade com vários estudos, onde há uma prevalência de cuidadores informais do género feminino, casados com a pessoa cuidada (Maio, 2018; Bermejo *et al.*, 2018; Dixe *et al.*, 2019; Dantas, 2020; Dixe & Querido, 2020). No estudo de Dixe *et al.* (2019) os resultados indicaram perfis de cuidadores com idade média de 58 anos e no estudo de Maio (2018), a idade média era de 58,7 anos, sendo maioritariamente filhos e cônjuges da pessoa dependente, possuindo baixa escolaridade (1º ciclo do ensino básico), todavia, com prevalência dos reformados (34%). De igual modo, no estudo de Khanal e Chalise (2020), havia um predomínio de cuidadores informais do género feminino, casados e com baixa escolaridade. Deste modo, fica demonstrado que a presença feminina na prestação de cuidados é dominante, a nível nacional e internacional. Indo ao encontro das realidades descritas anteriormente, Almeida (2015), numa amostra de 71 cuidadores informais de utentes internados em UCCI, no distrito de Viseu, expressa que 50,8% dos cuidadores se encontravam ativos profissionalmente, face aos 23,9% da amostra que era constituída por

elementos reformados, com 18,3% considerados “domésticos” e 7,0% constituíam o grupo dos desempregados.

Quanto ao perfil sociodemográfico da pessoa cuidada, 22 são mulheres e 22 homens, predominando os que possuem idade superior aos 65 anos. Os dados disponíveis em relação à caracterização dos utentes da RNCCI, relativos ao ano de 2019, revelam que 84,4% das pessoas cuidadas tinham idade superior a 65 anos, sendo que nas ECCI o valor ascende para os 86,1% (Administração Central do Sistema de Saúde, ACSS, 2019).

No global, a idade média da pessoa cuidada é de 68,45±26,72 anos. Estão em maioria os utentes que vivem com o cônjuge, seguindo-se os que vivem com os filhos. Metade dos utentes coabita com duas pessoas. Os resultados encontrados corroboram as evidências de outros estudos, nos quais também os cuidadores informais prestam cuidados maioritariamente a pessoas idosas, em situação de dependência, resultante de algum tipo de incapacidade, sendo maioritariamente cônjuges e filhos (Zubaidi et al., 2020; Dixe & Querido, 2020; Dantas, 2020). Relativamente ao diagnóstico principal, sobressaem os utentes com doença cardiometabólica, seguidos pelos utentes que possuem doença oncológica e de doença neurológica. Estas patologias estão associadas a uma maior prevalência de pessoas idosas, com alterações inerentes ao processo de envelhecimento, que conjuntamente conferem maior dependência.

No que concerne à terapêutica, há um predomínio de utentes a tomar medicamentos para o sistema nervoso central. Todos os utentes necessitam de ajuda clínica e têm apoio sociofamiliar. Nos estudos supracitados, as pessoas cuidadas possuíam doenças crónicas, incapacidade física ou psíquica, parciais ou totais, temporárias ou definitivas. No presente estudo, estão em igual representatividade os cuidadores informais que prestam cuidados ao cônjuge e à mãe, com mais de metade a coabitar com a pessoa cuidada. Verificam-se valores percentuais iguais para os cuidadores informais que prestam cuidados entre um a cinco anos e há menos de um ano, sendo que mais de metade partilham responsabilidade dos cuidados com outras pessoas, corroborando os resultados encontrados no estudo de Zubaidi et al. (2020), onde maioritariamente os cuidadores informais eram filhos (49,4%) ou cônjuge (34,1%) da pessoa cuidada, sobretudo esposas. A maioria coabitava com a pessoa cuidada (80,3%), cujo diagnóstico mais comum foi a doença oncológica (73,9%). Dantas (2020), na sua amostra, constatou que, em média, os cuidadores informais passavam mais de 12 horas a cuidar do idoso (43,1%), com os cuidados a prolongarem-se no tempo por mais de 3 anos (55,6%).

Quanto ao motivo da referenciação e de permanência, destacam-se os utentes para gestão do regime terapêutico, seguindo-se para tratamento de feridas e para recuperação funcional e cuidados paliativos. Segundo a ACSS (2018), previamente ao

ingresso na RNCCI, os utentes já recebiam diversos apoios, nomeadamente em alimentação (64%), higiene pessoal (63%), higiene da casa/roupa (61%) e/ou medicamentos (56%), tendo apresentado como principais motivos de referenciação a “dependência de AVD” e “ensino utente/cuidador informal” (90%), seguido de “reabilitação” (62%), realçando-se que o motivo de referenciação “reabilitação”, para as tipologias de UC e de UMDR foi, respetivamente, de 94% e de 86% e de 51% para as ECCI. De acordo com a mesma fonte, 32% dos utentes tinham como motivo de referenciação o “tratamento de feridas/úlceras por pressão”, tendo 15,9% sido referenciados para “gestão do regime terapêutico”.

No que se refere aos níveis de sobrecarga dos cuidadores informais à data da alta da ECCI, constatou-se que se está perante uma amostra com baixo nível de sobrecarga, uma vez que 65,9% revelam não ter sobrecarga, 25,0% sobrecarga ligeira e apenas 9,1% dos cuidadores obtêm valores compatíveis com sobrecarga intensa. O fator impacto da prestação de cuidados é o que apresenta uma média mais elevada ( $M=21,05\pm 6,78$ ), sugerindo que os cuidadores informais da amostra em estudo têm mais sobrecarga relacionada com a prestação de cuidados diretos, ou seja, alteração no estado de saúde, elevado número de cuidados, alteração das relações sociais e familiares, escassez de tempo, desgaste físico e mental. Os resultados obtidos no presente estudo não corroboram as evidências encontradas no estudo de Zubaidi et al. (2020), onde cerca de metade dos cuidadores informais (47,4%) ostentava sobrecarga intensa e 36,1% sobrecarga leve a moderada. A manifestação psicológica mais comum entre os cuidadores informais foi a ansiedade (29,7%), seguida pela depressão (20,4%) e *stress* (18,5%). De igual modo, Teixeira (2018) registou a existência de sobrecarga intensa (48%), com uma média do score final da sobrecarga de  $55,7\pm 14,4$ , sendo mais elevada que a registada no presente estudo ( $M=39,55\pm 17,13$ ). Estes resultados poderão ser justificados com o facto de a maioria dos utentes ter sido referenciada para gestão do regime terapêutico (34,1%), com a maioria (52,3%) dos cuidadores a partilhar responsabilidade dos cuidados com outras pessoas. No estudo de Clemente (2020), verificou-se que os cuidadores que se sentiram sozinhos e/ou sem o apoio de terceiros revelaram níveis mais baixos de qualidade de vida, facto que evidencia a importância que o suporte, seja ele informal ou formal, assume na vida de quem cuida.

No que concerne à relação entre as variáveis sociodemográficas do utente e os níveis de sobrecarga dos cuidadores informais, apurou-se que a idade do utente e com quem este coabita são variáveis com relevância estatisticamente significativa. Assim, aferiu-se que os cuidadores que prestam cuidados a um utente com idade entre os 41-65 anos são os que pontuaram mais em quase todos os fatores e na escala global, destacando-se as expectativas com o cuidar, com exceção do fator impacto da prestação

de cuidados, onde sobressaem os cuidadores que prestam cuidados a um utente com idade entre os 18-40 anos, sendo os que prestam cuidados a um utente com idade inferior aos 18 anos os que revelam valores de ordenação média mais baixos, resultando em diferenças estatisticamente significativas em todos os fatores, excetuando na escala global. No estudo de Fernandes (2019), onde a sua amostra de cuidadores informais apresentava indicadores de sobrecarga intensa (33.3%), moderada (30%) e leve (30%), a idade da pessoa cuidada também foi uma variável com interferência estatisticamente significativas, todavia, em relação a pessoas cuidadas com idade igual ou superior aos 65 anos. Segundo a mesma autora, a sobrecarga dos cuidadores informais, por norma, sofre influência da faixa etária da pessoa cuidada, ou seja, quanto maior é a idade da pessoa cuidada maiores níveis de sobrecarga revelam os cuidadores informais, o que é corroborado com as evidências de outros estudos (Ferreira et al., 2018; Zahed et al., 2020; Aires et al. 2020; Dixe & Querido, 2020). Ser cônjuge da pessoa cuidada parece ser um fator de risco para a sobrecarga dos cuidadores informais (Onwumere et al., 2017).

Constatou-se também que os cuidadores informais que prestam cuidados a um utente que reside com o cônjuge revelam mais impacto da prestação de cuidados e nas expectativas com o cuidar, ou seja, preocupam-se mais com as suas expectativas relativamente à prestação de cuidados, centrando-se particularmente nos medos, receios e disponibilidades. Os cuidadores informais que prestam cuidados à pessoa que coabita com os/as filhos/as evidenciam-se mais na relação interpessoal, na perceção de autoeficácia e no total da sobrecarga. Estes cuidadores centram-se mais na sua relação com a pessoa alvo de cuidados, o que se traduz num maior impacto interpessoal que resulta dessa relação de prestação de cuidados, essencialmente associado às dificuldades com a interação com a pessoa cuidada, revelando também mais preocupação ao seu desempenho, o que parece traduzir-se em mais sobrecarga. Estes dados estão em conformidade com os de outros estudos, onde coabitar com a pessoa cuidada resulta em mais sobrecarga para o cuidador informal, dos quais sobressaem os cônjuges e os filhos (Teixeira, 2018; Aires et al., 2020; Ferreira et al. 2020; Dixe & Querido, 2020; Khanal et al., 2020). A corroborar, no estudo de Virches et al. (2021) todas as cuidadoras informais apresentaram sobrecarga ao nível das expectativas com o cuidar, traduzindo-se numa sobrecarga psicológica. A literatura que estuda o impacto negativo do cuidado informal tem-se focado sobretudo no conceito de sobrecarga subjetiva, que consiste na avaliação subjetiva do *stress* que este papel pode representar, ou seja, consiste na avaliação do cuidador informal acerca da sua experiência objetiva (Galiatsatos et al., 2017). Dependendo da definição usada pelos autores, a sobrecarga subjetiva pode referir-se às consequências físicas, psicológicas, emocionais, sociais e/ou financeiras da prestação de cuidados informais. Essa heterogeneidade conceitual leva a diversas formas de avaliação e pode refletir-se ao nível das expectativas do cuidar, na perceção da autoeficácia, com impacto da prestação de cuidados (Virches et al., 2021).

Quanto à relação entre as variáveis sociodemográficas do cuidador informal e os níveis de sobrecarga dos cuidadores informais, verificou-se que o género e a situação profissional se constituíram como variáveis com relevância estatisticamente significativa. Por conseguinte, aferiu-se que os cuidadores do género masculino revelam pontuações mais elevadas em quase todos os fatores, excetuando na perceção de autoeficácia, onde sobressaem os cuidadores do género feminino, ou seja, são estes que mais percecionam acerca do desempenho do seu papel, com diferenças estatisticamente significativas no fator impacto da prestação de cuidados, onde pontuaram mais os cuidadores do género masculino, o que se traduz numa maior avaliação do impacto no cuidador, associado à prestação de cuidados, em termos de tempo livre, saúde, limitação social, perda de controlo e outros. Estes resultados confirmam as evidências de outros estudos, onde ficou demonstrado que os homens que assumem o papel de cuidadores informais, por norma da sua cónjuge, revelam níveis de sobrecarga mais elevados (Häusler et al., 2017; DePasquale et al., 2018). A pesquisa sobre a teoria dos papéis sugere o impacto significativo dos vários papéis dos cuidadores. A acumulação de papéis, como ser marido e, ao mesmo tempo, cuidador informal também aumenta a tensão do cuidador informal (de Almeida Mello et al., 2016). No estudo de Khanal e Chalise (2020), apesar da maioria dos cuidadores informais serem mulheres, ser do género masculino também se assumiu como uma variável preditora de níveis elevado de sobrecarga, com uma perceção de autoeficácia mais negativa.

Ficou igualmente demonstrado no presente estudo que os cuidadores informais que são domésticos revelam valores mais elevados nos fatores impacto da prestação de cuidados, relação interpessoal, expectativas com o cuidar, perceção de autoeficácia, neste último fator regista-se um valor de ordenação média idêntico para os cuidadores informais desempregados, onde também sobressaem na escala global, com diferenças estatisticamente significativas na relação interpessoal ( $p=0,035$ ) e na perceção de autoeficácia ( $p=0,001$ ). O *status* profissional parece representar um recurso ou uma exigência e a acumulação de papéis pode ser um importante fator de risco para o desempenho do papel de cuidador informal, resultando em níveis mais elevados de sobrecarga. Como tal, é importante ter-se em consideração o seu impacto na sobrecarga dos cuidadores informais e não a variável em si (Gérain & Zech, 2019). No estudo de Zubaidi et al. (2020), as cuidadoras informais que eram domésticas revelaram níveis elevados de sobrecarga, contribuindo para tal o facto de estas terem a seu cargo todas as atividades domésticas e a tarefa de prestar cuidados. De acordo com Clemente (2020), tradicionalmente, a mulher sempre foi vista como o elemento da família que detinha a responsabilidade pelas tarefas domésticas, pelo cuidar da casa e dos filhos, enquanto o homem tinha mais a seu cargo o sustento do lar. Esta imagem sociocultural, ainda que aos poucos se tenha vindo a esbater, continua presente na atualidade e, embora se venha

a constar ao longo dos últimos tempos um aumento do número de cuidadores do género masculino, como se verifica no presente estudo, a mulheres são quem manifestamente continuam a evidenciar-se na execução desse papel a par das suas tarefas domésticas e dos cuidados aos restantes elementos da família, o que se constitui como um fator de risco para o aumento dos níveis de sobrecarga dessas cuidadoras informais. Num estudo anterior, Rodrigues (2013) registou que 60,0% da sua amostra estava incluída na categoria de doméstico/a. Ao analisar os resultados obtidos no seu estudo ficou demonstrado que a maioria dos cuidadores participantes que eram domésticas revelava níveis de sobrecarga entre o moderado e o elevado. Duarte et al. (2017) referem que a conciliação entre o ser cuidador informal e trabalhador por conta de outrem nem sempre é indicador de um maior nível de sobrecarga, ou seja, ter um emprego pode constituir-se como um escape às tarefas de prestação de cuidados informais que, frequentemente, se tornam rotineiras e penosas. De igual modo, os rendimentos que dele derivam possibilitam reduzir algumas das dificuldades financeiras que se relacionam com a tarefa de cuidar. Ao ser profissionalmente ativo, o cuidador informal convive e interage com colegas e amigos, o que poderá resultar num menor impacto negativo da prestação de cuidados e influenciar, deste modo, positivamente a sua perceção de saúde, quando comparados com cuidadores domésticos (Duarte et al., 2017).

Quanto à relação entre as variáveis contextuais à prática de cuidados e os níveis de sobrecarga dos cuidadores informais, no presente estudo não se registaram diferenças estatisticamente significativas. No entanto, os cuidadores informais que não coabitam no mesmo domicílio que a pessoa cuidada revelam valores de ordenação média mais elevados nos fatores relação interpessoal, expectativas com o cuidar e na perceção de autoeficácia, enquanto os que vivem no mesmo domicílio que a pessoa cuidada revelam mais impacto da prestação de cuidados e mais sobrecarga global. Verificou-se ainda que os cuidadores informais que não partilham a responsabilidade de cuidados com outras pessoas revelam médias mais elevadas em quase todos os fatores, com exceção do impacto da prestação de cuidados, onde pontuaram mais os cuidadores que referem partilhar os cuidados com outras pessoas. Neste sentido, importa referir que, segundo Clemente (2020), prestar cuidados informais implica a necessidade do apoio aos cuidadores para que estes consigam manter a sua qualidade de vida. A mesma autora no seu estudo constatou que, apesar de não haver relevância estatisticamente significativa, os cuidadores informais que coabitavam com a pessoa cuidada e os que não partilham responsabilidade nos cuidados com outras pessoas apresentavam menores expectativas com o cuidar e uma perceção de autoeficácia mais negativa, traduzindo-se em maior sobrecarga. Por outro lado, a maioria dos estudos revelam que coabitar com a pessoa cuidada resulta em maior sobrecarga para o cuidador informal. Coabitar com a pessoa cuidada, ainda que esta seja uma tendência geralmente notada no âmbito dos cuidados informais e frequentemente necessária, o cuidador informal que reside com a pessoa

cuidada pode encontrar-se exposto a uma fonte acrescida de *stress* e, por conseguinte, resultar em níveis de sobrecarga superiores, face aos cuidadores informais que não vivem com a pessoa de quem cuidam (Teixeira, 2018; Aires et al., 2020; Ferreira et al., 2020; Dixe & Querido, 2020; Zubaidi et al., 2020). Tal facto é confirmado pelos diferentes estudos referidos que indicam que a partilha da mesma habitação com a pessoa cuidada, associada a um maior número de horas de cuidado, reverte-se numa maior vulnerabilidade e, conseqüentemente, na vivência de maiores níveis de sobrecarga, em comparação com os cuidadores informais que não coabitam com a pessoa cuidada.

### 2.1.5. Conclusões

O presente estudo permitiu dar resposta à questão de investigação e alcançar os objetivos propostos, tendo-se constatado que o perfil sociodemográfico de uma amostra de 44 cuidadores informais é maioritariamente feminino, com prevalência da faixa etária dos 51-70 anos, casados, com o 1.º ciclo do ensino básico e ativos profissionalmente. Estes prestam cuidados, em igual valor percetual, quer a mulheres quer a homens, com prevalência dos que têm idade superior aos 65 anos, a coabitarem com o cônjuge, com diagnóstico principal de doença cardiometabólica, seguindo-se a doença oncológica e a neurológica, sendo o principal motivo da referenciação a gestão do regime terapêutico, seguindo-se o tratamento de feridas e para recuperação funcional, permanecendo sobretudo os utentes na ECCI pelos mesmos motivos.

Está-se perante uma amostra com baixo nível de sobrecarga, com 65,9% a revelarem não ter sobrecarga, 25,0% sobrecarga ligeira e apenas 9,1% dos cuidadores com sobrecarga intensa.

O fator impacto da prestação de cuidados é o que apresenta uma média mais elevada ( $M=21,05\pm 6,78$ ). A idade do utente e com quem este coabita são variáveis sociodemográficas com relevância estatisticamente significativa. Os cuidadores que prestam cuidados a um utente com idade entre os 41-65 e a um utente que coabita com a filha e esposa pontuaram mais em quase todos os fatores e na escala global, sugerindo mais sobrecarga. O género e a situação profissional são variáveis sociodemográficas do cuidador informal com relevância estatisticamente significativa. Assim, ser cuidador do género masculino e doméstico assumem-se como determinantes de níveis mais elevados de sobrecarga.

Assim, de acordo com os dados apurados encontrou-se um perfil do utente que leva a maior sobrecarga do seu cuidador informal: ser do género feminino, ter idade entre os 18 e os 40 anos, entre os 41 e os 55 anos, viver com o cônjuge, coabitar com os(as) filhos(as), ter como diagnóstico principal síndrome depressiva resulta em maior

sobrecarga no impacto da prestação de cuidados, na relação interpessoal e no global da sobrecarga; utente do género masculino e ter idade compreendida entre os 41-65 anos, viver com o cônjuge, coabitar com os(as) filhos(as), possuir como diagnóstico principal síndrome depressiva e patologia do foro ortopédico origina um nível de sobrecarga mais elevado nas expectativas com o cuidar e na percepção de autoeficácia.

Quanto ao perfil do cuidador informal e a sua relação com a sobrecarga, apurou-se que ser do género masculino, encontrar-se na faixa etária dos 51-70 anos, ser doméstica, não coabitar no mesmo domicílio que a pessoa cuidada, não partilhar responsabilidade dos cuidados com outras pessoas no cuidado amplia o nível de sobrecarga no que se refere ao impacto da prestação de cuidados, relação interpessoal, expectativas com o cuidar e nível mais elevado de sobrecarga global. Ser do género feminino, possuir idade entre os 51-70 anos, não coabitar no mesmo domicílio que a pessoa cuidada, ser desempregado(a) aumenta o nível de sobrecarga na percepção de autoeficácia. De referir que estar desempregado(a) também aumenta o nível de sobrecarga global. Coabitar com a pessoa cuidada eleva o impacto da prestação de cuidados e o nível de sobrecarga global. Partilhar responsabilidade de cuidados com outras pessoas no cuidado resulta num maior impacto da prestação de cuidados, enquanto não partilhar responsabilidade dos cuidados com outras pessoas no cuidado faz aumentar o nível de sobrecarga na relação interpessoal, expectativas com o cuidar, percepção de autoeficácia e sobrecarga global.

Tendo em conta os resultados obtidos e partindo-se do facto de que antes das intervenções efetuadas pela ECCI da UCC Viseu, os resultados da avaliação de sobrecarga dos cuidadores informais era de 17 com sobrecarga ligeira e 14 com sobrecarga intensa, houve redução após as intervenções. Deste forma, tendo-se apurado uma grande maioria com baixo nível de sobrecarga, é fulcral dar continuidade a essas intervenções, procurando-se capacitar ainda mais os cuidadores informais. Esta capacitação poderá ser efectuada através da realização de sessões de sensibilização mensais dirigidas aos mesmos e aos seus familiares, a decorrer em parceria com as Juntas de Freguesia, associações e/ou outras entidades, para melhoria do bem-estar comunitário; ajustar a periodicidade da avaliação da sobrecarga dos cuidadores informais consoante os níveis de sobrecarga; sugerir a constituição de grupos de autoajuda de maneira a proporcionar a partilha de experiências e anseios vivenciados; ações direcionadas para as áreas onde se detetaram maiores níveis de sobrecarga; promover formação na área das demências aos cuidadores informais. Sugere-se também um maior diálogo entre os profissionais de saúde que constituem a equipa multidisciplinar da UCC para que se criem mais soluções que possam dar suporte à vida dos cuidadores informais, de forma a promover-lhes mais apoio psicológico; facultar sessões de formação e outros tipos de apoio *online* aos cuidadores informais; criação de uma linha SOS de apoio para

os cuidadores informais e utentes; reforço das informações sobre os recursos na comunidade e estabelecendo articulação com os mesmos por forma a dar continuidade aos cuidados por outras equipas de saúde.

Deste modo, é fundamental que o Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária, estando desperto para esta problemática e mais consciencializado da sobrecarga dos cuidadores informais e providos de conhecimentos e intervenções sobre esta temática, reúnam esforços em parceria com outros agentes da saúde e sociais para dar respostas mais eficazes às necessidades dos cuidadores informais e da pessoa cuidada, procurando identificar e colmatar as necessidades do cuidador, fornecendo informações adequadas e inequívocas sobre os cuidados a prestar no domicílio. É urgente ter-se em conta que os cuidadores informais são elementos fundamentais de um cuidado que leva a níveis elevados de sobrecarga, desgastando-os física e emocionalmente, tornando-os fragilizados. Por conseguinte, perspetiva-se numa futura prática profissional proporcionar aos cuidadores informais mais apoio holístico.

Os cuidadores informais desempenham uma função importante nos cuidados prestados no domicílio. Portanto, é essencial que os Enfermeiros Especialistas em Enfermagem Comunitária os tenham também como foco dos seus cuidados, atendendo a que as evidências revelam que o papel do cuidador informal pode ser difícil e impor sobrecarga física e psicológica e caso estes não sejam apoiados poderão chegar ao *burnout*, influenciando a qualidade dos cuidados prestados ao utente.

Uma das competências essenciais na prática de enfermagem é a capacidade de estabelecer boas relações com os utentes e familiares. A relação enfermeiro/utente/família/cuidador informal é complementar, o que enfatiza a importância da continuidade na colaboração entre estes, tornando-se essencial para se saber como e quando se tem de dar resposta às suas necessidades. Assim, enfatiza-se a importância do cuidado centrado na pessoa, focado na importância de perceber a outra pessoa como um ser humano e estabelecer uma relação num contexto de reciprocidade. Além disso, a empatia é um valor fundamental na prática de enfermagem, o que equivale a ter a capacidade de entrar num processo em que o enfermeiro é capaz de sentir com precisão a experiência interior de outro num determinado “aqui e agora”. É vital considerar esses desafios.

### 3. Avaliação por Competências

O exercício da profissão de enfermagem decorre em diversos contextos específicos e determinados. O enfermeiro especialista em enfermagem comunitária mobiliza-se para a ação constantemente, desenvolve o seu trabalho na comunidade, necessitando para isso de fortalecer competências específicas nas situações do seu dia-a-dia.

#### *Competências Comuns do Enfermeiro Especialista*

No que diz respeito às Competências do Domínio da Responsabilidade Profissional, Ética e Legal, foi sempre desenvolvida uma prática profissional e ética, sendo a minha conduta baseada nos princípios humanistas, valores e normas deontológicas, procurando a excelência do exercício profissional. Adotaram-se atitudes marcadas pelo sigilo e descrição profissional, demonstrando e respeitando os direitos dos utentes e restante equipa multidisciplinar. No contexto domiciliário existe uma dinâmica específica própria de cada família que abrange fatores que influenciam a vida de cada elemento, como um conjunto singular que incluem diferentes respostas face aos diversos problemas apresentados. Foi sempre privilegiado o respeito pela intimidade, sigilo, procurando informar, respeitando e cumprindo os princípios éticos do código Deontológico do Enfermeiro, promovendo desta forma a humanização dos cuidados e melhoria da qualidade de vida, respeitando os direitos humanos.

Para proceder à colheita de dados com vista à elaboração do processo de investigação foram cumpridas as normas de conduta, promovendo o anonimato dos intervenientes e a confidencialidade e o sigilo das informações recolhidas. Previamente foi solicitada Parecer à Comissão de Ética da Administração Regional de Saúde do Centro seguindo todos os tramites legais para o efeito (cf. Anexo II).

Quando falamos sobre as competências relativas ao domínio da Melhoria Contínua da Qualidade, torna-se premente referir a criação dos Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem elaborados pela Ordem dos Enfermeiros no ano 2001. Com a criação deste documento, os enfermeiros possuem um referencial para a tomada de decisão e desenvolvimento do seu exercício profissional num processo de reflexão, conducente à melhoria contínua dos cuidados prestados à população (Ordem Enfermeiros, 2011).

Ao acompanhar as visitas domiciliárias realizadas no âmbito da Equipa de Cuidados Continuados Integrados, foi possível vivenciar e perceber as dificuldades e imprevistos que surgem no dia-a-dia das equipas prestadoras de cuidados e que tão bem são contornadas e resolvidas pela equipa multidisciplinar da UCC, respeitando sempre as singularidades das famílias.

Para proporcionar a melhoria dos cuidados, é deveras importante avaliar as necessidades de cada família, discernir e adaptar todas as práticas tendo em consideração as especificidades inerentes a cada caso, tendo por base a melhoria e a qualidade dos cuidados prestados de forma a integrar uma prática diferenciada, personalizada, específica e humanizada utilizando o rigor técnico e científico inerentes ao Enfermeiro Especialista de Enfermagem Comunitária, na implementação de todas as intervenções planeadas. De referir que, para muitos utentes, o momento da visita da equipa de enfermagem é “o ponto alto do seu dia”, constituindo um momento de grande prazer e partilha recorrendo à comunicação terapêutica como promotora dos cuidados.

Quando falamos do domínio da Gestão dos Cuidados, temos de obrigatoriamente referir o papel preponderante das Enfermeiras Especialistas em Enfermagem Comunitária na UCC Viseu. Ao integrarem um conhecimento aprofundado acerca dos determinantes em saúde planeiam, otimizam e direcionam a resposta da equipa de enfermagem e promovem a articulação na equipa multiprofissional, promovendo a gestão dos recursos às situações e aos contextos visando a otimização da qualidade dos cuidados. Atualmente vivemos momentos de grandes mudanças e de desafios constantes: COVID-19, a doença de que mais ouvimos falar desde o início do ano de 2020, a doença que mudou rotinas individuais, familiares e profissionais, que fechou escolas e serviços, que levou muitos ao isolamento, medo e ansiedade. Houve uma reorganização impressionante dos cuidados de saúde, desde os primários aos hospitalares, como nunca foi vivenciado até à atualidade. Com esta pandemia surgiu a necessidade de reajuste às alterações das normas da vacinação de uma forma rápida e inconstante, o que exigiu por parte das equipas de saúde uma flexibilidade e capacidade de gestão de recursos e resposta diária. Surgiu a necessidade de organizar todas as equipas dos cuidados de saúde primários para o processo da vacinação em massa das comunidades sem esquecer que todos os restantes programas continuaram a ser desenvolvidos, respeitando a necessidade de cuidados de saúde da população circunscrita pela área de abrangência da UCC Viseu. Esta planificação foi uma fase que exigiu uma celeridade e grande adaptação, obrigando os profissionais intervenientes a ter uma grande capacidade de resiliência. Foi notável a rapidez e eficiência com que os serviços se organizaram para iniciar este processo. Não obstante deste desafio, o número de profissionais de saúde manteve-se o mesmo, o que conduziu ao esforço e exaustão crescente por parte das equipas. A vacinação aos residentes em Estruturas Residenciais para Pessoas Idosas e instituições similares e utentes da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados continuou a ser realizada, sempre que algum utente ingressava numa ERPI. A importância do planeamento em saúde é para mim agora muito mais visível, uma vez que tive oportunidade de vivenciar “in locus” todas as fases inerentes a este processo, que é realizado com toda a minúcia,

procurando a racionalidade da tomada de decisões e selecionando um percurso de ação, dentro das diversas alternativas existentes.

Ainda neste domínio, foi importante conhecer os objetivos, as metas, projetos, indicadores da UCC Viseu, para conseguir compreender de forma mais objetiva o funcionamento e a articulação entre as várias Unidades Funcionais do ACeS. Apesar de ser difícil mensurar os verdadeiros objetivos e resultados do desempenho das várias unidades, a Missão para os Cuidados de Saúde Primários criou indicadores, agrupados pelas várias áreas de intervenção de cada unidade, para tentar classificar o desempenho setorial e global dos vários intervenientes dos CSP. Estes Índices de Desempenho Sectoriais (IDS) são agrupados no Índice de Desempenho Global (IDG) que permite a elaboração de um “ranking” das várias unidades e também permitem o acesso a incentivos institucionais que podem proporcionar melhoria das condições de trabalho e do atendimento aos utentes. Para perceber toda esta dinâmica de cumprimento de indicadores, IDS e IDG, elaborei uma folha de cálculo para determinar os valores globais e parciais dos vários indicadores e índices. Este instrumento é baseado no instrumento que se encontra no site do BI CSP, mas permite fazer a comparação entre a evolução dos indicadores ao longo dos últimos anos e desta forma conhecer os indicadores que podem afetar mais ou menos o resultado do IDG e qual seria esse índice, se uma unidade apostasse mais numa atividade ou outra.

A prática especializada de enfermagem comunitária requer uma constante adaptação às necessidades em saúde dos indivíduos, grupos e comunidades, na medida em que a mesma vai ao encontro das reais necessidades do alvo dos seus cuidados, no contexto no qual estes se inserem, ou seja, na comunidade. É assim fundamental falarmos do domínio do Desenvolvimento das Aprendizagens Profissionais, uma vez que esta prática exige uma permanente atualização, aperfeiçoamento profissional e de criatividade, por forma a proporcionar as melhores respostas adaptativas aos indivíduos, grupos ou comunidades ao longo do seu ciclo vital. A prática especializada de enfermagem comunitária implica um profundo conhecimento da comunidade na qual o Enfermeiro Especialista desenvolve a sua prática associada à prática reflexiva, com vista a aprimorar o modo como cuidamos, percorrendo, assim, um caminho rumo à excelência profissional.

A formação contínua em Enfermagem e a investigação baseada na evidência científica deve ser estimulada em todos os profissionais e mantida de forma a manter níveis elevados de conhecimento e conseqüentemente qualidade dos cuidados prestados.

### *Competências Específicas do Enfermeiro Especialista*

Os conhecimentos adquiridos durante a lecionação teórica foram a pedra basilar para a construção deste percurso. Para realizar um correto planeamento em saúde, é fundamental conhecer todas as etapas constituintes do mesmo. Tendo como prioridade uma área de interesse investigativo para a UCC Viseu, foi realizada uma reunião com as Enfermeiras Maria Albernaz, (Coordenadora da Unidade) Liliana Rodrigues e Professora Doutora Ana Andrade de forma a definir o tema do estudo. Desta forma, utilizando a metodologia do planeamento em saúde, foi possível elaborar o diagnóstico da situação da comunidade alvo de cuidados da UCC Viseu, estabelecer as prioridades e formular objetivos e estratégias face à priorização das necessidades em saúde. Face a estas considerações encontro-me a realizar o trabalho: “Perfil e Sobrecarga de cuidadores informais de utentes em ECCI: do conhecimento às intervenções em enfermagem”. É propósito deste estudo identificar o nível de sobrecarga dos cuidadores informais dos utentes em contexto de ECCI, verificando se o nível de sobrecarga é influenciado pelas variáveis sociodemográficas dos cuidadores informais e das variáveis sociodemográficas e clínicas dos utentes. Foi determinada uma população alvo - os cuidadores informais dos utentes inseridos na ECCI da UCC Viseu, sendo que estes pertencem a uma área geográfica (freguesias de Viseu). Após definição da população alvo, foram recolhidos os dados e posteriormente analisados, utilizando para o efeito técnicas estatísticas específicas com vista ao cálculo e interpretação de dados. Ao realizar e cooperar na vigilância epidemiológica de âmbito geodemográfico, estamos a analisar e compreender o processo de saúde-doença, ao colaborar nas ações que proporcionam aquisição de novos conhecimentos, deteção ou prevenção nos fatores determinantes e condicionantes da saúde individual e coletiva da população, tendo como intuito obter ganhos em saúde através da resolução das problemáticas prioritárias encontradas.

Após análise dos resultados, com vista a melhorar a capacitação dos cuidadores informais da UCC Viseu pretende-se que esta investigação possa contribuir para melhorar as boas práticas em saúde com ganhos para os utentes, famílias e comunidades. Durante o período em que decorreu o ensino clínico também foi possível desenvolver outras atividades com as quais pude observar e integrar a coordenação de programas de saúde de âmbito comunitário e consecução dos objetivos do Plano Nacional de Saúde. Acompanhei de perto o processo da vacinação, como já referi anteriormente. Todas as fases da vacinação exigiram uma grande capacidade de coordenação e gestão, que só se tornou possível devido aos conhecimentos aprofundados da legislação e normas em vigor, que se alteravam quase todos os dias. Ao realizar as visitas domiciliárias, procurava pôr em prática medidas que ajudassem a atingir os objetivos do Plano Nacional de Saúde,

uma vez que estes momentos proporcionavam a aquisição e validação de conhecimentos por parte dos utentes.

### *Objetivos Específicos de Estágio*

Ao finalizar este estágio, fica a percepção que os objetivos gerais e específicos a que me propus foram cumpridos e atingidos. De uma forma sucinta, irei de seguida descrever algumas atividades que me conduziram à concretização dos objetivos a que me propus, inicialmente.

Sem dúvida que a forma como fui acolhida por toda a equipa multidisciplinar foi crucial para o desenvolvimento das minhas competências ao longo deste estágio, pois conferiu-me confiança e força de vontade para seguir em frente. Considero que a adaptação à dinâmica do serviço decorreu de forma bastante eficaz e o estabelecimento de relações interpessoais foram extremamente importantes e gratificantes, o que também influenciou a qualidade dos cuidados por mim prestados.

Baseei a minha conduta respeitando os princípios humanistas de acordo com o previsto no Código Deontológico do Enfermeiro, procurando a excelência do exercício profissional. Procurei adotar atitudes marcadas pelo sigilo e descrição profissional, demonstrando respeito pelos utentes e restante equipa multidisciplinar.

Todo o trabalho em equipa impõe muita responsabilidade, sendo deveras importante que se cumpra o horário com assiduidade e pontualidade. Ao longo destas semanas, adequei o meu horário de forma a aproveitar todas as oportunidades de aprendizagem, com o intuito de desenvolver e aprofundar novas competências e conhecimentos inerentes ao Enfermeiro Especialista em Saúde Comunitária.

Foi para mim muito gratificante o modo como estabeleci uma comunicação terapêutica com as famílias, tendo uma atitude empática e solidária e assim tive oportunidade de consolidar os conhecimentos adquiridos na componente teórica, relativas às funções do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária e dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública.

Além disso, também devemos observar e ter respeito pelas singularidades das famílias, adequando a comunicação de acordo com as diferentes necessidades de cada contexto. Também é deveras importante avaliar as necessidades de cada família, discernir e adaptar todas as suas práticas e especificidade inerentes a cada caso em específico. Através desta postura, pretendo reconhecer e integrar uma prática diferenciada, personalizada, específica e humanizada de forma a identificar em cada visita domiciliária, as necessidades de vida e saúde singulares e abrangentes, utilizando o rigor técnico e

científico inerentes ao Enfermeiro Especialista de Enfermagem Comunitária, na implementação de todas as intervenções planeadas.

O cuidar é comum a todas as culturas, embora as suas formas de expressão possam ser as mais variadas. Compete à família esse papel, pois é essencialmente ela que executa e se responsabiliza pelo cuidado. O assumir do papel de cuidador tem repercussões ao nível da vida pessoal, familiar, laboral e social dos cuidadores informais, tornando-os mais vulneráveis a conflitos. Com frequência entram em crise, apresentando sintomas como: tensão, fadiga, *stress*, constrangimento, frustração, redução do convívio, depressão, redução da autoestima, entre outros. Esta tensão ou sobrecarga pode dar origem a problemas físicos, psicológicos, emocionais, sociais e financeiros, que interferem com o bem-estar do utente e do cuidador. O cuidador informal enfrenta constantemente situações novas de sobrecarga física, psicológica e social, capazes de desencadear mudanças ao nível da qualidade de vida.

O bem-estar dos cuidadores informais e a sua promoção, assim como a prevenção de situações extremas, requer por parte dos profissionais de saúde uma atenção particular, uma vez que deles dependem os utentes de que cuidam e a sua permanência na comunidade. A prestação de cuidados requer um esforço contínuo ao nível cognitivo, emocional e físico, muitas vezes não reconhecido e inadequadamente recompensado.

O reconhecimento do papel do cuidador informal enquanto mediador para atingir a consecução dos cuidados ao utente é agora mais visível, permitindo uma avaliação e intervenção familiar mais efetiva e eficaz.

Face a estas considerações reconhece-se a pertinência da investigação: “Perfil e Sobrecarga de cuidadores informais de utentes em ECCI: do conhecimento às intervenções em enfermagem”.

A importância da interajuda entre todos os elementos da equipa multidisciplinar é fulcral para atingir as melhorias em saúde perspectivadas para cada utente, assim como a interação entre todos os elementos da família. Após o término deste estágio, pude verificar que, todos os utentes inseridos na rede têm sempre assegurados os cuidados apropriados à sua situação clínica, uma vez que há uma constante interligação e articulação entre todas as unidades funcionais, o que se configura como uma mais-valia na continuidade da prestação de cuidados, existindo alternância de tipologia sempre que seja necessário. A vivência desta experiência proporcionou-me um enriquecimento pessoal e profissional visível contribuindo para a melhoria no desempenho da minha atividade profissional. Sem dúvida que é fundamental esta interligação entre todas as valências, uma vez que só assim conseguimos obter ganhos em saúde, através do conhecimento dos determinantes de saúde a fim de realizar corretos diagnósticos de

enfermagem. No final deste ciclo, fica a percepção do contributo para o processo de capacitação da comunidade, estimulando a promoção e proteção da saúde e também o tratamento da comunidade.

Relativamente à realização de registos de informação clínica nos sistemas informatizados adotados: SClínico®, RNCCI, sinto que adquiri as competências pretendidas.

Durante estas semanas senti a importância da prática reflexiva e a necessidade da partilha desta prática com as Senhoras Enfermeiras Tutoras Maria e Liliana, com vista a aprimorar o modo como cuidamos, percorrendo, assim, um caminho rumo à excelência profissional.

Os objetivos de estágio descritos no cronograma foram totalmente cumpridos, o que me faz sentir uma grande realização profissional e pessoal. Ao terminar este estágio fica a certeza de que a prática especializada de enfermagem comunitária requer uma constante adaptação às necessidades em saúde dos indivíduos, grupos e comunidades, na medida em que a mesma vai ao encontro das reais necessidades do alvo dos seus cuidados, no contexto no qual estes se inserem, ou seja, na comunidade. É assim fundamental existir uma permanente atualização, aperfeiçoamento profissional e de criatividade, por forma a proporcionar as melhores respostas adaptativas aos indivíduos, grupos ou comunidades ao longo do seu ciclo vital. A prática especializada de enfermagem comunitária implica um profundo conhecimento da comunidade na qual o Enfermeiro Especialista desenvolve a sua prática.



## **Considerações Finais**

Este trabalho assume-se como o expoente máximo de um processo de aprendizagem, uma vez que me coloquei à prova e me desafiei. Tenho a plena consciência que o desenvolvimento de competências em contexto real tem outro impacto, pois permitiu-me integrar as experiências de forma mais sólida e consubstanciada, dando assim continuidade à construção da identidade como enfermeira especialista em Enfermagem Comunitária.

A realização deste estágio com relatório final revelou-se uma experiência bastante enriquecedora, tanto a nível profissional, como a nível pessoal. Foi um excelente momento de aprendizagem e evolução no desenvolvimento quer das competências comuns quer das específicas do enfermeiro especialista. O ter saído da minha zona de conforto foi sempre desafiante e a adaptação a algo de que gosto tornou-se muito mais fácil.

Considero que o enfermeiro especialista deve ser um elemento de referência perante a restante equipa de cuidados. Para isso, é necessário que adquira e desenvolva conhecimentos de enfermagem baseados em evidência científica. A construção de uma base de conhecimentos sólida fundamenta a tomada de decisão, tanto no domínio da prestação de cuidados diretos à pessoa/família, como nos restantes domínios de ação do enfermeiro.

Considero que estive mais desperta para questões desta natureza (responsabilidade profissional, ética e legal) e desenvolvi habilidades de tomada de decisão ética, tendo em conta os valores universais, os valores humanos, os direitos à vida e à qualidade de vida, o direito ao cuidado, o dever de informação, o dever do sigilo, o respeito pela intimidade, a excelência do exercício, a humanização dos cuidados, os deveres com a profissão e os deveres para com outras profissões. A análise e a reflexão das experiências vividas constituíram-se como oportunidades efetivas de crescimento e aprendizagem, que julgo ter aproveitado da melhor forma.

A análise e reflexão aqui registadas sobre as competências adquiridas revelaram-se construtivas, concorrendo para a consciencialização das capacidades adquiridas ao longo do meu processo de aprendizagem em contexto académico, “crescendo” como profissional e como pessoa, tendo adquirido competências ao nível da Enfermagem Comunitária.



## Referências bibliográficas

- ACSS (2018). Administração Central do Sistema de Saúde, IP. *Monitorização da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI) – 1º semestre 2018*. Lisboa: Administração Central do Sistema de Saúde, IP. Acedido em <http://www.acss.min-saude.pt/wp-content/uploads/2016/07/Relatorio-1-semester-18-vFINAL-v2.pdf>
- Aires, M., Fuhrmann, A.C., Mocellin, D., Dal, Pizzol, F.L.F., Sponchiado, L.F., Marchezan, C.R., Bierhals, C.C.B.K., Day, C.B., Santos, N.O., & Paskulin, L.M.G. (2020). Sobrecarga de cuidadores informais de idosos dependentes na comunidade em municípios de pequeno porte. *Rev Gaúcha Enferm.*; 41(esp):e20190156, 1-10. doi: <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2020.20190156>
- Almeida, A. (2015). *Nível de Sobrecarga e Dificuldades do Cuidador Informal: Cuidar da Pessoa Dependente*. (Dissertação de Mestrado). Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Viseu. Acedido em <https://repositorio.ipv.pt/bitstream/10400.19/3051/1/ALMEIDA%2c%20AnaCatarinaSilva%20DM.pdf>
- Bermejo, L. M., Mota, S. P., Verdejo, I, C., & Peña, F. L. (2015, Diciembre). *El cuidador mayor de personas mayores*. Revista de Enfermería ROL; 38 (12), 852-858.
- Biscaia, A. R. & Heleno, L. C. V. (2017). *A Reforma dos Cuidados de Saúde Primários em Portugal: portuguesa, moderna e inovadora*. *Ciência & Saúde Coletiva*, 22(3), 701 – 711. Acedido em <https://www.scielo.org/pdf/csc/2017.v22n3/701-712/pt>
- Brown, R.M., & Brown, S. L. (2014). Informal caregiving: a reappraisal of effects on caregivers. *Soc. Issues Policy Rev.*; 8, 74–102. doi: 10.1111/ sipr.12002
- Bruggen, S.V., Gussekloo, J., Bode, C. *et al.* (2016). Problems experienced by informal caregivers with older care recipients with and without cognitive impairment. *Home Health Care Services Quarterly*; Vol. 35,. 1, 11–24 .<http://dx.doi.org/10.1080/01621424.2016.1145166>
- Cardoso, L., Verderoce, V., Malagutti R., & Severio M. (2012). Perspectivas atuais sobre a sobrecarga do cuidador em saúde mental. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*; 46(2). Acedido em <http://www.redalyc.org/html/3610/361033316033/>
- Clemente, R.I.S. (2020). *A sobrecarga e a qualidade de vida dos cuidadores informais: um estudo no município de Cantanhede*. (Dissertação de Mestrado). Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra. Acedido em <https://eg.uc.pt/bitstream/10316/94273/1/Disserta%C3%A7%C3%A3o%20de%20Mestrado%20FMUC-%20Rita%20Clemente.pdf>

- Coutinho, C. P. (2021). *Metodologias de investigação em ciências sociais e humanas: teoria e prática* (2ª ed. reimpressão). Coimbra: Edições Almedina, S. A.
- Dantas, P.D.F. (2020). *A sobrecarga do cuidador informal do idoso dependente e alvo de cuidados de enfermagem de reabilitação na Região Autónoma da Madeira: Um estudo transversal-descritivo*. (Dissertação de Mestrado). Escola Superior de Enfermagem de São José de Cluny. Acedido em [https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/34496/1/Disserta%c3%a7%c3%a3o\\_Pedro\\_Dantas.pdf](https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/34496/1/Disserta%c3%a7%c3%a3o_Pedro_Dantas.pdf)
- de Almeida Mello, J., Macq, J., Van Durme, T., Cès, S., Spruytte, N., Van Audenhove, C., et al. (2016). *The determinants of informal caregivers' burden in the care of frail older persons: a dynamic and role-related perspective*. *Aging Ment. Health*; 21, 838–843. doi: 10.1080/13607863.2016.1168360
- De Pasquale, N., Polenick, C. A., Davis, K. D., Berkman, L. F., & Cabot, T. D. (2018). *A bright side to the work-family interface: husbands' support as a resource in double-and-triple-duty caregiving wives' work lives*. *Gerontologist*; 58, 674–685. doi: 10.1093/geront/gnx016
- Decreto-Lei n.º 101/2006, de 6 de junho. Cria a Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados [Portugal]. *Diário da República*, 1.ª série A, N.º 109, pp. 3856-3865. Acedido em <https://dre.pt/application/conteudo/353934>
- Decreto-Lei nº28/2008, de 22 de fevereiro. Regime da criação, estruturação e funcionamento dos agrupamentos de centros de saúde do Serviço Nacional de Saúde. [Portugal]. *Diário da República*, 1ª série, pp. (1182-1189). Acedido em <https://dre.pt/application/conteudo/247675>
- Decreto-Lei no 100/2009, de 6 de setembro. Aprova o Estatuto do Cuidador Informal, altera o Código dos Regimes Contributivos do Sistema Previdencial de Segurança Social e a Lei n.º 13/2003, de 21 de maio. [Portugal]. *Diário da República*, 1ª série, pp. (3-16). Acedido em <https://dre.pt/application/conteudo/124500714>
- Dixe, M. A., & Querido, A. I. (2020). *Informal caregiver of dependent person in self-care: burden-related factors*. *Revista de Enfermagem Referência*; 5(3), e20013. doi:10.12707/RV20013.
- Dixe, M.A.C.R., Teixeira, L.F.C., Areosa, T.J.T.C.C., Frontin, R.C., Peralta, T.J.A., & Querido, A.I.F. (2019). *Needs and skills of informal caregivers to care for a dependent person: a cross-sectional study*. *BMC Geriatrics*; 19, 255, 2-9. Acedido em <https://doi.org/10.1186/s12877-019-1274-0>

- Duarte, A., Joaquim, N., Lapa, F., & Nunes, C. (2017). *Qualidade de Vida e Sobrecarga dos Cuidadores Informais dos Pacientes Idosos das Unidades de Cuidados de Assistência Domiciliar do Algarve*. *SaBios: Revista de Saúde e Biologia*; 11(3), 12-26.
- Gérain, P., & Zech, E. (2019) *Informal Caregiver Burnout? Development of a Theoretical Framework to Understand the Impact of Caregiving*. *Front. Psychol.*; 10:1748. doi: 10.3389/fpsyg.2019.01748
- Guia Orientador dos Estágios do 5º Curso de Mestrado em Enfermagem Comunitária (2019). Instituto Politécnico de Viseu, Escola Superior de Saúde de Viseu. Disponível em [www.essv.ipv.pt/cursos/mestrados/cmec/](http://www.essv.ipv.pt/cursos/mestrados/cmec/)
- Häusler, N., Bopp, M., & Hämmig, O. (2017). Informal caregiving, workprivacy conflict and burnout among health professionals in Switzerland—a cross-sectional study. *Swiss Med. Wkly*; 147:w14552. doi: 10.4414/smw.2017.14552
- ICNP Browser (2019). International Council of Nurses. CIPE® Versão 2019 – *Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem*. Genebra: ICNP. Acedido em <https://www.icn.ch/what-we-do/projects/ehealth-icnptm/icnp-browser>
- INE (2012). Instituto Nacional de Estatística. *Censos 2011: resultados definitivos*. Lisboa: INE. Acedido em [https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine\\_destaques&DESTAQUESdest\\_boui=107624784&DESTAQUEStema=55466&DESTAQUESmodo=2](https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_destaques&DESTAQUESdest_boui=107624784&DESTAQUEStema=55466&DESTAQUESmodo=2)
- INE (2019). Instituto Nacional de Estatística. *Estimativas de população residente em Portugal 2018*. Lisboa: INE. Acedido em [https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine\\_destaques&DESTAQUESdest\\_boui=354227526&DESTAQUESmodo=](https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_destaques&DESTAQUESdest_boui=354227526&DESTAQUESmodo=)
- Khanal, B., & Chalise, H.N. (2020). Caregiver Burden among Informal Caregivers of Rural Elderly in Nepal. *J Health Care and Research*; 1(3), 149-56. doi: <https://doi.org/10.36502/2020/hcr.6173>
- Kok, L., Berden, C., & Sadiraj, K. (2015). Costs and benefits of home care for the elderly versus residential care: a comparison using propensity scores. *Eur J Health Econ*. <https://doi.org/10.1007/s10198-013-0557-1>.
- Lei n.º 100/2019, de 6 de setembro. Aprova o estatuto do cuidador informal, altera o código dos regimes contributivos do sistema previdencial de segurança social e a Lei n.º 13/2003, de 21 de maio. [Portugal]. *Diário da República*, 1.ª série, N.º 171, pp. 3-16. Acedido em <https://dre.pt/application/conteudo/124500714>

- Liu, Z., Heffernan, C., & Tan, J. (2020). Caregiver burden: A concept analysis. *International Journal of Nursing Sciences*; Vol. 7, 4, 438-445, <https://doi.org/10.1016/j.ijnss.2020.07.012>.
- Maio, E. P. (2018). *Capacidades do cuidador informal para cuidar da pessoa com dependência no autocuidado*. (Dissertação de Mestrado, Instituto Politécnico de Leiria). Acedido em <https://iconline.ipleiria.pt/handle/10400.8/3841>
- Moretti, F., & Hübner, A. (2017). O estresse e a máquina de moer alunos do ensino superior: vamos repensar nossa política educacional? *Rev. Psicopedagogia*; 34(105), 258-67. Acedido em [http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0103-84862017000300003](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-84862017000300003)
- MS/MTSSS (2016). Ministério da Saúde/Ministério do Trabalho, Solidariedade e Segurança Social. *Plano de desenvolvimento da RNCCI 2016-2019*. Lisboa: Ministério da Saúde/Ministério do Trabalho, Solidariedade e Segurança Social. Acedido em <https://www.sns.gov.pt/wp-content/uploads/2016/02/Plano-de-desenvolvimento-da-RNCCI.pdf>
- Nazari, H., Jariani, M., Beiranvand, S., Saki, M., Aghajeri, N., & Ebrahimzadeh, F. (2016). The prevalence of job stress and its relationship with burnout syndrome among the academic members of Lorestan University of Medical Sciences. *J Caring Sci.*, 5, 75-84.
- Oldenkamp, M., Bültmann, U., Wittek, R.P.M., Stolk, R.P., Hagedoorn, M., & Smidt, N. (2018). Combining informal care and paid work: The use of work arrangements by working adult-child caregivers in the Netherlands. *Health Soc Care Community*; 26(1), e122-e131. doi: 10.1111/hsc.12485.
- Onwumere, J., Lotey, G., Schulz, J., James, G., Afsharzadegan, R., Harvey, R., et al. (2017). Burnout in early course psychosis caregivers: the role of illness beliefs and coping styles. *Early Interv. Psychiatry*; 11, 237–243. doi: 10.1111/eip.12227
- OMS (2021). *Cuidados de Saúde Primários* [Em linha]. Acedido em <https://www.who.int/world-health-day/world-health-day-2019/fact-sheets/details/primary-health-care>
- Ordem dos Enfermeiros (2001). *Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem: Enquadramento Conceptual Enunciados descritivos*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros. Acedido em <https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8903/divulgar-padroes-de-qualidade-dos-cuidados.pdf>

- Pashib, M., Seyedmoharrami, I., Mohammadi, S., & Maryam, T. (2015). Stress management group therapy on job satisfaction and general health in nurses. *J Torbat Heydariyeh Univ Med Sci.*, 3, 1-7.
- Pestana, M., & Gageiro, J. (2014). *Análise de Dados para Ciências Sociais: A Complementaridade do SPSS* (6ª ed.). Edições Sílabo.
- Plöthner, M., Schmidt, K., de Jong, L., Zeidler, J., & Damm, K. (2019). Needs and preferences of informal caregivers regarding outpatient care for the elderly: a systematic literature review. *BMC geriatrics*, 19(1), 82. <https://doi.org/10.1186/s12877-019-1068-4>
- Portaria n.º 343/2015, de 12 de outubro. [Portugal]. *Diário da República*, 1.ª série, N.º 199, pp. 8815-8831. Acedido em <https://dre.pt/application/conteudo/70508970>
- Portaria n.º 50/2017, de 2 de fevereiro. Portaria que procede à segunda alteração à Portaria n.º 174/2014, de 10 de setembro, alterada pela Portaria n.º 289-A/2015, de 17 de setembro [Portugal]. *Diário da República*, 1.ª série, N.º 24, pp. 608-629. Acedido em <https://dre.pt/application/conteudo/106388650>
- Portugal, SNS. BI-CSP. Acedido em <https://bicsp.min-saude.pt/pt/biufs/2/20022/2182351/Pages/default.aspx>
- Portugal, Unidade de Cuidados Comunidade: UCC Viseu (2019). *Manual de acolhimento. Regulamento 122/2011*. (2011, fevereiro 18). *Regulamento de Competências Comuns do Enfermeiro Especialista*. [Portugal]. *Diário da República*, 2(35), pp. 8648 – 8653. Acedido em <https://dre.pt/application/conteudo/3477011>
- Regulamento 128/2011. (2011, fevereiro 18). *Regulamento de Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública*. [Portugal]. *Diário da República*, 2(35), pp. 8667 – 8669. Acedido em <https://dre.pt/application/conteudo/3477017>
- Regulamento 428/2018. (2018, julho 16). *Regulamento de Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária na Área de Enfermagem de Saúde Comunitária e de Saúde Pública e na Área de Enfermagem de Saúde Familiar*. [Portugal]. *Diário da República*, 2(135), pp. 19354 – 19359. Acedido em <https://dre.pt/application/conteudo/115698616>
- Reis, M.R.Z., & Alvarez, C. (2017). O estatuto do cuidador informal. *Cidade Solidária*; 37, 96-103.
- Resolução da Assembleia da República n.º 130/2016, de 18 de julho. Recomenda ao Governo medidas de apoio aos cuidadores informais e a aprovação do seu estatuto [Portugal]. *Diário da República*, 1.ª série, N.º 136, pp. 2294. Acedido em <https://dre.pt/application/conteudo/74967179>

- Rocha, B.M.P., & Pacheco, J.E.P. (2013). Idoso em situação de dependência: estresse e coping do cuidador informal. *Acta paul. Enferm.*; vol. 26, 1, 50-56. ISSN 1982-0194. Acedido em <http://dx.doi.org/10.1590/S0103-21002013000100009>.
- Rodrigues, A. (2013). *Ser Cuidador de Pessoa com Úlcera por Pressão no Arquipélago dos Açores*. Tese de Doutoramento apresentada ao Departamento de Enfermeria da Universitat Rovira I Virgili, Tarragona, Espanha.
- Roth, D. L., Fredman, L., & Haley, W. E. (2015). Informal caregiving and its impact on health: a reappraisal from population-based studies. *The Gerontologist*, 55(2), 309–319. <https://doi.org/10.1093/geront/gnu177>
- Sarmiento, E., Pinto, P., & Monteiro, S. (2010). *Cuidar do idoso com dificuldades dos familiares*. Coimbra: Formasau.
- Sequeira, C. (2010) – Adaptação e Validação da Escala de Sobrecarga do Cuidador de Zarit. Adaptation and validation of Zarit Burden Interview Scale. Referência. II Série. Nº 12. 9-16. Acedido em <http://www.index-f.com/referencia/2010pdf/12-0916.pdf>
- Sequeira, C. (2018). *Cuidar de Idosos com Dependência Física e Mental*. 2ª Edição Atualizada. Lisboa: Lidel.
- Simões, J., & Garrido, A. (2007). Finalidades das estratégias de supervisão utilizadas em ensino clínico de enfermagem. *Texto Contexto Enferm*, Florianópolis; 16(4), 599-608. Acedido em <http://www.scielo.br/pdf/tce/v16n4/a03v16n4>
- Tuckman, B. (2000). *Manual de Investigação em Educação*. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian
- UMCCI (2011). Unidade de Missão para os Cuidados Continuados Integrados. *Manual do prestador: recomendações para a melhoria contínua*. Acedido em [http://www.acss.min-saude.pt/wp-content/uploads/2016/10/Man\\_Prestador\\_UMCCI-RNCCI.pdf](http://www.acss.min-saude.pt/wp-content/uploads/2016/10/Man_Prestador_UMCCI-RNCCI.pdf)
- Virches, A., Miyazaki, E.T., Santos Junior, R., Duca, W.J., Fucuta, P.S., Silva, R.F., Silva, R.M.C.A Basso, B.P., Domingos, N.A.M., & Miyazaki, M.C.O. (2021). Burden, Stress, and Depression in Informal Caregivers of Patients Pre and Post Liver Transplant. *Transplantation Proceedings*; Vol. 53,1, 233-238, <https://doi.org/10.1016/j.transproceed.2020.02.072>.
- Wikipédia (2020). Viseu. Acedido em <https://pt.wikipedia.org/wiki/Viseu>
- Zahed, S., Emami, M., Eslami, A.A., Barekatin, M., Hassanzadeh, A., & Zamani-Alavijeh, F. (2020). Stress as a challenge in promoting mental health among dementia caregivers. *J Edu Health Promot*; 9, 65, 1-7. DOI: 10.4103/jehp.jehp\_445\_19.

Zubaidi, A.Z.S., Ariffin, F., Oun, C.T.C., & Katiman, D. (2020). Caregiver burden among informal caregivers in the largest specialized palliative care unit in Malaysia: a cross sectional study. *BMC Palliat Care*; 19, 186, 2-15.  
<https://doi.org/10.1186/s12904-020-00691-1>



**Anexos**





4. Monitorizar as respostas a diferentes condições de saúde/doença, em toda a diversidade de situações.																	
5. Promover processos de adaptação eficazes atendendo aos problemas identificados.																	
6. Estabelecer uma relação terapêutica com o utente/família a fim de promover a saúde, a prevenção de doenças e controlo de situações complexas.																	
7. Utilizar adequadamente os sistemas de informatização da UCC Viseu como forma de registo das atividades desenvolvidas.																	
8. Colaborar no planeamento e execução do plano de vacinação da COVID 19, segundo as normas emanadas pela DGS e as indicações aprovadas pela Agência Europeia do Medicamento.																	
9. Avaliar aprendizagem pessoal e as práticas realizadas ao longo do estágio relativamente às competências relacionais/ interpessoais, instrumentais e sistémicas.																	

## Anexo II – Parecer da Comissão de Ética da Administração Regional de Saúde do Centro



### COMISSÃO DE ÉTICA PARA A SAÚDE

<b>PARECER FINAL:</b>  Parecer Favorável.	<b>DESPACHO:</b>  <i>Detenho parecer favorável</i> <u>29.07.2021</u>  Conselho Diretivo da A.R.S. do Centro, I.P.
---	---

<b>ASSUNTO:</b>	50/2021 - “Stresse do cuidador informal dos utentes integrados na Equipa de Cuidados Continuados Integrados: a realidade de uma Unidade de Cuidados na Comunidade”  <i>Dr. João Marques</i> Presidente, <i>Dr. João Rodrigues</i> Vice-Presidente,
-----------------	---

Esta Comissão de Ética deverá receber cópia do relatório final.

<p>Como primeiro autor este trabalho tem como autor principal <b>Ana Isabel Nunes Pereira de Azevedo e Andrade</b> – Professora Adjunto da Escola Superior de Saúde de Viseu - Instituto Politécnico de Viseu e como co-autor <b>Ana Filipa da Costa Figueiredo Diez Carvalho</b> – Estudante do 5º Curso de Mestrado em Enfermagem Comunitária da Escola Superior de Saúde de Viseu, Enfermeira no Centro Hospitalar Tondela-Viseu, EPE</p> <p><b>Objetivos:</b> Avaliar o nível de stresse dos cuidadores informais dos utentes em contexto de ECCI, verificando se o nível de stresse é influenciado pelas variáveis sociodemográficas dos cuidadores informais e das variáveis sociodemográficas e clínicas dos utentes.</p> <p><b>Material e métodos.</b> O estudo é de natureza quantitativa, descritivo e analítico e longitudinal. A variável dependente é o stress dos cuidadores informais, avaliado com recurso à implementação da escala de Zarit. As variáveis independentes são os fatores sociodemográficos dos cuidadores informais e os fatores sociodemográficos e clínicos dos utentes. A amostra em estudo será constituída pelos cuidadores informais dos utentes inseridos na equipa da ECCI da UCC Viseu durante o ano de 2020. A recolha de dados será realizada através da consulta dos registos de enfermagem (suporte papel), presentes na “Ficha Individual do Utente”. Os procedimentos éticos baseiam-se nos pedidos ao Diretor Executivo do ACeS Dão Lafões e à Comissão de Ética da ARS Centro. O estudo que se pretende desenvolver decorrerá nas instalações da Escola Superior de Saúde de Viseu e na Unidade de Cuidados na Comunidade Viseu do ACES Dão Lafões ACES Dão Lafões.</p>	<i>Dr. Mário Rêgo</i> Vigilante, <i>Dr. Fernando Cravo</i> Vocal,
--	--

## COMISSÃO DE ÉTICA PARA A SAÚDE

### **Cronograma:**

O cronograma deve ser re-adaptado.

### **3.5 - Expetativa de resultados (máximo de 200 palavras):**

Após o tratamento e análise dos dados, pretendemos estudar e reconhecer os quais os níveis de stresse a que os cuidadores informais se encontram sujeitos, através da análise de dados. Desta forma pretendemos sugerir e delinear estratégias que visem a promoção da saúde dos cuidadores informais, uma vez que cuidadores saudáveis constituem-se como parceiros no cuidar do seu familiar, potenciando cuidados de excelência e uma melhoria no âmbito da qualidade de vida individual e familiar. Ao procedermos a este aumento de competências no cuidador informal, estaríamos a otimizar a sua autonomia e autoestima, o que se poderá traduzir numa melhoria da satisfação das necessidades dos utentes por eles cuidadas. Estas intervenções serão suportadas num sistema de informação voltado para a literacia em saúde, qualidade de vida e monitorização dos prestadores de cuidados dos utentes inseridos na ECCL.

Tendo sido solicitado o conhecimento do processo de obtenção de dados, nomeadamente quanto a quem tem acesso aos dados e como tem tal acesso, bem como das variáveis a estudar recebemos resposta satisfatória quanto às questões:

Quem de facto acede aos dados?

Como é garantido o anonimato?

É referido que os dados existem na Escola e serão estudados em anonimato o que se não entende.

O protocolo refere estudo de fatores clínicos dos casos não havendo referência a tal na carta enviada com esclarecimentos.

Assim sendo é dado parecer favorável. O cronograma deve ser re-alendarizado.

### **Local de realização:**

ACCES Dão Lafões

Concordância das instituições em que se realizará o trabalho:

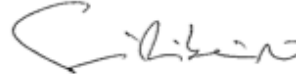
Não existem todas as necessárias declarações bem como o consentimento das instituições dos autores do trabalho. Não se entende o email do ACES Dão Lafões como autorização para a realização do trabalho.

Termo de consentimento informado: Não aplicável.



Luiz Miguel Santiago  
Relator

Carlos Fontes Ribeiro  
Presidente da Comissão de Ética



## Anexo III – Instrumento de recolha de dados



Ficha Individual do Utente  
ECCI de Viseu

DADOS DO UTENTE		
Nome: _____		
Morada: _____		
Data de Nascimento: ___/___/___ Idade: ____ SNS: _____ Unidade: _____		
Enf. de Família: _____ Médico de Família: _____ Enf. Gestor: _____		
Estado civil: _____ Profissão: _____ Escolaridade: _____		
COLHEITA DE DADOS		
Antecedentes Pessoais:		
História de doença atual:		
Prescrição atual:	Alterações medicamentosas:	
RELAÇÃO UTENTE / FAMÍLIA		
Vive com: _____ Coabitantes: _____ Necessita de ajuda dos familiares? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não		
Tem família próxima que possa ajudar? <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim, Quem? _____		
Prestador Informal: _____		
Grau de parentesco: _____ Contacto (s): _____		
<b>Apoio familiar:</b> <input type="checkbox"/> Interesse <input type="checkbox"/> Desinteresse <input type="checkbox"/> Super proteção <input type="checkbox"/> Substituição		
Serviço de Apoio domiciliário (SAD): <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim, Qual: _____ Contacto: _____		
<b>Alergias:</b>		
REFERENCIAÇÃO / MOTIVO		
<b>Origem:</b> EGA Hospitalar <input type="checkbox"/> Qual? _____ EIHCPC <input type="checkbox"/> ACeS DL <input type="checkbox"/> Qual? _____ RNCCI <input type="checkbox"/> Qual? _____	<b>Motivo de Admissão:</b> <input type="checkbox"/> CP <input type="checkbox"/> Tratamento de feridas <input type="checkbox"/> Recuperação funcional <input type="checkbox"/> GRT <input type="checkbox"/> Outro _____	<b>Motivo de Permanência:</b> <input type="checkbox"/> CP <input type="checkbox"/> Tratamento de feridas <input type="checkbox"/> Recuperação funcional <input type="checkbox"/> GRT <input type="checkbox"/> Outro _____
ADMISSÃO		
Data: ___/___/___	<b>Indicador 280 – 1ª visita</b>	
Consentimento Informado: <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim	Enfermeiro (24h) –presencial <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim	Equipa (48h) <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim Qual _____



Ficha Individual do Utente  
ECCI de Viséu

**CARACTERIZAÇÃO DO PRESTADOR DE CUIDADOS**

**Fatores Pessoais**

**Género:**  Masculino  Feminino

**Idade:** \_\_\_\_\_ **Estado Civil:**  Casado  Solteiro  Divorciado  Viúvo  Outro \_\_\_\_\_

**Escolaridade:**  Não sabe ler e escrever  Ler e escrever sem 4ª classe  Instrução primária completa  Ciclo preparatório  
 Curso licencial completo  Curso técnico  Licenciatura  Outro \_\_\_\_\_

**Situação perante o trabalho:**  Empregada  Desempregada  Doméstica  Estudante  Reformado  Outro \_\_\_\_\_

**A pessoa a quem presta cuidados é:**  Marido/esposa  Mãe/Pai  Sogro/sogra  Avó/Avô  Irmão/Irmã  Amigo/vizinho  
 outro \_\_\_\_\_

**Fatores Situacionais**

**- Vive no mesmo domicílio com a pessoa a quem presta cuidados?**

Sim  Não

**- Há quanto tempo presta cuidados?**

Menos de 1 ano  Entre a 1 a 5 anos  Entre 5 a 10 anos  Mais de 10 anos

**- Partilha a responsabilidades da prestação de cuidados com outra pessoa?**

Não  Sim Qual? \_\_\_\_\_

**- Tem ajuda de outros serviços de forma regular na prestação de cuidados?**

Não  Sim Qual? \_\_\_\_\_

**- Nos últimos 6 meses teve de faltar ao trabalho por motivo de doença sua?**

Não  Sim Qual? \_\_\_\_\_

**- Nos últimos 6 meses teve de faltar ao trabalho por motivo de doença da pessoa de quem está a cuidar?**

Não  Sim Qual? \_\_\_\_\_



Ficha Individual do Utente  
ECCI de Viséu

SOBRECARGA DO CUIDADOR – Escala de Zarit														
Data	48h	15d	1ºm	2ºm	3ºm	4ºm	5ºm	6ºm	7ºm	8ºm	9ºm	10ºm	11ºm	12ºm
Zarit Score (Anexo 2)														
Acompanhamento de psicologia (S/N)														
Acompanhamento de TSS (S/N)														
Orientação para SAD (S/N)														
Internamento Hospitalar (S/N)														
Transferência de Tipologia (S/N)														
Observações														
<b>Nota:</b> No Clínico levantar foco "Papel do prestador de cuidados" e o diagnóstico "Avaliar stress do prestador de cuidados". Realizar pelo menos 2 avaliações. A escala encontra-se em anexo 2. <b>Score:</b> ausência de sobrecarga ( $\leq 21$ ); sobrecarga moderada ( <b>21-40</b> ); sobrecarga moderada a severa ( <b>41-60</b> ) e sobrecarga severa ( $\geq 61$ ).														



Ficha Individual do Utente  
ECCI de Viséu

### Inquérito ao familiar cuidador segundo a escala de Zarit

A Escala de Zarit é uma escala que avalia a sobrecarga do familiar cuidador.

Leia atentamente cada uma das questões e indique de que modo reflecte a sua experiência enquanto prestador de cuidados colocando um círculo ( 0 ) no espaço que melhor corresponder á sua opinião.

Não existem respostas certas ou erradas.

Faça um círculo na resposta que mais se aproxima daquilo que sente relativamente ao seu familiar.

	Nunca	Raramente	Às vezes	Muito Frequentemente	Quase sempre
1. Sente que o seu familiar lhe pede mais ajuda do que aquela que precisa?	0	1	2	3	4
2. Sente que devido ao tempo que passa com o seu familiar não dispõe de tempo suficiente para si próprio/a?	0	1	2	3	4
3. Sente-se enervado quando tenta conciliar os cuidados ao seu familiar com outras tarefas relacionadas com a sua família ou com a sua profissão?	0	1	2	3	4
4. Sente-se incomodado/a pelo modo como o seu familiar se comporta?	0	1	2	3	4
5. Sente-se irritado quando está com o seu familiar?	0	1	2	3	4
6. Sente que o seu familiar afecta as suas relações com outros membros da família ou com amigos, de forma negativa?	0	1	2	3	4
7. Tem receio sobre o que pode acontecer ao seu familiar no futuro?	0	1	2	3	4
8. Sente que o seu familiar está dependente de si?	0	1	2	3	4
9. Sente-se constrangido quando está ao pé do seu familiar?	0	1	2	3	4



Ficha Individual do Utente  
ECCI de Viseu

10. Sente que a sua saúde está a sofrer por causa do seu envolvimento com o seu familiar?	0	1	2	3	4
11. Sente que não dispõe de tanta privacidade como gostaria de ter por causa do seu familiar?	0	1	2	3	4
12. Sente que a sua vida social foi afectada pelo facto de estar a cuidar do seu familiar?	0	1	2	3	4
13. Sente-se pouco à vontade para convidar os seus amigos a virem a sua causa por causa do seu familiar?	0	1	2	3	4
14. Sente que o seu familiar parece esperar que cuide dele/a como se fosse a única pessoa de quem ele pode depender?	0	1	2	3	4
15. Sente que não tem dinheiro suficiente para cuidar do seu familiar enquanto suporta ao mesmo tempo as suas restantes despesas?	0	1	2	3	4
16. Sente que não pode continuar a cuidar do seu familiar por muito mais tempo?	0	1	2	3	4
17. Sente que perdeu o controlo da sua vida desde que o seu familiar adoeceu?	0	1	2	3	4
18. Gostaria de poder transferir o trabalho que tem com o seu familiar para outra pessoa?	0	1	2	3	4
19. Sente-se inseguro sobre o que fazer quanto ao seu familiar?	0	1	2	3	4
20. Sente que poderia fazer mais pelo seu familiar?	0	1	2	3	4
21. Pensa que poderia cuidar melhor do seu familiar?	0	1	2	3	4
22. Finalmente, sente-se muito sobrecarregado por cuidar do seu familiar?	0	1	2	3	4