

IPV - ESSV |



Instituto Politécnico de Viseu

Escola Superior de Saúde de Viseu

Instituto Politécnico de Viseu

Escola Superior de Saúde de Viseu

Trabalho efectuado sob a orientação de



À minha esposa.

Ao meu filho.

À minha família.

Agradecimentos

O presente estudo procura contribuir para a valorização do papel dos profissionais de enfermagem na melhoria dos cuidados de saúde prestados às comunidades, para atingir o objetivo a que se propôs teve o contributo de várias pessoas.

Em primeiro lugar um agradecimento aos cuidadores informais utentes do Aces Dão Lafões das regiões de Viseu, Mangualde e São Pedro do Sul que contribuíram para que o trabalho atingisse o objetivo principal conhecer as suas dificuldades.

À Professora Doutora Maria Odete Pereira Amaral pela sua orientação, paciência e estímulo dado durante todos os momentos deste trabalho.

Às equipas de enfermagem e restantes profissionais de saúde das unidades onde decorreu o estudo pela capacidade de colaboração e empenho demonstradas.

Às funcionárias da Biblioteca da Escola Superior de Saúde de Viseu pela sua ajuda e colaboração neste trabalho.

Aos colegas de curso pela aprendizagem que me proporcionaram.

À toda a equipa do serviço de Medicina/ Paliativos do Centro Hospitalar Tondela – Viseu, unidade de Tondela, por me devolverem a vontade de crescer como profissional de enfermagem ao serviço dos utentes.

A todos um muito Obrigado...

Resumo

Introdução: Atualmente, as alterações demográficas e epidemiológicas vivenciadas em Portugal tornou-o um país envelhecido conduzindo à necessidade de cuidar das pessoas dependentes. Surge o cuidador da pessoa dependente que, na maioria dos casos, quer por razões de afinidade, quer por razões económicas é desempenhado pelos indivíduos que se encontram na rede mais próxima da pessoa dependente denominados de cuidadores informais. Assim, este estudo tem como objetivos identificar as dificuldades percebidas pelos cuidadores informais de pessoas dependentes; identificar as variáveis sociodemográficas e de contexto de prestação de cuidados associadas às dificuldades sentidas pelos cuidadores informais e avaliar a influência do grau de dependência dos indivíduos com as dificuldades sentidas pelos cuidadores informais.

Método: Realizou-se um estudo transversal e analítico. A amostra ficou constituída por 77 cuidadores informais, sendo a maioria do género feminino (88,3%), com idades compreendidas entre os 22 e os 96 anos (uma média de $57,03 \pm 13,52$ anos), 84,4% dos cuidadores eram casados / união de facto; 70,1% viviam no meio rural; a maioria possuía habilitações literárias $\leq 1^\circ$ ciclo (36,4 %) e $\geq 10^\circ$ ano de escolaridade; pertenciam a um agregado familiar constituído por duas pessoas, habitando com o cônjuge ou companheiro (84,4%). Recorreu-se ao questionário como instrumento de colheita de dados. O questionário era constituído por variáveis sociodemográficas e de contexto de prestação de cuidados referentes ao cuidador informal e à pessoa dependente, pela Escala *Carers Assessment of Difficultys Index* (CADI) para identificar as necessidades do cuidador informal e pelo Índice de Barthel para identificar o grau de dependência.

Resultados: Os cuidadores informais manifestaram como dificuldades as identificadas pelo CADI, problemas relacionais, reações à prestação de cuidados, exigências de ordem física, restrições na vida social, deficiente apoio familiar, deficiente apoio profissional e os problemas financeiros. Verificou-se que 32,5% dos indivíduos eram totalmente dependentes, 27,2% independentes ou com dependência ligeira, 22,1% com dependência severa e 18,2% com dependência moderada, totalizando 72,8% dos indivíduos da amostra com dependência moderada a elevada. As variáveis sociodemográficas que se associaram com as dificuldades percebidas pelo cuidador foram a idade ($p=0,042$), o estado civil ($p=0,029$) e as habilitações literárias do cuidador ($p=0,041$). Em relação às variáveis de contexto de prestação de cuidados verificaram-se resultados estatisticamente significativos para as variáveis: tempo de prestação de cuidados, distância de prestação de cuidados, existência de apoios sociais, existência de apoio de outras pessoas e grau de dependência. No que concerne ao grau de dependência percebeu-se que tem influencia na percepção da dificuldades relacionadas com as exigências de ordem física.

Conclusões: Os cuidadores informais perceberam algumas dificuldades fruto do cuidar a pessoa dependente. Estas dificuldades através de um acompanhamento estruturado e planeado permitindo a capacitação dos cuidadores podiam ser mitigadas. É, portanto, imperativo o papel do Enfermeiro, designadamente do Enfermeiro Especialista em Saúde Comunitária no desenvolvimento de programas e projetos de intervenção, com vista à capacitação e *empowerment* das comunidades com o objetivo de promover cuidados de saúde mais abrangentes e promotores da otimização de recursos.

Palavras-chave

Pessoa dependente; Cuidador informal; Dificuldades

Abstract

Introduction: Currently, the demographic and epidemiological changes experienced in Portugal have made it an aged country leading to the need of taking care for people with needs. The caregiver emerges and, in most cases, either for affinity or for economic reasons, is played by individuals who are in the closest network of the dependent person and it's called informal caregivers. Thus, this study aims to identify the difficulties perceived by informal caregivers of dependent people; The objective of this study is to identify the sociodemographic and care context variables associated with the difficulties experienced by informal caregivers and to evaluate the influence of the dependence degree of individuals with the difficulties experienced by the Informal caregivers. **Method:** A cross-sectional and analytical study was performed. The sample consisted of 77 informal caregivers, being the majority of the female gender (88.3%), aged between 22 and 96 years (an average of $57,03 \pm 13,52$ years), 84.4% of the caregivers were a couple; 70.1% lived in the rural environment; The majority had literary qualifications \leq 1st cycle (36.4%) and \geq 10 years of schooling; belonged to a household consisting of two people, inhabiting with the spouse or partner (84.4%). The questionnaire was used as a data collection tool. The questionnaire consisted of sociodemographic variables and context of care delivery regarding the informal caregiver and the dependent person, the scale carers Assesmente of Difficultys Index (cadi) was used to identify the needs of the caregiver and the Barthel index to identify the degree of dependence. **Results:** Informal caregivers manifested difficulties as identified by the cadi, relational problems, reactions to the provision of care, physical demands, restrictions on social life, poor family support, poor support Professional and financial problems. It was verified that 32.5% of the individuals were totally dependent, 27.2% independent or with slight dependence, 22.1% with severe dependence and 18.2% with moderate dependence, totaling 72.8% of the individuals in the sample with moderate to high dependence. The sociodemographic variables that were associated with the difficulties perceived by the caregiver were age ($P = 0,042$), marital status ($P = 0,029$) and Caregiver's literary qualifications ($P = 0,041$). Regarding the variables of care context, statistically significant results were observed for the variables: time of care delivery, distance of care delivery, existence of social support, existence of Other people and degree of dependence. Regarding the degree of dependence, it was perceived that it has an influence on the perception of difficulties related to the demands of physical order.

Conclusions: Informal caregivers perceived some difficulties resulting from caring for the dependent person. These difficulties through a structured and planned follow-up allowing the training of caregivers could be mitigated. It is, therefore, imperative the role of the nurse, namely the nurse specialized in community health in the development of programs and intervention projects, with a view to the training and empowerment of communities in order to promote care of Broader health and resource optimization promoters.

Keywords

Family Caregivers, Informal care, difficulties

Sumário

LISTA DE TABELAS.....	I
LISTA DE QUADROS.....	II
LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS	III
INTRODUÇÃO	23
1. PROCESSO DE ENVELHECIMENTO E DEPENDÊNCIA	27
2. CUIDADOR INFORMAL	29
2.1. DIFICULDADES DO CUIDADOR INFORMAL	31
3. MÉTODO	39
3.1. JUSTIFICAÇÃO DO TEMA	39
3.2. TIPO DE ESTUDO.....	41
3.3. AMOSTRA	41
3.4. INSTRUMENTO DE COLHEITA DE DADOS	43
3.5. OPERACIONALIZAÇÃO DAS VARIÁVEIS EM ESTUDO	43
3.6. PROCEDIMENTOS ÉTICOS E FORMAIS	49
3.7. ANÁLISE ESTATÍSTICA.....	50
4. RESULTADOS	51
4.1. CARACTERIZAÇÃO SOCIODEMOGRÁFICA E FUNCIONAL DAS PESSOAS DEPENDENTES.....	51
CONTEXTOSOCIO FAMILIAR DO CUIDADOR INFORMAL.....	52
CONTEXTODAPRESTAÇÃO DE CUIDADOS	52
TIPO DE CUIDADOS PRESTADOS	54
RESPOSTAS FORMAIS UTILIZADAS.....	55
4.2. DIFICULDADES PERCECIONADAS PELOS CUIDADORES	55
PROBLEMAS RELACIONAIS COM A PESSOA DEPENDENTE	55
REAÇÕES À PRESTAÇÃO DE CUIDADOS.....	56
EXIGÊNCIAS DE ORDEM FÍSICA DA PRESTAÇÃO DE CUIDADOS ..	57

RESTRIÇÕES NA VIDA SOCIAL	58
DEFICIENTE APOIO FAMILIAR.....	59
DEFICIENTE APOIO PROFISSIONAL.....	59
4.3. ANÁLISE INFERENCIAL	61
VARIÁVEIS SOCIODEMOGRÁFICAS ASSOCIADAS COM AS DIFICULDADES PERCECIONADAS PELOS CUIDADORES	61
VARIÁVEIS DE CONTEXTO DA PRESTAÇÃO DE CUIDADOS E A PERCEÇÃO DE DIFICULDADES NO CUIDAR	61
5. DISCUSSÃO DE RESULTADOS.....	67
PERFIL SOCIODEMOGRÁFICO DOS CUIDADORES E CONTEXTO DE PRESTAÇÃO DE CUIDADOS	67
DIFICULDADES DO CUIDADOR INFORMAL	69
6. CONCLUSÃO	73
REFERÊNCIAS	77
ANEXO I (INSTRUMENTO DE COLHEITA DE DADOS)	83
ANEXO II (PARECER DA COMISSÃO DE ÉTICA DA ESSV, PARECERES DA ARS CENTRO E PARECER DO ACES DÃO LAFÕES)	92
ANEXO III (AUTORIZAÇÃO PARA UTILIZAÇÃO DA ESCALA CADI)	105

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Caracterização sociodemográfica dos cuidadores informais	42
Tabela 2 - Dimensões da Escala CADI	47
Tabela 3 - Correlação entre as pontuações das dimensões e a pontuação global do CADI.	48
Tabela 4 - Caraterização sociodemográfica da pessoa dependente.....	51
Tabela 5 - Caraterização funcional da pessoa dependente.....	52
Tabela 6 - Contexto sociofamiliar dos cuidadores informais.....	52
Tabela 7 –Variáveis de contexto da prestação de cuidados.....	53
Tabela 8 - Cuidadores informais segundo o tipo de apoio/ cuidados prestados	54
Tabela 9 - Respostas formais utilizadas no cuidar da pessoa dependente	55
Tabela 10 - Variáveis sociodemográficas e a perceção das dificuldades no cuidar.....	63
Tabela 11 - Variáveis de contexto de prestação de cuidados e a perceção das dificuldades no cuidar	64

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 - Variáveis utilizadas na caracterização sociodemográfica	44
Quadro 2 – variáveis utilizadas na caracterização da Situação como prestador de cuidados	45
Quadro 3 – Problemas relacionais com a pessoa dependente	56
Quadro 4 – Descrição das Reações à prestação de cuidados.....	57
Quadro 6 – Apresentação do itens da dimensão Restrições na vida social	59
Quadro 7 – Deficiente apoio familiar	59
Quadro 8 – Deficiente apoio profissional.....	60
Quadro 9 – Problemas financeiros	60
Quadro 10 – Não consigo dedicar tempo suficiente às outras pessoas da família.....	60

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ACES – Agrupamento de Centros de Saúde
ARS - Administração Regional do Saúde
AVC - Acidente Vascular Cerebral
AVC – Acidente vascular cerebral
CADI - Índice de Avaliação das Dificuldades do Cuidador
Cf. - Conforme
CI – Cuidador informal
Cit. por - Citado por
CNP - Classificação Nacional de Profissões
CV - Coeficiente de Variação
Dp - Desvio Padrão
DPCO – Doença pulmonar crónica obstrutiva
ECCI - Equipas de Cuidados Continuados Integrados
Fem. - Feminino
HTA - Hipertensão Arterial
IPSS - Instituição Particular de Solidariedade Social
Km - Quilómetro
KW – Teste Kruskal Wallis
Masc. - Masculino
Máx - Máximo
Min - Mínimo
MTSS - Ministério do Trabalho e Solidariedade Social
OE – Ordem dos Enfermeiros
OM – Ordenação média
OMS - Organização Mundial de Saúde
U – Teste U Mann-Whitney

INTRODUÇÃO

Em consequência das alterações demográficas e epidemiológicas da sociedade atual, constata-se que Portugal é um país envelhecido, à semelhança de outros países desenvolvidos (Pordata, 2018). O índice de envelhecimento em 2011 foi de 123,8% e em 2017 de 153,2 %. Com o envelhecimento verifica-se uma elevada prevalência e incidência de doenças crónicas e incapacitantes que acarretam dependências, o índice de dependência dos idosos aumentou entre 2011 e 2017 de 28,5% para 32,9%. Este aumento cria a necessidade de responder às incapacidades destes indivíduos surgindo, por este motivo, o papel do cuidador que, na maioria dos casos, quer por razões de afinidade, quer por razões económicas, é interpretado por aqueles que se encontram na rede mais próxima da pessoa dependente. Apresenta-se o cuidador informal que tenta responder às necessidades do indivíduo a seu encargo, ao seu cuidado. Este papel não aparece livre de consequências, provocando necessidades a vários níveis no prestador de cuidados, necessidades essas que procuraremos elencar no trabalho por nós elaborado, procurando com este relatório oferecer respostas que tenham como consequência mais valias ao nível dos cuidados informais.

O ato de cuidar tem com premissa o cuidar de alguém com o objetivo de lhe oferecer algo de bom, maior qualidade de vida e bem-estar. Pressupõe-se, portanto, que cuidar é ser atencioso no contato com alguém, na preocupação com o outro e na satisfação das suas necessidades (Rocha, 2009). No contexto que se pretende estudar pode-se referir que o ato de cuidar consiste em permitir que um indivíduo, com incapacidades físicas e /ou psicoafetivas, consiga suprir as suas necessidades quotidianas. Considera-se cuidador informal (CI) o indivíduo que tem uma relação não institucional baseada em relações pré-existentes, pressupondo apenas a "...disponibilidade graciosa, mais ou menos mediada por coações socialmente impostas, por parte do cuidador" (Cunha, 2011).

Os cuidadores informais, na maioria dos casos preenchem as falhas dos serviços formais de saúde, complementando-os e fornecendo, no contexto Europeu, cerca de 80% de todos os cuidados prestados à pessoa dependente. É um papel com alguma complexidade ultrapassando muitas vezes a simples ajuda à pessoa na realização das suas atividades básicas de vida diária (ABVD). Os cuidadores desempenham uma função de responsabilidade, na identificação de alterações na saúde da pessoa dependente, na prestação de cuidados, na manutenção de uma vida ativa, sendo a linha da frente no que diz respeito à deteção de alterações na saúde da pessoa que cuidam e desempenhando uma ação de parceria com o sistema de saúde que não

deve ser negligenciada e sim valorizada (Pereira, 2013). Esta prestação de cuidados informais é um processo que se revela dinâmico e bastante complexo, relacionando-se com a evolução da própria doença, o tipo de dependência, o contexto familiar, a rede de apoio de retaguarda, entre outros.

A escolha do cuidador, quer por parte do indivíduo, quer pela “força das circunstâncias”, relaciona-se essencialmente com a história pessoal e familiar da pessoa dependente, bem como nos contextos sociais e culturais em que se encontra inserida (Sequeira, 2010).

Tendo em conta a importância do papel desempenhado por todos os cuidadores informais, e da necessidade de alertar e sensibilizar os profissionais de saúde da importância de educar e formar, no sentido de prevenir certas dificuldades e facilitar a sua prestação de cuidados, decidiu-se circunscrever o objetivo deste estudo, na seguinte questão de investigação: “Quais os fatores que influenciam as dificuldades sentidas pelo cuidador informal da pessoa dependente?”.

Resumindo, o estudo apresentado, foi desenvolvido com a convicção de que o tema é atual e pertinente num contexto social em que há cada vez mais a preocupação com a melhoria da qualidade dos cuidados de saúde tendo em conta igualmente a gestão adequada dos recursos. Considera-se que este relatório poderá trazer importantes implicações práticas, provocando debate e reflexão na comunidade de saúde assim como na promoção de políticas de saúde direcionadas às dificuldades e necessidades da população. Com este estudo procurou-se contribuir para uma melhor compreensão da problemática das dificuldades dos cuidadores informais, facultando deste modo um suporte teórico a todos aqueles que de forma direta ou indireta têm um papel ativo sobre a qualidade de vida dos indivíduos com esta função. Este relatório de mestrado inseriu-se no Projeto de Investigação *Medelderly* (FCT / MCTES), Portugal 2020 e do Centro 2020 (SAICT-POL / 23585/2016) e também foi desenvolvido para identificar necessidades em cuidadores informais por forma a auxiliar no diagnóstico de situação para o desenvolvimento de um plano de intervenção do Projeto “Olhar + para quem cuida” da ESSV.

O presente relatório está estruturado em duas partes fundamentais. Numa primeira parte, apresentamos a fundamentação teórica, realizada a partir da consulta e da análise bibliográfica, na qual é proporcionado um esquema conceptualizado dos temas abordados, tais como: o envelhecimento, o cuidador informal e o papel do enfermeiro na preparação do cuidador informal. Na segunda parte, que constitui a investigação empírica, será abordada a metodologia do trabalho, a análise e discussão dos resultados e por fim, a conclusão na qual são apresentadas as sugestões.

PARTE I - ENQUADRAMENTO TEÓRICO

1. PROCESSO DE ENVELHECIMENTO E DEPENDÊNCIA

Considerando o envelhecimento como uma conquista da sociedade atual, baseado numa evolução salutar dos cuidados de saúde e do progresso civilizacional, observa-se também uma fonte de preocupação e desafio com o objetivo de promover uma ancianidade ativa e com manutenção da qualidade de vida.

Nos últimos 50 anos os desenvolvimentos socioeconómicos em algumas regiões do globo foram acompanhados por uma diminuição da taxa de fertilidade, aumento da esperança média de vida e aumento do índice de envelhecimento, conduzindo a mudanças demográficas (WHO, 2018). O investimento nos cuidados prestados a esta população envelhecida tem como objetivo a manutenção de uma independência funcional como indicador de um envelhecimento bem-sucedido.

Existem numerosas alterações fisiológicas intrínsecas ao aumento de idade, sendo que, para os indivíduos idosos o risco de desenvolvimento de doenças crónicas aumenta, assim como a necessidade de cuidados. Aos 60 anos de idade as incapacidades e comorbilidades mais frequentes são relacionadas com a visão, audição e mobilidade, concomitantemente com doenças como a demência, a patologia cardíaca, o acidente vascular cerebral (AVC), a doença pulmonar crónica obstrutiva (DPCO), a diabetes e osteoartrites (WHO 2018). Neste sentido, o envelhecimento pode ser considerado um processo dinâmico, pessoal e transversal à vida do indivíduo afetando-o em vários domínios: fisiológico, psicológico e social. Paschoal (2007), reconhece que, apesar da maioria dos idosos poder não ser dependente, essa probabilidade aumenta com a idade, com o aparecimento de inúmeras patologias degenerativas de evolução prolongada, as quais originam, por vezes, dependência física, mental ou social. Concomitantemente ao envelhecimento e aos diferentes graus de dependência dos idosos surgem as consequências nos cuidadores informais (Fragoero,2009; Mendes, Miranda & Borges, 2010). Nas etapas mais avançadas da vida, diversos elementos da equipa multidisciplinar devem estar envolvidos no apoio ao idoso dependente, aos seus cuidadores e familiares.

O envelhecimento pode, portanto, considerar-se um processo inevitável de caráter biológico que se assinala por uma perda progressiva de funções sensoriais e motoras, com o conseqüente aumento de vulnerabilidade às doenças que podem afetar a funcionalidade, mobilidade e a independência tendo como principal efeito impedimento de um envelhecimento saudável e autónomo.

Habitualmente gera-se uma dependência no idoso como resultado de um declínio funcional da pessoa em consequência, muitas vezes, do aparecimento da complicação de uma patologia ou após um acidente. Esta dependência nos idosos pode ainda ser agravada por outros fatores, tais como uma alimentação deficitária, a falta de ajudas técnicas, ambientes inadaptados, entre outros.

De acordo com Sequeira (2010) “entende-se por dependência a incapacidade do indivíduo para alcançar um nível de satisfação aceitável relativamente às suas necessidades, pelo facto de se encontrar impossibilitado de adotar comportamentos ou realizar tarefas sem a ajuda de outros”. De acordo com o Dec. Lei nº 101 de 6 de Junho de 2006 (p. 3857), a dependência é uma “situação em que se encontra a pessoa que, por falta ou perda de autonomia física, psíquica ou intelectual, resultante ou agravada por doença crónica, demência orgânica, sequelas pós-traumáticas, deficiência, doença severa e ou incurável em fase avançada, ausência ou escassez de apoio familiar ou de outra natureza, não consegue, por si só, realizar as atividades da vida diária”.

Considera-se, portanto, que a dependência é a necessidade de assistência nas atividades do quotidiano, atividades estas que o indivíduo já não tem capacidade para realizar ou que, por outro lado, não tem vontade para realizar. Estas situações de alteração da dinâmica familiar provocadas pela perda de autonomia também conduzem a situações de fragilidade no seio da família.

É, então, importante compreender como se determina que um indivíduo é dependente. Os primeiros estudos apresentados por Katz e colaboradores (1963) e Lawton & Brody (1969) consideraram dois grupos distintos de atividades: as atividades básicas de vida diária (ABVD) e as atividades instrumentais de vida diária (AIVD) (Figueiredo, 2007).

Torna-se, portanto, importante determinar o tipo de cuidados necessários através da avaliação do grau da dependência. Avaliação essa que é realizada muitas vezes pela aplicação de escalas de capacidade funcional, com o principal objetivo de, em contexto clínico, ser uma forma de determinar a evolução dos doentes. Classifica-se a dependência em três níveis: ligeira, moderada ou grave. Sendo que: o idoso com baixo grau de dependência apenas necessita de supervisão ou vigilância, pois apresenta algum grau de autonomia para a realização das ABVD; a dependência moderada refere-se ao indivíduo que necessita de apoio de terceiros para algumas tarefas específicas; finalmente a dependência grave é afeta aos idosos que necessitam de ajuda permanente no seu quotidiano sem possibilidade de suprimir as suas ABVD mais básicas com segurança (idem).

Utilizando a linguagem da Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE), a dependência significa “estar dependente de alguém ou alguma coisa para ajuda e apoio” (Conselho Internacional de Enfermeiros, 2006, p. 107).

2. CUIDADOR INFORMAL

O ato de cuidar é ser atencioso no contato com alguém, na preocupação com o outro e na satisfação das suas necessidades. Em Enfermagem, o ato de cuidar consiste em permitir que um indivíduo, com incapacidades físicas e /ou psicoafetivas, consiga suprir as suas necessidades quotidianas. Para Collière (1999, p.155), “cuidar é, aprender a ter em conta dois ‘parceiros’ de cuidados: o que trata e o que é tratado”. Refere igualmente que cuidar é um ato individual que é prestado a nós próprios, desde que é adquirida a autonomia sendo, no entanto, igualmente um ato de reciprocidade quando prestado a uma pessoa que, temporariamente ou definitivamente, demonstra necessidade de ajuda para assumir as suas necessidades vitais. Observando o que significa cuidar, todas as pessoas cuidam, os profissionais e os não profissionais.

O cuidador, aquele que cuida, neste estudo, o cuidador informal, é o indivíduo que, independentemente da formação que tem, é responsável de um modo informal e não remunerado, por prestar os cuidados a outro indivíduo (Abrantes, 2014 p. 11). O cuidador é, portanto, o indivíduo que presta este “serviço” a outro indivíduo da mesma rede social (familiar, amigo, vizinho). Neste núcleo os cuidadores familiares são aqueles que merecem maior destaque, pois são em número claramente superior e assumem o papel, normalmente, por períodos mais longos, exercendo mais tipo de cuidados (Abrantes, 2014 p. 11).

O cuidador informal pode ser considerado como primário ou principal; secundário e terciário (Abrantes, 2014; Sequeira, 2010). O Cuidador primário ou principal é o que assume a responsabilidade de supervisionar, orientar diretamente o idoso, realizando a maior parte dos cuidados; o cuidador secundário ajuda na prestação de cuidados de forma ocasional, mas não tem responsabilidade e o cuidador terciário pode ser um amigo, vizinho que esporadicamente ajuda quando é solicitado, mas não tem qualquer responsabilidade (Sequeira, 2010). Contudo, Martín (2005) distingue dois tipos de cuidadores informais: o cuidador informal principal e o cuidador informal secundário. O cuidador informal principal é a pessoa que proporciona a maior parte dos cuidados, que não é remunerada e sobre quem recai mais de metade da responsabilidade dos cuidados ao idoso dependente. Este cuidador pode ser auxiliado por outros familiares, amigos, voluntários ou profissionais. O cuidador informal secundário é alguém que ajuda na prestação de cuidados de forma ocasional ou regular, mas não tem a responsabilidade de cuidar, ou seja, são habitualmente familiares, amigos ou vizinhos próximos que auxiliam o cuidador principal

em algumas tarefas ou, pontualmente, quando solicitados. Esta ajuda pode ser ao nível da prestação direta de cuidados, na esfera económica, no apoio em atividades sociais ou de lazer. De acordo com Cunha (2011), é “uma relação não institucional, na medida em que pressupõe a inexistência de uma estrutura contratual, fundando-se em relações pré-existentes entre os dois vértices da relação, e pressupondo, apenas, a disponibilidade graciosa, mais ou menos mediada por coações socialmente impostas, por parte do cuidador.”

O conceito de cuidador informal é definido por diversos autores como a pessoa que realiza mais de metade das tarefas, sejam relativas ao transporte do idoso, às tarefas domésticas, à preparação de refeições, ao tratamento de roupa, aos cuidados pessoais e de suporte financeiro. Os fatores facilitadores da assunção dessa função são: relação familiar; coresidência; género do cuidador e do recetor de cuidados; condicionantes dos descendentes.

É no contexto familiar que se processa, normalmente, a assimilação do papel do cuidador, não havendo por parte dos indivíduos a perceção exata do momento em que se identificam como cuidadores. Considera-se que, na maioria dos casos, o momento em que a pessoa se assume como prestador de cuidados pode ser diferente do momento em que se iniciaram os cuidados, uma vez que o apoio ao cuidado se vai adaptando às necessidades do indivíduo (Nascimento, 2014).

Quando o indivíduo dependente é casado, o cônjuge surge como o principal cuidador. Muitas vezes o cônjuge é um idoso com alguma incapacidade, simultaneamente prestador e beneficiário de cuidados. Segue-se a descendência, com predominância do sexo feminino, ou seja, na ausência do cônjuge, é geralmente a filha que assume o papel de principal prestadora de cuidados (Martins, 2013, p.49). A decisão por parte dos filhos depende da necessidade e recursos dos pais dependentes, bem como da sua disponibilidade e situação laboral. Um papel várias vezes assumido de forma súbita como consequência de um acontecimento inesperado como a doença ou acidente de alguém que precisa de acompanhamento, viuvez, demissão ou falecimento da pessoa que prestava anteriormente os cuidados, entre outros. Não obstante o referido anteriormente, o cuidador informal pode também assumir este papel de forma lenta e progressiva quando o indivíduo cuidado apresenta uma perda gradual e lenta de autonomia. Nascimento (2014) indica que para além dos dois processos descritos pode-se referir a existência de um outro processo, que denomina de vias de entrada intermédias, em situações onde devido a um acontecimento súbito a prestação que se inicia como temporária se torna definitiva.

Como se pode constatar o início do papel de cuidador nem sempre advém de uma escolha livre e consciente sendo, no entanto, o contexto familiar, o domicílio o local privilegiado para a prestação de cuidados mais completos, preservando-se a identidade do

indivíduo mantendo o seu contexto social e familiar, importantes na recuperação equilibrada da pessoa cuidada. O perfil do cuidador obedece a padrões da sociedade refletidos em quatro fatores: parentesco, género, proximidade física e proximidade afetiva. Entre estes, existem também algumas variáveis que poderão influenciar, tais como: o estado civil, a cultura, a situação laboral e o tipo de cuidados a prestar ao indivíduo dependente (Martins, 2013, p. 49).

Alguns autores referem-se ao ato de cuidar como um trabalho físico e emocionalmente desgastante, considerando que, muitas vezes, as pessoas que cuidam de alguém não recebem qualquer tipo de formação, informação ou apoio necessário para atender a todas as responsabilidades (Brito, 2002; Nascimento, 2014; Sequeira, 2010). É, portanto, importante conhecer de forma consistente e real a forma como o cuidar de alguém dependente afeta a dinâmica social e familiar e quais os recursos pessoais com que os indivíduos podem contar para enfrentar tão importante tarefa.

Os serviços de saúde têm aqui uma função preponderante através da realização de uma recolha cuidada e aprofundada das necessidades junto de cuidadores e cuidados de forma a fornecer uma resposta eficaz e planeada, capacitando o cuidador para um cuidado seguro e de qualidade tanto para si como para o indivíduo que cuida. Conhecer os cuidadores que se encontram em risco permite estabelecer prioridades de intervenção preventiva aos cuidadores de forma a aliviar a sobrecarga a que estão sujeitos. Esta parceria cuidador/ equipa de saúde tem como função produzir sinergias promotoras de qualidade e segurança de cuidados, tendo presente que quanto melhor for a saúde do cuidador mais prolongado no tempo será a possibilidade de prestação de cuidados evitando uma institucionalização menos precoce do indivíduo cuidado, trazendo ganhos em saúde significativos quer ao nível individual quer na vertente económica.

2.1. Dificuldades do cuidador informal

De acordo com a evidência científica verifica-se que as dificuldades mais frequentes estão relacionadas com os problemas relacionais, as restrições sociais e as exigências do cuidar (Sequeira, 2010). Num estudo realizado no ano de 2007, para a população portuguesa numa amostra de 182 cuidadores, verificou-se que “os fatores que melhor explicam as dificuldades no âmbito do cuidar ... estão relacionadas com os problemas relacionais ($r = 0,805$), as restrições sociais ($r = 0,887$) e as exigências do cuidar ($r = 0,859$) ...” (Sequeira, 2010, p. 207). Outro estudo realizado com uma amostra de 196 cuidadores informais, chegou às mesmas conclusões, referindo que “as dimensões que se revelaram mais perturbadoras para os cuidadores foram as “exigências de ordem

física” e o “deficiente apoio familiar” ...” (Rolo, 2009, p. 53). O mesmo estudo referiu igualmente que as exigências de ordem física poderão dever-se ao fato de a maioria dos cuidadores do seu estudo serem do género feminino e com idade avançada, algumas inclusive com idades superiores a 70 anos (Rolo, 2009, p. 53).

Tendo presente a evidência científica e, com o objetivo da melhoria da qualidade do cuidar, salienta-se a necessidade de se olhar e ajudar os cuidadores informais no árduo apoio aos seus doentes, que, na sua maioria, são idosos. Diversos estudos relatam as consequências que os cuidadores informais e os familiares enfrentam ao cuidarem dos seus doentes no domicílio. A doença é considerada uma situação de crise, um acontecimento produtor de stress com efeitos tanto no doente como na família (Marques, Teixeira e Souza, 2012, p.149). Os cuidadores informais estão, portanto, sujeitos a alterações em várias áreas da sua vida. A prestação de cuidados a um indivíduo dependente influencia de forma direta e indireta vários domínios da vida pessoal, social e familiar. Veem-se confrontados com a necessidade de manter as suas funções anteriores acrescentando outras responsabilidades respeitantes ao cuidado de outrem, sobrepondo-se estas últimas às suas próprias necessidades. Desempenhar o papel de cuidador pode manifestar-se em “tensão, constrangimento, fadiga, frustração, redução de convívio, alteração da autoestima, entre outros” (Ramos, 2012, p. 21).

A sobrecarga experienciada pelo cuidador advém, maioritariamente, da falta de conhecimento no cuidar e da incapacidade do doente, que torna o papel irreversível e de completa dependência. Sendo a doença prolongada um fator de stress que afeta o equilíbrio normal do funcionamento familiar nos aspetos pessoal e social (Marques, et al. 2012). Neste sentido também Ramos (2012), refere que a prestação de cuidados a um idoso dependente é uma atividade, desgastante para o cuidador, com consequências físicas, emocionais e, socioeconómicas.

Pode-se considerar que cuidar de um familiar dependente é um processo que se caracteriza pela sua continuidade no tempo, muitas vezes de caráter irreversível comportando cinco situações de crise: consciência da degeneração, imprevisibilidade, limitações de tempo, relação afetiva entre cuidador e sujeito alvo dos cuidados e a falta de alternativas de escolha (Pereira, Santos, Fhon, Marques e Rodrigues, 2013). No seu estudo, Rocha e Pacheco (2013) consideram que o sucesso em lidar com situações de stress no cuidador vão depender do coping, isto é, das estratégias definidas por cada indivíduo que permitem que este possa lidar com a situação de uma forma saudável, ajustando-se às adversidades e garantindo uma melhor adaptação às circunstâncias. Alguns autores compararam os cuidadores informais com “não cuidadores” e concluíram que os primeiros apresentam mais problemas de saúde, tomam mais medicação e têm mais comportamentos de risco para com a sua saúde (Ramos, 2012). Apresentam

manifestações mais frequentes de cansaço, alterações do padrão de sono, tristeza, tensão nervosa e irritabilidade (Sequeira, 2010; Couto, Castro e Caldas, 2016). Verifica-se igualmente um aumento de atividades a desempenhar no dia a dia o que, conseqüentemente, afeta o convívio social com uma diminuição das relações sociais levando a maioria das vezes a um isolamento e menor oportunidade de encontrar apoio social assim como uma diminuição as atividades de lazer (Ramos, 2012; Pereira, et al., 2012).

Coloca-se igualmente a questão do absentismo laboral, uma vez que existe uma necessidade de conciliar os dois papéis, existe a necessidade de realizar algumas alterações, podendo ser afetado o seu desempenho, a recusa de promoções e até a possibilidade de desistir da profissão. Alguns autores referem relatos de cuidadores com necessidade de abandono do trabalho para cuidar, afirmando que a vida afetiva passou a ocupar um segundo plano, o comprometimento das atividades sociais, principalmente de lazer e alterações no processo saúde-doença (Couto, et al. 2016). Vários autores referem necessidades como apoio emocional, informação sobre doença/ prognóstico, deteção e diagnóstico de necessidade/ dificuldades, e aconselhamento sobre a solicitação de apoio quer a familiares quer a instituições (Ramos, 2012; Couto, et al. 2016).

2.2. Papel do enfermeiro na preparação do cuidador informal

A enfermagem é uma “...profissão que, na área da saúde, tem como objetivo prestar cuidados de enfermagem ao ser humano, são ou doente, ao longo do ciclo vital, e aos grupos sociais em que ele está integrado...” (Decreto-lei n.º 161/96), considerada uma ciência e uma arte com o principal objetivo de assistir os utentes nas suas necessidades humanas básicas promovendo a independência do indivíduo objeto dos seus cuidados.

O enfermeiro especialista em enfermagem comunitária e saúde pública desenvolve uma prática global e centrada na comunidade. As mudanças que temos vindo a assistir no perfil demográfico, nos indicadores de morbilidade e a emergência das doenças crónicas traduzem-se em novas necessidades de saúde, tendo sido reconhecido, nos últimos anos, o papel determinante dos cuidados de saúde primários com ênfase na capacidade de resposta na resolução dos problemas colocados pelos cidadãos no sentido de formar uma sociedade forte e dinâmica (Ordem dos Enfermeiros [OE], 2010). No decreto-lei 428/ 2018 (2018, p. 19354), respeitante às competências específicas de um enfermeiro especialista em enfermagem comunitária, refere-se que é sua função a avaliação do estado de saúde de uma comunidade, baseado em metodologia do planeamento em saúde. Tendo isto em

consideração e percebendo que o papel de cuidador informal implica a passagem por uma transição situacional que à semelhança das outras transições, tem implícitas condições relacionadas com significados, expectativas, conhecimentos e competências, organização e bem-estar físico e emocional (Schumacher & Meleis, 1994), fatores que os enfermeiros precisam conhecer para o planeamento de uma intervenção de saúde eficaz.

A integração de uma pessoa que fica dependente, com necessidade de apoio nas atividades que sempre desempenhou, constitui um desafio pessoal e familiar para os cuidadores, havendo por parte destes a necessidade de desenvolver novas competências. O elemento que assume o papel de cuidador principal vai ter de desenvolver atividades que estão diretamente relacionadas com as necessidades da pessoa dependente. Estas novas tarefas, muitas vezes desconhecidas e imprevisíveis, em acumulação com outros papéis, vão provocar uma panóplia de sentimentos como medo, culpa, incerteza no futuro, responsabilidade pelo que está a acontecer ao doente, sensação de descontrolo emocional, angústia e tristeza que comprometem o bem-estar do cuidador (Silveira, Caldas e Carneiro, 2006). Pode, portanto, afirmar-se que o ato de cuidar uma pessoa com dependência obriga a um grande dispêndio de tempo e energia, a execução de novas tarefas, muitas vezes desagradáveis para as quais os cuidadores a maioria das vezes não estão preparados.

É, portanto, imperativo o papel do enfermeiro especialista “no desenvolvimento de programas e projetos de intervenção, com vista à capacitação e *empowerment* das comunidades (...) desenvolvendo uma prática de complementaridade com a dos outros profissionais de saúde e parceiros comunitários...” (Ordem dos Enfermeiros [OE], 2010). Estas sinergias funcionam com o objetivo de auxiliar na adoção de um papel eficaz e com menor impacto na saúde do cuidador informal e em consequência disso na melhoria dos cuidados prestados por este último. O Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária assume também um papel preponderante na promoção da saúde dos indivíduos, famílias e comunidades, logo será necessário adquirir um conjunto de conhecimentos e competências que permitam um entendimento profundo sobre as respostas humanas aos processos de vida e aos problemas de saúde.

Considerando-se saúde como um estado de completo bem-estar físico, mental e social, não sendo apenas a mera ausência de doença ou enfermidade (Organização Mundial de Saúde [OMS], 1978) e a promoção da saúde pilar fundamental dos cuidados de saúde (OMS, 1986), urge adquirir um conhecimento sistematizado e verdadeiro das condições e necessidades da comunidade.

É necessário intervir nas necessidades em saúde definindo prioridades, já que as intervenções isoladas têm custos elevados e por vezes irreparáveis, por outro lado, é necessário basear cada vez mais as decisões de intervenção em planos estruturados e devidamente fundamentados. É importante utilizar e adequar os serviços e os seus recursos de modo a poderem responder, atempada e adequadamente, aos principais problemas e necessidades de saúde que forem identificados (Imperatori & Giraldes, 1993).

Sendo a essência e especificidade da enfermagem o cuidado ao ser humano, individualmente, na família ou em comunidade, e os cuidadores informais considerados como os parceiros ideais dos cuidados a longo prazo, a sua atuação bem estruturada é a base de cuidados bem executados e conseqüente melhoria do estado de saúde de ambos, cuidador e pessoa dependente. Uma intervenção bem estruturada e eficaz trás igualmente uma diminuição de internamentos evitando infeções cruzadas assim como desperdício de recursos.

PARTE II – INVESTIGAÇÃO EMPÍRICA

3. MÉTODO

3.1. Justificação do tema

Atualmente, com os progressos tecnológicos da medicina e a melhoria das condições sociais e económicas, assistimos a um aumento da esperança média de vida, das doenças crónicas e do índice de dependência. O aumento da esperança média de vida acarreta consequências sociais pois, se é verdade que alguns idosos conseguem manter-se ativos e saudáveis, outros, cada vez em maior número, que se veem acometidos por doenças com prejuízo da sua função física, psíquica e social (Sequeira, 2010). A evolução natural da vida tem por consequência a perda de capacidades tornando o indivíduo dependente nas atividades e necessidades básicas de vida. Surge a necessidade da existência de cuidadores, formais ou informais, com objetivo de assegurar os cuidados à pessoa dependente no seu dia-a-dia, na promoção da qualidade de vida e bem-estar e em garantir a realização / satisfação das necessidades diárias. Os cuidadores assumem-se como o garante para uma boa qualidade de vida do indivíduo.

Os cuidados prestados podem dividir-se em dois grandes grupos, o cuidado formal que é maioritariamente prestado por sistemas formais de saúde tendo subjacente uma forma de retribuição monetária e o cuidado informal que é prestado por indivíduos pertencentes à rede mais próxima do utente, maioritariamente pertencentes ao círculo familiar da pessoa (Sequeira, 2010). O cuidado informal caracteriza-se pela prestação de cuidados a pessoas dependentes por parte da família, amigos, vizinhos ou outros grupos de pessoas, que não recebem retribuição económica pela ajuda que oferecem (Sequeira, 2010; Brito, 2002).

A forma mais vantajosa de responder às necessidades dos idosos sugere que a sua permanência no domicílio deve ser privilegiada, não só porque esta situação parece ser benéfica para garantir a autonomia, preservar a identidade e dignidade do idoso, como também “constitui em termos de encargos imediatos, a forma de apoio menos dispendiosa para a sociedade” (Figueiredo, 2007, p. 24). O cuidador informal aparece neste contexto como o promotor da normalidade para o idoso pois, ao encontrar-se, na maioria dos casos, ligado ao idoso por laços familiares ou afetivos promove um menor impacto da situação de dependência no indivíduo. Estes prestadores de cuidados cujas atividades são prestadas de forma voluntária e não remunerada, “assumem desta forma, um papel de primordial

importância na sociedade, com implicações significativas em termos económicos, sociais e humanos” (Sequeira, 2007, p. 6), no entanto, o seu papel e as perturbações que podem advir deste tipo de assistência, nem sempre são reconhecidas quer pelo próprio quer pelos profissionais de saúde. Os cuidadores informais, frequentemente, sofrem alterações adversas em várias áreas da sua vida, pois o desempenho deste papel “interfere com aspetos da vida pessoal, familiar e social dos cuidadores e família” (Sarmento, Pinto & Ribeiro, 2010, p. 46). Os custos que os cuidados informais têm na vida dos cuidadores não impede a existência de muitas ‘falhas’ no apoio e atenção dada a estes prestadores de cuidados, não obstante ser do conhecimento dos profissionais de saúde, que o sucesso da prestação de cuidados passa sem sombra de dúvida pelos apoios recebidos por parte do cuidador, quer provenientes de redes formais quer informais. Para Figueiredo (2007, p.25) “o êxito de uma política de desinstitucionalização, não reside somente na disponibilidade das famílias para cuidar, mas nos serviços de apoio necessários para realizá-los eficazmente”. Por estes motivos é importante conceder atenção e cuidar dos cuidadores, designadamente dos informais. Evidências mostram uma diminuição da qualidade de vida e do nível de saúde física e mental dos cuidadores informais (Sequeira, 2010, Brito 2002). Cuidar do cuidador permite promover o bem-estar do cuidador bem como da pessoa dependente (Brito,2002).

A função da equipa de enfermagem, como parte integrante de uma equipa multidisciplinar, funciona como um elemento facilitador dos processos de transição preocupando-se especialmente com os processos e experiências do indivíduo percebendo a saúde e bem-estar como resultado dessa atuação (Meleis & Trangenstein, 1994, p. 257). O cuidador passa por uma transição situacional que, à semelhança de outras transições, tem implícitas condições relacionadas com significados, expectativas, conhecimentos e competências, organização e bem-estar físico e emocional (Schumacher & Meleis, 1994), fatores que deverão ser conhecidos pelos enfermeiros para poder intervir de forma a promover uma influencia positiva na promoção de cuidados eficazes e direcionados com o menor impacto possível na vida do cuidador. O enfermeiro especialista em Enfermagem Comunitária tem como responsabilidade compreender as respostas dos indivíduos aos processos de vida e problemas de saúde detendo a capacidade de responder de forma adequada e apropriada às necessidades do objeto do seu cuidado, neste caso o cuidador informal, proporcionando ganhos em saúde efetivos. Participa ativamente na avaliação multicausal e nos processos de tomada de decisão dos principais problemas de saúde pública sendo por isso um percussor em programas e projetos de intervenção com o objetivo de capacitar e empoderar as comunidades (Ordem dos Enfermeiros, 2010). Assim, o enfermeiro é um profissional fundamental no apoio ao cuidador informal. Tem-se a consciência que um trabalho de parceria entre cuidador informal e formal (profissionais de

saúde, instituição de apoio social, entre outros) promove um maior benefício para o recetor desses cuidados.

Partindo do pressuposto que cuidar de uma pessoa dependente no domicílio acarreta alterações na vida do cuidador e que existem dificuldades que devem ser tidas em conta formulou-se a seguinte questão de investigação **“Quais as dificuldades sentidas pelo cuidador informal da pessoa dependente no domicílio?”** Assim, a presente investigação tem como objetivos identificar as dificuldades percebidas pelo cuidador de pessoas dependentes; associar as dificuldades sentidas pelos cuidadores informais de pessoas dependentes e as variáveis sociodemográficas e de contexto de prestação de cuidados; avaliar a influência do grau de dependência dos indivíduos com as dificuldades sentidas pelos cuidadores informais.

3.2. Tipo de estudo

Realizou-se um estudo transversal e analítico. O estudo decorreu entre janeiro e novembro de 2018. O período de recolha de dados recorreu entre agosto e novembro de 2018.

3.3. Amostra

A amostra do estudo é constituída por cuidadores informais de pessoas dependentes dos concelhos do ACES Dão Lafões. Dos quatorze concelhos da área de influência do ACES foram seleccionados cinco: Mangualde, Nelas, Viseu, São Pedro do Sul e Vouzela. Para seleccionar os cuidadores informais recorreremos a uma amostra não probabilística por conveniência, uma vez que se optou por escolher os indivíduos inscritos nas unidades: Unidade de Cuidados na Comunidade (UCC) de Mangualde inscritos na Equipa de Cuidados Continuados Integrados (ECCI), Unidade de Saúde Familiar (USF) Terras de Azurara em Mangualde, USF Grão Vasco, USF Viseu Cidade Jardim, Unidades« de Cuidados de Saúde Personalizados (UCSP) de São Pedro do Sul e UCSP Vouzela, UCC Vouzela (ECCI), por se encontrarem na área de residência dos responsáveis da investigação. Numa segunda fase, e após autorização para a colheita de dados nas unidades funcionais seleccionadas, todos os cuidadores informais de pessoas dependentes foram considerados elegíveis para participar no estudo. Os cuidadores informais foram identificados com recurso aos enfermeiros dos cuidados de saúde primários das unidades UCSP, USF e UCC. Após a identificação desses cuidadores, e aquando da visita

domiciliária, era explicado ao cuidador os objetivos do estudo e após aceitação em participar no estudo eram entregues o consentimento informado e o questionário.

Assim, a amostra ficou constituída por 77 cuidadores informais com idades compreendidas entre os 22 e os 96 anos (com uma média de idades de 57,03±13,52 anos). De acordo com a Tabela 1, a maioria dos cuidadores era do género feminino (n=68; 88,3%), com idades ≥ 50 anos (66,2%); 84,4% dos cuidadores eram casados ou união de facto; 70,1% viviam no meio rural; a maioria possuía habilitações literárias ≤ 1º ciclo (36,4 %) e ≥ 10º ano de escolaridade; pertenciam a um agregado familiar constituído por duas pessoas, habitando com o cônjuge ou companheiro (84,4%); eram, na sua maioria, indivíduos empregados (44,2%) embora houvesse também um número importante de cuidadores reformados (27,3%).

Tabela 1 – Caracterização sociodemográfica dos cuidadores informais

	Feminino		Masculino		Total	
	n	%	n	%	n	%
	68	88,3	9	11,7	77	100,0
Idade						
≤ 50 anos	23	33,8	3	33,3	26	33,8
> 50 anos	45	66,2	6	66,7	51	66,2
Estado civil						
Casado/união de facto	59	86,8	6	66,7	65	84,4
Outro	9	13,2	3	33,3	12	15,6
Área de residência						
Rural	47	69,1	7	77,8	54	70,1
Urbana	21	30,9	2	22,2	23	29,9
Habilitações literárias						
≤ 1º ciclo	26	38,2	2	22,2	28	36,4
2º e 3º ciclo	17	25,0	4	44,4	21	27,3
≥10º ano	25	36,8	3	33,3	28	36,4
Com quem vive						
Cônjuge / companheiro	38	55,9	5	55,6	43	55,8
Pais	10	14,7	2	22,2	12	15,6
Outros	20	29,9	2	22,2	22	28,6
Situação laboral						
Empregado	29	42,6	5	55,6	34	44,2
Desempregado	8	11,8	1	11,1	9	11,7
Aposentado invalidez/idade	18	26,5	3	33,3	21	27,3
Outros	13	19,1	---	---	13	16,9

3.4. Instrumento de colheita de dados

O instrumento de colheita de dados utilizado foi um questionário de autopreenchimento. O questionário iniciava-se com uma pequena introdução onde eram explicados os objetivos do estudo e estava estruturado em três partes formadas por perguntas fechadas e abertas. Uma primeira parte constituída por perguntas de caracterização sociodemográfica da amostra, tais como, idade; género; estado civil; residência; profissão; situação laboral; tempo de prestação dos cuidados; apoio familiar; apoios sociais e de saúde. A segunda parte referia-se à caracterização da pessoa dependente que incluía as variáveis - idade, género, estado civil, profissão, motivo de dependência e o índice de Barthel, validado para a população portuguesa por Sequeira, 2010, para avaliar o grau de dependência da pessoa dependente. Na terceira parte incluímos a escala, o *Carers Assessment of Difficulty Index* (CADI) validado para a população portuguesa por Brito e Barreto (2000) para identificar as necessidades do cuidador informal. O instrumento de colheita de dados utilizado garantiu o anonimato e confidencialidade.

3.5. Operacionalização das variáveis em estudo

Variáveis independentes

Quanto às variáveis independentes teve-se em conta as variáveis sociodemográficas do cuidador e pessoa dependente e variáveis de contexto de prestação de cuidados. Como características sociodemográficas dos cuidadores informais e da pessoa dependente, e de acordo com o Quadro 1, considerou-se a idade, o género, o estado civil, a área de residência, as habilitações literárias, com quem vive, a profissão, a situação laboral e o motivo de dependência.

Quadro 1 - Variáveis utilizadas na caracterização sociodemográfica

Nome	Tipo variável	Perguntas questionário	Categorias da variável
Género	Qualitativa nominal dicotómica	1º Grupo questão 1 – Cuidador informal 2º Grupo questão 2 – pessoa dependente	Feminino; Masculino
Idade	Quantitativa contínua	1º Grupo Cuidador informal - questão 2 2º Grupo pessoa dependente - questão 1	Número (anos)
Estado Civil	Qualitativa nominal	1º Grupo Cuidador informal - questão 3 2º Grupo pessoa dependente - questão 3	Solteira/o; casada/o / união de facto; divorciada/o /separada/o; viúva/o
Residência	Qualitativa dicotómica	1º Grupo Cuidador informal - questão 4	Meio rural; meio urbano
Com quem vive	Qualitativa nominal	1º Grupo Cuidador informal - questão 5	Sozinho; pais; cónjuge/companheira/o; outros
Habilitações literárias	Qualitativa ordinal	1º Grupo Cuidador informal - questão 6	Não sabe ler nem escrever; sabe ler e escrever; 1º ciclo do ensino básico; 2º ciclo do ensino básico; 3º ciclo do ensino básico; ensino secundário; curso técnico-profissional; bacharelato; licenciatura; mestrado/ doutoramento
Profissão	Qualitativa nominal	1º Grupo Cuidador informal - questão 7 2º Grupo pessoa dependente - questão 4	Classificação portuguesa para as profissões versão de 2010
Situação Laboral	Qualitativa nominal	1º Grupo Cuidador informal - questão 8	Empregada/o a tempo inteiro; Desempregado; Empregada/o a tempo parcial; Estudante a tempo inteiro; Aposentada/o / reformada/o por idade; Aposentada/o / reformada/o por invalidez; Doméstica/o; Baixa clínica
Motivo de dependência	Quantitativa nominal	2º Grupo – pessoa dependente - questão 5	Questão aberta

Para avaliar as variáveis de contexto de prestação de cuidados por parte do cuidador recorreremos às variáveis - número de dependentes dos cuidados; grau de parentesco; motivação para assumir o papel de cuidador; existência de compensação económica; distância entre cuidador e cuidado; tempo da situação de dependência; tempo de prestação de cuidados; experiência na prestação de cuidados; formação para a prestação de cuidados; tipo de cuidados prestados (necessidades do indivíduo dependente); apoios sociais e de saúde; periodicidade dos cuidados e apoio familiar, conforme Quadro 2.

Quadro 2 – variáveis utilizadas na caracterização da Situação como prestador de cuidados

Nome	Tipo variável	Perguntas questionário	Categorias da variável
Número de dependentes	Quantitativa contínua	9	Número (dependentes)
Relação com a pessoa a quem presta cuidados	Qualitativa nominal	10	Filha/o; Genro/ nora; cônjuge / companheira/o; amiga/o / vizinha/o; irmão / irmã; outro
Motivos para assumir papel de cuidador	Qualitativa nominal	11	Obrigação; Afinidade; Fragilidade econ�mica; Gratidão; outra
Compensac�o monetária pela presta�o de cuidados	Qualitativa nominal dicot�mica	12	Não; Sim
De quem	Qualitativa nominal	12.1	Quem?
Distância entre o cuidador e o indivíduo cuidado	Qualitativa nominal	13	Viver na mesma casa; Viver em casas diferentes; A uma distância possível de ir a p�; Até 10 minutos de carro/ autocarro; Até 30 min de carro/ autocarro; Até 1 hora de carro/ autocarro; Mais de 1 hora de carro/ autocarro
Tempo de dependência	Quantitativa contínua	14	Número (anos)
Tempo de presta�o de cuidados	Quantitativo nominal	15	Ente 6 e 8 meses; Entre 1 e 2 anos; Entre 3 e 5 anos
Antecedentes de presta�o de cuidados	Qualitativo nominal dicot�mica	16	Não; Sim
Quem cuidaram	Qualitativo nominal	16.1	Questão aberta, quem?
Prepara�o para a presta�o de cuidados	Qualitativo nominal dicot�mica	17	Não; Sim
Quem forneceu forma�o	Qualitativo nominal	17.1	Questão aberta, quem?
Tipo de apoio/ cuidados prestados	Qualitativo nominal	18	<u>Atividades de vida diária</u> : cuidados pessoais; mobilidade; <u>Atividade instrumentais</u> de vida diária: efetuar trabalhos domésticos; medica�o; gerir dinheiro; ir às compras; tratar de assuntos administrativos; transporte; passear/ atividades de lazer; apoio emocional/ psicológico; apoio financeiro; supervisão regular; todos.
Apoios de saúde/ sociais	Qualitativa nominal	19	Não; Sim; <u>Se sim qual?</u> Serviço de apoio domiciliário; apoio domiciliário (alimenta�o; higiene pessoal e limpeza habitacional); Visita domiciliárias (apoio do centro de saúde para tratamentos); cuidados de reabilita�o (fisioterapia; terapia ocupacional; terapia da fala); Equipa domiciliária de cuidados continuados integrados
Integrar a pessoa numa institui�o de apoio social ou de saúde	Qualitativa nominal	20	Não; Sim; Nunca ouvi falar.
Periodicidade da presta�o de cuidados	Qualitativa nominal	21	Sempre; durante a semana; durante o final de tarde/ noite; pontualmente (1 a 2 vezes m�s); fins de semana; período de férias; rotativo (meses)
Apoio na presta�o de cuidados	Qualitativa nominal	22	Não; Sim; Se sim quem?

Considerou-se importante compreender em que medida o grau de dependência do idoso é um fator importante na percepção das dificuldades do cuidador. Para definir o grau de dependência do indivíduo dependente recorreu-se ao índice de Barthel construído por Dorothea Barthel em 1965 e validado para a população portuguesa por Sequeira em 2010. O índice de Barthel é um instrumento amplamente utilizado e estudado, de preenchimento rápido, fácil compreensão e não muito extenso e permite avaliar as atividades básicas de vida diária, considerando-se que estas atividades são, um “conjunto de atividades primárias da pessoa relacionadas com o autocuidado e a mobilidade, que permitem ao indivíduo viver sem necessitar de ajuda” (Sequeira 2007, p. 141). A utilização deste índice permite a avaliação da capacidade funcional do idoso, permitindo igualmente determinar do grau de dependência de forma global e parcelar para cada atividade. O autor analisou as características psicométricas da escala numa amostra de 184 idosos dependentes, sendo 101 com dependência de causa “física” e 83 com dependência de causa “mental”. Através da análise fatorial, identificou três fatores, designando-os de “mobilidade”; “higiene” e “controlo dos esfíncteres”, que explicam 75% da variância total. O índice apresenta uma boa consistência interna - coeficiente de alfa de Cronbach de $\alpha = 0,89$ (Sequeira, 2007).

Este índice é composto por 10 atividades básicas de vida diária (ABVD). Cada atividade apresenta entre dois a quatro níveis de dependência, em que o score “0” corresponde à dependência total, sendo a independência pontuada com “5”, “10” ou “15” pontos de acordo com níveis de diferenciação. A cotação global da escala oscila entre 0 e 100 pontos. Quanto menor for a pontuação maior é o grau de dependência. De acordo com a pontuação obtida o autor definiu os seguintes pontos de corte:

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

Variáveis dependentes

Quanto á variável dependente considerou-se: a Perceção das Dificuldades do cuidador informal.

Perceção das Dificuldades do Cuidador Informal

Na avaliação das dificuldades percebidas pelo cuidador informal optamos pela aplicação da escala CADI (*Carers Assessment of Difficulty Index*) desenvolvido por Mike Nolan e colaboradores, no Reino Unido, foi adaptado e aferido para a população portuguesa por vários investigadores (Sequeira, 2007; Brito, 2002), permite avaliar as dificuldades sentidas pelos cuidadores (Brito, 2002). Este instrumento é constituído por 30 potenciais dificuldades relacionadas com o cuidar do idoso e as suas implicações na vida social, na saúde, na situação económica, no relacionamento e no apoio profissional ao cuidador. Permite a identificação do tipo de dificuldades nas situações de prestação de cuidados ao idoso, bem como a maneira como, cada prestador de cuidados percebe e vivencia essas dificuldades. Aos itens da escala são atribuídos valores de um a quatro, numa escala tipo *Likert*, pedindo-se ao cuidador informal para indicar de que modo cada afirmação do CADI acontece aquando da prestação de cuidados à pessoa dependente: (1) Não acontece no meu caso; (2) Acontece, mas não me perturba; (3) Acontece e causa-me alguma perturbação; (4) Acontece e perturba-me muito. Estas afirmações foram agrupadas e o CADI é composto por sete dimensões, conforme tabela 2.

Tabela 2 - Dimensões da Escala CADI

Dimensão	Nº de itens	Questões
Problemas relacionados com o idoso	7	5, 11, 12, 14, 22, 25, 26
Restrições na vida social	3	8, 18, 20
Exigências de ordem física da prestação de cuidados	6	6, 10, 13, 15, 23, 24
Reações à prestação de cuidados	8	1, 2, 3, 9, 17, 19, 29, 30
Falta de apoio familiar	2	16, 28
Falta de apoio profissional	2	7, 27
Problemas financeiros	2	4, 21

Fonte: Sequeira, C. (2010). Cuidar de idosos com dependência física e mental. Lisboa; Lidel; pág. 205.

Para Sequeira (2010), os **problemas relacionais** revelam dificuldades do cuidador informal em lidar com o idoso dependente, tendo como consequência situações de desespero e irritação e por este motivo percecionado como causador de problemas. As

restrições na vida social são consideradas uma dificuldade, uma vez que são resultado de uma maior falta de tempo para si mesmo, família e amigos, revelando uma diminuição de qualidade de vida. No que concerne às dificuldades referentes à dimensão **exigências de ordem física na prestação de cuidados** observam-se o cansaço físico e uma diminuição de saúde do cuidador. **As reações à prestação de cuidados** revelam a preocupação constante, o sentimento de impotência face ao idoso dependente e as dificuldades financeiras do cuidador. No que respeita à dimensão **deficiente apoio familiar** estão plasmadas dificuldades por carência de suporte da família. O **apoio profissional deficiente** é referente à perturbação sentida pelos cuidadores informais devido à falta de apoio dos serviços de saúde, serviços sociais e problemas financeiros.

Relativamente às características psicométricas, o CADI apresenta valores do coeficiente de alfa de Cronbach de $\alpha=0,92$. No âmbito da validação deste índice para a população portuguesa, apresenta um coeficiente de alfa de Cronbach de $\alpha=0,90$, o que permite afirmar que o instrumento apresenta boas características de consistência interna e fiabilidade (Brito, 2002). Esta escala apresenta uma cotação que varia entre 0 a 90 pontos, sendo que pontuações superiores correspondem a mais dificuldades sentidas pelo cuidador (Brito, 2002). Cada dimensão também apresenta uma pontuação máxima - Problemas relacionais com o idoso apresenta uma pontuação máxima de 21 pontos; Restrições na vida social - de 9 pontos; fator Exigências de ordem física na prestação de cuidados - pontuação máxima de 18 pontos; Reações à prestação de cuidados - pontuação máxima de 24; pontuação máxima possível de obter nos fatores 'Falta de apoio familiar', 'Falta de apoio profissional' e 'Falta de apoio financeiro' é de 6 pontos para cada um. No final a escala apresenta um espaço aberto para o inquirido descrever situações que ele considera não estarem contempladas anteriormente.

Tabela 3 - Correlação entre as pontuações das dimensões e a pontuação global do CADI

	Problemas relacionais com o idoso	Reações à prestação de cuidados	Exigências de ordem física	Restrições na vida social	Falta de apoio familiar	Falta de apoio profissional	Problemas financeiros	Dificuldades
Problemas relacionais com o idoso	1,000*							
Reações à prestação de cuidados	0,737*	1,000						
Exigências de ordem física	0,454*	0,720*	1,000					
Restrições na vida social	0,535*	0,819*	0,656*	1,000				
Falta de apoio familiar	0,496*	0,604*	0,535*	0,619*	1,000			
Falta de apoio profissional	0,390*	0,420*	0,267*	0,338**	0,084	1,000		
Problemas financeiros	0,489*	0,727*	0,742*	0,713*	0,421*	0,406*	1,000	
Dificuldades	0,805*	0,959*	0,799*	0,848*	0,666*	0,455*	0,790*	1,000

*correlação significativa ao nível de 0,01; **correlação significativa ao nível de 0,05

3.6. Procedimentos éticos e formais

Este relatório de mestrado inseriu-se no Projeto de Investigação *Medelderly* (FCT / MCTES), Portugal 2020 e do Centro 2020 (SAICT-POL / 23585/2016) e também foi desenvolvido para identificar necessidades em cuidadores informais por forma a auxiliar no diagnóstico de situação para o desenvolvimento de um plano de intervenção do Projeto “Olhar + para quem cuida” da ESSV.

A recolha de dados foi efetuada com recurso ao questionário autopreenchido pelos cuidadores informais no domicílio. O projeto de investigação e respetivo questionário foram submetidos à Comissão de Ética da Escola Superior de Saúde de Viseu. Obtido o parecer favorável foi remetido um pedido de autorização de aplicação do questionário à ARS Centro que deu parecer favorável. Seguidamente, foi solicitada autorização ao Conselho de Administração do ACES Dão-Lafões e Estrutura Residencial Para Idosos (ERPI) de Farminhão.

Tendo presente que a colaboração dos serviços em causa era de vital importância realizou-se uma reunião com a/o coordenador de enfermagem de cada unidade, obtendo igualmente um consentimento informal para a colaboração no estudo.

No que diz respeito aos indivíduos da amostra solicitou-se o preenchimento de uma declaração de consentimento informado que, no intuito de manter o anonimato, foi armazenada num envelope secundário separado do questionário e fechado.

O questionário foi entregue pelo profissional do serviço numa visita domiciliária e acondicionado num envelope sem qualquer identificação e posteriormente entre selado ao investigador.

Foram tidos em consideração os seguintes princípios:

- Pedido consentimento legal antes da realização do estudo;
- Antes da aplicação do formulário, foram explicados a natureza e os objetivos do estudo;
- Foi respeitada a vontade do cuidador informal e pessoa idosa dependente em colaborar;
- Foi respeitado o direito à confidencialidade das suas respostas e garantido o anonimato das informações;
- Não foi executado qualquer tipo de manipulação aos indivíduos que fazem parte do estudo de forma a obter respostas condicionadas;
- Foram respeitados os valores culturais e religiosos

3.7. Análise estatística

Os dados foram introduzidos e analisados com recurso ao programa *Statistic Package for the Social Sciences (SPSS) versão 24.0*. Com o intuito de credibilizar o estudo foram realizados testes não paramétricos na análise das variáveis, nomeadamente testes U Mann-Witney e testes de Kruskal-Wallis. Fez-se esta escolha uma vez que não existe uma distribuição normal das variáveis dependentes.

As questões foram testadas com uma probabilidade de 95%, de onde resulta um nível de significância de 5% ($\alpha=0,05$). Este nível de significância permite-nos afirmar com uma “certeza” de 95%, caso se verifique a validade da questão em estudo, a existência de uma relação causal entre as variáveis.

4. RESULTADOS

4.1. Caracterização sociodemográfica e funcional das pessoas dependentes

Relativamente às pessoas dependentes, a amostra ficou constituída por 77 pessoas dependentes com idades compreendidas entre os 42 e os 97 anos (com uma média de idades de $79,40 \pm 12,13$ anos). De acordo com a Tabela 4 a maioria dos indivíduos dependentes era do género feminino (n=51; 66,2%), com idade ≥ 82 anos (51,9%) e a maioria casado ou em união de facto (51,9%).

Tabela 4 - Caracterização sociodemográfica da pessoa dependente

	Feminino		Masculino		Total	
	n	%	n	%	n	%
	51	66,2	26	33,8	77	100,0
Idade						
42 - 76	13	25,5	9	34,6	22	28,6
77 - 82	10	19,6	5	19,2	15	19,5
≥ 82	28	54,9	12	46,2	40	51,9
Estado civil						
Casado/união de facto	18	35,3	22	84,6	40	51,9
Outro	33	64,7	4	15,4	37	48,1

A utilização do índice de Barthel permitiu avaliar o grau de dependência da pessoa dependente, conforme Tabela 5. Verifica-se que 32,5% dos indivíduos apresentam dependência total, 27,2% são independentes ou com dependência ligeira, 22,1% com dependência severa e 18,2% com dependência moderada, totalizando 72,8% dos indivíduos da amostra com dependência moderada a elevada. Quanto ao tempo de dependência, encontra-se que 40,3% das pessoas dependentes estão nesta situação há 1-2 anos; 33,8% é dependente há mais de 6 anos e 25,9% é dependente há 3-5 anos. Ao analisar o motivo da dependência, o que levou à necessidade de cuidados por parte de outra pessoa, verificou-se que a maioria foi por perda da mobilidade (37,7%); 15,6% por dificuldades após acidente vascular cerebral (AVC) e 13,0% por demência.

Tabela 5 - Caracterização funcional da pessoa dependente

Variáveis	n	%
<i>Tipo de dependência (Índice Barthel)</i>		
Independência/ Ligeira dependência	21	27,2
Dependência moderada	14	18,2
Dependência severa	17	22,1
Dependência total	25	32,5
Total	77	100,0
<i>Tempo de dependência</i>		
1-2 anos	31	40,3
3-5 anos	20	25,9
≥6 anos	25	33,8
Total	77	100,0
<i>Motivo de dependência</i>		
Perda de mobilidade	29	37,7
Motivo não especificado	20	26,0
Acidente vascular cerebral	12	15,6
Demência	10	13,0
Outros	6	7,7
Total	77	100,0

Contexto socio familiar do cuidador informal

No que concerne ao contexto familiar, e analisando a Tabela 6, observa-se que na amostra 49,3% dos cuidadores informais são filhos da pessoa dependente, 19,5% cuidam do seu cônjuge / companheiro, 14,3% cuidam da/o sua/eu sogra/o, 1,3% cuidam da/o irmã/ão, havendo ainda 15,6% dos cuidadores que prestam cuidados a amigos, vizinhos, entre outros.

Tabela 6 - Contexto sociofamiliar dos cuidadores informais

Variáveis	n	%
<i>Grau de parentesco com a pessoa dependente</i>		
Filha/o	38	49,3
Cônjuge / companheiro	15	19,5
Nora/genro	11	14,3
Irmã/ão	1	1,3
Outros	12	15,6
Total	77	100,0

Contexto da prestação de cuidados

De acordo com a Tabela 7, a maioria dos cuidadores (66,2%) vivem na mesma casa que a pessoa dependente; 15,6 % habitam a uma distância considerada curta (com possibilidade de se deslocar a pé) e 13% estão afastados a uma distância possível de fazer em dez minutos de automóvel. Quanto ao tempo de prestação de cuidados, verifica-se que 42,8% dos indivíduos refere estar nesta situação há mais de 6 anos, havendo também um número relevante de indivíduos que apresentam este papel há relativamente pouco tempo

entre seis meses a um ano (20,8%). No diz respeito ao tempo semanal de prestação de cuidados, 67% dos cuidadores refere que prestam cuidados ‘sempre’ à pessoa dependente. A maioria dos cuidadores mencionou não possuir experiência anterior de cuidados à pessoa dependente (66,2%), e prestam cuidados sem terem recebido preparação para desempenhar esse papel (79,2%), havendo, no entanto, 68% que refere ter apoio de outras pessoas no cuidado. A maioria dos cuidadores (75,3%) apenas tem um indivíduo à sua responsabilidade. Quando questionados sobre a motivação para desempenhar o papel de cuidador informal, 63,6% dos inquiridos refere ser por ‘afinidade’ associada à fragilidade da pessoa.

Tabela 7 –Variáveis de contexto da prestação de cuidados

Variável	n	%
<i>Distância geográfica entre cuidador e pessoa dependente</i>		
Mesma casa/ edifício	51	66,2
Curta distância (possibilidade de ir a pé)	12	15,6
Dez minutos de carro	10	13
Meia hora de carro	3	3,9
Mais de uma hora de carro	1	1,3
<i>Tempo de prestação de cuidados</i>		
6 meses – 1 ano	16	20,8
1 a 2 anos	15	19,5
3 a 5 anos	13	16,9
≥6 anos	33	42,8
<i>Tempo semanal (horas)</i>		
Sempre	67	87,0
Durante a semana	4	5,2
Final da tarde/ noite	4	5,2
Rotativo	2	2,6
<i>Experiência anterior de cuidador</i>		
Não	51	66,2
Sim	26	33,8
<i>Recebeu preparação para o cuidado</i>		
Não	61	79,2
Sim	15	20,8
<i>Recebe apoio de outras pessoas</i>		
Não	24	32
Sim	51	68
Não responde	2	--
<i>Número de dependentes ao seu encargo</i>		
Um dependente	58	75,3
Dois dependentes	19	24,7
<i>Motivação para o cuidado</i>		
Afinidade	49	63,6
Fragilidade da pessoa	49	63,6
Obrigação	31	40,2
Gratidão	20	26,0

Tipo de cuidados prestados

Ao analisar os dados apresentados na Tabela 8, verifica-se que no que concerne às atividades de vida diária apenas 7,8% dos cuidadores refere não realizar este tipo de cuidados. Mais de metade (58,4%) dos cuidadores referem assistir a pessoa em todas as suas atividades de vida diária, enquanto que 27,3% prestam cuidados pessoais e 6,5% apenas ajudam nas transferências e dificuldades da mobilidade. Podemos igualmente observar que no total dos indivíduos da amostra, 92,2% dos cuidadores afirma dar apoio nas atividades de vida diária. No que alude aos cuidados instrumentais de vida diária, salienta-se que 48% dos cuidadores auxiliam na medicação, 41,6% efetuam trabalhos domésticos e 40,3% ajudam nas compras e têm uma função de supervisão da pessoa dependente.

Tabela 8 - Cuidadores informais segundo o tipo de apoio/ cuidados prestados

Variáveis	n	%
Atividades de vida diária		
Cuidados pessoais (higiene, vestir, alimentação)	21	27,3
Mobilidade (transferências, subir/ descer escadas)	5	6,5
Ambas	45	58,4
Nenhuma	6	7,8
Total	77	100,0
Cuidados instrumentais de vida diária		
Efetuar trabalhos domésticos (ex. limpar, cozinhar, ...)		
Não	45	58,4
Sim	32	41,6
Medicação		
Não	40	52,0
Sim	37	48,0
Gerir o dinheiro		
Não	57	74,0
Sim	20	26,0
Ir às compras		
Não	45	58,4
Sim	32	41,6
Tratar de assuntos administrativos		
Não	57	74,0
Sim	20	26,0
Transporte		
Não	56	72,7
Sim	21	27,3
Passear/ atividades de Lazer		
Não	64	83,1
Sim	13	16,9
Apoio emocional/ psicológico (ex. companhia, encorajamento)		
Não	53	68,8
Sim	24	31,2
Apoio financeiro (ex. financiamento de medicação, alimentação, ...)		
Não	71	92,2
Sim	6	7,8
Supervisão regular (ex. olhar pela pessoa)		
Não	46	59,7
Sim	31	40,3

Respostas formais utilizadas

Analisando a Tabela 9, verifica-se que 49,4% das pessoas dependentes têm um apoio formal e mais de metade (50,6%) não tem qualquer apoio formal. Observando o tipo de resposta, verifica-se que 34,2% têm apoio do ‘serviço domiciliário de instituições de solidariedade social’ e 31,6% da amostra recebe apoio dos profissionais dos ‘cuidados de saúde primários’.

Tabela 9 - Respostas formais utilizadas no cuidar da pessoa dependente

Variáveis	n	%
Apoio formal		
Não	39	50,6
Sim	38	49,4
Total	77	100,0
Tipo de resposta		
Serviço de apoio domiciliário	13	34,2
Apoio domiciliário (centro de saúde)	12	31,6
Apoio domiciliário integrado	4	10,5
Outro	9	23,7
Total	38	100,0

4.2. Dificuldades percecionadas pelos cuidadores

A avaliação das dificuldades percecionadas pelos cuidadores foi obtida através da análise do CADI e de acordo com as suas dimensões.

Problemas relacionais com a pessoa dependente

Analisando o Quadro 3 verifica-se que mais de 60% dos cuidadores referiu ter experienciado dificuldades relacionadas com a pessoa dependente (**Isto acontece no meu caso e sinto que:** perturba-me muito, causa-me alguma perturbação e acontece no meu caso, mas não me perturba). Considerando as duas opções de respostas positivas, ou seja, acontecem e causam perturbação (Causa-me alguma perturbação e perturba-me muito), podemos referir que mais de metade da população identificou como dificuldades que lhes causam perturbação o item 11 “Por vezes a pessoa de quem estou a cuidar exige demasiado de mim” (65,0%); 53,3% identificaram o item 14 “A pessoa de quem cuido nem sempre ajuda tanto quanto poderia”. Ainda no fator problemas relacionais com a pessoa dependente, 49,3% dos cuidadores referiu como dificuldade “A pessoa de quem eu cuido chega a pôr-me fora de mim” (item 5); 46,8% dos cuidadores informais identificou como dificuldade que lhes causa perturbação “A pessoa de quem cuido nem sempre dá valor ao que eu faço” (item 22); 44,2% mencionou a dificuldade “O comportamento da pessoa de

quem cuidar causa problemas” e 26,0% dos cuidadores indicou a dificuldade “Cuidar desta pessoa não me dá qualquer satisfação” e a dificuldade “Deixou de haver o sentimento que havia na minha relação com a pessoa de quem cuidar”.

Quadro 3 – Problemas relacionais com a pessoa dependente

Nº	Questões	Acontece no meu caso e perturba-me muito	Acontece no meu caso e causa-me alguma perturbação	Acontece no meu caso, mas não me perturba	Não acontece no meu caso
11	Por vezes a pessoa de quem estou a cuidar exige demasiado de mim	14 (18,2%)	36 (46,7%)	12 (15,5%)	15 (19,5%)
14	A pessoa de quem cuidar nem sempre ajuda tanto quanto poderia	12 (15,5%)	29 (37,7%)	12 (15,5%)	24 (31,2%)
22	A pessoa de quem cuidar nem sempre dá valor ao que eu faço	11 (14,3%)	25 (32,5%)	13 (16,9%)	28 (36,3%)
5	A pessoa de quem eu cuidar chega a pôr-me fora de mim	10 (12,9%)	28 (36,4%)	12 (15,6%)	27 (35,1%)
25	O comportamento da pessoa de quem cuidar causa problemas	6 (7,8%)	28 (36,4%)	12 (15,6%)	31 (40,2%)
26	Cuidar desta pessoa não me dá qualquer satisfação	4 (5,2%)	16 (20,8%)	10 (12,9%)	47 (61,0%)
12	Deixou de haver o sentimento que havia na minha relação com a pessoa de quem cuidar	3 (3,9%)	17 (22,1%)	8 (10,4%)	49 (63,6%)

Reações à prestação de cuidados

Pela análise do Quadro 4, no que diz respeito às reações à prestação de cuidados, verifica-se que mais de 67% dos inquiridos refere ter vivenciado sentimentos de impotência face à pessoa dependente. Em relação ao item: “esta situação faz-me sentir culpado” apenas se verifica em 36,4% dos indivíduos havendo, no entanto, apenas 18,2% dos inquiridos a sentir perturbação relacionada com esta dificuldade. Observamos igualmente que os itens: nº 1, “não tenho tempo suficiente para mim próprio”, nº 2 “por vezes sinto-me “de mãos atadas”, “sem poder fazer nada para dominar a situação”, nº 19 “esta situação está a transtornar-me os nervos” e nº 29 “não consigo sossegar por estar preocupado com os cuidados a prestar” acontecem em mais de 75% dos inquiridos, havendo no entanto mais de 50% dos cuidadores que consideram que estes itens lhes causam perturbação. Os Itens: número 9 “chega a transtornar as minhas relações familiares” e número 30 “esta situação faz-me sentir irritado” foram percebidos por um número superior a 65% dos indivíduos como acontecendo no seu caso, causando perturbação a mais de 40% dos inquiridos (42,9% na primeira questão e 53,3% na segunda). É importante salientar que em relação às

reações à prestação de cuidados mais de 50% dos cuidadores sente perturbação em relação a 5 dos 7 itens avaliados a saber respetivamente:

“... por vezes sinto-me...”:

- “... “de mãos atadas” sem poder fazer nada para dominar a situação” (72,7%);
- “não tenho tempo suficiente para mim próprio” (66,2%);
- “não consigo sossegar por estar preocupado com os cuidados a prestar” (63,6%);
- “não consigo sossegar por estar preocupado com os cuidados a prestar” (63,6%);
- “esta situação está a transtornar-me os nervos” (53,3%).

Quadro 4 – Descrição das Reações à prestação de cuidados

Nº	Questões	Acontece no meu caso e perturba-me muito	Acontece no meu caso e causa-me alguma perturbação	Acontece no meu caso, mas não me perturba	Não acontece no meu caso
2	Por vezes sinto-me “de mãos atadas”, sem poder fazer nada para dominar a situação	13 (16,9%)	43 (55,8%)	10 (13,0%)	11 (14,3%)
1	Não tenho tempo suficiente para mim próprio	9 (11,7%)	42 (54,5%)	11 (14,3%)	15 (19,5%)
29	Não consigo sossegar por estar preocupado com os cuidados a prestar	9 (11,7%)	40 (51,9%)	9 (11,7%)	19 (24,7%)
17	Esta situação faz-me sentir irritado	8 (10,4%)	33 (42,9%)	11 (14,3%)	25 (32,5%)
19	Esta situação está a transtornar-me os nervos	10 (13,0%)	31 (40,3%)	17 (22,1%)	19 (24,7%)
9	Chega a transtornar as minhas relações familiares	11 (14,3%)	22 (28,6)	17 (22,1%)	27 (35,1%)
30	Esta situação faz-me sentir culpado	2 (2,6%)	12 (15,6%)	14 (18,2%)	49 (63,6%)

Exigências de ordem física da prestação de cuidados

As exigências de ordem física da prestação de cuidados foram experienciadas por mais de 70% dos cuidadores (Quadro 5). Aos itens: “deixa-me muito cansado fisicamente” n.º 10), “ando a dormir pior por causa desta situação” (n.º 15) e “a pessoa de quem cuido necessita de muita ajuda nos seus cuidados pessoais” (n.º 13), foram consideradas por mais de 60% dos cuidadores como perturbadoras (75,3%; 70,2%, e 61,1% respetivamente) com respostas **perturba-me muito e/ou causa-me alguma perturbação**. As questões “a pessoa de quem cuido sofre de incontinência” (n.º24), obtiveram a mesma resposta situando-se acima dos 50% (53,3%). Aos itens “a minha saúde ficou abalada” (n.º23) e “a pessoa de

quem eu cuido depende de mim para se movimentar” (nº 6), obteve-se a mesma resposta em mais de 48% dos cuidadores (49,4% e 48,1%; respetivamente). Observa-se que mais de 48% das respostas do quadro 5 foram dadas às posições “perturba-me muito” e “causa-me alguma perturbação”.

Quadro 5 – Exigências de ordem física na prestação de cuidados

Nº	Questões	Acontece no meu caso e perturba-me muito	Acontece no meu caso e causa-me alguma perturbação	Acontece no meu caso, mas não me perturba	Não acontece no meu caso
10	Deixa-me muito cansado fisicamente	13 (16,9%)	45 (58,4%)	9 (11,7%)	10 (13,0%)
15	Ando a dormir pior por causa desta situação	18 (23,4%)	36 (46,8)	5 (6,5%)	18 (23,4%)
13	A pessoa de quem cuido necessita de muita ajuda nos seus cuidados pessoais	14 (18,2%)	33 (42,9%)	19 (24,7%)	11 (14,3%)
24	A pessoa de quem cuido sofre de incontinência	10 (13,0%)	31 (40,3%)	17 (22,1%)	19 (24,7%)
23	A minha saúde ficou abalada	8 (10,4%)	30 (39,0%)	16 (20,8%)	23 (29,9%)
6	A pessoa de quem eu cuido depende de mim para se movimentar	14 (18,2%)	23 (29,9%)	23 (29,9%)	17 (22,1%)

Restrições na vida social

No que diz respeito às restrições na vida social (Quadro 6), mais de 77% dos cuidadores informais considera-a uma dificuldade, apresentando uma maior falta de tempo para si mesmo, família e amigos, revelando uma diminuição de qualidade de vida. (Quadro 4). Verifica-se que mais de 64% dos cuidadores identifica falta de tempo para si mesmo, família e amigos como perturbadora na sua vida - “não estou com os meus amigos tanto quanto gostaria” (66,2%); “não consigo ter um tempo de descanso, nem fazer uns dias de férias”(64,9%) e “afasta-me do convívio com outras pessoas e de outras coisas de que gosto” (64,9%) .

Quadro 6 – Apresentação do itens da dimensão Restrições na vida social

Nº	Questões	Acontece no meu caso e perturba-me muito	Acontece no meu caso e causa-me alguma perturbação	Acontece no meu caso, mas não me perturba	Não acontece no meu caso
18	Não estou com os meus amigos tanto quanto gostaria	9 (11,7%)	42 (54,5)	11 (14,3%)	15 (19,5%)
20	Não consigo ter um tempo de descanso, nem fazer uns dias de férias	17 (22,1%)	33 (42,8%)	12 (15,6%)	15 (19,5%)
8	Afasta-me do convívio com outras pessoas e de outras coisas de que gosto	9 (11,7%)	41 (53,2%)	10 (13,0%)	17 (22,1%)

Deficiente apoio familiar

Nesta dimensão, analisando o Quadro 7, pode-se observar que mais de 55% dos cuidadores identifica a carência de suporte familiar como uma dificuldade experienciada. Relativamente aos itens “as pessoas da família não dão tanta atenção como se gostaria” (nº 16) e “alguns familiares não ajudam tanto quanto poderiam” (nº28), os cuidadores referiram que os perturbavam na sua vida numa percentagem de 50,6% e 49,3% respetivamente.

Quadro 7 – Deficiente apoio familiar

Nº	Questões	Acontece no meu caso e perturba-me muito	Acontece no meu caso e causa-me alguma perturbação	Acontece no meu caso, mas não me perturba	Não acontece no meu caso
16	As pessoas da família não dão tanta atenção como se gostaria	9 (11,7%)	30 (38,9%)	9 (11,7%)	29 (37,7%)
28	Alguns familiares não ajudam tanto quanto poderiam	10 (13,0%)	28 (36,3%)	10 (13,0%)	29 (37,7%)

Deficiente apoio profissional

No que concerne ao deficiente apoio profissional (quadro 8), mais de 57% dos cuidadores identificou esta dificuldade como presente na sua vida, havendo mais de 40% dos indivíduos que refere que esta dificuldade os **perturba-me muito e/ou causa-me alguma perturbação**; 42,9% no item “parece-me que os técnicos de saúde não fazem bem ideia dos problemas que os prestadores de cuidados enfrentam” (nº7) e 40,3% “não recebo o apoio suficiente dos serviços de saúde e dos serviços social” (nº 27).

Quadro 8 – Deficiente apoio profissional

Nº	Questões	Acontece no meu caso e perturba-me muito	Acontece no meu caso e causa-me alguma perturbação	Acontece no meu caso, mas não me perturba	Não acontece no meu caso
7	Parece-me que os técnicos de saúde não fazem bem ideia dos problemas que os prestadores de cuidados enfrentam	9 (11,7%)	24 (31,2%)	11 (14,3%)	33 (42,8%)
27	Não recebo o apoio suficiente dos serviços de saúde e dos serviços social	12 (15,6%)	19 (24,7%)	14 (18,2%)	32 (41,5%)

Problemas financeiros

Analisando o Quadro 9, verifica-se que mais de 60% dos cuidadores identifica esta dificuldade como presente no seu caso e mais de metade dos cuidadores refere que a qualidade da sua vida piorou (61,0%). Enquanto que, apenas 39% dos cuidadores referiu que a situação de cuidador lhe trouxe problemas de dinheiro (item 4).

Quadro 9 – Problemas financeiros

Nº	Questões	Acontece no meu caso e perturba-me muito	Acontece no meu caso e causa-me alguma perturbação	Acontece no meu caso, mas não me perturba	Não acontece no meu caso
21	A qualidade da minha vida piorou	12 (15,6%)	35 (45,4%)	13 (16,9%)	17 (22,1%)
4	Traz-me problemas de dinheiro	6 (7,8%)	24 (31,2%)	19 (24,6%)	28 (36,4%)

Não consigo dedicar tempo suficiente às outras pessoas da família

No que concerne à questão 3: “não consigo dedicar tempo suficiente às outras pessoas da família”, verificou-se que 62,3% dos inquiridos refere que este item lhes causa perturbação (quadro 10).

Quadro 10 – Não consigo dedicar tempo suficiente às outras pessoas da família

Nº	Questões	Acontece no meu caso e perturba-me muito	Acontece no meu caso e causa-me alguma perturbação	Acontece no meu caso, mas não me perturba	Não acontece no meu caso
3	Não consigo dedicar tempo suficiente às outras pessoas da família	8 (10,4%)	40 (51,9%)	13 (16,9%)	16 (20,8%)

4.3. Análise inferencial

Após realizada a análise descritiva dos dados que se consideraram mais significativos para o estudo, procedeu-se seguidamente à abordagem inferencial, através da estatística analítica.

Variáveis sociodemográficas associadas com as dificuldades percebidas pelos cuidadores

De acordo com a Tabela 10, no que concerne às variáveis sociodemográficas verifica-se que as variáveis associadas com a percepção das dificuldades no cuidar manifestadas pelos cuidadores foram a idade, estado civil e habilitações literárias. Nesta análise pode-se inferir que os cuidadores com uma idade superior a 50 anos referiram mais dificuldades no que respeita às exigências de ordem física na prestação de cuidados (OM=42,64 vs. 31,87; $p=0,045$), enquanto que os indivíduos com idade inferior a 50 anos manifestaram ter um deficiente apoio familiar (OM= 46,04 vs. 35,41; $p=0,042$). No que diz respeito ao estado civil, verifica-se que os cuidadores não casados referem dificuldades no que concerne ao apoio profissional (OM=51,71 vs. 36,65; $p=0,029$). Em relação às habilitações literárias, observa-se que os cuidadores com habilitações literárias inferiores ao 12º ano perceberam mais dificuldades financeiras (OM= 42,87 vs. 32,23; $p=0,04$).

Variáveis de contexto da prestação de cuidados e a percepção de dificuldades no cuidar

Analisando a Tabela 10 no que se refere às variáveis de contexto observa-se que as variáveis associadas com a percepção de dificuldades no cuidar manifestadas pelos cuidadores informais foram o tempo de prestação de cuidados, a distância que percorrem para prestar os cuidados, o apoio social, o tempo de dependência do indivíduo, o apoio de outras pessoas na prestação de cuidados e o grau de dependência da pessoa. Analisando as respostas relacionadas com a duração do tempo que os cuidadores prestam os cuidados informais prestam os cuidados, observa-se que os cuidadores informais que o realizam há 3 - 5 anos referem mais dificuldades relacionadas com as exigências de ordem física, seguidos dos inquiridos com mais de 6 anos de cuidados, diminuindo as dificuldades com a diminuição de tempo de cuidados (OM= 47,62 vs. 43,09 vs. 35,90 vs.26,47; $p= 0,038$).

No que se refere à distância de prestação de cuidados observa-se que os cuidadores percebem dificuldades associadas a problemas relacionais com a pessoa dependente

($p=0,008$), às reações à prestação de cuidados ($p=0,016$), às exigências de ordem física na prestação de cuidados ($p= 0,0,001$), e aos problemas financeiros ($p= 0,006$). Verificando-se igualmente que em relação ao score do CADI total se pode referir que esta variável apresenta uma relação significativa no que concerne às dificuldades

Em relação à reação às exigências de ordem física o fato de residir na mesma habitação é o mais sentido (OM=45,79; $p=0,001$), seguido daqueles que se encontram a uma distância passível de ir a pé (OM=29,71; $p=0,001$); a 30 minutos de distância de automóvel (OM=27,83); a 10 minutos de distância de automóvel (OM= 18,55; $p=0,001$) e residir no mesmo prédio em casa diferentes apresenta score menor (OM=11,00 ; $p=0,001$) (Tabela 11). O apoio social surge igualmente como um fator determinante, observa-se que os indivíduos sem apoio social apresentam maiores problemas relacionais com a pessoa dependente (OM=44,35 vs. 32,24; $p= 0,018$) e mais dificuldades com as reações à prestação de cuidados (OM=42,62 vs. 33,16; $p= 0,041$). (Tabela 11).

Analisando-se o tempo de dependência da pessoa verifica-se que os cuidadores percecionam as exigências de ordem física como dificuldade ($p=0,023$), nos casos em que a pessoa está dependente entre 3 a 5 anos (OM= 47,11), seguindo-se os indivíduos que cuidam de uma pessoa dependente à mais de 6 anos (OM= 43,02) e os que cuidam de um individuo dependente à menos de 2 anos (OM= 30,92) (Tabela 11).

O apoio de outras pessoas na prestação de cuidados é um fator importante em todas as dimensões à exceção da dimensão que se refere às exigências de ordem física. Verifica-se que os cuidadores que referem não ter apoio à prestação de cuidados se sentem mais perturbados no que concerne: aos problemas relacionais com a pessoa dependente (OM= 49,73 vs. 34,14; $p=0,005$), às reações à prestação de cuidados (OM= 49,25 vs. 34,36; $p=0,007$), às restrições na vida social (OM= 47,46 vs. 35,17, $p=0,023$), ao deficiente apoio familiar (OM=50,42 vs. 33,83; $p=0,002$), ao deficiente apoio profissional (OM=47,71 vs. 35,06; $p=0,019$) e em relação aos problemas financeiros (OM=47,02 vs. 35,37, $p=0,031$). Verifica-se igualmente, em relação ao score do CADI global para esta variável que o fato de não ter apoio de outra pessoa na prestação de cuidados é estatisticamente bastante significativo (Tabela 11)

No que se refere ao grau de dependência verifica-se que os cuidadores que cuidam de indivíduos mais dependentes percecionam mais dificuldades de ordem física na prestação de cuidados (OM=46,23 vs. 30,33; $p=0,002$) (Tabela 11)

Tabela 10 - Variáveis sociodemográficas e a percepção das dificuldades no cuidar

CADI																								
Variáveis	Problemas relacionais com a pessoa dependente			Reações à prestação de cuidados			Exigências de ordem física na prestação			Restrições na vida social			Deficiente apoio familiar			Deficiente apoio profissional			Problemas financeiros			CADI Global		
Idade	OM	U	P	OM	U	p	OM	U	p	OM	U	p	OM	U	p	OM	U	p	OM	U	p	OM	U	p
≤50 anos	34,50	546,000	0,207	35,56	657,000	0,334	31,87	480,000	0,045	38,77	608,000	0,948	46,04	513,000	0,042	41,12	608,000	0,546	37,10	613,500	0,588	35,63	575,500	0,346
>50 anos	41,29			40,75			42,64			39,12			35,41			37,92			39,97			40,72		
Gênero	OM	U	p	OM	U	p	OM	U	p	OM	U	p	OM	U	p	OM	U	p	OM	U	p	OM	U	p
Masculino	40,28	294,500	0,855	39,44	302,000	0,949	36,44	283,000	0,714	39,17	304,500	0,981	44,72	254,500	0,399	46,44	239,000	0,279	42,94	270,500	0,567	41,28	285,500	0,745
Feminino	38,83			38,94			39,34			38,98			38,24			38,01			38,48			38,70		
Estado civil	OM	U	p	OM	U	p	OM	U	p	OM	U	p	OM	U	p	OM	U	p	OM	U	p	OM	U	p
Casado	38,50	357,500	0,647	38,88	370,500	0,781	39,52	356,500	0,637	38,88	370,500	0,781	38,74	373,000	0,805	36,65	237,500	0,029	38,83	379,000	0,875	38,50	357,500	0,648
Outro	41,71			40,63			36,21			39,67			40,42			51,71			39,92			41,71		
Habilitações literárias	OM	U	p	OM	U	p	OM	U	p	OM	U	p	OM	U	p	OM	U	p	OM	U	p	OM	U	p
<Secundário	41,12	582,000	0,270	40,65	605,000	0,390	40,82	597,000	0,344	40,62	606,500	0,393	38,55	664,000	0,810	40,51	612,000	0,425	42,87	496,500	0,041	41,66	555,500	0,167
≥ Secundário	35,29			36,11			35,82			36,16			39,79			36,36			32,23			34,34		
Situação Laboral	OM	U	p	OM	U	p	OM	U	p	OM	U	p	OM	U	p	OM	U	p	OM	U	p	OM	U	p
Empregado	36,78	655,500	0,438	37,93	694,500	0,708	35,44	610,000	0,213	39,41	717,000	0,884	40,53	679,000	0,582	38,12	701,000	0,754	37,88	693,000	0,692	36,93	660,500	0,469
Outro	40,76			39,85			41,81			38,67			37,79			39,70			39,88			40,64		

Legenda: U – Teste U Mann-Whitney

Tabela 11 - Variáveis de contexto de prestação de cuidados e a percepção das dificuldades no cuidar

CADI																								
Variáveis	Problemas relacionais com a pessoa dependente			Reações à prestação de cuidados			Exigências de ordem física na prestação			Restrições na vida social			Deficiente apoio familiar			Deficiente apoio profissional			Problemas financeiros			CADI Global		
Tempo de prestação de cuidados	OM	KW	p	OM	KW	p	OM	KW	p	OM	KW	p	OM	KW	p	OM	KW	p	OM	KW	p	OM	KW	p
6 meses a 1 ano	29,97	4,061	0,255	30,66	3,933	0,269	26,47	8,399	0,038	34,41	1,773	0,621	33,06	1,897	0,594	34,81	2,020	0,568	32,13	3,455	0,327	29,00	5,168	0,160
1 a 2 anos	37,73			35,97			35,90			37,57			42,10			35,57			35,77			36,87		
3 a 5 anos	45,08			43,69			47,62			45,12			42,73			38,15			45,88			45,69		
≥ 5 anos	41,56			42,58			43,09			39,47			39,00			42,92			41,09			42,18		
Distância da prestação de cuidados	OM	KW	p	OM	KW	p	OM	KW	p	OM	KW	p	OM	KW	p	OM	KW	p	OM	KW	p	OM	KW	p
Mesma habitação	44,57	13,678	0,008	43,70	12,139	0,016	45,79	17,892	0,001	42,36	6,221	0,183	40,96	2,782	0,595	41,12	4,316	0,365	44,19	14,324	0,006	44,91	15,608	0,004
Mesmo edifício	18,00			3,00			11,00			10,50			10,50			6,50			5,00					
Curta distância	33,50			32,79			29,71			30,46			35,25			38,63			34,00			32,13		
10 minutos (carro)	18,90			21,65			18,55			30,70			30,35			31,65			18,80			18,80		
30 minutos (carro)	29,50			42,67			27,83			41,67			41,67			26,50			38,00			34,00		
Apoio social	OM	U	p	OM	U	p	OM	U	p	OM	U	p	OM	U	p	OM	U	p	OM	U	p	OM	U	p
Não	44,35	501,000	0,018	43,62	532,500	0,041	40,16	681,000	0,607	42,26	591,000	0,145	41,50	623,500	0,255	41,58	620,000	0,246	42,97	560,500	0,075	43,50	537,500	0,047
Sim	32,24			33,16			37,53			34,88			35,84			35,74			33,99			33,31		
Tempo de dependência	OM	KW	p	OM	KW	p	OM	KW	p	OM	KW	p	OM	KW	p	OM	KW	p	OM	KW	p	OM	KW	p
1 a 2 anos	34,19	2,921	0,232	34,17	2,586	0,274	30,92	7,559	0,023	36,73	0,642	0,726	37,28	1,005	0,605	35,94	3,220	0,200	32,75	4,417	0,110	33,23	3,641	0,162
3 a 5 anos	40,03			41,82			47,11			41,58			43,29			35,55			43,32			42,95		
≥ 6 anos	44,17			42,88			43,02			39,90			37,98			45,29			43,54			43,21		
Preparação para a prestação	OM	U	p	OM	U	p	OM	U	p	OM	U	p	OM	U	p	OM	U	p	OM	U	p	OM	U	p
Não	39,16	478,000	0,900	39,11	481,500	0,935	40,10	421,000	0,399	40,16	417,500	0,369	40,33	407,000	0,293	39,36	466,000	0,778	38,79	475,000	0,868	39,62	450,000	0,633
Sim	38,38			38,59			34,81			34,59			33,94			37,63			39,81			36,63		

Tabela 11 - Variáveis de contexto de prestação de cuidados e a percepção das dificuldades no cuidar

CADI																								
Variáveis	Problemas relacionais com a pessoa dependente			Reações à prestação de cuidados			Exigências de ordem física na prestação			Restrições na vida social			Deficiente apoio familiar			Deficiente apoio profissional			Problemas financeiros			CADI Global		
Tempo de prestação de cuidados	OM	KW	p	OM	KW	p	OM	KW	p	OM	KW	p	OM	KW	p	OM	KW	p	OM	KW	p	OM	KW	p
6 meses a 1 ano	29,97	4,061	0,255	30,66	3,933	0,269	26,47	8,399	0,038	34,41	1,773	0,621	33,06	1,897	0,594	34,81	2,020	0,568	32,13	3,455	0,327	29,00	5,168	0,160
1 a 2 anos	37,73			35,97			35,90			37,57			42,10			35,57			35,77					
3 a 5 anos	45,08			43,69			47,62			45,12			42,73			38,15			45,88					
≥ 5 anos	41,56			42,58			43,09			39,47			39,00			42,92			41,09					
Distância da prestação de cuidados	OM	KW	p	OM	KW	p	OM	KW	p	OM	KW	p	OM	KW	p	OM	KW	p	OM	KW	p	OM	KW	p
Mesma habitação	44,57	13,678	0,008	43,70	12,139	0,016	45,79	17,892	0,001	42,36	6,221	0,183	40,96	2,782	0,595	41,12	4,316	0,365	44,19	14,324	0,006	44,91	15,608	0,004
Mesmo edifício	18,00			3,00			11,00			10,50			10,50			6,50			5,00					
Curta distância	33,50			32,79			29,71			30,46			35,25			38,63			34,00					
10 minutos (carro)	18,90			21,65			18,55			30,70			30,35			31,65			18,80					
30 minutos (carro)	29,50			42,67			27,83			41,67			41,67			26,50			38,00					
Apoio social	OM	U	p	OM	U	p	OM	U	p	OM	U	p	OM	U	p	OM	U	p	OM	U	p	OM	U	p
Não	44,35	501,000	0,018	43,62	532,500	0,041	40,16	681,000	0,607	42,26	591,000	0,145	41,50	623,500	0,255	41,58	620,000	0,246	42,97	560,500	0,075	43,50	537,500	0,047
Sim	32,24			33,16			37,53			34,88			35,84			35,74			33,99			33,31		
Tempo de dependência	OM	KW	p	OM	KW	p	OM	KW	p	OM	KW	p	OM	KW	p	OM	KW	p	OM	KW	p	OM	KW	p
1 a 2 anos	34,19	2,921	0,232	34,17	2,586	0,274	30,92	7,559	0,023	36,73	0,642	0,726	37,28	1,005	0,605	35,94	3,220	0,200	32,75	4,417	0,110	33,23	3,641	0,162
3 a 5 anos	40,03			41,82			47,11			41,58			43,29			35,55			43,32					
≥ 6 anos	44,17			42,88			43,02			39,90			37,98			45,29			43,54					
Preparação para a prestação	OM	U	p	OM	U	p	OM	U	p	OM	U	p	OM	U	p	OM	U	p	OM	U	p	OM	U	p
Não	39,16	478,000	0,900	39,11	481,500	0,935	40,10	421,000	0,399	40,16	417,500	0,369	40,33	407,000	0,293	39,36	466,000	0,778	38,79	475,000	0,868	39,62	450,000	0,633
Sim	38,38			38,59			34,81			34,59			33,94			37,63			39,81			36,63		

Variáveis	Problemas relacionais com a pessoa dependente			Reações à prestação de cuidados			Exigências de ordem física na prestação			Restrições na vida social			Deficiente apoio familiar			Deficiente apoio profissional			Problemas financeiros			CADI Global					
Apoio de outras pessoas	OM	KW	p	OM	KW	p	OM	KW	p	OM	KW	p	OM	KW	p	OM	KW	p	OM	KW	p	OM	KW	p	OM	KW	p
Não	49,73	8,048	0,005	49,25	7,350	0,007	42,31	0,770	0,380	47,46	5,132	0,023	50,42	9,694	0,002	47,71	5,479	0,019	47,02	4,631	0,031	50,27	8,856	0,003			
Sim	34,14			34,36			37,50			35,17			33,83			35,06			35,37			33,90					
Experiência nos cuidados	OM	U	p	OM	U	p	OM	U	p	OM	U	p	OM	U	p	OM	U	p	OM	U	p	OM	U	p	OM	U	p
Não	37,17	569,500	0,313	39,57	634,000	0,754	39,82	621,000	0,650	38,74	649,500	0,883	41,65	528,000	0,133	38,32	628,500	0,705	40,15	604,500	0,522	39,15	655,500	0,936			
Sim	42,60			37,88			37,38			39,52			33,81			40,33			36,75			38,71					
Grau de dependência	OM	U	p	OM	U	p	OM	U	p	OM	U	p	OM	U	p	OM	U	p	OM	U	p	OM	U	p	OM	U	p
Menos dependente	41,11	661,000	0,448	36,96	663,500	0,464	30,33	431,500	0,002	34,57	580,000	0,108	38,14	705,000	0,751	34,67	583,500	0,114	34,49	577,000	0,100	35,34	607,000	0,190			
Mais dependente	37,24			40,70			46,23			42,69			39,71			42,61			42,76			42,05					

Legenda: U – Teste U Mann-Whitney ; KW - Teste Kruskal Wallis

5. DISCUSSÃO DE RESULTADOS

Perfil sociodemográfico dos cuidadores e contexto de prestação de cuidados

Segundo a análise dos dados recolhidos respeitantes à caracterização sociodemográfica dos cuidadores verifica-se que, dos 77 inquiridos da amostra, 88,3% são do género feminino e 11,7% do género masculino, com uma média de idades de 57,3 anos, oscilando entre os 22 e os 96 anos. A maioria dos indivíduos apresenta idade superior a 50 anos (66,2%). Machado (2012), na sua investigação, realizada na ilha da Madeira, com uma amostra de 69 indivíduos encontrou uma amostra de cuidadores maioritariamente do género feminino (85,5%), sendo que a sua idade variava entre 39 anos e 80 anos, localizados na sua maioria entre 44 - 54 anos (37,7%). Também Almeida (2015) no seu estudo com uma amostra de 71 participantes do distrito de Viseu, verificou que os cuidadores informais da amostra eram constituídos por uma maioria do género feminino (64,79% vs. 35,21%), com uma média de idades entre os 42 e 62 anos. Araújo (2015) no seu estudo apresentou uma amostra de 81 indivíduos do concelho de Vila Nova de Famalicão sendo que apresentavam idades entre os 34 e 82 anos com uma média de idades de 53,56 anos e uma maioria de inquiridos do sexo feminino (91,4%).

Quando se analisa o estado civil, área de residência, habilitações literárias, coabitação e situação laboral, no presente estudo, verifica-se que a maioria são casados ou em união de facto (84,4%), residem no meio rural (70,1%), com habilitações literárias menores que 1º ciclo ou superior ao 10º ano (36,4%), coabitando com o cônjuge (55,8%) e empregados (44,2%). No estudo de Machado (2012) verifica-se que 59,4% dos cuidadores são casados e 42% dos indivíduos apresenta o 6º ano de escolaridade. Araújo (2015) estudou uma amostra em que 96,3% dos cuidadores incluídos sabiam ler escrever, sendo que a maioria (33,3%) concluiu o primeiro ciclo do ensino básico, igualmente a maioria casada/o ou união de facto (75,3%) e empregados na sua maioria (38,3%). Ao contrário do verificado em vários estudos a amostra do presente estudo apresenta um grau de escolaridade razoável. No estudo de Almeida (2015), no que respeita ao local de residência a maioria dos inquiridos residia em ambiente rural (50,7%) e 36,7% dos inquiridos apresenta o primeiro ciclo de escolaridade e 50,8 % com emprego ativo.

No estudo aqui apresentado verifica-se igualmente que a maioria dos cuidadores informais referiu que cuidava dos pais (49,3%) o que é igualmente corroborado pelos

estudos de Almeida (2015), Machado (2012) entre outros, sendo que, no primeiro 50,7% referiram ser filhos da pessoa que cuidam e no segundo 37,7%.

À semelhança dos estudos consultados, no que concerne à pessoa dependente verifica-se que, neste estudo, são indivíduos com idades compreendidas entre os 42 e os 97 anos de idade com uma média de idades de 79,40 anos, a maioria do género feminino (66,2%), casada/o ou em união de facto (51,9%). Almeida (2015) analisou uma realidade semelhante com uma amostra de pessoas dependentes com idade média de 77,94 anos, oscilando entre os 30 e os 99 anos e a maioria do género feminino (66,20%). Machado (2012) verificou que a maioria dos indivíduos dependentes, no seu estudo, eram igualmente do género feminino (65,2%) e a maioria na faixa etária entre 75 – 80 anos.

Apresentam um grau de dependência total 32,5% dos casos, estão dependentes a maioria à 1 ou 2 anos (40,3%), sendo o motivo para esta dependência a perda da mobilidade (37,7%). No estudo de Almeida (2015), 56,3% dos indivíduos apresenta dependência total, com um tempo de dependência na sua maioria de 1 a 2 anos (25,3%), 25,4% desses indivíduos tem como motivo de dependência patologias do sistema nervoso.

No que concerne à distância geográfica entre cuidador e pessoa dependente verifica-se que a maioria dos cuidadores inquiridos refere habitar com o indivíduo (66,2%), prestando cuidados há mais de 6 anos (42,8%), continuamente, 24 horas por dia (87%). São cuidadores que não têm experiência anterior de prestação de cuidados (66,2%), tendo algum tipo de apoio de outras pessoas (68%). Na maioria dos casos têm apenas um indivíduo ao seu cuidado (75,3%), sendo os dois principais motivos para a assunção deste papel a afinidade com a pessoa e a fragilidade em que ela se encontra, em ambos os casos, com 63,6% dos indivíduos a referir essa realidade. No estudo de Machado (2012), 81,2% dos indivíduos refere como razão para o cuidado a relação de parentesco, já no estudo de Almeida (2015) é referido que desempenham este papel 42,2% dos inquiridos pelo fato de serem os únicos que o poderiam fazer. De acordo com a evidência científica e relativamente ao tempo despendido para o cuidado, 72,5% dos cuidadores referiram prestar cuidados apenas 12 horas diárias (Machado, 2012) enquanto no estudo de Almeida (2012) executam esse papel durante 6 horas diárias (30,9%). Em relação à residência verifica-se que à semelhança dos dados recolhidos no estudo presente também outros investigadores obtiveram as mesmas respostas, Almeida (2015) refere que 56,4% residem com o cuidador, Machado (2012) 43,9 % dos indivíduos reside na mesma casa, entre outros.

Quando se coloca a questão do apoio informal ao cuidador verificou-se que 68% dos indivíduos inquiridos respondeu positivamente, também Brito (2002) encontrou a maioria dos cuidadores com ajuda na prestação de cuidados. Sequeira (2010) refere que as principais fontes de ajuda são provenientes de familiares próximos, o que reforça a importância do suporte familiar. Ou seja, esta é uma variável importante para avaliar o contexto dos

cuidados. De forma inversa no estudo de Almeida (2015) a maioria dos sujeitos refere não ter qualquer apoio (62%), situação que se verifica na maioria dos autores consultados.

No que se refere aos apoios formais, na presente investigação 50,6% dos inquiridos refere não ter qualquer tipo de apoio, há, no entanto 49,4 % dos indivíduos que responde de forma positiva à existência desse apoio, sendo que, nestes casos a maioria refere ter apoio domiciliário de instituições privadas protocoladas com o estado. O mesmo se observa no estudo de Almeida (2012) em que 67,6 % dos inquiridos refere não usufruir de qualquer apoio formal.

Em suma, no presente estudo, podemos referir que os cuidadores informais são maioritariamente indivíduos do género feminino, com uma idade média de 57,3 anos, casadas ou em união de facto, residem em ambiente rural, com habilitações superiores ao 10º ano ou inferiores ao ensino básico, habitam com o cônjuge ou companheiro e apresentam um emprego fixo. A pessoa dependente é, na maioria, do género feminino, tem uma idade média de 79,40 anos, apresenta um grau de dependência total, estando nesta situação à apenas 1 a 2 anos. No que concerne ao contexto de prestação de cuidados, temos um cuidador que tem laços de filiação com a pessoa dependente, que habita na mesma casa, executa o papel de cuidador há mais de 6 anos, todos os dias, sem experiência anterior. Presta apoio, na maioria dos casos, a apenas um indivíduo sendo as suas motivações a fragilidade da pessoa e a afinidade que sente por ela. São cuidadores que têm apoio informal em contraste com o apoio formal que, na sua maioria, referem não ter.

Dificuldades do cuidador informal

Associando as variáveis sociodemográficas com as dificuldades do cuidador informal chegou-se à conclusão que as variáveis estatisticamente significativas e, por conseguinte, influenciadoras das dificuldades sentidas foram a idade, o estado civil e as habilitações literárias do cuidador.

Observou-se que os cuidadores com idade superior a 50 anos referiram mais dificuldades no que respeita às exigências de ordem física na prestação de cuidados ($p=0.045$), situação igualmente verificada por Brito (2002) que refere no seu estudo que par idade maior mais dificuldades de ordem física ($p=0.038$). Os indivíduos com idade inferior a 50 anos manifestaram sentir mais perturbação pela falta de apoio familiar ($p= 0,042$). Em relação ao estado civil verificou-se ser estatisticamente significativo na perceção de um deficiente apoio profissional ($p= 0,029$), verificando-se que os cuidadores não casados sentiam como perturbador este item.

Os indivíduos com habilitações literárias mais baixas, menor que o secundário, também percebem os problemas financeiros como perturbadores com relação estatisticamente significativa ($p=0,041$). No entanto, à semelhança do verificado por Almeida (2015) a percepção global das dificuldades (CADI global) não apresenta resultados estatisticamente significativos o que nos leva a concluir que neste estudo os fatores sociodemográficos têm pouca influência nas dificuldades globais. No estudo realizado por Nascimento (2014) intitulado: “avaliação das dificuldades e autoeficácia do cuidador informal de idosos dependentes no concelho de Mirandela”; obtiveram-se resultados sobreponíveis aos do presente estudo, embora os resultados não se verificassem estatisticamente significativos. Pascoinho (2011), no seu estudo confirmou que a idade está relacionada com as dificuldades financeiras ($p=0,001$) e com as dificuldades relativas ao apoio profissional ($p=0,042$) relacionando estes resultados com o facto de que os cuidadores eram essencialmente pessoas de idades compreendidas entre 45 a 65 anos e idosas, logo com baixos recursos financeiros. Refere também que à semelhança do estudo presente o género não tem diferenças significativas na percepção das dificuldades ($p=0,512$), sendo que homens e mulheres sentem as dificuldades de cuidar do idoso de forma semelhante.

No que concerne às variáveis de contexto de prestação de cuidados, no presente estudo, verificaram-se resultados estatisticamente significativos para as variáveis: tempo de prestação de cuidados, distância de prestação de cuidados, existência de apoios sociais, existência de apoio de outras pessoas e grau de dependência. Verifica-se igualmente que a variável: apoio de outras pessoas tem influência na maioria das dimensões exceto nas exigências de ordem física (CADI Global, $p=0,004$). A distância da prestação de cuidados influencia 4 das 7 dimensões em estudo a saber: problemas relacionais com a pessoa dependente ($p=0,008$), reações à prestação de cuidados ($p=0,018$), exigências de ordem física ($p=0,001$) e problemas financeiros ($p=0,006$), sendo uma variável que na sua globalidade é igualmente estatisticamente significativa ($p=0,004$).

No presente estudo verificou-se, em termos gerais que com o aumento do tempo de prestação de cuidados existe a percepção de maiores dificuldades no que concerne às exigências de ordem física acima dos 3 a 5 anos, embora haja pior percepção neste período, ligeiramente, que no período superior a 6 anos (OM= 47,62 vs. 43,09; $p=0,038$). Nos estudos de Almeida (2015), Nascimento (2014) e Pascoinho (2011) não se verificam resultados estatisticamente significativos nas relações com o tempo de cuidados na percepção de dificuldades por parte do cuidador, referem no entanto que em termos gerais esta variável apresenta dados compatíveis com os do estudo presente demonstrando aumento da percepção das dificuldades com o aumento do tempo de cuidados. Pascoinho (2011) refere que o fato de a sua amostra apresentar um suporte familiar considerável ao cuidador

informal poderá influenciar na diminuição da influência desta variável na percepção da dificuldade.

Em relação à distância percorrida pelo prestador para prestar os cuidados verificou-se que o fato de o cuidador habitar na mesma casa que a pessoa dependente aumenta a percepção das dificuldades relacionadas mais diretamente com o ato de cuidar, todas com relações estatisticamente significativa. O aumento de problemas relacionais, da perturbação pelas reações à prestação de cuidados, exigências de ordem física e os problemas financeiros, apresentam-se como dificuldades lógicas na coabitação com uma pessoa dependente e com a prestação de cuidados sem “pausas”. Almeida (2015) refere que no seu estudo não houve resultados estatisticamente significativo no que concerne a esta variável, Cordeiro (2011) por outro lado chegou a conclusões que consubstanciam o presente estudo.

Analisando a variável que relaciona os apoios sociais com a percepção de dificuldades verifica-se neste estudo que a não existência de qualquer apoio provoca o aumento da percepção de dificuldades globalmente (CADI global; $p=0,047$) podendo referir-se que é uma variável a ter em conta, mas analisando as várias dimensões apenas duas se revelam estatisticamente significativa neste estudo: os problemas relacionais com a pessoa dependente ($p=0,018$) e as reações à prestação de cuidados ($p=0,041$). Resultados corroborados pelo estudo de Cordeiro (2011) verificando, no entanto, no seu estudo que as reações a exigências do cuidar não eram estatisticamente significativas. Esta influência dos apoios sociais nas dificuldades sentidas quer nos problemas relacionais, quer nas reações à prestação de cuidados poderá no nosso entendimento dever-se ao fato de com a existência de um apoio formal existe a possibilidade de aligeirar o peso dos cuidados assim como permitir um suporte por um profissional de saúde que muitas vezes dá apoio e explicação à execução dos cuidados. De referir que no presente estudo 34,2 % dos inquiridos referem ter apoio domiciliário (protocolado ou privado) e 31,6% apoio dos cuidados de saúde primários o que por si significa um suporte formal bem estruturado. No que diz respeito ao apoio informal, de outras pessoas verificou-se que os cuidadores apresentam diferenças significativas em todas as dimensões exceto quando analisada a dimensão exigências de ordem física. Verifica-se que a existência de apoio de outras pessoas funciona com fator mitigador das consequências do cuidado. A exceção das exigências de ordem física pode ser justificada com o fato da relação cuidador /pessoa dependente se basear laços familiares que, culturalmente, implicam a aceitação das dificuldades como algo normal e não como um “peso”.

O grau de dependência no presente estudo revelou que apenas influencia quando relacionado com a percepção das exigências de ordem física verificando-se que nos indivíduos mais dependentes existe uma maior exigência física do cuidador. Almeida (2015)

refere no seu estudo que o nível de dependência nas ABVD influencia de forma estatisticamente muito significativa ($p=0,001$) as dificuldades sentidas pelo cuidador. Outro estudo, também revelou uma associação significativa entre o grau de dependência e as exigências de ordem física do cuidar (Machado, 2012).

Em suma, no que diz respeito às dificuldades percebidas pelo cuidador estas são influenciadas por vários fatores destacando a importância global do apoio social e apoio familiar por serem fatores que poderão ser influenciados pelos profissionais de saúde por forma a mitigar as dificuldades provocadas.

6. CONCLUSÃO

Quando se analisa o estado atual da sociedade é de fácil constatação o aumento da prevalência de doenças crônicas com a conseqüente ação no grau de dependência dos indivíduos utentes do nosso sistema de saúde. O enfermeiro especialista em enfermagem comunitária e saúde pública desenvolve uma prática que se quer globalmente centrada na comunidade. As mudanças a que assistimos traduzem-se em novas necessidades de saúde, tendo sido reconhecido, nos últimos anos, o papel determinante dos cuidados de saúde primários com ênfase na capacidade de resposta na resolução dos problemas colocados pelos cidadãos no sentido de formar uma sociedade forte e dinâmica. É, portanto, imperativo o papel de enfermagem no desenvolvimento de programas e projetos de intervenção, com vista à capacitação e *empowerment* das comunidades com o objetivo de promover cuidados de saúde mais abrangentes e promotores de otimização de recursos. Esta utilização eficaz de recursos depende igualmente da capacidade da comunidade de contribuir para libertar o sistema nacional de saúde de alguns dos cuidados que, em segurança, podem ser realizados pelos familiares ou rede social mantendo ou mesmo melhorando a qualidade de vida da pessoa dependente.

Cuidar uma pessoa dependente implica dificuldades que se não forem tidas em conta, correta e atempadamente, podem ter conseqüências na saúde da pessoa dependente, mas também no cuidador. Torna-se, portanto, imperativo manter esse processo de uma forma saudável promovendo o apoio necessário aos cuidadores para que estes se sintam empoderados na prestação de cuidados de qualidade. Tendo este empoderamento como objetivo é importante investigar as dificuldades sentidas e a influencia que as variáveis têm na sua perceção de forma a que o enfermeiro na equipa multidisciplinar possa planear intervenções com vista a concretizar o projeto de saúde quer da pessoa dependente quer do cuidador informal.

Com a presente investigação podemos concluir que o ato de cuidar implica dificuldades e verificámos que são reconhecidas como presentes em mais de 50% dos cuidadores. No que concerne aos problemas relacionais com a pessoa dependente é percecionada como presente em 60% dos cuidadores, as reações à prestação de cuidados identificada por 67% dos inquiridos; 70% refere ter dificuldades devido às exigências de ordem física do ato de cuidar, 77% indicam as restrições na vida social como presente, 55% dos inquiridos vivenciam um deficiente apoio familiar, 57% dos casos um deficiente apoio profissional e em 60% dos cuidadores observam-se problemas financeiros.

Estas dificuldades provocam perturbações que se verificaram estar relacionadas com algumas variáveis sendo que em relação às variáveis demográficas foram consideradas estatisticamente relevantes a idade do cuidador, estado civil e habilitações literárias.

No que concerne às variáveis de contexto de prestação de cuidados influenciam a perceção de dificuldades o tempo de prestação de cuidados, a distância que percorrem para prestar os cuidados, o apoio social, o tempo de dependência do indivíduo, o apoio de outras pessoas na prestação de cuidados e o grau de dependência da pessoa.

Quando se relacionou o grau de dependência com as dificuldades sentidas verificase que os cuidadores que cuidam de indivíduos mais dependentes percecionam mais dificuldades de ordem física na prestação de cuidados, não havendo influencia estatisticamente significativa nas restantes dimensões/ dificuldades.

Em todos os estudos científicos se encontram condicionantes e limitações que podem interferir nos resultados obtidos. Embora o presente estudo se tenha baseado numa criteriosa e exaustiva pesquisa de forma a elaborar um instrumento de colheita de dados completo e exaustivo que refletisse as variáveis necessárias a uma correta análise dos dados acreditamos que possam ter ficado alguns dados por recolher e analisar por condicionantes decorrentes da necessidade de elaborar um instrumento exequível e de curto preenchimento. Em relação ao questionário houve igualmente uma dificuldade grande na obtenção de indivíduos para a nossa amostra uma vez que em muitas situações a necessidade de preencher um consentimento informado funcionou como elemento dissuasor da participação. Outra condicionante deste trabalho foi a aplicação do instrumento de colheita de dados, uma vez que foram escolhidos os cuidados de saúde primários durante a visita domiciliária, esbarrámos com dificuldades burocráticas atrasando em muito a entrega do instrumento, resultando na sua aplicação no período de férias dos profissionais o que só por si impediu a recolha de dados de forma eficaz e em maior número.

Não obstante as dificuldades sentidas durante a realização do presente trabalho procurou-se ao máximo reduzir a possibilidade do enviesamento dos resultados.

Tendo em conta os objetivos do trabalho, no que diz respeito à identificação de dificuldades do cuidador foi possível perceber que estas existem a vários níveis tendo a maioria dos indivíduos reconhecido a sua ocorrência no seu caso. É, no entanto, a perturbação causada por essas dificuldades que é importante expor procurando perceber qual a influência das características sociodemográficas e de contexto de prestação de cuidados nesse problema, objetivo que pensamos ter atingido uma vez que é possível perceber por exemplo que através de uma rede social formal e informal eficaz ajuda a diminuir as dificuldades, ou pelo menos reduzir a capacidade de resiliência da parte do cuidador. O CADI coloca-se aqui como um instrumento importante para a avaliação das

dificuldades sentidas como coadjuvante a uma intervenção estruturada e planeada junto dos cuidadores informais.

Considera-se também de vital importância a criação do estatuto do cuidador informal como meio de apoio à melhoria da qualidade de vida do cuidador dotando-o de direitos e apoios quer na vertente económica, quer na vertente de formação para os cuidados. Verificou-se neste estudo que a perceção de não ter apoio social ou profissional dificulta a vida do cuidador, podendo em última instância promover a desistência do papel desempenhado ou mesmo constituir um risco para a saúde da pessoa dependente.

Seria igualmente interessante a criação de um serviço de saúde dedicado ao cuidador informal, proporcionando formação e apoio ao cuidado da pessoa dependente assim como apoio social e de saúde ao cuidador informal. Seria interessante promover rastreios de sobrecarga ou mesmo rastreios de saúde mental com o objetivo de prevenir constrangimentos ao cuidador, mas também desperdício de recursos.

Tendo em conta a prática clínica do autor do trabalho, medicina/ cuidados paliativos, considera-se que a realização deste trabalho de investigação teve a capacidade de aprofundar conhecimentos sobre a realidade do cuidador informal na ARS a que pertence permitindo que possa melhorar a sua ação no bem-estar dos utentes promovendo uma preparação adequada do futuro cuidador.

Acredita-se que com este trabalho se conseguiu atingir os objetivos propostos contribuindo para um melhor conhecimento teórico desta área de intervenção tão importante para a enfermagem comunitária em particular e para o sistema nacional em geral.

O profissional de enfermagem tem como principal foco de ação a manutenção de uma sociedade mais saudável sendo que, para isso, terá que procurar incessantemente por mais e melhor conhecimento para que desenvolva uma prática baseada no conhecimento com repercussões importantes na saúde dos utentes/ clientes.

REFERÊNCIAS

- Abrantes, Neusa D. F. F. (2014). O impacto do descanso ao cuidador da rnci na qualidade de Vida do cuidador informal da pessoa idosa dependente. Dissertação de Mestrado em Psicologia de Desenvolvimento. Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação. Coimbra: Universidade de Coimbra.
- Almeida, A. C. S. (2015). Nível de Sobrecarga e Dificuldades do Cuidador Informal: Cuidar da Pessoa Dependente. Dissertação de Mestrado em Enfermagem de Reabilitação. Escola Superior de Saúde de Viseu. Viseu: disponível em <http://hdl.handle.net/10400.19/3051>;
- Brito, L. (2002). A saúde mental dos prestadores de cuidados a familiares idosos. Coimbra: Quarteto Editora.
- Colliére, M. F. (1999) Promover a Vida: Da Prática das mulheres de virtude aos cuidados de enfermagem. 2ª ed. Coimbra: Edições Técnicas e Sindicato dos Enfermeiros Portugueses. 385 p. ISBN 972-757-109-3.
- CONSELHO INTERNACIONAL DE ENFERMEIROS (2006) - Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem. CIPE. Versão 1. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros. ISBN 92-95040-36-8.
- Cordeiro, L. A. G. (2011). *Cuidador informal de idosos dependentes: dificuldades e sobrecarga*. Viseu: Escola Superior de Saúde. Acedido em <http://hdl.handle.net/10400.19/1665>
- Costa, J. A., Sampaio & Melo, A. (1999). Dicionário da Língua Portuguesa. 7ed. Porto Editora. Porto.
- Couto, A. M., Castro, E. A. B., & Caldas, C. P. (2016). Vivências de ser cuidador familiar de idosos dependentes no ambiente domiciliar. *Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste*, 17 (1), 76-85.
- Cunha, M. (2011) Impacto Positivo do Acto de Cuidar no Cuidador Informal do Idoso: Um estudo exploratório nos domicílios do concelho de Gouveia. Acedido em: http://repositorio.ul.pt/bitstream/10451/4334/1/ulfpie039519_tm.pdf
- Decreto-Lei nº 101/2013.(2013, junho 6). Criação da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados, no âmbito dos Ministérios da Saúde e do Trabalho e da Solidariedade Social. [Portugal]. pp. 3857 – 3865. Diário da República, I série A. Acedido em <http://www.sg.min-saude.pt/NR/rdonlyres/A110CE46-A607-4BD1->

AB82-BE86B31314C3/18627/38563866.pdf. Consultado a 12 de dezembro de 2018.

Decreto-lei nº161/96.(1996, setembro 4). Aprova o Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros. [Portugal]. pp. 2959 – 2962. Diário da República, I (205). Acedido em <https://data.dre.pt/eli/dec-lei/161/1996/09/04/p/dre/pt/html>.

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

Fragoeiro, I.M.A.R.(2008). A saúde mental da pessoa idosa na Região Autónoma da Madeira. Dissertação de Doutoramento em Saúde Mental. Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar. Universidade do Porto. Disponível em: <https://digituma.uma.pt/bitstream/10400.13/88/1/TeseFragoeiro.pdf>

Gil, A. C. (1995). Métodos e técnicas de pesquisa social. 4ª ed. Atlas. São Paulo.

Imperatori, E. & Giraldes, M.R. (1993). Metodologia do planeamento da saúde. Manual para o uso em serviços centrais, regionais e locais (3ª ed.). Lisboa: Obras avulsas.

Laham, C. (2003). Percepção de perdas e ganhos subjectivos entre cuidadores de pacientes atendidos em um programa de assistência domiciliar. Dissertação de Mestrado em Ciências, área da fisiopatologia experimental, Faculdade de Medicina, São Paulo, Brasil: Universidade de São Paulo.

Marques, M. J. F., Teixeira, H. J. C. & Souza, D. C. D. B. N. (2012). Cuidadoras informais de Portugal: vivências do cuidar de idosos. Trab. Educ. Saúde, Rio de Janeiro, v. 10 n. 1, p. 147-159. Acedido em: <http://www.scielo.br/pdf/tes/v10n1/v10n1a09.pdf>

Machado, S. C. G. (2012). Avaliação da sobrecarga do cuidador informal, no desempenho de suas funções, à pessoa idosa dependente, no concelho de Santana. Madeira: Centro de Competências das Tecnologias da Saúde. Acedido em <http://digituma.uma.pt/bitstream/10400.13/587/1/MestradoSorayaMachado.pdf>

Martín, I. (2005). O cuidado informal no âmbito social In: C. Paúl & A. M. Fonseca (Eds.),

Martins, C. S. G. (2013). As dificuldades do cuidador informal na prestação de cuidados ao idoso. “Um estudo desenvolvido no concelho do Sabugal.”. Dissertação de Mestrado em Enfermagem Comunitária. Escola Superior de Saúde. Guarda: Instituto Politécnico da Guarda.

Meleis, A. & Trangenstein, P. (1994). Facilitating Transitions: redefinition of the nursing. Outlook 42(6), 255-259.

Meleis, A.; Sawyer, L.; IM, E.; Messias, D. & Schumacher, K. (2000). Experiencing transitions: an emerging middle-range theory. Advances in Nursing Science, 23(1), 12-28.

Mendes,G.D; Miranda,S.M. & Borges,M.M.C (2010): Saúde do Cuidador de idosos: um desafio para o cuidado. Revista Enfermagem Integrada –Ipinga. Unileste.v.3,n.1

- Jul/Ago. Minas Gerais. Disponível em:
<https://www.unilestemg.br/enfermagemintegrada/artigo/v3/04-saude-cuidador-idosos-desafio.pdf>
- Nascimento, M. S. (2014). Avaliação das dificuldades e autoeficácia do cuidador informal de idosos dependentes no concelho de Mirandela. Dissertação de Mestrado em Enfermagem de Saúde Pública. Escola Superior de Saúde de Bragança. Bragança: Instituto Politécnico de Bragança.
- OMS (1978). A Declaração de Alma-Ata. Acedido em [http://www.Institutovida.org/artigos/declaração de alma ata.pdf](http://www.Institutovida.org/artigos/declaração%20de%20alma%20ata.pdf), consultado a 22 de novembro de 2017.
- Ordem dos Enfermeiros – OE (2010). Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública. Acedido em [http://www.ordemenfermeiros.pt/legislacao/Documents/LegislacaoOE/Regulamento CompetenciasComunitariaSaude%20Publica_aprovadoAG_20Nov2010.pdf](http://www.ordemenfermeiros.pt/legislacao/Documents/LegislacaoOE/Regulamento%20CompetenciasComunitariaSaude%20Publica_aprovadoAG_20Nov2010.pdf)
- Paschoal, S. (2007). Autonomia e Independência. In: Netto, M. P. (org.), Tratado de gerontologia (pp. 609-621). 2ª ed. São Paulo: Atheneu.
- Pereira, R. A., Santos, E. B., Fhon, J. R. S., Marques, S., & Rodrigues, R. A. P. (2013). Sobrecarga dos cuidadores de idosos com acidente vascular cerebral. Acedido em: <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v47n1/a23v47n1>
- Pascoinho AF (2011). Cuidadores Informais De Idosos Com Patologia Oncológica: Dificuldades E Estratégias De Coping No Processo De Cuidar. Onco.news.(16):14-22.
<http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=ccm&AN=108239422&lang=pt-br&site=ehost-live>. Acedido Fevereiro 5, 2019.
- Pereira, R. A., Santos, E. B., Fhon, J. R. S., Marques, S., & Rodrigues, R. A. P. (2013). Sobrecarga dos cuidadores de idosos com acidente vascular cerebral. Acedido em: <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v47n1/a23v47n1>
- PLANO NACIONAL DE SAUDE acedido em <https://www.dgs.pt/estatisticas-de-saude/estatisticas-de-saude/publicacoes/portugal-plano-nacional-de-saude-em-numeros-2015.aspx> (23/05/2018)
- Pordata, [em linha] [consulta em 28 de Janeiro de 2019]. Disponível em <https://www.pordata.pt/Portugal/Indicadores+de+envelhecimento-526>
- Ramos, C. P. (2012). Dificuldades e Necessidades de Cuidadores Informais de Idosos Dependentes da Beira Interior - Dissertação de mestrado. Acedido em: <http://www.fcsaude.ubi.pt/thesis2/tema.php?id=d0ece8849517d3e9>

- Ribeiro, J. L. P. (1999) *Investigação e avaliação em psicologia e saúde*. 1ª ed. Climepsi. Lisboa.
- Rocha, Bruno M. P. (2009). "Stresse e coping do cuidador informal do idoso em situação de dependência". Dissertação de Mestrado em Psicologia: ramo de especialização em psicologia da saúde, Faculdade de Ciências Humanas e Sociais. Faro, Portugal: Universidade do Algarve. Acedido em: <https://sapiencia.ualg.pt/bitstream/10400.1/575/1/Stresse%20e%20coping%20do%20cuidador%20informal%20do%20idoso%20em%20situa%C3%A7%C3%A3o%20de%20depend%C3%Aancia%20TESE%20MESTRADO.pdf>
- Rocha, Miguel Parrinha e Pacheco, José Eusébio Palma.(2013) *Idoso em situação de dependência: estresse e coping do cuidador informal*. Ata Paulista de Enfermagem, pp. 50 – 56; Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-21002013000100009&lng=en&nrm=iso&tlng=pt
- Rolo, L. C. A. (2009). *Sobrecarga e satisfação com a vida: a percepção dos cuidadores informais de idosos*. Dissertação de Mestrado em Gerontologia. Escola Superior de Saúde. Aveiro: Universidade de Aveiro. Acedido em: <https://ria.ua.pt/bitstream/10773/3303/1/2010000708.pdf>
- Sarmiento, E.; Pinto, P. & Monteiro, S. (2010) *Cuidar do Idoso, dificuldades dos familiares*. Coimbra: Formasau.
- Sequeira, C. (2007). *Cuidar de Idosos Dependentes*. Coimbra: Quarteto.
- Sequeira, C. (2010). *Cuidar de Idosos com dependência física e mental*. Lisboa: Lidel edições técnicas Lda.
- Vaz Serra, A., Canavarro, M. C., Simões, M. R., Pereira, M., Gameiro, S., Quartilho, M. J., Carona, C. & Paredes, T. (2006). Estudos psicométricos do instrumento avaliação da Qualidade de Vida da Organização Mundial de Saúde (WHOQOL-Bref) para Português de Portugal. *Psiquiatria Clínica*, 27(1), 41-49.
- World Health Organization (2018). *Be healthy, be mobile: a handbook on how to implement mAgeing*. International Telecommunication Union. Disponível em <http://www.who.int/ncds/prevention/be-healthy-be-mobile/en/>
- Silveira, T.M., Caldas, C.P., & Carneiro, T. F. (2006). Cuidando de idosos altamente dependentes na comunidade: Um estudo sobre cuidadores familiares principais. *Cadernos Saúde Pública*, 22(8), 1629-1638.

ANEXOS

Anexo I
(Instrumento de colheita de dados)



Escola Superior de Saúde de Viseu

A identificação das necessidades dos cuidadores informais na prestação de cuidados à pessoa dependente no domicílio constitui uma prioridade para a profissão de Enfermagem e para melhorar a qualidade de vida e saúde física e psicológica do cuidador, doente e família. Assim, no âmbito do Curso de Mestrado em Enfermagem Comunitária da Escola Superior de Saúde de Viseu pretendemos desenvolver uma investigação intitulada “Necessidades do cuidador informal no cuidar da pessoa dependente” cujo objetivo principal é identificar as necessidades do cuidador informal no cuidar da pessoa dependente no domicílio.

Para a deste estudo, solicitamos a sua colaboração no preenchimento deste questionário. Para cada pergunta escolha a ou as opções que melhor se identificam consigo. Por favor responda a todas as questões. Toda a informação recolhida é confidencial e servirá apenas para tratamento estatístico.

Gratos pela colaboração

Os responsáveis pela investigação

(Nuno Matos, Odete Amaral)

I Parte – CUIDADOR INFORMAL			
GRUPO A – caracterização sociodemográfica do cuidador informal			
1. Género:			
<input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Feminino			
2. Idade: _____ anos			
3. Estado civil			
<input type="checkbox"/> Solteira/o	<input type="checkbox"/> Casada/o / união facto	<input type="checkbox"/> Divorciada/o / Separada/o	<input type="checkbox"/> Viúva/o
4. Residência			
<input type="checkbox"/> Meio rural <input type="checkbox"/> Meio urbano			
5. Com quem vive?			
<input type="checkbox"/> Sozinho	<input type="checkbox"/> Pais	<input type="checkbox"/> Cônjuge/companheira/o	<input type="checkbox"/> Outros quem? _____
6. Habilitações literárias			
<input type="checkbox"/> Não Sabe ler nem escrever			
<input type="checkbox"/> Sabe ler e escrever			
<input type="checkbox"/> 1º Ciclo do Ensino Básico (1º- 4º Ano/Antiga 4ª Classe)			
<input type="checkbox"/> 2º Ciclo do Ensino Básico (5º- 6º Ano/Antigo Ciclo Preparatório)			
<input type="checkbox"/> 3º Ciclo do Ensino Básico (7º- 9º Ano/Curso Geral dos Liceus)			
<input type="checkbox"/> Ensino Secundário (10º-12º Ano/Curso Complementar dos Liceus)			
<input type="checkbox"/> Curso técnico-profissional ou equivalente			
<input type="checkbox"/> Bacharelato			
<input type="checkbox"/> Licenciatura			
<input type="checkbox"/> Mestrado/Doutoramento			
7. Qual a sua profissão? _____			
8. Qual a sua situação laboral?			
<input type="checkbox"/> Empregada/o a tempo inteiro	<input type="checkbox"/> Outro. Qual?		
<input type="checkbox"/> Desempregado			
<input type="checkbox"/> Empregada/o a tempo parcial	<input type="checkbox"/> Baixa clínica. Qual o motivo?		
<input type="checkbox"/> Estudante a tempo inteiro			

<input type="checkbox"/> ₅ Aposentada/o / Reformada/o por idade	
<input type="checkbox"/> ₆ Aposentada/o / Reformada/o por invalidez	
<input type="checkbox"/> ₇ Doméstica/o	
GRUPO B – Situação como prestador de cuidados	
9. A quantas pessoas dependentes presta cuidados? _____ pessoa(s)	
10. Qual a sua relação com a pessoa a quem presta cuidados?	
<input type="checkbox"/> ₁ Filha/o	<input type="checkbox"/> ₄ Amiga/o / Vizinha/o
<input type="checkbox"/> ₂ Genro/Nora	<input type="checkbox"/> ₅ Irmão/Irmã
<input type="checkbox"/> ₃ Cônjuge/Companheira/o	<input type="checkbox"/> ₆ Outro. Quem? _____
11. Que motivos o/a levaram a assumir o papel de cuidador informal?	
<input type="checkbox"/> ₁ Obrigação	
<input type="checkbox"/> ₂ Afinidade	
<input type="checkbox"/> ₃ Fragilidade económica	
<input type="checkbox"/> ₄ Gratidão	
<input type="checkbox"/> ₅ Outros. Quais? _____	
12. Recebe alguma compensação monetária por prestar este cuidado?	
<input type="checkbox"/> ₁ Não <input type="checkbox"/> ₂ Sim. Se sim, de quem? _____	
13. Distância entre si e a pessoa a quem presta cuidados?	
<input type="checkbox"/> ₁ Viver na mesma casa	
<input type="checkbox"/> ₂ Vivemos em casas diferentes, mas no mesmo edifício	
<input type="checkbox"/> ₃ A uma distância possível de ir a pé.	
<input type="checkbox"/> ₄ Até 10 minutos de carro/autocarro	
<input type="checkbox"/> ₅ Até 30 minutos de carro/autocarro	
<input type="checkbox"/> ₆ Até 1 hora de carro/autocarro	
<input type="checkbox"/> ₇ A mais de 1 hora de carro/autocarro	
14. Há quanto tempo a pessoa está dependente? _____ anos _____ meses	
15. Há quanto tempo presta cuidados à pessoa dependente?	

<input type="checkbox"/> 1 Entre 6 meses e 1 ano <input type="checkbox"/> 2 Entre 1 a 2 anos <input type="checkbox"/> 3 Entre 3 a 5 anos <input type="checkbox"/> 4 Mais de 5 anos				
16. Já alguma vez tinha cuidado de alguma pessoa dependente?				
<input type="checkbox"/> 1 Não <input type="checkbox"/> 2 Sim. Se <u>sim</u> , a quem? _____				
17. Recebeu algum tipo de preparação / ensinamentos para prestar os cuidados?				
<input type="checkbox"/> 1 Não <input type="checkbox"/> 2 Sim. Se <u>sim</u> , de quem? _____				
18. Frequentemente, que tipo de apoio/cuidados presta à pessoa dependente de quem cuida? (Pode assinalar mais do que uma alternativa de resposta)				
<table border="1"> <tr> <td>Atividades de Vida Diária</td> </tr> <tr> <td> <input type="checkbox"/> 1 Cuidados pessoais (higiene, vestir e alimentação) <input type="checkbox"/> 2 Mobilidade (transferências, subir/descer escadas) </td> </tr> <tr> <td>Atividades Instrumentais de Vida Diária</td> </tr> <tr> <td> <input type="checkbox"/> 3 Efetuar os trabalhos domésticos (ex: limpar, cozinhar) <input type="checkbox"/> 4 Medicação <input type="checkbox"/> 5 Gerir o dinheiro <input type="checkbox"/> 6 Ir às compras <input type="checkbox"/> 7 Tratar de assuntos administrativos <input type="checkbox"/> 8 Transporte <input type="checkbox"/> 9 Passear/atividades de Lazer <input type="checkbox"/> 10 Apoio emocional/psicológico (ex. companhia, encorajamento) <input type="checkbox"/> 11 Apoio financeiro (ex. financiamento de medicação, alimentação, cuidados de saúde) <input type="checkbox"/> 12 Supervisão regular (ex. "olhar pelo idoso") <input type="checkbox"/> 13 Todos </td> </tr> </table>	Atividades de Vida Diária	<input type="checkbox"/> 1 Cuidados pessoais (higiene, vestir e alimentação) <input type="checkbox"/> 2 Mobilidade (transferências, subir/descer escadas)	Atividades Instrumentais de Vida Diária	<input type="checkbox"/> 3 Efetuar os trabalhos domésticos (ex: limpar, cozinhar) <input type="checkbox"/> 4 Medicação <input type="checkbox"/> 5 Gerir o dinheiro <input type="checkbox"/> 6 Ir às compras <input type="checkbox"/> 7 Tratar de assuntos administrativos <input type="checkbox"/> 8 Transporte <input type="checkbox"/> 9 Passear/atividades de Lazer <input type="checkbox"/> 10 Apoio emocional/psicológico (ex. companhia, encorajamento) <input type="checkbox"/> 11 Apoio financeiro (ex. financiamento de medicação, alimentação, cuidados de saúde) <input type="checkbox"/> 12 Supervisão regular (ex. "olhar pelo idoso") <input type="checkbox"/> 13 Todos
Atividades de Vida Diária				
<input type="checkbox"/> 1 Cuidados pessoais (higiene, vestir e alimentação) <input type="checkbox"/> 2 Mobilidade (transferências, subir/descer escadas)				
Atividades Instrumentais de Vida Diária				
<input type="checkbox"/> 3 Efetuar os trabalhos domésticos (ex: limpar, cozinhar) <input type="checkbox"/> 4 Medicação <input type="checkbox"/> 5 Gerir o dinheiro <input type="checkbox"/> 6 Ir às compras <input type="checkbox"/> 7 Tratar de assuntos administrativos <input type="checkbox"/> 8 Transporte <input type="checkbox"/> 9 Passear/atividades de Lazer <input type="checkbox"/> 10 Apoio emocional/psicológico (ex. companhia, encorajamento) <input type="checkbox"/> 11 Apoio financeiro (ex. financiamento de medicação, alimentação, cuidados de saúde) <input type="checkbox"/> 12 Supervisão regular (ex. "olhar pelo idoso") <input type="checkbox"/> 13 Todos				
19. Atualmente, usufruir de algum apoio de saúde / social na prestação de cuidados à pessoa dependente?				
<input type="checkbox"/> 1 Não <input type="checkbox"/> 2 Sim. Se <u>Sim</u> , qual?				
<input type="checkbox"/> 1 SAD (serviço de apoio domiciliário)				
<input type="checkbox"/> 2 Apoio domiciliário (alimentação, higiene pessoal e limpeza habitacional)				

<input type="checkbox"/> ₃ Visita Domiciliária (apoio centro de saúde para tratamentos)											
<input type="checkbox"/> ₄ Cuidados de reabilitação (Fisioterapia, Terapia Ocupacional e Terapia da Fala)											
<input type="checkbox"/> ₅ ECCI (Equipa Domiciliária de Cuidados Continuados Integrados)											
<input type="checkbox"/> ₆ Outro. Qual? _____											
20. Já alguma vez pensou na possibilidade de integrar a pessoa de quem cuida numa instituição de apoio social ou de saúde?											
<table border="1"> <tr> <td>Centro de dia</td> <td><input type="checkbox"/> ₁ Não <input type="checkbox"/> ₂ Sim <input type="checkbox"/> ₃ Nunca ouvi falar</td> </tr> <tr> <td>Lar</td> <td><input type="checkbox"/> ₁ Não <input type="checkbox"/> ₂ Sim <input type="checkbox"/> ₃ Nunca ouvi falar</td> </tr> <tr> <td>Internamento para descanso do cuidador</td> <td><input type="checkbox"/> ₁ Não <input type="checkbox"/> ₂ Sim <input type="checkbox"/> ₃ Nunca ouvi falar</td> </tr> <tr> <td>Unidade de internamento de longa duração (RNCCI)</td> <td><input type="checkbox"/> ₁ Não <input type="checkbox"/> ₂ Sim <input type="checkbox"/> ₃ Nunca ouvi falar</td> </tr> <tr> <td>Outro. Qual?</td> <td>_____</td> </tr> </table>		Centro de dia	<input type="checkbox"/> ₁ Não <input type="checkbox"/> ₂ Sim <input type="checkbox"/> ₃ Nunca ouvi falar	Lar	<input type="checkbox"/> ₁ Não <input type="checkbox"/> ₂ Sim <input type="checkbox"/> ₃ Nunca ouvi falar	Internamento para descanso do cuidador	<input type="checkbox"/> ₁ Não <input type="checkbox"/> ₂ Sim <input type="checkbox"/> ₃ Nunca ouvi falar	Unidade de internamento de longa duração (RNCCI)	<input type="checkbox"/> ₁ Não <input type="checkbox"/> ₂ Sim <input type="checkbox"/> ₃ Nunca ouvi falar	Outro. Qual?	_____
Centro de dia	<input type="checkbox"/> ₁ Não <input type="checkbox"/> ₂ Sim <input type="checkbox"/> ₃ Nunca ouvi falar										
Lar	<input type="checkbox"/> ₁ Não <input type="checkbox"/> ₂ Sim <input type="checkbox"/> ₃ Nunca ouvi falar										
Internamento para descanso do cuidador	<input type="checkbox"/> ₁ Não <input type="checkbox"/> ₂ Sim <input type="checkbox"/> ₃ Nunca ouvi falar										
Unidade de internamento de longa duração (RNCCI)	<input type="checkbox"/> ₁ Não <input type="checkbox"/> ₂ Sim <input type="checkbox"/> ₃ Nunca ouvi falar										
Outro. Qual?	_____										
21. Qual a periodicidade do cuidado que presta?											
<input type="checkbox"/> ₁ Sempre	<input type="checkbox"/> ₅ Fins de semana										
<input type="checkbox"/> ₂ Durante a semana (de 2ªfeira a 6ªfeira)	<input type="checkbox"/> ₆ Período de férias										
<input type="checkbox"/> ₃ Durante o final da tarde e/ou noite	<input type="checkbox"/> ₇ Rotativo (meses)										
<input type="checkbox"/> ₄ Pontualmente (1 a 2 vezes /mês)											
22. Tem apoio de outras pessoas (familiares, vizinhos, amigos, empregada doméstica) na prestação de cuidados à pessoa dependente?											
<input type="checkbox"/> ₁ Não <input type="checkbox"/> ₂ Sim. Se Sim , de quem? _____											

II PARTE – Identificação da pessoa dependente	
GRUPO A – Caracterização sociodemográfica	
1. Idade: _____ anos	
2. Género: ₁ <input type="checkbox"/> Masculino ₂ <input type="checkbox"/> Feminino	
3. Estado civil:	
₁ <input type="checkbox"/> Solteira/o	
₂ <input type="checkbox"/> Casada(o) / União de facto	
₃ <input type="checkbox"/> Divorciada(o)/ Separada(o)	
₄ <input type="checkbox"/> Viúva(o)	
4. Profissão _____	
5. Motivo da dependência: _____ -	

GRUPO B - Escala de Barthel (Avaliação do grau de dependência)			
Atividade Básica de Vida Diária			
1	Alimentação	Independente (capaz de usar qualquer instrumento, come num tempo razoável)	1 <input type="checkbox"/>
		Necessita de ajuda (para cortar a comida, levar à boca, etc.)	2 <input type="checkbox"/>
		Dependente (incapaz)	3 <input type="checkbox"/>
2	Vestir	Independente (veste-se, despe-se e ajusta a roupa. Aperta os sapatos, etc.)	1 <input type="checkbox"/>
		Necessita de ajuda (pelo menos em metade das tarefas, mas realiza-as num bom tempo.)	2 <input type="checkbox"/>
		Dependente (incapaz)	3 <input type="checkbox"/>
3	Banho	Independente (toma banho geral no duche ou banheira. Entra e sai do banho sem ajuda de terceiros)	1 <input type="checkbox"/>
		Dependente (incapaz)	2 <input type="checkbox"/>
4	Higiene corporal	Independente (lava a face, mãos e dentes e faz a barba)	1 <input type="checkbox"/>
		Dependente (incapaz)	2 <input type="checkbox"/>
5	Uso da casa de banho	Independente (usa-a sem ajuda, senta-se, levanta-se e arranja-se sozinho)	1 <input type="checkbox"/>
		Necessita de ajuda (para manter o equilíbrio, limpar-se a ajustar a roupa)	2 <input type="checkbox"/>
		Dependente (incapaz)	3 <input type="checkbox"/>

6	Controlo intestinal	Independente (não apresenta episódios de incontinência, se necessita de enema ou microlax fá-lo, sozinho)	1 <input type="checkbox"/>
		Incontinência ocasional (episódios ocasionais de incontinência, necessita de ajuda para enemas ou microlax)	2 <input type="checkbox"/>
		Incontinente fecal	3 <input type="checkbox"/>
7	Controlo vesical	Independente (não apresenta episódios de incontinência se necessita de sonda ou coletor fá-lo sozinho)	1 <input type="checkbox"/>
		Incontinência ocasional (episódios ocasionais de incontinência, necessita de ajuda para o uso de sonda ou coletor)	2 <input type="checkbox"/>
		Incontinente ou algaliado	3 <input type="checkbox"/>
8	Subir escadas	Independente (sobe e desce escadas, pode usar um instrumento de apoio)	1 <input type="checkbox"/>
		Necessita de ajuda (necessita de ajuda física ou supervisão para subir ou descer escadas.)	2 <input type="checkbox"/>
		Dependente (incapaz)	3 <input type="checkbox"/>
9	Transferência cadeira-cama	Independente (não necessita de qualquer ajuda, se usa a cadeira de rodas transfere-se sozinho)	1 <input type="checkbox"/>
		Necessita de ajuda mínima (ajuda mínima ou supervisão)	2 <input type="checkbox"/>
		Necessita de grande ajuda (é capaz de se sentar, mas necessita de muita ajuda para a transferência)	3 <input type="checkbox"/>
		Dependente (incapaz)	4 <input type="checkbox"/>
10	Deambulação	Independente (caminha pelo menos 50 metros sozinho ou com ajuda de andarilho, canadianas...)	1 <input type="checkbox"/>
		Necessita de ajuda (caminha 50 metros com ajuda ou supervisão)	2 <input type="checkbox"/>
		Independente com cadeira de rodas (anda pelo menos 50 metros)	3 <input type="checkbox"/>
		Dependente (incapaz)	4 <input type="checkbox"/>

III Parte – DIFICULDADES DO CUIDADOR INFORMAL

GRUPO A - Índice de avaliação das dificuldades do prestador de cuidados / CADI (*Carers' Assessment of Difficulties Index*) (Nolan e Col., 1998; tradução portuguesa: luisa Brito e João Barreto, 2000)

O CADI é uma lista de 30 afirmações, feitas por pessoas que prestam cuidados, acerca das dificuldades que enfrentam. Leia atentamente cada uma das afirmações, e indique de que modo se aplicam ao seu caso, colocando o sinal **X** no espaço que melhor corresponder à sua opinião.

Prestar cuidados <u>PODE SER DIFÍCIL</u> porque:		Não acontece no meu caso	Isto acontece no meu caso e sinto que:		
			ã me p erturba	Cau sa-me alguma perturbação	Pert urba-me muito
1	Não tenho tempo suficiente para mim própria/o				
2	Por vezes sinto-me de "mãos atadas"/sem poder fazer nada para dominar a situação				
3	Não consigo dedicar tempo suficiente às outras pessoas da família				
4	Traz-me problemas de dinheiro				
5	A pessoa de quem eu cuido chega a pôr-me fora de mim				
6	A pessoa de quem eu cuido depende de mim para se movimentar				
7	Parece-me que os técnicos de saúde (médicos, enfermeiros, assistentes sociais, etc.) não fazem bem ideia dos problemas que os prestadores de cuidados enfrentam.				
8	Afasta-me do convívio com outras pessoas e de outras coisas de que gosto				
9	Chega a transtornar as minhas relações familiares				
10	Deixa-me muito cansado fisicamente				
11	Por vezes a pessoa de quem estou a cuidar exige demasiado de mim				
12	Deixou de haver o sentimento que havia na minha relação com a pessoa de quem cuido				
13	A pessoa de quem cuido necessita de muita ajuda nos seus cuidados pessoais				
14	A pessoa de quem cuido nem sempre ajuda tanto quanto podia				

Prestar cuidados <u>PODE SER DIFÍCIL</u> porque:		Não acontece no meu caso	Isto acontece no meu caso e sinto que:		
			Não me perturba	Causa-me alguma perturbação	Perturba-me muito
15	Ando a dormir pior por causa desta situação				
16	As pessoas da família não dão tanta atenção como eu gostaria				
17	Esta situação faz-me sentir irritada/o				
18	Não estou com os meus amigos tanto quanto gostaria				
19	Esta situação está a transtornar-me os nervos				
20	Não consigo ter um tempo de descanso, nem fazer uns dias de férias				
21	A qualidade da minha vida piorou				
22	A pessoa de quem cuido nem sempre dá valor ao que faço				
23	A minha saúde ficou abalada				
24	A pessoa de quem cuido sofre de incontinência (não controla as necessidades)				
25	O comportamento da pessoa de quem cuido causa problemas				
26	Cuidar desta pessoa não me dá qualquer satisfação				
27	Não recebo apoio suficiente dos serviços de saúde e dos serviços sociais				
28	Alguns familiares não ajudam tanto quanto podiam				
29	Não consigo sossegar por estar preocupada/o com os cuidados a prestar				
30	Esta situação faz-me sentir culpada/o				
Se entende que, no seu caso, há outras <u>dificuldades resultantes da situação de estar a prestar cuidados</u> , por favor indique-as a seguir e assinale, como fez atrás, em que medida elas o perturbam.					

MUITO OBRIGADO!

Anexo II

**(Parecer da comissão de ética da ESSV, pareceres da Ars Centro e parecer do Aces
Dão Lafões)**



FORMULÁRIO PARA A AVALIAÇÃO ÉTICA DE PROJECTOS

Estudante(s)	Nuno Alexandre Matos de Marques
Orientador(es)	Maria Odete Pereira Amaral
Curso	<i>Enfermagem Comunitária – Grau de mestre</i>
No âmbito de	UC Relatório Final
Identificação do Estudo/Projecto	<i>NECESSIDADES DO CUIDADOR INFORMAL NO CUIDAR DA PESSOA DEPENDENTE</i>
Data de submissão	<i>20/10/2017</i>
Relator	Emília Coutinho <i>Emília Coutinho</i>
A presidente da CE da ESSV	Ernestina Silva <i>Ernestina Silva</i>

PARECER Nº 23/2017

X	PARECER ÉTICO FAVORÁVEL (A proposta é eticamente aceitável)	MOTIVOS:
	PARECER ÉTICO CONDICIONADO A AVALIAÇÃO (sujeito ao cumprimento de requisitos éticos)	MOTIVOS: <i>(ver requisitos)</i>
	PARECER ÉTICO NÃO FAVORÁVEL (como tal, o projecto não pode ser avaliado)	MOTIVOS:

REQUISITOS:

na

RECOMENDAÇÕES:

Os profissionais das unidades de cuidados que realizam a visita domiciliária aplicam a Escala de Barthel para avaliar o grau de dependência e asseguram que todos os cuidadores informais selecionados para o estudo cuidam de pessoas dependentes. Devem acautelar a autorização por parte do ACES antes de iniciar o estudo.

"FOLLOW-UP"/MONITORIZAÇÃO ÉTICA

Na sua opinião, seria necessário uma monitorização Ética durante a implementação do projecto?

Não Sim

Motivos (obrigatório se SIM):

O tempo apropriado (obrigatório se SIM):

QUESTÕES ÉTICAS 1: SERES HUMANOS

Esta investigação envolve participantes humanos?

Não Sim Não aplicável

São voluntários para investigação social ou ciências humanas?

Não Sim Não aplicável

São pessoas incapazes de dar consentimento informado?

Não Sim Não aplicável

São indivíduos ou grupos vulneráveis?

Não Sim Não aplicável

São crianças ou menores de idade?

Não Sim Não aplicável

São pacientes?

Não Sim Não aplicável

São voluntários adultos e saudáveis para estudos médicos?

Não Sim Não aplicável

Esta investigação envolve intervenções físicas sobre os participantes do estudo?

Não Sim Não aplicável

Envolve técnicas invasivas?

Não Sim Não aplicável

Envolve colheita de amostras biológicas?

Não Sim Não aplicável

REQUISITOS – SERES HUMANOS

Devem ser fornecidos os detalhes sobre os procedimentos e critérios que serão usados para identificar/recrutar participantes da investigação.

Não Sim Não aplicável já fornecido detalhes adicionais

Devem ser fornecidas informações detalhadas sobre os procedimentos de consentimento informado, que serão implementados.

Não Sim Não aplicável já fornecido detalhes adicionais

O investigador deve clarificar se serão envolvidas crianças e /ou adultos incapazes de dar consentimento informado e em caso afirmativo, deve fornecer uma justificação para esta participação.

Não Sim Não aplicável já fornecido detalhes adicionais

O investigador deve esclarecer como será assegurado o assentimento no caso de crianças e/ou adultos incapazes de dar consentimento informado.

Não Sim Não aplicável já fornecido detalhes adicionais

O investigador deve clarificar se pessoas/grupos vulneráveis serão envolvidos.

Não Sim Não aplicável já fornecido detalhes adicionais

Devem ser fornecidos detalhes sobre as medidas tomadas para evitar o risco de aumentar a vulnerabilidade/estigmatização de indivíduos/grupos.

Não Sim Não aplicável já fornecido detalhes adicionais

O investigador deve clarificar se serão usados procedimentos físicos invasivos.

Não Sim Não aplicável já fornecido detalhes adicionais

Detalhes sobre a política a implementar no caso de descobertas acidentais no decorrer da investigação devem ser fornecidas

Não Sim Não aplicável já fornecido detalhes adicionais

QUESTÕES ÉTICAS 3: PROTECÇÃO DE DADOS PESSOAIS

Esta investigação envolve a recolha/tratamento de dados pessoais?

Não Sim Não aplicável

Envolve a recolha e/ou tratamento de dados pessoais sensíveis (por exemplo, saúde, estilo de vida sexual, etnia, opinião política, religiosa...)?

Não Sim Não aplicável

Envolve o processamento de informação genética?

Não Sim Não aplicável

Envolve rastreamento ou a observação dos participantes?

Não Sim Não aplicável

Envolve o processamento de dados pessoais recolhidos anteriormente (uso secundário)?

Não Sim Não aplicável

REQUISITOS – PROTECÇÃO DE DADOS PESSOAIS

Devem ser apresentadas cópias de aprovação para a recolha de dados pessoais pela autoridade competente - CNPD.

Não Sim Não aplicável já fornecido detalhes adicionais

Devem ser fornecidas informações detalhadas sobre os procedimentos que serão implementados para a recolha, armazenamento, protecção, retenção e/ou destruição e a confirmação de que estes estão em conformidade com a legislação nacional e da EU.

Não Sim Não aplicável já fornecido detalhes adicionais

No caso da utilização de dados que não estão publicamente disponíveis, o investigador deve apresentar as autorizações pertinentes.

Não Sim Não aplicável já fornecido detalhes adicionais

QUESTÕES ÉTICAS 4: OUTRAS QUESTÕES ÉTICAS

Existem outras questões éticas que devem ser tomadas em consideração? Por favor especifique

Não Sim Não aplicável já fornecido detalhes adicionais

Formulário para Submissão de Pedidos de Apreciação pela Comissão de Ética da Administração Regional de Saúde do Centro.

1- Título do Projeto/Trabalho:

Necessidades do cuidador informal no cuidar da pessoa dependente

2 - Identificação dos proponentes (anexar CV resumido de cada um dos autores).

2.1 - Autor principal/afiliação institucional:

Nuno Alexandre Marques de Matos, mestrando do 4º Curso de Mestrado em Enfermagem Comunitária da Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Viseu. Enfermeiro do serviço de Medicina/ Paliativos da unidade de Tondela do Centro Hospitalar Tondela – Viseu,

2.2 - Co-autor(es) /afiliação institucional:

Maria Odete Pereira Amaral, Professora – adjunta da Escola Superior de Saúde de Viseu.

Susana Maria Fernandes S. André - Professora coordenadora da Escola Superior de Saúde de Viseu.

3 - Protocolo.

3.1 - Introdução/Justificação (inclui orientadores e coorientadores quando aplicável); Máximo de 500 palavras:

As alterações demográficas (aumento do envelhecimento, da prevalência/incidência das doenças crónicas e consequentemente do índice de dependência) e o aumento da esperança média de vida contribuem para o aumento do número de pessoas idosas e dependentes.

Segundo dados da Pordata, o índice de envelhecimento aumentou entre 2011 e 2016; em Portugal de 125,8% para 148,7% e na Região Centro de 158,2% para 185,9%. O índice de dependência de idosos também aumentou entre 2011 e 2016; em Portugal de 28,5% para 32,1% e na Região Centro de 33,9% para 36,7% (Pordata, 2018). Este envelhecimento

populacional constitui um desafio para a sociedade, política e reestruturação dos cuidados de saúde. O domicílio é considerado, para muitos idosos dependentes, o local de eleição para viverem e continuarem a receber os cuidados, o que acarreta responsabilização das famílias/cuidadores informais pela prestação de cuidados. Para tal, é indispensável o apoio por parte dos profissionais da saúde, designadamente dos enfermeiros, na capacitação dos cuidadores num momento de stresse, ansiedade e exaustão física e psicológica com repercussões tanto na pessoa dependente como nos que cuidam. Assim, antes de se conceber um projeto de intervenção comunitária nos cuidadores informais de pessoas dependentes é essencial identificar as necessidades reais dos cuidadores. A identificação das necessidades dos cuidadores informais à pessoa dependente no domicílio constitui uma prioridade para a Enfermagem e para melhorar a qualidade de vida, saúde física e mental do cuidador, indivíduo e família. Assim, no âmbito do Curso de Mestrado em Enfermagem Comunitária da Escola Superior de Saúde de Viseu pretendemos desenvolver uma investigação intitulada “Necessidades do cuidador informal no cuidar da pessoa dependente”.

O cuidador informal é, portanto, o prestador de cuidados não técnicos e não remunerados. Este conceito implica a presença de um cuidador, seja ele familiar ou não. As funções do cuidador relacionam-se com a substituição da pessoa na realização de necessidades que atualmente não consegue realizar de forma independente, ou ajudá-lo a complementá-las ou orientá-lo em atividades de vida diária (higiene pessoal, levante, uso de medicação, ...). Este tipo de cuidados prestados no ambiente preserva a funcionalidade e o controlo da pessoa dependente sobre si mesmo, preservando as suas relações familiares e sociais. Outro ganho, ser o impacto na diminuição dos custos em saúde e diminuição dos custos intangíveis.

Torna-se de extrema importância uma intervenção planeada e estruturada na diminuição destes efeitos, melhorando a qualidade de vida do cuidador e conseqüentemente da pessoa dependente.

Com este estudo pretendemos identificar necessidades dos cuidadores informais para capacitá-los para cuidados de qualidade, diminuindo os custos de saúde, procura de cuidados de saúde, reinternamentos e melhor saúde física e mental. Após a identificação destas necessidades será concebido um projecto de intervenção para os cuidadores informais a ser disponibilizado aos profissionais dos cuidados de saúde primários designadamente profissionais das unidades de saúde familiar; unidades de cuidados personalizados, unidades de cuidados na comunidade e respectivas equipas de cuidados na comunidade integrados.

O presente estudo será realizado sob orientação da Professora Doutora Maria Odete Amaral e da Professora Doutora Susana André.

Tendo como população alvo os cuidadores informais de indivíduos dependentes inscritos no ACES Dão Lafões.

3.2 – Objetivos (máximo de 200 palavras):

Identificar as necessidades do cuidador informal no cuidar da pessoa dependente; Elaborar um projeto de intervenção comunitária por forma a capacitar os cuidadores informais para melhorar os cuidados prestados e a saúde.

3.3 - Material e métodos (máximo de 500 palavras):

Estudo transversal analítico. A amostra será constituída por cuidadores informais de pessoas dependentes de concelhos do ACES Dão Lafões.

Como critérios de inclusão definimos todos os cuidadores informais a cuidar de pessoas dependentes, com idades superiores a 18 anos e inscritos nas unidades de saúde do ACES Dão Lafões (UCC de Mangualde - ECCI, USF Terras de Azurara Mangualde, USF Mangualde, USF Grão Vasco, USF Viseu Cidade Jardim, UCSP e UCC de São Pedro do Sul e UCSP e UCC - ECCI de Vouzela).

Os cuidadores informais serão seleccionados com recurso aos enfermeiros dos cuidados de saúde primários das unidades referidas. Após a seleção dos cuidadores, e aquando da visita domiciliária será explicado ao cuidador os objetivos do estudo e se este aceitar participar ser-lhe-á entregue o consentimento informado, o questionário e um envelope opaco para o colocar após preenchimento. O instrumento de colheita de dados é de autopreenchimento. Após o qual o cuidador o coloca em envelope fechado sem qualquer tipo de identificação sendo posteriormente entregue aos profissionais de saúde numa próxima visita domiciliária. O investigador principal recolherá os envelopes nas unidades de saúde em datas estipuladas. O questionário é anónimo e confidencial.

Após a recolha os dados serão introduzidos numa base de dados utilizando o programa SPSS. Posteriormente ao tratamento de dados identificaremos as prioridades de intervenção para cumprir o segundo objetivo.

3.4 – Cronograma (máximo de 100 palavras):

Data e início de recolha de dados – 2018, após autorização

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

Com este estudo esperamos avaliar o nível de sobrecarga do cuidador informal e identificar necessidades prioritárias de intervenção. Após esta identificação, o objetivo seguinte consistirá na elaboração de um projeto de intervenção local para a promoção e melhoria dos cuidados e da qualidade de vida do cuidador, família.

É expectável que os cuidadores informais se encontrem exaustos, com uma sobrecarga física e psicológica com necessidade de intervenção.

3.6 - Local de realização.

UCC de Mangualde (ECCI), USF Terras de Azurara Mangualde, USF Mangualde, USF Grão Vasco, USF Viseu Cidade Jardim, UCSP e UCC de São Pedro do Sul e UCSP e UCC (ECCI) de Vouzela.

3.7 - Concordância das instituições em que se realizará o trabalho (anexar documento comprovativo).

Não se aplica

3.8 - Consentimento das instituições dos autores do trabalho (anexar documento comprovativo).

Projeto submetido à apreciação da comissão de ética da Escola Superior de Saúde de Viseu (segue em anexo).

3.9 - Projeto de “Consentimento Informado” pela população/amostra estudada (inclui: identificação do investigador; identificação do estudo; objetivos do estudo; informações relevantes; carácter voluntário da participação; confidencialidade das respostas; declaração, por parte do participante, em como recebeu a informação necessária, ficou esclarecido e aceita participar voluntariamente no estudo).

Em anexo

3.10 - Pedido de autorização pela Comissão Nacional de Proteção de Dados.

Não se aplica

3.11 - Estimativa de custos e fontes de financiamento:

Não se aplica

3.12 - Estimativa de inconvenientes e de seguro (se aplicável).

Não se aplica.

3.13 – Trabalho já submetido a outra Comissão de Ética. Se sim anexar o respetivo parecer.

Sim, segue em anexo o respectivo parecer.

4 - Termo de Responsabilidade:

Eu, abaixo assinado, na qualidade de investigador responsável, declaro por minha honra que as informações prestadas são verdadeiras e que em todo o processo de investigação serão respeitados os direitos humanos e as recomendações constantes nos documentos nacionais e internacionais relativos à investigação e que protesto juntar relatório final a esta Comissão de Ética, nomeadamente e efeitos adversos graves que ocorram no decurso da investigação.

Data:

O investigador responsável:

Check list:

COMISSÃO DE ÉTICA PARA A SAÚDE

<p>PARECER FINAL:</p> <p>Parecer favorável.</p>	<p>DESPACHO:</p> <p><i>Henriquez</i> <i>12/4/2018</i></p> <p>Conselho Diretivo da A.R.S. do Centro, I.P.</p> <p><i>[Signature]</i> Dr.º Rosa Reis Marques Presidente,</p> <p><i>[Signature]</i> Dr. Luís Manuel António Mendes Cabral Vogal,</p> <p><i>[Signature]</i> Dr. Mário Ruivo Vogal.</p>
<p>ASSUNTO:</p>	<p>01/2018 - "Necessidades do cuidador informal no cuidar da pessoa dependente."</p>

Estudo interessante sobre área que necessita de cada vez maior pensamento e ação.
Corrigidos os problemas anteriormente detetados pode ser estudo a revelar importantes conclusões e melhoria da Qualidade de Vida de Cuidadores informais.

Esta Comissão de Ética deverá receber cópia do relatório final.

Coimbra, 06 de abril de 2018

[Signature]
Luiz Miguel Santiago
Relator

Carlos Fontes Ribeiro
Presidente da Comissão de Ética

[Signature]

COMISSÃO DE ÉTICA PARA A SAÚDE

PARECER FINAL: Parecer Desfavorável.	DESPACHO: <i>Huesbysda</i> <i>08-03-2018</i> COMISSÃO DE ÉTICA PARA A SAÚDE ARSC, I.P. DO CENTRO, I.P.
---	---

ASSUNTO: 01/2018 - "Necessidades do cuidador informal no cuidar da pessoa dependente."

[Signature]
Dr. Rui Reis de Azevedo
Vogal

[Signature]
Dr. Luís Manuel Nilton Mendes Cabral
Vogal

[Signature]
Dr. António Rui
Vogal

Estudo interessante sobre área que necessita de cada vez maior pensamento e acção.
Tem no entanto necessidade de:
Rever a metodologia que não permite garantir o anonimato e confidencialidade;
Referir como os dados serão tratados e como será pensado e para que será feito o programa de intervenção.

Coimbra, 07 de março de 2018

[Signature]

Luiz Miguel Santiago

Relator

[Signature]

Carlos Fontes Ribeiro

Presidente da Comissão de Ética

Anexo III

(Autorização para utilização da escala CADI)

RE: Serviço de mensagens do Website ESEnFC - autorização utilização da escala CADI

Luísa Brito <lbrito@esenfc.pt> para eu -
Sr. Enfermeiro Nuno Matos,

Envio-lhe em anexo a CADI, para utilização no seu trabalho de Mestrado. Junto também um documento dos autores originais (Nolan et al) para apoio no tratamento dos dados. Para efeito de continuação do processo de validação da escala, agradeço que no final do seu trabalho me envie um resumo dos principais resultados obtidos com a CADI, acompanhados de uma breve caracterização da amostra utilizada. Com os meus melhores cumprimentos e votos de muitos êxitos, Luísa Brito

De: nunoalexmatos@gmail.com [mailto:nunoalexmatos@gmail.com]
Enviada: sexta-feira, 19 de janeiro de 2018 00:09
Para: lbrito@esenfc.pt
Assunto: Serviço de mensagens do Website ESEnFC - autorização utilização da escala CADI

Serviço de mensagens do Website ESEnFC

Mensagem enviada por Nuno Matos (nunoalexmatos@gmail.com)

Mensagem:
Boa noite:

Chamo-me Nuno Matos, enfermeiro no serviço de Medicina/ Palliativos da unidade de Tondela do Centro Hospitalar Tondela-Viseu, encontro-me neste momento a frequentar o curso de mestrado em Enfermagem de Saúde Comunitária na Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Viseu.

Inserido no referido curso propus-me realizar um estudo intitulado "%u201CNecessidades do cuidador informal no cuidar da pessoa dependente%u201D cujo objetivo principal é identificar as principais necessidades do cuidador informal à pessoa dependente no domicílio, e posterior elaboração de um projeto de intervenção comunitária no cuidador informal. Para a realização do trabalho de investigação iremos aplicar um questionário aos cuidadores informais no qual pretendemos utilizar, para além de outras escalas, a escala por vós validada. Serve o presente mail para solicitar a autorização para a sua utilização e o fornecimento dos documentos que considerem importantes para a sua correta aplicação.

Agradeço desde já a sua colaboração.

Cumprimentos

[Mensagem cortada] [Exibir toda a mensagem](#)

2 anexos

