



UNIVERSIDADE
DE ÉVORA



UNIVERSIDADE DE ÉVORA

ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM SÃO JOÃO DE DEUS

DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM

INSTITUTO POLITÉCNICO DE BEJA

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE

INSTITUTO POLITÉCNICO DE PORTALEGRE

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE

INSTITUTO POLITÉCNICO DE SETÚBAL

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE

INSTITUTO POLITÉCNICO DE CASTELO BRANCO

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE DR LOPES DIAS

Sobrecarga associada ao ato de cuidar: a importância do bem-estar no cuidador

Andreia Sofia Murcho Verdelho

Orientação: Professor Doutor Jorge de Almeida

Mestrado em Enfermagem

Área de Especialização: Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica

Relatório de estágio

Évora, 2018

Este Relatório de Estágio inclui as críticas e as sugestões feitas pelo júri



UNIVERSIDADE
DE ÉVORA



UNIVERSIDADE DE ÉVORA

ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM SÃO JOÃO DE DEUS

DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM

INSTITUTO POLITÉCNICO DE BEJA

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE

INSTITUTO POLITÉCNICO DE PORTALEGRE

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE

INSTITUTO POLITÉCNICO DE SETÚBAL

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE

INSTITUTO POLITÉCNICO DE CASTELO BRANCO

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE DR LOPES DIAS

Sobrecarga associada ao ato de cuidar: a importância do bem-estar no cuidador

Andreia Sofia Murcho Verdelho

Orientação: Professor Doutor Jorge de Almeida

Mestrado em Enfermagem

Área de Especialização: Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica

Relatório de estágio

Évora, 2018

DEDICATÓRIA

Aos meus pais, a pedra basilar da minha estrutura, enquanto pessoa e enquanto enfermeira...

Muito Obrigada.

AGRADECIMENTOS

Agradeço a todos aqueles que direta ou indiretamente contribuíram para que a concretização deste projeto fosse possível.

Um agradecimento especial aos Cuidadores Informais, pela sua disponibilidade e carinho com que sempre me receberam e agradeceram a minha presença...

RESUMO

O crescente envelhecimento da população e as várias alterações ocorridas nas últimas décadas, tanto a nível da estrutura social como familiar, vieram despoletar novas necessidades, implicando perda de autonomia e acarretando uma maior solicitação de apoios. Apesar das reais transformações, a família continua a ser a principal fonte de ajuda e de suporte. Contudo, a prestação de cuidados requer um esforço contínuo ao nível físico, psicológico, social e económico, originando quase sempre sobrecarga. Com base nesta premissa, considerámos pertinente e necessária a intervenção junto dos cuidadores informais, de modo a perceber o bem-estar do prestador informal de cuidados e qual o impacto no desempenho desse papel. O objetivo geral do projeto passou por identificar as intervenções terapêuticas de Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica eficazes na promoção e proteção da saúde mental de cuidadores informais. Sendo desenhada uma intervenção individual efetuada através de visitas domiciliárias aos cuidadores informais em estudo. A nossa opção metodológica situa-se na Metodologia de projeto, permitindo um processo contínuo e reflexivo. Os instrumentos utilizados para a recolha de dados foram a entrevista semiestruturada e a Subescala – Bem-estar Psicológico do *Mental Health Inventory*. As intervenções psicoterapêuticas procuraram dotar os indivíduos mais vulneráveis, de estratégias de *coping* eficazes e de capacidade de resiliência. A relação interpessoal enfermeira – utente é base para a manutenção e/ou recuperação da saúde, pelo que todas as intervenções realizadas tiveram como base este pressuposto.

PALAVRAS-CHAVE: cuidador informal, sobrecarga, bem-estar, enfermeiro especialista em saúde mental e psiquiátrica

ABSTRACT

“Burden associated with caregiving: the importance of well-being in the caregiver”

The increasing aging of the population and the various changes that have occurred in recent decades, both in terms of social and family structure, have triggered new needs, implying loss of autonomy and leading to a greater demand for support. Despite the real transformations, the family continues to be the main source of help and support. However, the provision of care requires a continuous effort at the physical, psychological, social and economic level, almost always causing overload. Based on this premise, we considered it pertinent and necessary to intervene with informal caregivers to perceive the well-being of the informal care provider and the impact on the performance of this role. The overall objective of the project was to identify therapeutic interventions Mental Health Nursing and Psychiatric effective in promoting and protecting the mental health of informal caregivers. An individual intervention was drawn through home visits to informal caregivers under study. Our methodological option is in the Project Methodology, allowing a continuous and reflective process. The instruments used for the data collection were the semi-structured interview and the Subscale - Psychological Well-being of the *Mental Health Inventory*. Psychotherapeutic interventions have sought to make individuals more vulnerable, coping strategies effective, and resilience. The nurse – patient interpersonal relationship is the basis for the maintenance and/or recovery of health, so all the interventions performed were based on this assumption.

KEY WORDS: informal caregiver, overload, well-being, nurse specialist in mental health and psychiatric

LISTA DE ABREVIATURAS / SIGLAS

- ACES – Agrupamento de Centros de Saúde
APA – American Psychiatric Association
CI – Cuidador informal
CIPE – Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem
CPCJ – Comissão de Proteção de Crianças e Jovens
CSP – Cuidados de Saúde Primários
EESM – Enfermeiro Especialista em Saúde Mental
INE – Instituto Nacional de Estatística
IPSS – Instituição Particular de Solidariedade Social
MHI – Mental Health Inventory
NLI – Núcleo Local de Inserção
OCDE – Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Económico
OE – Ordem dos Enfermeiros
OMS – Organização Mundial de Saúde
PC – Prestador de Cuidados
REPE – Regulamento do Exercício Profissional do Enfermeiro
SAPE – Sistema de Apoio à Prática de Enfermagem
SICAD – Serviço de Intervenção nos Comportamentos Aditivos e Dependências
SPESM – Sociedade Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental
UC – Unidade Curricular
UCC – Unidade de Cuidados na Comunidade

ÍNDICE

INTRODUÇÃO	9
PARTE I – ENQUADRAMENTO TEÓRICO	13
1 – O ENVELHECIMENTO E A DEPENDÊNCIA	14
2 – BREVE ABORDAGEM AOS CUIDADOS CONTINUADOS	17
3 – TRANSIÇÃO PARA CUIDADOR INFORMAL	21
4 – SOBRECARGA NO CUIDADOR INFORMAL	25
5 – SAÚDE MENTAL E BEM-ESTAR	28
PARTE II – ESTUDO EMPÍRICO	32
1 – METODOLOGIA	33
1.1 – PROBLEMÁTICA.....	34
1.2 – OBJETIVOS DO ESTUDO	35
1.3 – INSTRUMENTOS DE RECOLHA DE DADOS.....	36
1.4 – CONTEXTUALIZAÇÃO E CARACTERIZAÇÃO DO LOCAL DE ESTUDO	38
1.5 – POPULAÇÃO EM ESTUDO	39
1.6 – PROCEDIMENTOS: COLHEITA DE DADOS E ASPETOS ÉTICOS	40
2 – ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS	42
2.1 – BREVE CARACTERIZAÇÃO DA PESSOA DEPENDENTE	42
2.2 – CARACTERIZAÇÃO DO CUIDADOR INFORMAL	43
2.2.1 – Características sócio-demográficas.....	43
2.2.2 – Caracterização como cuidador	44
2.3 – AS VIVÊNCIAS DO CUIDADOR INFORMAL	47
2.3.1 – Assunção do papel de Cuidador informal	47
2.3.2 – Dificuldades sentidas na prestação de cuidados	49
2.3.3 – Satisfação sentida pela prestação de cuidados	50
2.3.4 – Estratégias de <i>coping</i> utilizadas pelo Cuidador informal	51
2.3.5 – Ocupação do tempo livre	52
2.4 – O BEM-ESTAR DO CUIDADOR INFORMAL	53
3 – IMPLEMENTAÇÃO DAS INTERVENÇÕES	55
PARTE III – REFLEXÃO SOBRE COMPETÊNCIAS	63
1 – DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS DE ENFERMEIRO ESPECIALISTA E MESTRE EM SAÚDE MENTAL E PSIQUIÁTRICA	64
CONCLUSÃO E CONSIDERAÇÕES FINAIS	75

BIBLIOGRAFIA	79
APÊNDICES	89
APÊNDICE I – Artigo científico “Sobrecarga associada ao ato de cuidar: a importância do bem-estar no cuidador”	90
APÊNDICE II – Guião da entrevista	102
APÊNDICE III – Consentimento livre e esclarecido	108
ANEXOS	110
ANEXO I – Inventário de Saúde Mental: Subescala – Bem-estar psicológico	111

INTRODUÇÃO

As alterações demográficas do último século, que se traduziram na modificação da pirâmide etária e da estrutura populacional, vieram colocar aos governos, às famílias e à sociedade em geral, vários desafios complexos, mas de grande potencial.

Os temas relacionados com o envelhecimento humano e com as doenças crônicas e degenerativas têm, nas últimas décadas vindo a ser alvo de crescente interesse por parte de políticos e profissionais das diversas áreas, no nosso país, na Europa e no mundo industrializado em geral.

O crescente envelhecimento da população e as várias alterações ocorridas nas últimas décadas, tanto a nível da estrutura social como familiar, vieram despoletar novas necessidades, implicando a progressiva perda de autonomia e acarretando uma maior solicitação de apoios, tanto formais como informais.

Atendendo a esta realidade que impera atualmente na nossa sociedade, a criação de redes de suporte surge como uma necessidade eminente. No entanto, e apesar das reais transformações, a família continua a ser a principal fonte de ajuda e de apoio, nos diferentes cuidados.

O cuidador informal (CI) surge, desta forma, da conveniência de manter a pessoa idealmente no seu domicílio, proporcionando-lhe uma resposta eficaz e eficiente por forma a garantir a satisfação das suas necessidades, e manutenção da qualidade de vida. Contudo, a existência de um elemento dependente, implica a necessidade de assumir uma relação de cuidado, uma envolvência, um conhecimento das suas necessidades específicas, limitações e potencialidades, que permita intervir e interagir com ele, na perspetiva de melhorar o seu bem-estar.

Assim, o assumir do papel de cuidador, coloca a família como parceira importante no processo de assistência, estimulando-a a participar, como forma de garantir a continuidade dos cuidados à pessoa dependente. Sendo que este, a coloca como estrutura base da rede de cuidados informal e em funções fundamentais e de extrema complexidade.

A importância que o CI assume no contexto da continuidade de cuidados a pessoas com dependência é por muitos reconhecida. Sendo igualmente reconhecido o impacto produzido

na sua saúde pelo desempenho deste papel, constituindo um desafio não só de resposta política, como também dos profissionais de saúde no que concerne à implementação de estratégias de intervenção facilitadoras do processo de adaptação a prestador de cuidados.

A complexidade dos cuidados e das exigências colocadas aos cuidadores informais implicam mudanças que podem provocar efeitos a vários níveis.

O processo de conviver e cuidar de pessoas dependentes, é uma tarefa árdua, complexa e dinâmica, acarretando normalmente, um aumento do stress e da sobrecarga por parte de quem os exerce. Esta realidade, coloca o próprio cuidador como foco da assistência de enfermagem, reconhecendo a forma como o cuidar de um familiar dependente se reflete, não somente na qualidade de vida do doente, mas também no bem-estar do cuidador.

É neste sentido que as necessidades do prestador informal de cuidados à pessoa com dependência, requerem uma correta avaliação, de onde deverão decorrer intervenções de enfermagem adequadas (Manoel, Decesaro, Teston, Marcon & Waidman, 2013; Melo, Rua & Santos, 2014).

De acordo com a Declaração de Toronto (Organização Mundial da Saúde [OMS], 2002), os profissionais de saúde dos Cuidados de Saúde Primários [CSP] têm um papel particularmente importante, uma vez que se defrontam frequentemente com cuidadores em sobrecarga pessoal e familiar.

A Unidade de Cuidados na Comunidade [UCC] é considerada como um dos grupos que melhor conhece e contata com as famílias, que conhece o domicílio e a sua dinâmica familiar, percecionando o quanto o cuidar da pessoa dependente pode ser desgastante e alterar a saúde e bem-estar do cuidador. Estando assim, numa posição chave para efetuar o despiste e atuar na prevenção de situações de risco, tanto para o doente como para o prestador de cuidados.

Alguns estudos, nomeadamente em Portugal, têm produzido evidência sobre o impacto da prestação de cuidados a pessoas dependentes, nos cuidadores membros da família.

Se é um facto que a evidência científica produzida já permite um consenso estabilizado sobre o impacto produzido no processo de transição para CI, parece, no entanto, existir algum vazio ao nível do conhecimento das intervenções e respetivos resultados na promoção e proteção da saúde mental do CI.

A Enfermagem em Saúde Mental a nível comunitário é uma realidade cada vez mais presente. Neste sentido, a formação e integração de Enfermeiros Especialistas nesta área, nas equipas de enfermagem dos CSP, é fundamental para a prevenção e deteção precoce de alterações na área da saúde mental. Estas passam pela identificação das necessidades,

elaborando diagnósticos e estabelecendo intervenções adequadas à manutenção e promoção da saúde e qualidade de vida de todos os envolvidos, pois o bem-estar dos cuidadores ir-se-á refletir, necessariamente, no bem-estar dos que deles recebem cuidados. Aos enfermeiros coloca-se o desafio de compreender o processo de transição do ponto de vista do CI e implementar intervenções que lhe prestem ajuda efetiva.

A cooperação em parceria, entre enfermeiros e cuidadores, com a finalidade comum de satisfazer as necessidades em saúde detetadas nos próprios cuidadores, é fundamental, sendo imprescindível a sua adesão para o estabelecimento de uma relação terapêutica, que deve ser proposta numa perspetiva de acordo, entre o que é o ideal terapêutico e o que é exequível, na sua perspetiva.

A promoção da saúde mental deve ser uma prioridade para qualquer sistema de saúde, pois constitui-se como um pilar fundamental para a manutenção do equilíbrio social, podendo ser implementada em múltiplos contextos com ênfase para a comunidade. (Amaral, 2010)

Com base nesta premissa, considerámos pertinente e necessária a intervenção junto dos cuidadores informais, de modo a perceber o bem-estar do prestador informal de cuidados e qual o impacto no desempenho desse papel. Em função dessa avaliação consideraram-se como prioritárias um conjunto alargado de necessidades em saúde que foram colmatadas por intermédio de uma intervenção sustentada em objetivos, estratégias e intervenções e, organizadas sob a forma de um projeto, designado: “Sobrecarga associada ao ato de cuidar: a importância do bem-estar no cuidador”. Estas etapas foram desenvolvidas ao longo da unidade curricular (UC) de Estágio Final do 1º Curso de Mestrado em Associação em Enfermagem, com especialização em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica, lecionado na Universidade de Évora, Escola Superior de Enfermagem de São João de Deus, e visam ser descritas e plasmadas de forma simples, mas precisa, ao longo do presente relatório.

Desta forma, assumiu-se a finalidade de conhecer melhor o tipo de apoio necessário ao cuidador, sobretudo a diferença entre o apoio percebido e o desejado por aquele, como base para melhor estruturá-lo e formalizá-lo. De facto, este conhecimento poderá permitir trabalhar melhor a informação e o apoio a prestar ao cuidador, indo ao encontro das suas inseguranças, angústias, dificuldades e necessidades concretas.

O projeto desenvolvido ao longo do Estágio Final, teve por base a Metodologia de Projeto, recorrendo à organização como forma de pensar racional, sistemática, controlada e participativa, assentando num processo contínuo e reflexivo, que exige uma adaptação

permanente ao cotidiano do trabalho, por ser uma técnica de mudança e de inovação, distingue-se por ser uma atividade intencional, pois prevê um objetivo enunciado pelos autores e executores do projeto. Tem como objetivo central, a resolução de problemas, pelo meio de técnicas diversificadas que permitem a recolha, aquisição e a análise de informação. Permite flexibilidade nos procedimentos que se desenvolvem ao longo do trabalho, constituindo-se desta forma como um processo dinâmico, adaptando-se e reorientando-se sempre que seja necessário, no decorrer da investigação.

O trabalho encontra-se dividido em três partes, contendo cada uma, diversos capítulos. A Parte I consiste em enquadrar teoricamente o problema de pesquisa, através da identificação dos temas mais relevantes para o seu desenvolvimento. Assim, iremos abordar temas como, o envelhecimento e a dependência, fazendo uma breve abordagem aos cuidados continuados, a transição para CI, a sobrecarga associada a esse papel, e terminando por uma conceptualização da saúde mental e do conceito de bem-estar.

A Parte II refere-se ao estudo empírico, onde se descreve e justifica a metodologia utilizada e as principais etapas de recolha e tratamento de dados, analisando e interpretando os resultados da investigação. É efetuada uma breve caracterização da pessoa dependente e caracterizado o CI, sociodemograficamente e enquanto cuidador, as suas vivências e por fim o seu bem-estar. As quais justificam as intervenções implementadas descritas no capítulo seguinte.

Na Parte III é realizada uma reflexão sobre o desenvolvimento de competências na área de especialidade de Saúde Mental e Psiquiátrica e de Mestre em Enfermagem, decorrentes do percurso efetuado e em articulação com todo o projeto desenvolvido.

O último capítulo diz respeito às conclusões e considerações finais, onde constará a análise decorrente da realização deste projeto e se fará um balanço relativo aos objetivos propostos, às dificuldades sentidas e às limitações do presente projeto.

A redação deste relatório é feita segundo o novo acordo ortográfico e de acordo com as normas da *American Psychological Association* [APA].

PARTE I – ENQUADRAMENTO TEÓRICO

1 – O ENVELHECIMENTO E A DEPENDÊNCIA

O envelhecimento progressivo da população mundial é um fenómeno complexo e um desafio cada vez mais evidente para a sociedade atual, que valoriza a juventude, a rapidez e a produtividade. O aumento do número de idosos a nível mundial constitui atualmente um problema generalizado, que decorre por um lado, pelo aumento da longevidade, dos investimentos na autonomia e na qualidade de vida, resultantes do avanço tecnológico, da ciência e da medicina, dos cuidados de saúde e da prática de atividade física. E por outro, pela diminuição das taxas de fecundidade, natalidade e mortalidade, pelo aumento da esperança de vida e pelo incremento das doenças crónicas e/ou incapacitantes (Cardoso, 2011; Melo *et al.*, 2014).

Tendo em consideração a diminuição do número de jovens, em proporção com o aumento da população idosa, o índice de envelhecimento aumentará. Consultando os censos 2011, verifica-se que 19% da população portuguesa são indivíduos com mais de 65 anos. Para além de se observar um aumento da proporção da população idosa face à população jovem e/ou ativa, verifica-se também um envelhecimento dentro da própria faixa etária, com um aumento significativo dos idosos com idades acima dos 85 anos.

O envelhecimento afigura-se como um fenómeno, cujo impacto é difícil de estimar. A OMS (2015) refere-nos que o ritmo do envelhecimento da população é muito mais rápido do que no passado. Entre 2015 e 2050, a população mundial com mais de 60 anos quase que duplicará de 12% para 22%, passando de 900 milhões a 2000 milhões.

Deste modo, alterações substanciais na estrutura populacional, como o aumento da esperança de vida, geram o aparecimento de um grupo de pessoas com idades cada vez mais avançadas e, previsivelmente, mais dependentes (Santos, 2008). Condições essas, que podem manter-se por períodos longos de tempo (Cardoso, 2011).

De acordo com a literatura, são múltiplas as definições de envelhecimento. No entanto, podemos ressaltar alguns conceitos chave, nomeadamente a palavra tempo, desenvolvimento, involução, adaptação ou processo dinâmico. Rocha (2009) define envelhecimento como,

"um processo contínuo e inevitável, caracterizado pelo desenvolvimento dos organismos com o passar do tempo, desenvolvimento esse que é dinâmico e requer uma adaptação constante do organismo ao meio, podendo no caso dos seres humanos, ter fases biopsicossocialmente consideradas evolutivas ou regressivas do seu estado geral. Estas fases consideradas regressivas estão relacionadas tanto com factores biológicos do envelhecimento celular e orgânico, como com factores psicossociais" (2009, p. 44).

Envelhecer é um processo que conduz a uma perda progressiva das aptidões funcionais do organismo, aumentando o risco do sedentarismo. Essas alterações, nos domínios biopsicossociais, põem em risco a qualidade de vida do idoso, por limitar a sua capacidade para realizar, com vigor, as suas atividades do quotidiano e colocar em maior vulnerabilidade a sua saúde. Como consequência, os seus hábitos de vida e rotinas diárias são preenchidos por atividades menos ativas, criando fortes relações de dependência no seu modo de vida (Sequeira, 2010).

Individualmente, o envelhecimento assenta na maior longevidade dos indivíduos, no entanto este processo não deve ser definido apenas por critérios cronológicos, mas também segundo uma abordagem holística que tenha em conta o conjunto das características físicas, funcionais, mentais e de saúde de cada um. Pois, independentemente do grau de dependência, as transformações biopsicossociais são inevitáveis e contribuem para o aparecimento de alguns défices funcionais e ao aumento da predisposição à doença (Serra & Gemito, 2013).

Martins (2006, p. 59) refere inclusivamente que: “maior longevidade nem sempre é sinónimo de uma vida funcional, independente e sem problemas de saúde. Pelo contrário, o número de indivíduos com perda de autonomia, de invalidez e de dependência não pára de aumentar, devido à maior prevalência de doenças crónicas e incapacitantes”.

Segundo Lebrão e Duarte (2003), citados por Machado (2013), 91% dos idosos têm que receber algum tipo de ajuda, um terço tem dificuldade em realizar pelo menos uma atividade instrumental da vida diária e um quinto dos idosos possui dificuldade em realizar as atividades de vida diária. O mesmo autor reforça ainda “que independentemente da causa, a incapacidade adquirida, condiciona a um conjunto de limitações, perdas de autonomia e dependência, (...) as quais impõem que a pessoa acometida requeira a ajuda de um prestador de cuidados”, (Machado, 2013, p. 57). Assim sendo, o idoso que normalmente conseguia realizar sozinho as suas atividades diárias, torna-se dependente de terceiros. Essas mudanças, vão acarretar alterações substanciais não só para si, mas também no seio da própria família (Cardoso, 2011).

No entanto, segundo vários estudos citados por Machado (2013, p. 62), “é perceptível que o processo de iniciação da prestação de cuidados não decorre de uma decisão pensada, maturada e detendo a informação necessária para perceber a real dimensão da função”. Pode iniciar-se como um processo lento e progressivo, que advém de algumas limitações, sucessivas dificuldades e do aumento gradual da dependência, e que vai envolvendo os cuidadores sem que estes tenham grande consciência do facto. Ou surgir de modo repentino, mas apresenta-se sempre como um fenómeno inesperado e um momento marcante para o CI (Pereira & Silva, 2012).

2 – BREVE ABORDAGEM AOS CUIDADOS CONTINUADOS

A evolução demográfica verificada nas últimas décadas em Portugal, nomeadamente no que se refere ao aumento contínuo dos Índices de dependência de Idosos, de Envelhecimento e de Longevidade da população portuguesa, é visível não só na transformação da estrutura demográfica da população, como também nas alterações sociológicas ao nível da estrutura familiar, como seja a diminuição do número de pessoas por família e o aumento da proporção de idosos que vivem sós. Atendendo a esta realidade que impera atualmente na nossa sociedade, a criação de redes de suporte surge como uma necessidade eminente. Hoje envelhecer com saúde, autonomia e independência, até mais tarde, constitui um desafio à responsabilidade quer individual, quer coletiva, cuja tradução é significativa no desenvolvimento económico de todos os países.

Da combinação destes fatores emerge a necessidade de reorganização da prestação de cuidados de saúde e de apoio psicossocial, que de forma integrada e numa lógica de parceria e multidisciplinaridade, otimize os recursos individuais e coletivos e dê resposta ao crescente número de indivíduos com doenças crónicas e degenerativas, assim como ao também crescente número de pessoas que padecem de sequelas físicas ou de incapacidades psicossociais e que não têm o necessário e adequado suporte familiar.

O objetivo principal, definido nos Programas de Saúde Portugueses, foi e continua a ser, o de prolongar a vida em qualidade, onde é igualmente referenciada a problemática dos membros mais velhos na sociedade de hoje. O envelhecimento da população, originando modificações da sua estrutura etária, e a atual organização da sociedade, constituem importantes desafios para os indivíduos, famílias e sociedades.

A população idosa apresenta taxas de morbilidade mais elevadas e níveis de capacidade funcional mais baixos, tornando-os potenciais consumidores de cuidados de saúde, e propiciando o apoio familiar e social.

Tendo em atenção as necessidades da população idosa, são necessárias mais do que políticas, são essenciais políticas ativas.

No contexto português, são consignadas várias medidas orientadas para gerir situações de dependência e cuidados em diversos sectores, como a saúde, social, transportes, educação e emprego.

O Despacho Conjunto n.º 407/98, de 18 de julho, possibilitou o lançamento de intervenções articuladas de apoio social e de cuidados de saúde continuados, dirigidos às pessoas em situação de dependência, reforçando a cooperação entre o Ministério da Saúde e a Segurança Social.

Este despacho está na base da criação dos Cuidados Continuados, constituindo um progresso inovador nas políticas de cuidados de saúde. A prestação de cuidados no domicílio e no ambulatório, aparece como forma mais humanizada de resposta, exigindo o estabelecimento de redes sociais de apoio integrado que garantam a efetiva continuidade dos cuidados necessários, que se pretendem globais. Tais mecanismos envolvem a colaboração de diversos parceiros, e exigindo uma intervenção articulada entre Estado, cuidadores formais e informais. É desta forma, reforçado o envolvimento do estado, como principal incentivador da ação, fazendo convergir esforços no apoio aos diversos agentes interessados.

As orientações nacionais foram direcionadas para o nível regional, tendo em conta as especificidades e os problemas mais presentes, sendo para o devido efeito constituídas equipas multidisciplinares a partir de cada unidade de saúde, que desenvolvem desde a sua formação, contactos e reuniões com responsáveis de instituições com as quais necessitam de se articular, dando origem às parcerias. Sendo que as equipas responsáveis pelos projetos, atuam na preparação e celebração de protocolos de âmbito territorial / concelhio com os diversos parceiros sociais. Cada projeto traduz-se, numa maior cooperação intersectorial, criando a possibilidade de definir, tipificar e implementar respostas e apoio mais adequados às necessidades das populações alvo.

A abordagem dos Cuidados Continuados, é então desenvolvida a nível local a partir de soluções organizativas integradas das unidades funcionais de saúde (Centros de Saúde e Hospitais), órgãos autárquicos (Câmara Municipal e Juntas de Freguesia) e outras entidades locais, como sejam misericórdias, PSP, Bombeiros Voluntários; paróquias e diversas organizações não-governamentais que queiram aderir a estes projetos.

Em novembro de 2003, foi aprovado o Decreto-Lei n.º 281/2003, que cria a Rede de Cuidados Continuados de Saúde, prevendo os seguintes tipos de serviços, “Unidade de internamento”, “Unidade de recuperação global” e “Unidade Móvel domiciliária”. A mesma é constituída por todas as entidades públicas, sociais e privadas, habilitadas à prestação de cuidados, tendo por objetivo:

“promover, restaurar e manter a qualidade de vida, o bem-estar e o conforto dos cidadãos necessitados dos mesmo em consequência da doença crónica ou degenerativa, ou por qualquer outra razão física ou psicológica susceptível de causar a sua limitação funcional ou dependência de outrem, incluindo o recurso a todos os meios técnicos e humanos adequados ao alívio da dor e do sofrimento, a minorar a angustia e a dignificar o período terminal de vida” (Decreto-Lei n.º 281/2003, p. 7493).

A estrutura desta legislação fomenta e valoriza a integração da família e da comunidade social como fatores essenciais e indispensáveis na prestação de cuidados e apoio aos seus concidadãos, nomeadamente aos mais frágeis e carenciados. A sua intervenção, iniciativa e ação é considerada fundamental,

“não apenas para evitar o prolongamento de estadas em regime de internamento por razões alheias ao estado de saúde, como também para a reabilitação global e a independência funcional dos doentes, o apoio domiciliário e ocupacional de que necessitam e a reinserção social a que têm direito” (Decreto-Lei n.º 281/2003, p.7493).

No âmbito dos Ministérios da Saúde e do Trabalho e da Solidariedade Social, é então criada a Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados através do Decreto-Lei n.º 101/2006, tendo como principal objetivo a prestação de cuidados continuados integrados a pessoas que, independentemente da idade, se encontrem em situação de dependência.

No seu artigo 27.º são caracterizadas as Equipas de Cuidados Continuados Integrados como:

“1 - A equipa de cuidados continuados integrados é uma equipa multidisciplinar da responsabilidade dos cuidados de saúde primários e das entidades de apoio social para a prestação de serviços domiciliários, decorrentes da avaliação integral, de cuidados médicos, de enfermagem, de reabilitação e de apoio social, ou outros, a pessoas em situação de dependência funcional, doença terminal ou em processo de convalescença, com rede de suporte social, cuja situação não requer internamento mas que não podem deslocar-se de forma autónoma.

2 - A avaliação integral referida no número anterior é efectuada em articulação com o centro de saúde e a entidade que presta apoio social.

3 - A equipa de cuidados continuados integrados apoia-se nos recursos locais disponíveis, no âmbito de cada centro de saúde, conjugados com os serviços” (Decreto-Lei n.º 101/2006, p. 3862).

A reestruturação do Serviço Nacional de Saúde [SNS] com a constituição das Unidades Funcionais (Decreto-Lei n.º 28/2008¹), em particular da UCC, surge como uma medida

¹ O Decreto-Lei n.º 28/2008, de 22 de fevereiro, criou os agrupamentos de centros de saúde (ACES) do Serviço Nacional de Saúde, integrados nas administrações regionais de saúde (ARS), e estabeleceu o seu regime de organização e funcionamento.

política que procura dar resposta, através de uma abordagem domiciliária e comunitária, às pessoas, famílias e grupos vulneráveis que estejam em situação de maior risco ou dependência física e funcional ou doença que requeira acompanhamento próximo, prestando cuidados de saúde e apoio psicológico e social. Atuando ainda na educação para a saúde e na integração em redes de apoio à família.

Nesta perspetiva, e considerando toda a reforma dos CSP, surge descrita no artigo 11º do referido Decreto-Lei, a UCC. Considerando a grande abrangência dos campos de intervenção destas unidades, a sua criação visa responder de forma ajustada aos diferentes grupos de pessoas em situação de dependência e aos diferentes momentos e circunstâncias da própria evolução das doenças e situações sociais e, por consequência, facilitar a autonomia, potenciando capacidades e competências dos utentes e respetivas famílias e/ou grupos de apoio, para lidar com essas situações.

Os Cuidados Continuados em Enfermagem devem ser prestados sempre que a pessoa apresente condições de dependência física, mental e/ou social, de maior ou menor grau. A prestação deste tipo de cuidados visa colmatar uma lacuna, no que refere, à escassez de respostas adequadas que satisfaçam as necessidades de cuidados de saúde decorrentes de uma situação prolongada.

O Decreto-Lei n.º 101/2006, no artigo 17.º relativo às Unidades de longa duração e manutenção, descreve-as como uma unidade de internamento, de carácter temporário ou permanente para pessoas com doenças ou processos crónicos, com diferentes níveis de dependência e que não reúnam condições para serem cuidadas no domicílio. Referindo-se a períodos de internamento superiores a 90 dias consecutivos. No entanto, no número 3 do referido artigo, abre a exceção para situações temporárias, decorrentes de dificuldades de apoio familiar ou necessidade de descanso do cuidador principal, sendo os internamentos até 90 dias por ano, divididos em períodos de 30 dias de cada vez.

Os internamentos da pessoa dependente para descanso do cuidador, têm como principal objetivo, proporcionar aos cuidadores, durante um determinado período de tempo, uma pausa efetiva e temporária da responsabilidade de cuidar. Esta medida de apoio, permite ao cuidador repousar ou realizar outras atividades que habitualmente lhe são impossibilitadas. Visa a promoção de momentos para que estes possam receber cuidados médicos, visitar familiares, realizar uma atividade laboral ou passar férias, para além de constatarem um incremento no bem-estar do cuidador.

3 – TRANSIÇÃO PARA CUIDADOR INFORMAL

“Cada família, tem uma organização própria, um funcionamento peculiar e uma homeostasia individual, cada membro ocupa o seu lugar e o seu papel” (Martins, 2013, p.16). Quando um dos membros da família adoece ou se torna dependente, a estabilidade familiar é alterada, implicando mudança em todo o sistema e podendo originar uma crise familiar. Vários autores corroboram o facto de que a transição para o papel de prestador de cuidados, é um processo complexo, gerador de vulnerabilidades e alterações no ritmo de vida, com constantes variações ao nível das exigências, necessidades e sentimentos (Pereira & Silva, 2012; Martins, 2013; Melo *et al.*, 2014; Alonso, López, Vargas & Aguilera, 2015).

O desempenho de novas funções envolve inúmeras variáveis com influência recíproca entre si, como o cuidador, a pessoa dependente, o contexto ou o ambiente no qual se desenvolve a prestação de cuidados (Sequeira, 2010).

Segundo a CIPE® [Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem], versão β2 (ICN, 2003, p. 63), o papel de prestador de cuidados é

“um tipo de interacção de papéis com as características específicas: interagir de acordo com as responsabilidades de cuidar de alguém, interiorizando as expectativas das instituições de saúde e profissionais de saúde, membros da família e sociedade quanto aos comportamentos de papel adequados ou inadequados de um prestador de cuidados; expressão destas expectativas como comportamentos e valores; fundamental em relação aos cuidados aos membros dependentes da família.”

O prestador de cuidados é, portanto, aquele que se ocupa de cuidar de alguém, é qualquer pessoa, familiar ou não, que se responsabiliza pela assistência da pessoa dependente no seu dia-a-dia, garantindo que as suas necessidades diárias são satisfeitas. Na promoção da sua qualidade de vida, tem como requisitos imperativos, por inerência das funções, a interacção com a pessoa sob cuidado. “Esta realidade relacional toma por substratos: o ser, o estar e o agir com o outro” (Machado, 2013, p. 77).

Boff refere que “Cuidar é mais que um ato; é uma atitude. Portanto, abrange mais do que um momento de atenção, de zelo e de desvelo. Representa uma atitude de ocupação,

preocupação, de responsabilização e de envolvimento afectivo com o outro” (Boff, 2011, p.33).

Na perspectiva de Saraiva (2011) o cuidar é uma ação humana mobilizadora, que pode ser traduzida como o respeitar do sofrimento, dos princípios, dos valores e da dignidade da pessoa dependente, enquanto ser único, com o objetivo de lhe proporcionar melhor qualidade de vida.

O ato de cuidar é comum em todas as culturas, embora possa ser vivenciado de formas diferentes por cada uma. Mas, na grande maioria dos casos, representa um enorme desafio. De acordo com Santos (2008), pode mesmo levar a um sério comprometimento do bem-estar do cuidador, pois a tarefa de cuidar pode produzir alterações profundas ao nível da sua saúde, da vida social, das relações com outros membros da família, do lazer, da disponibilidade económica, da rotina doméstica e do desempenho profissional, quando este ainda existe.

No momento de assumir o papel de cuidador, a pessoa, por norma, ainda não está consciente das exigências associadas a este papel. Cuidar de uma pessoa com dependência obriga a grande dispêndio do tempo pessoal e energia, implica desenvolver novas e muitas vezes, tarefas desagradáveis e desconfortáveis, por períodos de tempo imprevisíveis (Manoel *et al.*, 2013; Melo *et al.*, 2014).

São grandes os desafios que se colocam atualmente ao CI, pela variedade e complexidade de situações e contextos. O cuidado informal não se esgota no apoio à satisfação de necessidades básicas de vida ou no auxílio das atividades instrumentais de vida diária. O domínio de questões relacionadas com a gestão da dor, do regime terapêutico e medicamentoso, a supervisão de comportamentos, ou mesmo a administração de toda a tecnologia relacionada com a saúde no domicílio. Para além da coordenação de todo o apoio doméstico, assim como a negociação ou representação da pessoa dependente face ao sistema de saúde, são exemplo disso (Cardoso, 2011; Serra & Gemitto, 2013).

O papel de CI surge por contraste aos profissionais dos serviços de saúde, que formalmente assumem o exercício de uma profissão, mas constitui-se como uma rede de apoio que assegura a continuidade dos cuidados à pessoa dependente (Melo *et al.*, 2014). Desempenhando esta função num suporte informal, sem formação profissional prévia ou qualquer vínculo contratual, e sem qualquer tipo de remuneração.

As redes formais prestam cuidados estabelecendo uma relação profissional e qualificada, comprometendo-se a prestar-lhe cuidados sob obrigações específicas, sob recompensa pecuniária ou material pelo exercício das suas funções, fazendo-o numa base contratual.

A família em Portugal e nos países do sul da Europa é considerada a unidade básica de suporte a todos aqueles que precisam de cuidados, sejam crianças, jovens, adultos ou idosos (Sousa, Figueiredo & Cerqueira, 2004). No seio da família, este papel é maioritariamente desempenhado pelos familiares diretos, sendo a estes que a pessoa funcionalmente dependente, recorre primeiro.

Desta forma, a transição e o assumir deste papel pelo CI, pode ser abordado à luz da Teoria das Transições de Meleis. Esta teoria de médio alcance, fornece-nos as bases para melhor compreendermos este processo e o modo como afeta os cuidadores informais. Caraterizando a transição como a passagem entre duas fases da vida, ou de um estado para outro, com diferentes etapas dinâmicas, marcos e pontos de viragem, ocorrendo em diferentes intervalos de tempo (Melo *et al.*, 2014). Neste contexto, a transição pode implicar mudanças e adaptação pessoal, relacional, situacional, social, ou alteração do ambiente. Esta mudança estabelece-se entre dois pontos e é um processo que envolve transformação e alteração e pressupõe tempo para a incorporação, integração ou adaptação. Assim sendo, existem fatores que podem funcionar como facilitadores ou inibidores de uma transição eficaz. Tais como, os conhecimentos e as capacidades, os significados pessoais, as crenças e atitudes, a condição socioeconómica ou os recursos comunitários e sociais disponíveis. No entanto, nem sempre os processos de adaptação acontecem sem que ocorram fatores de desequilíbrio ou incapacitantes para a mudança, sendo geradores de stress.

A evolução do processo, provoca na pessoa a necessidade de desenvolver novas habilidades, novos papéis, novas relações e novas estratégias de *coping*², ou seja, requer reorganização interna para a incorporação e aprendizagem da nova circunstância da sua vida (Cardoso, 2011), respostas essas designadas por Meleis como indicadores de processo.

Pelo que, as intervenções do enfermeiro devem contribuir para que a mestria e a integração do novo papel, sejam atingidas de forma eficiente e facilitando um processo de transição saudável, promovendo o bem-estar e favorecendo a forma como o prestador de cuidados lida e alcança a adequada adaptação ao novo papel e/ou situação.

A utilização de um referencial teórico - Teoria das Transições de Meleis, possibilita-nos o desenvolvimento e aplicação do raciocínio clínico numa perspetiva de intervenção

² Chalifour (2008) define *coping* a “totalidade dos esforços cognitivos e comportamentais feitos pela pessoa para gerir situações específicas, externas ou internas, avaliadas como esgotando ou excedendo os seus recursos”

centrada na pessoa e nas suas reais necessidades, para assim a capacitar para a tomada de decisão. Juntos, enfermeiro e utente, trabalham para encontrar a melhor solução para o desequilíbrio vivenciado, pois otimizam a compreensão dos papéis envolvidos em torno da relação.

4 – SOBRECARGA NO CUIDADOR INFORMAL

São vários os sentimentos experienciados pelos cuidadores de pessoas dependentes, cuja complexidade, diversidade e frequência dos problemas associados são uma constante. “Amor e raiva, paciência e intolerância, carinho, tristeza, irritação, desânimo, pena, revolta, insegurança, negativismo, solidão, dúvida quanto aos cuidados, medo de ficar doente, medo de o paciente estar sofrendo, medo de o paciente morrer”, são sentimentos evidenciados pelos cuidadores, tal como elenca Cardoso (2011, p. 40) citando Silveira *et al.*, (2006, p.1632). As características desses sentimentos e a sua vivência, normalmente, de forma isolada, associados à pressão da dependência, são condições favoráveis ao desenvolvimento de stress e sobrecarga no cuidador, influenciando diretamente a qualidade dos cuidados prestados (Cardoso, 2011; Manoel *et al.*, 2013).

O desequilíbrio entre atividade / repouso, o esforço físico, o excesso de cansaço e desgaste, o tempo despendido, a ansiedade, a depressão ou a culpa, o compromisso em suportar a situação, assumindo novos papéis e prescindindo de outros, surgem como fatores causadores de instabilidade. Originando graves repercussões na saúde e no bem-estar do cuidador, podendo por si só ser um componente essencial a contribuir para a sobrecarga do cuidador (Cardoso, 2011).

Por vezes, ao sentir que perdeu a sua identidade, o cuidador pode ser acometido de um grande sofrimento, não conseguindo assegurar as suas atividades anteriores e cingindo-se unicamente a viver em função da pessoa dependente (Cardoso, 2011; Manoel *et al.*, 2013). A exigência da condição de saúde da pessoa sob cuidados implica a disponibilidade ou a ausência desta, por parte do cuidador, assim como o cansaço acumulado pelo desempenho de algumas tarefas, tendo repercussões ao nível das suas necessidades individuais, como atividades de lazer ou de socialização (Vargas, 2012; Machado, 2013; Melo *et al.*, 2014).

Nas situações de doença crónica acompanhada de dependência, o prestador informal de cuidados vai tomando consciência do contínuo agravamento e degradação da pessoa a quem presta cuidados, antevendo em certa medida o final de vida. É-lhe exigido que cuide de uma pessoa doente, passando para segundo plano as suas necessidades. O cuidador na dualidade do papel que desempenha, coloca muitas vezes o sofrimento da pessoa cuidada em primeiro

lugar, minimizando o seu próprio sofrimento, esquecendo ou adiando os seus problemas de saúde, facto esse, que o coloca também como alvo de cuidados (Pereira & Silva, 2012; Manoel *et al.*, 2013; Melo *et al.*, 2014).

Na literatura existem vários termos para designar sobrecarga do prestador de cuidados. Segundo Cardoso (2011), na área da saúde o conceito de *caregiver burden* tem sido bastante utilizado, na tentativa de explicitar o conjunto de problemas suportados pela pessoa que cuida de familiares dependentes no contexto domiciliário. A sobrecarga do CI, refere-se a um estado psicológico resultante da combinação do esforço físico, da pressão emocional, das restrições sociais e das exigências económicas que surgem (Manoel *et al.*, 2013; Melo *et al.*, 2014).

Alguns autores descrevem a existência de duas vertentes da sobrecarga. Sendo que, a sobrecarga subjetiva consiste na perceção pessoal do CI sobre as consequências do cuidar. Resultando numa panóplia de sentimentos por si experienciados. Por outro lado, a sobrecarga objetiva resulta da avaliação dos cuidadores acerca do seu papel e das tarefas que realizam sob a forma de cuidados e/ou ajuda. Integra toda a perceção do tempo e esforço por si exigidos para atender às necessidades da pessoa alvo de cuidados. Assim, o cuidador confronta-se com um conflito de papéis. Sendo que, a sobrecarga objetiva é resultante das implicações nas tarefas de cuidar, enquanto que a sobrecarga subjetiva estará mais relacionada com as características do cuidador, tendo interferência sobre a sua vida e bem-estar (Sequeira, 2010; Alonso *et al.*, 2015).

Tendo em conta o acima descrito, verificamos que nem sempre o cuidador por si só consegue desenvolver estratégias que o ajudem a ultrapassar o problema, existem vários fatores que podem traduzir-se em risco de incapacidade para cuidar de uma pessoa dependente, sendo geradores de stress por parte do cuidador (Machado, 2013).

Neste contexto, o ICN (2003, p. 51) define Stress do Prestador de Cuidados por:

“um tipo de Coping com as seguintes características específicas: disposições que se tomam para gerir a pressão física e psicológica de um prestador de cuidados que cuida de um membro da família ou pessoa significativa durante um longo período de tempo; diminuição da capacidade de resolução de problemas em resposta às exigências da prestação de cuidados”.

Assim sendo, vários estudos efetuados, explicam a sobrecarga no cuidador por alterações a vários níveis, referindo-se a questões de ordem física, emocional ou psicológica, social e financeira, que podem ser experienciados pelo cuidador de pessoas dependentes (Sequeira, 2010; Manoel *et al.*, 2013; Melo *et al.*, 2014; Alonso *et al.*, 2015).

A diversidade de tarefas desempenhadas pelos prestadores de cuidados à pessoa sob seu cuidado, caracteriza-se por uma abrangência imensa de áreas e também pela simultaneidade com que podem ocorrer ou ainda o teor de rotina ou de urgência com que se sucedem (Sequeira, 2010; Machado, 2013). Podemos destacar que as respostas dos prestadores de cuidados, às solicitações a que diariamente e por tempo indefinido terão que conceder, são múltiplas.

Considerando que a transição para o papel de prestador de cuidados informal nos surge como um processo que se reveste de uma grande complexidade de sentimentos, também ao nível das necessidades, as variáveis são diversas. Na literatura científica, as necessidades mais evidenciadas passam pela falta de apoio familiar e social, assim como a carência de articulação com os serviços de saúde e apoio dos profissionais, nomeadamente para a aprendizagem de competências instrumentais, transmissão de informações ou esclarecimento de dúvidas. Também o apoio psicoemocional, é transversal a vários estudos surgindo como uma necessidade bem evidente, assim como a aquisição de estratégias de *coping* eficazes (Vargas, 2012; Melo *et al.*, 2014).

É fundamental compreender que a prestação de cuidados a pessoas dependentes inclui muito mais do que os aspetos instrumentais e físicos, que normalmente são mensuráveis. Sequeira (2010) acrescenta ainda, que as competências associadas ao papel de CI, estão associadas a requisitos, como iniciativa, responsabilidade ou autonomia.

5 – SAÚDE MENTAL E BEM-ESTAR

Ao longo da história, a definição de saúde sofreu várias alterações, conquanto foi rompendo com o conceito biomédico e se foi aproximando do modelo biopsicossocial.

Ao incluir aspetos psicológicos e sociais e juntá-los à dimensão biológica, a OMS elabora na Conferência Internacional da Saúde em Nova Iorque, uma definição que perdura atualmente, caracterizando-a como um estado de completo bem-estar físico, mental e social e não meramente a ausência de doença ou enfermidade (OMS, 2001). Afastando desta forma, a visão reducionista associada unicamente à doença, e avançando no sentido da positividade, não apenas pela ausência de algo, mas sim pela presença de determinadas características relacionadas com a subjetividade de cada indivíduo.

No entanto, tal como argumenta Almeida (2014, p. 35),

“A saúde e a doença são partes condicionadas às escolhas individuais que envolvem valores e processos que nem sempre podem ser expressos por conceitos objectivos e mensuráveis, o que implica uma abordagem multi e transdisciplinar, envolvendo outras áreas do conhecimento, obtendo-se desta forma uma visão mais global e completa do indivíduo, atenuando assim as diferenças e as subjectividades.”

Da mesma forma, a tarefa de definir a Saúde Mental de uma forma completa, é quase impossível, pelo que ao longo de várias épocas e várias culturas, foi vista e abordada de modos diferentes. Sendo que Bertolote (2008) citado por Santos (2015, p. 3) refere que “A conceção de saúde mental é um conceito polissémico e com fronteiras imprecisas.

No entanto, podemos dizer que abrange “o bem-estar subjectivo, a auto-eficácia percebida, a autonomia, a competência, a independência intergeracional e a auto-realização do potencial intelectual e emocional da pessoa” (OMS, 2001, p. 32).

Segundo a OMS, Saúde Mental pode ser definida como, "o estado de bem-estar no qual o indivíduo realiza as suas capacidades, pode fazer face ao stress normal da vida, trabalhar de forma produtiva e frutífera e contribuir para a comunidade em que se insere" (OMS, 2016, sp).

Para a Sociedade Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental [SPESM], Saúde Mental refere-se à capacidade que a pessoa apresenta para estimar a vida e procurar um equilíbrio entre as ações e os esforços de forma a atingir a “resiliência psicológica” (Sá, 2010, p. 15). Este estado de equilíbrio permite à pessoa ter uma participação ativa na sociedade (nível laboral, intelectual e social), permitindo-lhe alcançar bem-estar e qualidade de vida.

A *American Psychiatric Association* [APA] (2003), citada por Townsend (2011), descreve-a como a capacidade de desempenhar com sucesso funções mentais, através de atividades produtivas, relações satisfatórias com os outros e adaptação à mudança e a várias adversidades. A mesma autora, refere que a Saúde Mental é uma “adaptação bem-sucedida aos agentes stressores do ambiente externo ou interno, evidenciada por pensamentos, sentimentos e comportamentos apropriados à idade e congruentes com as normas locais e culturais” (2011, p. 15). Sendo que esta, contribui para todos os aspetos da vida humana, numa relação recíproca entre bem-estar e produtividade, da sociedade e dos seus membros, em todos os momentos e etapas da vida.

A qualidade de vida, reflete assim, uma perspetiva de bem-estar que é singularizada a cada pessoa, compreendendo a satisfação de cada um com a sua vida, consigo próprio e com o mundo.

A área da saúde mental, pode ser apresentada como um espetro contínuo com duas dimensões, uma positiva, geralmente denominada de bem-estar psicológico e uma negativa, denominada de sofrimento psicológico ou *distress*³ (Santos, Santos & Dias, 2015).

No sentido positivo, e tendo em conta que a saúde mental é parte integrante da própria definição de Saúde da OMS, esta é a base para um ótimo bem-estar e funcionamento eficaz, para o indivíduo e para a comunidade. Sendo este, um conceito central que se apresenta consistente com uma ampla e variada interpretação por inúmeras culturas.

A multidimensionalidade e subjetividade destes conceitos, tornam a avaliação da saúde mental uma tarefa complexa. No entanto, uma “eficaz promoção da Saúde Mental resulta na promoção do Bem-Estar, menor sofrimento humano, menor incidência e prevalência de perturbações mentais e do comportamento, uma melhor qualidade de vida” (Gomes, 2008 cit. in Almeida, 2014).

³ *Distress* – é uma forma de stress no qual o individuo não possui a capacidade para superar a situação stressante levando à rutura do bem-estar individual, (Sparrenberger, Santos & Lima, 2003). O *Distress* será considerado estrangeirismo e escrito em itálico.

O conceito de Bem-estar edificou-se a partir de duas perspectivas filosóficas diferentes, sendo que “as duas tradições – hedonismo e eudemonismo – são fundadas em perspectivas distintas de natureza humana e daquilo que constitui uma boa sociedade”⁴ (Ryan & Deci, 2001, p. 143). Assim sendo, o bem-estar subjetivo (ou bem-estar hedônico) diz respeito à avaliação que cada um faz da sua própria vida ao nível da felicidade, emoções agradáveis, humor ou satisfação. Enquanto que, o bem-estar psicológico (ou bem-estar eudemônico), refere-se à percepção que o indivíduo tem das suas capacidades para enfrentar os desafios quotidianos (Ryan & Deci, 2001; Galinha & Ribeiro, 2005).

Sendo estimado atualmente como uma dimensão positiva da saúde, e tendo critérios de cientificidade, o Bem-estar subjetivo é considerado um campo de estudo em expansão. Segundo Galinha e Pais Ribeiro (2005), revendo vários autores, após alguma crise inicial na definição do conceito, decorre que se chegou a um consenso. Trata-se de um conceito de Bem-estar, constituído por três componentes separados, mas interrelacionados, a Satisfação com a Vida Global, o Afeto Positivo e o Afeto Negativo.

O Bem-estar subjetivo concebe o bem-estar como a felicidade subjetiva e a procura de experiências de prazer ou o equilíbrio entre as emoções. É composto por uma dimensão *cognitiva*, na qual existe um julgamento avaliativo, que é operacionalizado por avaliações de satisfação (satisfação global com a vida e com outros domínios específicos, como o casamento ou trabalho). Esta componente reporta-se à avaliação global positiva que o indivíduo faz sobre a sua vida pessoal como um todo, e reflete a proximidade ou não das suas aspirações (Galinha & Ribeiro, 2005; Siqueira & Padovam, 2008).

A dimensão *afetiva*, expressa-se em termos globais, em felicidade, ou em termos específicos, através de estados emocionais, emoções, afetos ou sentimentos. Compreende um balanço entre emoções positivas e emoções negativas (Siqueira & Padovam, 2008). O Afeto Positivo refere-se à frequência de emoções positivas num indivíduo (emoções como orgulho, interesse) enquanto que o Afeto Negativo se refere à frequência das emoções negativas (como perturbação, hostilidade), (Galinha & Ribeiro, 2005).

Contudo, para que seja descrito um nível adequado de bem-estar subjetivo, é indispensável que a pessoa admita manter um grau elevado de satisfação com a vida, alta frequência de experiências emocionais positivas e baixa frequência de experiências

⁴ The two traditions—hedonismo and eudaimonism—are founded on distinct views of human nature and of what constitutes a good society. Accordingly, they ask different questions concerning how developmental and social processes relate to well-being, and they implicitly or explicitly prescribe different approaches to the enterprise of living. As we shall see, the findings from the two intersect, but they also diverge at critical junctures. (Ryan & Deci, 2001:143)

emocionais negativas, no decorrer da sua vida (Galinha & Ribeiro, 2005; Siqueira & Padovam, 2008). Deste modo, as pessoas que demonstram um Bem-Estar positivo experienciam uma predominância de emoções positivas em relação às emoções negativas, e avaliam positivamente a sua vida como um todo.

“O Bem-Estar Subjectivo é um conceito de importância crescente num mundo democrático, em que se espera que as pessoas vivam as suas vidas de modo a que elas próprias se sintam preenchidas, segundo os seus próprios critérios” (Galinha & Ribeiro, 2005, p. 212).

A adoção de comportamentos que estão relacionados com a Saúde / Bem-estar revela-se de extrema importância, uma vez que estão em causa crenças, valores e atitudes que irão influenciar os diferentes contextos de vida. A promoção da saúde mental deve abranger uma variedade de estratégias, promover as qualidades do ser humano e ajudá-lo no desenvolvimento do seu potencial. Deve almejar um impacto positivo na saúde mental de cada pessoa, por forma a que esta consiga atingir um estado de funcionamento excelente.

PARTE II – ESTUDO EMPÍRICO

1 – METODOLOGIA

Segundo Fortin (2003, p. 372), a metodologia recai sobre um “conjunto dos métodos e das técnicas que guiam a elaboração do processo de investigação científica”, devendo as escolhas inerentes à mesma, permitir o alcançar dos objetivos delineados, tendo em atenção a natureza do problema a investigar.

O presente estudo, teve como base a Metodologia de Projeto. Apresenta-se como uma metodologia que recorre à organização como forma de pensar racional, sistemática, controlada e participativa, assentando num processo contínuo e reflexivo, que exige uma adaptação permanente ao quotidiano do trabalho, por ser uma técnica de mudança e de inovação, distingue-se por ser uma atividade intencional, pois prevê um objetivo enunciado pelos autores e executores do projeto. Tem como objetivo central, a resolução de problemas, pelo meio de técnicas diversificadas que permitem a recolha, aquisição e a análise de informação. Permite flexibilidade nos procedimentos que se desenvolvem ao longo do trabalho, constituindo-se desta forma como um processo dinâmico, adaptando-se e reorientando-se sempre que seja necessário, no decorrer da investigação.

“A Metodologia de Projecto é um conjunto de operações explícitas que permitem produzir uma representação antecipada e finalizante de um processo de transformação do real” (Guerra, 1994, p. 27). Através dela, exploram-se capacidades e competências de características pessoais, pela elaboração e concretização dos projetos numa situação vivida. Perante isto, cria-se uma dinâmica entre a teoria e a prática: o investigador recebe diretamente os resultados da sua ação e intervenção, pois o mesmo interfere no próprio campo de investigação. Esta metodologia foi integrando, continuamente, metodologias ligadas à participação, e à pesquisa / ação. Para Nogueira (2005, p. 84), “a elaboração e a execução de um Projecto encontram-se necessariamente ligadas a uma investigação – acção que deve ser simultaneamente um acto de transformação, uma ocasião de investigação e de formação, tornando-se, portanto, uma produção intelectual”. Da mesma forma, Guerra afirma que este tipo de metodologia “constitui a ponte teoria / prática, uma vez que o seu suporte é o conhecimento teórico curricular, para depois ser aproveitado para a implementação de um trabalho de características pragmáticas, concretas e reais” (1994, p.4).

Ao longo deste capítulo apresentamos, de forma objetiva e sistemática, os procedimentos efetuados nas diferentes etapas do estudo empírico. Tendo em conta a definição da problemática, procurámos descrever e fundamentar as opções tomadas ao longo do decurso da investigação, relativamente aos objetivos definidos, instrumentos de colheita de dados e população em estudo. É realizada a contextualização e caracterização do local do estudo, e descritos os procedimentos de recolha de dados assim como os aspetos éticos a ter em consideração neste tipo de investigação.

1.1 – PROBLEMÁTICA

O crescente envelhecimento da população e as várias alterações ocorridas nas últimas décadas, tanto a nível da estrutura social como familiar, vieram despoletar novas necessidades inerentes ao aumento da longevidade, implicando a perda de autonomia e acarretando uma maior solicitação de apoios, tanto formais como informais.

O CI surge, desta forma, da conveniência de manter a pessoa idealmente no seu domicílio, proporcionando-lhe uma resposta eficaz e eficiente por forma a garantir a satisfação das suas necessidades. Tradicional e maioritariamente, continua a ser a família a assumir o papel primordial como base de apoio e suporte.

No entanto, o assumir do papel de cuidador, coloca a família como parceira importante no processo de assistência, estimulando-a a participar, como forma de garantir a continuidade dos cuidados à pessoa dependente. Sendo que este, a coloca como pedra basilar da rede de cuidados informal e em funções fundamentais e de extrema importância.

Contudo, a prestação de cuidados, o processo de conviver e cuidar de pessoas dependentes, é uma tarefa árdua, complexa e dinâmica, acarretando normalmente, um aumento do stress e da sobrecarga por parte de quem os exerce. Esta realidade, coloca o próprio cuidador como foco da assistência de enfermagem, reconhecendo a forma como o cuidar de um familiar dependente se reflete, não somente na qualidade de vida do doente, mas também no bem-estar do cuidador. É neste sentido que as necessidades do prestador informal de cuidados à pessoa com dependência, requerem uma correta avaliação, de onde deverão decorrer intervenções de enfermagem adequadas (Manoel *et al.*, 2013; Melo *et al.*, 2014).

De acordo com a Declaração de Toronto (OMS, 2002), os profissionais de saúde dos cuidados de saúde primários têm um papel particularmente importante, uma vez que se defrontam frequentemente com cuidadores em sobrecarga pessoal e familiar.

As UCC são consideradas como um dos grupos que melhor conhece e contacta com as famílias, que conhece o seu domicílio e dinâmica familiar, percecionando o quanto o cuidar da pessoa dependente pode ser desgastante e alterar a saúde e bem-estar do cuidador. Estando assim, numa posição chave para efetuar o despiste e atuar na prevenção de situações de risco, tanto para o doente como para o prestador de cuidados.

A Enfermagem em Saúde Mental a nível comunitário é uma realidade cada vez mais presente. Neste sentido, a formação e integração de Enfermeiros Especialistas nesta área, nas equipas de enfermagem dos CSP, é fundamental para a prevenção e deteção precoce de alterações na área da saúde mental. Estas passam pela identificação das necessidades, elaborando diagnósticos e intervenções adequadas à manutenção e promoção da saúde e qualidade de vida de todos os envolvidos, pois o bem-estar dos cuidadores ir-se-á refletir, necessariamente, no bem-estar dos que deles recebem cuidados.

1.2 – OBJETIVOS DO PROJETO

Fortin (1999, p. 99) afirma que, "o objectivo do estudo num projecto de investigação enuncia de forma precisa o que o investigador tem intenção de fazer".

Assim sendo, definimos como objetivo geral:

- ✦ Identificar as intervenções terapêuticas de Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica eficazes na promoção e proteção da saúde mental do CI.

Como objetivos específicos definimos:

- ✦ Identificar as necessidades do CI;
- ✦ Avaliar o nível de bem-estar do CI;
- ✦ Aplicar intervenções terapêuticas de Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica eficazes na promoção do bem-estar do CI.

1.3 – INSTRUMENTOS DE RECOLHA DE DADOS

Para o desenvolvimento do estudo foi criado um instrumento de recolha de dados que consistiu num questionário estruturado, composto por um total de vinte e oito questões, através das quais são pedidos dados individuais, tendo como objetivo, obter respostas às mesmas questões, com o intuito de as descrever, comparar e relacionar.

O questionário foi construído com base em diferentes dimensões, advindas da análise da literatura científica. A sua estrutura constou de duas partes, a primeira parte constituída por questões referentes ao CI e a segunda parte sobre dados relativos à pessoa dependente (Apêndice II). A primeira parte referente ao CI, é constituída pela:

- *Caracterização sociodemográfica* – Sexo; Idade; Estado civil; Habilitações Literárias; Atividade Profissional.
- *Caracterização como cuidador* – Tipo de família; Grau de parentesco com a pessoa dependente; Tempo de dependência, Número de dias e horas de prestação de cuidados; Coabitação e alteração ou não de residência após a dependência da pessoa; Tipo de cuidados prestados; Apoios de rede formal e informal, e quais os cuidados prestados por essas redes de apoio; Tem outras pessoas a seu cargo.
- *Caracterização das vivências enquanto cuidador* – Quais os motivos que o levaram a ser cuidador; Aspectos negativos e aspectos positivos da prestação de cuidados; Estratégias de *coping* utilizadas; Presença ou ausência de tempo livre e forma de ocupação desse tempo.

No que diz respeito à segunda parte do questionário, relativa à pessoa dependente, as questões desenvolvidas, fornecem-nos uma:

- *Breve caraterização sociodemográfica* – Sexo; Idade; Estado civil.
- *Breve caraterização quanto à sua dependência* – Tipo de dependência; Tipo de dependência física; Grau de dependência.

Para além do instrumento anteriormente descrito, e porque o foco do nosso cuidado é CI, foi também aplicado o Inventário de Saúde Mental [*Mental Health Inventory* – MHI], traduzido e validado para a população portuguesa por Pais Ribeiro em 2001, como forma de obter dados relativos à sua Saúde Mental.

O MHI foi construído por Ware, Manning, Duan, Wells & Newhouse (1984), consistindo num estudo com base na população do Rand Health Insurance Experiment (HIE)

abrangendo 5089 pessoas de seis locais dos EUA, com idades entre os 13 e os 69 anos. Os resultados obtidos evidenciaram a validade do MHI como medida de Saúde Mental (Pais Ribeiro, 2011). Como explicam Veit & Ware (1983) referidos por Pais Ribeiro (2011), o MHI começou por ser desenvolvido, em 1975, e aplicado não somente nas pessoas com doença mental, mas à população em geral. Como forma de expandir as medidas de Saúde Mental, avaliando não apenas o *Distress* Psicológico, mas incluindo características de Bem-Estar Psicológico, como, o bem-estar, a alegria, o prazer de viver ou a felicidade.

A versão Portuguesa foi adaptada e aplicada por Pais Ribeiro (2001) a estudantes entre o 11º ano de escolaridade e o último ano da universidade de escolas portuguesas. Constituindo uma amostra de conveniência de 609 estudantes saudáveis, com idades entre os 16 e 30 anos. A estrutura do MHI é mantida, na versão adaptada ao nosso país, sendo as suas propriedades métricas semelhantes às propriedades do instrumento original, apresentando-se como um questionário adequado para a investigação sobre a saúde mental (Pais Ribeiro, 2011).

O MHI é um questionário de autorresposta, que inclui 38 itens para medir tanto o *Distress* Psicológico como o Bem-estar Psicológico. Os itens que o constituem distribuem-se por cinco subescalas: Ansiedade (10 itens); Depressão (5 itens); Perda de Controlo Emocional / Comportamental (9 itens); Afeto Positivo (11 itens); e Laços Emocionais (3 itens).

Estas cinco subescalas agrupam-se em duas grandes dimensões:

- ✓ Estado de Saúde Mental negativa (Ansiedade, Depressão e Perda Emocional / Comportamental);
- ✓ Estado de Saúde Mental positiva (Afeto Positivo e Laços Emocionais).

A resposta a cada item é dada numa escala ordinal de 5 ou 6 posições. A nota total resulta da soma dos valores brutos dos itens que compõem cada subescala. Parte dos itens são cotados de modo invertido. Valores mais altos correspondem a melhor Saúde Mental.

Para o presente estudo, e tendo por base os objetivos delineados, considerou-se apenas a dimensão Bem-Estar Psicológico. Esta subescala possui somente 14 dos 38 itens. Inclui os itens 1, 2, 4, 5, 6, 7, 10, 12, 17, 23, 26, 31, 34 e 37 do MHI-38, sendo onze desses itens dedicados à subescala Afeto Positivo e três à subescala Laços Emocionais (Anexo I).

No nosso projeto o MHI foi aplicado pelo entrevistador, sendo lido e explicado cada item ao CI inquirido.

1.4 – CONTEXTUALIZAÇÃO E CARACTERIZAÇÃO DO LOCAL DE ESTÁGIO

Tal como plasmado no artigo 11º, do Decreto-Lei n.º 28/2008, surgem as UCC's, que através de uma abordagem domiciliária e comunitária, prestam cuidados de saúde e apoio psicológico e social, às pessoas, famílias e grupos vulneráveis que estejam em situação de maior risco ou dependência física e funcional ou doença que requeira acompanhamento próximo. Tendo por missão, tal como definido no artigo 3º do Despacho n.º 10143/2009, contribuir para a melhoria do estado de saúde da população da sua área geográfica de intervenção, visando a obtenção de ganhos em saúde. Sendo a UCC parte integrante do Agrupamento de Centros de Saúde [ACES], contribui de modo direto para o cumprimento da respetiva missão, garantindo aos cidadãos e à comunidade onde está inserido, enquanto grupo-alvo da sua intervenção de proximidade, uma maior acessibilidade à prestação de cuidados de saúde primários de qualidade.

A UCC do referido projeto, doravante designada por UCC à beira do rio, por forma a manter o seu anonimato, é constituída por uma equipa multiprofissional, com autonomia organizativa e técnica, e atua em intercooperação com as demais unidades funcionais do Centro de Saúde e do ACES. Tentando garantir o aprofundamento / manutenção da articulação com as parcerias locais já existentes, nomeadamente Centro Hospitalar, Câmaras Municipais, Núcleo Local de Inserção [NLI], Comissão de Proteção de Crianças e Jovens [CPCJ], Juntas de Freguesia da área de abrangência da UCC e Instituições Particulares de Solidariedade Social [IPSS].

Assim sendo, atualmente é constituída por 11 enfermeiros com regime de trabalho de 35 horas semanais, dos quais 6 detêm especialidade em enfermagem. A tempo integral contam também com a colaboração de 1 assistente técnico, sendo que os outros profissionais se encontram em colaboração parcial com a UCC, ou seja, apenas algumas horas do seu regime de trabalho semanal. Entre os quais, 1 psicóloga, 2 técnicas superiores de serviço social, 2 médicas de saúde pública e 1 assistente técnico.

A referida UCC integra agora, na figura de um Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica, um Projeto de Intervenção Comunitária em Saúde Mental, programa piloto para utentes da área geodemográfica de abrangência. O programa em causa, oferece cuidados diferenciados em Saúde Mental de forma integrada com as restantes entidades comunitárias, bem como em parceria com o hospital de referência.

Encontra-se integrado numa dimensão mais abrangente de prestação de cuidados de Saúde Mental. Permitindo uma abordagem multissetorial e multidisciplinar de coordenação entre entidades hospitalares e comunitárias, garantindo equidade, abrangência, acessibilidade e continuidade dos cuidados em Saúde Mental.

Ainda na área da Saúde Mental, o referido enfermeiro é responsável pelo Projeto STOP, que conta com aproximadamente 20 anos de existência no Centro de Saúde local. É um projeto parceiro da Equipa Técnica Especializada de Tratamento, estrutura pertencente ao Serviço de Intervenção nos Comportamentos Aditivos e nas Dependências [SICAD], que para além de ser um projeto com vista á redução de riscos na área da toxicod dependência, tenta sobretudo transmitir uma forma de olhar diferente para esta problemática e conhecê-la localmente de forma mais profunda.

A UCC abrange dois Concelhos, um que apresenta uma área aproximada de 348 Km², e outro que tem uma área próxima de 128 km².

Segundo o Instituto Nacional de Estatística [INE], os dados referentes à população residente ao nível dos municípios são apuramentos Censitários, pelo que, os últimos dados por município referem-se aos Censos 2011. Assim, constatamos que em 2011 residiam 51222 indivíduos no concelho de maior dimensão, distribuídos de forma desigual, por oito freguesias, e o menor concelho tem registado 17569 residentes.

Segundo a mesma fonte, os dados atualizados em 2016 indicam que a população residente nos concelhos abrangidos pela UCC, era respetivamente, 55742 e 19020 indivíduos.

1.5 – POPULAÇÃO EM ESTUDO

A unidade de análise considerada foi o Cuidador Informal Principal.

A amostragem decorreu através da seleção dos cuidadores informais principais de utentes dependentes, acompanhados na UCC à beira do rio. Por um lado, com o recurso a informadores privilegiados, os enfermeiros da equipa. Por outro, através do contacto direto com os cuidadores, nas visitas domiciliárias realizadas anteriormente.

Com a finalidade de obter autorização para a realização do projeto, foi efetuado um primeiro contato, com o intuito de divulgar as nossas pretensões junto dos cuidadores. Procedeu-se à sua informação sobre as fases e objetivos da pesquisa, métodos de recolha de

dados, e ao pedido de colaboração com a obtenção do seu consentimento livre e esclarecido em documento próprio (Apêndice III).

Estimou-se, então, uma amostra de 9 cuidadores de ambos os sexos. Tendo-se definido como critérios de inclusão:

- Ser CI principal;
- Não ser remunerado;
- Estar integrado na UCC do projeto;
- Mostrar-se disponível para participar no projeto.

Da amostra inicial, somente 5 cuidadores foram considerados, por razões diversas que passamos a expor. Um dos cuidadores contactado acabou por não aceitar responder ao questionário por achar que se estava a expor em demasia, a si e à pessoa dependente de quem cuida. A dois cuidadores já contactados, entretanto faleceram-lhes as pessoas que cuidavam. Por último, um dos inquiridos revelou francas dificuldades em responder ao questionário, mesmo após a leitura e descrição dos vários itens, sendo que optamos por excluí-lo.

A amostra é caracterizada como não probabilística selecionada por conveniência, devido à disponibilidade dos cuidadores escolhidos.

1.6 – PROCEDIMENTOS: COLHEITA DE DADOS E ASPETOS ÉTICOS

Ao se encontrar definido o trabalho de projeto que pretendíamos realizar, foi formulado um pedido de autorização por escrito, à Coordenadora da UCC à beira do rio, assim como o Parecer à Comissão de Ética para a Investigação Científica nas áreas de Saúde Humana e Bem-Estar da Universidade de Évora, e ao Presidente da Comissão de Ética para a Saúde da Administração Regional de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo, para a consulta de dados e realização de entrevistas com aplicação de questionários aos cuidadores informais principais de utentes abrangidos pela UCC em causa.

Relativamente ao MHI não houve necessidade de pedir autorização formal ao autor para se proceder à sua aplicação, uma vez que após contactado, nos referiu podermos aceder ao seu site, onde se encontra o manual do MHI que é de acesso livre.

Fortin (1999, p. 116) refere que “a investigação aplicada a seres humanos pode, por vezes, causar danos aos direitos e liberdades das pessoas. Por conseguinte, é importante tomar todas as disposições necessárias para proteger os direitos e liberdades das pessoas que

participam nas investigações”, nomeadamente, o direito à proteção contra o desconforto e o prejuízo e, ao tratamento justo e leal.

Após o esclarecimento dos objetivos do estudo, os participantes foram informados da confidencialidade dos dados e do direito à autodeterminação, intimidade e anonimato. Foi igualmente esclarecido que a identidade dos participantes nunca seria mencionada, sendo garantido que a informação recolhida, apenas seria utilizada para a presente investigação, assegurando a não utilização dos dados para outro fim que não o deste projeto.

As razões que nos levaram a optar por realizar o trabalho de campo nas residências dos cuidadores informais, prendem-se essencialmente com a sua dificuldade em se ausentar, devido à prestação de cuidados à pessoa dependente, entre outras atividades domésticas.

Após o consentimento dos cuidadores, foi marcada, telefónica ou pessoalmente, a data e a hora da entrevista, de acordo com a sua disponibilidade. O trabalho de colheita de dados decorreu assim, entre o dia 5 e o dia 15 de dezembro de 2017. As entrevistas foram realizadas numa das divisões da casa, estando presentes apenas o mestrando e o cuidador. A recolha de informação demorou em média 60 a 90 minutos, uma vez que os prestadores de cuidados, com alguma regularidade se desviavam das questões abordadas, conversando um pouco sobre o estado de saúde dos seus dependentes e acabando mesmo por fazer alguma catarse sobre a sua condição de CI.

Ao longo de cada entrevista, procurámos manter um clima de privacidade, com recurso à escuta ativa, procurando mostrar que era um momento por excelência para reflexão e partilha. Foram assegurados a atuação ética e a honestidade científica na situação de pesquisa, procurando evitar causar danos na recolha de dados de acordo com o princípio da não maleficência, sobretudo porque se focavam temas sensíveis e melindrosos.

2 – ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Neste capítulo do trabalho apresentamos os resultados em subcapítulos, de acordo com os grupos de parâmetros em estudo, de modo a facilitar a sua análise. Assim, organizámos os resultados em quatro partes: na primeira parte, apresentamos uma breve caracterização da pessoa dependente, quanto à sociodemográfica (Sexo, Idade e Estado civil) e quanto à sua dependência (Tipo de dependência, Tipo de dependência física e Grau de dependência).

Na segunda parte, apresentam-se os resultados relativos ao CI, também no que se refere à sua caracterização sociodemográfica (Sexo, Idade, Estado civil, Habilitações Literárias e Atividade Profissional), e caracterização como cuidador (Tipo de família; Grau de parentesco com a pessoa dependente; Tempo de dependência, Número de dias e horas de prestação de cuidados; Coabitação e alteração ou não de residência após a dependência da pessoa; Tipo de cuidados prestados; Apoios de rede formal e informal, e quais os cuidados prestados por essas redes de apoio; Tem outras pessoas a seu cargo).

Na terceira parte, debruçamo-nos sobre os resultados referentes às vivências do CI, analisando os motivos que o levaram a ser cuidador, alguns aspetos negativos e positivos da prestação de cuidados, as estratégias de *coping* utilizadas, a presença ou ausência de tempo livre e a forma como ocupam esse tempo.

A quarta parte diz respeito ao bem-estar do CI, sendo apresentados os resultados da subescala – Bem-estar Psicológico do MHI, através da qual se pretendeu avaliar apenas o estado de Saúde Mental positiva.

2.1 – BREVE CARATERIZAÇÃO DA PESSOA DEPENDENTE

No sentido de complementar a avaliação efetuada, considerámos pertinente realizar uma sumária caracterização sociodemográfica e de dependência das pessoas dependentes sob os cuidados dos entrevistados.

Assim sendo, verificámos existir uma inversão relativamente ao sexo do cuidador, sendo a amostra maioritariamente representada pelo sexo masculino, quatro homens e apenas uma mulher enquanto dependente.

As idades dos dependentes encontram-se entre os 44 e os 82 anos, apresentando uma idade média de 69,6 anos.

Quanto ao estado civil, as pessoas dependentes distribuem-se entre o estado de casado(a) com quatro constituintes da amostra, e o de solteiro(a), apenas um elemento.

Analisando a amostra, quanto ao tipo de dependência, verificamos que três dos casos detêm uma dependência predominantemente física, um apresenta dependência mental e outro apresenta em simultâneo, dependência física e mental.

Relativamente ao tipo de dependência física identificada, a motora é apresentada como sendo a única dependência da pessoa cuidada. Pelo que não foram identificadas pelo entrevistado outros tipos de dependência física, como ao nível visual ou auditivo.

No que diz respeito à avaliação do grau de dependência, não foi aplicado diretamente nenhum instrumento de carácter científico, na nossa investigação. No entanto, as questões colocadas ao CI tiveram por base o Índice de Barthel. Esta escala foi proposta inicialmente por Mahoney & Barthel (1965), é um instrumento que avalia o nível de independência da pessoa para a realização de atividades básicas de vida: comer, higiene pessoal, uso dos sanitários, tomar banho, vestir e despir, controlo de esfíncteres, deambular, transferência da cadeira para a cama, subir e descer escadas. Cada item é avaliado considerando três níveis, independência, ajuda (elevada, média e baixa) e dependência.

Tendo por base a descrição dos parâmetros, efetuada pelos investigadores ao cuidador, e tomando por base a sua ótica, verificou-se que três dos casos são consideradas pessoas com elevada dependência e duas descritas, como possuindo média dependência.

2.2 – CARATERIZAÇÃO DO CUIDADOR INFORMAL

2.2.1 – Caraterísticas sociodemográficas

Caracterizando socio-demograficamente o cuidador, constatamos que o sexo feminino representa a maioria da amostra com quatro elementos, sendo que apenas um dos cuidadores

informais entrevistados pertencem ao sexo masculino. Tal como verificado em vários estudos, que demonstram ser o género feminino o mais predominante entre os cuidadores informais (Ricarte, 2009; Sequeira, 2010; Pereira, 2011; Vaz, 2014).

As idades dos cuidadores estão compreendidas entre os 61 e os 75 anos de idade, sendo que a média encontrada é de 69,2 anos de idade. De facto, e segundo Pereira (2011), estudos apontam que a maioria dos cuidadores apresenta uma faixa etária acima dos 50 anos de idade. Outros estudos referem ainda a existência de faixas etárias superiores aos 60 anos de idade.

Relativamente ao estado civil do cuidador, todos os elementos da amostra referiram ser casados, indo este dado ao encontro de estudos anteriormente realizados onde podemos constatar ser este estado civil o que maioritariamente caracteriza as amostras (Bris, 1994; Martins, Ribeiro & Garrett, 2003).

Quanto às habilitações literárias podemos verificar que quatro dos cuidadores apenas obtiveram o 4º ano de escolaridade e apenas um apresenta o 9º ano.

No que concerne à profissão atual, verificamos que a totalidade da amostra se encontra atualmente reformada. Dado este que consideramos estar diretamente relacionado com a elevada faixa etária dos cuidadores entrevistados.

2.2.2 – Caracterização como cuidador

Da análise, relativa ao grau de parentesco com a pessoa dependente, verificamos que todos os cuidadores são familiares diretos. Sendo que, em quatro dos casos os cuidados são prestados pelos cônjuges e um caso é representado pela progenitora do doente.

Desde sempre que as famílias são reconhecidas como a principal entidade prestadora de cuidados, sendo consideradas como o primordial contexto para a promoção e manutenção da independência e saúde dos seus membros idosos e/ou dependentes.

Apesar das mudanças estruturais na família evidenciadas nos últimos anos, esta continua a ser a principal fonte de apoio nos cuidados diretos, no apoio psicológico e nos contatos sociais (Sousa *et al.*, 2004). Martins (2013) citando Pavarini & Neri (2000), defende que a família é levada a desempenhar o papel de protetora e cuidadora dos seus familiares, cumprindo desta forma a expectativa cultural, independentemente das alterações operadas nas dinâmicas familiares ao longo das últimas décadas.

Em relação ao tempo de dependência da pessoa cuidada, constatamos que existe um período superior a 3 anos que predomina, estando assim de acordo com outros estudos

(Ricarte, 2009). Três dos cuidadores informais, referem prestar cuidados há mais de 6 anos, sendo que dois dos casos o fazem entre 3 a 6 anos.

Quanto ao tipo de família do cuidador, quatro apresentam família nuclear e apenas um integra uma família alargada. Segundo Sequeira (2010), na sociedade atual, constata-se alterações significativas no âmbito das famílias, predominando a família nuclear.

Verificamos que o total da amostra, afirmaram que habitam com a pessoa dependente, com quem já viviam anteriormente à dependência do mesmo, não tendo ocorrido alteração de residência por parte do cuidador. Sequeira (2010), considera a coresidência com a pessoa dependente um fator de extremamente importância, pois possibilita uma maior proximidade física e afetiva entre o cuidador e a pessoa alvo de cuidados.

Em relação ao número de dias e horas despendidas diariamente na prestação de cuidados, pôde observar-se que todos os cuidadores prestam cuidados à pessoa dependente 7 dias por semana, e que em igual percentagem dos casos são assegurados entre 21 a 24h por dia. Estudos anteriores demonstram resultados semelhantes (Rodríguez, Alvarez & Cortes, 2001; Ricarte, 2009). Assim sendo, podemos observar que a coresidência do prestador de cuidados com a pessoa dependente, o tipo de cuidados necessários e a gravidade da situação clínica, são fatores determinantes na frequência e na intensidade dos cuidados prestados pelo cuidador (Sequeira, 2010).

Segundo o Relatório de Saúde da Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Económico [OCDE] (2013), os cuidadores familiares são definidos como as pessoas que prestam cuidados diários ou semanais a familiares, amigos ou pessoas da sua rede social. Ainda de acordo com o mesmo relatório, em Portugal os cuidadores informais apresentam uma base diária de prestação de cuidados de cerca de 87%, enquanto os 13% restantes providenciam cuidados apenas numa base semanal.

No que concerne ao tipo de cuidado prestados pelo cuidador à pessoa dependente apurámos que, maioritariamente surgem os cuidados de mobilização, higiene e os relacionados com vestir e despir, seguindo-se os cuidados relacionados com a alimentação e por último emergem os outros tipos de cuidados, como o organizar algumas tarefas diárias ou acompanhar nas consultas médicas. Salientamos que o mesmo cuidador pode ter dado mais que uma resposta a esta questão, abarcando os vários cuidados que presta.

Analisando a rede de suporte informal recebida pelos cuidadores, verificámos que todos os cuidadores mencionaram receber auxílio por parte de outros membros da família. A rede de apoio dos entrevistados é constituída por descendentes diretos ou ainda alguns familiares mais próximos.

Segundo Pereira (2011) citando Crespo-López & López-Martínez (2007), Pereira & Filgueiras (2009) e Sequeira (2010), para além do CI primário ou principal, considerado o responsável integral pela prestação de cuidados à pessoa dependente, quer seja nos cuidados diretos, na supervisão ou na orientação, podemos ainda definir o cuidador secundário, “que fornece assistência de forma complementar, ocasional ou não regular, sem ter a responsabilidade directa sobre o cuidar”, e o cuidador terciário, como “alguém que ajuda de forma esporádica, quando solicitado, ou em situações de emergência” (Pereira, 2011, p. 15-16).

Embora o cuidador principal assuma a responsabilidade pela pessoa dependente, outros familiares podem também oferecer apoio. Apesar das várias alterações na sociedade atual, a família ocupa o principal papel na estrutura social, assumindo funções primordiais no cuidar, integrando e protegendo os seus membros. Segundo Santos (2008) a família pode ser “caracterizada por uma diversidade de formas de convivência, privilegia a coesão e a solidariedade”. Oliveira (2009) reforça ainda que o cuidador secundário por norma é alguém que ajuda na prestação de cuidados e colabora com o cuidador principal, podendo corresponder a familiares, amigos, vizinhos ou voluntários que prestam ajuda complementar, em situações pontuais.

O tipo de ajuda recebida pelos cuidadores da amostra, prende-se maioritariamente com cuidados associados à mobilização da pessoa dependente. No entanto, a colaboração por parte dos seus familiares abarca outro tipo de cuidados como, vestir e despir e cuidados de higiene, alimentação, entre outros com menor significado.

Embora o apoio formal possa assumir alguma importância na prestação de cuidados à pessoa dependente, na pequena amostra representada, tal facto não se verifica. Das entrevistas efetuadas podemos averiguar que apenas um dos cuidadores conta com apoio prestado por parte da rede formal. Sendo os serviços fornecidos por uma instituição particular de solidariedade social, onde a pessoa dependente integra a valência de serviço de apoio domiciliário. De onde podemos constatar que os cuidados recebidos são apenas cuidados de higiene.

Um outro aspeto relevante é o facto do CI, poder ter outras pessoas a seu cargo, além da pessoa dependente. Segundo a amostra, quatro constituintes deram resposta negativa, sendo que apenas um afirmou ter ainda que estender os seus cuidados a outras pessoas, nomeadamente neto.

2.3 – AS VIVÊNCIAS DO CUIDADOR INFORMAL

2.3.1 – Assunção do papel de Cuidador informal

Vários estudos mostram que são diversos os motivos que podem levar uma pessoa a aceitar o papel de cuidador, sendo que cada cuidador pode apresentar mais do que um motivo. Entre eles, a iniciativa própria, o não haver mais ninguém disponível (Sequeira, 2010), o grau de parentesco, o género, a condição de conjugalidade, a proximidade (Martín, 2005), a obrigação moral, aspetos culturais ou religiosos (Gonçalves *et al.*, 2006).

Na justificação da decisão de assumir o cuidado de uma pessoa dependente junto dos nossos entrevistados, encontra-se maioritariamente a obrigação moral (quatro CI). Também Costa (2012), no seu estudo, pôde constatar que são os motivos essencialmente normativos, como a obrigação e o dever, os mais referidos.

O cuidado informal pode ser assumido por amigos, vizinhos ou outros, mas em regra, está vinculado às funções que as famílias cumprem, independentemente da sua dimensão e estrutura, abarcando estas, a responsabilidade e a prestação de cuidados (Lage, 2005; Sequeira, 2010). A família é considerada uma das mais importantes instituições da sociedade ao longo dos tempos, representando um grupo social primário que influencia e é influenciado por outras pessoas e instituições. Frequentemente, encontramos a definição de família como um grupo de convivência intergeracional com relações de parentesco e com uma experiência de intimidade, que se prolonga no tempo. Para Santos (2008), “os laços familiares são regidos por direitos e obrigações morais aos quais é difícil não corresponder, sendo que estas normas morais aparecem num quadro modelado pelas forças culturais, sociais e económicas” (2008, p. 131).

O sentimento de obrigação pessoal / familiar e a solidariedade familiar / conjugal estão subjacentes à determinação dos cuidadores informais familiares, em considerar a missão de cuidar uma obrigação e um dever (Sousa *et al.*, 2004).

Tendo por base a avaliação relativa ao grau de parentesco com a pessoa dependente, podemos constatar que todos os cuidadores da amostra são familiares diretos. Sousa *et al.*, (2004) enfatizam que o papel de CI desempenhado por um familiar, tem sempre uma motivação subjacente. Este constitui um domínio complexo, envolvendo uma amálgama de razões, como as tradições, padrões e normas vigentes em cada cultura e contexto social, ou mesmo razões internas como a própria conceção de vida e vivência de cada pessoa. Descrevem uma linha ténue entre o dever social e o dever moral. Sendo que o primeiro

assenta no modelo de família tradicional, enquanto que o segundo pode ter como origem o dar em troca, o cumprimento de uma promessa ou mesmo a não culpabilidade.

Os mesmos autores defendem ainda, que pelo facto de não ser reconhecido em termos legais, a proteção e o cuidado podem ser vistos como uma obrigação familiar (Sousa *et al.*, 2004).

No nosso estudo, podemos ainda constatar que é o cônjuge, quem em primeiro lugar assume o papel de cuidador primário. Sequeira (2010) e Santos (2008), referem que não apenas a proximidade afetiva, mas também as responsabilidades assumidas pelo matrimónio, a solidariedade familiar / conjugal, os sentimentos de gratidão e de reciprocidade para com aquele de quem se cuida ou mesmo por obediência às normas e padrões socioculturais, podem ser considerados fatores decisivos.

Sendo diferentes as motivações que levam alguém a decidir assumir o papel de CI, surgem-nos ainda, como opção de três CI, a iniciativa própria e o grau de parentesco entre o cuidador e a pessoa dependente, para dois CI a disponibilidade para cuidar, e a ausência de outra solução para apenas um (Gráfico 1).

A disponibilidade para cuidar emerge muitas vezes associada a outros fatores, como a não existência de mais alguém livre para desempenhar esse papel ou ainda pelo facto dessa pessoa estar reformada e assim ter mais tempo disponível.

Considerando que o papel da mulher na sociedade está muito ligado ao cuidar, são vários os estudos que apontam o género feminino como fator preponderante na decisão da prestação de cuidados à pessoa dependente (Ferreira, 2013; Gonçalves *et al.*, 2006; Sequeira, 2010).

Gráfico 1: Quais os motivos que o(a) levaram a ser cuidador



2.3.2 – Dificuldades sentidas na prestação de cuidados

O processo da prestação de cuidados é descrito como um processo complexo e dinâmico, caracterizado por constantes variações, ao longo do tempo, das necessidades e sentimentos de quem os presta e de quem recebe os cuidados. As funções do cuidador principal junto da pessoa em situação de dependência “caracterizam-se por uma abrangência imensa de áreas e também pela simultaneidade com que podem ocorrer ou ainda o teor de rotina ou de urgência com que se sucedem” (Machado, 2013, p. 76).

Quanto às dificuldades sentidas pelos entrevistados na prestação de cuidados, salientamos em primeiro lugar a execução de algumas tarefas. Em segundo e terceiro lugar respetivamente, os cuidadores referem o cansaço físico e mental, e a aceitação do estado de saúde da pessoa cuidada. E por último, surge como dificuldade a falta de disponibilidade para si próprio. É ainda importante salientar que, nenhum cuidador mencionou o fator económico como dificuldade sentida (Gráfico 2).

O aumento da esperança média de vida e a condição de longevidade associam-se à fragilização pelo envelhecimento, tornando, não só o idoso vulnerável às diversas situações de vida e saúde, como também, o seu cuidador.

Tendo em consideração a faixa etária dos cuidadores informais da nossa amostra, apresentando uma média de idades de 69,2 anos, consideramos que esta se reflete nas dificuldades priorizadas pelos entrevistados. As mesmas estarão assim relacionadas com a idade avançada do cuidador, défice de saúde e limitação na execução de tarefas para dar resposta a determinadas necessidades da pessoa dependente.

Da revisão da literatura, apurámos que uma das dificuldades descritas com bastante relevância para o cuidador, é a falta de disponibilidade para si próprio. No contexto de sobrecarga é habitual a presença de problemas que afetam a saúde e qualidade de vida do cuidador, caracterizado igualmente por défice nas atividades de lazer e limitação nos tempos livres. No entanto, tendo em conta as características da nossa amostra não foi apresentado como sendo uma grande dificuldade.

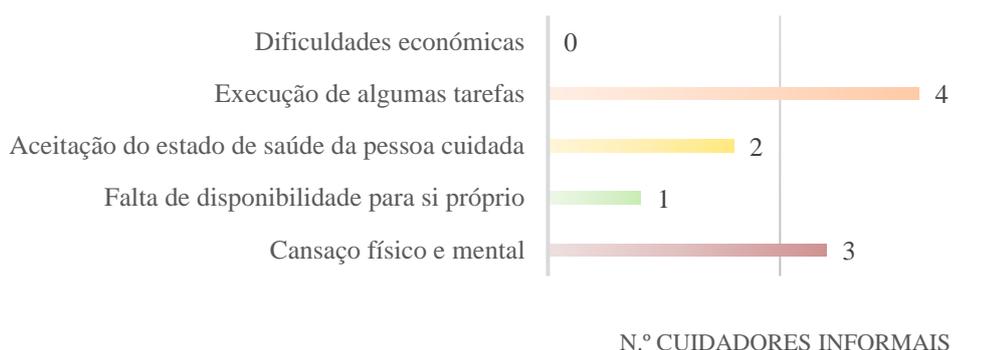
No processo de envelhecimento, as alterações bio fisiológicas proporcionam uma maior vulnerabilidade, sendo que por si só, a idade avançada do cuidador pode constituir-se como um obstáculo à prestação de cuidados devido a possíveis limitações funcionais.

Como poderemos constatar mais adiante, na questão relativa ao tipo de cuidados prestados, são maioritariamente atividades como a mobilização, o vestir e despir ou o processo de higienização da pessoa dependente, os mais referidos. Desta forma, o cuidador

poderá sentir-se exausto e muitas vezes incapaz de desempenhar convenientemente essas tarefas.

Os cuidadores exprimem com muita frequência o cansaço físico que deriva da forte sobrecarga a que estão sujeitos. A prestação de cuidados constitui uma tarefa árdua e desgastante, representando uma forte ameaça para a saúde física e psíquica dos cuidadores (Martins *et al.*, 2003).

Gráfico 2: Quais as dificuldades que sente na prestação de cuidados



2.3.3 – Satisfação sentida pela prestação de cuidados

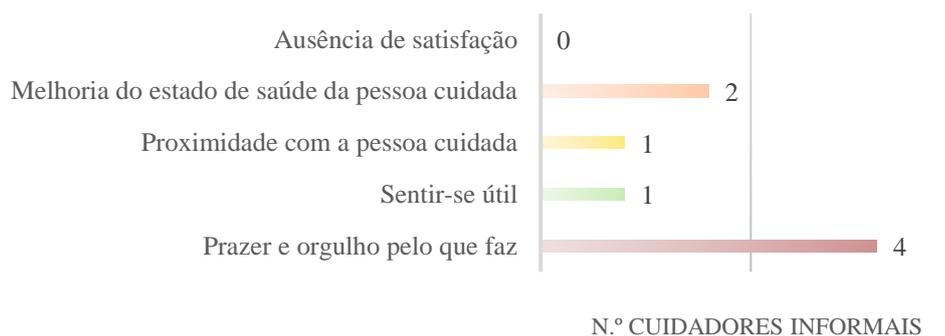
Analisando o Gráfico 3, quanto à satisfação que sentem pela prestação de cuidados, a maioria dos entrevistados respondeu sentir prazer e orgulho pelo que faz, relacionando também a sua satisfação com a melhoria do estado de saúde da pessoa cuidada. Igualmente o sentir-se útil e a proximidade entre o cuidador e a pessoa dependente, foram apontados como ganhos positivos do cuidar. Nenhum cuidador da nossa amostra referiu ausência de satisfação.

Constatamos assim, que o prazer e orgulho sentidos, é reconhecido como grande benefício, quer seja pelo sentimento de dever cumprido, ou mesmo pela valorização e gratidão por parte de outros, sendo apontado como uma fonte de satisfação no cuidar. Estudos revelam que muitos cuidadores mencionam que é gratificante ver a pessoa dependente bem cuidada, com a sua dignidade preservada, obtendo assim ganhos de competência e autoeficácia para si próprio (Pereira, 2011).

De acordo com o estudo realizado por Saraiva (2011), a maioria dos cuidadores inquiridos, concebem a existência de potencialidades ou ganhos positivos na prestação de cuidados a alguém dependente. Os referidos cuidadores consideram que cuidar promove o

aumento do significado da própria vida; favorece o sentimento de gratificação e autorrealização; estimula o sentimento de cumprir com o dever moral, o sentimento de bem-estar pessoal e o próprio crescimento enquanto pessoa. Santos (2008) citando Dominguez-Alcón (2003) acrescenta ainda que, os cuidadores informais, “cuidam da pessoa idosa porque sentem como suas, as necessidades que esta evidencia e querem ajudá-la a aumentar o seu bem-estar para que eles próprios se sintam melhor” (2008, p. 159).

Gráfico 3: Satisfação que sente pela prestação de cuidados



2.3.4 – Estratégias de *coping* utilizadas pelo Cuidador informal

Nesta categoria, e durante as entrevistas, o termo estratégias de *coping* foi designado como modos de adaptação utilizados para ultrapassarem momentos difíceis durante a prestação de cuidados. A referida terminologia foi alterada para melhor compreensão por parte de todos os inquiridos.

A adaptação surge no sentido de resolução de determinado problema, podendo ser positiva ou negativa. Sequeira afirma que “Na adaptação positiva, a família adquire novos recursos ou estratégias de *coping*, de modo a atingir o equilíbrio. Na adaptação negativa, o equilíbrio não é atingido e caracteriza-se por uma deterioração da saúde e do sistema familiar.” (Sequeira, 2010, p. 186).

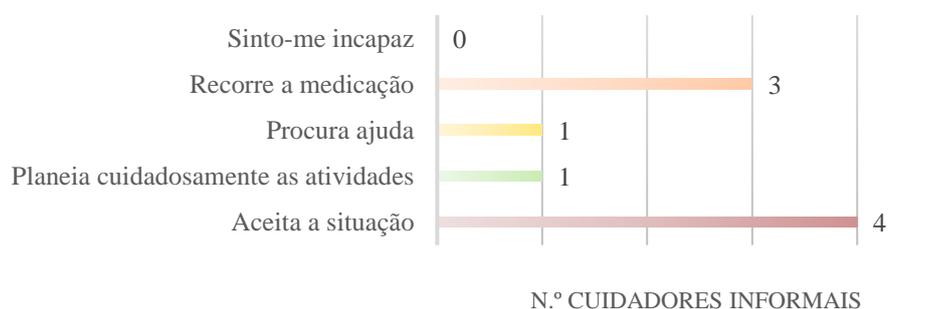
Os cuidadores que fazem parte da nossa amostra revelam, em maioria, aceitar a situação, afirmando não ter qualquer modo de adaptação aos momentos difíceis. Estes cuidadores aceitaram o seu papel e encaram as situações daí decorrentes como normais, não sentindo necessidade de alterar o seu comportamento. Considerando o cuidar inerente à condição humana e fundamental para todos nós, sendo a aceitação da situação intrínseca a sua própria organização.

No entanto, outros cuidadores manifestaram alguns modos da adaptação, nomeadamente recorrer a medicação, procurar ajuda ou planejar cuidadosamente as suas atividades (Gráfico 4).

Verificou-se ainda, que parte deles acabava por alterar as suas rotinas, introduzindo novas atividades de cuidados nas tarefas já existentes na rotina do mesmo e da própria família. Utilizando meios auxiliares facilitadores à prestação de cuidados contornando assim as dificuldades sentidas e, ainda procurando ajuda em alguns membros da família mais disponíveis para colaborar em alguns cuidados ou mesmo através da rede formal.

Alguns estudos, identificam como sendo utilizadas pelos cuidadores informais, estratégias centradas nas emoções. Descrevem que estes cuidadores independentemente das adversidades sentidas, recorrem a estratégias centradas no sentimento, e encaram o cuidar com amor, carinho e dedicação, utilizando a fé e a espiritualidade na busca do equilíbrio biopsicossocial.

Gráfico 4: Modos de adaptação utilizados para ultrapassar momentos difíceis durante a prestação de cuidados



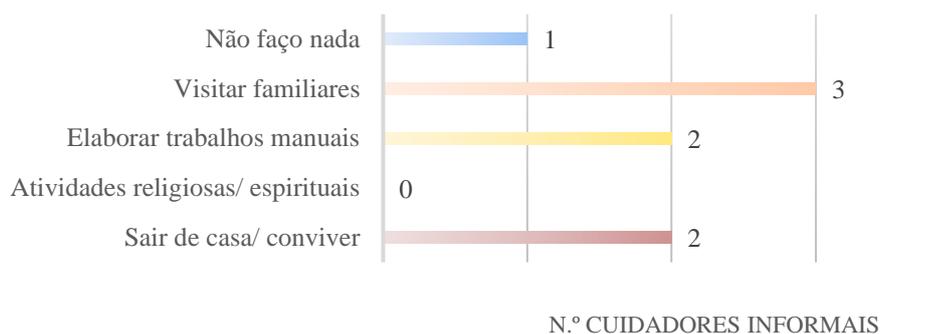
2.3.5 – Ocupação do tempo livre

A diminuição de tempo livre e lazer, é assumida por todos os entrevistados, maioritariamente por não terem quem os substitua na prestação de cuidados. No entanto, todos referiram ter algum tempo livre, no qual três afirmam efetuar visitas a familiares, dois utilizam para elaborar trabalhos manuais ou sair de casa / conviver e apenas um CI assume não fazer nada para ocupar o seu tempo livre.

A diminuição das atividades sociais é frequente, e justificada pela diminuição do tempo livre, logo estabelece menos relações sociais e as que já tinha são, por norma afetadas, conduzindo a um certo isolamento e solidão (Sousa *et al.*, 2004; Melo *et al.*, 2014).

Desta forma, de modo a diminuir o fator inibidor – falta de tempo, o cuidador deveria ser dispensado temporariamente das suas tarefas e responsabilidades para cuidar de si, para ter tempo para si. Esta problemática pode ser viável através do aumento de recursos que permitam pausas na prestação de cuidados, substituições por algumas horas, um ou dois dias (fins-de-semana) ou várias semanas (férias) (Sousa *et al.*, 2004).

Gráfico 5: Como ocupa esse tempo livre



2.4 – O BEM-ESTAR DO CUIDADOR INFORMAL

Com o objetivo de avaliar o nível de bem-estar do CI, foi aplicada a subescala – Bem-estar Psicológico do MHI. Esta subescala possui somente 14 dos 38 itens. Inclui os itens 1, 2, 4, 5, 6, 7, 10, 12, 17, 23, 26, 31, 34 e 37 do MHI-38, sendo onze desses itens referentes ao Afeto Positivo e três aos Laços Emocionais. Desta forma, pretendeu-se apenas cotar a medida de Saúde Mental positiva.

O questionário foi aplicado pelo entrevistador, sendo lido e explicado cada item ao CI inquirido.

Pelo facto de apresentarmos uma amostra de apenas 5 cuidadores informais, a codificação das respostas foi efetuada manualmente.

A Tabela 1 apresenta os resultados obtidos, numa pontuação de “0” a “100”.

Tabela 1: Avaliação dos Cuidadores Informais quanto ao Bem-estar Psicológico

Escalas / Itens		CI1	CI2	CI3	CI4	CI5
Afeto Positivo						
1	Feliz e satisfeito	3	5	4	2	3
4	Futuro promissor	4	5	3	1	2
5	Dia a dia interessante	2	6	4	1	2
6	Relaxado e sem tensão	1	3	4	1	1
7	Prazer no que faz	4	5	4	6	5
12	Esperar ter um dia interessante	1	6	5	1	2
17	Calmo e em paz	4	6	2	1	2
26	Vida é uma aventura maravilhosa	2	2	2	1	1
31	Alegre, animado e bem-disposto	4	4	2	3	3
34	Pessoa feliz	4	4	2	1	2
37	Acordou fresco e repousado	3	2	1	1	1
Laços Emocionais						
2	Sentiu-se só	2	5	1	3	5
10	Sentiu-se amado e querido	4	5	4	3	4
23	Relações amorosas satisfatórias	1	2	1	1	1
Bem-estar Psicológico (Afeto Positivo + Laços Emocionais)						
Total		35,7	65,7	35,7	17,1	28,6

Desta forma, podemos constatar que 80% da amostra apresenta valores correspondentes a baixos níveis de Bem-estar Psicológico, sendo o mais baixo cotado com 17,1. Enquanto que apenas um cuidador alcançou a cotação de 65,7.

3 – IMPLEMENTAÇÃO DAS INTERVENÇÕES

Através da colheita de dados pelas entrevistas e aplicação da subescala de Bem-estar Psicológico do MHI, e atendendo aos objetivos definidos, formulamos os diagnósticos de enfermagem relativos aos cuidadores informais em estudo.

A utilização da CIPE® (ICN, 2003) prende-se com o facto de ser a taxonomia em uso no Sistema de Apoio à Prática de Enfermagem [SAPE], suporte eletrónico para os registos de enfermagem mais utilizado atualmente. Desta forma o trabalho, nomeadamente os diagnósticos de enfermagem e as respetivas intervenções, integram conceitos dos diferentes domínios da referida taxonomia. Neste sentido, e pela utilização de linguagem CIPE®, designamos neste excerto do relatório, a pessoa que presta cuidados ao dependente, por Prestador de Cuidados (PC), em vez de Cuidador Informal (CI) como o fazemos ao longo do trabalho.

A CIPE® possibilita o uso de uma linguagem científica comum à Enfermagem e permite, após a formulação dos diagnósticos, estabelecer intervenções e avaliar resultados sensíveis aos cuidados de enfermagem.

Assim sendo, segundo a CIPE® e tendo por base Amaral (2010) e Sequeira (2010), descrevemos dois focos cujo alvo é o prestador de cuidados: um no domínio da Interação de papéis - Papel de Prestador de cuidados e outro no domínio da Adaptação - Stress do Prestador de Cuidados (ICN, 2003).

Sequeira menciona que “As intervenções devem ser planeadas a partir do diagnóstico das necessidades em cuidados de saúde e dos interesses específicos de cada cuidador ou grupo de cuidadores” (Sequeira, 2010, p. 244).

Seguidamente apresentamos as intervenções realizadas com o PC.

Intervenções aplicadas ao Prestador de Cuidados de acordo com os diagnósticos efetuados, segundo a CIPE®

- Analisar com o PC a forma como ele enfrenta as dificuldades;
- Analisar o desequilíbrio emocional (determinar o que desencadeia as emoções);
- Aplicar períodos de silêncio para demonstrar interesse, se apropriado;
- Apoiar o cuidador;
- Apoiar o PC nos cuidados consigo mesmo;
- Assegurar acordo mútuo quanto ao horário e duração das interações;
- Assegurar ao PC o interesse nele como pessoa;
- Assistir na tomada de decisões;
- Assistir o PC a avaliar objetivamente a sua situação;
- Auxiliar o cuidador na identificação do problema ou situação que causa o sofrimento;
- Auxiliar o PC a identificar as mudanças associadas ao papel (antevendo o que o espera);
- Auxiliar o PC a ter noção do tempo de evolução / durabilidade da situação;
- Avaliar com o PC a relação entre os sentimentos e a realidade concreta;
- Avaliar reações emocionais do cuidador e família;
- Comunicar de volta ao PC as ideias principais, nas suas próprias palavras;
- Contrariar tendências auto depreciativas, evitando comparações;
- Demonstrar apoio;
- Demonstrar atitudes e comportamentos que inspirassem confiança e evidenciassem autenticidade;
- Demonstrar disponibilidade;
- Determinar a aceitação do papel por parte do cuidador;
- Determinar a dependência da pessoa em relação ao cuidador;

- Determinar o horário da próxima interação antes da despedida;
- Disponibilizar ajuda;
- Disponibilizar presença;
- Elogiar o progresso do PC;
- Encorajar o cuidador expressar os seus sentimentos;
- Encorajar o diálogo;
- Encorajar o PC a aceitar novos desafios;
- Encorajar o PC a identificar os seus pontos positivos;
- Encorajar o PC a utilizar o tempo necessário para se expressar;
- Esclarecer dúvidas;
- Escutar ativamente;
- Estabelecer uma relação de confiança e respeito;
- Explicar sobre possíveis sentimentos face aos fatores stressantes associados ao cuidar;
- Explorar anteriores realizações de sucesso;
- Explorar as razões para a autocrítica ou culpa;
- Facilitar a comunicação expressiva das emoções;
- Facilitar a oportunidade do PC a exprimir e consciencializar-se das expectativas associadas ao papel;
- Facilitar envolvimento familiar;
- Gerir o próprio comportamento consoante as mensagens não verbais do PC;
- Identificar a própria atitude em relação ao PC e situação (Promover confiança e aceitação);
- Identificar as dificuldades do papel de cuidador;
- Identificar com o PC as situações geradoras de stress;
- Identificar com o PC os mecanismos de coping antes usados;
- Incentivar a expressão de dificuldades sentidas pelo cuidador no desempenho do seu papel;
- Incentivar a participação das atividades sociais;
- Incentivar a participação em grupos de ajuda;
- Incentivar a partilha de experiências e sentimentos;

- Incluir mais membros da família na prestação de cuidado, se possível;
- Informar sobre formas de solicitar ajuda;
- Informar sobre suporte social e recursos de apoio existentes na comunidade;
- Manipular a conversa de modo a voltar ao assunto principal, conforme necessário;
- Monitorizar as informações não verbais do PC;
- Obter esclarecimento sobre as mensagens não verbais;
- Orientar o cuidador no sentido de encontrar estratégias de superar o estado de ansiedade;
- Orientar o cuidador para centrar-se nos aspetos positivos;
- Orientar o cuidador para identificar as principais dificuldades associadas ao cuidar;
- Orientar para a vigilância da saúde do cuidador;
- Otimizar mecanismo de coping com o PC;
- Otimizar sistema de apoio social;
- Promover a participação em atividades lúdicas;
- Promover capacidade de resiliência;
- Reconhecer as dificuldades do papel do cuidador;
- Reforçar positivamente qualquer progresso observado;
- Transmitir confiança ao PC para lidar com as situações;
- Transmitir confiança na sua capacidade de lidar com a situação;
- Utilizar linguagem clara e de fácil compreensão.

Foi desenhada uma intervenção individual efetuada através de visitas domiciliárias aos 5 cuidadores informais em estudo. As intervenções foram desenvolvidas em 4 sessões de 2 horas cada, com intervalo de 1 semana.

A implementação das intervenções atendeu à individualidade e especificidade de cada pessoa, tendo em conta as necessidades identificadas, contexto social, recursos e características individuais, visando a partilha de experiências, incentivando a mobilizar ajuda, reduzir o isolamento social e otimizar estratégias de *coping*.

Para o estabelecimento de uma relação terapêutica, é fundamental a adesão da pessoa, é elementar que esta esteja diretamente implicada nas atividades terapêuticas, que devem ser propostas numa perspetiva de acordo, entre o que é o ideal terapêutico e o que é exequível, na sua perspetiva.

As intervenções psicoterapêuticas procuram dotar os indivíduos mais vulneráveis de estratégias de *coping* eficazes e de capacidade de resiliência para responderem de forma positiva a um problema que, comprovadamente, os vulnerabiliza mentalmente.

Para Sorensen *et al.* (2002) as intervenções psicoeducativas e as psicoterapêuticas são as que têm demonstrado melhores resultados ao nível da Saúde Mental do CI. Assim sendo, no âmbito da nossa relação terapêutica com os cuidadores, utilizamos a Relação de Ajuda.

Segundo Mendes (2006, p. 71), “a relação de ajuda pode ser considerada um «instrumento» válido, útil e com fidelidade comprovada num processo de cuidados de enfermagem”.

São vários os autores que descrevem a Relação de Ajuda como um instrumento terapêutico, como o estabelecimento de uma interação, onde o enfermeiro colabora com a pessoa no sentido da mobilização das suas capacidades ou modificação do seu estilo de vida, de forma a encontrar um novo sentido para a vida. Desta forma, a par das intervenções acima desenvolvidas e corroborando Phaneuf (2005), Chalifour (2008) e Lazure (1994), as atividades realizadas tem como finalidades para o CI:

- Aumentar a autoestima;
- Aumentar o sentimento de segurança;
- Diminuir a ansiedade;
- Permitir a visualização clara dos problemas;
- Ajudar a tomar atitudes positivas face aos problemas e dificuldades;
- Expressar sentimentos, emoções, opiniões e experiências;
- Desenvolver capacidades de comunicação;
- Visualizar novos pontos de vista;
- Identificar motivações e novos sentido de vida.

O papel do enfermeiro baseia-se numa atitude relacional que permite à pessoa sentir, identificar e decidir qual a melhor decisão a tomar. Ajudar, consiste na orientação para a descoberta dos seus próprios recursos, acompanhando a pessoa no caminho para a resolução dos seus problemas (Phaneuf, 2005).

A relação de ajuda é algo que não se improvisa e que não advém apenas da boa vontade de querer ajudar o outro. É um processo que se traduz num intercâmbio entre dois seres humanos, no qual um dos participantes – o enfermeiro, faz a leitura das necessidades do outro – o utente, com a finalidade de ajudá-lo a descobrir formas de perceber, aceitar e enfrentar a sua situação atual.

Phaneuf (2005, p. 324), reconhece a relação de ajuda como o procedimento através do qual o enfermeiro, promove no outro “o crescimento, o desenvolvimento, a maturidade, um melhor funcionamento e uma melhor capacidade de enfrentar a vida”. É importante salientar que o enfermeiro “age sobre a confiança que consegue suscitar nesta última, sobre as trocas que decorrem entre elas, sobre o que ela retém do seu ensino, sobre a ajuda que ela consegue fazer-lhe aceitar e em suma sobre a evolução desta pessoa para a melhoria do seu estado” (ibidem, p. 13).

A autora descreve relação de ajuda como um “processo que visa essencialmente a tomada a cargo de si própria pela pessoa cuidada, e não pela enfermeira” (ibidem, 2005, p.12).

O estabelecimento de uma relação terapêutica pressupõe o respeito das pessoas envolvidas e que estas se reconheçam como iguais.

No entanto, dentro da complexidade desta interação, Phaneuf descreve algumas condições necessárias ao enfermeiro, além da utilização terapêutica de si mesmo, com o objetivo de facilitar a formação desta relação. As outras condições podem ser relativas às atitudes do enfermeiro, como a presença e a vontade de não julgar, ou qualidades relativas à relação a implementar, como a não diretividade da entrevista e a centração na pessoa a ajudar, ou mesmo, relacionadas com elementos da própria relação, como a escuta e a consideração positiva (2005, p. 329).

A **presença** do enfermeiro simboliza mais do que o “estar lá”, é a demonstração das capacidades enquanto pedra basilar da relação enfermeiro-utente, é “a força que suscita a confiança e que tranquiliza, e a doçura que supõe uma abordagem humana e benevolente” (idem, p. 329).

Escutar é “deixar-se penetrar pelo que exprime o outro, abrir-se às suas palavras, aos seus gestos e às suas experiências e acolher o seu sofrimento sem fazer juízo de valor” (idem, p. 330). Assim sendo, a **vontade de não julgar** está descrita como a “qualidade da escuta própria da relação de ajuda que conduz a enfermeira a deixar-se penetrar, sem preconceito nem reserva, pelo que exprime a pessoa ajudada pelo seu comportamento verbal e não verbal, sem estimar o valor das suas palavras e dos seus comportamentos” (idem, p. 330). A escuta

pressupõe ausência de julgamento ou juízos de valor, levando a pessoa a realizar ela própria a sua avaliação.

A *não diretividade da entrevista* é uma “qualidade da relação de ajuda que se traduz pela vontade da pessoa que ajuda de não usar autoridade ou poder sobre a pessoa ajudada” (idem, p. 331). O enfermeiro manifesta a sua aceitação incondicional pelo outro e respeito pela sua autonomia, não ditando regras sobre o comportamento da pessoa ajudada.

A *centração na pessoa a ajudar* assume-se também como condição prévia ao estabelecimento da relação de ajuda. Segundo Phaneuf (2005, p. 332) corresponde a uma qualidade “que faz com que a pessoa que ajuda se preocupe em primeiro lugar com a própria pessoa, com as suas emoções e os seus sentimentos, as suas reações, as suas necessidades e os seus desejos”.

Por fim, a *consideração positiva* é “um sentimento de respeito e de confiança que a pessoa que ajuda manifesta à pessoa ajudada a fim de a levar a perceber-se em todo o seu valor e dignidade” (idem, p. 334). A forma como consideramos a pessoa é determinante nas suas reações, na sua autoimagem e na sua capacidade de evoluir.

A mobilização de si mesmo como instrumento terapêutico na relação com o utente, exige do enfermeiro uma reflexão sobre o seu percurso e o desenvolvimento de habilidades descritas por Phaneuf (2005) como, a empatia, o respeito e a aceitação pela pessoa.

No que respeita à **empatia**, esta é caracterizada como

“um profundo sentimento de compreensão da pessoa que ajuda e que percebe a dificuldade da pessoa ajudada, como se ela penetrasse no seu universo, como se ela se colocasse no seu lugar para se dar conta do que ela vive e da forma como o vive, e que lhe leva o reconforto de que tem necessidade, mas sem se identificar com o seu vivido e sem ela própria viver as emoções” (idem, p. 347).

O **respeito** é outra das habilidades necessárias para estabelecer uma relação de ajuda. Ao demonstrar uma atitude de respeito para com o utente, o enfermeiro reconhece-o como um ser único com características próprias. Na perspetiva de Phaneuf, é a “qualidade pela qual a pessoa que ajuda reconhece a enorme dignidade e o enorme valor da pessoa ajudada apesar da sua aparência física, do seu carácter, dos seus comportamentos e dos seus hábitos de vida” (idem, p. 340).

A **aceitação** enquanto habilidade necessária, implica ao enfermeiro ser capaz de se libertar de avaliações e de juízos de valor, correspondendo a “um sentimento de abertura à experiência do outro, ao seu sofrimento e à sua maneira de ser sem exigência de mudança,

o que constitui a primeira condição para o estabelecimento de uma relação de ajuda” (idem, p. 337).

Após uma breve análise do conceito de relação de ajuda segundo Margot Phaneuf, terminamos por apresentar alguns dos objetivos descritos pela autora, e sobre os quais nós nos debruçamos, de modo a ajudar o CI a:

- “colocar a sua dificuldade em palavras a fim de que ela possa perceber-se como uma interveniente activa na sua própria situação”;
- “aceitar a dor ou as dificuldades de uma situação com mais serenidade”;
- “ver o seu problema mais claramente (...)”;
- “apresentar à enfermeira o seu problema como se lhe coloca, enquanto ser único nas condições que lhe são particulares”;
- “compreender e comunicar às pessoas que ajuda as diferentes ligações entre os acontecimentos da sua vivência e as diferentes relações de força que se exercem entre as pessoas chave da sua vida para chegar a uma melhor compreensão de um problema ou de um conflito”;
- “expressar os seus sentimentos e as suas opiniões, mesmo se são negativos”;
- “libertar a sua tensão”;
- “sentir-se escutada, aceite tal como é, e compreendida (...)”;
- “estabelecer uma relação significativa com uma enfermeira que servirá de trampolim para o estabelecimento de outras relações interpessoais;
- “modificar certos comportamentos que prejudicam a sua adaptação”;
- “encontrar um sentido para a sua dificuldade”;
- “conhecer os recursos pessoais de que dispõe para resolver as suas dificuldades” (idem, p. 327).

Phaneuf (2005, p. 13), fazendo referência aos princípios de Hildegard Peplau (1952, p.9), reforça a comunicação e a relação de ajuda como fatores fundamentais na humanização dos cuidados de enfermagem, aludindo que “a relação de ajuda bem aplicada, dá aos cuidados uma eficácia e uma qualidade humana que lhe confere, ao mesmo tempo que um carácter de profissionalismo, uma melhor visibilidade do que faz a enfermeira”.

PARTE III – REFLEXÃO SOBRE COMPETÊNCIAS

1 – DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS DE ENFERMEIRO ESPECIALISTA E MESTRE EM SAÚDE MENTAL E PSIQUIÁTRICA

“Atualmente, a Enfermagem é entendida como uma ciência e uma arte, a arte de Cuidar, englobando cuidados técnicos, científicos e humanos, baseados na relação interpessoal. A sua essência são os cuidados às pessoas, integrados num modelo holístico, em que a pessoa é um todo não podendo ser dissociada em partes” (Ferreira, Pontes & Ferreira, 2009, p. 360).

Embora os cuidados sempre tenham estado associados à prática de enfermagem como sendo a sua essência, a definição de “cuidar” enquanto conceito é relativamente recente, mas marca atualmente a sua importância no papel do enfermeiro (Lopes, 2011).

Nesta evolução de paradigmas passa a ser reconhecida ao utente a capacidade e a possibilidade de participar ativamente nas decisões de saúde que lhe dizem respeito. Desta forma, enfermeiro e utente passam a constituir-se como parceiros no processo inter-relacional que é o Cuidar. À enfermagem, cabe o papel de encontrar o ponto de equilíbrio e articulação entre a relação **pessoa** - sujeito no cuidado, e uma prática que se afirma numa relação **pessoa** - objeto de cuidados, tentando conjugar as duas vertentes, a técnico/profissional e a relacional, Frade (1999).

Foi com o intuito de balizar as características desta relação e nela definir o papel do enfermeiro, que Peplau em 1952, deu o seu importante contributo com a obra, *Interpersonal Relations in Nursing*. A autora sugere uma mudança de paradigma, no qual passamos do “fazer por” para o “agir com”. Através de uma relação de reciprocidade, onde tanto o utente como o enfermeiro crescem e adquirem competências. Peplau baseou-se em fundamentos da psicologia, da ciência comportamental e da comunicação, centrando a sua teoria na relação enfermeiro-utente, e incluindo, pela primeira vez, o utente no processo de enfermagem (George *et al.*, 2000). Assim, o enfermeiro utiliza além das competências de âmbito psicoterapêutico, a mobilização de si mesmo como instrumento terapêutico, na relação com o utente em Saúde Mental.

Para tal, torna-se necessário que o enfermeiro apreenda a capacidade de autoconhecimento e desenvolvimento pessoal, descrita na competência: “Detém um elevado conhecimento e consciência de si enquanto pessoa e enfermeiro, mercê de vivências e processos de auto-conhecimento, desenvolvimento pessoal e profissional”.

Na perspectiva de Taylor (1992), o principal utensílio terapêutico do enfermeiro que trabalha em Saúde Mental é o seu autoconhecimento e a forma como o utiliza num contexto interpessoal. Para esta autora a auto consciencialização consiste na tomada de consciência dos nossos sentimentos, crenças e valores e poderá ser potenciada levando em consideração os seguintes processos: introspeção, discussão, ampliação da experiência própria e encenação de papéis. A capacidade de reconhecer as nossas emoções e afetos, transporta-nos também para o reconhecimento das emoções do outro, permitindo aceitá-los e geri-los de forma equilibrada. “A enfermeira que é sensível aos seus próprios sentimentos pode sê-lo também em relação aos da pessoa cuidada o que lhe permite manifestar empatia e proceder de maneira a que ela se sinta compreendida” (Phaneuf, 2005, p. 17).

Também Rispaill (2002) considera que o cuidador deve melhorar a compreensão de si próprio, das suas crenças, dos seus hábitos, das suas aversões, dos seus receios, tomar conhecimento dos seus mecanismos de proteção e de defesa, a fim de adquirir uma autenticidade e um certo nível de confiança que lhe permitirá melhorar a qualidade dos cuidados que presta.

Desta forma, muito contribuiu a frequência deste curso no processo de tomada de consciência de nós mesmos. Foi o início de uma descoberta interior, de uma reflexão profunda que fizemos de nós próprios, para um melhor autoconhecimento e para uma melhor comunicação e relação interpessoal, permitindo-nos, conseqüentemente, a aquisição e desenvolvimento de novas aprendizagens.

Assim, refletindo sobre a prática e sobre os conhecimentos detidos e adquiridos, o autoconhecimento conduz-nos ao ajustamento as nossas necessidades de formação, *realizando desenvolvimento autónomo de conhecimentos e competências ao longo da vida e em complemento às adquiridas*, como forma de nos complementarmos profissionalmente.

Benner menciona que a formação “é indispensável para obter profissionais de alto nível capazes de analisar as situações mais complexas” (2001, p. 207).

A formação permite aprofundar conhecimentos e alargar horizontes, “é a oportunidade de prosseguir e aprofundar o despertar para a maravilha do outro e para as «coisas da vida», bem como a estetização e a revelação da beleza e da utilidade dos cuidados de enfermagem” (Hesbeen, 2000, p. 138).

Em Saúde Mental, a relação terapêutica assume contornos específicos e singulares. No âmbito desta relação enfermeiro-utente, poderá ser necessário a utilização de técnicas específicas, dentro das quais podemos destacar a Relação de Ajuda.

No domínio dos cuidados de enfermagem, a representação que formamos da pessoa junto da qual intervimos deve ser suficientemente clara para que possamos compreendê-la e ajudá-la, a fim de implementar intervenções eficazes. Assim, “a melhor forma de se ajudar o outro, é acreditar nele como pessoa, na sua condição de ser pensante, com sentimentos e com capacidades de procurar e direcionar a sua própria necessidade de mudança” (Simões, Fonseca & Belo, 2006, p. 47).

Lazure (1994) defende que a relação de ajuda, deve permitir ao utente alcançar a sua autonomia, dando prioridade à dimensão afetiva da vivência do seu problema, focar-se mais no presente do que no passado, aprender a autocompreensão e fazer escolhas independentes e significativas para si mesmo. A autora acrescenta ainda, que a relação de ajuda em enfermagem, tem por objetivo possibilitar, ao utente, ser o autor das suas decisões.

Na perspetiva do cuidar, Frade (1999) citando Marques-Teixeira (1995, p. 582), refere que “o cuidado ou ajuda deve ser entendido como a resposta do homem-profissional ao pedido do homem-doente que, envolvido no seu estado de necessidade, requer a sua eliminação, seja em silêncio, seja pedindo-a expressamente”. Assim, a relação de ajuda acontece a partir do momento em que duas pessoas estabelecem contacto e uma delas, de modo explícito ou não, faz um pedido.

Taylor (1992) associado ao seu conceito de relação de ajuda, refere que as interações do enfermeiro para se apresentarem como terapêuticas, devem refletir aceitação e consistência de respostas por parte do utente, face a experiências interpessoais anteriores.

De acordo com a competência, “Assiste a pessoa ao longo do ciclo de vida, família, grupos e comunidade na optimização da saúde mental”, torna-se fulcral avaliar as necessidades dos cuidadores informais, para que se possam definir estratégias adequadas.

Segundo Peplau (1992), a observação em enfermagem é um processo de identificação, clarificação e verificação de impressões, que se obtêm na relação com o utente a partir da experiência do enfermeiro. Essas impressões tornam-se hipóteses a estudar, que permitem recolher dados para compilar e analisar posteriormente. A compilação dos dados permite ao enfermeiro, aprofundar a observação (o que trará uma componente científica para a investigação) e obter respostas de modo a colmatar as necessidades dos utentes, adquirindo desta forma, argumento sobre o qual se desenvolverão futuras formas de atuação.

Assim, entrar em relação implica a procura de um diálogo onde a compreensão do outro, através do seu quadro de referências e de uma escuta atenta, permita o experienciar mútuo de um sentimento de respeito e da sensação de se estar, efetivamente, a ser ouvido.

Através da comunicação estabelecida tentámos identificar quais as necessidades do cuidador, bem como, as suas capacidades internas e recursos externos que fossem promotores de bem-estar e suscetíveis de menor sobrecarga para ele.

Logo, parece-nos importante, referir a comunicação como elemento indispensável à qualidade das relações, funcionando como um elo entre o utente e o enfermeiro. Coelho (2015), afirma que para o enfermeiro enquanto cuidador por excelência, a comunicação é fundamental, mas exige o desenvolvimento de competências comunicacionais. Assim sendo, a prestação de cuidados individualizados em cada situação, requiere o desenvolvimento de habilidades e a utilização de técnicas de comunicação verbal e não verbal.

A palavra comunicar tem a sua origem no termo latim “*communicare*”, cujo significado é o de “partilhar alguma coisa com alguém” (Costa & Melo, 1998, p. 396). Numa perspetiva etimológica, comunicar é tornar comum, pelo que é legítimo considerar que a comunicação é, no seu princípio, a passagem do individual ao coletivo e a condição de toda a interação.

Deaux & Wrightsman (1984, p. 22) definiram comunicação como: “uma interacção onde duas ou mais pessoas enviam e recebem mensagens e, durante o processo ambos se apresentam e recebem um ao outro”. Esta definição assume que não existem interações passivas e que todos nós comunicamos, mesmo quando não falamos.

É sabido que o nosso corpo transmite e recebe sinais que codificamos e descodificamos de modo a que a interação faça sentido e assuma um significado próprio. Comunicar não é só expressarmo-nos por palavras, tudo em nós comunica. Exemplo disso são os nossos gestos, as expressões faciais que fazemos, o olhar que damos a conhecer, o silêncio, a aparência exterior, enfim, tudo aquilo que somos e que por vezes não somos.

Tendo em consideração que a dimensão não verbal da comunicação representa mais de 90% de cada mensagem ou ato comunicativo (Coelho, 2015), devemos, tal como descrito por Chalifour (2008) considerar a escuta como técnica de comunicação. Ferreira, Pontes e Ferreira (2009) corroboram a descrição de Chalifour, ao considerarem a capacidade de escutar como primordial para o desenvolvimento da relação terapêutica.

Também Lazure (1994), aponta a escuta, como uma capacidade básica e fundamental na relação de ajuda. A autora define-a como um processo voluntário e ativo, sendo o único meio de chegar à compreensão da pessoa. Um estar integralmente presente e atento, um escutar com a globalidade do ser, demonstrando vontade de compreender toda a expressão verbal e não verbal da pessoa.

De acordo com alguns autores, escutar não corresponde apenas ao ato de ouvir, é a utilização de vários órgãos dos sentidos, escutando em cada mensagem para além do

conteúdo expresso, a forma como é comunicado. É demonstrar presença física e humana, compreender o outro, captar a sua mensagem sem manifestar os nossos próprios sentimentos, é “captar a mensagem comunicada, compreender o seu conteúdo concetual e afetivo e manifestar a sua compreensão ao cliente através do modo de intervir junto dele” (Chalifour, 2008, p. 150). Segundo o mesmo autor, o enfermeiro deve respeitar algumas regras no sentido de facilitar a escuta. Promover condições ambientais adequadas, estar atento aos índices não verbais da mensagem verbal, apresentar disponibilidade intelectual e afetiva, não escutar só o que lhe interessa e dar-se tempo para entender o que é dito antes de responder. Esta escuta revela ao outro que ele é importante, ajuda-o a identificar as suas emoções e necessidades, e a construir estratégias de ação eficazes e baseadas na realidade. A motivação que leva o enfermeiro a escutar o utente deve ser um desejo sincero de estabelecer uma relação próxima, tentando fazer silêncio dentro de si, abstraindo-se das suas preocupações, e sendo honesto e verdadeiro quanto a sentimentos e pensamentos (Lazure, 1994).

Assim, na comunicação existem elementos essenciais: o emissor, o recetor e a mensagem. Tanto o emissor como o recetor processam a informação emitida e/ou recebida, de acordo com a sua forma de pensar e agir. Ou seja, de acordo com a sua história, as suas vivências anteriores, as influências vividas ao longo da vida e ainda com as suas aptidões físicas e psicológicas, bem como fatores circunstanciais. Segundo Mendes (2006) no processo de cuidados é importante analisar todo contexto de emissão de mensagens, pois no conteúdo de cada mensagem, além da parte que é dita e é explícita, há também uma parte latente, que se refere àquilo que está implícito no discurso verbal ou não verbal, “como seja no domínio verbal, a intensidade da voz, a sonoridade entre outros aspectos e no domínio não-verbal, todas as formas de expressão humana, como posturas corporais, mímicas, olhares, gestualidade, sons vocais, silêncios e ocupação do espaço físico” (2006, p. 75).

Para Lazure (1994) é imprescindível estar atenta à linguagem não verbal, reforçando que a presença mais intensa e mais verdadeira do enfermeiro é exigida para a escuta do silêncio. O silêncio em si pode ser muito expressivo, “pode significar a integração do que acaba de ser dito. Pode também traduzir a intensidade da procura da resposta mais pertinente, tendo em conta tudo o que a precedeu” (1994, p. 106).

“O silêncio é o apanágio da escuta” (Phaneuf, 2005, p. 42). Ao escutar devemos silenciar os nossos próprios sentimentos de modo a conferir significado ao silêncio daquele momento. Ele pode ser sinónimo de pausa, de reflexão, ou de abertura para a expressão das emoções sentidas por si ou pelo enfermeiro. É no sentido daquele silêncio que devemos basear a nossa intervenção, ora permitindo que ele cresça adequadamente favorecendo a reflexão, ora

interrompendo porque ele constitui uma expressão de mal-estar e bloqueio da comunicação. Quando o silêncio está carregado de emoções fortemente negativas, o enfermeiro deve em primeira instância perceber a reação que este lhe suscita, para em seguida aferir com o utente as suas causas (Phaneuf, 2005).

Segundo a perspectiva de Chalifour (2008), o silêncio não consiste apenas em não falar, será feito da nossa presença e da nossa disponibilidade, do interesse e atenção que demonstramos, para que o utente comunique connosco. Tentando perceber tudo o que pensa e sente, em cada momento e em cada forma de se exprimir.

Lazure refere que,

“Escutar é um acto exigente que obriga a um empenhamento total por parte do Enfermeiro que quer captar todos os indicadores emitidos pelo cliente, tanto verbal como não verbalmente. A escuta total exige uma vigilância sensorial completa, intelectual e emocional, e é necessário saber que esta vigilância consome muita energia” (1994, p. 107).

Novo, Galvão & Rodrigues (2014) reforçam ainda que para além da escuta e do silêncio, o toque e o olhar também devem ser considerados, no estabelecimento de relação de ajuda. Sendo que através do toque o enfermeiro pode captar informações, dar, receber e transmitir mensagens. Para os autores, “quando utilizado no momento oportuno, o toque apresenta extrema importância e valor terapêutico, porque raramente deixa indiferente a pessoa que necessita de ajuda, podendo ser o último modo de contacto, quando não se sabe o que dizer”, (2014, p. 519).

Assim sendo, a expressão da afetividade, o toque, o olhar, a escuta e o silêncio são promotores de uma relação de confiança e fulcrais para que o utente nos sinta presentes, para que lhe consigamos transmitir: “*estamos aqui, estamos consigo*”.

Atendendo à competência, “*Ajuda a pessoa ao longo do ciclo de vida, integrada na família, grupos e comunidade a recuperar a saúde mental, mobilizando as dinâmicas próprias de cada contexto*”, surge-nos a visitação domiciliária como uma intervenção mais dirigida às reais necessidades das famílias. Facultando-nos sobre elas uma visão holística, potenciando estratégias mais adequadas aos seus padrões de comportamento, promovendo uma melhor qualidade de vida.

“Através desta atividade, os planos de cuidados tornam-se mais ajustados aos recursos da própria família e utente, para além de que lhes permite uma maior facilidade de expressão, por se sentirem mais à vontade no seu próprio ambiente. Neste tipo de intervenção, o enfermeiro assume diferentes papéis, desde o de

educador, ao de gestor de caso junto da equipa multidisciplinar” (Ordem dos Enfermeiros [OE], 2012).

Para estabelecer uma relação terapêutica é necessário compreender o outro, aceitá-lo incondicionalmente sem fazer juízos de valor, respeitando valores, crenças e desejos, adaptarmo-nos à singularidade daquele ser humano. Compreendendo-o em toda a sua trajetória de vida e planeando a assistência de acordo com as suas necessidades individuais, para poder dar uma resposta integral às suas inquietações e medos.

No entanto, a complexidade crescente da atuação dos enfermeiros, exige o desenvolvimento de competências, expressas pelos seus conhecimentos e habilidades reveladores de atitudes e tomadas de decisões de níveis superiores e especializados. Assim sendo, impõe-se a consolidação da competência de Mestre: *Demonstra competências clínicas específicas na concepção, gestão e supervisão clínica dos cuidados de enfermagem.*

Na prática profissional, é fundamental o uso do pensamento crítico, sendo que o mesmo se reveste de uma enorme importância, ao definir as condições sobre as quais as conclusões válidas são descritas. O pensamento crítico facilita a compreensão e aplicação do processo de enfermagem. O enfermeiro realiza uma constante e exaustiva análise do cuidador e da pessoa dependente, e de todo o meio envolvente, o que lhe permite desenvolver intervenções especializadas atendendo à pluralidade de cada situação e diversidade de contextos subjacentes a cada caso.

Benner reforça que uma enfermeira perita “tem uma enorme experiência compreende, agora, de maneira intuitiva cada situação e apreende directamente o problema sem se perder num largo leque de soluções” (Benner, 2001, p. 58).

Ao longo da interação com os cuidadores, através das visitas domiciliárias, foi possível avaliar e interpretar as diferentes situações, levando a diversas reestruturações visando uma melhor adaptação à situação de cada cuidador, tendo sempre por base a dimensão ética e deontológica inerente.

Jean Watson no seu conceito de cuidado humano, valoriza as interações pessoa/ambiente. Sendo que, estas implicam o conhecimento do processo de cuidados de enfermagem, um autoconhecimento e, por último, o conhecimento do poder e limitações que cada um tem nas transações que efetua. Segundo esta teórica, o estabelecer de uma relação de cuidado, implica a união com outra pessoa num olhar amplo sobre a pessoa integral e na sua maneira particular de estar no mundo. Implica a participação do enfermeiro de uma forma total e totalizante, entrando no campo fenomenológico do outro, expressando

sentimentos no sentido de lhe demonstrar preocupação e cuidado pela pessoa que ele é, e de apreender o significado da experiência do outro (George *et al.*, 2000).

O conhecimento do contexto familiar, social e cultural do cuidador, demonstrou-se muito importante, pois foi-nos permitido observar a relação existente entre o cuidador e a pessoa dependente tendo em conta as estruturas ambientais, condições de vida e hábitos dos mesmos.

Sendo as UCC's consideradas como uma das equipas que melhor percebe as alterações na saúde e bem-estar do cuidador, foi em colaboração com os vários elementos que todo processo se desenvolveu, procurando desenvolver um trabalho de proximidade com os utentes e em parceria com toda a equipa.

Atentando ao papel do enfermeiro no ceio da equipa multidisciplinar, consideramos haver ainda algum trabalho de reconhecimento a fazer, tanto por parte da equipa como pelos próprios utentes. Desta forma, e tal como refere Neves (2012) no seu estudo, o papel profissional do enfermeiro, nomeadamente na área preventiva e nos cuidados no contexto domiciliário, poderá contribuir significativamente para a reorientação e desenvolvimento de abordagens interdisciplinares nos CSP.

Um papel mais interventivo na inovação e na liderança em cuidados de saúde, aproveitando todas as oportunidades formais e informais de aprendizagem conjunta com os outros profissionais, assim como a investigação e a prática baseada na evidência, são requisitos para a capitalização da contribuição dos enfermeiros nas equipas de saúde.

O CI e a pessoa dependente, necessitam de cuidados ativos e totais, não somente da equipa de enfermagem, mas também dos restantes elementos da equipa multidisciplinar. É fundamental *participar de forma proactiva em equipas e em projetos, em contextos multidisciplinares e intersectoriais*, de forma a compreender e resolver situações, abarcando múltiplos contextos, para que todas as áreas possam contribuir para um bem comum, a qualidade de vida do cuidador e da pessoa dependente.

“O trabalho multiprofissional em saúde coloca em análise os conceitos centrais de equipa, de multidisciplinaridade e de papel profissional” (Neves, 2012, p. 126).

O treino da entrevista e o estabelecimento de relações de ajuda, favoreceram a transposição de obstáculos que no início pareciam incontornáveis, mas que permitem adquirir uma tranquilidade promotora de uma capacidade de olhar mais ao pormenor aquele que temos à frente. Sentir que adquirimos a capacidade de “penetrar” no seu mundo, irá facilitar a compreensão e avaliação do silêncio na sua subjetividade, sem nunca perder a objetividade terapêutica da relação com o utente. Só este conhecimento e compreensão do

outro, possibilita a constituição de parcerias terapêuticas e a eficiência e eficácia dos planos de intervenção traçados.

Após o planeamento, tendo como objetivo major o bem-estar do CI, seguiu-se a implementação das nossas intervenções, onde avaliamos os resultados, com o intuito de identificar se os fins alcançados seriam os previstos inicialmente, e quais os possíveis ganhos em saúde obtidos para o cuidador.

Neste ponto, agrega-se mais uma competência de Mestre: Capacidades para integração de conhecimentos, tomada de decisão e gestão de situações complexas, com ponderação sobre as implicações e as responsabilidades éticas, profissionais e sociais.

Mendes (2009) menciona que “Assegurando, na sua prática, a especificidade da natureza dos cuidados de enfermagem adequados às necessidades reais e potenciais da pessoa ou grupo, suportadas na evidência científica, na ética e deontologia profissional pode garantir-se cuidados de qualidade” (Mendes, 2009, p. 169).

Tendo como referencial orientador à prática clínica especializada, o Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Mental (EESM), definido pela OE (2010), podemos afirmar que as competências de âmbito psicoterapêutico, possibilitam ao enfermeiro a realização de um juízo singular, tornando-a distinta de outras áreas de especialidade. Conduzindo à obtenção de ganhos em saúde, por parte das pessoas que necessitam de cuidados de saúde nessa área.

Desta forma, no âmbito do cuidar em enfermagem, a relação de ajuda, é atualmente assumida como fazendo parte do domínio da atuação autónoma dos enfermeiros. Sabendo que, de acordo com o Regulamento do Exercício Profissional do Enfermeiro [REPE], intervenções autónomas são “as acções realizadas pelos enfermeiros, sob sua única e exclusiva iniciativa e responsabilidade, de acordo com as respectivas qualificações profissionais, seja na prestação de cuidados, na gestão, no ensino, na formação ou na assessoria, com os contributos na investigação em enfermagem”, o enfermeiro é detentor de capacidade de pensar complexo, sendo responsável por esta intervenção, desde a prescrição até à sua avaliação (Nunes, 2007).

“A relação terapêutica promovida no âmbito do exercício profissional de enfermagem caracteriza-se pela parceria estabelecida com o cliente, no respeito pelas suas capacidades e na valorização do seu papel. Esta relação desenvolve-se e fortalece-se ao longo de um processo dinâmico, que tem por objectivo ajudar o cliente a ser proactivo na consecução do seu projecto de saúde” (OE, 2001, p.10).

A fase de implementação das intervenções, permitiu-nos um contacto direto, *in loco*, com os cuidadores, indo ao encontro da competência, “Presta cuidados de âmbito psicoterapêutico, socioterapêutico, psicossocial e psicoeducacional, à pessoa ao longo do ciclo de vida, mobilizando o contexto e dinâmica individual, familiar de grupo ou comunitário, de forma a manter, melhorar e recuperar a saúde”.

Tal como emanado nos enunciados descritivos, do Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Saúde Mental (OE, 2011), na permanente procura da excelência no exercício profissional, destacam-se, entre outros, a identificação precoce das necessidades em saúde mental, relativamente aos quais o enfermeiro tem competências para prescrever, implementar e avaliar intervenções, com base nos diagnósticos de enfermagem e resultados esperados, visando aumentar e/ou manter o bem-estar de todos os seus utentes.

Para Peplau (1992), o processo de enfermagem, permite elaborar planos de enfermagem que transformem a doença numa experiência favorecedora para o utente. É necessário entender o significado da experiência para o utente, para que a enfermagem imprima dinamismo, maturação, e seja uma força educativa e terapêutica. O processo de desenvolvimento da relação enfermeiro - utente, segundo esta autora é constituído por quatro fases, ao longo das quais o enfermeiro desempenha diferentes papéis (George *et al.*, 2000). Desta forma, o enfermeiro pode assumir o papel de estranho, de pessoa de recurso, professor, líder, substituto ou mesmo conselheiro.

Também nós, tivemos não só a oportunidade de vivenciar na primeira pessoa, os diferentes papéis que nos são atribuídos, mas também, tivemos a oportunidade de observar nos demais elementos da equipa a projeção desses mesmos papéis. Assim, o papel do enfermeiro será o de desenvolver esforços que auxiliem a pessoa a descobrir os seus próprios objetivos e ajudá-la a reassumir o curso da sua vida. Este é, necessariamente um processo gradativo, que se constrói por etapas, com avanços e recuos, no qual devem ser valorizadas as escolhas dos utentes.

A existência de evidências de outros estudos efetuados por outros autores sobre o CI, contribuiu igualmente para que a realização do nosso projeto, fosse mais atual e adequado, visando deste modo uma prática mais especializada.

O testemunho dos cuidadores informais, relativamente ao seu Bem-estar, baseado na evidência permitiu-nos contribuir para uma melhoria dos cuidados de enfermagem de forma especializada ao cuidador e à pessoa dependente da UCC do projeto, cruzando-nos desta

forma, com mais uma das competências de Mestre: *Inicia, contribui, desenvolve e dissemina investigação para promover a prática de enfermagem baseada na evidência.*

O processo contínuo do almejar do conhecimento, traduz-se na incorporação das novas descobertas da investigação na prática clínica do EESM, desenvolvendo uma prática baseada na evidência. A participação em projetos de investigação visa a melhoria contínua da qualidade dos cuidados de enfermagem de modo a aumentar o conhecimento e desenvolvimento de competências dentro da sua especialização.

Dentro das limitações que o nosso projeto apresenta, o mesmo estimula-nos a refletir sobre esta área temática, e sobre o papel do EESM nas equipas comunitárias. Como forma de realizar o diagnóstico da situação da saúde mental na comunidade, assim como, a identificação precoce das necessidades e dos problemas reais ou potenciais em saúde mental do CI.

A realização de todo o projeto, que teve por base a metodologia de projeto, vai ao encontro do que se pretende atingir na competência que requer que o enfermeiro: *Realize análise diagnóstica, planeamento, intervenção e avaliação na formação dos pares e de colaboradores, integrando a formação, a investigação e as políticas de saúde em geral e da enfermagem em particular.*

“Assente nas virtudes do saber, da sabedoria e da prudência podemos sempre seguir o caminho regulado” (Mendes, 2009, p. 168).

O *Mosaïque des compétences cliniques de l’infirmière*, citado por Phaneuf (2005, p. 7), descreve competência como algo que faz “referência aos conhecimentos, às habilidades, às atitudes e aos julgamentos necessários à enfermeira para exercer a sua profissão, assim como à capacidade de as aplicar numa dada situação clínica”, o que parece aplicar-se ajustadamente aos ganhos que consideramos ter alcançado ao longo deste momento de aprendizagem que constituiu este Mestrado.

CONCLUSÃO E CONSIDERAÇÕES FINAIS

A evolução demográfica verificada nas últimas décadas, nomeadamente no que se refere ao aumento contínuo dos índices de dependência de idosos, de envelhecimento e de longevidade da população, é visível não só na transformação da estrutura demográfica da população, como também nas alterações sociológicas ao nível da estrutura familiar. Da combinação destes fatores emerge a necessidade de reorganização da prestação de cuidados de saúde e de apoio psicossocial, que de forma integrada e numa lógica de parceria e multidisciplinaridade, otimize os recursos individuais e coletivos.

Sendo a família a célula base da sociedade e atendendo ao facto de que é nesta que se encontram a maioria dos cuidadores informais, será necessário e absolutamente fundamental que se faça um esforço para protegê-la, visando a preservação do seu bem-estar e da sua qualidade de vida.

O cuidar de uma pessoa dependente revela repercussões no cuidador a múltiplos níveis, quer físicos, psicológicos e socioeconómicos.

O presente relatório de estágio centrou-se num projeto desenvolvido no âmbito das abordagens psicoterapêuticas que os enfermeiros poderão efetuar de modo a enfatizar a importância de manter uma boa saúde mental. Este relatório reúne todos os aspetos que valorizamos como sendo importantes no nosso processo de aprendizagem, de crescimento pessoal e profissional, assumindo-se como um instrumento reflexivo com recurso à metodologia de projeto.

Relativamente aos resultados do nosso estudo, salientamos que estes coincidem maioritariamente com os que se conhecem acerca desta problemática. As principais conclusões a que chegamos, emergem da análise e interpretação dos dados, das questões formuladas, dos objetivos propostos e do enquadramento teórico estruturador da investigação.

Os CI são maioritariamente do sexo feminino, encontrando-se entre os 61 e os 75 anos de idade, apresentando uma média de 69,2 anos. Todos os elementos referiram ser casados, apresentando família nuclear, com baixo nível de escolaridade (1.º Ciclo do Ensino Básico),

encontrando-se atualmente reformados. O seu grau de parentesco com a pessoa dependente é direto, cônjuges e progenitora. Verificamos que a maioria dos cuidadores presta cuidados há mais de três anos, em coabitação com a pessoa cuidada, 7 dias por semana, despendendo entre 21 a 24h por dia. No que concerne ao tipo de cuidados prestados, surgem maioritariamente os cuidados de mobilização, higiene e os relacionados com vestir e despir. Todos os cuidadores mencionaram receber auxílio por parte de outros membros da família, principalmente nos cuidados associados à mobilização da pessoa dependente. No entanto, apenas um cuidador conta com apoio da rede formal, em valência de serviço de apoio domiciliário.

Os motivos que levaram os CI's a aceitar o papel de cuidador foram maioritariamente a obrigação moral, seguindo-se a iniciativa própria e o grau de parentesco com a pessoa dependente, a disponibilidade para cuidar e por último a ausência de outra solução.

As dificuldades identificadas pelos entrevistados, refletem a faixa etária da amostra. Foram priorizadas predominantemente, a execução de algumas tarefas e o cansaço físico e mental, em seguida a aceitação do estado de saúde da pessoa cuidada e a falta de disponibilidade para si próprio.

Quanto à satisfação que sentem pela prestação de cuidados, a maioria dos entrevistados respondeu sentir prazer e orgulho pelo que faz, identificando posteriormente como ganhos positivos do cuidar, a melhoria do estado de saúde da pessoa cuidada, sentir-se útil e a proximidade.

As estratégias de *coping* mais apresentadas são de natureza interna, evidenciando-se a aceitação da situação. O conformismo e a resignação caracterizam os cuidadores mais velhos que assumem o cuidar com naturalidade. Ao nível externo, verificam-se com maior incidência, o recorrer a medicação, procurar ajuda ou planear cuidadosamente as suas atividades.

A diminuição de tempo livre e lazer, é assumida por todos os entrevistados, maioritariamente por não terem quem os substitua na prestação de cuidados. No tempo livre, efetuam visitas a familiares, realizam trabalhos manuais ou saem de casa / convivem.

Através da Subescala – Bem-estar Psicológico do MHI, podemos constatar que 80% da amostra apresenta valores correspondentes a baixos níveis de Bem-estar Psicológico.

Em conclusão, cuidar de uma pessoa dependente influencia o dia-a-dia dos CI's, transformando o seu próprio contexto de vida. Desta forma, consideramos fundamental a adoção de estratégias para melhorar o bem-estar e qualidade de vida das famílias cuidadoras,

visando a potencialização das suas capacidades. Torna-se necessário o reconhecimento das responsabilidades que estas assumem, através de um maior apoio, motivação e valorização pelo trabalho desenvolvido.

Assim, é importante que os enfermeiros estejam despertos para a necessidade de atuação nesta problemática, assumindo o CI como alvo das suas intervenções, contribuindo para a diminuição dos riscos de morbilidade.

Afigura-se-nos de extrema importância a sensibilização dos Enfermeiros Especialistas nesta área, integrados nas equipas dos CSP, para o contexto estudado, de modo a que estes possam disponibilizar capacidades e competências que promovam intervenções seguras e adequadas, ao estabelecimento de relações terapêuticas, tendo como finalidade o equilíbrio familiar e o favorecimento de transições salutares.

Para além da relação de ajuda e das técnicas de comunicação, a reflexão também funciona como um veículo que nos facilita a tomada de consciência das nossas ações, permitindo-nos uma melhor articulação entre a teoria e a prática.

Tendo em conta a complexidade deste tipo de trabalhos, deparamo-nos com algumas limitações, que se prenderam com o ajustamento do período temporal destinado à consecução dos objetivos traçados e à realização das intervenções propostas.

Também o tamanho da amostra não se apresentou como ideal. No entanto, tendo por base os critérios de inclusão e o período de tempo definidos para o projeto, o número de elementos participantes foi o possível na comunidade em estudo.

De salientar, que as várias dificuldades, foram sendo esbatidas com empenho, dinamismo, dedicação, motivação e com a orientação proporcionada.

De uma forma simples, gostaríamos de deixar como sugestão a próximos investigadores com interesse pela área do CI, a realização de diagnósticos de situação e posteriores intervenções psicoterapêuticas, a identificação dos seus níveis de bem-estar e o estabelecimento de relação de ajuda, de um modo sistemático, organizado e programado, aos CI's identificados, para que se possam tirar conclusões passíveis de extrapolação.

A credibilidade da prestação de cuidados enquanto Enfermeiros Especialistas em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica, passará por um papel mais interventivo e decisivo na saúde mental e bem-estar dos cuidadores, sendo que esta, poderá ser uma forma objetiva de dar visibilidade ao enfermeiro no seio da equipa multidisciplinar.

Avaliamos dessa forma, ter conseguido ampliar o nosso leque de competências, ao adquirir algumas e desenvolver outras, de uma forma concertada e organizada. Tendo como

objetivo maior, o desenvolvimento específico de um perfil de competências próprio para o desenvolvimento de cuidados especializados em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica, do mesmo modo, consideramos ter atingido os objetivos académicos que se preconizavam para a obtenção do grau de Mestre em Enfermagem.

Almejamos ter favorecido o nosso crescimento pessoal e profissional, e construído mais um degrau da escadaria da excelência dos cuidados de enfermagem que pretendemos alcançar.

Optar por uma formação e treino especializados na área da Saúde Mental e Psiquiátrica, permitiu-nos compreender e sedimentar a ideia que é de pequenas coisas que se constrói algo, e que o facto de estabelecermos um plano de intervenção individual para um utente, pode conduzir a mudanças substanciais independentemente da grandiosidade ou insignificância da intervenção executada. Cada pessoa é única e o que aparentemente é subvalorizado pela maioria, reveste-se de primordial importância para aqueles que precisam de orientação e encorajamento para continuar com as suas vidas dentro dos padrões da normalidade.

BIBLIOGRAFIA

- Almeida, J. (2014). *A Saúde Mental Global, a Depressão, a Ansiedade e os Comportamentos de risco nos estudantes do Ensino Superior: Estudo de prevalência e correlação*. Dissertação para candidatura ao Grau de Doutor em Ciências da Vida, Especialidade em Saúde Mental, Universidade Nova de Lisboa, Faculdade de Ciências Médicas. Lisboa.
- Alonso, M., López, I., Vargas, M. & Aguilera, P. (2015). Sobrecarga y Burnout en cuidadores informales del adulto mayor. *Revista Enfermería Universitaria*, 12 (1), 19-27.
- Amaral, A. (2010). *Prescrições de Enfermagem em Saúde Mental - Mediante a CIPE*. Loures: Lusociência.
- Benner, P. (2001). *De Iniciado a Perito. Excelência e poder na prática clínica de enfermagem*. Coimbra: Quarteto.
- Boff, L. (2011). *Saber cuidar: Ética do humano – Compaixão pela terra*. 15ª edição. Petrópolis: Editora Vozes.
- Bris, H. (1994). *Responsabilidade familiar pelos dependentes idosos nos países das comunidades europeias*. Fundação europeia para a melhoria das condições de vida e do trabalho. Conselho Económico e Social: Lisboa.
- Cardoso, M. (2011). *Promover o Bem-estar do Familiar Cuidador – Programa de Intervenção Estruturado*. Dissertação de candidatura ao Grau de Doutor em Enfermagem, Universidade Católica Portuguesa, Instituto de Ciências da Saúde. Porto.
- Chalifour, J. (2008). *A Intervenção Terapêutica. Os fundamentos existencial-humanistas da relação de ajuda*. Volume 1. Lusodidacta - Soc. Port. De Material Didáctico, Lda. ISBN: 978-989-8075-05-5
- Coelho, M. (2015). A Escuta / Técnica de Comunicação Terapêutica: O que valorizam os enfermeiros. *Revista da UIIPS*, 5 (3), 343-355.

Costa, A. (2012). *A família cuidadora perante a dependência do seu familiar idoso*. Dissertação de Mestrado em Saúde e Envelhecimento, Universidade Nova de Lisboa, Faculdade de Ciências Médicas. Lisboa.

Deaux, K. & Wrightsman, L. (1984). *Social Psychology in the 80's*, 4ª ed., Brooks cole. Califórnia.

Decreto-Lei n.º 28/2008 de 22 de fevereiro. Ministério da Saúde, *Diário da República*: I Série, n.º 38. (Criação, estruturação e funcionamento dos agrupamentos de centros de saúde de Serviço Nacional de Saúde). Disponível em: <https://dre.pt/pesquisa/-/search/247675/details/maximized>

Decreto-Lei n.º 101/2006 de 6 de junho. Ministério da Saúde, *Diário da República*: I Série-A, n.º 109. (Cria a Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados). Disponível em: <https://dre.pt/pesquisa/-/search/353934/details/maximized>

Decreto-Lei n.º 281/2003 de 8 de novembro. Ministério da Saúde, *Diário da República*: I Série-A, n.º 259. (Cria a rede de cuidados continuados de saúde). Disponível em: <https://dre.pt/web/guest/pesquisa/-/search/basic?q=281%2F2003>

Despacho n.º 10143/2009 de 16 de abril. Ministério da Saúde, *Diário da República*: II Série, n.º 74. (Aprovação do Regulamento da Organização e Funcionamento da Unidade de Cuidados na Comunidade). Disponível em: <https://dre.pt/application/conteudo/750692>

Despacho conjunto n.º 407/98 de 18 de junho. Ministérios da Saúde e do Trabalho e da Solidariedade. *Diário da República*: II Série, n.º 138. Orientações reguladoras da intervenção articulada do apoio social e dos cuidados de saúde continuados dirigidos às pessoas em situação de dependência. Disponível em: http://www.seg-social.pt/documents/10152/35243/Desp_C_407_98/9fe96ede-8089-40d1-91c0-8671614b8bee/9fe96ede-8089-40d1-91c0-8671614b8bee

Ferreira, I. (2013). *A sobrecarga do cuidador informal de pessoas com dependência*. Dissertação de Mestrado em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica, Instituto Politécnico de Setúbal, Escola Superior de Saúde. Setúbal.

- Ferreira, M., Pontes, M. & Ferreira, N. (2009). Cuidar em enfermagem – percepção dos utentes. *Revista da Faculdade de Ciências da Saúde. Porto: Edições Universidade Fernando Pessoa*, 6, 358-366.
- Fortin, M. (2003). *O processo de investigação: Da conceção à realização*. (3ª edição) Loures: Lusociência.
- Fortin, M. (1999). *O processo de investigação: Da conceção à realização*. Loures: Lusociência.
- Frade, J. (1999). *Relação de Ajuda em Enfermagem, Perspectivas sobre a prática e a formação*. Dissertação de mestrado, Universidade do Porto, Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar (Mestrado em Ciências de Enfermagem), Porto.
- Galinha, I. & Pais Ribeiro, J. (2005). História e evolução do conceito de bem-estar subjectivo. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 6 (2), 203-214.
- George, J. et al. (2000). *Teorias de Enfermagem. Os Fundamentos à Prática Profissional*, 4ª ed., Porto Alegre: Artmed.
- Gonçalves, L., Alvarez, A., Sena, E., Silva, L. & Vicente, F. (2006, out.-dez.). Perfil da família cuidadora de idoso doente / fragilizado do contexto sociocultural de Florianópolis, SC. *Texto & Contexto – Enfermagem*, 15(4), 570-577.
- Guerra, I. (1994). *Introdução à Metodologia de Projecto* (doc. Int.), CET, Lisboa.
- Hesbeen, W. (2000). *Cuidar no Hospital. Enquadrar os cuidados de enfermagem*. Lisboa: Lusociência, Edições técnicas e científicas, Lda.
- Instituto Nacional de Estatística [INE] (2011). Disponível em: https://censos.ine.pt/xportal/xmain?xpgid=ine_main&xpid=INE

- International Council of Nursing (2003). *Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem CIPE / CNP: versão Beta 2 (2ª ed.)*. Lisboa: Associação Portuguesa de Enfermeiros.
- Lage, I. (2005). Cuidados familiares a idosos. In C. Paúl, & Fonseca, A. (Eds.), *Envelhecer em Portugal*. (pp. 203-229). Lisboa: Climepsi Editores.
- Lazure, H. (1994). *Viver a Relação de Ajuda*. Lisboa: Lusodidacta.
- Lopes, M. (2011). A relação enfermeiro-doente como intervenção terapêutica: reflexões a partir dos resultados e um trabalho de investigação, *In Investigação em Saúde Múltiplos Enfoques, 20-30*, Natal: EDUFRN. ISBN: 978-85-7273-692-3
- Machado, P. (2013). *Papel do Prestador de Cuidados – Contributo para promover competências na assistência do cliente idoso com compromisso do Autocuidado*. Dissertação de candidatura ao Grau de Doutor em Enfermagem, Universidade Católica Portuguesa, Instituto de Ciências da Saúde. Porto.
- Manoel, M., Decesaro, M., Teston, E., Marcon, S. & Waidman, M. (2013, abr.-jun.). As relações familiares e o nível de sobrecarga do cuidador informal. *Revista Enfermagem – Escola Anna Nery, 17 (2)*, 346-353.
- Martín, I. (2005). O cuidado informal no âmbito social. in Paúl, C. & Fonseca, A (Eds.), *Envelhecer em Portugal*. (pp. 179-202). Lisboa: Climepsi Editores.
- Martins, A. (2013). *Papel e Stresse dos prestadores de cuidados de utentes dependentes: um olhar sobre a situação da Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados de Murça*. Dissertação de Mestrado em Enfermagem Comunitária, Universidade de Trás-os-Montes e Alto Douro, Vila Real.
- Martins, T. (2006). *Acidente Vascular Cerebral – Qualidade de vida e bem-estar dos doentes e familiares cuidadores*. Coimbra, Formasau - Formação e Saúde, Lda. ISBN: 972-8485-65-4.

- Martins, T., Ribeiro, J. & Garrett, C. (2003). Estudo de validação do questionário de avaliação da sobrecarga para cuidadores informais. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 4(1), 131-148.
- Melo, R., Rua, M. & Santos, C. (2014, mai.-jun.). Necessidades do cuidador familiar no cuidado à pessoa dependente: uma revisão integrativa da literatura. *Revista de Enfermagem Referência*, 2 (IV Série), 143-151.
- Mendes, G. (2009). A Dimensão Ética do Agir e as Questões da Qualidade Colocadas Face aos Cuidados de Enfermagem. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/tce/v18n1/v18n1a20.pdf>
- Mendes, J. (2006, jan. / jun.). A Relação de Ajuda: Um Instrumento no Processo de Cuidados de Enfermagem. *Revista Informar*, 36 (Ano XII), 71-77.
- Neves, M. (2012, dez). O papel dos enfermeiros na equipa multidisciplinar em Cuidados de Saúde Primários – Revisão sistemática da literatura. *Revista de Enfermagem Referência*, 8 (III série), 125-134.
- Nogueira, N. (2005). *Pedagogia dos Projectos: etapas, papeis e actores*. Tatuapé: Editora Érica, ISBN: 85-365-0078-6.
- Novo, S., Galvão, A. & Rodrigues, S. (2014, jun). Relação de ajuda e intervenção psicoterapêutica no serviço de urgência. *Escola Superior de Enfermagem Dr. José Timóteo Montalvão Machado*. ISBN: 978-989-97708-3-6
- Nunes, L. (2007). Olhar no sentido do futuro: do que temos ao que queremos - na encruzilhada do presente. Disponível em: http://web.ess.ips.pt/Percursos/pdfs/per_esp_dia_enf.pdf
- Oliveira, A. (2009). *Cuidados informais ao idoso dependente: Motivos e Gratificações*. Dissertação de Mestrado em Gerontologia. Universidade de Aveiro, Secção Autónoma de Ciências da Saúde. Aveiro.

Ordem dos Enfermeiros (2012). *Visitação Domiciliária*. Disponível em: [http://www.ordemenfermeiros.pt/sites/madeira/informacao/Documents/Artigos Enfermeiros/VISITAÇÃO DOMICILIÁRIA Sandra Abreu.pdf](http://www.ordemenfermeiros.pt/sites/madeira/informacao/Documents/Artigos%20Enfermeiros/VISITAÇÃO%20DOMICILIÁRIA%20Sandra%20Abreu.pdf)

Ordem dos Enfermeiros (2011). *Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Saúde Mental*. Disponível em Ordem dos Enfermeiros: <http://www.ordemenfermeiros.pt>.

Ordem dos Enfermeiros (2010). *Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Saúde Mental*. Disponível em Ordem dos Enfermeiros: <http://www.ordemenfermeiros.pt>.

Ordem dos Enfermeiros (2001). *Padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem. Enquadramento conceptual/Enunciados descritivos*. Disponível em: <https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/publicacoes/Documents/divulgar-padroesdequalidade.pdf>

Organization for Economic Co-operation and Development [OECD] (2013). *Health at a Glance 2013: OECD Indicators*, OECD Publishing. Disponível em: <https://www.oecd.org/els/health-systems/Health-at-a-Glance-2013.pdf>

Organização Mundial da Saúde [OMS] (2016). *Mental health: strengthening our response*. Fact sheet Updated April 2016. Geneva: World Health Organization. Disponível em: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs220/en>

Organização Mundial da Saúde [OMS] (2015). *Ageing and health*. Fact sheet N°404 September 2015. Disponível em: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs404/en/>

Organização Mundial da Saúde [OMS] (2002). *The Toronto Declaration on the Global Prevention of Elder Abuse*. Acedido a 17 de dezembro de 2017 em: http://www.who.int/ageing/projects/elder_abuse/alc_toronto_declaration_en.pdf?ua=1

Organização Mundial da Saúde [OMS] (2001). Relatório Mundial da Saúde, Saúde Mental nova concepção, nova esperança. Disponível em: http://www.who.int/whr/2001/en/whr01_djmessage_po.pdf

Pais Ribeiro, J. (2011). *Inventário de Saúde Mental*. Lisboa: Placebo Editora. ISBN: 978-989-8463-13-5

Pais Ribeiro, J. (2001). Mental Health Inventory: Um estudo de adaptação à população portuguesa. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 2 (1), 77-99. Disponível em: <http://repositorio.ispa.pt/bitstream/10400.12/1039/1/PSD%202001%202%281%29%2077-99.pdf>

Pereira, H. (2011). *Subitamente Cuidadores Informais! A experiência de transição para o papel de cuidador informal a partir de um evento inesperado*. Dissertação de candidatura ao Grau de Doutor em Enfermagem, Universidade de Lisboa, com a participação da Escola Superior de Enfermagem de Lisboa. Lisboa.

Pereira, M. & Filgueiras, M. (2009). A dependência no processo de envelhecimento: uma revisão sobre cuidadores informais de idosos. *Revista APS – Atenção primária à Saúde*, 12 (1), 72-82.

Pereira, I. & Silva, A. (2012, 1º semestre). Ser Cuidador Familiar: A Perceção do Exercício do Papel. *Revista Pensar Enfermagem*, 16 (1), 42-54.

Phaneuf, M. (2005). *Comunicação, entrevista, relação de ajuda e validação*. Loures: Lusociência.

Ricarte, L. (2009). *Sobrecarga do cuidador informal de idosos dependentes no Concelho da Ribeira Grande*. Dissertação de Mestrado em Ciências de Enfermagem, Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar da Universidade do Porto. Porto. Disponível em: <http://repositorio-aberto.up.pt/bitstream/10216/19131/2/ESCx.pdf>

- Rispail, D. (2002). *Conhecer-se melhor para melhor cuidar: uma abordagem do desenvolvimento pessoal em cuidados de enfermagem*, Loures: Lusociência. ISBN: 972-8383-42-8
- Rocha, B. (2009). *Stresse e coping do cuidador informal do idoso em situação de dependência*. Dissertação de Mestrado em Psicologia da Saúde. Universidade do Algarve, Faculdade de Ciências Humanas e Sociais. Faro.
- Rodríguez, B., Alvarez, E. & Cortes, O. (2001). Cuidadores Informales. Necesidades y ayudas. *Revista Rol de Enfermería*, 24 (3), 183-189. ISSN 1210-5020.
- Ryan, R. & Deci, E. (2001). On Happiness and Human Potentials: A Review of Research on Hedonic and Eudaimonic Well-Being. *Annual Review of Psychology*. 52, 141-166. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1146/annurev.psych.52.1.141>
- Sá, L. (2010). Saúde mental versus doença mental, in *Do diagnóstico à intervenção em saúde mental. II Congresso Internacional da SPESM, 26-29 out. 2010*. Barcelos. Disponível em: <https://repositorio.ucp.pt/handle/10400.14/4143>
- Santos, A. (2015). *Mental Health Inventory: Estudo das características metrológicas com amostras portuguesas com e sem psicopatologia*. Dissertação de Mestrado Integrado em Psicologia. Universidade de Lisboa, Faculdade de Psicologia. Lisboa.
- Santos, D. (2008). *As Vivências do Cuidador Informal na Prestação de Cuidados ao Idoso Dependente: Um Estudo no Concelho da Lourinhã*. Dissertação de Mestrado em Comunicação em Saúde, Universidade Aberta. Lisboa.
- Santos, J., Santos, A. & Dias, C. (2015, out.-dez.). Sofrimento psicológico na população portuguesa em 2004 e 2014: resultados do estudo ECOS. *Saúde Mental. Instituto Nacional Doutor Ricardo Jorge, Boletim Epidemiológico*, 14 (2ª série), 11-13.
- Saraiva, D. (2011). *O olhar dos e pelos cuidadores: Os impactos de cuidar e a importância do apoio ao cuidador*. Dissertação de Mestrado em Intervenção Social, Inovação e

Empreendedorismo. Universidade de Coimbra, Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação e Faculdade de Economia. Coimbra.

Sequeira, C. (2010). *Cuidar de idosos com dependência física e mental*. Lisboa: Lidel.

Sequeira, C. (2010, mar.). Adaptação e validação da Escala de Sobrecarga do Cuidador de Zarit. *Revista Referencia, 12 (II Série)*, 9-12.

Serra, I. & Gemito, M. (2013). Cuidadores informais: Quem quer ou quem pode? in Mendes, F., Gemito, L., Cruz, D. & Lopes, M. (coord.) *Enfermagem Contemporânea: Dez Temas, Dez Debates. N.º 1. Coleção E-books. Oficinas Temáticas*. (pp. 132-149) ISBN:978-989-20-4162-9. Disponível em: <https://dspace.uevora.pt/rdpc/handle/10174/10411>

Simões, J., Fonseca, M. & Belo, A. (2006, dez.). Relação de ajuda: horizontes de existência. *Revista Referência, 3 (II Série)*, 45-54.

Siqueira, M. & Padovam, V. (2008). Bases Teóricas de Bem-Estar Subjetivo, Bem-Estar Psicológico e Bem-Estar no Trabalho. *Psicologia: Teoria e Pesquisa, 24 (2)*, 201-209. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0102-37722008000200010&script=sci_abstract&tlng=pt

Sorensen, S., Pinquart, M., & Duberstein, P. (2002). How effective are interventions with caregivers? An updated meta-analysis. *Gerontologist, 42*, 356-72.

Sousa, L., Figueiredo, D. & Cerqueira, M. (2004). *Envelhecer em família: Os cuidados familiares na velhice*. Porto: Âmbar.

Sparrenberger, F., Santos, I. & Lima, R. (2003). Epidemiologia do *Distress* psicológico, estudo transversal de base populacional. *Revista Saúde Pública, 37 (4)*, 434-439. Disponível em: <http://www.scielosp.org/pdf/rsp/v37n4/16777.pdf>

Taylor, C. (1992). *Fundamentos de Enfermagem Psiquiátrica*, Porto Alegre, 13ª ed., Tradução: Dayse Batista.

- Townsend, M. (2011). *Enfermagem em Saúde Mental e Psiquiátrica*. Loures: Lusociência.
- Vargas, D. (2012). *As intervenções de enfermagem que permitem a diminuição da sobrecarga do cuidador informal de cuidados à pessoa com demência*. Dissertação de Mestrado em Enfermagem à Pessoa em Processo de Doença na Comunidade, Instituto Politécnico de Santarém, Escola Superior de Saúde de Santarém. Santarém.
- Vaz, S. (2014). *Os Cuidados de Enfermagem dirigidos à família, enquanto prestadora de cuidados da pessoa com esquizofrenia*. Dissertação de Mestrado em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiatria, Escola Superior de Enfermagem do Porto. Porto.

APÊNDICES

APÊNDICE I – Artigo científico “Sobrecarga associada ao ato de cuidar: a importância do bem-estar no cuidador”

Sobrecarga associada ao ato de cuidar: a importância do bem-estar no cuidador

Overload associated with caregiving: the importance of well-being in the caregiver

Andreia Sofia Murcho Verdelho¹; Jorge Salvador Pinto de Almeida²

RESUMO

O envelhecimento da população mundial aliado ao incremento das doenças crónicas e/ou incapacitantes, conduz à prestação de cuidados por parte de outrem. O papel de cuidador, coloca-o como parceiro importante no processo de assistência, estimulando-o a participar, como forma de garantir a continuidade dos cuidados à pessoa dependente. Contudo, a prestação de cuidados, o processo de conviver e cuidar de pessoas dependentes, é uma tarefa árdua, complexa e dinâmica. Os sentimentos e necessidades experienciados pelos cuidadores de pessoas dependentes são vários, cuja complexidade, diversidade e frequência dos problemas associados são uma constante, acarretando normalmente, um aumento do stress e da sobrecarga, com repercussões na saúde e no bem-estar por parte do cuidador. Pelo que as intervenções do enfermeiro devem contribuir para que o prestador de cuidados informal consiga aumentar as suas capacidades e desenvolver comportamentos indispensáveis para alcançar a adequada adaptação ao novo papel.

Palavras chave: sobrecarga, cuidador informal, bem-estar, enfermagem de saúde mental e psiquiátrica

ABSTRACT

The aging of the world's population combined with the increase of chronic and/or disabling diseases leads to the care of others. The role of carer, places it as an important partner in the care process, encouraging it to participate, to ensure continuity of care to the dependent person. However, caregiving, the process of living together and caring for dependent people, is an arduous, complex and dynamic task. The feelings and needs experienced by the caregivers of dependent persons are several, whose complexity, diversity and frequency of

¹ Enfermeira; Mestranda em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica (andreiaverdelho@gmail.com)

² Enfermeiro Especialista em Saúde Mental e Psiquiátrica; Doutorado em Ciências da Vida – Saúde Mental (jospa@ipcb.pt)

the associated problems are a constant, usually leading to an increase in stress and overload, with repercussions on the health and well-being of the caregiver. Hence, nurses' interventions should help the informal caregiver to increase his / her abilities and develop behaviors that are indispensable to the adequate adaptation to the new role.

Keywords: overload, informal caregiver, wellness, mental and psychiatric health nursing

INTRODUÇÃO

O envelhecimento progressivo da população mundial é um fenómeno complexo e um desafio cada vez mais evidente para a sociedade atual, que valoriza a juventude, a rapidez e a produtividade. O aumento do número de idosos a nível mundial constitui atualmente um problema generalizado que decorre, por um lado, pelo aumento da longevidade, dos investimentos na autonomia e na qualidade de vida, resultantes do avanço tecnológico, da ciência e da medicina, dos cuidados de saúde e da prática de atividade física, e por outro, pela diminuição das taxas de fecundidade, natalidade e mortalidade, pelo aumento da esperança de vida e pelo incremento das doenças crónicas e/ou incapacitantes (Cardoso, 2011; Melo, Rua & Santos 2014).

Tendo em consideração a diminuição do número de jovens, em proporção com o aumento da população idosa, o índice de envelhecimento aumentará. Consultando os censos 2011, verifica-se que 19% da população portuguesa são indivíduos com mais de 65 anos. Para além de se observar um aumento da proporção da população idosa face à população jovem e/ou ativa, verifica-se também um envelhecimento dentro da própria população idosa, com um aumento significativo dos idosos com idades acima dos 85 anos.

O envelhecimento afigura-se como um fenómeno, cujo impacto é difícil de estimar. A OMS (2006, sp) refere-nos que: “entre 2002 e 2050, a população mundial com mais de 60 anos mais que triplicará, passando de 600 milhões a 2000 milhões. A maior parte desse aumento se produzirá nos países em desenvolvimento, onde passarão de 400 a 1700 milhões nesse mesmo período”. Deste modo, alterações substanciais na estrutura populacional, como o aumento da esperança de vida, geram o aparecimento de um grupo de pessoas com idades cada vez mais avançadas e, previsivelmente, mais dependentes (Santos, 2008). Condições essas, que podem manter-se por períodos longos de tempo (Cardoso, 2011).

Envelhecer é um processo que conduz a uma perda progressiva das aptidões funcionais do organismo, aumentando o risco do sedentarismo. Essas alterações, nos domínios biopsicossociais, põem em risco a qualidade de vida do idoso, por limitar a sua capacidade

para realizar, com vigor, as suas atividades do quotidiano e colocar em maior vulnerabilidade a sua saúde. Como consequência, os seus hábitos de vida e rotinas diárias são preenchidos por atividades menos ativas, criando fortes relações de dependência no seu modo de vida (Sequeira, 2010).

Segundo Lebrão e Duarte (2003), citados por Machado (2013), 91% dos idosos têm que receber algum tipo de ajuda, um terço tem dificuldade em realizar pelo menos uma atividade instrumental da vida diária e um quinto dos idosos possui dificuldade em realizar as atividades de vida diária. O mesmo autor reforça ainda “que independentemente da causa, a incapacidade adquirida, condiciona a um conjunto de limitações, perdas de autonomia e dependência, (...) as quais impõem que a pessoa acometida requeira a ajuda de um prestador de cuidados”, (Machado, 2013, p. 57). Assim sendo, o idoso que normalmente conseguia realizar sozinho as suas atividades diárias, torna-se dependente de terceiros. Essas mudanças, vão acarretar alterações substanciais não só para si, mas também no seio da própria família (Cardoso, 2011).

No entanto, segundo vários estudos citados por Machado (2013, p. 62), “é perceptível que o processo de iniciação da prestação de cuidados não decorre de uma decisão pensada, maturada e detendo a informação necessária para perceber a real dimensão da função”. Pode iniciar-se como um processo lento e progressivo, que advém de algumas limitações, sucessivas dificuldades e do aumento gradual da dependência, e que vai envolvendo os cuidadores sem que estes tenham grande consciência do facto. Ou surgir de modo repentino, mas apresenta-se sempre como um fenómeno inesperado e um momento marcante para o CI (Pereira & Silva, 2012).

O assumir do papel de cuidador, coloca a família como parceira importante no processo de assistência, estimulando-a a participar, como forma de garantir a continuidade dos cuidados à pessoa dependente. Sendo que este, a coloca como pedra basilar da rede de cuidados informal e em funções fundamentais e de extrema importância. Contudo, a prestação de cuidados, o processo de conviver e cuidar de pessoas dependentes, é uma tarefa árdua, complexa e dinâmica, acarretando normalmente, um aumento do stress e da sobrecarga por parte de quem os exerce. Esta realidade, coloca o próprio cuidador como foco da assistência de enfermagem, reconhecendo a forma como o cuidar de um familiar dependente se reflete, não somente na qualidade de vida do doente, mas também no bem-estar do cuidador. É neste sentido que as necessidades do prestador informal de cuidados à pessoa com dependência, requerem uma correta avaliação, de onde deverão decorrer

intervenções de enfermagem adequadas (Manoel, Decesaro, Teston, Marcon & Waidman, 2013; Melo *et al.*, 2014).

De acordo com a Declaração de Toronto (OMS, 2002), os profissionais de saúde dos cuidados de saúde primários têm um papel particularmente importante, uma vez que se defrontam frequentemente com cuidadores em sobrecarga pessoal e familiar.

As UCC são consideradas como um dos grupos que melhor conhece e contacta com as famílias, que conhece o seu domicílio e dinâmica familiar, percecionando o quanto o cuidar da pessoa dependente pode ser desgastante e alterar a saúde e bem-estar do cuidador. Estando assim, numa posição chave para efetuar o despiste e atuar na prevenção de situações de risco, tanto para o doente como para o prestador de cuidados.

A Enfermagem em Saúde Mental a nível comunitário é uma realidade cada vez mais presente. Neste sentido, a formação e integração de Enfermeiros Especialistas nesta área, nas equipas de enfermagem dos cuidados de saúde primários, é fundamental para a prevenção e deteção precoce de alterações na área da saúde mental. Estas passam pela identificação das necessidades, elaborando diagnósticos e intervenções adequadas à manutenção e promoção da saúde e qualidade de vida de todos os envolvidos, pois o bem-estar dos cuidadores ir-se-á refletir, necessariamente, no bem-estar dos que deles recebem cuidados.

PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS DA REVISÃO SISTEMÁTICA

Para a elaboração da pergunta de revisão foi utilizada a estratégia PICO que estabelece uma linha orientadora para a pesquisa.

Trata-se de uma revisão sistemática de trabalhos científicos que abordaram a temática da sobrecarga no cuidador informal, aquando da prestação de cuidados à pessoa dependente.

Nesta revisão sistemática, elaborada de acordo com os critérios PRISMA (Moher *et al.*, 2015) foram considerados estudos publicados em inglês, português e/ou espanhol, sendo selecionadas as publicações decorridas entre o período temporal de 2007 e 2017. Para o efeito, recorreu-se à pesquisa na base de dados eletrónica B-on, usando como descritores de pesquisa (“*caregiver*”, “*overload*” e “*well-being*”). E utilizados os operadores booleanos *or* e *and* para conjugar os diferentes descritores.

Assim, de modo a aumentar a precisão dos resultados face à questão identificada, a definição dos critérios de inclusão teve como finalidade orientar a pesquisa e a seleção da literatura científica, incluindo trabalhos que abordavam cuidadores informais principais, que cuidavam de pessoas com dependência no autocuidado no domicílio. Utilizamos como

critério de exclusão os trabalhos cujo tema fosse centrado em cuidadores formais e/ou cuidados prestados em instituições, assim como outras temáticas.

Primeiramente, foi efetuado o levantamento das abordagens mais evidenciadas na literatura científica através de uma revisão de fontes secundárias, para uma visão geral sobre o tema. Passando em seguida à visualização de títulos, resumos e posteriormente, à leitura integral dos artigos selecionados.

RESULTADOS E INTERPRETAÇÃO

Transição para Cuidador informal

“Cada família, tem uma organização própria, um funcionamento peculiar e uma homeostasia individual, cada membro ocupa o seu lugar e o seu papel” (Martins, 2013, p.16). Quando um dos membros da família adoece ou se torna dependente, a estabilidade familiar é alterada, implicando mudança em todo o sistema e podendo originar uma crise familiar. Vários autores corroboram o facto de que a transição para o papel de prestador de cuidados, é um processo complexo, gerador de vulnerabilidades e alterações no ritmo de vida, com constantes variações ao nível das exigências, necessidades e sentimentos (Pereira & Silva, 2012; Martins, 2013; Melo *et al.*, 2014; Alonso, López, Vargas & Aguilera, 2015). O desempenho de novas funções envolve inúmeras variáveis com influência recíproca entre si, como o cuidador, a pessoa dependente, o contexto ou o ambiente no qual se desenvolve a prestação de cuidados (Sequeira, 2010).

Desta forma, o assumir deste papel pelo cuidador informal, pode ser abordado à luz da Teoria das Transições de Meleis. Esta teoria de médio alcance, fornece-nos as bases para melhor compreendermos este processo e o modo como afeta os cuidadores informais. Caraterizando a transição como a passagem entre duas fases da vida, ou de um estado para outro, com diferentes etapas dinâmicas, marcos e pontos de viragem (Melo *et al.*, 2014). Neste contexto, a transição implica mudanças e adaptação pessoal, relacional, situacional, social, ou alteração do ambiente. Esta mudança estabelece-se entre dois pontos e é um processo que envolve transformação, alteração e pressupõe tempo para a incorporação, integração ou adaptação. Provoca na pessoa a necessidade de desenvolver novas habilidades, novos papéis, novas relações e novas estratégias de *coping*, ou seja, requer reorganização interna para a incorporação e aprendizagem da nova circunstância da sua vida (Cardoso, 2011). Pelo que as intervenções do enfermeiro devem contribuir para que o prestador de cuidados consiga alcançar a adequada adaptação ao novo papel e/ou situação.

Segundo a CIPE®, versão Beta 2 (ICN, 2003, p. 63), o papel de prestador de cuidados é

“... um tipo de interação de papéis com as características específicas: interagir de acordo com as responsabilidades de cuidar de alguém, interiorizando as expectativas das instituições de saúde e profissionais de saúde, membros da família e sociedade quanto aos comportamentos de papel adequados ou inadequados de um prestador de cuidados; expressão destas expectativas como comportamentos e valores; fundamental em relação aos cuidados aos membros dependentes da família.”

O prestador de cuidados é, portanto, aquele que se ocupa de cuidar de alguém. Tendo como requisitos imperativos, por inerência das funções, a interação com a pessoa sob cuidado. “Esta realidade relacional toma por substratos: o ser, o estar e o agir com o outro” (Machado, 2013, p. 77).

O ato de cuidar é comum em todas as culturas, embora possa ser vivenciado de formas diferentes por cada uma. Mas, na grande maioria dos casos, representa um enorme desafio. De acordo com Santos (2008),

“pode levar a um sério comprometimento do bem-estar do cuidador, pois a tarefa de cuidar pode produzir alterações profundas ao nível da sua saúde, da vida social, das relações com outros membros da família, do lazer, da disponibilidade económica, da rotina doméstica e do desempenho profissional, quando este ainda existe.”

No momento de assumir o papel de cuidador, a pessoa, por norma, ainda não está consciente das exigências associadas a este papel. Cuidar de uma pessoa com dependência obriga a grande dispêndio do tempo pessoal e energia, implica desenvolver novas e muitas vezes, tarefas desagradáveis e desconfortáveis, por períodos de tempo imprevisíveis (Manoel *et al.*, 2013; Melo *et al.*, 2014).

O papel de cuidador informal surge por contraste aos profissionais dos serviços de saúde, que formalmente assumem o exercício de uma profissão, mas constitui-se como uma rede de apoio que assegura a continuidade dos cuidados à pessoa dependente, não sendo para tal remunerado (Melo *et al.*, 2014). No seio da família, este papel é maioritariamente desempenhado pelos familiares diretos, sendo a estes que a pessoa funcionalmente dependente, recorre primeiro.

Sobrecarga no Cuidador Informal

São vários os sentimentos experienciados pelos cuidadores de pessoas dependentes, cuja complexidade, diversidade e frequência dos problemas associados são uma constante. “Amor e raiva, paciência e intolerância, carinho, tristeza, irritação, desânimo, pena, revolta, insegurança, negativismo, solidão, dúvida quanto aos cuidados, medo de ficar doente, medo

de o paciente estar sofrendo, medo de o paciente morrer”, são sentimentos evidenciados pelos cuidadores, tal como elenca Cardoso (2011, p. 40) citando Silveira *et al.*, (2006, p.1632). As características desses sentimentos e a sua vivência, normalmente, de forma isolada, associados à pressão da dependência, são condições favoráveis ao desenvolvimento de stress e sobrecarga no cuidador, influenciando diretamente a qualidade dos cuidados prestados (Cardoso, 2011; Manoel *et al.*, 2013).

O desequilíbrio entre atividade / repouso, o esforço físico, o excesso de cansaço e desgaste, o tempo despendido, a ansiedade, a depressão ou a culpa, o compromisso em suportar a situação, assumindo novos papéis e prescindindo de outros, surgem como fatores causadores de instabilidade. Originando graves repercussões na saúde e no bem-estar do cuidador, podendo por si só ser um componente essencial a contribuir para a sobrecarga do cuidador (Cardoso, 2011).

Por vezes, ao sentir que perdeu a sua identidade, o cuidador pode ser acometido de um grande sofrimento, não conseguindo assegurar as suas atividades anteriores e cingindo-se unicamente a viver em função da pessoa dependente (Cardoso, 2011; Manoel *et al.*, 2013). A exigência da condição de saúde da pessoa sob cuidados implica a disponibilidade ou a ausência desta, por parte do cuidador, assim como o cansaço acumulado pelo desempenho de algumas tarefas, tendo repercussões ao nível das suas necessidades individuais, como atividades de lazer ou de socialização (Vargas, 2012, Machado, 2013; Melo *et al.*, 2014).

Nas situações de doença crónica acompanhada de dependência, o prestador informal de cuidados vai tomando consciência do contínuo agravamento e degradação da pessoa a quem presta cuidados, antevendo em certa medida o final de vida. É-lhe exigido que cuide de uma pessoa doente, passando para segundo plano as suas necessidades. O cuidador na dualidade do papel que desempenha, coloca muitas vezes o sofrimento da pessoa cuidada em primeiro lugar, minimizando o seu próprio sofrimento, esquecendo ou adiando os seus problemas de saúde, facto esse, que o coloca também como alvo de cuidados (Pereira & Silva, 2012; Manoel *et al.*, 2013; Melo *et al.*, 2014).

Na literatura existem vários termos para designar sobrecarga do prestador de cuidados. Segundo Cardoso (2011), na área da saúde o conceito de *caregiver burden* tem sido bastante utilizado, na tentativa de explicitar o conjunto de problemas suportados pela pessoa que cuida de familiares dependentes no contexto domiciliário. A sobrecarga do cuidador informal, refere-se a um estado psicológico resultante da combinação do esforço físico, da pressão emocional, das restrições sociais e das exigências económicas que surgem (Manoel *et al.*, 2013; Melo *et al.*, 2014).

Alguns autores descrevem a existência de duas vertentes da sobrecarga. Sendo que, a *sobrecarga subjetiva* consiste na percepção pessoal do cuidador informal sobre as consequências do cuidar. Resultando numa panóplia de sentimentos por si experienciados. Por outro lado, a *sobrecarga objetiva* resulta da avaliação dos cuidadores acerca do seu papel e das tarefas que realizam sob a forma de cuidados e/ou ajuda. Integra toda a percepção do tempo e esforço por si exigidos para atender às necessidades da pessoa alvo de cuidados. Assim, o cuidador confronta-se com um conflito de papéis. Sendo que, a sobrecarga objetiva é resultante das implicações nas tarefas de cuidar, enquanto que a sobrecarga subjetiva estará mais relacionada com as características do cuidador, tendo interferência sobre a sua vida e bem-estar (Sequeira, 2010; Alonso *et al.*, 2015).

Tendo em conta o acima descrito, verificamos que nem sempre o cuidador por si só consegue desenvolver estratégias que o ajudem a ultrapassar o problema, existem vários fatores que podem traduzir-se em risco de incapacidade para cuidar de uma pessoa dependente, sendo geradores de stress por parte do cuidador (Machado, 2013).

Neste contexto, o ICN (2003, p. 51) define Stress do Prestador de Cuidados por:

“um tipo de *Coping* com as seguintes características específicas: disposições que se tomam para gerir a pressão física e psicológica de um prestador de cuidados que cuida de um membro da família ou pessoa significativa durante um longo período de tempo; diminuição da capacidade de resolução de problemas em resposta às exigências da prestação de cuidados”.

Assim sendo, vários estudos efetuados, explicam a sobrecarga no cuidador por alterações a vários níveis, referindo-se a questões de ordem física, emocional ou psicológica, social e financeira, que podem ser experienciados pelo cuidador de pessoas dependentes (Sequeira, 2010; Manoel *et al.*, 2013; Melo *et al.*, 2014; Alonso *et al.*, 2015).

A diversidade de tarefas desempenhadas pelos prestadores de cuidados à pessoa sob seu cuidado, caracteriza-se por uma abrangência imensa de áreas e também pela simultaneidade com que podem ocorrer ou ainda o teor de rotina ou de urgência com que se sucedem (Sequeira 2010; Machado, 2013). Podemos destacar que as respostas dos prestadores de cuidados, às solicitações a que diariamente e por tempo indefinido terão que conceder, são múltiplas.

Considerando que a transição para o papel de prestador de cuidados informal nos surge como um processo que se reveste de uma grande complexidade de sentimentos, também ao nível das necessidades, as variáveis são diversas. Na literatura científica, as necessidades mais evidenciadas passam pela falta de apoio familiar e social, assim como a carência de

articulação com os serviços de saúde e apoio dos profissionais, nomeadamente para a aprendizagem de competências instrumentais, transmissão de informações ou esclarecimento de dúvidas. Também o apoio psicoemocional, é transversal a vários estudos surgindo como uma necessidade bem evidente, assim como a aquisição de estratégias de *coping* eficazes (Vargas, 2012; Melo *et al.*, 2014).

É fundamental compreender que a prestação de cuidados a pessoas dependentes inclui muito mais do que os aspetos instrumentais e físicos, que normalmente são mensuráveis. Sequeira (2010) acrescenta ainda, que as competências associadas ao papel de cuidador informal, estão associadas a requisitos, como iniciativa, responsabilidade ou autonomia.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Para que os indicadores de resultado, conceptualizados por Meleis, a mestria e a integração do novo papel, sejam os mais eficientes e saudáveis possíveis, o prestador de cuidados deve evidenciar perícia e desenvoltura para lidar com a situação (Cardoso, 2011).

É ao nível dos indicadores de processo, para que transição ocorra de forma eficaz e harmoniosa, que o enfermeiro deve atuar. As suas intervenções devem facilitar as respostas dos cuidadores a todo este processo. Estes indicadores devem permitir a aquisição das competências necessárias, e incluir de forma harmoniosa, sentimentos, interação, estar integrado, desenvolver confiança e estratégias de *coping*, aos quais estes recorrem de modo a aumentar as suas capacidades e desenvolver comportamentos indispensáveis para viver as novas situações e desempenhar de forma adequada o novo papel (Melo *et al.*, 2014).

Desta forma, o diagnóstico precoce de fatores inibidores de uma transição eficaz para o papel de cuidador informal, permite aos enfermeiros identificar, facilitar e promover intervenções adequadas de forma a elevar o bem-estar do cuidador e consequentemente melhorar a qualidade dos cuidados prestados.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Alonso, M., López, I., Vargas, M. & Aguilera, P. (2015). Sobrecarga y Burnout en cuidadores informales del adulto mayor. *Revista Enfermería Universitaria*, 12 (1), 19-27.
- Cardoso, M. (2011). *Promover o Bem-estar do Familiar Cuidador – Programa de Intervenção Estruturado*. Dissertação de candidatura ao Grau de Doutor em Enfermagem, Universidade Católica Portuguesa, Instituto de Ciências da Saúde. Porto.

International Council of Nursing (2003). *Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem CIPE/CNP: versão Beta 2 (2ª ed.)*. Lisboa: Associação Portuguesa de Enfermeiros.

Machado, P. (2013). *Papel do Prestador de Cuidados - Contributo para promover competências na assistência do cliente idoso com compromisso do Autocuidado*. Dissertação de candidatura ao Grau de Doutor em Enfermagem, Universidade Católica Portuguesa, Instituto de Ciências da Saúde (Mestrado em Enfermagem, com Especialização em Enfermagem Comunitária). Porto.

Manoel, M., Decesaro, M., Teston, E., Marcon, S. & Waidman, M. (2013, abr.-jun.). As relações familiares e o nível de sobrecarga do cuidador informal. *Revista Enfermagem – Escola Anna Nery*, 17 (2), 346-353.

Martins, A. (2013). *Papel e Stresse dos prestadores de cuidados de utentes dependentes: um olhar sobre a situação da Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados de Murça*. Dissertação de Mestrado, Universidade de Trás-os-Montes e Alto Douro (Mestrado em Enfermagem Comunitária), Vila Real.

Melo, R., Rua, M. & Santos, C. (2014, mai. / jun.). Necessidades do cuidador familiar no cuidado à pessoa dependente: uma revisão integrativa da literatura. *Revista Referência*, 2 (IV Série), 143-151.

Moher, D., Shamseer, L., Clarke, M., Ghersi, D., Liberati, A., Petticrew, M., ... Stewart, L. A. (2015). Preferred reporting items for systematic review and meta-analysis protocols (PRISMA-P) 2015 statement. *Systematic Reviews*, 4(1), 1. <https://doi.org/10.1186/2046-4053-4-1>

Organização Mundial da Saúde [OMS] (2002). The Toronto Declaration on the Global Prevention of Elder Abuse. Acedido a 17 de dezembro de 2017 em: http://www.who.int/ageing/projects/elder_abuse/alc_toronto_declaration_en.pdf?ua=1

Organização Mundial da Saúde [OMS] (2006). Qué repercusiones tiene el envejecimiento mundial en la salud pública? <http://www.who.int/features/ga/42/es>. [online] 26 de setembro de 2006. [Citação: 1 de setembro de 2009.] <http://www.who.int/features/ga/42/es>.

- Pereira, I. & Silva, A. (2012, 1º semestre). Ser Cuidador Familiar: A Perceção do Exercício do Papel. *Revista Pensar Enfermagem*, 16 (1), 42-54.
- Santos, D. (2008). *As Vivências do Cuidador Informal na Prestação de Cuidados ao Idoso Dependente: Um Estudo no Concelho da Lourinhã*. Dissertação de Mestrado em Comunicação em Saúde, Universidade Aberta, Lisboa.
- Sequeira, C. (2010). *Cuidar de idosos com dependência física e mental*. Lisboa: Lidel.
- Sequeira, C. (2010, mar.). Adaptação e validação da Escala de Sobrecarga do Cuidador de Zarit. *Revista Referencia*, 12 (II Série), 9-12.
- Vargas, D. (2012). *As intervenções de enfermagem que permitem a diminuição da sobrecarga do cuidador informal de cuidados à pessoa com demência*. Dissertação de Mestrado, Instituto Politécnico de Santarém, Escola Superior de Saúde de Santarém (Mestrado em Enfermagem à Pessoa em Processo de Doença na Comunidade), Santarém.

APÊNDICE II – Guião da entrevista

ENTREVISTA

Data da recolha de dados: ____/____/____

PARTE I

CUIDADOR INFORMAL

✓ DADOS PESSOAIS

1. Sexo:

- Feminino
- Masculino

2. Idade: _____

3. Estado civil:

- Casado(a) / união de facto
- Solteiro(a)
- Viúvo(a)
- Divorciado(a) / Separado(a)

4. Habilitações Literárias:

- Sem escolaridade
- Sabe ler e escrever
- 1º ciclo ensino básico (4ª classe)
- 2º ciclo ensino básico (ensino preparatório)
- 3º ciclo ensino básico (9º ano)
- Ensino secundário (12º ano)
- Ensino Superior
- Outro. Qual _____

5. Atividade Profissional: _____

✓ CARACTERIZAÇÃO COMO CUIDADOR

6. Grau de parentesco com a pessoa a quem presta cuidados

- Filho(a)
- Nora / Genro
- Esposa / Marido
- Outro – Qual? _____

7. Tempo de dependência da pessoa a quem presta cuidados

- Menos de 3 meses
- Entre 3 a 6 meses
- Entre 6 meses a 1 ano
- Entre 1 e 3 anos
- Entre 3 e 6 anos
- Mais de 6 anos

8. Tipo de família do cuidador

- Vive só
- Nuclear
- Alargada
- Outra. Qual _____

9. Vive na mesma habitação da pessoa a quem presta cuidados atualmente

- Não
- Sim
- Esporadicamente

10. Vivia com a pessoa a quem presta cuidados anteriormente ao estado de dependência

- Não
- Sim
- Esporadicamente

11. Alteração de residência pelo cuidador face à situação de dependência da pessoa a quem presta cuidados

- Não
- Sim

12. Número de dias por semana em que o cuidador presta cuidados à pessoa dependente

- 1 dia
- de 2 a 4 dias
- de 5 a 6 dias
- 7 dias
- Quinzenalmente

13. Número de horas por dia em que o cuidador presta cuidados à pessoa dependente

- 1 a 4
- 5 a 10
- 11 a 15

- 16 a 20
- 21 a 24

14. Tipo de cuidados prestados à pessoa dependente

- Higiene
- Alimentação
- Vestir e despir
- Mobilização
- Outros...Quais? _____

15. Apoio recebidos pelo(s) Cuidador(es):

Rede suporte informal

- Não
- Sim
- Se sim, qual a rede de apoio _____

Tem auxílio por parte da família:

- Não
- Sim
- Se sim, por quem: _____

Tipo de ajuda prestada por esses familiares:

- Higiene
- Alimentação
- Vestir e despir
- Mobilização
- Outros...Quais? _____

Rede suporte formal:

- Não
- Sim

Instituição particular de solidariedade social:

- Não
- Sim

Se sim encontra-se integrado em valência?

- Centro de dia
- SAD

Que tipos de cuidados são prestados:

- Higiene
- Alimentação
- Vestir e despir
- Mobilização
- Outros...Quais? _____

16. Tem a seu cargo, outras pessoas?

- Não
- Sim

17. Quais os motivos que o(a) levaram a ser cuidador?

- Iniciativa própria
- Disponibilidade
- Grau de parentesco
- Obrigação moral
- Ausência de outra solução

18. Quais as dificuldades que sente na prestação de cuidados?

- Cansaço físico e mental
- Falta de disponibilidade para si próprio
- Aceitação do estado de saúde da pessoa cuidada
- Execução de algumas tarefas
- Dificuldades económicas

19. Satisfação que sente pela prestação de cuidados.

- Prazer e orgulho pelo que faz
- Sentir-se útil
- Proximidade com a pessoa cuidada
- Melhoria do estado de saúde da pessoa cuidada
- Ausência de satisfação

20. Modos de adaptação utilizados para ultrapassar momentos difíceis durante a prestação de cuidados.

- Aceita a situação
- Planeia cuidadosamente as atividades
- Procura ajuda
- Recorre a medicação
- Sinto-me incapaz

21. Consegue algum tempo livre para si?

- Sim
- Não

22. Como ocupa esse tempo livre?

- Sair de casa / conviver
- Atividades religiosas / espirituais
- Elaborar trabalhos manuais
- Visitar familiares
- Não faço nada

PARTE II

PESSOA DEPENDENTE

1. Sexo:

- Feminino
- Masculino

2. Idade: _____

3. Estado civil:

- Casado(a) / união de facto
- Solteiro(a)
- Viúvo(a)
- Divorciado(a) / Separado(a)

4. Tipo de dependência:

- Física
- Mental
- Física / Mental

5. Tipo de dependência física

- Motor
- Visual
- Auditivo
- Não sei

Qual? _____

6. Grau de dependência

- Baixa dependência
- Média de dependência
- Elevada dependência

APÊNDICE III – Consentimento livre e esclarecido

CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Eu, Andreia Sofia Murcho Verdelho, sou enfermeira na Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados de Brejos do Assa, Agrupamento de Centros de Saúde da Arrábida. Atualmente, encontro-me a frequentar o Mestrado em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica, na Universidade de Évora, Escola Superior de Enfermagem São João de Deus. No âmbito do referido curso, realizo neste momento estágio na UCC XXXXX, local onde irei desenvolver um projeto, cuja orientação está a cargo do Professor Doutor Jorge Almeida.

Com a realização deste projeto pretendo desenvolver competências clínicas de avaliação diagnóstica, planeamento e intervenção, relacionadas com a sobrecarga associada ao ato de cuidar, assim como compreender a importância do bem-estar do cuidador informal.

Deste modo, solicito a sua participação neste projeto que consiste na realização de uma entrevista com o intuito de caracterizar o cuidador e a pessoa dependente e no preenchimento de uma escala, designada, Inventário de Saúde Mental. Estes instrumentos permitir-me-ão avaliar o nível de bem-estar do cuidador informal e identificar as suas dificuldades / necessidades enquanto cuidador.

A sua participação é voluntária e anónima, não existindo a necessidade da sua identificação pessoal.

Todas as informações recolhidas serão absolutamente confidenciais e estarão abrangidas pelo sigilo profissional. Os procedimentos utilizados seguem as normas éticas, não oferecendo riscos de qualquer natureza. Se recusar participar, isso não afetará de forma alguma a sua relação com os profissionais de saúde ou o tratamento do seu familiar.

Aceito a participação:

SIM	<input type="checkbox"/>
NÃO	<input type="checkbox"/>

Assinatura: _____

Data: ____ / ____ / ____

Assinatura investigador: _____

ANEXOS

ANEXO I – Inventário de Saúde Mental: Subescala – Bem-estar psicológico

INVENTÁRIO DE SAÚDE MENTAL

ABAIXO VAI ENCONTRAR UM CONJUNTO DE QUESTÕES ACERCA DO MODO COMO SE SENTE NO DIA A DIA. RESPONDA A CADA UMA DELAS ASSINALANDO NUM DOS RECTÂNGULOS POR BAIXO A RESPOSTA QUE MELHOR SE APLICA A SI.

1 - QUANTO FELIZ E SATISFEITO VOCÊ TEM ESTADO COM A SUA VIDA PESSOAL?

Extremamente feliz, não pode haver pessoa mais feliz ou satisfeita	Muito feliz e satisfeito a maior parte do tempo	Geralmente satisfeito e feliz	Por vezes ligeiramente satisfeito, por vezes ligeiramente infeliz	Geralmente insatisfeito, infeliz	Muito insatisfeito, e infeliz a maior parte do tempo
--	---	-------------------------------	---	----------------------------------	--

2 - DURANTE QUANTO TEMPO SE SENTIU SÓ NO PASSADO MÊS?

Sempre	Quase sempre	A maior parte do tempo	Durante algum tempo	Quase nunca	Nunca
--------	--------------	------------------------	---------------------	-------------	-------

4 - DURANTE O MÊS PASSADO COM QUE FREQUÊNCIA SENTIU QUE TINHA UM FUTURO PROMISSOR E CHEIO DE ESPERANÇA?

Sempre	Com muita frequência	Frequentemente	Com pouca frequência	Quase nunca	Nunca
--------	----------------------	----------------	----------------------	-------------	-------

5 - COM QUE FREQUÊNCIA, DURANTE O ÚLTIMO MÊS, SENTIU QUE A SUA VIDA NO DIA A DIA ESTAVA CHEIA DE COISAS INTERESSANTES?

Sempre	Com muita frequência	Frequentemente	Com pouca frequência	Quase nunca	Nunca
--------	----------------------	----------------	----------------------	-------------	-------

6 - COM QUE FREQUÊNCIA, DURANTE O ÚLTIMO MÊS, SE SENTIU RELAXADO E SEM TENSÃO?

Sempre	Com muita frequência	Frequentemente	Com pouca frequência	Quase nunca	Nunca
--------	----------------------	----------------	----------------------	-------------	-------

7 - DURANTE O ÚLTIMO MÊS, COM QUE FREQUÊNCIA SENTIU PRAZER NAS COISAS QUE FAZIA?

Sempre	Com muita frequência	Frequentemente	Com pouca frequência	Quase nunca	Nunca
--------	----------------------	----------------	----------------------	-------------	-------

10 - DURANTE O ÚLTIMO MÊS, QUANTAS VEZES SE SENTIU AMADO E QUERIDO?

Sempre	Quase sempre	A maior parte das vezes	Algumas vezes	Muito poucas vezes	Nunca
--------	--------------	-------------------------	---------------	--------------------	-------

12 - DURANTE O ÚLTIMO MÊS, COM QUE FREQUÊNCIA ESPERAVA TER UM DIA INTERESSANTE AO LEVANTAR-SE?

Sempre	Com muita frequência	Frequentemente	Com pouca frequência	Quase nunca	Nunca
--------	----------------------	----------------	----------------------	-------------	-------

17 - DURANTE QUANTO TEMPO, NO MÊS QUE PASSOU, SE SENTIU CALMO E EM PAZ?

Sempre	Quase sempre	A maior parte do tempo	Durante algum tempo	Quase nunca	Nunca
--------	--------------	------------------------	---------------------	-------------	-------

23 - NO ÚLTIMO MÊS, DURANTE QUANTO TEMPO SENTIU QUE AS SUAS RELAÇÕES AMOROSAS ERAM TOTAL OU COMPLETAMENTE SATISFATÓRIAS?

Sempre	Quase sempre	A maior parte do tempo	Durante algum tempo	Quase nunca	Nunca
--------	--------------	------------------------	---------------------	-------------	-------

26 - NO MÊS QUE PASSOU, DURANTE QUANTO TEMPO SENTIU QUE A SUA VIDA ERA UMA AVENTURA MARAVILHOSA?

Sempre	Quase sempre	A maior parte do tempo	Durante algum tempo	Quase nunca	Nunca
--------	--------------	------------------------	---------------------	-------------	-------

31 - DURANTE QUANTO TEMPO, NO ÚLTIMO MÊS, SE SENTIU ALEGRE, ANIMADO E BEM DISPOSTO?

Sempre	Quase sempre	A maior parte do tempo	Durante algum tempo	Quase nunca	Nunca
--------	--------------	------------------------	---------------------	-------------	-------

34 - NO O ÚLTIMO MÊS DURANTE QUANTO TEMPO SE SENTIU UMA PESSOA FELIZ?

Sempre	Quase sempre	A maior parte do tempo	Durante algum tempo	Quase nunca	Nunca
--------	--------------	------------------------	---------------------	-------------	-------

37 - COM QUE FREQUÊNCIA DURANTE O ÚLTIMO MÊS, ACORDOU DE MANHÃ SENTINDO-SE FRESCO E REPOUSADO?

Sempre, todos os dias	Quase todos os dias	Frequentemente	Algumas vezes, mas normalmente não	Quase nunca	Nunca
-----------------------	---------------------	----------------	------------------------------------	-------------	-------

MUITO OBRIGADA