

Universidade de Trás-os-Montes e Alto Douro

**Dificuldade da Família na Adaptação ao Papel de Prestador
Informal de Cuidados**

Relatório de Estágio de Natureza Profissional

Filomena Berta Ramos

Orientador

Professor Doutor Amâncio António de Sousa Carvalho



2019

Universidade de Trás-os-Montes e Alto Douro

Escola Superior de Saúde

Instituto Politécnico de Bragança

Escola Superior de Saúde

Universidade de Aveiro

Escola Superior de Saúde

**Dificuldade da Família na Adaptação ao Papel de Prestador
Informal de Cuidados**

Relatório de Estágio de Natureza Profissional

Filomena Berta Ramos

Orientador

Professor Doutor Amâncio António de Sousa Carvalho

Constituição do Júri:

Presidente do júri: Professora Doutora Maria da Conceição Alves Rainho Soares Pereira

Vogal (Arguente Principal): Professora Doutora Assunção das Dores Laranjeira de Almeida

Vogal (Arguente): Professora Doutora Ana Cristina Lima Mimoso Caramelo

Vogal (Orientador): Professor Doutor Amâncio António de Sousa Carvalho

2019

Relatório de Estágio, apresentado à Escola Superior de Saúde da Universidade de Trás-os-Montes e Alto Douro, para cumprimento dos requisitos necessários à obtenção do grau de Mestre em Enfermagem de Saúde Familiar, realizado sob orientação científica do Professor Doutor Amâncio António de Sousa Carvalho, da Escola Superior de Saúde da Universidade de Trás-os-Montes e Alto Douro.

Dedico este trabalho ao meu marido e às minhas filhas,
por todo o carinho e compreensão.

Agradecimentos

Ao Professor Doutor Amâncio António de Sousa Carvalho, pela sua disponibilidade, pela orientação competente e atenta e partilha de saber.

Ao Agrupamento de Centros de Saúde Alto Tâmega e Barroso, na pessoa da Enfermeira Diretora Executiva, Laurentina Santa.

À Enfermeira Florbela Santos, supervisora de estágio em Campo de Jales, pelo seu tempo, apoio, trabalho e gentileza.

À Enfermeira Anabela Santa, da Unidade de Cuidados na Comunidade de Vila Pouca de Aguiar, pela minha participação na formação sobre Cuidadores Informais, por ela organizada e apresentada.

Aos prestadores informais de cuidados, que voluntariamente participaram nesta investigação, tornando possível a realização deste estudo.

Em especial à minha família, pela compreensão, incentivo e apoio ao longo do meu percurso académico.

A todos, o meu sincero obrigada.

Resumo

Enquadramento: Este relatório resultou do estágio no âmbito do Mestrado Enfermagem de Saúde Familiar, que decorreu na Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados de Vila Pouca de Aguiar, Extensão de Campo de Jales, com início no mês março e terminos no mês de junho de 2017, com um total de 480 horas, o qual me permitiu desenvolver competências definidas no Regulamento nº 126/2011 - Regulamento das Competências Específicas em Enfermagem de Saúde Familiar. No decorrer do estágio realizamos um estudo no âmbito do papel da família, enquanto prestadores informais de cuidados. O enorme envelhecimento demográfico e o aumento dos níveis de dependência que o fenómeno do envelhecimento acarreta, obrigam as famílias a reorganizar-se para cuidar dos seus dependentes. As transições vividas podem ocasionar sobrecarga física e emocional, influenciando o desempenho adequado do papel do Prestador Informal de Cuidados.

Objetivos: i) Descrever as atividades realizadas no decorrer do estágio; ii) Relacionar as atividades realizadas com as competências desenvolvidas fazendo uma reflexão crítica; iii) Apresentar a metodologia, resultados, discussão e principais conclusões do estudo empírico realizado; iv) Dar resposta a uma das exigências do plano de estudos que prevê a elaboração do relatório, após a realização do estágio.

Métodos: Trata-se de um estudo misto, do tipo descritivo, com uma parte de abordagem quantitativa e outra parte do tipo fenomenológico, de abordagem qualitativa. A população do estudo era constituída por 22 famílias prestadoras informais de cuidados, a amostra incluiu 11 famílias prestadoras informais de cuidados. Na recolha de dados utilizamos um formulário elaborado para o efeito, que foi aplicado às famílias no diagnóstico inicial de necessidades. O tratamento de dados foi efetuado com recurso ao SPSS e à análise de conteúdo.

Resultados: Os resultados obtidos revelaram que os prestadores informais de cuidados são todos do género feminino, com idades compreendidas entre os 18-64 anos, casados, no grau de parentesco com o dependente, predominam as filhas, noras e famílias de acolhimento, detentoras de baixo grau de escolaridade 1º e 3º c ciclo, domésticas, exercendo o papel de prestadoras informais de cuidados, no espaço de tempo, que varia entre um mês e vinte anos, e a maioria tem a seu cuidado um dependente. Maioritariamente, as famílias prestadoras informais de cuidados realizam todas as tarefas inerentes ao cuidar dos seus dependentes, tendo referido dificuldades como o dar banho, eliminação, deambulação/levantes e

vestir/despir, dos seus dependentes. No que diz respeito à formação, a maioria prestava cuidados sem qualquer tipo de formação, referiu ainda que gostaria de ter formação, mas não demonstrou disponibilidade de tempo. Quanto às ajudas técnicas, a maioria tem conhecimento e utilização das mesmas. Relativamente às alterações que o papel de prestador informal de cuidados provocou na sua vida diária, todos, à exceção de uma cuidadora, referem alterações como cansaço, stresse, falta de vida social e laboral.

Conclusões: A maioria das famílias prestadoras informais de cuidados não referiu dificuldades no ato de cuidar dos seus dependentes. As famílias que assinalam dificuldades, as mais sentidas foram o dar banho, eliminação, deambulação/levantes e vestir/despir, dos seus dependentes. Esta ausência de dificuldades em grande parte das famílias poderá estar relacionada com a sua experiência enquanto cuidadoras. As alterações na vida da família provocadas pelo papel de prestador informal de cuidados recaem sobretudo na limitação da vida social destas famílias, com diminuição dos seus movimentos, nas alterações físicas, sobretudo, relacionadas com o cansaço físico, muito comuns em outros estudos. Como medidas para correção das dificuldades encontradas, propõe-se a realização de formação em grupo das famílias prestadoras informais de cuidados, de cariz prático, que devem ser planeadas em parceria com a Câmara Municipal, para facilitar a participação destas famílias. Este relatório descreveu as principais atividades realizadas ao longo do estágio e a reflexão sobre as competências desenvolvidas. O estágio permitiu-nos desenvolver todas as competências preconizadas pela Ordem dos Enfermeiros para esta área de especialização.

Palavras-chave: Famílias; Prestadores informais de cuidados; Dificuldades sentidas; Enfermagem de família.

Abstract

Context: The present work is the result of an intership in the Unity of Personalized Health Care of Vila Pouca de Aguiar, Extension of Campo de Jales, in the context of a master's degree in Family Health Care Nursing, starting in May and ending in July 2007, completing 480 hours. The mentioned work allowed me to develop skills defined in the no 126/2011 Regulation – Specific skills in Family Health Nursing Regulation.

Through the intership, the role of the family as informal health care provider was studied. The significant demographic aging and increase of the reliance of elderly people requires structure and organization from the families to take care of their dependents. These transitions may cause a physical and emotional burden, having an impact on the role of the Informal Health Care Provider.

Goals: I) Describe the activities realized throughout the internship; II) Relate the activities realized to the skills developed, making a critical consideration; III) Show the methods, results, discussion and main conclusions of the empiric study realized; IV) Satisfy one of the goals of the plan studies, which include a report based on the intership.

Methods: This is a mixed study, of a descriptive kind with a quantitative approach, and of a phenomenologic kind with a qualitative approach. The pool in studie was formed by 22 informal health care provider families. The sample included 11 informal health care providers. In order to collect the data, it was used a form for this purpose, which was applied to the families in the inicial diagnose of needs. The data processing was realized using SPSS and analizing the content.

Results: The results show that all the informal health care providers are female, with a range of ages from 18 to 64 years old, married, related to the dependent, mainly daughters, daughters in law and foster families, with low level of education – 1st and 3rd cicles -, housekeepers, performing the informal health care during periods of time from one month up to twenty years, having mostly one dependent relying on them. In most cases, the informal health care families perform all the tasks related to the dependent, reporting some difficulties giving baths, vesical elimination, independent walking/getting up and dressing/undressing. Regarding formation, the majority perform the tasks without formation, although referring they would like to have, even though they don't have time. As far as tecnical help is concerned, the majority knows and uses them. In relation to the changes in the daily life of the informal

health care providers, all of them (excepting just one informal health care provider) refer tiredness, stress and lack of social and work life.

Conclusions: The majority of the informal health care provider families didn't refer difficulties in the act of taking care of their dependents. The ones who did, refer issues giving baths, vesical eliminating, independent walking/getting up, dressing/undressing their dependents. This absence of difficulties in the majority of the families may be related to their experience while health care providers. The changes in the lives of these families, caused by providing informal health care, are mainly related with the decrease of their social life, physical symptoms, specially tiredness, also shown by other studies. As corrective measures for the difficulties found, is offered practical formation in groups of informal health care provider families, which should be planned in cooperation with the City Hall, in order to promote the interest of these families. This report described the main activities performed throughout the internship and the reflection on the skills developed. The internship allowed me to develop all the skills advocate by the Nursing Association for this field of specialization.

Keywords: Families; Informal health care providers; Difficulties; Family nursing.

Índice

Agradecimentos	vii
Resumo	ix
Abstract	xi
Lista de Figuras	xv
Lista de Tabelas	xvii
Lista de Abreviaturas e Siglas	xix
INTRODUÇÃO	1
CAPITULO I – ANÁLISE E REFLEXÃO CRÍTICA DO DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS	5
1. CONTEXTUALIZAÇÃO DO LOCAL DE ESTÁGIO	7
2. REFLEXÃO SOBRE O DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS	10
CAPITULO II – ESTUDO EMPÍRICO	17
1. CONTEXTUALIZAÇÃO DO ESTUDO	19
2. ENQUADRAMENTO TEÓRICO	20
2.1. A família enquanto prestadora informal de cuidados	20
2.2. Alterações na estrutura familiar do prestador de cuidados	21
2.3. Papel do prestador informal de cuidados	25
2.4. Adaptação da família ao papel de prestador de cuidados	28
3. METODOLOGIA	32
3.1. Tipo de estudo	32
3.2. População e amostra	33
3.3. Questões de investigação e objetivos	33
3.4. Instrumento de recolha de dados	34
3.5. Questões éticas e procedimento de recolha de dados	35
3.6. Tratamento e análise de dados	36
4. APRESENTAÇÃO DE RESULTADOS	37
4.1. Caracterização sociodemográfica dos prestadores informais de cuidados	37
4.2. Experiência do familiar enquanto cuidador	38
4.3. Dificuldades sentidas pelo prestador informal de cuidados	38
4.4. Formação para o papel de prestador informal de cuidados e ajudas técnicas	39
4.5. Alterações na vida da família provocadas pelo papel de prestador informal de cuidados	40
5. DISCUSSÃO DOS RESULTADOS	42

5.1. Quanto à caracterização sociodemográfica da amostra.....	42
5.2. Experiência do familiar enquanto cuidador.....	43
5.3 Quanto às dificuldades sentidas no papel de prestador informal de cuidados	44
5.4. Quanto à formação para o papel de prestador informal de cuidados e ajudas técnicas... 44	
5.5. Quanto às alterações na vida da família provocada pelo papel de prestador informal de cuidados	45
6. CONCLUSÕES DO ESTUDO.....	47
6.1. Limitações do estudo	48
6.2. Implicações para a prática profissional/propostas de alteração de práticas profissionais	48
SÍNTESE CONCLUSIVA DO RELATÓRIO	51
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	53
APÊNDICES	59
Apêndice A - Instrumento de recolha de dados	61
Apêndice B - Autorização da instituição	63
Apêndice C - Parecer Comissão de Ética	65
Apêndice D - Consentimento Informado.....	73

Lista de Figuras

Figura 1. Mapa do concelho de Vila Pouca de Aguiar.....	7
Figura 2. Pirâmide etária do município de Vila Pouca de Aguiar.....	8

Lista de Tabelas

Tabela 1. Caracterização sociodemográfica dos PIC	37
Tabela 2. Experiência do familiar enquanto cuidador	38
Tabela 3. Dificuldade sentidas no papel de PIC	39
Tabela 4. Formação para o papel de PIC e ajudas técnicas	40
Tabela 5. Alterações que o papel de PIC provocou na sua vida e na vida da sua família?	41

Lista de Abreviaturas e Siglas

ACeS - Agrupamento de Centros de Saúde

ARS - Administração Regional de Saúde

AVDs - Atividades da Vida Diária

CIPE - Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem

cit. - citado

CSP - Cuidados de Saúde Primários

ECCI - Equipa de Cuidados Continuados Integrados

EEESF - Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Familiar

INE - Instituto Nacional de Estatística

MDAIF - Modelo Dinâmico de Avaliação e Intervenção Familiar

MIMUF - Módulo de Informação e Monitorização das Unidades Funcionais

OE - Ordem dos Enfermeiros

OMS - Organização Mundial de Saúde

p. - página

PIC - Prestador Informal de Cuidados

SAPE - Sistema de Apoio à Prática de Enfermagem

SPSS - *Statistical Package for the Social Sciences*

UCSP - Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados

INTRODUÇÃO

No âmbito da Unidade Curricular Estágio, do 2º ano, do Mestrado em Enfermagem de Saúde Familiar, desenvolvido em consórcio entre a Escola Superior de Saúde da UTAD, a Escola Superior de Saúde da Universidade de Aveiro e a Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Bragança, no ano letivo de 2016/2017 foi realizado um estágio, na Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados (UCSP) de Vila Pouca de Aguiar, Extensão de Campo de Jales, pertencente ao Agrupamento de Centros de Saúde (ACeS) Alto Tâmega e Barroso, do qual resultou este relatório.

A centralidade da Enfermagem de Saúde Familiar está no funcionamento, dinâmica, estrutura e desenvolvimento das famílias, devendo promover o fortalecimento e capacitação destas no desenvolvimento de competências que permitam uma vivência saudável ao longo do seu ciclo de vida (Figueiredo, 2009).

A adaptação à doença e a reabilitação refere-se à reorganização familiar em torno de um familiar com uma doença crónica ou uma incapacidade e a sua readaptação após a recuperação. A família confrontada com uma doença crónica ou dependência de um familiar fica vulnerável no seu desempenho familiar, social e cultural. Cabe às famílias cuidar dos seus, assumindo o papel de Prestador Informal de Cuidados (PIC) ou delegando esse papel às instituições criadas para o efeito.

A questão dos cuidadores tem sido objeto de estudo recente, na Teologia, Psicologia, Medicina, Enfermagem e outras profissões de ajuda. Recentes estudos afirmam que é primordial que se ofereçam condições de infraestrutura e de suporte para que os familiares possam efetivamente exercer o papel de cuidadores (Figueiredo & Sousa, 2008; Floriano, Azevedo, Reiners & Sudré, 2011; Gratão 2006; Lage 2007a; Martin 2005; Ramos, 2012; Rocha, 2008, 2009). É necessário que, além de se conhecerem as necessidades de cuidados da pessoa dependente, também se conheça a situação das famílias: suas demandas, suas crenças, seus valores e suas práticas socioculturais.

Muitos são os que se debruçam, sobre o cuidado aos PIC que prestam cuidados a familiares dependentes. Entre os cuidadores familiares, ocupamo-nos com aqueles que cuidam de pessoas dependentes. O avanço da medicina, em particular, e da ciência no geral, conduziu a um aumento da esperança média de vida, por uma maior sobrevivência das pessoas com doenças crónicas como o cancro, doenças cardiovasculares, pulmonares, renais e outras. No

entanto, nem sempre este aumento da longevidade é acompanhado por uma maior qualidade de vida, visto que o envelhecimento é acompanhado pela deterioração dos órgãos com a consequente limitação física e funcional para satisfazer de forma autónoma e independente as suas necessidades. Na maioria das vezes, o envelhecimento é acompanhado de patologias incapacitantes e incuráveis, que se traduzem, por vezes, em sofrimento e declínio da qualidade de vida (Figueiredo, 2007). Segundo Kawasaki e Diogo (2001), a vida familiar é um dos pilares da vida do PIC que é afetado, uma vez que a tarefa de cuidador implica uma reorganização das tarefas quotidianas que têm de passar a centrar-se na pessoa de quem se cuida. Aspecto como a mudança no exercício de papéis, a diminuição do tempo de relacionamento com os amigos, a solidão, a sobrecarga e a frustração por não conseguir colocar em prática os seus projetos de vida, fazem com que muitos cuidadores familiares necessitem de auxílio. Cabe, assim, ao enfermeiro o papel de prestador formal que, segundo Figueiredo (2009), deve promover a autonomia do sistema familiar, concebendo a família como unidade em transformação, e capacitando-a para os seus constantes processos de mudança. Também para Serapioni (2005), a família representa a unidade básica de atenção à saúde. É neste contexto que se pretende analisar as dificuldades da família com vista à sua adaptação ao papel de PIC, perante a existência de doença crónica ou dependência no contexto domiciliário. As atividades que o cuidador desempenha são inúmeras, no entanto, vários estudos comprovam que este papel acarreta várias implicações para o dependente, mas sobretudo para a estrutura familiar, uma vez que se assume como uma sobrecarga física, emocional e sócio económica (Caldas, 2003).

Segundo o Censos de 2011 (Instituto Nacional Estatística [INE], 2012), a população residente em Portugal era de 10 561 614 habitantes, o que significa um aumento de cerca de 2% face à última década. As características demográficas da população revelam que se agravou o envelhecimento da população na última década. Em 2011, Portugal tem cerca de 19% da população com 65 ou mais anos de idade. O Censos de 2011 revela ainda que, na última década, o índice de dependência total aumentou de 48, em 2001, para 52, em 2011. O agravamento do índice de dependência total é resultado do aumento do índice de dependência de idosos que aumentou cerca de 21% na última década. O envelhecimento da população representa um dos fenómenos demográficos mais preocupantes das sociedades modernas do século XXI. Este fenómeno tem marcadamente reflexos de âmbito socioeconómico com impacto no desenho das políticas sociais e de sustentabilidade, bem como alterações de índole

individual através da adoção de novos estilos de vida. Em 2011, o índice de envelhecimento acentuou o predomínio da população idosa sobre a população jovem.

O enfermeiro de família desempenha um papel fundamental na educação/formação dos PIC, minimizando riscos que podem ocorrer no desempenho do seu papel, tendo em conta as suas perspectivas, valores e capacidades. “A relação terapêutica promovida no âmbito do exercício profissional da enfermagem, caracteriza-se pela parceria estabelecida com o utente, no respeito pelas suas capacidades e na valorização do seu papel” (Ordem dos Enfermeiros [OE], 2001, p.10).

A realização da Unidade Curricular Estágio prende-se com a necessidade de integrar em pleno o exercício do enfermeiro de família, permitindo interagir com as famílias através de procedimentos organizados, dinâmicos e estruturados de observação, análise e reflexão sobre a saúde familiar (OE, 2010).

Para a realização deste relatório foram estabelecidos os seguintes objectivos: i) Descrever as atividades realizadas no decorrer do estágio; ii) Relacionar as atividades realizadas com as competências desenvolvidas fazendo uma reflexão crítica; iii) Apresentar a metodologia, resultados, discussão e principais conclusões do estudo empírico realizado; iv) Dar resposta a uma das exigências do plano de estudos que prevê a elaboração do relatório, após a realização do estágio.

O estágio permitiu que realizasse todas as atividades para alcançar os objetivos propostos, desenvolvendo as competências de forma autónoma.

Quanto à estrutura, encontra-se dividido em dois grandes capítulos: no primeiro capítulo, procedemos à revisão bibliográfica sobre a família enquanto PIC, as alterações na estrutura familiar do prestador de cuidados, o papel do PIC e a adaptação da família ao papel de cuidador; o capítulo II, estudo empírico, reporta-se ao enquadramento metodológico do estudo, à apresentação, análise e discussão dos resultados e conclusão do estudo, no qual elenco as principais conclusões, as implicações do estudo na prática profissional e formulo recomendações para investigações futuras. Por fim, apresentam-se as referências bibliográficas e os apêndices.

CAPITULO I –

ANÁLISE E REFLEXÃO CRÍTICA DO DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS

1. CONTEXTUALIZAÇÃO DO LOCAL DE ESTÁGIO

Este estágio foi realizado na Extensão de Campo de Jales, da UCSP de Vila Pouca de Aguiar, parte integrante do Centro de Saúde de Vila Pouca de Aguiar. É, pois, pertinente caracterizar o Concelho de Vila Pouca de Aguiar, que faremos de seguida.

O concelho de Vila Pouca de Aguiar conta com uma densidade populacional de 13.187 habitantes (Censos 2011, INE, 2012) e tem como limites geográficos, a norte o concelho de Chaves, a leste o concelho de Valpaços e Murça, a sul os concelhos de Alijó, Sabrosa e Vila Real, e a oeste por Ribeira de Pena e a noroeste por Boticas (Figura 1).



Figura 1. Mapa do concelho de Vila Pouca de Aguiar

A pirâmide etária do município de Vila Pouca de Aguiar apresenta uma base estreita em relação ao topo, o que revela uma população envelhecida (Figura 2).

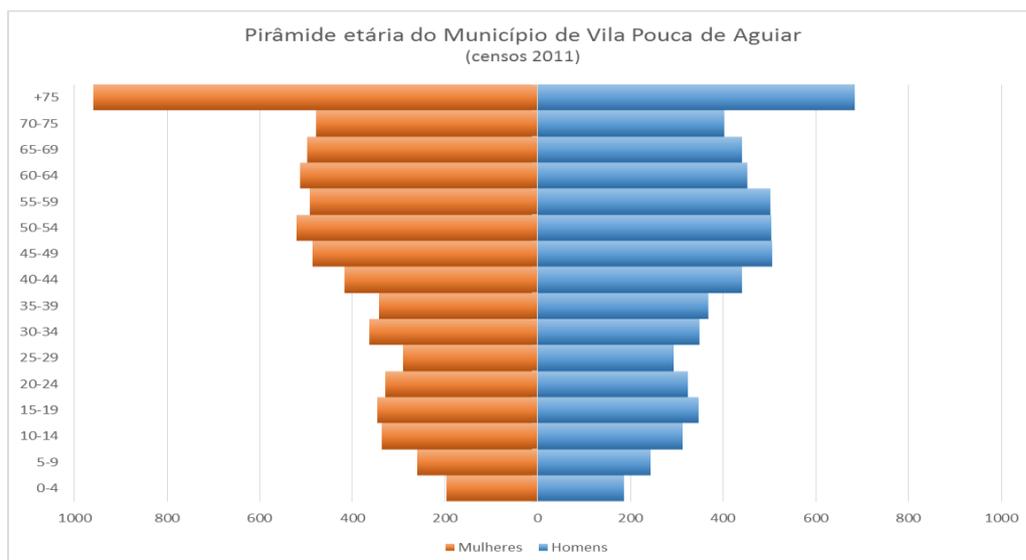


Figura 2. Pirâmide etária do município de Vila Pouca de Aguiar

A extensão de saúde de Campo de Jales está inserida na freguesia de Vreia de Jales, composta por Vreia de Jales, Barrela, Campo de Jales, Cerdeira, Quinta de Jales e Raiz do Monte, com uma densidade populacional de 966 habitantes, conforme o Censos de 2011 (INE, 2012). Esta freguesia faz parte das 14 freguesias que compõem o concelho de Vila Pouca de Aguiar.

A UCSP da Extensão de Campos de Jales é constituída por uma equipa multidisciplinar formada por dois médicos, um a tempo inteiro o outro um dia por semana, um enfermeiro e um administrativo, no âmbito da equipa de saúde familiar. O horário de funcionamento é à segunda-feira e quinta-feira das 08:00 às 16:00, terça-feira e quarta-feira das 08:00 às 17:00 e sexta-feira das 08:00 às 13:00 horas. No início do estágio, segundo informação recolhida no Módulo de Informação e Monitorização das Unidades Funcionais (MIMUF), estavam inscritos 1.250 utentes.

O estágio teve início em março e término em junho de 2017, num total de 480 horas, tendo decorrido sob a supervisão do Professor Doutor Amâncio Carvalho e com a orientação da Enfermeira Florbela Santos, Especialista em Enfermagem Comunitária. O relatório ao qual deu origem servirá como elemento de avaliação para obtenção do grau de Mestre em Enfermagem de Saúde Familiar e pretende retratar o percurso de desenvolvimento de competências de Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Familiar (EEESF).

Ao longo dos tempos, os cuidados de enfermagem dirigidos às famílias foram objeto de preocupação e reflexão e, recentemente, a Organização Mundial de Saúde (OMS), no quadro atual das políticas de saúde, introduziu o conceito desta nova figura de enfermeiro, o

Enfermeiro de Saúde Familiar, o qual tem como objetivo acompanhar os indivíduos ao longo do ciclo de vida, na saúde e na doença, trabalhando no seio de uma equipa de saúde multidisciplinar (OMS, 2002).

O enfermeiro de família afigura-se como elo de referência entre o serviço de saúde e o utente/família, este assume a responsabilidade de prestação de serviços globais com as famílias numa relação de confiança e proximidade.

O índice de envelhecimento a nível nacional situa-se nos 115,5%, e na região de Alto Trás-os-Montes o índice dispara para 215,8%. Este maior envelhecimento populacional traz quase sempre uma maior dependência das pessoas. Essas pessoas estão inseridas numa família, que assume o papel de PIC e é objeto de cuidado do enfermeiro de família. Assim, no âmbito deste estágio surge o estudo acerca da problemática das dificuldades com que as famílias se deparam no cuidar dos seus membros dependentes.

Na procura da excelência traça-se um percurso de permanente busca para o desenvolvimento de competência, com a finalidade da sua aplicação no indivíduo, família e comunidade.

2. REFLEXÃO SOBRE O DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS

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

A reflexão é uma ferramenta básica que ajuda a consolidar conhecimentos, desempenhando um papel determinante a nível das dimensões pessoais e profissionais. James e Clarke (1994), cit. por Carvalhal (2002), definem a reflexão como sendo “uma actividade cognitiva necessária à prática de enfermagem e à sua complexidade dimensional, de modo a possibilitar os desenvolvimentos de competências de enfermagem na prática” (p.31).

A reflexão foi uma ferramenta que ajudou a consolidar conhecimentos e enriquecer a dimensão profissional e pessoal, ao longo do estágio esta ferramenta contribuiu para alterar comportamentos, planear as ações nos contextos reais em que as famílias se encontravam. Compreendemos que o enfermeiro de saúde familiar é um elemento chave na resposta às necessidades da família, identificando os fatores que interferem com a dinâmica familiar, reconhecendo à família o potencial que esta tem na promoção da sua própria saúde, de forma autónoma.

A partir da matriz de competências definidas para o EEESF, no Regulamento n.º 126/2011, publicado em Diário da República, 2ª Série, n.º 35 de 18 de Fevereiro, pela Ordem dos Enfermeiros, iremos fazer esta reflexão, partindo de cada uma das competências e descrevendo as atividades que me permitiram desenvolvê-las.

O estágio foi uma mais-valia no nosso processo de aprendizagem, contribuiu para o nosso crescimento pessoal e profissional, adquirimos as competências necessárias para exercer o papel de enfermeiro de família e que contribuíram para a consciencialização das capacidades adquiridas ao longo deste processo formativo. O grau de mestre em enfermagem de saúde familiar implica um conhecimento aprofundado no domínio especializado da enfermagem de família. O Decreto-Lei nº 118/2014, de 05 de agosto, define o enfermeiro de família como “o profissional de enfermagem que, integrado na equipa multiprofissional de saúde, assume a responsabilidade pela prestação de cuidados de enfermagem globais a famílias, em todas as fases da vida e em todos os contextos da comunidade” (p.4070).

A OE, em 2011, adotou o Modelo Dinâmico de Avaliação e Intervenção Familiar (MDAIF), que surge de um estudo desenvolvido por Figueiredo (2009), como referencial teórico e operativo para dar resposta às necessidades dos enfermeiros portugueses nos cuidados com as famílias, desenvolvendo práticas direcionadas às famílias, dando resposta à necessidade de abordagem sistémica à família.

O estudo desenvolvido por Figueiredo (2009), que resultou no MDAIF, impulsionou a Enfermagem de Saúde Familiar através das práticas dos enfermeiros de família, passando a ser regulada pelo Regulamento de Competências Específicas do EEESF (Regulamento nº 126/2011, de 18 de fevereiro), que consolida o desenvolvimento desta especialidade no contexto dos centros de saúde.

Competência II. Cuida da família como unidade de cuidados. Considerando a família como unidade de cuidados promove a capacitação da mesma face às exigências e especificidades do seu desenvolvimento.

O processo de enfermagem é o ponto de partida da prática diária dos enfermeiros nos cuidados de saúde e no desenvolvimento do trabalho com a família. Este inclui cinco etapas, que devem ser desenvolvidas de forma sequencial: Avaliação Inicial, Diagnóstico, Planeamento, Intervenção e Avaliação Final. São vários os instrumentos de avaliação familiar adaptados à medicina familiar para identificar as necessidades da família que cuidamos. A avaliação familiar requer a utilização de instrumentos de colheita de dados que permitam conhecer a família e a sua dinâmica, por forma a potenciar a intervenção do enfermeiro de família (Rebelo et al., 2011). Existem modelos para o exercício da função do enfermeiro de família, este deverá desenvolver e aplicar o mais adequado ao estudo de cada família (Figueiredo, 2012; Hanson, 2005).

Durante a elaboração da Etapa Diagnóstica tivemos em conta todos os preceitos éticos e legais. Para além disso, no que se refere à intervenção, as estratégias e planos de ação que utilizamos para a satisfação das necessidades dos utentes e PIC, foram definidas em parceria com estes, sendo que todas as decisões tomadas foram sempre baseadas no conhecimento científico. A decisão dos focos de intervenção e a forma de intervenção para lhes fazer face foi construída em equipa e em algumas situações as intervenções foram discutidas em equipa multidisciplinar, de modo a recolher contributos e analisar os fundamentos das decisões tomadas.

Promovemos o direito à informação, à confidencialidade e segurança dos dados recolhidos, respeitei a dignidade, a privacidade e autodeterminação de todas famílias. Tivemos em atenção as suas crenças, valores, práticas e costumes de cada uma delas, reconhecemos e aceitamos os seus direitos.

Inseridas na equipa multidisciplinar da extensão de saúde onde realizamos o estágio, responsabilizamo-nos pela prestação de cuidados aos utentes dependentes e aos PIC, da área geográfica da UCSP de Campo de Jales, proporcionamos a continuidade de cuidados desde a conceção até à morte, identificamos o ciclo vital em que cada família se encontrava para contribuir para a prevenção da doença e promover os processos de readaptação, com o objetivo de desenvolver nas famílias a capacidade de tomada de decisão de forma que pudessem colaborar nos processos e mudança de forma a adotarem estilos de vida saudáveis.

As avaliações a cada uma das famílias assentaram no pensamento sistémico e no referencial teórico o MDAIF. Na sequência da interação estabelecida com cada família, obtivemos os dados necessários para poder proceder à análise de cada uma delas, face à sua complexidade e contextualidade de cada família. Elaboramos diagnósticos de acordo com os seus problemas e necessidades, planeamos as intervenções necessárias dando prioridade às forças de cada família para que cada uma delas pudesse ter as perceções da mudança com o intuito de assegurar o compromisso delas para o cumprimento do plano de cuidados, ao envolver a família tivemos como intenção a sua participação nos cuidados ao familiar dependente no sentido de favorecer a sua individualidade e a sua unidade familiar. Cada uma das intervenções planeadas para cada família foi de acordo com as necessidades que identificamos em cada uma delas.

Competência I2. Presta cuidados específicos nas diferentes fases do ciclo de vida da família ao nível da prevenção primária, secundária e terciária. Considerando a família como unidade de cuidados, focaliza-se tanto na família como um todo, quanto nos seus membros individualmente.

Durante o estágio tivemos oportunidade de abordar todas as áreas de atuação do enfermeiro de família, o que nos permitiu desenvolver as competências de reconhecimento da complexidade do sistema familiar, na sua globalidade, equifinalidade e auto-organização, que lhe confere uma organização específica que vê a família como uma unidade em transformação ao longo do seu ciclo vital. Desta forma, desenvolvemos competências para avaliar situações

em qualquer contexto da prestação de cuidados à família nas suas dimensões estrutural, desenvolvimental e funcional, realizamos e avaliamos intervenções de modo a promover e a facilitar as mudanças no funcionamento familiar.

No que diz respeito à prestação de cuidados específicos nas diferentes fases do ciclo de vida da família, ao nível da prevenção primária, no sentido de minimizar ou evitar os riscos de doenças, como exemplo a vacinação e os preservativos fornecidos, para promoção e proteção da saúde de cada um dos indivíduos que compunham a família. Ao nível da prevenção secundária, detetamos precocemente os problemas de saúde inerente a cada indivíduo como, por exemplo, avaliação de tensões arteriais, rastreio do cancro do colo do útero e da mama, avaliação de risco de diabetes, avaliação de úlceras por pressão, no sentido de travar a situação com a cura ou redução das consequências, fizemos diagnósticos e tratamentos para evitar a prevalência da doença nos elementos de cada família. Por último, no que se refere à prevenção terciária, tentamos limitar a progressão da doença para evitar ou diminuir as suas consequências ou complicações como, por exemplo, o sofrimento, a ansiedade, o stress e incapacidades, promovemos a adaptação dos dependentes e suas famílias às inevitabilidades de situações incuráveis e prevenir a recorrência da doença. Capacitamos os indivíduos e as famílias para alcançar o bem-estar e diminuir os custos sociais e económicos associados à doença, para esse efeito realizamos uma ação formativa direcionada aos PIC, com o intuito de colmatar as dificuldades apresentadas no processo de cuidar, visando a promoção da autonomia das famílias.

Na avaliação dos sistemas familiares, tivemos em conta três áreas: a estrutural, a desenvolvimental e a funcional de cada uma das famílias, com o intuito de as capacitar na resolução dos seus problemas para potenciar a saúde familiar. As visitas domiciliárias realizadas a cada uma das famílias foi a forma mais adequada para promover a proximidade entre os intervenientes no processo de cuidados, pois conseguimos estabelecer uma relação de parceria com as famílias para prestar cuidados de saúde ao familiar dependente e às suas famílias, visando promover a saúde e minimizar os efeitos da doença e da incapacidade. Adequamos os cuidados às realidades e dinâmicas diversas de cada família. Reconhecemos que as visitas domiciliárias permitiram-nos conhecer as características e a dinâmica de cada família, no seu contexto real. Adequamos as orientações e os cuidados às condições de residência e hábitos da família, de acordo com as suas crenças e valores. Avaliamos a

interação de cada uma das famílias com os recursos da comunidade. Tentamos criar um vínculo mais forte entre cada um dos elementos da família.

Ao longo do estágio pudemos utilizar instrumentos de avaliação, como genograma, ecomapa, apgar familiar de Smilkstein, ciclo vital da família de Relvas, escala de Graffar e o MDAIF. Fazendo uso da matriz operativa MDAIF, quanto à dimensão estrutural delineamos a estrutura interna e externa de cada família, utilizamos para o efeito instrumentos como genograma e o ecomapa, em conjunto com cada familiar, no decorrer das visitas domiciliárias. Identificamos a composição de cada família, os vínculos existentes ente o sistema familiar e os outros subsistemas como a família extensa, e outros sistemas mais amplos como instituições públicas ou privadas. Nas onze famílias que fizeram parte do estudo existiam famílias nucleares, famílias alargadas e monoparentais. Aplicamos a escala de Graffar adaptada, que serve como indicador do bem-estar de cada família, quanto à sua profissão, nível de instrução, fonte de rendimento e condições da habitação, o que nos permitiu classificar as famílias quanto ao nível socioeconómico, tipificando-as em classe média a classe média alta.

Quanto à dimensão desenvolvimental, para conhecermos o contexto familiar de cada família, estas foram avaliadas quanto às transformações na organização de cada uma delas, identificamos em que etapas do ciclo de vital se encontravam. Avaliamos as áreas de maior relevância face aos contextos no que diz respeito a algumas das famílias, satisfação conjugal, planeamento familiar, papel parental.

Realizamos consultas de enfermagem no domicílio e no centro de saúde de acordo com as necessidades de cada membro da família, tais como consultas de Saúde de Adultos, Saúde do Idoso, Planeamento familiar, Saúde Infantil, Diabetes, Hipertensão, Tratamento de feridas, Vacinação, entre outros, no âmbito da promoção da saúde e prevenção da doença. Fomos o elo de ligação entre a família e os outros profissionais e com a comunidade para garantir a equidade das famílias ao acesso aos cuidados de saúde. Olhamos para as famílias como unidades em transformação sujeitas a transições que decorriam dos seus processos desenvolvimentais inerentes ao ciclo de vida em que se encontravam.

Para compreender as relações e interações entre os membros de cada família e para avaliar as necessidades ao nível do funcionamento de cada uma delas, avaliamos todas as famílias quanto à dimensão funcional, no que respeita à comunicação familiar, *coping* familiar, interação dos papéis, relação dinâmica e crenças familiares, utilizamos, para o efeito, a escala

de readaptação social de Holmes e Rahe, identificamos o stresse na vida de alguns PIC, dificuldades na prestação de cuidados ao dependente, mudança nas atividades sociais, condições de vida e hábitos de vida de alguns PIC.

Para avaliar a adaptabilidade da família no que diz respeito à capacidade que cada uma tinha na adaptação e na mudança perante as adversidades com que se depararam, quanto à coesão, ou seja, aos laços que as uniam, fatores que contribuem para o equilíbrio das famílias, aplicamos a cada família (individualmente) a escala de Faces II.

A escala de APGAR familiar foi aplicada a toda a família (individualmente) para avaliar a funcionalidade os focos de atenção associados a esta dimensão são o papel de prestador de cuidados e o processo familiar, para avaliação desta área de atenção recorreremos ao formulário elaborado para o efeito. Identificamos também quais os papéis que cada um, tinha dentro do seio familiar, o consenso do papel, conflito do papel e saturação do papel que, em alguns casos, tinha origem na falta de conhecimentos o conflito de papéis prendia-se com o facto de serem prestadores de cuidados em detrimento de outros papéis como, por exemplo, o papel recreativo, no que diz respeito à saturação de papéis este prendia-se com a situação de alguns prestadores não possuírem tempo nem energia para satisfazer o papel de PIC. Neste caso, negociamos a delegação de responsabilidade em outros membros da família.

Este trabalho de investigação realizado durante o estágio deu oportunidade de desenvolvermos competências na área da investigação, através da aplicação dos instrumentos de colheita de dados e do seu tratamento. Tornou-se, também, um contributo para o conhecimento aprofundado do tema “dificuldades da família na adaptação ao papel de PIC”, o que contribuiu para a promoção da saúde e prevenção da doença, melhorando a prática de cuidados dos PIC e para otimizar o papel dos enfermeiros de família. Segundo Araújo (2010), uma prática baseada na evidência constitui um pré-requisito para a excelência e a segurança dos cuidados, assim como para a otimização de resultados de enfermagem.

A fim de participarmos na formação direcionada aos PIC, visando colmatar as suas necessidades formativas no âmbito da utilização de ajudas técnicas, conjuntamente com a Enfermeira Anabela Santa, realizamos uma ação de formação em que participaram duas das PIC que integravam a amostra e se disponibilizaram a participar. Foi possível reforçar educação para a saúde referente à utilização de ajudas técnicas e estratégias de *coping*.

A minha contribuição passou pela realização de uma ação de formação, utilizando meios de ensino-aprendizagem (PowerPoint), no âmbito da prestação de cuidados ao utente dependente, direcionada aos PIC, reforçando a formação já efetuada, para a sua capacitação nas áreas em que apresentam mais dificuldades. Procedeu-se a uma mostra de ajudas técnicas que podem ser mais-valias na prestação de cuidados e foi pedida a colaboração de uma assistente social para passar informação acerca dos apoios que poderão receber.

De acordo com Araújo (2010), é imperativo formar enfermeiros com competências para promover a saúde das famílias, para intervirem de forma consentânea, ultrapassando a perspetiva reducionista, centrada na pessoa, apostando numa perspetiva integral, sistémica relacional, focalizada na ecologia social da família ou redes complexas em que a família interage, vive e se desenvolve.

Ao longo deste trabalho, consolidamos conhecimentos teóricos em contexto de prática clínica que nos permitiu alcançar as competências específicas do EEESF, proposta para este estágio.

CAPITULO II –

ESTUDO EMPÍRICO

1. CONTEXTUALIZAÇÃO DO ESTUDO

O presente estudo foi realizado na Extensão de Saúde de Campo de Jales, pertencente à UCSP de Vila Pouca de Aguiar, de maio a junho 2017, onde decorreu em simultâneo o estágio, durante o qual foi efetuada a recolha de dados necessários, com o objetivo de analisar as dificuldades da família na adaptação ao papel de PIC, de uma UCSP do ACeS Alto Tâmega e Barroso.

A par com o que se passa no país, o índice de envelhecimento é elevado, sendo no concelho de Vila Pouca de Aguiar 27,8. Entendemos que esta temática assume particular relevância no atual panorama de envelhecimento populacional com a ainda insuficiente resposta ao nível de prestação de cuidados de saúde e sociais a esta população. Os enfermeiros de saúde familiar, em virtude das suas especificidades, têm um papel decisivo na promoção da saúde das famílias pelas quais são responsáveis.

Cuidar de idosos dependentes e da sua família tem representado, assim, um desafio para a enfermagem, que tem vindo a merecer reflexão por parte dos profissionais, pois as pessoas e as famílias necessitam de mais e mais complexos cuidados e por longos períodos de tempo (Araújo, 2010).

Assumir o papel de PIC tem implicações na vida das famílias, a nível pessoal, familiar, laboral, económico e social, levando muitas vezes a família e o prestador de cuidados a situações de stresse e de fadiga.

Partindo da problemática do envelhecimento da população, das suas necessidades e dependências, foi delineado um estudo misto, com uma parte descritiva de abordagem quantitativa e outra parte do tipo fenomenológico, de abordagem qualitativa.

Neste capítulo, após a contextualização do estudo e o devido enquadramento teórico, será apresentada a metodologia do estudo, onde será descrito o tipo de estudo, a população e amostra, a questão de investigação e objetivos, o instrumento de recolha de dados, procedimento de recolha de dados e questões éticas e tratamento de dados. De seguida, serão apresentados os resultados e respetiva discussão.

2. ENQUADRAMENTO TEÓRICO

De acordo com Fortin Côté e Filion (2009), para o enquadramento teórico foi necessário recorrer à revisão de literatura, que serviu de base para o enquadramento teórico. O conhecimento sobre o tema foi fundamental para a formulação da questão de investigação. Esta etapa está organizada da seguinte forma: uma abordagem sobre a família PIC, alterações na estrutura familiar do PIC, o papel do PIC, adaptação da família ao papel de cuidador.

2.1. A família enquanto prestadora informal de cuidados

Existem dois tipos de cuidadores: os formais e os informais. Os primeiros, caracterizam-se pela prestação de serviços com carácter profissional em instituições direcionadas para o cuidado, enquanto os segundos, poderão ser familiares, amigos e, como tal, cuidam do utente dependente, num ambiente familiar. Sequeira (2007), no âmbito do contexto da prestação de cuidados, distingue dois tipos de cuidados que se relacionam com o cuidador em questão: cuidado formal (atividade profissional), onde a prestação de cuidados é por norma executada por profissionais qualificados, podendo estes serem médicos, enfermeiros, assistentes sociais, entre outros, que ganham a designação de cuidadores formais, pois existe uma preparação específica para a atividade profissional que desempenham, sendo esta atividade variada de acordo com o contexto onde se encontram (lares, instituições comunitárias...); e cuidado informal, com a prestação de cuidados executados no domicílio e que por norma ficam sob a responsabilidade dos elementos da família, amigos, entre outros, sem qualquer remuneração, designando-se, assim, de PIC.

Família é uma unidade dinâmica, com uma identidade que lhe é peculiar, constituída por seres humanos unidos por laços de sangue, de interesse e/ou afetividade, que se percebem como família, que convivem por um espaço de tempo construindo uma história de vida. Os membros da família possuem, criam e transmitem crenças, valores, conhecimentos e práticas de saúde, têm direitos e responsabilidades, desenvolvendo uma estrutura e uma organização própria. A família pode ser entendida como um sistema que se move ao longo do tempo, à medida que incorpora elementos e perde membros (Sousa, Figueiredo & Cerqueira, 2005). A família está inserida em um determinado contexto físico, social, cultural e político, com o qual interage. É neste sentido que se torna fundamental ao enfermeiro atuar, não apenas junto da família, dentro da família, mas sim com a família, sublinhando-se uma vez mais o objetivo

primário da enfermagem de família assumido por Figueiredo (2009), a capacitação da família no desenvolvimento de competências que permitam uma vivência saudável dos seus processos de mudança. A família passa por várias fases ao longo do seu ciclo de vida, em que vai perdendo e acrescentando membros, e que em fim de vida se aceitam os papéis geracionais, deixando espaço aos descendentes para assumirem o papel central na família.

2.2. Alterações na estrutura familiar do prestador de cuidados

A estrutura familiar, ao longo da década de 1990, sofreu grandes alterações marcadas pelo desenvolvimento socioeconómico e pela evolução demográfica. Há um decréscimo da nupcialidade e um adiamento (as pessoas casam mais tarde), aumentam as uniões sem casamento prévio, uniões de facto ou coabitação (Fernandes, 1997). A diminuição do número de filhos por mulher e a idade média em que as mulheres têm o primeiro filho também aumentou (adiamento da fecundidade) (Aboim, 2003).

A par das mudanças dos comportamentos demográficos que levam os casais a organizar a sua vida familiar e conjugal, é de evidenciar o papel ativo que a mulher adquiriu na sociedade, tornando-se uma profissional assalariada, dando a possibilidade de controlar a sua própria fecundidade.

“A quase generalização do trabalho das mulheres inscreve-se assim na transformação mais geral do regime demográfico caracterizado pela desvalorização da instituição do casamento na constituição da família e na concretização da fecundidade e a instabilidade das uniões conjugais” (Fernandes, 1997, p.69).

A relação com a família é vitalícia e resulta da gestão de relações ao longo de toda uma vida. O fortalecimento dos laços familiares depende da intensidade e do tipo de trocas que é possível estabelecer dentro da comunidade de interesses que caracteriza a família (Fernandes, 1997).

A situação de dependência, quer por doenças degenerativas, quer por limitações físicas ou cognitivas e sociais que afetam os idosos, vem provocar uma alteração na dinâmica familiar modificando drasticamente as suas rotinas.

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

(Figueiredo, 2006). “Cuidar faz parte da história, experiência e valores da família. A função assistencial tem estado intimamente vinculada à família, até ao ponto de ser considerada como uma tarefa directamente sua” (Lage, 2005, p.203).

A decisão de quem cuida costuma ser consciente e obedece a certas regras que estão baseadas no parentesco, cônjuges, filhos e irmãos, no género normalmente a mulher, na proximidade física quem vive com a pessoa e na afetividade relação conjugal ou filhos.

A família é entendida como um sistema que enfrenta perturbações e se desestrutura quando tem dificuldades e necessita de apoio para enfrentar as situações de doença (Hanson, 2005).

A família responde às mudanças externas e internas, de modo a atender às novas circunstâncias, sem no entanto perder a continuidade, proporcionando sempre um esquema de referência para os seus membros. Assim sendo, em todas as famílias cada membro ocupa determinada posição ou tem determinado estatuto como, por exemplo, marido, mulher, filho ou irmão, sendo orientados por papéis e funções familiares.

A necessidade de socialização do individuo é-lhe intrínseca, vive em comunidade e integra-se num contexto social e familiar que o influencia e o acompanha em todas as fases da sua vida, desde o seu nascimento até à morte.

A família, quando um dos seus membros se torna dependente, altera todo o seu papel estrutural, quer do dependente, quer de toda a família. A intensidade e a complexidade da negociação dependem da importância dos papéis e funções desempenhadas pelo doente e da flexibilidade para a mudança estrutural tanto da família como do doente.

Quando a doença invade o seio familiar, regra geral surge a mulher como a pessoa que assume o papel de cuidar, fruto de influências culturais, quando a mulher não assume esta função, tem que haver um processo de negociação entre todos os elementos que fazem parte da família na qual deve existir abertura e disponibilidade, para negociar os papéis de forma a proporcionar momentos de descanso e apoio emocional à pessoa dependente como para toda a família. Só assim é possível restabelecer as forças físicas, psicológicas e emocionais essenciais para a continuidade da harmonia familiar.

O impacto da doença na família leva a alterações no processo familiar e inevitavelmente a doença coincide com um determinado momento do ciclo vital da família. A doença impõe na família, um processo de adaptação às suas necessidades. O ciclo de vida da família contém

períodos de estrutura de vida, na qual a família desenvolve tarefas internas, mantendo a sua estrutura, as quais implicam o desenvolvimento de tarefas externas, gerando novas estruturas. Muitas vezes o cuidador não aceita bem o seu papel, pode não concordar que a sua vida seja afetada com esta situação. Esta situação pode ter repercussões psicológicas que afetam o cuidado e o sistema familiar, situação que levará a que o dependente se sinta um fardo para toda a família.

A prestação de cuidados tem vindo a ser reconhecida como experiências potencialmente frustrantes e desencadeadoras de stresse tanto no dependente como no PIC.

Compete aos enfermeiros de família promover a capacitação e competências dos PIC, mantendo uma relação que reforce os aspetos positivos pelos progressos alcançados, assistir e ajudar na aquisição e aprofundamento de conhecimentos, habilidades e apoiar na tomada de decisões (Gallant, Beaulieu & Camevale, 2002).

A Teoria Geral dos Sistemas, desenvolvida por von Bertalanffy, permitiu olhar a família como uma unidade de interação entre os elementos que a compõem, constituindo um subsistema dentro de um sistema. Para Minuchin (1982), a família é um sistema que está em constante transformação, adaptando-se às diferentes exigências das diversas fases do seu desenvolvimento, de modo a assegurar a continuidade e o crescimento dos seus membros. Na perspetiva do modelo sistémico. De acordo com Wright e Leahey (2011), os aspetos da estrutura familiar a ser examinados são: a sua estrutura interna, a sua estrutura externa e o contexto.

A família constitui um sistema aberto em que os seus elementos interagem entre si e com o meio, em permanente interação. Podemos, então, afirmar que o comportamento de um dos membros da família irá interferir no comportamento dos restantes elementos do sistema familiar. Cada sistema familiar poderá ser influenciado por outros sistemas mais vastos como os vizinhos, a igreja, a escola ou a região/país. O contexto implica a avaliação de cinco subcategorias: a etnia, a raça, a classe social, religião e espiritualidade e o ambiente.

Para a avaliação estrutural da família, Wright e Leahey (2011) realçam a existência de dois instrumentos importantes de trabalho a serem utilizados pelos enfermeiros: o ecomapa e o genograma. Estes instrumentos são dois diagramas que representam, de forma esquemática, as relações que a família desenvolve entre e si e as relações com o exterior. Todas as famílias têm funções para fazer face às suas necessidades, às necessidades de cada membro do seu

agregado familiar e dar resposta às expectativas da sociedade. A função de relação das famílias adquiriu uma importância crescente ao longo do tempo, na qual a função de saúde das famílias alcançou interesse vital. O sistema familiar, através da transmissão de crenças, atitudes, hábitos e comportamentos de saúde, contribui para a manutenção da saúde dos seus membros. A família é a génese da saúde física e mental de todo o sistema familiar. Kozier (1993) também realça as funções de saúde da família, considerando como função básica da família proteger a saúde dos seus membros e proporcionar cuidados, quando necessitam. Das muitas funções que a família realiza, Kozier (1993) considera que a mais importante é a de apoio emocional e segurança aos seus membros, mediante o amor, a aceitação, o interesse e a compreensão.

A família pode assumir um papel de proteção e promoção para a saúde, ou ser causadora de doença, podendo potenciar as mudanças de comportamento e evolução da saúde, sabendo que a “família é o contexto onde se desenvolvem padrões que podem favorecer ou prejudicar a saúde individual, sendo que a forma como a família é capaz de gerir as transições de saúde de um dos seus membros pode fortalecer ou debilitar a saúde familiar” (Figueiredo, 2009, p.130). Em muitos casos, a família é o único apoio social e de PIC, e em muitos casos são as mulheres, filhas e noras que desempenham esse papel, constituindo o elo de ligação entre os profissionais de saúde e o dependente, assegurando a continuidade dos cuidados não formais.

Na procura de um modelo de enfermagem, com aplicação na prática nos cuidados de enfermagem à família, aparece o MDAIF (Figueiredo, 2009) que, pese embora seja um modelo, tem aplicabilidade prática por ser uma teoria. A linguagem de enfermagem, através da Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE), versão Beta 2, é utilizada neste modelo, para melhor perceção dos conteúdos, facilitando a introdução prática nos cuidados e intervenções de enfermagem, estando presente nos focos de atenção, juízos e ações, sendo porventura possíveis os seus registos no Sistema de Apoio à Prática de Enfermagem (SAPE) (atualmente S. Clínico). O MDAIF pretende “dar resposta às necessidades dos enfermeiros face aos cuidados com as famílias, partindo da discussão alicerçada nos pressupostos da Enfermagem de Família, na sua vertente epistemológica, teórica, de investigação prática” (Figueiredo, 2009, p.267). A avaliação familiar, neste modelo, divide-se em três dimensões, onde se pode avaliar vários dados do agregado familiar: estrutural (rendimento familiar, edifício residencial, precaução de segurança abastecimento de água, animal doméstico), desenvolvimental (satisfação conjugal, planeamento familiar,

adaptação à gravidez, papel parental) e funcional (papel do prestador de cuidados, processo familiar). A implementação deste modelo em diversos contextos dos cuidados de saúde primários (CSP) tem sido percebida como promotora de uma prática de enfermagem fundamentada em pressupostos sistêmicos, maximizadora do potencial do exercício profissional do enfermeiro de família.

2.3. Papel do prestador informal de cuidados

Uma pessoa em situação de dependência requer a ajuda de outra para satisfazer as suas necessidades humanas básicas, ou seja, “exige” um cuidador. Desde sempre existem cuidadores, porque é preciso “tomar conta” da vida para que ela possa permanecer (Collière, 1999). Para Cerqueira (2005), “cuidar é intrínseco à própria natureza humana, sendo uma expressão dessa humanidade, tornando-se essencial para o desenvolvimento e realização da pessoa” (p.23). O cuidar pode ser encarado em duas perspectivas diferentes, por um lado, como perspectiva psicológica, sendo considerado um componente fundamental numa relação de amor ou de interajuda e, por outro lado, numa perspectiva sociológica, como fenómeno essencial ao crescimento humano e à harmonia (Marques, 2007).

A família sempre procurou promover os cuidados e o apoio aos seus membros durante os períodos de doença. A família que tem a seu cargo um membro doente deve ser vista como um sistema aberto de interação com o sistema de prestação de cuidados de saúde (Sorensen & Luckman, 1998, cit. por Moreira, 2001). Estando as famílias sujeitas a mudanças ao longo do seu ciclo de vida, principalmente quando se deparam com a prestação de cuidados a um familiar doente, torna-se fundamental que os profissionais de saúde estejam atentos aos diversos fatores implícitos na dinâmica da prestação dos cuidados, em contexto familiar/domiciliário. A CIPE® define o membro da família prestador de cuidados como “Prestador de Cuidados com as características específicas: responsável pela prevenção e tratamento da doença ou incapacidade de um membro da família” (Conselho Internacional de Enfermeiros [CIE], 2005, p.27) que se assume como principal responsável pela organização ou assistência e prestação de cuidados à pessoa dependente. É um membro da família ou da comunidade que presta cuidados de forma parcial ou integral àqueles com défice de autocuidado.

Cuidar de uma pessoa em situação de dependência representa uma tarefa difícil e que facilmente pode comprometer o bem-estar do cuidador. Para além disso, a continuidade do

desempenho deste papel pode levar a situações conflituosas na vida pessoal, familiar, profissional e social dos cuidadores, podendo conduzir à sobrecarga, à exaustão ou mesmo à depressão. Vários aspetos da vida diária são alterados, sejam eles familiares, laborais, económicos, ou lazer, que se associam a problemas de ordem psicológicos, social, física e emocional, podendo colocar em causa os cuidados prestados, o que pode colocar em risco a pessoa em situação de dependência. No papel de cuidadores, encontram-se os PIC, que desempenham tarefas relacionadas com as AVDs (arrumar e limpar a casa, preparar refeições, fazer compras, etc.); assistem nas dificuldades funcionais e de autocuidado (asseguram a higiene pessoal, a alimentação e a deambulação), mas também apoiam emocionalmente. Muitos autores sugerem que os prestadores de cuidados a familiares durante longos períodos, sofrem frequentemente de alterações adversas em várias e importantes áreas da sua vida, por um lado, porque lhe é pedido que mantenha as funções anteriores à doença acrescidas de novas tarefas, deixando para segundo plano as suas próprias carências. O impacto negativo da prestação de cuidados nos PIC, é frequentemente denominado pela literatura científica de sobrecarga (Figueiredo, 2007).

O termo sobrecarga, “refere-se ao conjunto de problemas físicos, psicológicos e socioeconómicos que decorrem da tarefa de cuidar, susceptíveis de afectar diversos aspectos da vida do indivíduo, nomeadamente as relações familiares e sociais, a carreira profissional, a intimidade, a liberdade e o equilíbrio emocional” (Sousa et al., 2006, p.53). Nas palavras de Figueiredo (2007), a sobrecarga ou “*burden*” corresponde a uma resposta psicossocial face à situação de prestação de cuidados; ao conjunto de problemas físicos, psicológicos emocionais, sociais e financeiros que podem ser experimentados pelo cuidador, e que têm como resultado, um decréscimo dos sentimentos de bem-estar e um aumento dos problemas de saúde. O cuidado pessoal ao familiar dependente é bastante exigente do ponto de vista físico, nomeadamente os cuidados de higiene e as mobilizações, que podem tornar-se uma rotina extenuante que apenas pode ser aliviada se houver apoio de terceiros (Marques, 2007). Apesar de todos os problemas físicos que podem surgir do ato, a sobrecarga é aquela que mais impacto tem sobre o cuidador (Brito, 2002; Sequeira, 2010). A sobrecarga emocional integra problemas como a ansiedade ou mesmo quadros de depressão.

De acordo com Santos (2008), estudos realizados em alguns países da Europa, nomeadamente na Grécia, Irlanda, Itália, Portugal, Espanha e Dinamarca, evidenciam que os cuidadores de idosos dependentes manifestam sintomas como excesso de cansaço, fadiga geral, lombalgias,

esgotamento físico e mental, diminuição das forças e das resistências, nervosismo, irritabilidade, ansiedade, insónias, sintomas depressivos, entre outros. A sobrecarga social é igualmente considerada uma dimensão importante, uma vez que a vida social do cuidador será afetada pela tarefa de prestar cuidados. A sobrecarga socioeconómica resulta essencialmente da redução dos contactos sociais e alterações na vida profissional. Para aqueles que, a par da tarefa de cuidadores, exercem uma profissão, o tempo despendido no trabalho pode ter efeitos benéficos ou nefastos (Sousa et al., 2006).

Por um lado, a atividade laboral permite um escape às lidas de cuidar e um convívio com amigos e colegas, por outro, a necessidade de conciliar o emprego com a função de prestador de cuidados. A situação de prestação de cuidados é exigente também a nível financeiro, pelas despesas acrescidas que os cuidados acarretam, o que pode tornar-se mais grave se o cuidador abandonar a profissão.

O género do cuidador é também uma consideração importante neste contexto, pois apesar da tendência igualitarista que caracteriza a sociedade dos nossos dias, existem ainda diferenças persistentes entre o papel atribuído aos dois sexos. Ao longo dos anos, a mulher tem herdado a incumbência de cuidar dos familiares doentes, e ainda hoje parece ser unânime na literatura esta permanecer a cuidadora por excelência, mas não é exclusivo destas, pois existem homens neste papel.

Quanto à idade, Figueiredo (2007) afirma que a maioria dos PIC são indivíduos entre os 45 e os 60 anos, sendo que, quanto mais velha for a pessoa dependente, mais velho será o cuidado. A idade é também tida em conta como variável na associação direta na perceção da sobrecarga, sendo esta maior nos cuidadores mais velhos. No que se refere ao grau de parentesco, os cônjuges parecem estar expostos a maiores níveis de sobrecarga comparativamente a outros parentes, pois habitualmente têm de assumir um conjunto de tarefas que estava a cargo do doente e são também mais velhos (Figueiredo, 2007; Martins, 2006; Sequeira, 2010).

O apoio por parte de um cuidador secundário parece funcionar também como amortecedor da sobrecarga confirma que a carga dos cuidadores está intimamente relacionada com o grau de dependência e com os apoios disponibilizados pelos serviços sociais e de saúde (Imaginário, 2008; Paúl & Fonseca, 2005). Nas palavras de Imaginário (2008), “as ajudas formais neste contexto são escassas (p.80)”, e “o sucesso da prestação de cuidados informais, passa

necessariamente pelos apoios que o cuidador recebe, provenientes de redes informais ou de redes formais” (p.80). Assim, “os profissionais de saúde devem ajudar os PIC a descobrir formas mais eficazes de lidar com os problemas que advêm desta prestação” (Imaginário, 2008, p.80).

Figueiredo (2007), refere que somente mediante a identificação e clarificação das necessidades dos cuidadores é que os profissionais de saúde e da ação social estarão aptos a focar a atenção e a conceber medidas que contribuam para o êxito a longo prazo dos cuidados no domicílio. Nas palavras de Brito (2002), o cuidador tem necessidade de apoio psicológico, educação/informação e sistemas sociais de apoio, pelo que as intervenções terapêuticas junto destes prestadores de cuidados deverão ser conduzidas em relação a estas três vertentes principais.

Segundo Figueiredo (2007):

...o êxito de uma política de desinstitucionalização não reside somente na disponibilidade das famílias para o cuidar, mas nos serviços de apoio necessários para realizá-la eficientemente ..., há que perceber a importância da articulação entre as respostas formais dos serviços de saúde e de proteção social e o apoio informal ou familiar. (p.25)

É preciso pensar na qualidade de vida dos que sofrem as fragilidades próprias da doença e idade avançada, mas não menos importante será estudar as consequências que a tarefa de cuidar acarreta, para que se consiga também cuidar dos PIC.

2.4. Adaptação da família ao papel de prestador de cuidados

Muitos foram aqueles que, ao longo da história, se interrogaram acerca da gênese deste mecanismo de evolução, movimento perpétuo ou simplesmente força condutora, como lhe queiram chamar. Acredita-se hoje que a “adaptação” é um dos mecanismos primordiais e garante da existência de vida na terra. Um processo adaptativo pressupõe então uma “dicotomia” entre indivíduos ou estados com algum grau de correlação entre eles e sujeitos a uma pressão evolutiva, independentemente da sua direção, intensidade ou consciência. A adaptação está, por isso, não só intrinsecamente ligada à nossa condição de seres vivos, mas também intimamente ligado à nossa dimensão intelectual e espiritual.

A palavra «adaptar» deriva do latim “adaptare” e significa ajustar-se. No processo de adaptação à doença, a família passa por três estágios: o da descrença perante a realidade da

situação, a seguir vem a frustração porque não consegue lidar com a situação e, por fim, a adaptação aos papéis assumidos que são uma realidade (Hanson, 2005).

Figueiredo (2009), reconhece à família a capacidade de se constituir como fator de adversidade ou de proteção relativamente aos processos de saúde-doença dos seus membros, assim como no continuum entre estabilidade e mudança inerentes aos processos de adaptação de desenvolvimento, ao longo do seu ciclo de vida. Destacamos, também, a definição de Silva (2007), cit. por Figueiredo (2009), que integra os processos adaptativos às transições do processo saúde e doença, considerando que a família “é um sistema dinâmico em constante processo de interação relacional entre seus subsistemas individuais, estejam eles em estado de saúde ou doença, pois a família busca rearranjar-se em situações de desarranjo, adaptando-se às exigências do processo saúde-doença” (p.116).

A adaptação torna-se boa quando elimina as angústias e promove a aceitação de novos estilos de vida. Apoiada na teoria sistémica, considera a pessoa e família como sistemas adaptativos, alvo de estímulos internos e externos que implicam variações e flutuações no seu equilíbrio, surgindo a necessidade de adaptação aos seus estados de permanente mudança. Capacitar a família em situações de dependência de um familiar pressupõe uma maior visibilidade da intervenção em enfermagem de saúde familiar, dando maior atenção às necessidades da família enquanto cuidadora. Numa situação de dependência, a adaptação e reajustamentos ocorrem num espaço de tempo muito curto, o que exige da família uma rápida resposta à situação de crise, conforme alude Rolland (2001), podendo esta não estar preparada para responder eficazmente.

Conforme é referido na Carta de Ottawa (1986):

a promoção da saúde pressupõe o desenvolvimento pessoal e social, através da melhoria da informação, educação para a saúde e reforço das competências que habilitem para uma vida saudável. É fundamental capacitar as pessoas para aprenderem durante toda a vida, preparando as para as suas diferentes etapas e para enfrentarem as doenças crónicas e as incapacidades. (p.4)

Ressalta-se a importância da participação de todos os elementos da família na tomada de decisão, na capacidade de compreensão e na consciência da situação, como fatores a considerar no contexto de cuidados para uma melhor apreensão das informações transmitidas e um desenvolvimento de competências mais eficiente.

O processo adaptativo familiar, além de ter um sentido para o doente, tem um significado para a família, que precisa de uma reorganização para lidar com uma nova situação, a adaptação ou reconstituição é a atividade que a família empreende para preservar ou restaurar a estabilidade da família e as suas funções habituais.

A adaptação positiva e adequada é algo raro e difícil de ser atingido devido aos diversos aspectos envolvidos. Muitas famílias, em situação de ter de tratar de um familiar dependente, deparam-se com a diminuição da sua qualidade de vida, maiores exigências de *coping*, sobrecarga de trabalho, limitação das atividades sociais, entre outros (Campos, 2002).

O papel do enfermeiro de família é de extrema importância, quer na ajuda à pessoa dependente, quer na ajuda aos PIC que vivenciam um processo de transição e isto implica mudança nos estados de desenvolvimento, alterações de saúde ou na vida social. O enfermeiro vai ajudar as famílias a reorganizarem-se, para que se possam adaptar, transmitindo-lhes a segurança e confiança necessária para ultrapassar a crise.

A falta de experiência dos PIC dificulta a transição, e para que ela se dê de uma forma mais facilitada, é muito importante haver uma preparação prévia. Os recursos da comunidade e as condições da sociedade podem igualmente dificultar ou facilitar a transição saudável (Meleis, Sawyer, Im, Hilfinger Messias & Schumacher, 2000).

A transição acarreta diferentes ajustes sociais, pessoais, económicos, entre outros, que ajudam o enfermeiro a reconhecer se a progressão do familiar cuidador é adequada ou não à situação em causa. Sentir-se ligado, interagir, estar situado, desenvolver confiança e *coping* são indicadores de progresso (Meleis et al., 2000).

Ajudar os PIC a adquirir conhecimentos e procurar na comunidade os recursos que os possam ajudar no seu processo de adaptação, é ajudá-los a ultrapassar os obstáculos de forma a fazerem face às suas necessidades, pois mais facilmente identificam as situações onde a ajuda profissional é necessária.

Numa primeira fase, é necessário dar toda a informação de saúde necessária à família e ao PIC sobre a doença, progressão da mesma, dependência, tratamento, sintomas, prestação de cuidados ao dependente, atividades da vida diária, administração de medicamentos, promoção de conforto, como atuar em situações de emergência e não esquecendo o apoio e suporte social.

Numa segunda fase, os PIC precisam de aprender novas rotinas diárias, tais como dominar habilidades pessoais, controlar emoções, planejar cuidados e conseguir que o dependente colabore nos cuidados. O papel de prestador é negociado, podendo surgir conflitos e divergência entre o cuidador e o dependente, até que se consiga atingir a estabilidade necessária para a interação de cuidados, o que leva muitos PIC a recorrerem a suporte emocional para poderem recuperar a autoconfiança.

Na terceira fase, em que o suporte emocional dos PIC e da pessoa cuidada atinge um consenso, no qual existe um estável padrão de interação de cuidados, podemos dizer que as famílias já se encontram preparadas, ou seja, adaptadas ao papel de prestadoras de cuidados, o mesmo se pode dizer da pessoa que recebe os cuidados.

Ao longo do tempo, a sobrecarga decorrente do exercício do PIC à pessoa com dependência começa a tornar-se um problema, alguns manifestam sintomas como stresse, tensão, cansaço, falta de convívio social, falta de autoestima, depressão, entre outros.

Muitos PIC experimentam uma sobrecarga muito significativa e não são capazes de usar estratégias e mobilizar recursos face à necessidade de se adaptarem. A rede formal de apoio, nomeadamente os serviços de saúde e sociais têm a responsabilidade de mobilizar esforços para melhor compreenderem a natureza deste problema e trabalharem no sentido de criar um sistema de suporte que beneficie o cuidador, reduzindo as exigências do exercício do seu papel e suas consequências, melhorando assim a sua qualidade de vida (Petronilho, 2008).

3. METODOLOGIA

Desenvolver uma investigação implica que o investigador defina um plano metodológico que permita orientar o seu trabalho, cumprindo um percurso preestabelecido. Fortin et al. (2009) dizem-nos que “o investigador determina os métodos que utilizará para obter as respostas às questões de investigação colocadas” (p.40). Acrescentam que “os principais elementos que concorrem para o estabelecimento de um desenho de investigação são: os sujeitos e o tamanho da amostra; o tipo de estudo; a estratégia utilizada para controlar as variáveis estranhas; e os instrumentos de colheita de dados” (p.132). Nesta fase, é importante que o investigador tenha em conta que as decisões que tomar têm implicações na qualidade, integridade e interpretação dos dados (Polit, Beck & Hungler, 2004). Entendo que esta temática assume particular relevância no atual panorama de envelhecimento populacional, com a ainda insuficiente resposta ao nível de prestação de cuidados de saúde e sociais a esta população.

3.1. Tipo de estudo

Trata-se de um estudo misto, do tipo descritivo, com uma parte de abordagem quantitativa e outra parte do tipo fenomenológico, de abordagem qualitativa. Foi assim classificado como estudo descritivo porque, sem interferir na investigação, pretendi observar, analisar e registar os fenómenos ocorridos nas famílias, no seu contexto natural, inerentes ao estudo realizado. De abordagem quantitativa porque o meu objectivo era compreender os fenómenos através da recolha de dados numéricos sobre comportamentos e atitudes da amostra aleatória em estudo. Pode classificar-se como fenomenológico, porque o meu objetivo é descrever as experiências vividas, e compreender o significado que os acontecimentos têm para o comum das pessoas, apliquei um formulário, com perguntas acessíveis para que os participantes possam responder, assegurando o anonimato. É de abordagem qualitativa, porque o paradigma é a compreensão do fenómeno em pesquisa. “O investigador que utiliza o método de investigação qualitativa “...observa, descreve, interpreta e aprecia o meio e o fenómeno tal como se apresenta.

3.2. População e amostra

A população é o conjunto de elementos ou sujeitos que partilham características comuns, determinadas por um conjunto de critérios estabelecidos para a investigação. Foi necessário fazer distinção entre população alvo e população acessível. A população alvo é aquela que o investigador quer estudar e para a qual quer fazer generalizações; a população acessível é a que está ao alcance do investigador (Fortin et al., 2009). A amostra é um subconjunto da população e que deve ser uma réplica da população alvo (Fortin et al., 2009). A amostra tem como vantagens o facto de ser mais fácil e prática de trabalhar, mas também de apresentar menos custos. No entanto, corre-se o risco de esta não refletir as características da população em estudo (Polit et al., 2004).

Para definir a população estabeleci os seguintes critérios de inclusão: i) Famílias inscritas na Extensão de Campo de Jales da UCSP de Vila Pouca de Aguiar; ii) Famílias PIC a utentes dependentes inscritos na UCSP, Extensão de Campo de Jales e que constavam do programa informático S. Clínico.

A população em estudo ficou assim constituída por 22 famílias PIC a utentes dependentes inscritos na UCSP, Extensão de Campo de Jales.

Para a constituição da amostra para este estudo foram estabelecidos os seguintes critérios de exclusão: i) Famílias que não compreendiam o português falado; ii) Uteses que, embora inscritos na USCP, residiam fora da área de intervenção da extensão de saúde; iii) Famílias sem prestador de cuidados.

Após aplicação dos critérios de exclusão, a amostra ficou constituída por 11 famílias, perfazendo 50% da população. Trata-se de uma amostra não aleatória, intencional e que obedeceu aos critérios delineados.

3.3. Questões de investigação e objetivos

Uma das etapas do processo de investigação passa pela definição do problema e questões de investigação. Uma questão é uma interrogação ou levantamento de um problema ou assunto de interesse público, o qual gera pontos de vista diferentes envolvendo uma comunidade e tem por objectivo dar resposta e encontrar soluções para esse problema (Lewis & Pamela, 1987). As questões de investigação são o primeiro passo num processo de investigação, pois

são o seu fio condutor. Estas questões são importantes na recolha e análise de informação e mantêm o rumo, para as conclusões e respostas possíveis, para que o investigador não se perca. As características das questões de investigação devem ser relevantes e executáveis.

Face ao exposto, formulei as seguintes questões de investigação: i) Quais as dificuldades sentidas pela família na adaptação ao papel de PIC de um familiar dependente? ii) Quais as áreas em que os prestadores apresentam mais dificuldades?

De acordo com Fortin (2003), o objetivo consiste num enunciado declarativo que precisa a orientação segundo o nível de conhecimento estabelecido no domínio em questão.

Tendo em conta aumento da prevalência de situações de morbilidade e de dependência dos idosos, os desequilíbrios demográficos e sociais e as dificuldades das gerações mais novas em corresponder às necessidades da pessoa idosa e tudo o que foi referido anteriormente, surge a pertinência do tema desta investigação, que tem como objetivo geral: Realizar um diagnóstico de situação acerca das necessidades sentidas pelos PIC, dificuldades no cuidar de dependentes e alterações na vida da família decorrentes do ato de cuidar.

Para dar resposta a esta temática foram definidos os seguintes objetivos específicos:

- 1) Traçar o perfil sociodemográfico das famílias cuidadoras do utente dependente que participem no estudo;
- 2) Conhecer as necessidades sentidas pelas famílias na adaptação ao papel de PIC ao utente dependente;
- 3) Identificar as atividades da vida diária do dependente, em que os PIC sintam mais dificuldades, no cuidar do dependente e nas quais devem incidir as ajudas dos enfermeiros;
- 4) Conhecer as alterações na vida da família decorrentes do ato de cuidar;
- 5) Propor um conjunto de medidas para correção das dificuldades encontradas.

3.4. Instrumento de recolha de dados

Antes de partir para a recolha de dados, o investigador deve tentar perceber se o instrumento que vai utilizar dá resposta aos objetivos da sua investigação. “Os dados podem ser colhidos de diversas formas junto dos sujeitos. Cabe ao investigador determinar o tipo de instrumento

que melhor convém ao objetivo de estudo, às questões de investigação colocadas ou hipóteses formuladas” (Fortin, Grenier & Nadeau, 2003, p.240). A recolha de dados corresponde então à recolha de informação junto dos participantes, recorrendo ao instrumento de colheita de dados escolhido. Para esse efeito, recorri a um formulário, instrumento que permitiu assegurar a uniformidade na recolha de dados. Uma vez que a dificuldade na compreensão das perguntas poderia comprometer, ou mesmo impedir, o preenchimento do questionário, a presença do investigador é uma mais-valia no momento da recolha de dados, pois permite o esclarecimento de dúvidas e significados de perguntas, que não são compreendidas pelos participantes.

O formulário a utilizar neste estudo é constituído por duas partes: a primeira parte pretende caracterizar em termos sociodemográficos o prestador de cuidados, e a segunda pretende descrever a vivência de prestação de cuidados do mesmo (*Apêndice A*).

3.5. Questões éticas e procedimento de recolha de dados

Toda a investigação que inclua pessoas levanta questões de ordem moral e ética, e estas estão presentes desde que se determina o problema até à conclusão do estudo. Fortin et al. (2009) referem 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” (p.116). A investigação eticamente correta tem por base o consentimento informado ou esclarecido. É necessário assegurar a liberdade e proteger todas as pessoas que participem neste estudo. A ética obedece a cinco princípios: direito à autodeterminação, à intimidade, à confidencialidade à proteção contra o desconforto e a um tratamento justo e equitativo que serão aplicados no presente estudo. A realização de qualquer pesquisa implica não só delinear uma população, mas também desenvolver um conjunto de ações, no sentido de alcançar os objetivos inicialmente propostos para o estudo. Além disso, torna-se fundamental que todos os procedimentos a desencadear, se façam segundo uma rigorosa conduta ética, respeitando os princípios da beneficência, da justiça e de um respeito integral pela dignidade humana.

Neste sentido, foi solicitada autorização para realização do estudo e aplicação do instrumento de colheita de dados, à diretora executiva do ACeS Alto Tâmega e Barroso (*Apêndice B*), e à

Comissão de Ética da Administração Regional de Saúde (ARS) Norte (*Apêndice C*), que obteve parecer favorável com o nº 31/2017 (*Apêndice C*). Foi ainda solicitado o consentimento informado (*Anexo D*).

A colheita de dados teve início em março de 2017. Inicialmente, os participantes foram contactados telefonicamente para agendar uma visita domiciliária. Na visita domiciliária, os PIC foram devidamente informados sobre o estudo em questão, dos objetivos do mesmo, do seu direito a participar ou a recusar, do direito à confidencialidade, na informação recolhida, quer do seu processo clínico. Foi também obtido o consentimento livre e esclarecido previamente. Na segunda visita domiciliária, foi aplicado o formulário para a recolha de informação. Após preenchimento, os formulários foram guardados, sem identificação, em envelope fechado de forma a garantir a confidencialidade.

3.6. Tratamento e análise de dados

Após terminar a recolha dos dados, surge a interpretação e análise dos resultados à luz das questões de investigação formuladas (Fortin et al., 2009). Para estes autores, a análise de dados é um “conjunto dos métodos estatísticos que permitem visualizar, clarificar, descrever e interpretar os dados junto dos sujeitos” (p.364).

O tratamento de dados quantitativos foi efetuado através do *software* estatístico *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS) para tratamento de dados quantitativos, que permite tratar a informação recolhida, tendo recorrido apenas à estatística descritiva com o cálculo das frequências absolutas e relativas.

O tratamento de dados qualitativos foi efetuado com recurso à análise do conteúdo, uma técnica muito usada em estudos qualitativos. As perguntas abertas, 14 e 15, do formulário, foram integralmente transcritas a partir das respostas dadas pelos participantes em estudo. Estas respostas foram posteriormente submetidas a análise de conteúdo, que se processou nas seguintes fases: i) Na 1ª fase, organizei todas as questões, participante a participante, reli várias vezes o conteúdo de todos os participantes e inventariei os temas; ii) Na 2ª fase, classifiquei todos os dados recolhidos por unidades e procedi à descrição dos mesmos; iii) Na 3ª fase inventariei todas as categorias emergentes; iv) Na 4ª e última fase, elaborei um quadro resumo das categorias e subcategorias para facilitar a leitura e análise dos padrões emergentes.

4. APRESENTAÇÃO DE RESULTADOS

Neste capítulo, apresentam-se os resultados obtidos no estudo com o objetivo de dar resposta às questões de investigação e objetivos formulados. O capítulo encontra-se dividido nos seguintes subcapítulos: no primeiro subcapítulo procede-se à caracterização sociodemográfica dos PIC; no segundo, descreve-se as experiências do familiar enquanto cuidador; no terceiro, apresenta-se as dificuldades sentidas no papel de PIC; no quarto, expõe-se a experiência de formação para o papel de PIC e ajudas técnicas; no quinto e último subcapítulo, descrevem-se as alterações na vida da família, provocado pelo papel de P IC.

4.1. Caracterização sociodemográfica dos prestadores informais de cuidados

Do total da amostra de cuidadores (n=11), todos eram do sexo feminino, a maioria (72,7%) tinha idade compreendida entre 18 e 64 anos, era casada (45,5%), o maior grupo detinha o 1º e 3º ciclo de nível de escolaridade, que obtiveram o mesmo percentual (27,3) e a maioria era doméstica (60,3%) (Tabela 1).

Tabela 1.

Caracterização sociodemográfica dos PIC (n =11)

Variáveis	Fa	Fr (%)
Sexo		
Masculino	0	0,0
Feminino	11	100,0
Grupo etário		
18-64 anos	8	72,7
>64 anos	3	27,3
Estado civil		
Solteiro	1	9,1
Casado	5	45,5
Divorciado	2	18,2
Viúvo	3	27,3
Nº elementos agregados familiares		
1-3	6	54,5
>4	5	45,5
Grau de parentesco com o dependente		
Mãe/Pai	0	0
Filho(a)	3	27,3
Nora	3	27,3
Esposa	2	18,2
Família de acolhimento	3	27,3
Habilitações literárias		
s/escolaridade	1	9,1
1º ciclo	3	27,3
2º ciclo	2	18,2
3º ciclo	3	27,3
Secundário	1	9,1
Ensino superior	1	9,1
Profissão do cuidador		
Doméstica	7	60,3
Reformado	3	27,3
Família de acolhimento	1	9,1
Total	11	100

4.2. Experiência do familiar enquanto cuidador

No total da amostra, o maior grupo era PIC há 2, 4 e 5 anos, que obtiveram o mesmo percentual (18,2%), salientando-se que um dos participantes exercia este papel apenas há 1 mês, a maioria cuidava apenas de um dependente (63,6%) e desempenhava todas as atividades básicas da vida diária (90,9%) (Tabela 2).

Tabela 2.
Experiência do familiar enquanto cuidador

Variáveis	Tempo (anos)	Fa	Fr (%)
Há quanto tempo é cuidador informal? (em anos)	0,83	1	9,1
	1,42	1	9,1
	2	2	18,2
	4	2	18,2
	5	2	18,2
	8	1	9,1
	12	1	9,1
	20	1	9,1
De quantos utentes dependentes cuida?	1	7	63,6
	2	3	27,3
	3	1	9,1
Quais as tarefas que desempenha?	Banho, calçar meias	1	9,1
	Todas	10	90,9
Total	11		100

4.3. Dificuldades sentidas pelo prestador informal de cuidados

Os dados da Tabela 3 mostram que a maior dificuldade que os PIC sentiam era no banho e eliminação, tendo sido reportadas por 54,5% dos questionados, seguida pela atividade deambulação/levante (36,4%) e pela atividade vestir/despir (27,3%). Verificou-se que os PIC não referiram sentir dificuldades na alimentação e na manutenção de algalias dos dependentes (Tabela 3).

Tabela 3.
Dificuldades sentidas no papel de PIC

Variáveis	Fa	Fr (%)
Banho		
Não	5	45,5
Sim	2	18,2
Sim, mas tem ajuda	1	9,1
Sim, mas tem ajuda da filha	1	9,1
Sim, porque não quer tomar banho	1	9,1
Sim, sente cansaço	1	9,1
Vestir/Despir		
Não	8	72,7
Sim	2	18,2
Sim, com cansaço	1	1
Alimentação		
Não	11	100
Posicionamentos		
Não	10	90,9
Sim	1	9,1
Deambulação/Levante		
Não	7	63,6
Sim	4	36,4
Eliminação vesical e intestinal		
Não	5	45,5
Sim	2	18,2
Sim, mudar a fralda	4	36,4
Manutenção de algálias:		
Não	11	100
Total	11	100

4.4. Formação para o papel de prestador informal de cuidados e ajudas técnicas

Na análise da Tabela 4, verificamos que a maioria dos PIC exerce o papel sem ter recebido formação, para a função que desempenha (63,6%), sendo que a maioria mostrou interesse em participar na formação (81,8%), cerca de metade revelou não ter disponibilidade de tempo para o fazer (45,5%). Relativamente à utilização de ajudas técnicas, a maioria dos PIC já tinha ouvido falar delas (72,7%), sendo que já todos fizeram uso delas (100%) e as mais utilizadas, com o mesmo percentual, foram os andarilhos e as fraldas (18%) (Tabela 4).

Tabela 4.

Formação para o papel de PIC e ajudas técnicas

Variáveis		Fa	Fr (%)
Recebeu formação para desempenhar esta tarefa?	Não	7	63,6
	Sim	4	36,4
Gostaria de participar neste tipo de formação	Não	2	18,2
	Sim	9	81,8
Quais os dias e a horas mais convenientes?	Disponibilidade 1-2h	1	9,1
	Disponibilidade sábados	1	9,1
	Manhãs	2	18,2
	Tardes	1	9,1
	Horário das 09-11h e 14-15h	1	9,1
	Sem disponibilidade	5	45,5
Já ouviu falar em ajudas técnicas?	Sim	8	72,7
	Não	3	27,3
Utiliza alguma ajuda técnica?	Andarilho	2	18,2
	Andarilho e moletas	1	9,1
	Cadeira de rodas	1	9,1
	Cadeira de rodas e andarilho	1	9,1
	Cadeira rodas e fralda	1	9,1
	Cadeira sanitária (feita pela filha)	1	9,1
	Canadianas	1	9,1
	Fraldas	2	18,2
	Fraldas, andarilho e cadeira de rodas	1	9,1
Total		11	100

4.5. Alterações na vida da família provocadas pelo papel de prestador informal de cuidados

O conteúdo referente às alterações na vida da família provocadas pelo papel de PIC emergiu da questão aberta n.º 14 do formulário, que foi submetido a análise de conteúdo. Pela análise da Tabela 5, podemos verificar que a maioria dos PIC (9) sente que o papel que desempenhava é uma “prisão”, referindo que a sua vida social estava alterada, por não se poder ausentar de casa (E1, E2, E3, E4, E5, E6, E8, E9, E11). A segunda alteração mais referida pelos PIC era a das alterações físicas, referida por três PIC, que afirmaram sentir cansaço físico, devido ao papel que desempenhavam (E2, E3 e E6). De salientar que apenas uma PIC referiu aspetos positivos relativamente ao que fazia, justificando que a sua vida melhorou com o desempenho do papel de PIC (E10) (Tabela 5).

Tabela 5.

Alterações que o papel de PIC provocou na sua vida e na vida da sua família?

Categorias	Subcategorias	Entrevistados
Alteração da vida social	Impossibilidade de se ausentar de casa	E1; E2; E3; E4; E5; E6; E8;E9; E11
	Excesso de trabalho e confinamento à residência onde presta a atividade	E4
	Vida social alterada	E4
Alterações psicológicas	Sente-se nervosa	E5
	Stresse/Vida agitada	E2
Alterações físicas	Sente-se cansada	E2;E5;E6
Alterações laborais	Lamenta não ter emprego	E1
Alterações de saúde	Estado de Saúde diminuída	E8
Alteração do bem-estar	Perceção de vida melhor	E7
Sem alterações	Não refere alterações	E10

Relativamente à questão n.º 15, nenhum PIC acrescentou algo, para além das respostas que tinham dado (E1; E2; E3; E4; E5; E6; E7; E8; E9; E10; E11).

5. DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

A discussão dos resultados será organizada pela mesma sequência da sua apresentação em cinco subcapítulos: quanto à caracterização sociodemográfica da amostra, quanto à experiência do familiar enquanto cuidador, quanto às dificuldades sentidas no papel de PIC, quanto à formação para o papel de PIC e ajudas técnicas e quanto às alterações na vida da família provocadas pelo papel de PIC.

5.1. Quanto à caracterização sociodemográfica da amostra

Na amostra em estudo, os PIC eram todos do sexo feminino, o que vai ao encontro de estudos realizados em Portugal (Lage, 2007b; Sequeira, 2010) que demonstraram que o cuidado informal é assegurado pelo sexo feminino. Estudos como o de Martin (2005), aponta como provável para este facto, a maior disponibilidade de tempo das mulheres, bem como ideias pré-concebidas e enraizadas de que a mulher será mais capacitada para este tipo de tarefas, facto que acontece mais nos meios rurais, onde as mulheres têm um nível de escolaridade mais baixo e profissões não remuneradas, casos verificados neste estudo. No dizer de Paúl (1997) e Collière (2003), a prestação de cuidados ao longo do ciclo vital é função da mulher, a quem cabe a responsabilidade de cuidar das crianças, dos velhos e dos doentes. Este facto traduz um processo de divisão sexual dos papéis, observado ao longo dos tempos, que está enraizado na cultura e que é transmitido de geração em geração.

Relativamente à idade dos PIC, esta varia entre 36 e 82 anos, com uma média de idade de 60,09 anos, bastante superior à média de idades do estudo de Lage (2007a), que foi 54,52 anos. Os PIC do presente estudo eram, por isso, mais velhos do que os do referido estudo. O cuidador mais velho tinha 82 anos e o mais novo 32 anos.

Quanto ao estado civil dos PIC, a maioria era casada, dados idênticos aos do estudo de Marques (2005) e Lage (2007a). Figueiredo (2007) refere no seu estudo que 70% dos cuidadores são casados, verificando-se a prevalência de PIC casados maioritariamente com o dependente.

O agregado familiar era constituído maioritariamente no máximo até três elementos, verificando-se que as famílias eram pouco numerosas.

No que diz respeito ao grau de parentesco, oito dos cuidadores tinham grau de parentesco com a pessoa cuidada dependente, sendo três filhas, três noras, duas eram esposas e três eram famílias de acolhimento. Na ausência da família eram os amigos e/ou vizinhos que assumiam a prestação de cuidados ao idoso em situação de dependência, resultados que vão ao encontro de estudos realizados em Portugal e na Europa (Figueiredo, 2007; Sacareno & Naldini, 2003; Sousa et al., 2004) que revelaram que os cuidados informais são, na sua maioria, prestados pelas filhas, noras e esposas. Segundo Figueiredo (2007), "...na ausência do cônjuge, é a filha quem assume a responsabilidade de prestação de cuidados. No caso da inexistência de uma filha, será o filho quem assume tal responsabilidade mas, quase sempre, acaba por transferi-la para a esposa" (p.111). Na ausência da família, são os amigos e/ou vizinhos que assumem a prestação de cuidados ao idoso em situação de dependência (Sousa et al., 2004).

Quanto às habilitações literárias, o maior grupo (27%) tinha o 1º e 3º ciclo de escolaridade, o que corrobora o estudo de Colomé et al. (2011), em que os PIC eram detentores de baixa escolaridade. Para além da baixa escolaridade não frequentaram formação adequada à prestação de cuidados.

Quanto à profissão do PIC, eram na sua maioria domésticas, que exerciam trabalho não remunerado, resultado coincidente com o do estudo realizado por Imaginário (2008), em que dos 16 prestadores de cuidados, nenhum exercia um trabalho remunerado.

5.2. Experiência do familiar enquanto cuidador

Quanto ao tempo em que os PIC exerciam este papel, o maior grupo desempenhava-o há 5 anos, o que vai ao encontro do estudo de Imaginário (2008), em que a maioria dos PIC prestava cuidados entre três a cinco anos. De salientar que um prestador prestava cuidados há cerca de um mês e outro há cerca de vinte anos, demonstrando que a prestação de cuidados geralmente é uma tarefa de longa duração.

No que diz respeito às tarefas realizadas pelos PIC, como seria de esperar, verificou-se que a maioria dos PIC realizava as tarefas diárias de calçar meias e dar banho. A prestação de cuidados caracteriza-se por uma diversidade de tarefas a prestar ao dependente, para garantir a satisfação das necessidades fundamentais ao seu bem-estar. Os cuidados prestados pelos PIC, na sua maioria, referem-se a cuidados de higiene incluindo o vestir e despir, dar banho e a

alimentação, resultados que corroboram os obtidos no estudo de Imaginário (2008), que refere as ajudas que os PIC prestam são maioritariamente na higiene, vestir e despir e alimentação.

5.3 Quanto às dificuldades sentidas no papel de prestador informal de cuidados

A maioria das famílias PIC referiu não ter dificuldades na prestação de cuidados. As famílias que apontaram dificuldades, estas relacionavam-se com o banho, eliminação, deambulação/levantes e vestir/despir, dos seus dependentes. Parte dos cuidadores refere que tem dificuldades em algumas tarefas, mas refere ter alguma ajuda para a sua execução. Existem estudos que referem que a falta de ajuda de outras pessoas para a prestação de cuidados à pessoa dependente é também uma das dificuldades apontadas pelos prestadores de cuidados em vários estudos (Almeida, Miranda, Rodrigues & Monteiro, 2005; Imaginário, 2008; Marote, Carmen, Leodoro & Pestana, 2005; Mendonça, Martinez & Rodrigues, 2000; Palma, 1999; Rodríguez, Alvarez & Cortés, 2001; Veríssimo & Moreira, 2004). A falta de ajuda de outrém no âmbito das tarefas encontra-se implícita na idade avançada do cuidador, o que foi verificado por Almeida et al. (2005), no seu estudo com cuidadores familiares de doentes dependentes.

Também Cerqueira (2005), concluiu no seu estudo com cuidadores, que estes revelavam falta de conhecimentos sobre a execução de cuidados de mobilização, deambulação e levante. A dificuldade em satisfazer as necessidades físicas dos idosos é igualmente apontada pelos prestadores de cuidados de outros estudos (Almeida et al., 2005; Palma, 1999). Os nossos resultados assemelham-se aos obtidos por Palma (1999), no seu estudo com cuidadores familiares de pessoas idosas dependentes, acerca das dificuldades sentidas no papel de PIC.

5.4. Quanto à formação para o papel de prestador informal de cuidados e ajudas técnicas

Quando questionados relativamente à formação para o papel de PIC, a maioria (7 - 63,6%) afirmou não ter recebido qualquer formação para desempenhar este papel, resultados bastante coincidentes com os dos estudos de Almeida (2005) e Gratão (2006), que revelaram que a maioria dos PIC não recebe qualquer tipo de formação, nem orientação profissional. Estes resultados devem ser tidos em conta na prática de enfermagem, numa perspetiva do

enfermeiro de família ser ativo no processo de ensinar, educar e treinar os PIC, para a prestação de cuidados, como é definido na CIPE (CIE, 2003).

A informação/formação é uma das necessidades que, segundo Mendonça et al. (2000), Rodriguez et al. (2001) e Veríssimo e Moreira (2004), é frequentemente sentida pelos PIC a idosos, o que não coincide com a indicação dada pela maioria das famílias PIC, no nosso estudo, talvez por terem bastante experiência neste ato de cuidar.

5.5. Quanto às alterações na vida da família provocada pelo papel de prestador informal de cuidados

As alterações na vida da família provocadas pelo papel de PIC recaem sobretudo na limitação da vida social destas famílias, com diminuição dos seus movimentos, nas alterações físicas relacionadas com o cansaço físico, o que vai ao encontro dos estudos de França (2010), Reis et al. (2010) e Silva e Acker (2007), que referem que o exercício do papel de prestador de cuidados condiciona muito a vida social das famílias e faz com que sintam níveis consideráveis de sobrecarga física e emocional e financeira. O impacto negativo da prestação de cuidados nos PIC é frequentemente denominado pela literatura científica de sobrecarga (Figueiredo, 2007), pelo que os enfermeiros de família devem centrar a sua educação para a saúde e formação destes PIC nestas dificuldades.

Neste estudo, alguns cuidadores manifestaram repercussões nas suas vidas, por estar a cuidar de um dependente como a diminuição do tempo disponível, saúde física, restrições ao nível da vida social, cansaço físico ou dificuldades económicas. Os resultados obtidos relacionam-se com o defendido por Figueiredo (2007), no que diz respeito à sobrecarga ou *burden*, que diz respeito ao conjunto de problemas físicos, psicológicos, emocionais, social e financeiros que podem ser experimentados pelo cuidador, e que têm como resultado, um decréscimo dos sentimentos de bem-estar e um aumento dos problemas de saúde, áreas que também vão ao encontro das referidas no estudo de Gil e Mendes (2005), como são exemplo, o estado psicológico (angústia, depressão, stresse, revolta), as relações sociais (tempo para estar com os amigos ou para os tempos livres e de lazer), que segundo os autores são as áreas mais afetadas na vida pessoal do cuidador.

Inerente ao cuidado informal, existem aspetos positivos e negativos, que alguns PIC salientaram, tais como esforço físico, restrição de tempo, falta de vida social e laboral, como é

salientado na maior parte dos estudos, que são as razões mais pertinentes para a intervenção dos profissionais de saúde (Salgueiro, 2006). Apenas uma das cuidadoras, que é família de acolhimento, afirmou gostar do que faz, que tem o apoio do marido, e que a sua vida melhorou. Esta perspetiva positiva do papel de cuidar é verificada em alguns estudos. Cohen, Colantonio e Vernich (2002), verificaram que 70% dos cuidadores são felizes ao desempenhar o papel de cuidadores, o que não se verifica neste estudo, em que apenas a PIC acima referida tinha esta opinião.

O apoio dos vizinhos e/ou amigos nas tarefas do cuidado à pessoa idosa dependente é uma mais-valia no quotidiano destes cuidadores. Este apoio é igualmente apontado pelos cuidadores de outros estudos com o mesmo objeto de estudo (Andrade & Rodrigues, 1999; Imaginário, 2008; Moreira, 2001).

6. CONCLUSÕES DO ESTUDO

Este capítulo está organizado em três subcapítulos: no primeiro subcapítulo elencamos as principais conclusões do estudo; no segundo descrevemos as limitações do estudo; e, por último, as implicações na prática profissional da Enfermagem de Saúde Familiar/Proposta de alteração de práticas profissionais constarão do terceiro subcapítulo.

Depois de uma análise atenta aos resultados do presente estudo, de seguida elencamos um conjunto de conclusões, tendo em conta os objetivos delineados e as questões formuladas.

O perfil padrão dos PIC participantes no estudo pode considerar-se ser uma pessoa do sexo feminino, com idade compreendida entre os 18-64 anos, casada, sendo filho, nora ou família de acolhimento, possuindo o 1º ou 3º ciclo do ensino básico e, na sua maioria, doméstica, bastante coincidente com outros estudos.

A maioria das famílias PIC não refere dificuldades no ato de cuidar dos seus dependentes. As famílias que assinalam dificuldades, as mais sentidas são o dar banho, eliminação, deambulação/levantar e vestir/despir, dos seus dependentes, pelo que os enfermeiros de família devem centrar a sua educação para a saúde e formação destes PIC nestes tópicos. Esta ausência de dificuldades em grande parte das famílias poderá estar relacionada com a sua experiência enquanto cuidadoras.

As alterações na vida da família provocadas pelo papel de PIC recaem sobretudo na limitação da vida social destas famílias, com diminuição dos seus movimentos, nas alterações físicas sobretudo relacionadas com o cansaço físico, muito comuns em outros estudos.

A realização deste trabalho permitiu concluir que os PIC sofrem repercussões importantes na sua vida durante o processo de cuidar, repercussões essas que se sentem na sobrecarga física, alterações e limitações da vida social, e que podem comprometer o seu bem-estar físico e emocional.

Com este trabalho, sugere-se que os prestadores informais de cuidados sejam também um dos focos de atenção por parte dos profissionais de saúde, promovendo a potencialização das suas capacidades e competências, através de intervenções que promovam uma melhoria na sua vida e que influenciem positivamente a prestação de cuidados ao idoso. O conhecimento desta realidade permite à equipa de enfermagem garantir que quem cuida não fique por cuidar.

Como medidas para correção das dificuldades encontradas, propõe-se a realização de formação em grupo das famílias PIC, de cariz prático, dirigida às suas principais dificuldades, devendo ser apresentadas as ajudas técnicas. Os PIC devem ser treinados, principalmente na AVDs como dar banho, eliminação, vestir/despir e deambulação/levante.

Estas formações devem ser planeadas em parceria com a Câmara Municipal, a fim de ser analisada a possibilidade de providenciar transporte para estas famílias e assegurar o cuidado aos dependentes, durante a sua ausência, para minimizar estas consequências do ato de cuidar e ajudar as famílias a gerir a sua ausência durante a formação. As mesmas deveram ser ensinadas e instruídas na utilização de estratégias de *coping*.

A par das necessidades destes PIC, seria de todo o interesse que os organismos governamentais desenvolvessem políticas sociais de apoio aos PIC, envolvendo Unidades de Saúde, Segurança Social, IPSS, Câmaras Municipais e Juntas de Freguesia. Criar um gabinete de apoio aos PIC; proceder à criação de uma linha telefónica de ajuda; promover grupos de voluntariado com formação adequada que auxiliem o PIC aquando da necessidade de este se ausentar, para poderem usufruir de uma vida soial e do seu próprio descanso.

6.1. Limitações do estudo

Nos estudos científicos podem existir fatores que condicionam e limitam a investigação. É então importante que o investigador reflita e analise essas mesmas condicionantes e limitações que possam acontecer no decorrer do seu processo de investigação, com vista a melhorar em futuros estudo de investigação ou na aplicação prática do estudo.

As principais limitações do estudo relacionam-se principalmente com a reduzida dimensão da amostra, o que limitou bastante o tratamento estatístico dos dados. O facto de se tratar de uma amostra não aleatória, poderá ter tido repercussões na representatividade da mesma.

6.2. Implicações para a prática profissional/propostas de alteração de práticas profissionais

Este estudo, apesar das suas condicionantes, pode ter interesse e importância para novas abordagens no âmbito da enfermagem de família, relativamente a questões de cuidados informais e adaptação da família aos mesmos. Na extensão da UCSP de Campo de Jales, pode

ser realizada uma intervenção nestas famílias, de modo a ajudá-las a melhorar os cuidados prestados aos seus dependentes e, ao mesmo tempo, melhorar a vida do PIC na tarefa árdua de adaptação a este papel.

Os resultados deste estudo serão devolvidos aos profissionais de saúde da extensão UCSP de Vila Pouca de Aguiar, para que os mesmos possam ficar a conhecer melhor estas famílias PIC, as suas dificuldades no papel de PIC e as alterações provocadas por este papel. Estamos convencidas que os referidos profissionais irão adequar melhor as suas práticas de educação para a saúde e dar melhor apoio a estas famílias, o que contribuirá para a melhoria dos cuidados prestados, no âmbito da enfermagem da saúde familiar.

É nosso desejo dar maior visibilidade social aos PIC, contribuir para que sejam mais apoiados na tarefa de cuidar, aumentar e desenvolver as suas capacidades e autoestima, para minimizar as dificuldades e necessidades sentidas, ao longo deste processo de cuidar, contribuir para o seu bem-estar e daqueles que por si são cuidados.

Só com uma boa articulação entre as políticas, setores sociais e de saúde somos capazes de promover a saúde das pessoas dependentes e da sua família. Urge construir um sistema adequado de suporte, para promover a sustentabilidade da pessoa dependente no ambiente familiar e direcionar o foco de atenção para estas famílias para que se encontrem bem em comunidade.

Pensar e cuidar a família no paradigma da desinstitucionalização obriga a ter em consideração o meio em que a família está inserida, a sua estrutura, a sua cultura, crenças, valores, bem como a rede social de que dispõe. Só depois de considerar estes aspetos será possível um cuidar digno e adequado, que compartilhe benefícios e satisfaça as necessidades da pessoa alvo de cuidados e de cada família.

Em termos de propostas para estudos futuros, sugere-se um projeto mais ambicioso que possa ter em consideração variáveis como estratégias de confronto, formas de lidar com situações de stresse ou satisfação laboral.

SÍNTESE CONCLUSIVA DO RELATÓRIO

Este relatório descreveu as principais atividades realizadas ao longo do estágio e as competências desenvolvidas, tendo existido a preocupação de refletir e relacionar cada uma das atividades com a respetiva competência, de acordo com a matriz de competências estabelecida pela OE, para o EEESF. Conseguimos desenvolver todas as competências preconizadas.

Foi possível apresentar a metodologia, principais resultados, discussão e conclusões do estudo empírico, realizado no decorrer do estágio, que indicaram como principal dificuldade o dar banho, a eliminação, deambulação/ levante e o vestir/despir dos dependentes.

Com a elaboração deste relatório fornecemos um instrumento de avaliação para a conclusão deste processo formativo em enfermagem de saúde familiar. Consideramos que este percurso foi muito enriquecedor, quer sob o ponto de vista pessoal como profissional, promovendo o nosso crescimento. A nível mais pessoal, foi um estudo muito gratificante, capacitou-nos com novos conhecimentos, visões e estratégias, que visaram o melhoramento do nosso papel como enfermeira e a aquisição de competências de Enfermeira de Família.

Durante a realização do estágio fomos sentindo alguns constrangimentos, como a harmonização da vida profissional e pessoal com a realização do estágio, dificuldades na deslocação e distância para o local de estágio.

Este estudo, realizado na UCSP de Vila Pouca de Aguiar, extensão de Campo de Jales, contou com a envolvimento e ajuda de todos os profissionais de saúde, o que foi essencial para a sua concretização, o que permitirá, no futuro, apoiar mais eficazmente as famílias PIC.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Aboim, S. (2003). Evolução das estruturas domésticas. *Revista Sociologia, Problemas e Práticas*, 43, 13-30.
- Alarcão, M. (2006). *(Des)equilíbrios familiares* (2a ed.). Coimbra: Quarteto Editora.
- Almeida, A., Miranda, M., Rodrigues, M., & Monteiro, R. (2005). Transição do doente dependente para a família. *Revista Sinais Vitais*, 62, 26-31.
- Almeida, T. L. (2005). *Características dos cuidadores de idosos dependentes no contexto da saúde da família*. Dissertação de mestrado não publicada, Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Brasil.
- Andrade, O., & Rodrigues, R. (1999). Representaciones del cuidador familiar ante el anciano com AVC. *Revista Rol de Enfermeria*, 6(22), 453-464.
- Araújo, I. M. B. (2010). *Cuidar da família com um idoso dependente: Formação em enfermagem*. Tese de doutoramento não publicada, Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar da Universidade do Porto. Retirado de <http://repositorioaberto.up.pt/bitstream/10216/45001/2/TeseDoutIsabel.pdf>
- Brito, L. (2002). *A saúde mental dos prestadores de cuidados a familiares idosos*. Coimbra: Quarteto Editora.
- Caldas, C. (2003). Envelhecimento e dependência: Responsabilidades e demandas da família. *Cadernos de Saúde Pública*, 19(3), 773-781. Disponível em <http://www.scielo.br/pdf/csp/v19n3/15880.pdf>
- Campos, M. L. (2002). *Adaptação psicossocial parental à deficiência mental*. Dissertação de mestrado não publicada, Faculdade de Medicina da Universidade do Porto.
- Carta de Ottawa. 1ª Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde*. (1986). Ottawa, Canadá. Disponível em http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/carta_ottawa.pdf
- Carvalho, R. (2002). *Parcerias na formação. Papel dos orientadores clínicos: perspectivas dos actores*. Loures: Lusociência.
- Carvalho, M. I. (2009). Os cuidados familiares prestados às pessoas idosas em situação de dependência: Características do apoio informal familiar em Portugal. *Revista Kairós*, 12(1), 77-96. Disponível em <http://revistas.pucsp.br/index.php/kairos/article/viewFile/2781/1816>
- Cerqueira, M. (2005). *O cuidador e o doente paliativo*. Coimbra: Formasau.
- Cohen, C. A., Colantonio, A., & Vernich, L. (2002). Positive aspects of caregiving: Rounding out the caregiver experience. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 17(2), 184-188. doi:10.1002/gps.561

- Collière, M. F. (2003). *Cuidar...A primeira Arte da Vida*. 2ª edição, Lisboa. Lusociência. ISBN 972-8383-53-3.
- Collière, M.-F. (1999). *Promover a vida: Da prática das mulheres de virtude aos cuidados de enfermagem*. Coimbra: Sindicato dos Enfermeiros Portugueses.
- Colomé, I., Marqui, A., Jahn, A., Resta, D., Carli, R., Winck, M., & Nora, T. (2011). Cuidar de idosos institucionalizados: Características e dificuldades dos cuidadores. *Revista Eletrónica de Enfermagem*, 13(2) 306-312.
- Conselho Internacional de Enfermeiras. (2003). *Classificação internacional para a prática de enfermagem CIPE/ICNP: versão beta 2*. Lisboa: Associação Portuguesa de Enfermeiros.
- Conselho Internacional Enfermeiros. (2005). *Classificação internacional para a prática de enfermagem, versão 1.0*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.
- Conselho Internacional Enfermeiros. (2011). *CIPE versão 2: Classificação internacional para a prática de enfermagem*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.
- Decreto-Lei nº 118/2014*, de 5 de agosto. Estabelece os princípios e o enquadramento da atividade do enfermeiro de família no âmbito das unidades funcionais de prestação de cuidados de saúde primários, nomeadamente nas unidades de saúde familiar e unidades de cuidados de saúde personalizados. Diário da República, 149. Série I.
- Fernandes, A. M. A. (1997). *Velhice e sociedade: Demografia, família e políticas sociais em Portugal*. Oeiras: Celta Editora.
- Figueiredo, D. (2006). Cuidados familiares: Cuidar e ser cuidado na família. In L. Sousa, D. Figueiredo & M. Cerqueira, *Envelhecer em família: Os cuidados familiares na velhice* (pp. 51-80). Porto: Âmbar.
- Figueiredo, D. (2007). *Cuidados familiares ao idoso dependente*. Lisboa: Climepsi Editores.
- Figueiredo, D., & Sousa, L. (2008). Percepção do estado de saúde e sobrecarga em cuidadores familiares de idosos dependentes com e sem demência. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, 26(1), 15-24.
- Figueiredo, M. (2009). *Enfermagem de família: Um contexto do cuidar*. Tese de doutoramento não publicada, Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar, Universidade do Porto.
- Figueiredo, M. (2012). *Modelo dinâmico de avaliação e intervenção familiar. Uma abordagem colaborativa em enfermagem de família*. Loures: Lusociência.
- Florian, L. A., Azevedo, R. C. S., Reiners, A. A. O., & Sudré, M. R. S. (2011). Cuidado realizado pelo cuidador familiar ao idoso dependente, em domicílio, no contexto da estratégia de saúde da família. *Texto Contexto Enfermagem*, 21(3), 543-548. Retirado de <http://www.scielo.br/pdf/tce/v21n3/v21n3a08>

- Fortin, M.-F., Côté, J., & Fillion, F. (2009). *Fundamentos e etapas do processo de investigação*. Loures: Lusodidacta.
- Fortin, M-F. (2003). Os objectivos da investigação e as suas questões ou hipóteses. In M-F. Fortin, *O processo de investigação da concepção à realização* (Cap. 8, pp. 99-110). Loures: Lusociência.
- Fortin, M-F., Grenier, R., & Nadeau, M. (2003). Métodos de colheita de dados. In M-F. Fortin, *O processo de investigação da concepção à realização* (Cap. 17, pp. 239-265). Loures: Lusociência.
- França, J. C. O. (2010). *Saúde mental e necessidades nos cuidadores de familiares com demência*. Universidade Fernando Pessoa, Porto.
- Gallant, H. M., Beaulieu, M., & Camevale, F. (2002). Partnership: An analysis of de concept within the nurse-cliente relationship. *Journal of Advanced Nursing*, 40(2), 49-157. doi:10.1046/j.1365-2648.2002.02357.x
- Gil, A., & Mendes, A. (2005). *Situação social dos doentes de Alzheimer: Um estudo exploratório*. Lisboa: Instituto da Segurança Social, I.P, Fundação Montepio Geral.
- Gratão, A. C. M. (2006). *Demanda do cuidador familiar com idoso demenciado*. Dissertação de mestrado não publicada, Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Brasil.
- Hanson, S. M. H. (2005). *Enfermagem de cuidados de saúde à família* (2a ed.). Loures: Lusociência.
- Imaginário, C. (2008) *O idoso dependente em contexto familiar: Uma análise da visão da família e do cuidador principal* (2a ed.). Coimbra: Formasau.
- Instituto Nacional de Estatística. (2012). *Censos 2011, resultados definitivos: Portugal*. Lisboa: Autor.
- Kawasaki, K., & Diogo, M. (2001). Assistência domiciliária ao idoso: Perfil do cuidador formal. *Revista da Escola de Enfermagem da USP* 35(3), 257-264. Disponível em <http://www.ee.usp.br/reeusp/upload/pdf/598.pdf>
- Kozier, B. (1993). *Enfermería fundamental: Conceptos, procesos y práctica* (4a ed.). Madrid: Editora Mcgraw Hill. Interamericana de Espana.
- Lage, I. (2005). Cuidados familiares a idosos. In C. Paül & A. Fonseca, *Envelhecer em Portugal* (pp. 203-229). Lisboa: Climepsi Editores.
- Lage, I. (2007a). *Avaliação dos cuidados informais aos idosos: Estudo do impacte do cuidado no cuidador informal*. Tese de doutoramento não publicada, Universidade do Porto.
- Lage, I. (2007b). Questões de género e cuidados familiares a idosos. *Nursing*, 217, 40-43.

- Lewis, I., & Pamela, M. (1987). *So you want to do research: A guide for teachers on how to formulate research questions*. Edinburgh: The Scottish Council for Research in Education.
- Marote, A., Carmen, M., Leodoro, S., & Pestana, V. (2005). Realidade dos cuidadores informais de idosos dependentes da Região Autónoma da Madeira. *Revista Sinais Vitais*, 61, 19-24.
- Marques, A. (2000). Sobrecarga de los cuidadores familiares em esquizofrenia: Factores determinantes. In *Anales Sis San Navarra* (pp. 101-110). Pamplona, 23, supl. 1.
- Marques, S. (2007). *Os cuidadores informais de doentes com AVC*. Coimbra: Formasau.
- Martín, I. (2005). O cuidado informal no âmbito social. In C. Paúl & A. Fonseca (Coords.), *Envelhecer em Portugal* (pp. 179-202). Lisboa – Climepsi Editores.
- Martins, T. (2006). *Qualidade de vida e bem-estar dos doentes e familiares*. Porto: Formasau.
- Meleis, A. I., Sawyer, L. M., Im, E. O., Hilfinger Messias, D. K., & Schumacher, K. (2000). Experiencing transitions: An emerging middle-range theory. *Advances in Nursing Science*, 23(1), 12-28. doi:10.1097/00012272-200009000-00006
- Mendonça, F., Martinez, M. A., & Rodrigues, M. (2000). Avaliação das necessidades dos prestadores informais de cuidados de saúde. *Geriatrics*, 13(127), 33-49.
- Minuchin, S. (1982). *Famílias: Funcionamento e tratamento*. Porto Alegre: Artes Médicas.
- Moreira, I. M. P. B. (2001). *O doente terminal em contexto familiar: Uma análise da experiência de cuidar vivenciada pela família*. Coimbra: Formasau.
- Ordem dos Enfermeiros. (2001). *Padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem*. Lisboa: autor.
- Ordem dos Enfermeiros. (2006). *Projecto: Padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem: Relatório de progresso*. Lisboa: Autor.
- Ordem dos Enfermeiros. (2010). *Regulamento das competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem de saúde familiar*. Lisboa: Autor.
- Organização Mundial de Saúde. (2002). *Uma introdução ao enquadramento político da saúde para todos na região europeia da OMS*. Loures: Lusociência.
- Palma, E. (1999). Enfermagem agora. A família com idosos dependentes: Que expectativas?. *Enfermagem*, 15, 27-40.
- Paúl, C., & Fonseca, M. A. (2005). *Envelhecer em Portugal: Psicologia, saúde e prestação de cuidados*. Lisboa: Climepsi Editores.
- Paúl, M. C. (1997). *Lá para o fim da vida: idosos, família e meio ambiente*. Coimbra: Livraria Almedina.

- Petronilho, F. A. S. (2008). *Transição da família para o exercício do papel de cuidadora*. Programa de Doutoramento em Enfermagem. Revisão sistemática da literatura. Lisboa: Universidade de Lisboa.
- Ramos, C. P. (2012). *Dificuldades e necessidades de cuidadores informais de idosos dependentes da Beira Interior*. Dissertação de mestrado não publicada, Universidade da Beira Interior, Covilhã.
- Rebelo, L., Soares, A., Teixeira, A., Costa, A. M., Antão, C., Rosendo, I., Laginha, T. (2011). *A família em medicina geral e familiar: Conceitos e práticas*. Lisboa: Health & Pharma Publishing.
- Regulamento n.º 126/2011*, de 18 de fevereiro. Regulamento das competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem de saúde familiar. Diário da República, 35. Série II.
- Reis, L. A., Sampaio, L. S., Lessa, R. S., Oliveira, T. S., Mascarenhas, C. H. M., & Torres, G. V. (2010). Perfil de familiares cuidadores de idosos doentes e/ou fragilizados residentes no Bairro do INOCOOP no Município de Jequié/Ba. *Revista Saúde.Com*, 6(2), 99-105. Retirado de <http://periodicos2.uesb.br/index.php/rsc/article/view/172/134>
- Rocha, A. P. (2008). *A relação de ajuda no ensino de enfermagem*. Tese de doutoramento não publicada, Universidade de Aveiro. Retirado de <http://ria.ua.pt/bitstream/10773/3315/1/2009000631.pdf>
- Rodríguez, B., Alvarez, E., & Cortés, O. (2001). Cuidadores informales. Necesidades y ayudas. *Revista Rol de Enfermería*, 3(24), 183-189.
- Rolland, J. (2001). Doença crónica e o ciclo de vida familiar. In B. Carter & M. McGoldrick, *As mudanças no ciclo vital de vida familiar: Uma estrutura para a terapia familiar*. Porto Alegre: Artmed Editora.
- Salgueiro, N. (2006). O enfermeiro e a responsabilidade de se tornar competente. *Jornal Enfermagem e o Cidadão*, 10, 1-3.
- Santos, D. I. (2008). *As vivências do cuidador informal na prestação de cuidados ao idoso dependente: Um estudo no concelho da Lourinhã*. Dissertação de mestrado não publicada, Universidade Aberta, Lisboa.
- Saraceno, C., & Naldini, M. (2003). *Sociologia da família* (2a ed.). Lisboa: Editorial Estampa.
- Sequeira, C. (2007). *Cuidar de idosos dependentes*. Coimbra: Quarteto.
- Sequeira, C. (2010). *Cuidar de idosos com dependência física e mental*. Lisboa: Lidel.
- Serapioni, M. (2005). O papel da família e das redes primárias na reestruturação das políticas sociais. *Ciência & Saúde Colectiva*, 10 (Supl.), 243-253. Retirado de <http://www.scielo.br/pdf/csc/v10s0/a25v10s0.pdf>

- Silva, C. A. M., & Acker, J. I. B. V. (2007). O cuidado paliativo domiciliar sob a ótica de familiares responsáveis pela pessoa portadora de neoplasia. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 60(2), 150-154. Retirado de <http://www.scielo.br/pdf/reben/v60n2/a04v60n2.pdf>
- Sousa, L., Figueiredo, D., & Cerqueira, M. (2006). *Envelhecer em família: Os cuidados familiares na velhice*. Porto: Ambar.
- Veríssimo, C., & Moreira, I. (2004). Os cuidadores familiares/informais. Cuidar do doente idoso dependente em domicílio. *Pensar Enfermagem*, 1(8), 60-65.
- Von Bertalanffy, L. (1977). *Teoria geral dos sistemas*. Rio de Janeiro: Editora Vozes
- Wright, L. M., & Leahey, M. (2011). *Enfermeiras e famílias. Guia para avaliação e intervenção na família* (5a ed.). São Paulo: Editora Roca.

APÊNDICES

Apêndice A

Instrumento de recolha de dados

Formulário

Eu, Filomena Berta da Rocha Pinto Abreu Ramos, enfermeira a exercer funções na UCSP de Cerva, no âmbito do Mestrado em Enfermagem de Saúde Familiar, da Universidade de Trás os Montes e Alto Douro, Escola Superior de Enfermagem de Vila Real, sob orientação do Professor Doutor Amâncio Carvalho, pretendo desenvolver um trabalho meramente académico, para a obtenção do Grau de Mestre em Enfermagem de Saúde Familiar. Para tal gostaria que respondesse a este formulário, pelo qual espero colher dados que me permitam avaliar as dificuldades sentidas pela família na adaptação ao papel de prestador de cuidados informal ao utente dependente, a fim de poder ajuda-lo(a) a prestar melhores cuidados. O formulário é anónimo e confidencial, e a sua participação é livre, não trazendo para si quaisquer prejuízos caso não queira participar, podendo no entanto beneficiar de sessões de educação para a saúde, aumentando os seus conhecimentos sobre os cuidados a prestar a utentes dependentes. Muito obrigada pela sua colaboração, que é essencial para a realização deste estudo. Estou disponível para esclarecer qualquer dúvida que lhe ocorra.

Parte I- Dados referentes ao cuidador

- 1- Idade: _____
- 2- Sexo: ___ F / ___ M
- 3- Estado civil: ___ Solteiro(a) / ___ Casado(a) / ___ Divorciado(a)
- 4- Agregado familiar (nº elementos): _____
- 5- Grau parentesco (com o dependente):
___ Pai / ___ Mãe / ___ Filho (a) / ___ Irmão (a) / ___ Avô (a) / Outro/Qual? _____
- 6- Habilitações literárias:
___ S/escol. / ___ 1º ciclo / ___ 2º ciclo / ___ 3º ciclo / ___ Sec. / ___ Ens.Sup.
Outro/Qual? _____
- 7- Profissão _____

Parte II- Papel da família enquanto prestador de cuidados

- 8- Há quanto tempo exerce este papel? _____
- 9- De quantos utentes dependentes cuida? _____
- 10- Quais as tarefas que desempenha enquanto prestador de cuidados? _____
- 11- Quais as dificuldades que sente na realização dessas tarefas de cuidar?
- 11.1 Banho _____
- 11.2 Vestir/Despir _____
- 11.3 Alimentação/hidratação/SNG _____
- 11.4 Posicionamentos _____
- 11.5 Deambulação /Levante _____
- 11.6 Eliminação vesical e intestinal _____
- 11.7 Manipulação de algalias e sacos coletores _____
- 12- Recebeu alguma formação para desempenhar estas tarefas? ____ sim / ____ não
- 12.1- Se gostaria de participar neste tipo de formação? ____ sim/ ____ não
- 12.2-Quais os dias e as horas mais convenientes? _____
- 13- Já ouviu falar em ajudas técnicas? ____ sim/ ____ não
- 13.1- Utiliza alguma ajuda técnica? ____ sim/ ____ não
- 13.2- Sesim qual? _____
- 14- Quais as alterações que o papel de prestador de cuidados provocou na sua vida e na vida da sua família? _____
- 15- Tem mais alguma coisa a acrescentar que não tenha perguntado?

MUITO OBRIGADO

Apêndice B

Autorização da instituição

Autorizo
RS
Laurentina Santa Teófilo
(Diretora Executiva)
ACES Alto Tâmega e Barroso
18.04.2017

MINISTÉRIO DA SAÚDE
ACES - ALTO TÂMEGA E BARROSO
Entrada da Correspondência

N.º 113... 12/04/2017

Ex^{ma} Senhora

Diretora Executiva do ACeS Alto
Tâmega e Barroso,

Enf.ª Laurentina Santa

Autorizado após parecer
do Conselho de Cerva de
ARBS 12/4/17
F.U

Assunto: Pedido de autorização para realização de estudo de investigação.

Filomena Berta da Rocha Pinto Abreu Ramos, Enfermeira, a exercer funções na extensão de Cerva da UCSP de Ribeira de Pena, ACES Alto Tâmega e Barroso, aluna do Mestrado em Enfermagem de Saúde Familiar, da Escola Superior de Enfermagem de Vila Real, da Universidade de Trás os Montes e Alto Douro, vem por este meio solicitar a V. Excelência, autorização para a realização de um estudo de investigação, na extensão de Campo de Jales, da UCSP de Vila Pouca de Aguiar, no âmbito do estágio, sob orientação do Professor Doutor Amâncio Carvalho, com o tema: "Dificuldades da família na adaptação ao papel de prestador de cuidados informal", que tem como objetivos conhecer as dificuldades sentidas pelas famílias prestadoras de cuidados informais ao utente dependente e identificar quais as áreas com mais dificuldades. O estudo terá início no mês de março e terminos em junho de 2017.

Trata-se de um estudo de investigação acção, com abordagem qualitativa e fenomenológica, utilizando como instrumento de recolha de dados um formulário, elaborado para a caracterização sociodemográfica e conhecimento das dificuldades da família na adaptação ao papel de prestador de cuidados.

De salientar que a participação no estudo, não acarreta quaisquer custos ou danos para as famílias e seus familiares, antes pelo contrário será uma mais-valia para estes cuidadores que participaram numa acção de formação, com a qual se pretende transmitir conhecimentos, capacitando-os para uma melhor prestação de cuidados.

Sendo este um estudo realizado no âmbito académico, asseguro desde já que os utentes serão devidamente esclarecidos sobre os objetivos do estudo, a sua participação será voluntária, podendo desistir a qualquer momento. Aos participantes será pedida a devida autorização, através do consentimento informado livre e esclarecido, para que possam fazer parte do estudo, do qual se garante o anonimato, confidencialidade dos dados e acesso ao resultado do estudo.

Pede deferimento,

Cerva, 17 de fevereiro de 2017

(Filomena Berta Rocha Pinto Abreu Ramos)

Instrução
12-04-2017.
O estudo poderá ser
uma mais valia
e trazer contributo
na melhoria da
qualidade dos
Cuidados
atendidos a quem
existem muitas famílias
como prestadoras de
Cuidados Informais.
MINISTÉRIO DA SAÚDE
ACES - ALTO TÂMEGA E BARROSO
VON: DO CONSELHO CLÍNICO SAÚDE
C.º (C.º de Saúde)

Apêndice C

Parecer Comissão de Ética

Exm^o. Senhor

Presidente da Comissão de Ética

da ARS Norte

Assunto: Pedido de autorização para realização de estudo de investigação

Filomena Berta da Rocha Pinto Abreu Ramos, enfermeira, a exercer funções na UCSP de Cerva - ACeS Alto Tâmega e Barroso, aluna do Mestrado em Enfermagem de Saúde Familiar, da Escola Superior de Enfermagem de Vila Real, da Universidade de Trás os Montes e Alto Douro, vem por este meio solicitar a V. Excelência, autorização para a realização de um estudo de investigação, na extensão de Campo de Jales, da UCSP de Vila Pouca de Aguiar, sob orientação do Professor Doutor Amâncio Carvalho, com o tema: “Dificuldades da família na adaptação ao papel de prestador de cuidados informal”.

Os objetivos delineados para este estudo são:

- Traçar o perfil sociodemográfico das famílias cuidadoras do utente dependente que participem no estudo;
- Conhecer as necessidades sentidas pelas famílias na adaptação ao papel de cuidadores informais ao utente dependente;
- Identificar as atividades de vida diária do dependente, em que os cuidadores informais sintam mais dificuldades, no cuidar do dependente e nas quais devem incidir as ajudas dos enfermeiros;
- Conhecer as alterações na vida da família decorrentes do ato de cuidar;
- Desenvolver intervenções dirigidas a essas necessidades;
- Avaliar as intervenções realizadas.

Este estudo pretende capacitar as famílias com conhecimentos e competências para que possam encontrar respostas e soluções alternativas, comportamentais, cognitivas e afetivas aos seus problemas de forma a ultrapassar as dificuldades sentidas na adaptação ao papel de prestador de cuidados.

A razão para a escolha deste tema prende-se com o facto de esta temática assumir particular relevância no atual panorama de envelhecimento populacional e porque no exercício das minhas funções na extensão de Cerva, UCSP de Vila Pouca de Aguiar, me deparo com as dificuldades sentidas pelos cuidadores informais.

Trata-se de um estudo de investigação-ação, com abordagem qualitativa, fenomenológica, que pretende utilizar como instrumento de recolha de dados, um formulário elaborado para a caracterização sociodemográfica e conhecimento das dificuldades da família na adaptação ao papel de prestador de cuidados, no período compreendido entre março a junho de 2017.

De salientar que a participação no estudo não acarreta quaisquer custos ou danos para as famílias e seus familiares antes pelo contrário será uma mais-valia para estes cuidadores que irão participar em ações de formação com as quais se pretende transmitir conhecimentos, capacitando-os para a melhor prestação de cuidados.

A população e amostra do estudo serão as famílias com dependentes na extensão de Campo de Jales da UCSP de Vila Pouca de Aguiar, que se disponibilizem a participar no estudo e que satisfaçam os seguintes critérios de inclusão e exclusão:

Critérios de inclusão:

- . Famílias inscritas na extensão de Campo de Jales da UCSP de Vila Pouca de Aguiar que sejam prestadoras de cuidados informais de utentes dependentes, que estejam documentadas no S Clínico;
- . Famílias que detenham grau de parentesco com o dependente;

Critérios de exclusão:

- . Famílias que não compreendem o português falado;
- . Famílias que não detenham capacidade cognitiva para desenvolver competências;
- Uteses inscritos na extensão de Campo de Jales, mas que residam fora da área de intervenção da extensão de saúde.
- . Famílias sem prestador de cuidados.

O formulário será aplicado a famílias prestadoras de cuidados a utentes dependentes, após a obtenção do seu Consentimento Informado, Livre e Esclarecido para participação neste estudo, de acordo com a Declaração de Helsínquia e a Convenção de Oviedo pela investigadora. Pretendo dar início à recolha de dados após a autorização desta Comissão de Ética.

Os recursos e materiais necessários para o desenvolvimento do estudo serão suportados pela investigadora.

Declaro sobre compromisso de honra que os dados serão utilizados apenas no âmbito do presente estudo investigação, de acordo com todos os princípios éticos inerentes à realização deste estudo, no que diz respeito ao anonimato e a confidencialidade dos dados e das pessoas envolvidas no estudo.

Assumo o compromisso de enviar o relatório final dos resultados da investigação.

Em anexo a este documento:

- Declaração a autorizar a realização do estudo, da Diretora Executiva do ACeS Alto Tâmega e Barroso;
- Declaração a autorizar a realização do estudo, da Coordenadora da UCSP de Vila Pouca de Aguiar;
- Cópia do documento: Projeto de Investigação: “Dificuldades da família na adaptação ao papel de prestador de cuidados informal”
- Cópia do documento: Declaração do Orientador do Estudo de Investigação;
- Cópia do documento: Consentimento Informado, Livre e Esclarecido para participação em investigação de acordo com a Declaração de Helsínquia e a Convenção de Oviedo aos cuidadores informais;
- Cópia do documento: Formulário a aplicar aos participantes no estudo;
- Cópia do documento: Súmula Curricular do Investigador.

Desde já agradeço atenção dispensada ao meu pedido, estando ao dispor para qualquer esclarecimento

Contactos: filomena_berta@hotmail.com

Telemóvel: 925598923 / 915829458

Com os melhores cumprimentos,

Cerva, 17 fevereiro de 2017

Pede deferimento,

.....
(Filomena Berta da Rocha Pinto Abreu Ramos)



ARS NORTE

Administração Regional
de Saúde do Norte, I.P.

DATA : 8.março.2017

ADMINISTRAÇÃO REGIONAL DE SAÚDE DO NORTE, I.P.
EXARADO NA ACTA N.º 12
REUNIÃO DE 10.03.2017

INFORMAÇÃO Nº 031/2017

Nº <Processo> <Região>

DELIBERADO CONCORDAR

2017.3.10

Dr. Pimenta Marinho
Presidente do C.D.

PARA: Conselho Diretivo da ARS Norte

DE: Comissão de Ética para a Saúde da ARS Norte

ASSUNTO: Parecer nº 31/2017

Rita Moreira
Vice-Presidente do CD

José Carlos Pedro
Vogal C. D.

Levo ao conhecimento desse Conselho Diretivo o Parecer nº 31/2017 sobre o Estudo “Dificuldades da família na adaptação ao papel de prestador de cuidados informal”, aprovado na reunião de 7 de março de 2017, por unanimidade.

Dr. Ponciano Oliveira
Vogal C. D.

À consideração superior

Ana Paula Capela
(Assessoria CES/UIC)





ARS NORTE

Administração Regional
de Saúde do Norte, I.P.

Comissão de Ética para a Saúde
Administração Regional de Saúde do Norte, IP

PARECER Nº 31/2017

Sobre o estudo T686 – Estudo sobre “Dificuldades da família na adaptação ao papel de prestador de cuidados informal”

A – Relatório

A Comissão de Ética para a Saúde (CES) da Administração Regional de Saúde do Norte, I.P. (ARSN), iniciou a apreciação do Processo n.º T686, na sequência do pedido de parecer dirigido a esta Comissão, referente ao Estudo sobre “Dificuldades da família na adaptação ao papel de prestador de cuidados informal”, cuja investigadora é Filomena Berta Rocha Pinto Abreu Ramos, aluna do mestrado em Enfermagem de Saúde Familiar da Escola Superior de Enfermagem de Vila Real, sob orientação do Professor Doutor Amâncio Carvalho, a realizar na UCSP de Vila Pouca de Aguiar.

Fazem parte do processo em análise os seguintes documentos: requerimento à CES, projeto de investigação, currículo da investigadora, declaração do orientador do estudo, declaração de compromisso do investigador para entregar à CES o Relatório final, e declaração de anonimização e uso exclusivo dos dados recolhidos neste estudo, pedido de autorização à coordenadora da UCSP onde será realizado o estudo bem como à diretora executiva do ACES Alto Tâmega e Barroso, Instrumentos de recolha de dados, consentimento informado.

1. Trata-se de um estudo investigação-ação com abordagem qualitativa, fenomenológica, para compreender as dificuldades expressas pelas famílias e, a realizar na extensão de campo de jales da UCSP de Vila Pouca de Aguiar entre Março e Junho de 2017, inserido no estágio com duração de 480 horas. A população em estudo será constituída pelas famílias cuidadoras informais com dependentes da extensão de campo de jales documentadas no S Clínico, que atualmente é cerca de 22 famílias. Para a constituição da amostra são estabelecidos critérios de inclusão e exclusão, pelo que resultou uma amostra de 11 famílias.
2. Para a recolha de dados será utilizado um formulário que permite assegurar uniformidade no instrumento de medida. O formulário a utilizar é constituído por duas partes: a primeira parte pretende caracterizar em termos sociodemográficos o prestador de cuidados e a segunda descrever a vivência de prestação de cuidados do mesmo. A colheita de dados será efetuada três dias por semana num total de quatro semanas. Os participantes serão contactados telefonicamente para agendar a recolha de dados. A investigadora deslocar-se-á ao domicílio da familiar, prestando os devidos esclarecimentos sobre o objetivo do estudo, a garantia do anonimato e confidencialidade sobre os dados recolhidos, obtenção do consentimento informado e preenchimento do formulário. Os formulários serão guardados sem identificação em envelope fechado. Este formulário será aplicado uma primeira vez para a recolha inicial





dos dados e a segunda vez após intervenção com as famílias. Após a primeira recolha de dados, será realizada uma ação de formação no âmbito da prestação de cuidados ao utente dependente direcionado aos cuidadores informais, para a sua capacitação nas áreas em que apresentam mais dificuldades. Será feita uma mostra de ajudas técnicas que possam ser mais valias na prestação de cuidados e será pedida a colaboração de uma assistente social para informar acerca dos apoios que poderão receber. Face à disponibilidade e interesse dos prestadores, poderão ser realizadas reuniões partilhadas em grupo de cinco a seis cuidadores. A avaliação das aprendizagens será realizada através da aplicação do mesmo instrumento após a realização das intervenções. Posteriormente, proceder-se-á ao tratamento dos dados, submetendo-os a análise de conteúdo. Após a categorização de dados, será elaborado um quadro comparativo dos resultados obtidos de forma a facilitar a interpretação dos mesmos.

3. O presente estudo tem como objetivo Geral: Capacitar as famílias com conhecimentos e competências para que possam encontrar respostas e soluções alternativas, comportamentais, cognitivas e afetivas aos seus problemas de forma a ultrapassar as dificuldades sentidas na adaptação ao papel de prestador de cuidados. Tem como objetivos específicos: Traçar o perfil sociodemográfico das famílias cuidadoras do utente dependente que participem no estudo; Conhecer as necessidades sentidas pelas famílias na adaptação ao papel de cuidadores informais ao utente dependente; Identificar as atividades de vida diária do dependente em que os cuidadores informais sintam mais dificuldades, no cuidar do dependente e nas quais devem incidir as ajudas do enfermeiro; Conhecer as alterações na vida da familiar decorrentes do ato de cuidar; Desenvolver intervenções dirigidas a essas necessidades; Avaliar as intervenções realizadas.

4.

B – Identificação das questões com eventuais implicações éticas

1. Reconhece-se relevância e pertinência do estudo e interesse prático para a Saúde;
2. A confidencialidade dos dados recolhidos, o uso exclusivo para o presente estudo, bem como o anonimato de todos os participantes, são estritamente garantidos pela investigadora.
3. O estudo será financiado pela investigadora.

C – Conclusões

1. Face ao exposto, a CES delibera que o estudo de investigação em causa pode ser aprovado.
2. Deve a investigadora proceder à destruição dos dados 1 mês após o término do trabalho.
3. Deve ainda obter o consentimento do ACES onde se realizar o estudo.

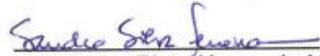
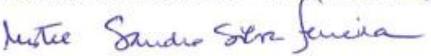


Aprovado em reunião do dia 7 de março de 2017, por unanimidade

O relator,


Mestre Maria Assunção Gomes Magalhães

pel' O Presidente da Comissão de Ética para a Saúde da ARS Norte IP, a vice-presidente (por ausência do Presidente)


(Professor Doutor Alberto Pinto Hespanhol)




Apêndice D

Consentimento Informado

CONSENTIMENTO INFORMADO, LIVRE E ESCLARECIDO PARA PARTICIPAÇÃO EM INVESTIGAÇÃO

de acordo com a Declaração de Helsínquia e a Convenção de Oviedo

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

Título do estudo: Dificuldades da família na adaptação ao papel de prestador de cuidados informal.

O papel de prestador de cuidados desempenhado, em muitos casos, por um elemento do agregado familiar, torna-se uma mais-valia para a continuidade dos cuidados. Mas, por vezes, cuidar de alguém, com dependência, pode alterar a dinâmica familiar.

O presente trabalho académico surge no âmbito do Mestrado em Enfermagem de Saúde Familiar, da Escola Superior de Enfermagem de Vila Real sob orientação do Professor Doutor Amâncio Carvalho, tendo como objetivo conhecer as dificuldades da família na adaptação ao papel de prestador de cuidados, a fim de contribuir para uma melhoria na prestação dos cuidados aos utentes dependentes, obtendo ganhos em saúde.

Trata-se de um estudo investigação-ação com abordagem qualitativa, fenomenológica, utilizando como instrumento de recolha de dados um formulário onde serão colhidos dados relacionados com a caracterização sociodemográfica e com as dificuldades sentidas pelo cuidador informal no contexto do cuidar. Os participantes do estudo serão as famílias prestadoras de cuidados a utentes dependentes, que se encontram inseridas no programa dependentes do S Clínico. Os dados serão colhidos na extensão de Campo de Jales, da UCSP de Vila Pouca de Aguiar, durante as visitas domiciliárias, com duração aproximada de 20 minutos.

A participação no estudo é de carácter voluntário e não acarreta quaisquer custos, ganhos ou danos para a saúde dos participantes, podendo estes a qualquer momento desistir, sem que seja colocada em causa o seu regular atendimento nesta ou noutras instituições de saúde. O estudo mereceu parecer favorável da Comissão de Ética para a Saúde da ARS Norte.

Toda a informação colhida é confidencial e os dados colhidos serão utilizados apenas no presente estudo.

Em caso de dúvida por favor coloque todas as questões que desejar à Sra. Enfermeira.

Agradeço desde já a sua participação.

Enfermeira Filomena Berta Rocha Pinto Abreu Ramos, cédula profissional nº 4E-69486.

Contacto telefónico: 925598923 e endereço electrónico: filomena_berta@hotmail.com

(Filomena Berta da Rocha Pinto Abreu Ramos)

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

Nome: _____

Assinatura: _____

Data: /..... /.....