

## **TRABALHO DE PROJETO**

### **Um olhar sobre quem Cuida: Dificuldades e resiliência do cuidador informal**

Isabel Maria Conde Parente

#### **Orientadoras**

Professora Doutora Adília Maria Pires da Silva Fernandes

Mestre Maria Filomena Greló Sousa

Bragança, junho 2017

## **TRABALHO DE PROJETO**

### **Um olhar sobre quem Cuida: Dificuldades e resiliência do cuidador informal**

Isabel Maria Conde Parente

Nº 33015

#### **Orientadoras**

Professora Doutora Adília Maria Pires da Silva Fernandes

Mestre Maria Filomena Grelo Sousa

Bragança, junho 2017

## **Resumo**

Os avanços da medicina e a melhoria das condições socioeconómicas contribuíram para uma maior sobrevida e longevidade da população, o que se traduz num maior número de pessoas dependentes e/ ou com doença crónica. É neste contexto que surge um novo grupo de risco em termos de saúde, o cuidador informal (CI).

Este trabalho pretende avaliar as dificuldades e a capacidade de resiliência do CI de utentes integrados na ECCI's da ULSNE, EPE. Tem como objetivos: identificar as dificuldades sentidas pelo CI e a capacidade de resiliência face ao cuidar; analisar se as variáveis sociodemográficas e o grau de independência do utente interferem nas dificuldades sentidas pelo CI e na capacidade de resiliência; analisar, em que medida, a capacidade de resiliência do CI interfere nas dificuldades sentidas face ao cuidar. Para o desenvolvimento deste estudo de natureza quantitativa observacional, analítico transversal, recorreremos à aplicação de um formulário, a 71 CI, constituído por variáveis sociodemográficas, Carers'Assessment of Difficulties Index (CADI), Escala Breve Coping Resiliente (EBCR) e o Índice de Barthel (IB).

Como principais resultados verificamos que, relativamente às dificuldades no cuidar, 67,6 % (n=48) CI obtiveram valores inferiores ao ponto médio (45) revelando menos dificuldades, 22,5% (n=16) apresentam valores superiores, revelando dificuldades no cuidar; 34,3% (n=24) dos CI referem baixa capacidade de resiliência, 38,6% (n=27) moderada e 27,1% (n=19) expressaram elevada capacidade de resiliência.

As dificuldades sentidas e a capacidade de resiliência manifestada pelos CI são estatisticamente idênticas entre CI segundo as variáveis sociodemográficas. Os resultados evidenciam que quanto maior o nível de independência do utente, menor nível de dificuldade do CI. As correlações entre os fatores e *score* global da CADI e a capacidade de resiliência não apresentam qualquer diferença estatística.

Os problemas que o CI enfrenta constituem um dos maiores desafios para os técnicos de saúde. Apoiá-los, no domicílio, é essencial para os orientar e auxiliar.

**Palavra-chave:** Cuidar, dificuldades, resiliência, cuidador informal e utente dependente

## **Abstract**

The medical advancements and the improvement of the social-economical conditions have created a bigger life span and longevity of the population, which translates into a bigger number of dependent persons and/or with chronic deceases. It's in this context that a new risk group emerges, the informal caregiver (CI).

This paper tries to evaluate the difficulties and the resilience capacity of the CI of patients in the ECCI of the ULSNE, EPE. Its goals are: identify the difficulties felt by the CI e the coping resilience in the care giver of patients; analyze if the social demographical variables and independence degree of the patient interfere in the difficulties felt by the CI and in the capacity of resilience, analyze in what measure the coping resilience of the CI interferes in the felt difficulties in the care giving of the patients. For this study of quantitative observational nature, transversal analytical, we applied a form to 71 CI constructed with: social demographical variables, Carers Assessment of Difficulties Index (CADI), Brief Scale Coping Resilience (EBCR) and Barthel Index (IB).

As main results we verify that, relative to the difficulties in the care, 67.6 of the CI obtained inferior values to the medium point 45 revealing less difficulties, 22.5 presented superior values, revealing difficulties in the care, 34.3 of the CI refer low resilience capacity 38,6 moderate and 27.1 expressed high resilience capacity.

The felt difficulties and the coping resilience manifested by the CI are statistical identical between CI according to the social demographical variables. The results show that the bigger the independence levels of the patient, the lesser the difficulty of the CI. The correlations between the factors and the CADI's global score and the coping resilience do not show any statistical difference.

The problems that the CI faces constitute one of the biggest challenges for the health care technicians. Supporting them in the home is essential to guide and help them.

**Keywords:** care-giving, difficulties, resilience, informal caregiver and dependent patient

“Cuidar é ajudar a viver”  
(Collière, 1989)

## **DEDICATÓRIA**

Aos meus Pais! Meus primeiros cuidadores.

Ensinaram-me que “cuidar” é curativo.

Pelo exemplo deles na Terra... devo o que sou. (*In memoriam*)

## **Agradecimentos**

Este estudo de investigação é um Trabalho de Projeto inserido no âmbito do Mestrado de Cuidados Continuados, decorrente de uma experiência única e reúne contributos de várias pessoas. O meu profundo e sentido agradecimento, a todas as pessoas que contribuíram para a sua concretização, estimulando-me intelectual e emocionalmente, nomeadamente:

O meu primeiro agradecimento vai para DEUS. Faz parte da minha vida, tem acompanhado todas as minhas passadas e como tal acompanhou-me durante este novo trajeto suscitando em mim uma enorme força para que este trabalho de projeto fosse realizado.

À Orientadora Professora Doutora Adília Maria Pires da Silva Fernandes, pela prontidão com que aceitou a orientação deste trabalho de projeto, pela confiança, pela exigência que sempre manifestou, pela atenção dedicada ao desenvolvimento do mesmo e pela amizade.

À Orientadora Professora Mestre Maria Filomena Grelo Sousa, pelo apoio demonstrado, pelos ensinamentos durante este percurso e pela amizade.

A todos os cuidadores informais que se disponibilizaram a participar no estudo, aqui expresso a minha gratidão pela sua colaboração, sem a qual o presente trabalho não seria possível.

À minha família, pelo apoio, compreensão e incentivo, não apenas por este trabalho, mas em todos os acontecimentos da minha vida. Um especial agradecimento aos meus irmãos pelo amor e apoio contínuo na minha vida. Que Deus vos mantenha sempre esse coração tão cheio de compreensão, carinho e disponibilidade.

À memória dos meus pais, Maria Seculdina Rosa Conde e Cândido Augusto Parente, por ensinarem sempre o melhor caminho da vida. São uma referência, a minha identidade. Estarão sempre no meu coração. Nunca os esquecerei.

Particularmente à minha tia Natália Parente de Sousa, por me amparar nos momentos de desalento e acarinhar durante o meu percurso de vida. É o meu “porto de abrigo.”

Ao Miguel pelo carinho, amor e sobretudo pelo inestimável companheirismo e incentivo para a sua concretização.

A todos o meu Bem-Haja

## **Lista de acrónimos e siglas**

AAVD – Atividade Avançada da Vida Diária  
ABVD – Atividade Básica da Vida Diária  
ACES – Agrupamentos dos Centros de Saúde  
ACSS – Administração Central dos Sistemas de Saúde  
AIVD – Atividade Instrumental da Vida Diária  
ARS Norte – Administração Regional de Saúde do Norte  
AVD – Atividade da Vida Diária  
CCI – Cuidados Continuados integrados  
CHNE – Centro Hospitalar do Norte  
CI – Cuidador (es) Informal (ais)  
CSH – Cuidados de Saúde Hospitalares  
CSP – Cuidados de Saúde Primários  
DGS – Direção Geral da Saúde  
ECCI (’s) – Equipa (s) de Cuidados Continuados Integrados  
ECL – Equipa Coordenadora Local  
ECSCP – Equipa Comunitária de Suporte em Cuidados Paliativos  
EGA – Equipa de Gestão de Altas  
ER – Equipa Referenciadora  
ESF – Equipa de Saúde Familiar  
IB – Índice de Barthel  
INE – Instituto Nacional de Estatística  
IPB – Instituto Politécnico de Bragança  
OMS – Organização Mundial de Saúde  
PIC – Processo Individual de Cuidados  
PIIM – Plano Individual de Intervenção Multidisciplinar  
SNS – Serviço Nacional de Saúde  
UA – Unidade em Ambulatório  
UC – Unidade de Convalescença  
UCC – Unidade de Cuidados na Comunidade  
UCSP – Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados

UF – Unidade Funcional

UI – Unidade Internamento

ULDM – Unidade de Longa Duração e Manutenção

UMDR - Unidade de Média Duração e Reabilitação

UNICEF – Fundo das Nações Unidas para a Infância/United Nations Children's Fund

ULSNE – Unidade Local de Saúde do Nordeste

USF – Unidade de Saúde Familiar

USP – Unidade de Saúde Pública

URAP - Unidade de Recursos Assistenciais Partilhados

RNCCI – Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados

<b>Índice</b>	
<b>Introdução</b> .....	1
<b>I PARTE -ENQUADRAMENTO TEÓRICO</b> .....	4
<b>1.Cuidar</b> .....	5
<b>2.Cuidador</b> .....	8
2.1 Dificuldades do Cuidador Informal .....	12
<b>3.Resiliência</b> .....	14
3.1 Resiliência do Cuidador Informal como Estratégia de Coping .....	18
<b>4.Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados – Equipa de Cuidados Continuados Integrados</b> .....	21
4.1 Norma de Funcionamento para Integrar na ECCI .....	21
4.2 Enquadramento e Tipologia da ECCI.....	23
4.3 Visitação Domiciliária - Local de Prestação de Cuidados.....	26
4.4 Funções dos Elementos da Equipa Multidisciplinar da ECCI.....	27
<b>II PARTE - INVESTIGAÇÃO EMPIRÍCA</b> .....	29
<b>1.Contextualização,questões de investigação e objetivos do estudo</b> .....	30
1.1 Questões de investigação .....	32
1.2 Objetivos do estudo .....	33
<b>2.Metodologia</b> .....	34
2.1 Tipo de estudo.....	34
2.2 Variáveis selecionadas para o estudo.....	35
2.2.1 <i>Operacionalização das Variáveis</i> .....	36
2.3 Hipóteses.....	36

2.4 População/Amostra.....	37
2.5 Instrumentos de recolha de dados (IRD) .....	37
2.5.1 <i>Caraterização Sociodemográfica</i> .....	38
2.5.2 <i>Carers'Assessment of Difficulties Index - CADI</i> .....	38
2.5.3 <i>Escala Breve de Coping Resiliente - EBCR</i> .....	39
2.5.4 <i>Índice de Barthel</i> .....	40
2.6 Procedimentos Éticos e Deontológicos.....	41
2.7 Análise e Tratamento de Dados .....	42
<b>3.Apresentação e Análise dos Resultados .....</b>	<b>44</b>
3.1 Caraterização Sociodemográfica da Amostra .....	44
3.2 Resultados da Carers'Assessment of Difficulties Index (CADI) .....	51
3.2.1 <i>Problemas relacionados com o utente dependente</i> .....	51
3.2.2 <i>Reações à prestação de cuidados</i> .....	51
3.2.3 <i>Exigência de ordem física na prestação de cuidados</i> .....	52
3.2.4 <i>Restrição na vida social</i> .....	53
3.2.5 <i>Deficiente apoio familiar</i> .....	53
3.2.6 <i>Deficiente apoio profissional</i> .....	54
3.2.7 <i>Problemas financeiros</i> .....	54
3.2.8 <i>Distribuição dos fatores de CADI</i> .....	55
3.2.9 <i>Distribuição dos resultados obtidos para os fatores da CADI</i> .....	56
3.2.10 <i>Correlação de Spearman entre os fatores da CADI</i> .....	57
3.3 Caraterização da Escala Breve Coping Resiliência (EBCR) .....	58
3.4 Caraterização do Índice de Barthel .....	59
3.5 Inferência Estatística.....	61
3.5.1 <i>Análise dos resultados obtidos para a CADI</i> .....	61
<b>4.Discussão dos Resultados .....</b>	<b>78</b>

<b>Conclusão, Limitações e Sugestões do Estudo .....</b>	<b>83</b>
<b>Bibliografia.....</b>	<b>87</b>
<b>ANEXOS .....</b>	<b>97</b>
<b>Anexo I – Pedido de autorização para aplicação do formulário/questionário à Comissão de Ética da ULSNE, EPE.....</b>	<b>98</b>
<b>Anexo II - Pedido de autorização para aplicação do CADI à autora da versão para Português, Dra. Maria Luísa Brito.....</b>	<b>101</b>
<b>Anexo III - Pedido de autorização à autora original da EBCR – Professora Sinclair .....</b>	<b>102</b>
<b>Anexo IV – Formulário constituído por questionário de caracterização sócio demográfica, CADI, EBCR e IB. ....</b>	<b>106</b>

## Índice de Figuras

<b>Figura 1</b> Esquema de Referenciação para a RNCCI .....	23
<b>Figura 2</b> Circuito de Referenciação para a ECCI .....	25
<b>Figura 3</b> Mapa do distrito de Bragança .....	30
<b>Figura 4</b> Distribuição dos CI por idade .....	45
<b>Figura 5</b> Distribuição CI em relação ao estado civil .....	45
<b>Figura 6</b> Distribuição do CI em relação à escolaridade.....	46
<b>Figura 7</b> Distribuição do CI em relação à área de residência .....	46
<b>Figura 8</b> Distribuição do CI em relação à área de residência/tipo de habitação/estado de conservação .....	47
<b>Figura 9</b> Distribuição do CI em relação à situação laboral e rendimento familiar mensal .....	48
<b>Figura 10</b> Distribuição do CI em relação às dificuldades económicas.....	48
<b>Figura 11</b> Distribuição da amostra em relação à coabitação com o utente dependente	49
<b>Figura 12</b> Distribuição do CI em relação ao grau de parentesco com o utente .....	49
<b>Figura 13</b> Distribuição do CI em relação ao tempo de prestação de cuidados.....	50
<b>Figura 14</b> Distribuição do CI em relação ao usufruto de apoio formal .....	50

## Índice de Tabelas

<b>Tabela 1</b> <i>Números de utentes integrados nas ECCI's da ULSNE, EPE por concelho e ano (2011 a 2015)</i> .....	32
<b>Tabela 2</b> <i>Distribuição de CI por sexo e idade</i> .....	44
<b>Tabela 3</b> <i>Distribuição do CI em relação à situação laboral</i> .....	47
<b>Tabela 4</b> <i>Problemas relacionados com o utente dependente</i> .....	51
<b>Tabela 5</b> <i>Reações às prestações de cuidados</i> .....	52
<b>Tabela 6</b> <i>Exigências de ordem física na prestação de cuidados</i> .....	53
<b>Tabela 7</b> <i>Restrição na vida social</i> .....	53
<b>Tabela 8</b> <i>Deficiente apoio familiar</i> .....	54
<b>Tabela 9</b> <i>Deficiente apoio profissional</i> .....	54
<b>Tabela 10</b> <i>Problemas financeiros</i> .....	55
<b>Tabela 11</b> <i>Distribuição dos fatores de CADI</i> .....	56
<b>Tabela 12</b> <i>Distribuição dos resultados obtidos para os fatores da CADI</i> .....	57
<b>Tabela 13</b> <i>Correlação de Spearman entre os fatores da CADI</i> .....	58
<b>Tabela 14</b> <i>EBCR - Média/ Desvio Padrão/Mínimo/ Máximo</i> .....	58
<b>Tabela 15</b> <i>Níveis de Resiliência</i> .....	59
<b>Tabela 16</b> <i>Índice de Barthel - Caracterização da funcionalidade por atividade segundo IB</i> .....	60
<b>Tabela 17</b> <i>Distribuição do grau de independência do utente segundo o Índice de Barthel</i> .....	61
<b>Tabela 18</b> <i>Resultados do teste Mann-Whitney dos fatores da CADI em função do sexo</i> .....	62
<b>Tabela 19</b> <i>Resultados do teste Kruskal-Wallis dos fatores da CADI em função da idade</i> .....	63
<b>Tabela 20</b> <i>Resultados do teste Mann-Whitney dos fatores da CADI em função do estado civil</i> .....	64
<b>Tabela 21</b> <i>Resultados do teste Kruskal-Wallis dos fatores da CADI em função da escolaridade</i> .....	64
<b>Tabela 22</b> <i>Resultados do teste Kruskal-Wallis dos fatores da CADI em função da situação laboral</i> .....	65

<b>Tabela 23</b> Resultados do teste Kruskal-Wallis dos fatores da CADI em função das dificuldades económicas.....	66
<b>Tabela 24</b> Resultados do teste Mann-Whitney dos fatores da CADI em função do rendimento familiar mensal.....	67
<b>Tabela 25</b> Resultados do teste Mann-Whitney dos fatores da CADI em função da área de residência.....	67
<b>Tabela 26</b> Resultados do teste Mann-Whitney dos fatores da CADI em função do tipo de habitação .....	68
<b>Tabela 27</b> Resultados do teste Mann-Whitney dos fatores da CADI em função do estado de conservação .....	69
<b>Tabela 28</b> Resultados do teste Mann-Whitney dos fatores da CADI em função da coabitação com o utente dependente.....	69
<b>Tabela 29</b> Resultados do teste Mann-Whitney dos fatores da CADI em função do grau de parentesco.....	70
<b>Tabela 30</b> Resultados do teste Kruskal-Wallis dos fatores da CADI em função do tempo de prestação de cuidados .....	71
<b>Tabela 31</b> Resultados do teste Mann-Whitney dos fatores da CADI em função do apoio formal .....	72
<b>Tabela 32</b> Caraterização da capacidade de resiliência em função do sexo, idade e estado civil.....	73
<b>Tabela 33</b> Caraterização da capacidade de resiliência em função da escolaridade e da situação laboral.....	73
<b>Tabela 34</b> Caraterização da capacidade de resiliência em função das dificuldades económicas, rendimento familiar mensal e área de residência .....	74
<b>Tabela 35</b> Caraterização da capacidade de resiliência em função do tipo de habitação, estado de conservação, coabitação com o utente dependente e grau de parentesco.....	75
<b>Tabela 36</b> Caraterização da capacidade de resiliência em função do tempo de prestação de cuidados e do apoio formal.....	75
<b>Tabela 37</b> Correlação de Spearman entre fatores CADI, IB e EBCR.....	76
<b>Tabela 38</b> Correlação de Spearman entre a EBCR e IB .....	77

## **Introdução**

Os progressos tecnológicos da medicina e a melhoria das condições socioeconómicas, tornaram possível ao Homem acrescentar tempo significativo à sua vida e ser idoso deixou de ser um privilégio de uma minoria. No entanto, os avanços da ciência não conseguiram ainda eliminar a incidência de incapacidades associadas ao processo de envelhecimento.

Com a entrada do novo milénio, século XXI, tem-se verificado um aumento da longevidade, no entanto, esta nem sempre é sinónimo de uma vida funcional, independente e sem problemas de saúde. O número de indivíduos com perda de autonomia, invalidez e dependência tem vindo a aumentar, devido à maior prevalência de doenças crónicas e incapacitantes (Oliveira, Queirós & Guerra, 2007). Para a OMS (2000) as doenças crónicas representam mais de 60% da morbilidade mundial, apresentando assim, uma ameaça para a saúde pública e para a economia dos países.

De acordo com os dados do INE (2012) - Censos 2011, Portugal apresenta um quadro de envelhecimento demográfico acentuado, com cerca de 19% de população idosa (com 65 anos ou mais). O índice de envelhecimento da população portuguesa é de 129, ou seja, por cada 100 jovens há 129 idosos (INE, 2012). Portugal será, em 2050, um dos países da União Europeia com cerca de 32% de idosos, Espanha com 35,3%, Itália 35,3% e Grécia 32,5% (Eurostat, 2000, European Commission, 2001).

O rápido envelhecimento demográfico, as alterações no padrão epidemiológico e a estrutura social e familiar das populações das sociedades ocidentais, designadamente a portuguesa, são determinantes para a criação de respostas adaptadas às atuais necessidades dos diferentes perfis clínicos, sociais e culturais (Seabra, 2011). Havendo a necessidade de preparar o país e o Serviço Nacional de Saúde (SNS) com estruturas adequadas às necessidades emergentes, nomeadamente a prestação de cuidados continuados de saúde e de apoio social.

Numa sociedade cada vez mais envelhecida, onde impera um aumento significativo das necessidades em saúde dos idosos, emerge como foco de atenção o cuidado informal à

pessoa com dependência, cuja responsabilidade cabe prioritariamente à família. No entanto, cuidar de quem cuida, além de uma responsabilidade, deve ser uma preocupação de todos, que devem centrar a sua intervenção no equilíbrio da dinâmica cuidador/idoso (Figueiredo, 2007).

O cuidador de uma pessoa com dependência vivencia uma situação de vulnerabilidade associada à incapacidade em dar uma resposta adequada às atividades do dia-a-dia da pessoa dependente. Pela diversidade e complexidade de cuidados de que é responsável e pelo processo de transição que esta situação desencadeia nos seus próprios processos de vida, o cuidador pode vivenciar sentimentos de ameaça, frustração e ansiedade (Meleis, Sawyer, Im, Messias & Schumacher, 2000).

Os Cuidados Continuados Integrados (CCI) são a mais recente resposta do SNS às novas necessidades de cuidados aos utentes e famílias. As equipas de Cuidados Continuados Integrados (ECCI's) são prestadoras de cuidados a utentes dependentes no domicílio. Se é importante avaliar as necessidades do utente, é fundamental identificar as dificuldades e as capacidades do CI, pois este é visto como um pilar ao longo do ciclo vital e tem um papel primordial ao longo do processo de perda.

Face ao exposto é fundamental o desenvolvimento de estudos de investigação que permitam um diagnóstico correto da situação, no sentido de elaborar propostas de resolução dos problemas identificados.

Através da realização do presente estudo de investigação pretendemos obter respostas para as seguintes questões de investigação:

- Quais as dificuldades sentidas pelo CI e a capacidade de resiliência do CI face ao cuidar, de utentes integrados nas ECCI's da ULSNE, EPE?
- As variáveis sociodemográficas e grau de independência do utente interferem nas dificuldades sentidas pelo CI e na sua capacidade de resiliência?
- As dificuldades sentidas pelos CI face ao cuidar de utentes integrados nas ECCI's da ULSNE, EPE são diferentes segundo a sua capacidade de resiliência?

De acordo com as questões de investigação foram definidos os seguintes objetivos:

- Identificar as dificuldades sentidas pelo CI e a capacidade de resiliência do CI de utentes integrados nas ECCI's da ULSNE, EPE;
- Analisar se as variáveis sociodemográficas e grau de independência do utente interferem nas dificuldades sentidas pelo CI e na sua capacidade de resiliência;

- Analisar se as dificuldades sentidas pelos CI são diferentes segundo a sua capacidade de resiliência.

De acordo com o fenómeno e os objetivos de estudo esta investigação orienta-se pelos princípios da abordagem quantitativa de plano observacional, analítico, transversal. A amostra em estudo é constituída por 71 CI de utentes integrados nas ECCI's da ULSNE, de uma população de 113 CI. Foi aplicado um formulário, no período compreendido entre maio a outubro de 2016. Este é constituído por variáveis de caracterização sociodemográfica, pela Carers'Assessment of Difficultes Index (CADI), Escala Breve Coping Resiliente (EBCR) e o Índice de Barthel (IB).

O interesse por esta temática, além de pessoal, também pelo motivo de exercer funções Técnicas de Serviço Social nas Equipas, ECCI do Centro de Saúde de Bragança e ECCI do Centro de Saúde de Vinhais, cujo objetivo principal é prestar apoio psicossocial ao utente e seu cuidador no domicílio.

O estudo está organizado em duas partes. Na primeira apresentamos o enquadramento teórico do estudo, procuramos construir um quadro concetual através da revisão bibliográfica de alguns conceitos, dados e evidências científicas, entendidos como relevantes para uma melhor compreensão e fundamentação da temática em si. Na segunda parte mostramos aspetos metodológicos que o orientaram e suportaram, a apresentação, análise e discussão dos resultados e por fim, as principais conclusões, limitações e sugestões decorrentes da investigação.

## **I PARTE -ENQUADRAMENTO TEÓRICO**

## 1.Cuidar

*“Pessoas são como as flores  
Você pode cuidar de todas as tuas flores  
Oferecendo sempre a mesma água todos os dias  
Por que não é exatamente o que você faz  
Que as deixará felizes  
Mas o tempo que você se dedica a elas...”*

Augusto Branco

Desde que o homem existe houve sempre necessidade de cuidados, é uma função primordial e inerente à sobrevivência de todo o ser vivo (Imaginário, 2008). O termo necessidade tem vindo, ao longo dos últimos anos, a ser alvo de numerosas abordagens e definições, pode-se entender como um problema na área social e/ou na área da saúde, existindo assim potenciais soluções e/ou intervenções para cuidar (Gonçalves, Pereira, Fernandes, leuschner, Barreto, Falcão, Firmino, Mateos & Orrel, 2007, citados por Rocha, 2011).

Para Collière (1989, p.235) cuidar é

um ato individual que prestamos a nós próprios desde que adquirimos autonomia mas é igualmente, um ato de reciprocidade que somos levados a prestar a todas as pessoas que, temporariamente ou definitivamente, tem necessidade de ajuda para assumir as suas necessidades vitais.

Numa perspetiva bio-psico-social, para a mesma autora, o cuidar é essencial ao crescimento humano e à sua harmonia, “é a arte que precede a todos os outros, sem a qual não seria possível existir” (Collière, 1989, p.27). “Ser cuidado ..., cuidar de si próprio ..., cuidar ..., a mais velha prática da história do mundo” (Collière, 1989, p.38). Cuidar é mais que um ato, é uma atitude. É mais que um momento de atenção, de zelo e desvelo, representa uma atitude de ocupação, preocupação, de responsabilidade com o outro. Não é só apoiar nas necessidades básicas da vida diária como alimentar, higienizar, mobilizar, entre outras, é também saber ouvir as suas angústias, os seus medos, é ajudar a enfrentar as dificuldades sentidas. Prestar cuidados gera no ser um

sentimento de retribuição, carinho e compreensão, vive do amor primal, da ternura, da carícia, da compaixão, da convivialidade, da medida justa em todas as coisas. É mostrar à pessoa cuidada o quanto ela é importante como ser humano. Quem cuida deve ter atitudes de responsabilidade, de preocupação, bem como dedicar parte da vida ao que é cuidado (Boff, 2004).

Cuidar o ser humano, da mesma forma como acontece no reino animal, que tem necessidades mesmo antes de nascer, requer a satisfação de certas necessidades que são indispensáveis à sobrevivência, ao crescimento, desenvolvimento e bem-estar de todo o indivíduo (Stanhope, & Lancaster, 2011).

Quando falamos de necessidades não podemos deixar de referir a Teoria de Maslow que pressupõe que as necessidades humanas se encontram hierarquizadas em cinco níveis: necessidades fisiológicas, de segurança, de pertença, estima e de realização pessoal. As duas primeiras situam-se no plano da sobrevivência e as restantes no campo da vida social. A sua satisfação é feita ao longo da vida quer de forma dependente, quer de forma independente, sendo numa primeira fase da vida satisfeitas por terceiras pessoas. O mesmo acontece com o avançar da idade, sendo na essência, as mesmas que em outras etapas do ciclo vital (Maslow, 1943).

As necessidades fisiológicas equivalem às necessidades básicas do doente e familiar, respeitantes a toda a informação e competência. As necessidades de segurança relacionam-se com as necessidades que o doente e o familiar têm de se sentirem protegidos em relação aos seus medos e receios. As necessidades sociais têm a ver com as necessidades de que o doente e familiar têm de dar e receber amor e afeto. As necessidades de estima vão de encontro às necessidades que o doente e familiar têm em se sentirem respeitados e valorizados e as necessidades de autorrealização relacionam-se com as necessidades de que o doente e familiar necessitam para se encontrarem em harmonia (Zalenski & Raspa, 2006, citados por Reigada, 2010).

O termo necessidade tem vindo ao longo dos últimos anos a ser alvo de numerosas abordagens e definições. Pode-se entender como um problema na área social e/ou na área da saúde, existindo assim potenciais soluções e/ou intervenções (Gonçalves, Pereira, Fernandes, Leuschner, Barreto, Falcão, Firmino, Mateos & Orrel, 2007, citados por Rocha, 2011).

De acordo com Potter e Perry (2004) a necessidade de cuidados acompanha o indivíduo em todo o ciclo vital, como tal, somos cuidados, cuidamo-nos e zelamos pelo cuidado do outro. Segundo os mesmos autores o cuidado integra várias dimensões, como:

- Dimensão pessoal – cuidar de si para cuidar do outro.
- Dimensão relacional – cuidar da relação própria e com o outro.
- Dimensão emocional – cuidar do afeto.
- Dimensão profissional - cuidar técnico.
- Dimensão política – cuidar com diretrizes, ideologias.
- Dimensão social – cuidar inserido numa demanda social.
- Dimensão humana – cuidar do ser humano.
- Dimensão ética – cuidar com a melhor reflexão e compromisso ético possível.

As práticas de cuidados existem desde as origens do humano, onde a figura humana está sempre ligada à manutenção de sobrevivência dos humanos através de práticas de manutenção da espécie (Paixão, 1979).

O cuidar orienta-se para o colmatar de necessidades fisiológicas, psicológicas e sociais da pessoa dependente, está na origem de todos os conhecimentos e na matriz de todas as culturas. A dependência é caracterizada pela incapacidade ou impotência do indivíduo em viver satisfatoriamente sem a ajuda de outras pessoas em função das alterações físicas, sociais e psicológicas que podem ocorrer ao longo do ciclo vital e principalmente durante o processo de envelhecimento (Neri, 2000).

Independente do grau de ajuda necessária, na velhice, a pessoa idosa pode passar a depender cada vez mais do meio social onde vive, especialmente da família que a auxilia e cuida, por ser a base da estrutura social presente atualmente. Assim, a família, na maioria dos casos, passa a ser a estrutura social primordial na satisfação, manutenção e promoção das atividades de vida diária das pessoas dependentes. A prestação de cuidados à pessoa dependente é por norma assumida pela família/ cuidador informal designado pelo grau de parentesco, género, disponibilidade e proximidade geográfica (Karsh, 2003).

## 2. Cuidador

- “- O que é que “estar preso” quer dizer?  
- Quer dizer que “se está ligada a alguém... que se criam laços com alguém”.  
- Laços?  
- Sim laços, disse a raposa... eu não preciso de ti. E tu não precisas de mim...  
mas se tu me prenderes a ti, passamos a precisar um do outro. Passas a ser  
único no mundo para mim...  
- “Parece-me que estou a começar a perceber” disse o Príncipezinho. Sabes, há  
uma certa flor... tenho a impressão que estou presa a ela...”*

Saint-Exupery, (1943, p.57)

Quando à capacidade funcional da pessoa se encontra comprometida, independentemente do motivo ou do grau de dependência que a pessoa possa apresentar e/ou, a partir do momento em que não consegue satisfazer as suas necessidades de forma autónoma e eficaz, necessita da ajuda, de um cuidador. Deste modo, a prestação de cuidados à pessoa dependente pode ocorrer através da prestação de cuidadores formais (CF) ou cuidadores informais (CI).

A prestação de cuidados formais é habitualmente executada por profissionais devidamente qualificados, os quais contam com uma preparação específica para o desempenho deste papel integrado no âmbito de uma atividade profissional com competências próprias.

A prestação de cuidados informais acontece preferencialmente no domicílio e é habitualmente da responsabilidade dos elementos da família, amigos, vizinhos e outros. Os cuidadores informais são então “elementos da rede social da pessoa dependente que lhe prestam cuidados regulares, não remunerados, na ausência de um vínculo formal ou estatutário” (Sousa, Figueiredo & Cerqueira, 2006, p. 53).

A proximidade geográfica e a coabitação são fatores determinantes para a escolha de quem vai cuidar. A proximidade é um fator importante na determinação de quem vai assumir o papel de CI principal (Paúl, 1997, citado por Gomes & Mata, 2012).

O CI principal presta cuidados a pessoas com dificuldades na realização das atividades básicas de vida diária (ABVD) higiene, alimentação, deambulação, entre outros.

Prestam ajuda nas atividades instrumentais da vida diária (AIVD) como por exemplo, compra de alimentos, higienização da habitação e a utilização do dinheiro. Também ajudam nas atividades avançadas da vida diária (AAVD) tais como, apoio para o desenvolvimento de atividades de tempos livres (Pera, 2012).

Ocasionalmente ou em situação de emergência ou em substituição do CI existe um outro cuidador designado como cuidador secundário que dá apoio diretamente na prestação de cuidados, não tendo a obrigação de cuidar diariamente. O tipo de apoio pode ser a nível económico, em atividade de lazer, em atividades sociais, entre outros (Neri & Carvalho, 2002, citados por Pera, 2012).

Sequeira (2007) afirma que a família é o grupo primário básico de apoio, com o papel mais relevante no cuidado a longo prazo, sendo o CI habitualmente um membro da família, muito próximo da pessoa dependente, que na maioria das vezes se responsabiliza de forma direta pela totalidade dos cuidados.

O apoio que o meio familiar oferece à pessoa dependente, é fundamental para ultrapassar os obstáculos que surgem no desenvolvimento da doença e resistir aos impactos físicos e psicológicos. No período da doença, os familiares desempenham um papel preponderante e as suas reações contribuem para a própria reação do utente. O ato de cuidar deve ser assumido pelo familiar cuidador de forma equilibrada e harmoniosa.

Uma das funções da família para com o utente dependente é a proteção, o familiar cuidador por vezes vê-se na necessidade de repartir a sua atenção entre o utente e outros familiares que vivenciam a mesma experiência.

O aparecimento da doença pode afetar todo o ambiente familiar, influenciando a privacidade dos elementos da família, levando assim a alterações de organização familiar.

As alterações no meio familiar, segundo Twycross (2003) podem provocar transformações e comportamentos que serão sempre condicionados por atitudes, valores e crenças, iniciando assim, o processo de perda, ligado aos conceitos de dor e sofrimento que pode ser descrito por questões centrais ligadas às dimensões física, psicológica, social e espiritual.

O sofrimento e a dor instalam-se nos membros da família, porque são estes os responsáveis por dar respostas às expectativas intrafamiliares e extrafamiliares, ou seja,

dar resposta às expectativas da sociedade que irão aprovar ou não, o modo como estes estão a cuidar.

Para Alarcão (2000, p.35) “a família é um espaço privilegiado para a elaboração e aprendizagem de dimensões significativas da interação (...). É, ainda, o espaço de vivência de relações afetivas profundas (...) numa trama de emoções e afetos positivos e negativos que, na sua elaboração, vão dando corpo ao sentimento de sermos quem somos e de pertencermos àquela e não a outra qualquer família.

A família é uma realidade dinâmica social ancestral é a célula base da sociedade desde os tempos mais remotos da humanidade. Tem acompanhado o desenvolvimento das sociedades, perdendo em valorização umas funções e ganhando outras ao longo desse processo de desenvolvimento, numa dinâmica de substituição e de adaptação. A família pode ser considerada a unidade social mais antiga do ser humano. Historicamente, mesmo antes do homem se organizar em comunidades sedentárias, constituía-se em grupo de pessoas relacionadas a partir de um ancestral comum ou através do matrimónio (Louro, 2009).

O ciclo de vida pessoal ocorre dentro do ciclo de vida familiar, que é o ambiente primário do desenvolvimento humano. As pessoas interagem ao longo da vida e desenvolvem-se, enfrentando várias situações ou mudanças que ocorrem a nível individual/familiar, estas mudanças designam-se por transição (Schumacher e Meleis, 1994, citados por Zagonel, 1999).

As funções históricas da família têm-se transformado ao longo dos tempos. A função económica da família alterou-se na medida em que os níveis de sobrevivência e de interdependência económica se modificaram. A função reprodutora já não é exclusiva da família, esta é formada por um grupo de indivíduos unidos pelos laços de aliança, de sangue, jurídicos e/ou religiosos, está acima do biológico e do material mais imediato (Friedman, Bowden & Jones (2003); Hanson (2005); Martins (2002), citados por Louro (2009).

Para que as famílias possam cuidar de um doente dependente deverão possuir capacidades para responder e cumprir as funções e/ou necessidades de que carecem. Para Paúl (1997) a família e os amigos têm um papel primordial na manutenção dos idosos e das pessoas dependentes na comunidade, evitando assim a sua institucionalização.

A família deverá ter direito ao apoio emocional na medida em que todos os elementos integrados numa família têm o direito ao amor, à aceitação, à compreensão e à segurança (Minuchin, 1982, citado por Moreira, 2001).

A família que cuida do doente sente necessidade de uma intervenção direta e personalizada, por parte de uma equipa terapêutica que vai influenciar na experiência de cuidar. Alguns estudos revelam que as famílias sentem necessidade de terem alguém de confiança a quem pudessem ligar 24h por dia (Richardson *et al.* 2007).

Novellas (2004) refere que se uma família é emocionalmente frágil mais dificuldade tem em se adaptar ao processo de doença e por isso, menos capacidade terá para cuidar. Este processo de não adaptação pode trazer claro sofrimento ao elemento familiar que, por muito que deseje, não consegue acompanhar o doente colocando-o numa situação de esgotamento emocional ou exaustão familiar. Ao invés de sentimentos positivos, permanecem nesta família sentimentos de culpa, revolta, incompreensão e medo, entre outros, que desencadearão voluntária ou involuntariamente, comportamentos de agressão ou isolamento.

Já em 1989, Méltzer referia que as famílias deveriam possuir capacidades emocionais básicas, para se tornarem funcionais, destacando a capacidade de gerar amor, capacidade de promover a esperança, capacidade de expressar sentimentos de uma forma ajustada e a capacidade de reflexão.

Para compensar e reconhecer o mérito do CI e tendo como referência o programa do governo, a RNCCI está a desenvolver o Estatuto do Cuidador Informal cujos objetivos genéricos são (Ministério do Trabalho, Solidariedade e Segurança Social, 2016): melhorar o papel e a qualidade de vida dos CI e familiares; ajudar os cuidadores a combinar responsabilidades familiares com o trabalho remunerado; melhorar o bem-estar físico e mental dos cuidadores informais e familiares; compensar e reconhecer os cuidadores informais e familiares.

Alguns autores entre os quais, Hileman apontam como principais necessidades dos cuidadores informais, a informação (relativa aos sintomas, futuro, efeitos secundários e tratamentos, recursos existentes e necessidades do doente), meios de apoio e métodos de atuação (para o doente, para eles lidarem com a situação de doença) e formas de cooperação (formas de lidar com a nova situação, cuidados a prestar, manutenção da vida familiar, forma de combater a fadiga) (Hileman (s/d), citado por Bidarra, 2010).

## 2.1 Dificuldades do Cuidador Informal

O cuidador de uma pessoa dependente vivencia uma situação de vulnerabilidade, associada à incapacidade em dar uma resposta adequada às atividades do dia-a-dia, pela diversidade e complexidade de cuidados de que é responsável e pelo processo de transição que esta situação desencadeia nos seus próprios processos de vida, emergindo assim, sentimentos de ameaça, frustração e ansiedade (Meleis, Sawyer, Im, Messias & Schumacher, 2000).

A vida e/ou o dia-a-dia do CI modifica-se na íntegra, a partir do momento em que tem a responsabilidade do cuidar, que, por vezes pode causar alterações significativas.

Prestar cuidados pode alterar a saúde física dos CI, tal como alterações no sistema imunitário, problemas de sono, fadiga crónica, hipertensão arterial e outras alterações cardiovasculares, agravando assim a prestação de cuidados no doente (Begany *et al.*, 1996 e Brodaty, 1999, citados por Brito, 2000). Requer do cuidador um esforço contínuo a nível cognitivo, emocional e físico, muitas vezes não reconhecido e inadequadamente recompensado (Brown & Stetz, 1999, citados por Brito, 2000).

Um estudo de Gallante Conell (1998), citado por Bidarra (2010) aponta a depressão, a fadiga, a raiva, o conflito, a culpa, a sobrecarga emocional e financeira e as alterações psicossomáticas, como sendo os principais problemas dos CI.

Segundo Gallant e Connell (1998), citados por Sarmento, Pinto e Monteiro (2010) os problemas mais referidos pelos familiares cuidadores são a depressão, a fadiga, a raiva, o conflito familiar, a culpa, a tensão emocional, a sobrecarga financeira e as alterações psicossomáticas.

Os cuidadores informais centram-se mais na satisfação das necessidades do doente do que nas suas próprias necessidades (Moreira, 2001, citado por Reigada, 2010). De acordo com Brito (2002) o cuidador tem necessidade de apoio a nível 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.

Para os cuidadores que exercem uma profissão, o tempo despendido no trabalho do cuidado, pode ter efeitos benéficos ou nefastos (Sousa, Figueiredo & Cerqueira, 2006) ou seja, a necessidade de conciliar o emprego com a função de CI, pode implicar

alterações nos horários de trabalho, sensação de incumprimento de funções, recusa de promoções e até, a possibilidade de desistir da profissão.

Para Casmarrinha (2008) os CI por vezes, tentam adotar por comportamentos de otimismo em vez de, sentimentos de pessimismo, tristeza, angústia ou ansiedade.

Loureiro (2009) refere que é frequente a existência de sentimentos de hostilidade, raiva, culpa, medo, revolta, solidão e pessimismo em cuidadores informais, bem como o desenvolvimento de sintomatologia psiquiátrica no decorrer da prestação de cuidados.

A sobrecarga é o termo utilizado para falar dos efeitos negativos no cuidador, oriundos da tarefa de cuidar. Está relacionada com os problemas físicos, psicológicos, emocionais, sociais e financeiros que podem desenvolver face ao ato do cuidar. Atendendo à pirâmide de Maslow, a sobrecarga é quando ocorre algum tipo de ameaça à satisfação das necessidades fisiológicas, segurança, sociais e de estima (Alves, 2010).

Pereira (2013) refere que a perda de controlo do tempo que os CI detinham anteriormente é sentida como um dos maiores impactes no ato de cuidar. O *stress* é visto como um dos aspetos mais frequentes na literatura sobre os CI. A solidão é como estar só, involuntariamente, desligado físico ou psicologicamente dos outros, sendo um perder da liberdade.

A atividade laboral, bem como, o convívio com amigos e colegas, permitem um refúgio às tarefas do cuidar. Também, o descanso do cuidador é uma outra necessidade com um grande impacto na vida do mesmo. Aos poucos vai adquirindo cansaço físico e psicológico que por vezes o leva à exaustão. Alguns até alteram os seus projetos de vida e chegam a perder o estatuto de membro na família.

Moreira (2001) refere que o cansaço sentido pelo cuidador não advém apenas de cuidar do familiar, mas do facto de não dormir e estar constantemente preocupado, motivos que o impedem de repousar verdadeiramente. O *stress* provocado pela doença influencia as relações familiares. Por um lado, isolamento e episódios de intensa solidão, por outro, proteção e preocupação mútua.

Garcés *et al.* (2010) na sua revisão sobre programas de alívio da sobrecarga do CI concluíram que, os serviços de descanso do cuidador integrados na RNCCI - tipologia Unidade de Longa Duração e Manutenção (ULDM) como as intervenções psicossociais (apoio psicossocial de técnicos especializados) são aproveitados para o descanso da sobrecarga.

### **3. Resiliência**

Etimologicamente o termo resiliência deriva do latim, “*resillire*”, significa “saltar para trás”, “voltar”, “ser impedido”. Tem a sua origem na física e na engenharia, em que um material é denominado resiliente quando a energia de deformação máxima que ele é capaz de armazenar não gera nele, deformações permanentes.

O conceito de resiliência é conhecido há pouco tempo na área de Ciências Sociais e Humanas. Para os psicólogos a resiliência é um processo que possibilita às pessoas enfrentarem e superarem crises e adversidades (Yunes, Garcia & Albuquerque, 2007).

Também Angst (2009, p.2) descreve a resiliência como “uma capacidade universal que possibilita a pessoa, grupo ou comunidade prevenir, minimizar ou superar os efeitos nocivos das adversidades, inclusive saindo dessas situações fortalecida ou até mesmo transformada, porém não ilesa”.

Antunes (2014) refere que a resiliência é uma forma de gerir as adversidades da vida, reconhecendo o risco, mas sempre tendo a capacidade de atuar e envolver os recursos, quer pessoais, quer familiares, para enfrentar essas mesmas adversidades. Esta é construída ao longo de toda a trajetória de vida e refere-se à capacidade de apaziguar ou atenuar os efeitos negativos que situações de risco podem provocar ao indivíduo ou família.

Os estudos sobre a resiliência são de grande contribuição para a área da saúde, em especial na promoção da mesma, na medida em que ajuda a compreender como é que alguns indivíduos, face a um fator de risco, são capazes de o ultrapassar, de modo a tirar o melhor proveito. Ao conhecer a resiliência das pessoas, será possível ver um indivíduo como capaz de procurar recursos para superar as adversidades, não sendo somente um observador passivo de sua história, e sim como alguém capaz de buscar recursos em si mesmo e no ambiente que o rodeia para a resolução de conflitos. Deste modo, é fundamental tornar as pessoas mais resilientes e instruí-las para que consigam resistir às situações adversas da vida.

Masten (2001), citado por Ferreira (2009) considera a resiliência como um fenômeno comum que resulta, na maior parte dos casos, da ação de sistemas básicos de adaptação humana, consideram-na também altamente complexa, muito difícil de medir e de avaliar.

Alguns estudos sobre resiliência reportam-se a esta temática como um processo adaptativo, na medida em que consideram que se trata de um processo dinâmico, que está em constante desenvolvimento e que é ajustável às oscilações da vida e ao desenvolvimento do ser humano.

Para Laranjeira (2007) a resiliência significa a adaptação ao perigo e por vezes uma arte de os indivíduos conseguirem adaptar-se às situações adversas desenvolvendo habilidades ligadas aos recursos internos (intrapésíquicos) e externos (ambiente social) que possibilitam ligar uma construção psíquica adaptada à inserção social.

Atualmente, a resiliência diz respeito ao processo que intervém na presença do risco e através do qual, são provocados resultados favoráveis ou ainda melhores do que os adquiridos na ausência de adversidade (Couto, 2007).

Yunes (2001) é da opinião de que a resiliência deve ser considerada como um fenômeno que tenta explicar os processos de superação de adversidades, não pode ser considerada como invulnerabilidade.

Nas ciências humanas e na saúde a resiliência é a capacidade do indivíduo responder de forma positiva às situações adversas, mesmo quando estas oferecem um risco para a sua saúde (Silva, Elsen & Lacharité, 2003, citados por Santos (2011).

Silva (2007) citada, por Santos (2011, p.26) refere que “resiliência é, antes de tudo, um fenômeno resultante de qualidades comuns que a maioria das pessoas já possui, mas que precisam estar corretamente articuladas e suficientemente desenvolvidas.”

Subjacente ao conceito geral de resiliência como um padrão de funcionamento adaptativo no contexto de risco ou adversidade há duas condições básicas: a exposição a um risco significativo; e a evidência de adaptação positiva às ameaças ao desenvolvimento (Ong, Bergeman & Boker, 2009, citados por Fontes & Neri, 2015)

A adaptação positiva pressupõe bom desenvolvimento apesar dos riscos; competência para lidar com o estresse, incluindo a capacidade de minimizar os efeitos do evento stressante; capacidade de recuperação rápida após o trauma; e, em longo prazo, contenção de respostas negativas e capacidade de prover consequências positivas a

comportamentos que impliquem em superação da adversidade (Hardy, Contato & Gill (2004), citados por Fontes & Neri, 2015).

Assim, são consideradas resilientes as pessoas que não cedem às adversidades, mas, ao contrário, na presença delas, exibem um padrão adaptativo positivo caracterizado pela gerência dos eventos que ameaçam a adaptação, ou que, depois de serem afetados por adversidades, logram recuperar seus níveis anteriores ou basais de bem-estar objetivo e subjetivo. Diante de adversidades, a pessoa pode alterar o significado a elas atribuído, reduzir cognitivamente o nível de perigo dos eventos *stressores*, reduzir sua exposição a eles, diminuir as próprias reações negativas, manter a autoestima e a autoeficácia e criar oportunidades para reverter os efeitos do *stress* significativo e a evidência de adaptação positiva às ameaças ao desenvolvimento (Ong, Bergeman & Boker, 2009, citados por Fontes & Neri, 2015).

A adaptação positiva pressupõe bom desenvolvimento apesar dos riscos; competência para lidar com o *stress*, incluindo a capacidade de minimizar os efeitos do evento *stressante*; capacidade de recuperação rápida após o trauma; e, a longo prazo, contenção de respostas negativas e capacidade de dotar consequências positiva a comportamentos que impliquem em superação da adversidade (Kobasa, Maddi & Kahn (1982), citados por Fontes & Neri, 2015). Tais ações opõem-se à vulnerabilidade, entendida como carência de recursos psicológicos para enfrentamento. Elas envolvem gerência dos efeitos deletérios dos riscos e das ameaças à adaptação (Fontes & Neri, 2015). Isto significa que se a pessoa puder contar com recursos de resiliência, não sucumbe a fatores de risco biológico, socioeconômico e psicossocial.

Um dos pressupostos do modelo de desenvolvimento ao longo da vida é que a resiliência não só não declina, como tende a aumentar, funcionando como mediador para o alcance de bons padrões de adaptação.

A resiliência é entendida como produto da interação entre a natureza, a quantidade e a intensidade dos fatores de risco e das características de personalidade. Enquanto variável moderadora, sua função é mitigar os efeitos negativos do *stress* associado aos riscos e adversidades sobre a adaptação do indivíduo. O dia-a-dia é incitador de *stress*, impondo a cada indivíduo adoção de estratégias que facilitem a adaptação aos novos contextos de exigência. As estratégias de *coping* são mecanismos cognitivos e comportamentais para fazer face a estas situações. O isolamento, a impaciência, a

deterioração das relações interpessoais, impulsividade verbal, exposição à violência, dificuldade em conciliar os papéis, profissional e familiar e, a perda de autoestima, são fatores de *stress* a nível social evidenciados pelos CI.

Podemos enquadrar a resiliência numa estratégia de *coping*, sendo utilizada pelo CI como um meio de auto controlo.

Segundo a opinião de Lazarus e Folkman (1984) *coping* está relacionado com os esforços cognitivos e comportamentais advindos do indivíduo para lidar com as exigências específicas internas ou externas.

O conceito de *coping* tem sido descrito como o conjunto de estratégias utilizadas pelos indivíduos para se adaptarem a circunstâncias adversas ou de *stress*. Refletem ações, comportamentos ou pensamentos usados para lidar com situações de *stress*. Existem inúmeras estratégias de *coping*, porém, é mais ou menos consensual, a utilização universal de oito estratégias, nomeadamente: o confronto, a resolução planeada do problema, a aceitação/assumir das responsabilidades, o autocontrolo, a procura de suporte social, a reavaliação positiva, o distanciamento e a fuga/evitamento do problema. As primeiras cinco estratégias estarão mais focalizadas na modificação/resolução da situação problema e as três últimas desempenharão um papel mais incisivo na regulação/modulação da expressão das emoções. Como referido anteriormente, esta divisão não é linear, por exemplo, o suporte social pode estar focado no problema quando se procura, numa pessoa amiga ou familiar, ajuda ou mesmo a resolução para o problema, mas por outro lado, pode estar centrado nas emoções se o objetivo for, apenas, desabafar e exprimir os sentimentos (Folkman, Lazarus, Dunkel-Schetter, DeLongis & Gruen, 1986, citados por Antoniazzi, Aglio & Bandeira, 1998).

Para Jardim e Pereira (2006) a resiliência é a capacidade de adquirir conhecimentos, habilidades e atitudes para precaver, diminuir ou superar qualquer efeito nocivo de crise e adversidades remetendo para a noção de adaptação. Este processo é concretizado através da validação dos recursos internos e externos do sujeito, em prol de ser capaz de enfrentar uma determinada situação não normativa, como uma crise ou uma tragédia.

Em suma, a resiliência pode ser vista como um processo adaptativo, na medida em que se considera que se trata de um processo dinâmico, que está em constante desenvolvimento e que é ajustável às oscilações da vida e ao desenvolvimento do ser humano.

### 3.1 Resiliência do Cuidador Informal como Estratégia de Coping

Diante da situação mundial atual que se caracteriza pela alta ocorrência de eventos aversivos no decorrer do desenvolvimento, alguns indivíduos passam por situações traumáticas e as superam saindo fortalecidos, outras não conseguem recuperar-se da situação ocorrida.

Na perspectiva da adaptabilidade, a resiliência pode ser considerada como um fenômeno de superação de *stress* a adversidades. O cuidador resiliente deverá ser flexível e encarar os desafios de forma adaptativa, passando por situações conflituosas, mas, aprendendo sempre com as dificuldades sentidas no ato do cuidar. Perante tais dificuldades, a família precisa desenvolver capacidades de resiliência, passando pela imobilização e ativação das suas capacidades de ser, estar, ter, poder e querer, ou seja, pela sua capacidade de auto-regulação e autoestima (Pinheiro, 2004).

A resiliência familiar é um processo que implica necessariamente que a família passe por um período de crise, desorganização, privação prolongada, mas que, apesar de tudo isto, seja capaz de se reorganizar, encontrando um novo equilíbrio e, assim, ultrapassar a adversidade.

De acordo com o estudo realizado por Casmarrinha (2008) os mecanismos de defesa, chamados de *coping*, são a primeira medida para lidar com o sofrimento causado pela doença. Trata-se da elaboração de um conjunto de estratégias necessárias para lidar com a doença, que estão dependentes da interação dos vários tipos de adaptação familiar à doença. O mecanismo de *coping*, na maioria das vezes não atua diretamente sobre o problema, tenta, no entanto, resolvê-lo amenizando situações problemáticas. A resiliência pode ser utilizada também como uma estratégia de *coping* para o cuidador, pois ajuda-o a desenvolver habilidades para se adaptar a situações de crise. Vaz-Serra (2007) refere-se ao termo *coping* como tendo um significado preciso referentes às estratégias utilizadas pelo homem para lidar com as ocorrências indutoras de *stress*.

Para Ribeiro (2009) o termo *coping*, está direcionado aos esforços para controlar, reduzir ou tolerar as exigências criadas pelo *stress*. Define *coping* como esforços cognitivos e comportamentais para gerir exigências específicas internas e/ou externas, que são avaliadas como excedendo, ou como estando nos limites dos recursos pessoais. Acrescenta ainda que, *coping* não se refere às coisas que acontecem, mas também

aquelas em que as pessoas pensam que acontecem ou que eventualmente poderão acontecer.

Em situação de *stress*, os cuidadores utilizam todas as estratégias de *coping*, sendo umas mais utilizadas que outras. Ribeiro (2009) exemplifica da seguinte forma:

Auto controlo – “Tentei não agir depressa demais nem seguir o meu primeiro impulso”;

Suporte social – “Falei com alguém para saber mais sobre a situação”;

Fuga/evitamento – “Desejei que a situação desaparecesse ou que terminasse”;

Resolução planeada do problema – “Eu sabia o que devia ser feito, por isso redobrei os meus esforços para que as coisas corressem bem”;

Reavaliação positiva – “Redescobri o que é importante na vida”;

Assumir responsabilidades – “Pedi desculpas ou fiz algo para compor a situação”;

Confrontação – “Mantive a minha situação e lutei pelo que queria”;

Distanciamento – “Tentei esquecer tudo”.

As famílias de baixo nível socioeconómico estão sujeitas à conjugação de numerosos fatores de *stress*, como condições de vida empobrecida, habitação precária, pertença a grupos minoritários, insatisfação no trabalho (Cruz, 2005) bem como fatores causadores de mal-estar (Almeida, 2005). Estão também expostos a grandes riscos de vários tipos de violência, fome, doença, discriminação e conflitos familiares (Wadsworth & Santiago, 2008).

Com a promoção da resiliência as pessoas e famílias apresentam capacidades de resolver problemas, a serem autónomos, a ter controlo interno, boa autoestima, empatia, desejo e capacidade de planeamento e senso de humor (Silva, 2007).

A resiliência encontra-se com mais facilidade em comunidades sujeitas a maiores fontes de *stress*, como as de baixo nível socioeconómico, em famílias com escassos recursos, e em crianças vítimas de violência ou expostas a comunidades violentas, fragilizadas e por vezes, marginalizadas (Philips & Dolan, 2008, citados por Ferreira, 2009).

No período da doença, os cuidadores desempenham um papel preponderante e as suas atitudes em como enfrentar os obstáculos contribuem para a reação do utente. A nível afetivo as emoções positivas podem ter efeitos comprovadamente benéficos durante os períodos de stresse. Estas emoções podem agir ao serviço do bem-estar, não só com a finalidade de interromper a experiência do stresse diário, mas também para evitar

dificuldades quanto à adaptação frente a novos stressores, (Ong, Bergeman & Boker, 2009, citados por Lopes & Massinelli, 2013).

De acordo com Lima e Marques (2007), citados por Lopes e Massinelli (2013) as relações interpessoais familiares passam por várias fases durante o processo da doença. Exemplificando com a doença de Alzheimer, a primeira fase caracteriza-se pela falta de memória e é vivenciada pelo utente com ansiedade e sofrimento. A família, de um modo geral, reage com irritabilidade e incompreensão. A segunda fase caracteriza-se por um processo depressivo reagindo os familiares de forma protetora. Nesta fase os utentes deixam de exercer o papel que até ali então exerciam. Na terceira fase referem-se à falta de personalidade, pois deixam-se de se conhecer a si mesmo e aos outros. Neste momento o utente passa a ser um estranho para a família, devendo o ato de cuidar, ser assumido pelo cuidador de forma equilibrada e harmoniosa para que possa com dignidade e boa vontade ultrapassar qualquer adversidade.

Esta conjuntura desencadeia uma potencial exigência de cuidados complexos durante longos períodos de tempo, onde as redes informais ocupam um lugar privilegiado, sendo a família, por norma, o suporte emocional e social que possui um papel valioso no cuidado.

Neste sentido dada a cronicidade das doenças e a necessidade de cuidados de longa duração, torna-se indispensável a existência de uma rede de cuidados de apoio aos idosos e pessoas com dependência e suas famílias.

#### **4. Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados – Equipa de Cuidados Continuados Integrados**

A RNCCI foi criada através do Decreto-Lei nº 101/2006 de 6 de Junho, tendo como desiderato

a instauração de políticas de saúde, integradas no Plano Nacional de Saúde, e de políticas de segurança social que permitam: desenvolver ações mais próximas das pessoas em situação de dependência; investir no desenvolvimento de cuidados de longa duração, promovendo a distribuição equitativa das respostas a nível territorial; qualificar e humanizar a prestação de cuidados; potenciar os recursos locais, criando serviços comunitários de proximidade, e ajustar ou criar respostas adequadas à diversidade que caracteriza o envelhecimento individual e as alterações de funcionalidade.

O art. 5º, nº 1, alínea a e b, define o objetivo da RNCCI como

a prestação de cuidados continuados integrados a pessoas que, independentemente da idade, se encontrem em situação de dependência. Para esse objetivo contribuem a reabilitação, a readaptação e a reintegração social e a provisão e manutenção de conforto e qualidade de vida, mesmo em situações irrecuperáveis.

##### **4.1 Norma de Funcionamento para Integrar na ECCI**

A figura 1 representa o esquema de referenciação para a RNCCI e para tal o acesso ao mesmo é feito através das ECL's mediante uma proposta, cuja proveniência pode ser através da Equipa de Gestão de Alta (EGA) hospitalar ou pela Equipa Referenciadora (ER) das Unidades funcionais, por via eletrónica. A EGA hospitalar é uma equipa multidisciplinar que tem como objetivo, preparar e gerir a alta hospitalar em articulação com outros serviços. Procede a análise e avaliação da situação clínica, familiar e social do utente e caso reúna critérios para referenciação à RNCCI envia proposta à equipa Coordenadora Local ECL da área de residência. Em cada Unidade Funcional (UF),

Unidade de Saúde Familiar (USF) ou Unidades de Cuidados de Saúde Personalizados (UCSP) deve ser constituída uma ER responsável por propor a integração dos utentes à RNCCI. É ainda necessário que o utente e/ou seu representante aprove o Consentimento Informado por escrito.

As ECL's são constituídas por representantes da Administração Regional de Saúde (ARS) e da Segurança Social. Devem integrar no mínimo, um médico, um enfermeiro e um assistente social e sempre que necessário um representante da autarquia local, designado pelo respetivo Presidente da Câmara. Asseguram o acompanhamento e a avaliação da RNCCI a nível local. A ECL valida o episódio, angaria os documentos e identifica a disponibilidade do ingresso do utente.

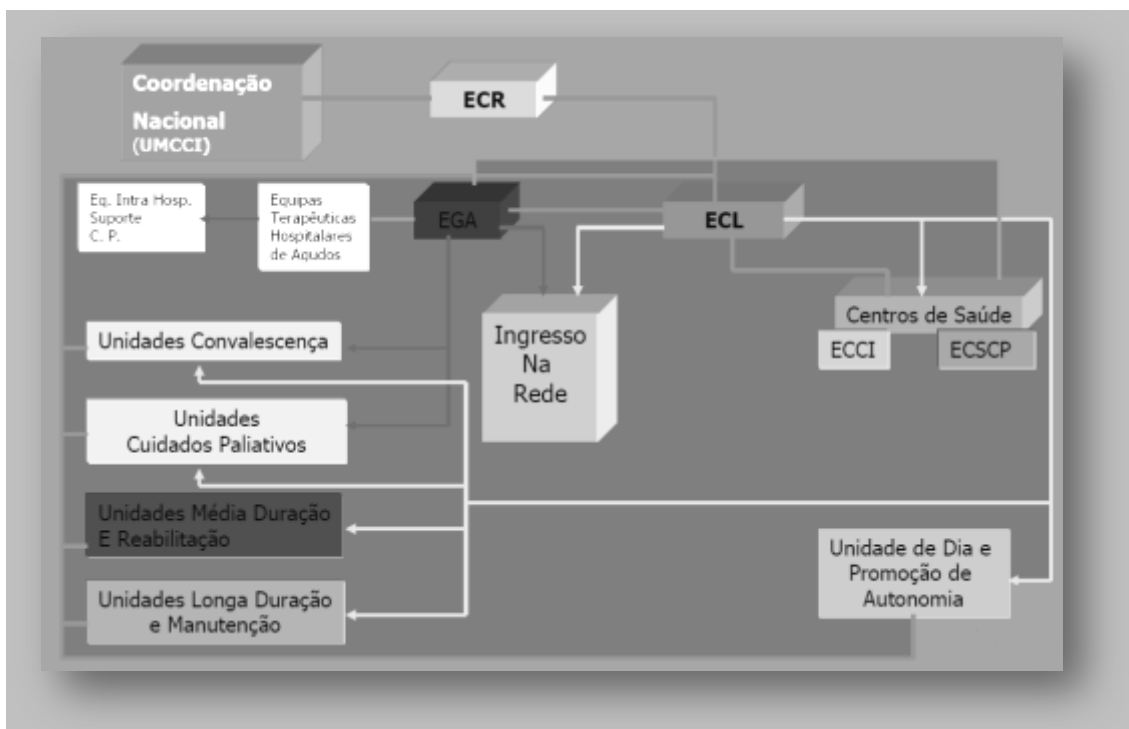
Para um melhor funcionamento e desempenho da ECCI foram efetuadas, por um grupo de trabalho, algumas normas de acesso, articulação e de recursos humanos (ARS Norte, 2014):

#### **Acesso**

- Garantir a equidade no acesso da população alvo aos cuidados continuados integrados a nível domiciliário;
- A dimensão da ECCI dependerá das características sociodemográficas, epidemiológicas e geográficas da área de cobertura onde está inserida;
- Cumprir a legislação referente à constituição das UCC.

#### **Articulação**

- Garantir que o prestador de cuidados tenha potencial para o desempenho da função;
- Garantir que o apoio social esteja assegurado antes da admissão na ECCI;
- Reforçar o papel das Equipas de Saúde Familiar (ESF), enquanto responsáveis por acompanhar os processos de saúde/doença dos seus familiares ao longo do ciclo vital.



**Figura 1** Esquema de Referenciação para a RNCCI

Fonte: Seabra (2011)

#### 4.2 Enquadramento e Tipologia da ECCI

A prestação de CCI é assegurada por Unidades de Internamento (UI), Unidades de Ambulatório (UA); Equipas Hospitalares e Equipas Domiciliárias. As UI são constituídas pelas Unidades de Convalescença (UC), Unidades de Média Duração e Reabilitação (UMDR) e ULDM. Nas UA integram as Unidade de Dia e de Promoção da Autonomia (UDPA) e as equipas domiciliárias (ECCI's) (Decreto-Lei nº 136/2015 de 28 de julho).

No ano de 2008 assistiu-se a uma reformulação nos Cuidados de Saúde Personalizados (CSP), criaram-se os Agrupamentos dos Centros de Saúde (ACES), através do Decreto-Lei Nº 28/2008 de 28 de fevereiro. Fazem parte destes agrupamentos várias UF, autónomas, prestadoras de cuidados de saúde à população, nomeadamente às USF, Unidades de Cuidados de Saúde Personalizados (UCSP), a Unidade de Saúde Pública (USP), Unidade de Recursos Assistências Partilhados (URAP) e a UCC. É através da UCC que o antigo ACES, presentemente designado por ULSNE, se articula com a

RNCCI ou seja, através da ECCI (Despacho N° 10143 de 2009, de 16 de abril de 2009) e das Equipa Comunitária de Suporte em Cuidados Paliativos (ECSCP).

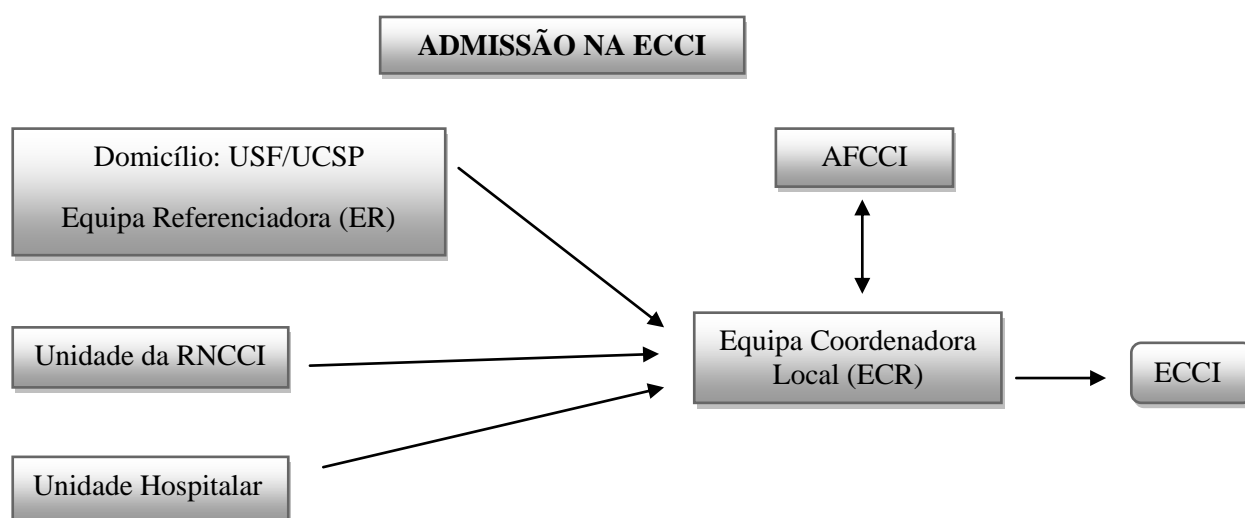
De acordo com o enquadramento, a ECCI é uma tipologia de resposta de prestação de unidades da RNCCI, enquadrada nos CSP. Deverão sempre integrar enquanto programa prioritário, à UCC.

O artigo 27º do decreto-lei nº 101/2006 de 6 de junho define ECCI como

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

A figura 2 apresenta o esquema de admissão numa ECCI. Estas Equipas têm como objetivo assegurar a prestação de cuidados todos os dias do ano, no horário de funcionamento das 8h às 20h, nos dias úteis conforme as necessidades, fins-de-semana e feriados. O artigo 28º do referente decreto, refere que as ECCI devem assegurar os seguintes serviços:

- a) Cuidados domiciliários de enfermagem e médicos de natureza preventiva, curativa, reabilitadora e ações paliativas, devendo as visitas dos clínicos ser programadas e regulares e ter por base as necessidades clínicas detetadas pela equipa;
- b) Cuidados de fisioterapia;
- c) Apoio psicossocial e ocupacional envolvendo os familiares e outros prestadores de cuidados;
- d) Educação para a saúde aos doentes, familiares e cuidadores;
- e) Apoio na satisfação das necessidades básicas;
- f) Apoio no desempenho das funções da vida diária;
- g) Apoio nas atividades instrumentais da vida diária;
- h) Coordenação e gestão de casos com outros recursos de saúde e sociais.



**Figura 2** Circuito de Referência para a ECCI

Fonte: ARS Norte (2014, p. 10)

São considerados critérios de referência para ingresso na ECCI:

- Utentes com diversos tipos de dependência;
- Utentes que não possam deslocar-se do seu domicílio;
- Utentes com necessidades de intervenções sequenciais;
- Utentes com necessidade de cuidados domiciliários nos sete dias da semana;
- Utentes com necessidade de cuidados paliativos, incluindo compensação sintomática, possível de realizar no domicílio (ARS Norte, 2014).

Além da situação de dependência do utente também é necessário que reúna condições no domicílio para lhe serem prestados os cuidados de que necessita.

A nível Nacional, no ano de 2014, os motivos de referência para a ECCI, com maior relevo foram: Ensino ao utente/cuidador informal – 90%; Dependência nas AVD’s 88%; Reabilitação – 43% e tratamentos de ferida/úlceras de pressão – 35%. (ACSS, 2015).

Critério de exclusão para ingresso na ECCI:

- Utente com episódio de doença em fase aguda, que requeira internamento hospitalar;
- Utente que necessite exclusivamente de apoio social;
- Utente cujo objetivo seja apenas o estudo do diagnóstico.

- Inexistência do cuidador.

As altas de utentes integrados na ECCI efetua-se por, transferência para uma unidade de internamento da RNCCI, por agudização clínica que implique internamento hospitalar superior a oito dias, para as ESF desde que atinja os objetivos propostos e por óbito.

#### 4.3 Visitação Domiciliária - Local de Prestação de Cuidados

Existem fatores, ambientais, genéticos entre outros, que originam danos irreversíveis nos indivíduos que por vezes deparam-se numa cama do hospital. Após a alta retornam aos seus domicílios e na maioria dos casos, tanto o doente como os familiares sofrem alterações radicais no seu estilo de vida.

A visitação domiciliária é um instrumento fundamental na educação para a saúde da população, além de propiciar melhoria da qualidade da atenção, oferecida com equidade (Oliveira & Berger, 1996). Constitui uma atividade de assistência em saúde, exercida junto do indivíduo, da família e na comunidade. Visa prestar uma assistência educativa e assistência no âmbito do domicílio. É através da dela que se efetua uma avaliação das condições socioeconómicas do doente e dos seus familiares, elaborando assim uma assistência específica para cada caso (Kawamoto, Santos & Mattos, 2009).

Em Portugal, os cuidados no domicílio ganharam expressão a partir da década de 80, sobretudo no contexto da economia social, resultante do aumento do número de pessoas idosas e das suas necessidades. Mas foi na década de 90, século XX que se consolidaram e se inscreveram no contexto das políticas de velhice como ações coletivas (Garcia, 2009, citado por Batista, 2012).

Já Lilian Wald, no século XX, foi considerada uma das pioneiras na visitação domiciliária a doentes pobres, desenvolvendo linhas de orientação para enfermagem de família, explorando e desenvolvendo o conceito de apoio social e económico que melhoraria a saúde geral das famílias e das comunidades (Kuss & Mónica, 1997; Rice, 2004, citados por Louro, 2009).

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.

O serviço de apoio domiciliário tem a função de assegurar a prestação de cuidados individualizados no domicílio a indivíduos e famílias que, por motivos de doença ou incapacidade, não consigam assegurar por si as suas necessidades básicas (Batista, 2012).

O domicílio do CI/utente dependente é caracterizado como familiar e íntimo, onde reúne condições propícias para o desenvolvimento de comportamentos autónomos. Posto isto, podemos concluir que em contexto domiciliário o cuidador é independente na tomada de decisão perante situações mais complicadas com utente dependente.

O CI durante o tempo de prestação de cuidados tem necessidade de descanso, ter oportunidade de tratar de si, ir de férias ou resolver problemas particulares. Para isso há a resposta de um cuidador secundário que irá dar continuidade a cuidados adequados às necessidades do utente. As ULDM são uma tipologia da rede que dá resposta ao descanso do cuidador. Estas Unidades têm como objetivo o internamento temporário ou permanente para a prestação de apoio social e cuidados de saúde e de manutenção a pessoas com doenças ou complicações crónicas que não reúnam condições de permanência no domicílio. A principal finalidade é prevenir e retardar o agravamento da situação de dependência, favorecendo o conforto e a qualidade de vida dos utentes, sendo este o objetivo das famílias. As ULDM para descanso do cuidador, proporciona internamento temporário até 90 dias por ano, com o objetivo de colmatar as dificuldades do CI e/ou necessidade de descanso do mesmo. A admissão nestas unidades é determinada pelas Equipas Coordenadoras Locais (ECL), que detetam a situação de dependência e a real necessidade de descanso do cuidador (Decreto-Lei nº101/2006 de 6 de junho).

#### 4.4 Funções dos Elementos da Equipa Multidisciplinar da ECCI

Os Cuidados Continuados exigem um trabalho em equipa que integra vários grupos profissionais entre os quais, médico, enfermeiro, assistente social, fisioterapeuta, nutricionista, assistentes operacionais, assistentes técnicos, psicólogo, entre outros.

O médico, enfermeiro e o assistente social são elementos essenciais na realização de uma referenciação para qualquer tipologia da RNCCI. No que respeita à ECCI, é fundamental a colaboração da equipa multidisciplinar para o sucesso de tratamentos e

recuperação do utente. O médico enquanto membro da equipa presta apoio de acordo com as necessidades de cada utente. O enfermeiro/enfermeiro de reabilitação desenvolve com a restante equipa e familiares, o plano de cuidados, com objetivos orientados para as necessidades em termos de prevenção, recuperação e reabilitação.

Cabe a assistente Social a intervenção social. Tem como função a orientação, acompanhamento social ou situações de problemas que o afetam a si e à sua família. Além disso tem um papel importante na articulação com os outros serviços. Como objetivo de intervenção, estabelece a relação de entreajuda com o doente e sua família, promovendo a minimização de dificuldades da situação de doença e intervindo quer durante o internamento, quer após este, de forma a proporcionar bem-estar e qualidade de vida. O Serviço Social na RNCCI integra a equipa multidisciplinar, permitindo a troca de experiências e diversos conhecimentos que se complementam e se revelam fundamentais para averiguar os elementos implicados na situação de dependências do utente, os condicionalismos que podem advir da mesma e os meios que permitam minorarem esses mesmos condicionalismos (ARS Norte, 2014).

As ECCI's devem desenvolver um Processo Individual de Cuidados (PIC) para cada utente, de acordo com a Diretiva Técnica nº 5/UMCCI/2008 de 7 de janeiro, o qual deve conter o Plano Individual de Intervenção Multidisciplinar (PIIM).

Os utentes que integram nas ECCI's têm um gestor de caso que gere toda a situação de cuidados.

Segundo Martins e Fernandes (2010), citados por ARS Norte (2014) "... a gestão de caso é um processo da gestão de cuidados... o processo da gestão de cuidados assenta na figura do gestor de caso." Refere ainda que, o gestor de caso é o elemento que lidera o processo de tomada de decisões e pode ser desempenhado por qualquer membro da equipa de cuidados continuados integrados com capacidades técnico-científicas e relacionais. As tomas de decisão devem ser efetuados com o gestor de caso de acordo com a família.

## **II PARTE - INVESTIGAÇÃO EMPÍRICA**

### 1.Contextualização, questões de investigação e objetivos do estudo

O presente estudo de investigação integra as instituições de saúde do distrito de Bragança. Este situa-se no nordeste de Portugal e pertencente à região de Trás-os-Montes e Alto Douro. Limitada a norte e a leste com Espanha (províncias de Ourense, Zamora e Salamanca), a sul com os distritos da Guarda e Viseu e a oeste com o distrito de Vila Real. A sua área soma 6 608 km<sup>2</sup>, sendo assim o quinto maior distrito português, habitado por uma população de 35 341 habitantes (INE, 2012, Censos, 2011).

O distrito de Bragança (figura 3) está subdividido nos Alfandega da Fé, Bragança, Carrazeda de Ansiães, Freixo de Espada À Cinta, Macedo de Cavaleiros, Miranda do Douro, Mirandela, Mogadouro, Vila Flor, Vimioso e Vinhais. Cada concelho é composto por um centro de saúde, com exceção de Bragança e Mirandela que tem dois.



**Figura 3** Mapa do distrito de Bragança

Fonte: Crédito: DGPRM/DSRM/DREM

A ULSNE, EPE foi criada pelo Decreto-Lei n.º 67/2011, de 2 de junho, é uma pessoa coletiva de direito público de natureza empresarial, dotada de autonomia administrativa, financeira e patrimonial. Integra as Unidades de Saúde do extinto Centro Hospitalar do Nordeste, EPE (CHNE) e do extinto ACES do Alto Trás-os-Montes I – Nordeste. Constitui uma entidade pública empresarial de capitais. Está integrada no SNS, englobando as seguintes áreas de atuação: Cuidados de Saúde Primários, Cuidados Hospitalares, Cuidados Continuados, Urgência, Emergência e Cuidados Intensivos e Saúde Pública (ULSNE, 2012).

À exceção do Centro de Saúde de Torre de Moncorvo e Freixo de Espada À Cinta, todos os outros Centros de Saúde possuem uma ECCI, tipologia da RNCCI, que se interliga com as duas ECL existentes no distrito, Mirandela e Miranda do Douro e asseguram o acompanhamento e a avaliação da RNCCI a nível local. As ECL dão resposta às ECCI's responsáveis geograficamente, o concelho de Alfândega da Fé, Carraceda de Ansiães, Macedo de Cavaleiros, Mirandela e Vila Flor incumbem à ECL de Mirandela, os restantes, Bragança, Miranda do Douro, Mogadouro, Vimioso e Vinhais correspondem à ECL de Miranda do Douro.

A nível nacional, no ano de 2014, a população da RNCCI com idade superior a 65 anos era de 83,4%, sendo 55% indivíduos com mais de 80 anos. Destes, 55,6% eram do sexo feminino e 44,4% do sexo masculino (ACSS, 2015). Em 2015 na Região Norte, o número de episódios validados pelas ECL's foi de 11 708 utentes. A ECL Nordeste de Mirandela validou 436 utentes referenciados e a ECL de Miranda do Douro validou 423. Foram realizadas na RNCCI um total de 4 161 referências/taxa de referência efetuadas pelas EGAS e pelos CSP da qual, a ULSNE efetuou 313 referências (Boletim Estatístico da RNCCI – Região Norte, Global 2015).

A tabela I apresenta o número de utentes que integraram nas ECCI's do distrito de Bragança entre os anos de 2011 a 2015, obtendo-se um total de 1 203 utentes. Evidenciam-se as ECCI's de Macedo de Cavaleiros, Mirandela e Bragança com maior número de integrações, nesses anos.

**Tabela 1**

*Números de utentes integrados nas ECCI's da ULSNE, EPE por concelho e ano (2011 a 2015)*

<b>Entrada/Ano</b>	<b>2011</b>	<b>2012</b>	<b>2013</b>	<b>2014</b>	<b>2015</b>	<b>Total</b>
Alfândega da Fé	11	7	10	17	19	64
Bragança	25	20	52	67	53	217
Carrazeda	7	12	20	34	26	99
Macedo de Cavaleiros	49	41	50	46	73	259
Mirandela	31	39	57	37	55	219
Miranda do Douro	15	12	23	11	27	88
Mogadouro	0	1	12	10	12	35
Vila Flor	8	7	10	12	30	67
Vimioso	4	2	23	21	13	63
Vinhais	7	2	21	21	41	92
<b>Total</b>	<b>157</b>	<b>143</b>	<b>278</b>	<b>276</b>	<b>349</b>	<b>1 203</b>

Fonte: dados fornecidos pela ECL Mirandela e ECL Miranda do Douro (2016)

O estudo realizado identifica as dificuldades do CI e a capacidade de resiliência face ao cuidar de utentes integrados nas ECCI's da ULSNE.

Após a apresentação do quadro concetual das variáveis, relativo às dificuldades e resiliência do CI no cuidar de utentes integrados nas ECCI's da ULSNE, é apresentado e fundamentado nesta segunda parte do estudo uma breve descrição relativa à metodologia utilizada, bem como a apresentação dos resultados.

### 1.1 Questões de investigação

Após a concetualização e contextualização é imperativo enunciar as questões que norteiam este estudo, tais como:

Quais as dificuldades sentidas e a capacidade de resiliência do CI face ao cuidar, de utentes integrados nas ECCI's da ULSNE, EPE?

As variáveis sociodemográficas e grau de independência do utente interferem nas dificuldades sentidas pelo CI e na sua capacidade de resiliência?

As dificuldades sentidas pelo CI face ao cuidar de utentes integrados nas ECCI's da ULSNE, EPE são diferentes segundo a sua capacidade de resiliência?

## 1.2 Objetivos do estudo

Procurando dar resposta às questões de investigação foram definidos os seguintes objetivos:

Identificar as dificuldades sentidas e a capacidade de resiliência do CI face ao cuidar, de utentes integrados nas ECCI's da ULSNE.

Analisar se as variáveis sociodemográficas e grau de independência do utente interferem nas dificuldades sentidas pelo CI e na sua capacidade de resiliência.

Analisar se as dificuldades sentidas pelos CI são diferentes segundo a sua capacidade de resiliência.

## **2. Metodologia**

Em qualquer investigação, é necessário um método e este não é mais do que uma formalização do percurso intencionalmente ajustado ao fenómeno em estudo, e, é concebido como meio de direcionar a investigação para o seu objeto, possibilitando a progressão do conhecimento acerca desse mesmo objeto (Tuckman, 2012).

Neste capítulo, pretende-se abordar os aspetos relacionados com a metodologia utilizada, em conformidade com os objetivos propostos. Descreve-se a orientação científica desta investigação, as variáveis, as hipóteses os participantes, o instrumento de recolha de dados utilizados, o procedimento ético e de tratamento de dados.

### **2.1 Tipo de estudo**

Considerando os objetivos do estudo, optamos pela abordagem quantitativa com um plano de investigação observacional, descritivo, analítico e transversal. Os estudos desta natureza caracterizam-se por se expressar através de entidades abstratas (números) que representam uma contagem, uma medição/um cálculo (Ribeiro, 2010). Permitem obter informação acerca do estado atual dos fenómenos e conhecer uma situação tal como ela existe no momento do estudo.

Para Ribeiro (2010, p.51) um estudo que adote um desenho observacional descritivo analítico “o investigador não intervém, antes desenvolve procedimentos para descrever os acontecimentos que ocorrem naturalmente sem a sua intervenção”. Possibilitam a descrição das características de determinada população ou fenómeno ou, então, o estabelecimento de relações entre variáveis e “permitem responder à questão porque é que os sujeitos têm aquelas características” (Ribeiro, 2010, p.52). Para o mesmo autor os estudos transversais focam geralmente um único grupo representativo da população em estudo e os dados são recolhidos num único momento.

## 2.2 Variáveis selecionadas para o estudo

O modelo metodológico utilizado proporciona a utilização de mais do que um tipo de variáveis, sendo estas selecionadas em função dos objetivos específicos que se pretendem atingir e de acordo com a sua função na análise dos dados.

A classificação das variáveis que integram um estudo é um procedimento necessário e fundamental para a escolha do tipo de procedimentos estatísticos a aplicar na análise dos dados.

Neste estudo classificam -se como variáveis dependentes as dificuldades sentidas pelos CI e a capacidade de resiliência face ao cuidar de utentes integrados nas ECCI's da ULSNE, EPE, designadas por alguns autores como variáveis resultado. A resiliência do CI será também neste estudo como variável independente de acordo com a sua função na análise dos dados.

As variações deste tipo de variáveis representam o efeito presumido da variável independente (Tuckman, 2012). Designam -se como variáveis independentes de acordo com o mesmo autor, os fatores em que o investigador se focaliza em relação à forma como essas variáveis interferem nas variáveis anteriores. As variáveis independentes deste estudo são:

- Sociodemográficas: sexo, idade, estado civil, escolaridade, área de residência (consideramos meio rural os CI que habitam nas aldeias de cada município, em meio urbano, os residentes nas cidades do distrito e os residentes nas sedes de município), tipo de habitação, estado de conservação, situação laboral (consideramos CI em estado Não Ativo, todos os que se encontravam inscritos no Centro de Emprego (desempregados) ou a usufruir algum tipo de subsídio social), rendimento familiar mensal, dificuldades económicas, coabitação com utente dependente, grau de parentesco, tempo de prestação de cuidados e usufruto de apoio formal.
- Nível de independência dos utentes cuidados
- A resiliência dos cuidadores.

### 2.2.1 Operacionalização das Variáveis

Para a aplicação de alguns testes estatísticos houve necessidade de proceder à operacionalização de algumas variáveis associando as mesmas em categorias, tais como:

**Idade** - Variável numérica, contínua, utilizada como tal para o cálculo das medidas de tendência central e dispersão e posteriormente operacionalizada nas seguintes classes: 1- até 50 anos; 2- de 51 a 60 anos; 3- de 61 a 70 anos; 4- mais de 70 anos.

**Estado civil** - Variável nominal, com cinco possibilidades de resposta (1- Solteiro; 2- Casado/União de facto; 3- Viúvo; 4- Separado; 5- Divorciada) posteriormente a variável foi transformado em duas categorias: 1- Casado/União de facto; 2- Outro.

**Escolaridade** - Variável nominal com seis possibilidades de resposta (1-Sem escolaridade; 2- 1º Ciclo; 3- 2º Ciclo; 4- 3º Ciclo; 5- Ensino Secundário; 6- Ensino Superior) posteriormente foi operacionalizada nas seguintes classes: 1-Sem estudos; 2- 1º Ciclo; 3- 2º Ciclo; 4- 3º Ciclo.

**Estado de conservação da residência** - Variável nominal com três possibilidades de resposta (1- boa; 2- Razoável; 3- Degradada). Posteriormente operacionalizada em duas categorias: 1- Degradada/Razoável; 2- Boa.

**Rendimento familiar mensal** - Variável numérica com possibilidade de três respostas (1- Menos de 250,00€; 2- de 250,00€ a 500,00€; 3- Mais de 500,00€) posteriormente operacionalizada nas seguintes categorias: 1- Até 500,00€; 2- Mais de 500,00€.

**Grau de parentesco** - Variável nominal com possibilidade de resposta em seis categorias (1- Mãe/Pai; 2- Sogra/Sogro; 3- Avó/Avô; 4- Irmã/Irmão; 5- Amiga/Amigo; 6-Cônjuge), posteriormente operacionalizada em duas categorias: 1- Família; 2- Cônjuge.

### 2.3 Hipóteses

As hipóteses são formulações abstratas relacionadas com as teorias e os conceitos (Tuckman, 2012), a sua construção sucedeu da pesquisa bibliográfica que deu suporte ao quadro concetual deste estudo.

**H1** - As dificuldades sentidas pelo cuidador informal face ao cuidar de utentes integrados nas ECCI's da ULSNE, EPE são diferentes, segundo: o sexo, idade, estado civil, escolaridade, área de residência, tipo de habitação, estado de conservação, situação laboral, rendimento familiar mensal, dificuldades económica, coabitação com o utente dependente, grau de parentesco, tempo de prestação de cuidados e usufruto de apoio formal.

**H2** – A capacidade de resiliência face ao cuidar de utentes integrados nas ECCI's da ULSNE, EPE, é diferente segundo: o sexo, idade, estado civil, escolaridade, área de residência, tipo de habitação, estado de conservação, situação laboral, rendimento familiar mensal, dificuldades económica, coabitação com o utente dependente, grau de parentesco, tempo de prestação de cuidados e usufruto de apoio formal.

**H3** – As dificuldades do cuidador informal face ao cuidar de utentes integrados nas ECCI's da ULSNE, EPE são diferentes segundo o nível de (in) dependência da pessoa cuidada e a capacidade de resiliência do cuidador informal.

**H4** – A capacidade de resiliência é diferente segundo o nível de (in) dependência da pessoa cuidada.

## 2.4 População/Amostra

A população do estudo, no período da investigação (maio a outubro de 2016), era constituída por 113 CI de utentes integrados nas ECCI's da ULSNE, EPE, com variadas idades e de ambos os sexos. A amostra é composta por 71 CI que aceitaram participar no estudo de forma voluntária e esclarecida. Os restantes CI, 10 não participaram no estudo, 25 tiveram alta da ECCI e os restantes (7) faleceram.

## 2.5 Instrumentos de recolha de dados (IRD)

O IRD utilizado, visa recolher informação sobre as variáveis em estudo, junto dos sujeitos que participam na investigação, como recomenda Fortin, (1999). É constituído por quatro partes: a primeira integra questões que permitem a caracterização sociodemográfica; a segunda é constituída pela CADI de Nolan *et al.* (1998), traduzida

e adaptada para português por Maria Luísa Brito e João Barreto (2000) que permite a mensuração das dificuldades do prestador de cuidados; a terceira pelo EBCR, que, avalia a resiliência como uma estratégia de *coping* (Ribeiro, 2010), a quarta e última é constituída pelo IB utilizado para a avaliação do grau de independência do utente.

### **2.5.1 Caraterização Sociodemográfica**

Foi elaborado um questionário de caraterização sociodemográfica alusivo à amostra referente: sexo, idade, estado civil, escolaridade, área de residência, tipo de habitação, estado de conservação, situação laboral, rendimento familiar mensal, dificuldades económica, coabitação com o utente dependente, grau de parentesco, tempo de prestação de cuidados e usufruto de apoio formal.

### **2.5.2 Carers' Assessment of Difficulties Index - CADI**

A CADI, autoria original de Nolan *et al.* (1998) traduzida para português pelos autores Maria Luísa Brito e João Barreto (2000), tem como objetivo avaliar as dificuldades do prestador de cuidados.

A CADI é composta por 30 potenciais dificuldades relacionadas com o cuidar que se agruparam em sete Fatores: problemas do utente dependente, reações à prestação de cuidados, exigência de ordem física na prestação, restrições na vida social, deficiente apoio familiar, deficiente apoio profissional e problemas financeiros. O inquirido (CI) deve assinalar, numa escala tipo *Likert*, com quatro opções, se a afirmação em causa se aplica à sua situação e, em caso positivo de que forma corresponde à sua perceção da situação: *Não acontece no meu caso* (0); *Acontece, mas não me perturba* (1); *Acontece e causa-me alguma perturbação* (2); *Acontece e perturba-me muito* (3). Em cada pergunta o familiar deverá responder se a situação se aplica no seu caso de acordo com os itens acima mencionados.

A CADI apresenta valores que podem variar de 0 a 90, assumindo que 0 corresponde a tudo que o CI responde “não acontece no meu caso” e 90 a tudo que responde “acontece no meu caso e perturba-me muito. O valor médio teórico da CADI global é de 45 pontos. Valores abaixo a 45 pontos revelam menor nível de dificuldade no cuidar e valores acima de 45 pontos revelam maior nível de dificuldade no cuidar.

Segundo os autores de CADI, entre outros índices, será legítimo, e fará sentido do ponto de vista conceitual, utilizar as pontuações totais do questionário, podendo assim tratar-se os dados obtidos como uma variável contínua (Nolan *et al.* 1996). No final existe ainda um espaço aberto, para facultativamente o inquirido descrever outras dificuldades que ele entende não estarem contempladas no questionário.

### **2.5.3 Escala Breve de Coping Resiliente - EBCR**

Os investigadores Sinclair e Wallston (2003) desenvolveram a *Brief Resilient Coping Scale* que foi validada para a população portuguesa por Pais Ribeiro e Rita Morais (2010) como Escala Breve de Coping Resiliente (EBCR) utilizando como procedimentos os idênticos à versão original.

A EBCR avalia a resiliência como uma estratégia de *coping* (Ribeiro, 2010). Para a adaptação da escala à população e cultura portuguesa, a variável resiliência foi avaliada com base nos quatro itens da escala original. É uma escala composta por 4 itens que permitem perceber a capacidade do indivíduo para lidar com o *stress* de forma adaptativa. A resposta aos itens é dada segundo uma escala ordinal, segundo o formato de *Likert*, com cinco opções, sendo que ao número cinco corresponde “quase sempre” e ao número um “quase nunca”. Os valores de resposta, que transmitem a capacidade do indivíduo para lidar com o *stress* de uma forma adaptativa, podem variar entre 4 e 20. Neste instrumento não existem itens cuja cotação se processe pela ordem invertida. Salienta-se, ainda, que é um instrumento de autorresposta e unidimensional. Segundo os autores da escala original, Sinclair e Wallston (2003), consideram-se com baixa capacidade de resiliência os sujeitos que obtêm uma pontuação inferior a treze e, por outro lado, com resiliência forte os que atingem uma pontuação superior a dezassete.

A EBCR apresenta valores de consistência (*Alpha de Cronbach*) de 0,53, que traduzem um nível mais baixo do que na escala original (0,68). Podemos afirmar que, uma vez que o valor, de acordo com os padrões psicométricos tradicionais, encontram-se abaixo de 0,70 a escala apresenta um valor inadequado de consistência. Contudo, os autores (Ribeiro, 2010) desmistificam tais resultados e afirmam que a EBCR pode, de certa forma, apresentar este resultado, na medida em que é composta apenas por quatro itens e, como sabemos, a consistência interna de uma escala correlaciona-se positivamente

com o número de itens que a constituem. Relativamente à análise das componentes principais, os autores consideram que na escala original, regra de Kaiser (valores próximos à unidade o pesquisador pode reconsiderar a inclusão ou não daquela componente), surgem as seguintes componentes principais que compõem a escala portuguesa.

1. Procuo formas criativas de superar situações difíceis - com carga fatorial de 0,62;
2. Independentemente do que me possa acontecer - acredito que posso controlar as minhas reações evidenciando – carga fatorial 0,63;
3. Acredito que posso crescer positivamente lidando com situações difíceis – carga fatorial 0,70;
4. Procura ativamente formas de substituir as perdas que encontro na vida – carga fatorial 0,63.

#### 2.5.4 *Índice de Barthel*

Para a recolha de informação relativa ao nível de funcionalidade do idoso, foi aplicado o Índice de Barthel (IB). Foi desenvolvido por Mahoney e Barthel (1965) e validado para a escala portuguesa por Araújo *et al.* (2007). É um instrumento que avalia o nível de independência do sujeito para a realização de dez atividades básicas de vida diária (ABVD): comer, higiene pessoal, uso dos sanitários, tomar banho, vestir e despir, controlo de esfíncteres, deambular, transferência da cadeira para a cama, subir e descer escadas (Mahoney & Barthel, 1965; Sequeira, 2007). É um instrumento com um nível de fidelidade elevada com Alpha de Cronbach de 0,96.

A fácil aplicação e interpretação, baixo custo de aplicação, o poder ser repetido periodicamente, o despender pouco tempo no seu preenchimento são algumas das características que fazem desta medida construída sobre bases empíricas uma das mais utilizadas na clínica e na investigação (Sequeira, 2007).

No contexto clínico o IB dá-nos informação importante não só a partir da pontuação total mas também a partir das pontuações parciais para cada atividade avaliada. Permite conhecer quais as incapacidades específicas da pessoa e como tal adequar os cuidados às necessidades (Araújo, Ribeiro, Oliveira & Pinto, 2007).

Cada atividade apresenta entre 2 a quatro níveis de dependência, em que 0 corresponde à dependência total e a independência pode ser pontuada com 5, 10 ou 15 pontos de acordo com os níveis de dependência (Sequeira, 2007). Segundo este autor a classificação varia entre 0 a 100 pontos e são considerados os seguintes pontos de corte: 90-100 Independente; 60-89 Ligeiramente dependente; 40-55 Moderadamente dependente; 20-35 Severamente dependente; <20 Totalmente dependente.

## 2.6 Procedimentos Éticos e Deontológicos

Fortin (1999, p.114) “ (...) define ética como o conjunto de permissões e de interdições que têm um enorme valor na vida dos indivíduos e em que estes se inspiram para guiar a sua conduta.”

Para a realização do estudo, foi solicitado um pedido de autorização (Anexo I) ao Conselho de Administração que solicitou parecer à Comissão de Ética da ULSNE, EPE para aplicação do Instrumento de Recolha de Dados aos CI de utentes integrados nas ECCI's, com resposta de autorizado (anexo II). A revisão bibliográfica efetuada respeitou os direitos de autor, tendo sido também obtida autorização para a aplicação da CADI e EBCR no âmbito da recolha de dados.

Posto isto, para a aplicação da CADI, foi efetuado um pedido de autorização via correio eletrónico à autora da versão para Português, Dra. Maria Luísa Brito (Anexo III).

Para aplicação da EBCR foi efetuado um pedido ao autor que a traduziu para a população portuguesa, Pais Ribeiro (2010) do qual respondeu não ser o primeiro autor. À posterior efetuamos um pedido de autorização à autora original, Professora Sinclair (Anexo IV).

Compete ao investigador salvaguardar o respeito pela identidade do indivíduo e o direito de qualquer tomada de decisão. De forma a limitar o viés à investigação determinado pela presença do investigador e pelo grupo instruído por ele, procurou-se cumprir todos os pressupostos de informação, confidencialidade e empatia com os participantes, assegurando que a informação recolhida seria apenas para tratamento estatística, sendo assim, respeitados integralmente todos os princípios éticos em concordância com a Declaração de Helsínquia e a Convenção de Oviedo.

Os CI foram informados sobre o objetivo da investigação e a forma de ter acesso a ela caso estejam interessados. Esclarecemos todas as dúvidas que surgiram ao assinarem o Consentimento Informado bem como, o direito em recusar ou cessar a sua participação em qualquer momento sem que esse facto constituísse algum tipo de prejuízo pessoal.

## 2.7 Análise e Tratamento de Dados

Após a recolha de dados estes foram processados no programa informático *Microsoft Excel* (Office 2007) e *Statistical Package for the Social Sciences – SPSS for Windows*, versão 20 utilizando a seguinte metodologia estatística:

Na análise descritiva recorreu-se à caracterização das variáveis qualitativas através das frequências absolutas e relativas. No caso das variáveis quantitativas utilizaram-se as medidas de tendência central. Para estudar comparativamente duas ou mais distribuições torna-se vantajoso usar medidas independentes da unidade das variáveis, ou seja, medidas de dispersão relativas. Como exemplo, existe o coeficiente de dispersão (CD) e o coeficiente de variação (CV) e a mediana dos desvios absolutos em relação à mediana (MAD) (Pestana & Gageiro, 2008). Para realizar a inferência estatística necessária à investigação das hipóteses inicialmente propostas, recorreremos sempre que possível, à aplicação dos testes paramétricos (medidas intervalares da variável dependente). Segundo Pestana e Gageiro (2008) a utilização deste tipo de testes exige que sejam cumpridos três pressupostos: distribuição normal (distribuição perfeita, simétrica à volta da média); homogeneidade (variabilidade dos dados, nos dois grupos, sejam iguais ou homogénea) e intervalares e contínuas (intervalos entre si contínuos e iguais).

Para comparação dos valores médios de duas amostras independentes, o teste paramétrico indicado é o Teste *t*, que pressupõe amostras de grande dimensão (mínimo 30 elementos) ou amostras de pequena dimensão provenientes de populações normais.

Caso seja possível aplicar o Teste *t*, é ainda necessário averiguar a igualdade de variâncias entre amostras, através do teste de *Levenne*, o que permitiu apurar se as amostras são provenientes da mesma população (quando é validada a condição de igualdade de variâncias).

Quando ambas as amostras são de dimensão superior a 30, a distribuição *t* com *v* graus de liberdade (*tv*) aproxima-se da distribuição normal, levando-as às mesmas conclusões (Pestana & Gageiro, 2008).

Na eventualidade de não poder aplicar o Teste *t*, recorre-se ao teste não paramétrico *Mann-Whitney U*. Para comparação de três ou mais amostras independentes recorreu-se ao teste paramétrico *ANOVA*, cujos pressupostos são: a distribuição dos erros normalmente distribuída com média nula e variância constante (homogeneidade das variâncias) e aleatórios. Caso não seja possível a aplicação da *ANOVA* recorre-se ao teste não paramétrico *Kruskal-Wallis* que permite comparar três ou mais amostras independentes. Para análise da consistência interna das dimensões da escala utilizada recorreremos ao coeficiente *Alpha de Cronbach*, cujos valores entre 0-1, considerando-se a consistência interna: muito boa – alpha superior a 0,9; boa – alpha entre 0,8 e 0,9; Razoável – alpha entre 0,7 e 0,8; fraca – alpha entre 0,6 – 0,7; inadmissível – alpha < 0,6 (Pestana & Gageiro, 2008).

De modo a medir a intensidade da correlação linear entre variáveis recorreremos ao coeficiente de Correlação *R* de *Pearson*, que é “ uma medida de associação linear e varia entre variáveis quantitativas -1 e 1” (Pestana & Gageiro, 2008, p. 181). Os mesmos autores referem que, o coeficiente igual a +1 significa que as duas variáveis têm uma correlação perfeita e positiva. Se o coeficiente for igual a -1, significa que existe uma relação linear negativa perfeita entre ambas. Referem ainda que, o coeficiente igual a zero (0) significa que não existe relação linear entre as variáveis. A determinação deste coeficiente pressupõe a normalidade das variáveis, caso não se verifique a normalidade recorre-se ao coeficiente de correlação de *Spearman*. Assim sendo, a correlação de *Pearson/Spearman* mede a intensidade da relação entre duas variáveis do tipo intervalar, sempre que a magnitude deste coeficiente é próximo de 1 revela correlação muito forte, acima de 0,70 revela correlação forte, entre 0,3 e 0,7 correlação moderada, e, abaixo de 0,3 é considerada fraca. Coeficiente de correlação positivo indica uma relação no mesmo sentido das variáveis, ou seja, evoluem do mesmo modo e coeficiente negativo indica que se uma aumenta a outra diminui e vice-versa (Pestana & Gageiro, 2008).

### 3. Apresentação e Análise dos Resultados

Neste capítulo apresentamos a análise dos resultados, para que posteriormente seja discutida, tendo por base os princípios teóricos que sustentam a investigação. Iniciamos com as variáveis sociodemográficas da amostra e respetivas escalas, assim como, os resultados obtidos por inferência estatística de forma a concluir sobre as hipóteses em estudo.

#### 3.1 Caracterização Sociodemográfica da Amostra

##### *Distribuição do CI por sexo e idade*

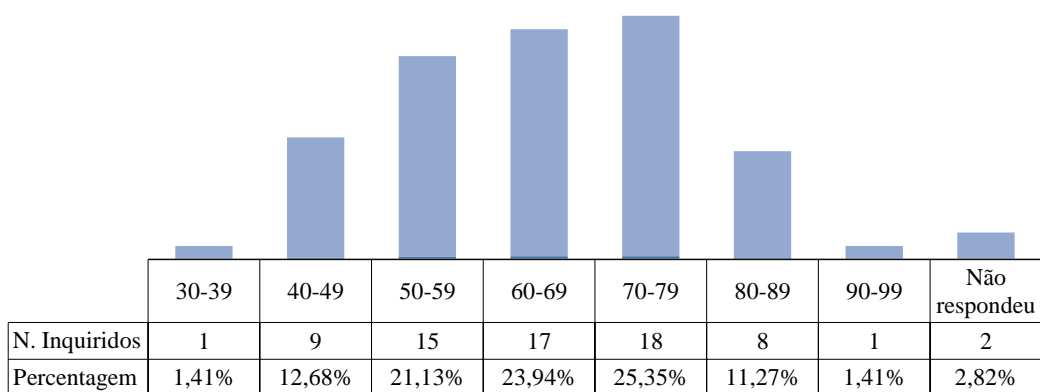
De acordo com a tabela 2 verificamos que 70,4% (n=50) da amostra são do sexo feminino e 29,6% (n=21) do sexo masculino. A média de idades no sexo feminino é de 62,5 anos, com desvio padrão de 11,4, mínimo de 38 anos e máximo de 90 anos. No sexo masculino a média de idades é de 70 anos com desvio padrão de 13,2, mínima de 45 e máximo de 87 anos.

#### **Tabela 2**

##### *Distribuição de CI por sexo e idade*

<b>Sexo</b>	<b>%</b>	<b>Nº</b>	<b>Média Idade</b>	<b>Desvio Padrão</b>	<b>Mínimo Idade</b>	<b>Máxima Idade</b>
Feminino	70,4%	50	62,5	11,4	38	90
Masculino	29,6%	21	70	13,2	45	87

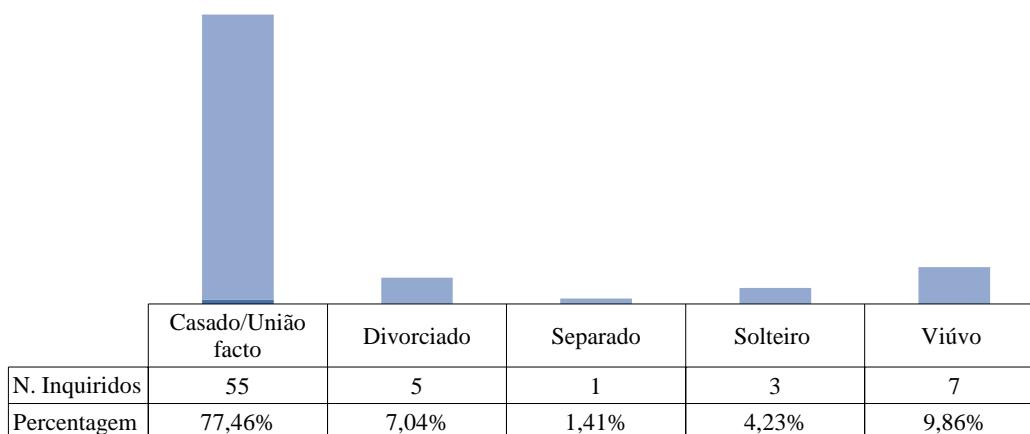
Analisando a figura 4 observamos que 25,4% (n=18) pertence à faixa etária dos 70 -79 anos, 23,9% (n=17) à faixa etária dos 60 – 69 anos e 11,3% (n=8) dos 80-89 anos. Não responderam a esta questão 2,8% (n=2).



**Figura 4** Distribuição dos CI por idade

*Distribuição do CI em relação ao estado civil*

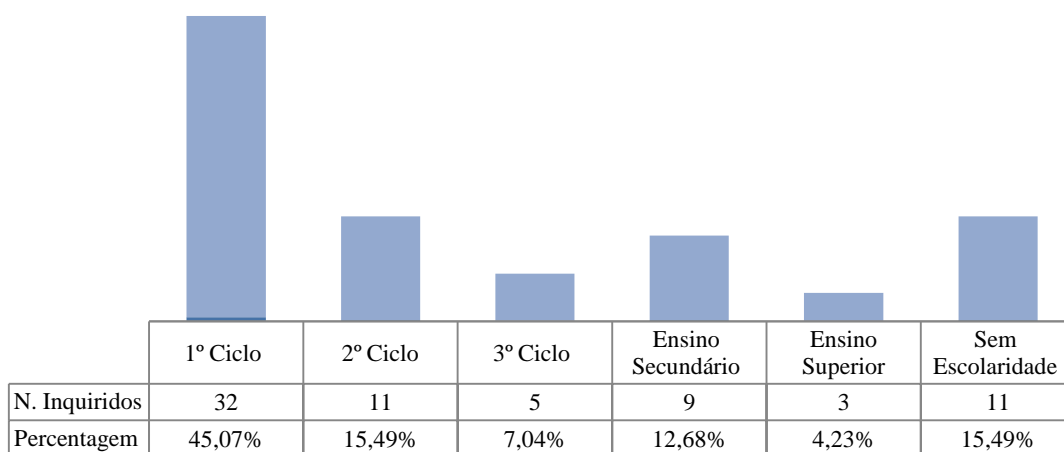
Analisando a figura 5 examinamos que 77,46% (n=55) dos CI são casados e/ou vivem em união de facto, 9,86% (n=7) são viúvos e 4,23% (n=3) solteiros.



**Figura 5** Distribuição CI em relação ao estado civil

*Distribuição do CI em relação à variável escolaridade*

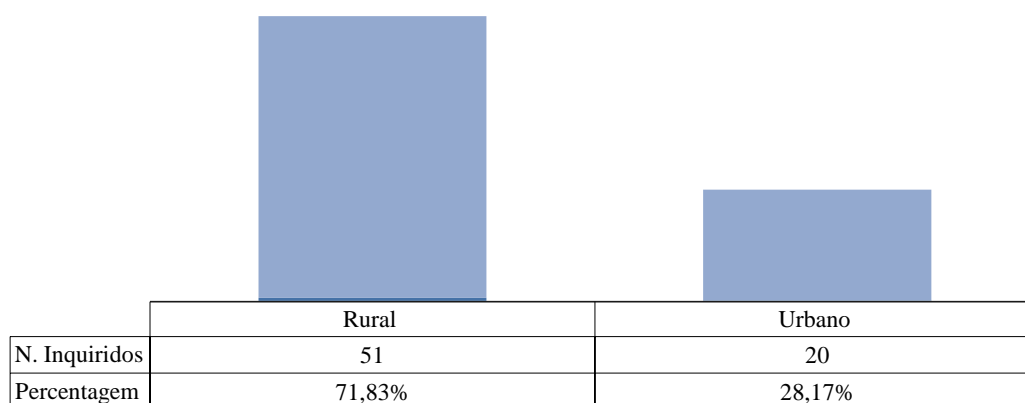
Relativamente à escolaridade, aferimos que 45,07% (n=32) frequentou o 1º Ciclo e 15,49% (n=11) CI sem escolaridade.



**Figura 6** Distribuição do CI em relação à escolaridade

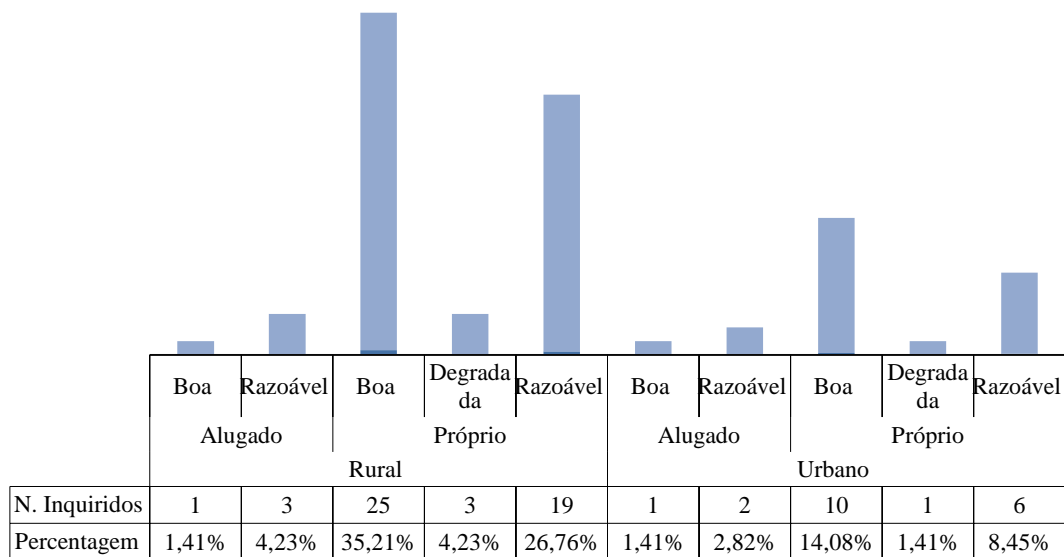
*Distribuição do CI em relação à variável área de residência, tipo de habitação e estado de conservação*

Analisando a figura 7 verificamos que 72% (n=51) reside em meio rural e 28% (n=20) em meio urbano.



**Figura 7** Distribuição do CI em relação à área de residência

Respeitantes à figura 8, CI residentes em meio rural, 35,21% (n=25) residem numa vivenda/apartamento próprio em bom estado de conservação. No que respeita ao meio urbano 14,08% (n=10) habita em vivenda/apartamento próprio em bom estado de conservação.



**Figura 8** Distribuição do CI em relação à área de residência/tipo de habitação/estado de conservação

*Distribuição do CI em relação à variável situação laboral e rendimento familiar mensal*

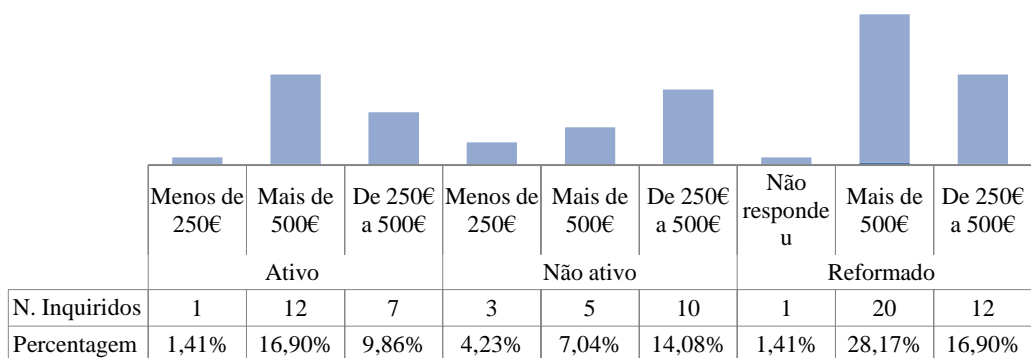
A tabela 3 demonstra que 28,17% (n=20) dos CI estão no estado laboral de ativo, 25,35% (n=18) no estado não ativo e 46,48% (n=33) no estado de reformados.

**Tabela 3**

*Distribuição do CI em relação à situação laboral*

Situação Laboral	Ativo	Nº	Não Ativo	Nº	Reformado	Nº	Total
	28,17%	20	25,35%	18	46,48%	33	100%

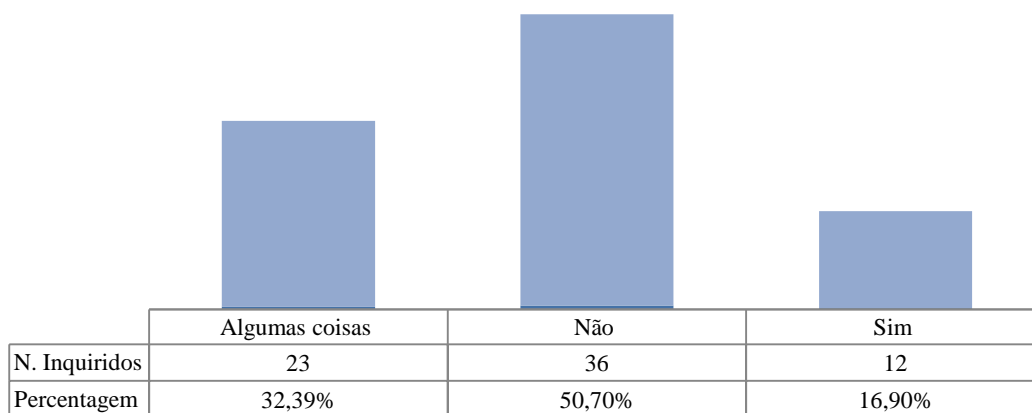
Relativamente ao rendimento familiar mensal do CI, 28,17% dos reformados e 16,90% dos CI no ativo, recebem mais de 500,00€. Ci no não ativo, 14,08% recebem entre 250,00€ a 500,00€.



**Figura 9** Distribuição do CI em relação à situação laboral e rendimento familiar mensal

*Distribuição do CI em relação ao nível das dificuldades económicas*

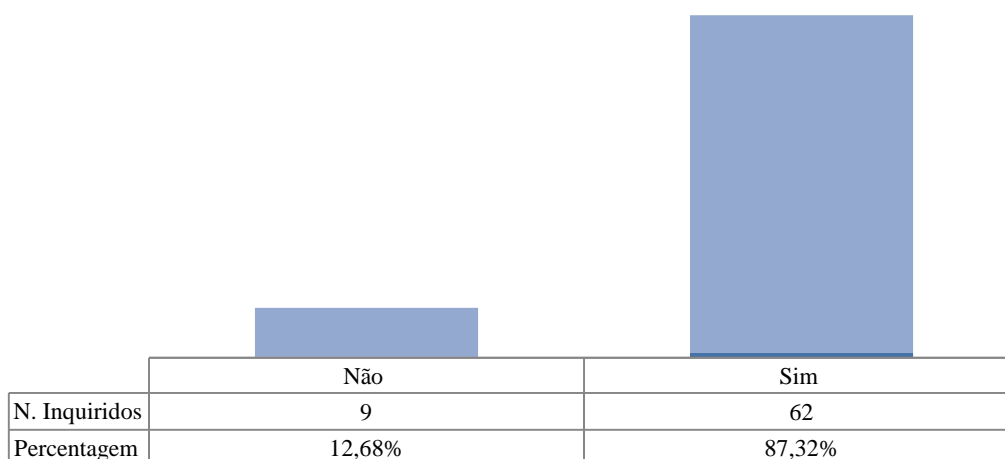
No que refere às dificuldades económicas sentidas pelos CI, 50,70% (n=36) responderam não, 32,39% (n=23) responderam algumas vezes e 16,90% (n=12) responderam sim.



**Figura 10** Distribuição do CI em relação às dificuldades económicas

***Distribuição do CI em relação à variável coabitação com o utente dependente***

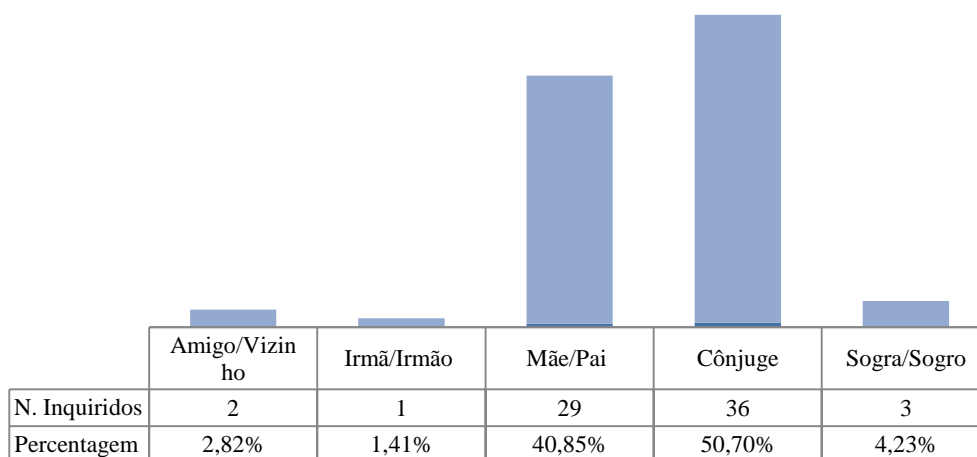
Relativamente ao coabitar com o utente dependente 87% (n=62) responderam que sim e 13% (n=9) responderam não.



**Figura 11** Distribuição da amostra em relação à coabitação com o utente dependente

***Distribuição do CI em relação variável grau de parentesco***

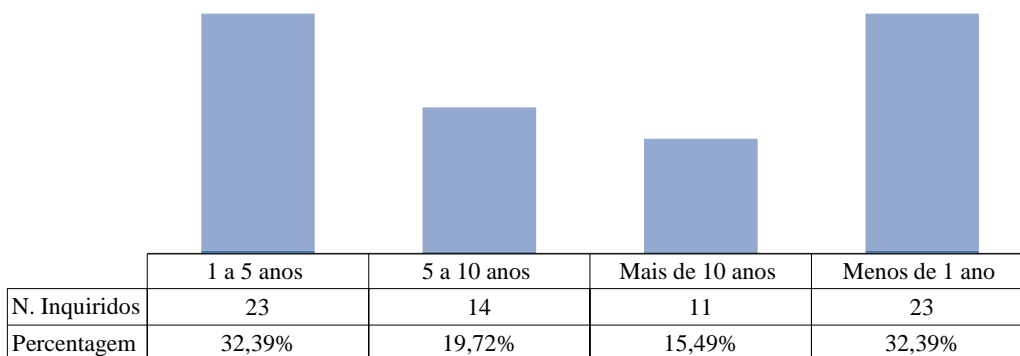
Quanto ao grau de parentesco 50,70% (n=36) da amostra responderam cônjuge, 40,85% (n=29) responderam ser mãe/pai e 3% (n=2) amigo/vizinho.



**Figura 12** Distribuição do CI em relação ao grau de parentesco com o utente

### *Distribuição do CI em relação à variável tempo de prestação de cuidados*

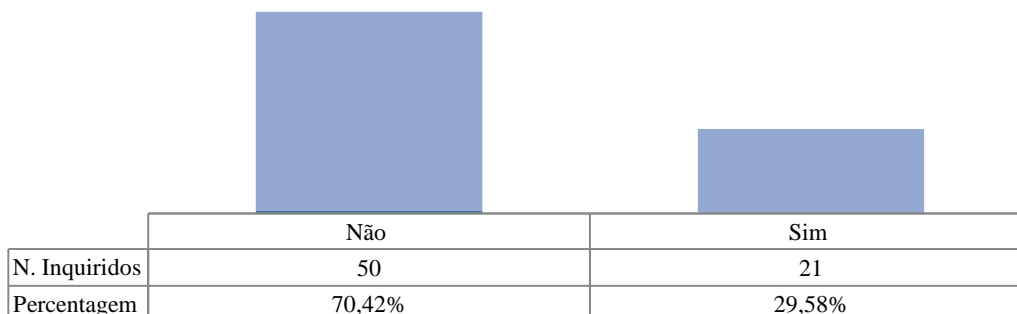
Analisando a figura 13 verificamos que 32,39% (n=23) prestam cuidados há menos de 1 ano, com a mesma percentagem 32,39% (n=23) entre 1 a 5 anos e prestam cuidados há mais de 10 anos 15,49% (n=11).



**Figura 13** Distribuição do CI em relação ao tempo de prestação de cuidados

### *Distribuição do CI em relação ao usufruto de apoio formal*

Analisando a figura 14 verificamos que 70,42% (n=50) responderam não usufruir de apoio formal e 29,58% (n=21) respondeu sim. Alargou-se a questão, se Sim, qual? Responderam nove (9) CI, dos quais sete responderam usufruir do apoio formal de Instituições Particulares de Solidariedade Social (IPSS) e dois (2) responderam empregadas domésticas.



**Figura 14** Distribuição do CI em relação ao usufruto de apoio formal

### 3.2 Resultados da Carers'Assessment of Difficulties Index (CADI)

A CADI é composta por 30 potenciais dificuldades incluídos em sete fatores: problemas do utente dependente; reações à prestação de cuidados; exigência de ordem física na prestação de cuidados; restrições na vida social; deficiente apoio familiar; deficiente apoio profissional e problemas financeiros. No fim do questionário havia um espaço aberto para os CI desenvolverem outras dificuldades sentidas na prestação de cuidados.

#### 3.2.1 *Problemas relacionados com o utente dependente*

A tabela 4 reporta-se às questões referidas como “problemas relacionados com o utente dependente” e permite observar a soma das frequências das posições “Causa-me alguma perturbação” e “Perturba-me muito. As questões mais assinaladas neste potencial problema como “causa-me alguma perturbação” foram as Q.5 com 34% (n=24) e a Q.14 com a mesma percentagem. Assinalaram como “perturba-me muito” a Q.11 com 23% (n = 16). Destacamos as Q.12 com 68% (n = 48) de respostas e a Q.26 com 76% (n=54) como “não acontece no meu caso”.

**Tabela 4**

#### *Problemas relacionados com o utente dependente*

<b>Prestar cuidados é difícil, porque:</b>	<b>Não acontece no meu caso</b>	<b>Não me Perturba</b>	<b>Causa-me alguma Perturbação</b>	<b>Perturba-me Muito</b>
<b>Q.5</b> – A pessoa de quem eu cuido chega a pôr-me fora de mim.	28(39%)	9 (13%)	24(34%)	7 (10%)
<b>Q.11</b> – Por vez a pessoa de quem estou cuidar exige demasiado mim.	20(28%)	20(28%)	13(18%)	16(23%)
<b>Q.12</b> – Deixou de haver o sentimento que havia na minha relação com a pessoa cuidada.	48(68%)	9 (13%)	6 (8%)	7 (10%)
<b>Q.14</b> – A pessoa cuidada nem sempre ajuda tanto quanto poderia.	26(37%)	9(13%)	24 (34%)	10(14%)
<b>Q.22</b> – A pessoa de quem cuido nem sempre dá valor ao que faço.	33(46%)	12(17%)	18 (25%)	7 (10%)
<b>Q.25</b> - O comportamento da pessoa de quem cuido causa problemas.	35(49%)	15(21%)	14 (20%)	6 (8%)
<b>Q.26</b> – Cuidar desta pessoa não me dá qualquer satisfação.	54(76%)	9 (13%)	3 (4%)	4 (6%)

\* Os valores são apresentados em função dos CI que responderam à questão

#### 3.2.2 *Reações à prestação de cuidados*

A tabela 5 reporta-se às questões referidas como “reações à prestação de cuidados” e verificamos que, a Q.1 com 35% (n=25), Q.2 com 35 (n=25), Q.17 com 38% (27), são

as mais assinaladas como “causa-me alguma perturbação”. Salienta-se a Q.3 com 39% (n=28), Q.9 com 38% (n=27) e a Q.30 com 70% (n=50) mais assinaladas pelos CI como “não acontece no meu caso”.

**Tabela 5**

*Reações às prestações de cuidados*

<b>Prestar cuidados é difícil, porque:</b>	<b>Não acontece no meu caso</b>	<b>Não me perturba</b>	<b>Causa-me alguma perturbação</b>	<b>Perturba-me Muito</b>
<b>Q.1</b> – Não tenho tempo suficiente para mim.	22(31%)	16(23%)	25 (35%)	7 (10%)
<b>Q.2</b> – Por vezes sinto-me de “mãos atadas” sem poder fazer nada para poder dominar a situação.	21(30%)	8 (11%)	25(35%)	15(21%)
<b>Q.3</b> - Não consigo dedicar tempo suficiente a outras pessoas da família.	28(39%)	13(18%)	20 (28%)	8 (11%)
<b>Q.9</b> – Chega a transtornar minhas relações familiares.	27(38%)	16(23%)	19 (27%)	7 (10%)
<b>Q.17</b> – Esta situação faz-me sentir irritado.	27(38%)	10(14%)	27 (38%)	6 (8%)
<b>Q.19</b> – Esta situação está a transtornar-me os nervos.	24(34%)	14(20%)	20 (28%)	12(17%)
<b>Q.29</b> – Não consigo sossegar por estar preocupado com os cuidados a prestar.	29(41%)	7 (10%)	24 (34%)	10(14%)
<b>Q.30</b> – Esta situação faz-me sentir culpado.	50(70%)	8 (11%)	10 (14%)	2 (3%)

\*Os valores são apresentados em função dos CI que responderam à questão

**3.2.3 Exigência de ordem física na prestação de cuidados**

A tabela 6 reporta-se às questões referidas como “exigências de ordem física na prestação de cuidados” e permite observar a soma das frequências das posições “causa-me alguma perturbação” sendo as mais assinaladas pelos CI, a Q.10 com 35% (n=25) Q.13 com 39% (n=28) e Q.15 com 39% (n=28). Salientamos o fator “perturba-me muito” na Q.15 com 15% (n=1) e Q.23 com 7% (n=5), assinaladas pelos CI com baixa percentagem.

**Tabela 6***Exigências de ordem física na prestação de cuidados*

<b>Prestar cuidados é difícil, porque:</b>	<b>Não acontece no meu caso</b>	<b>Não me Perturba</b>	<b>Causa-me Alguma perturbação</b>	<b>Perturba-me Muito</b>
<b>Q.6</b> A pessoa de quem eu cuido depende de mim para se movimentar.	25 (35%)	16 (23%)	21 (30%)	9 (13%)
<b>Q.10</b> – Deixa-me muito cansado fisicamente.	16 (23%)	15 (21%)	25 (35%)	14(20%)
<b>Q.13</b> – A pessoa de quem cuido necessita de muita ajuda nos seus cuidados pessoais.	17 (24%)	17 (24%)	28 (39%)	9 (13%)
<b>Q.15</b> – Ando a dormir pior pela situação.	23 (32%)	8 (11%)	28 (39%)	1(15%)
<b>Q.23</b> – A minha saúde ficou abalada.	34 (48%)	5 (7%)	26 (37%)	5 (7%)
<b>Q.24</b> – A pessoa de quem cuido sofre de incontinência (não controla as necessidades).	36 (51%)	11 (15%)	13 (18%)	10(14%)

\* Os valores são apresentados em função dos CI que responderam à questão

**3.2.4 Restrição na vida social**

A tabela 7 reporta-se aos problemas relacionadas como “restrição na vida social” e permite observar as questões mais assinaladas, tais como Q.20 com 45% (n=32) como “causa-me alguma perturbação” e a Q.8 com 38% (n=27) e Q.18 com 38% (n=27) são mais assinaladas como “não acontece no meu caso”.

**Tabela 7***Restrição na vida social*

<b>Prestar cuidados é difícil, porque:</b>	<b>Não Acontece no meu caso</b>	<b>Não me Perturba</b>	<b>Causa-me alguma perturbação</b>	<b>Perturba-me Muito</b>
<b>Q.8</b> – Afasta-me do convívio com outras pessoas e de outras coisas de que gosto.	27 (38%)	16(23%)	18 (25%)	8 (11%)
<b>Q.18</b> – Não estou com amigos tanto quanto gostava.	27 (38%)	15(21%)	23 (32%)	5 (7%)
<b>Q.20</b> – Não consigo ter um tempo de descanso, nem fazer uns dias de férias.	15 (21%)	13(18%)	32 (45%)	11(15%)

\* Os valores são apresentados em função dos CI que responderam à questão

**3.2.5 Deficiente apoio familiar**

Analisando a tabela 8 observamos que a Q.16 com 48% (n=34) e Q.28 com 45% (n=32) são mais assinaladas pelos CI como “não acontece no meu caso”.

**Tabela 8***Deficiente apoio familiar*

<b>Prestar cuidados é difícil, porque:</b>	<b>Não acontece no meu caso</b>	<b>Não me perturba</b>	<b>Causa-me alguma perturbação</b>	<b>Perturba-me Muito</b>
<b>Q.16</b> – As pessoas da família não dão tanta atenção como eu gostaria.	34 (48%)	8 (11%)	15 (21%)	13(18%)
<b>Q.28</b> – Alguns familiares não ajudam tanto quanto poderiam.	32 (45%)	11(15%)	21(30%)	6(8%)

\* Os valores são apresentados em função dos CI que responderam à questão

**3.2.6 Deficiente apoio profissional**

Analisando os dados da tabela 9, verificamos que a Q.7 com 82% (n=58) e Q.27 com 72% (n=51) têm uma maior percentagem de respostas dadas pelos CI como “não acontece no meu caso”. É de salientar a Q.7 com 0% (n=0) de respostas como “perturba-me muito”.

**Tabela 9***Deficiente apoio profissional*

<b>Prestar cuidados é difícil, porque:</b>	<b>Não acontece no meu caso</b>	<b>Não me perturba</b>	<b>Causa-me alguma perturbação</b>	<b>Perturba-me Muito</b>
<b>Q.7</b> – Parece-me que os técnicos de saúde (médicos, enfermeiros...) não fazem bem a ideia dos problemas que os prestadores de cuidados enfrentam.	58 (82%)	9 (13%)	3 (4%)	0 (0%)
<b>Q.27</b> – Não recebo apoio suficiente dos serviços de saúde e dos serviços sociais.	51 (72%)	5 (7%)	11 (15%)	3 (4%)

\* Os valores são apresentados em função dos CI que responderam à questão

**3.2.7 Problemas financeiros**

Analisando a tabela 10 verificamos que a Q.4 com 44% (n=31) valor atribuído “não acontece no meu caso” e a Q.21 com 45% (n=32) assinalado como “causa-me alguma perturbação”.

**Tabela 10***Problemas financeiros*

<b>Prestar cuidados é difícil, porque:</b>	<b>Não acontece no meu caso</b>	<b>Não me perturba</b>	<b>Causa-me alguma perturbação</b>	<b>Perturba-me Muito</b>
<b>Q.4</b> – Traz-me problemas de dinheiro.	31 (44%)	12 (17%)	20 (28%)	6 (8%)
<b>Q.21</b> – A qualidade da minha vida piorou.	17 (24%)	13 (18%)	32 (45%)	9 (13%)

\* Os valores são apresentados em função dos CI que responderam à questão

Para além dos problemas identificados, os CI referiram outras dificuldades, tais como: “falta de tempo/ não ter tempo para lidar com os outros”; “tristeza”; “dependência total”; “estar longe da família”; “cria ansiedade”; “limitação/ muita idade para prestar cuidados”; “medo da solidão”; “medo de não aguentar”.

### 3.2.8 Distribuição dos fatores de CADI

A CADI apresenta os valores de *Alpha de Cronbach* de modo a avaliar a consistência interna. É de salientar que os fatores, “Deficiente apoio profissional” e “Problemas financeiros”, os coeficientes são de 0,576 e 0,582, respetivamente, o que revelam baixa consistência interna. Contudo, dada a consistência interna da escala global (0,960) e dos restantes fatores concluímos que os CI compreenderam as questões colocadas e responderam de forma consistente.

A CADI apresenta valores que podem variar de 0 a 90, assumindo que, o valor 0 corresponde a tudo que o cuidador respondeu, “não acontece no meu caso”. O valor 90 corresponde a tudo que o cuidador respondeu, “acontece-me no meu caso” e “perturba-me muito”. O valor médio teórico da CADI global é de 45 pontos, valores obtidos abaixo dos teóricos (45 pontos) revelam menor dificuldades no cuidar, valores acima (45 pontos) e quanto mais próximos do máximo revelam maior nível de dificuldades. Para cada fator é apresentado os limites de variação das pontuações e o valor médio teórico (Tabela 11).

**Tabela 11***Distribuição dos fatores de CADI*

<b>Fatores CADI</b>	<b>Nº itens</b>	<b>Itens/questões</b>	<b>Alpha de Cronbach</b>	<b>Limites escala</b>	<b>Média teórica</b>
Problemas relacionados com o utente dependente	7	5,11,12,14,22,25, 26	0,863	0-21	10,5
Reações à prestação de cuidados	8	1,2,3, 9,17,19,29,30	0,883	0-24	12
Exigências de ordem física na prestação de cuidados	6	6,10,13,15,23,24	0,872	0-18	9
Restrições na vida social	3	8,18,20	0,812	0-9	4,5
Deficiente apoio familiar	2	16,28	0,739	0-6	3
Deficiente apoio profissional	2	7,27	0,576	0-6	3
Problemas financeiros	2	4,21	0,582	0-6	3
<b>CADI Global</b>	<b>30</b>	<b>Todos</b>	<b>0,960</b>	<b>0-90</b>	<b>45</b>

**3.2.9 Distribuição dos resultados obtidos para os fatores da CADI**

A média da CADI global apresenta *score* de 31,27 e mediana de 28,5 permite-nos assim, verificar que os CI não revelam dificuldades no desempenho da função de cuidar. Sendo que 48 CI classificam-se abaixo dos valores teóricos (menor nível de dificuldade no cuidar) e 16 CI classificam-se acima dos valores teóricos (maior nível de dificuldade no cuidar).

A dispersão dos resultados é muito elevada, inclusive o coeficiente de variação (66,23%). Em todos os fatores da CADI, os valores médios obtidos estavam consideravelmente abaixo dos valores médios teóricos e os valores da mediana, próximo dos valores médios, o que permite concluir que, os CI não revelaram, em termos médios, dificuldades no cuidar. Contudo, a dispersão é muito elevada em todos os fatores, verificando-se uma evidência nos resultados obtidos para o coeficiente de variação (tabela 12).

**Tabela 12***Distribuição dos resultados obtidos para os fatores da CADI*

Fatores CADI	Nº	Mínimo	Mediana	Máximo	Média	Desvio padrão	Coefficiente variação
Problemas relacionados com o utente dependente	67	0	6	21	6,76	5,45	80,62%
Reações à prestação de cuidados	65	0	9	24	9,05	6,31	69,72%
Exigências de ordem física da prestação de cuidados	69	0	7	18	7,46	5,06	67,83%
Restrições na vida social	69	0	3	9	3,70	2,60	70,27%
Deficiente apoio familiar	70	0	2	6	2,11	2,02	95,73%
Deficiente apoio profissional	70	0	0	6	0,77	1,30	168,83%
Problemas financeiros	69	0	2	6	2,46	1,73	70,33%
<b>CADI global</b>	64	0	28,5	87	31,27	20,71	<b>66,23%</b>

### 3.2.10 Correlação de Spearman entre os fatores da CADI

A tabela 13 demonstra os coeficientes de correlação de Spearman (nem todas as variáveis apresentavam distribuição normal) entre fatores da CADI e globalidade da escala. Observamos que existe uma correlação elevada e positiva entre as dificuldades globais e os fatores: “problemas relacionados com o utente dependente” (0,866); “reações à prestação de cuidados” (0,955); “exigências de ordem física na percepção de cuidados” (0,936); “restrições na vida social” (0,835) e “problemas financeiros” (0,790), sendo estes os que mais contribuiriam para as dificuldades globais sentidas pelos CI. Relativamente aos fatores “deficiente apoio familiar” (0,610) e “deficiente apoio profissional” (0,466) as correlações são significativas mas a intensidade é mais moderada. Observamos que todos os coeficientes de correlação são significativos e positivos, logo aumenta-se o valor num fator da CADI, é de esperar que, aumente também a pontuação nos restantes fatores, embora as intensidades das correlações sejam distintas. Relativamente ao fator “problemas relacionados com o utente dependente” verificamos que este estava fortemente correlacionado com “reações à prestação de cuidados” (0,758) e “exigências de ordem física na prestação de cuidados” (0,785). Por outro lado, o fator “Reações à prestação de cuidados” também estava fortemente correlacionado com “exigências de ordem físicas” (0,867); “restrições na vida social” (0,789) e com “problemas financeiros” (0,753). O fator “exigências de ordem física na prestação de cuidados” também estava fortemente correlacionado com o fator “restrições na vida social” (0,750).

**Tabela 13***Correlação de Spearman entre os fatores da CADI*

	CADI	Problemas relacionado utente	Reações à prestação cuidados	Exigências ordem física	Restrições na vida social	Deficiente apoio familiar	Deficiente apoio profissional	Problemas financeiros
<b>CADI</b>	1	0,866**	0,955**	0,936**	0,835**	0,610**	0,466**	0,790**
Problemas relacionado com o utente dependente		1	0,758**	0,785**	0,654**	0,565**	0,365**	0,554**
Reações à prestação cuidados			1	0,867**	0,789**	0,578**	0,471**	0,753**
Exigências de ordem física				1	0,750**	0,466**	0,377**	0,665**
Restrições na vida social					1	0,347**	0,327**	0,640**
Deficiente apoio familiar						1	0,243*	0,434**
Deficiente apoio profissional							1	0,353**
Problemas financeiros								1

\* - significativo a 5%; \*\* significativo a 1%

### 3.3 Caracterização da Escala Breve Coping Resiliência (EBCR)

A EBCR permite avaliar a resiliência como estratégia de *coping*, dado que possibilita perceber a capacidade de o sujeito lidar com o *stress* de forma adaptativa. Composta por 4 itens e para cada item existem cinco possibilidades de resposta (5 - quase sempre; 4 - com muita frequência; 3 - muitas vezes; 2 - ocasionalmente; 1 - quase nunca). A capacidade do indivíduo para lidar com o stress resulta da soma das pontuações de cada item, pode variar entre o mínimo de 4 e máximo de 20. Quanto mais elevado o valor melhor a capacidade do indivíduo. A consistência interna apresentada pela escala foi muito boa (*Alpha de Cronbach* de 0,813).

De acordo com a tabela 14, a média da EBCR é de 14,17 com desvio padrão de 3,71, com o mínimo de 5 e máximo de 20.

**Tabela 14***EBCR - Média/ Desvio Padrão/Mínimo/ Máximo*

Escala	Média	Desvio Padrão	Mínimo	Máximo
<b>EBCR</b>	14,17	3,71	4	20

Analisando a tabela 15 referente à Níveis de Resiliência, examinamos que 34,3% (24) dos CI apresentam baixa capacidade de resiliência, 38,6% (27) moderada capacidade de resiliência e 27,1% (19) elevada capacidade de resiliência.

**Tabela 15**

*Níveis de Resiliência*

		<b>Frequência</b>	<b>Porcentagem</b>	<b>Porcentagem validada</b>	<b>Porcentagem cumulativa</b>
Validade	Baixa capacidade de resiliência	24	33,8	34,3	34,3
	Moderada capacidade de resiliência	27	38,0	38,6	72,9
	Elevada capacidade de resiliência	19	26,8	27,1	
	Não respondeu	1	1,4		
<b>Total</b>		71	100,0	100,0	100,0

### 3.4 Caraterização do Índice de Barthel

Mahoney e Barthel (1965) referem-se ao IB como um instrumento que avalia o nível de independência do utente dependente para a realização de dez atividades básicas da vida diária (ABVD): comer; higiene pessoal; uso de sanitários; tomar banho; vestir e despedir; controlo esfinteriano; deambular; transferência da cadeira de rodas para a cama e subir e descer escadas.

Analisando a tabela 16, verificamos que, dos utentes que recebem cuidados há uma percentagem significativa de independência nos utentes, no que respeita às atividades básicas “alimentação” (41%) e “utilização do WC” (41%). Nas “transferências” 28% são independentes e 24% dependentes. Quanto à “toalete” 55% são dependentes, necessitam de ajuda. Relativamente ao “banho” 73% são dependentes, é atividade básica diária que obtém maior número de dependentes. Referente à “mobilidade”, 28% são imóveis e 31% caminha menos de 50 metros com pouca ajuda. Não respondeu a esta atividade básica diária 1%. Respeitante ao “Subir e descer escadas” 41% precisam de ajuda e 35% são dependentes. Quanto à atividade “vestir” 42% necessitam de ajuda e

23% é impossível vestirem-se. Referentes ao “controle intestinal” (56%) e “urinário” (55%) controlam perfeitamente.

**Tabela 16**

*Índice de Barthel - Caracterização da funcionalidade por atividade segundo IB*

<b>Variáveis</b>	<b>Frequência Absoluta</b>	<b>Frequência Relativa</b>
<b>Alimentação:</b>		
Independente	29	41,0
Precisa de alguma ajuda	18	25,0
Dependente	24	34,0
<b>Total</b>	<b>71</b>	<b>100,0</b>
<b>Transferência:</b>		
Independente	20	28,0
Precisa de alguma ajuda	30	42,0
Necessita de ajuda	4	6,0
Dependente	17	24,0
<b>Total</b>	<b>71</b>	<b>100,0</b>
<b>Toaleta:</b>		
Independente a fazer a barba...	32	45,0
Dependente, necessita de ajuda	39	55,0
<b>Total</b>	<b>71</b>	<b>100,0</b>
<b>Utilização do WC:</b>		
Independente	29	41,0
Precisa alguma ajuda	19	27,0
Dependente	23	32,0
<b>Total</b>	<b>71</b>	<b>100,0</b>
<b>Banho:</b>		
Toma banho só	19	27,0
Dependente	52	73,0
<b>Total</b>	<b>71</b>	<b>100,0</b>
<b>Mobilidade:</b>		
Caminha 50 metros, sem ajuda	22	31,42
Caminha menos 50 metros, c/ pouca ajuda	22	31,42
Independente, em cadeira de rodas	6	8,6
Imóvel	20	28,56
<b>Total</b>	<b>70</b>	<b>100,0</b>
<b>Subir e Descer escadas:</b>		
Independente	17	24,0
Precisa de ajuda	29	41,0
Dependente	25	35,0
<b>Total</b>	<b>71</b>	<b>100,0</b>
<b>Vestir:</b>		
Independente	25	35,0
Com ajuda	30	42,0
Impossível	16	23,0
<b>Total</b>	<b>71</b>	<b>100,0</b>
<b>Controle Intestinal:</b>		
Controla perfeitamente	40	56,0
Acidente ocasional	10	14,0
Incontinente ou precisa de uso de clisteres	21	30,0
<b>Total</b>	<b>71</b>	<b>100,0</b>
<b>Controle Urinário:</b>		
Controla perfeitamente	39	55,0
Acidente ocasional	10	14,0
Incontinente, ou algaliado	22	31,0
<b>Total</b>	<b>71</b>	<b>100,0</b>

\* Um dos CI não respondeu à questão relativa à “mobilidade”

O IB apresenta consistência interna excelente (*Alpha de Cronbach* de 0,956). Analisando a tabela 17, podemos aferir que um item não foi respondido, ou seja, a atividade básica da vida diária respeitante à “mobilidade” foi respondida por 70 CI/utentes dependentes. Posto isto, analisamos o seguinte: 26,76% (19) totalmente dependentes, 4,23% (3) dependência severa, 9,86% (7) dependência moderada, 30,99% (22) dependência ligeira e independente 26,76 (19).

**Tabela 17**

*Distribuição do grau de independência do utente segundo o Índice de Barthel*

		<b>Frequência</b>	<b>Percentagem</b>
<b>Validade</b>	Totalmente dependente	19	26,76
	Dependência severa	2	4,23
	Dependência moderada	7	9,86
	Dependência ligeira	22	30,99
	Independente	19	26,76
	<b>Total</b>	<b>70</b>	<b>98,6</b>
	Não respondeu	1	1,4
	<b>Total</b>	<b>71</b>	<b>100,0</b>

### 3.5 Inferência Estatística

A inferência estatística utiliza-se quando se pretende estudar uma população, estudando só alguns elementos dessa população, ou seja, uma amostra (Martins, 2006). Procuramos então finalizar indo de encontro às hipóteses formuladas inicialmente.

#### *3.5.1 Análise dos resultados obtidos para a CADI*

**H1:** As dificuldades sentidas pelo cuidador informal face ao cuidar de utentes integrados nas ECCI’s da ULSNE, EPE são diferentes, segundo: o sexo, idade, estado civil, escolaridade, área de residência, tipo de habitação, estado de conservação, situação laboral, rendimento familiar mensal, dificuldades económica, coabitação com o utente dependente, grau de parentesco, tempo de prestação de cuidados e usufruto de apoio formal.

Verificamos que as dificuldades dos CI nos factores: “exigências físicas” e “restrições na vida social”, assim como, *score* global CADI eram estatisticamente distintas em função da faixa etária. Em relação às dificuldades económicas as diferenças observadas foram estatisticamente diferentes em todos os factores e *score* global CADI, com exceção do factor “restrições na vida social”. Os CI com dificuldades económicas sentem mais dificuldades no cuidar. Observando a tabela 18, verificamos que o sexo feminino, em média apresenta mais dificuldades nos seguintes factores: “problemas relacionados com o utente dependente” (7,04), “reações à prestação de cuidados” (9,58), “exigências de ordem física na prestação de cuidados” (8,08), “restrições na vida social” (3,92), “problemas financeiros” (2,65) e também no *score* global da CADI (32,91). Contudo, a um nível de significância de 5% verificamos que as diferenças observadas não apresentavam significado estatística. Ou seja, as dificuldades sentidas pelos cuidadores foram idênticas entre homens e mulheres.

**Tabela 18**

*Resultados do teste Mann-Whitney dos factores da CADI em função do sexo*

	Sexo	Problemas relacionados com os utentes	Reações à prestação de cuidados	Exigências de ordem físicas	Restrições na vida social	Deficiente apoio familiar	Deficiente apoio profissional	Problemas financeiros	CADI
Média (DP)	Feminino	7,04 (5,05)	9,58 (5,69)	8,08 (4,68)	3,92 (2,34)	1,98 (1,90)	0,67 (1,13)	2,65 (1,54)	32,91 (18,61)
	Masculino	6,10 (6,38)	7,85 (7,53)	5,95 (5,73)	3,15 (3,15)	2,43 (2,29)	1,00 (1,64)	2,05 (2,09)	27,65 (24,88)
Mediana	Feminino	6	10	9	4	2	0,0	2	31
	Masculino	5	5	5	2,5	2	0,0	2	23,5
<b>Estatística teste Mann-Whitney (valor prova -p)</b>		-1,079 (0,280)	-1,396 (0,163)	-1,618 (0,106)	-1,341 (0,180)	-0,674 (0,500)	-0,585 (0,558)	-1,524 (0,128)	-1,355 (0,175)

Os CI com idade compreendida entre os 61 e 70 anos, em média apresentam os níveis de dificuldade mais elevados em todos os factores e *score* global da CADI, com exceção, o factor “restrições na vida social”. Por outro lado, os CI com idade superior a 70 anos apresentaram os níveis médios de dificuldades mais baixos nos factores: “problemas relacionados com o utente dependente” (5,38), “reações à prestação de cuidados” (6,65), “restrições na vida social” (2,50), “deficiente apoio familiar” (1,57), “problemas financeiros” (1,96) e *score* global CADI (23,42). Pela aplicação do teste não

paramétrico *Kruskal-Wallis* verificamos que existiam diferenças estatisticamente significativas nos fatores “exigências de ordem física”, “prestação de cuidados” e “restrições na vida social”, assim como no *score* global da CADI. Pelo método das comparações múltiplas com correção de *Bonferroni* concluímos que as diferenças eram estatisticamente significativas entre os CI com idade até 50 anos e os CI com idade de 61 a 70 anos no fator “exigências de ordem física na prestação de cuidados”. Nas referidas dimensões e *score* global CADI verificamos que as diferenças significativas ocorreram entre CI com idade entre 61 a 70 anos e CI com mais de 70 anos.

**Tabela 19**

*Resultados do teste Kruskal-Wallis dos fatores da CADI em função da idade*

	Idade/ Anos	Problemas relacionados utentes	Reações à prestação cuidados	Exigências de ordem físicas <sup>a,c</sup>	Restrições na vida social <sup>b,c</sup>	Deficiente apoio familiar	Deficiente apoio profissional	Problemas financeiros	CADI <sup>c</sup>
Média (DP)	Até 50	5,56 (7,75)	8,78 (8,23)	5,70 (5,98)	3,20 (2,97)	2,10 (2,23)	0,50 (0,85)	2,11 (2,03)	27,00 (27,48)
	51 a 60	7,72 (5,38)	9,76 (6,92)	8,17 (5,3)	4,94 (2,73)	2,56 (2,41)	0,83 (1,69)	2,56 (1,79)	34,88 (22,69)
	61 a 70	8,65 (5,20)	12,06 (5,31)	10,29 (4,16)	4,47 (2,21)	2,59 (1,66)	0,88 (1,05)	3,35 (1,41)	40,94 (16,50)
	Mais 70	5,38 (4,35)	6,65 (4,70)	5,86 (4,27)	2,50 (2,06)	1,57 (1,83)	0,78 (1,38)	1,96 (1,61)	23,42 (15,80)
Mediana	Até 50	2	8	3	2	2	0	1	14
	51 a 60	7	9	9	5	2	0	2	28
	61 a 70	7	11	11	5	2	0	4	43
	Mais 70	5	6	5	2	1	0	2	24
<b>Estatística teste Kruskal-Wallis (valor prova -p)</b>		5,726 (0,126)	7,381 (0,061)	8,780 (0,032)	10,389 (0,016)	3,515 (0,319)	1,214 (0,7509)	7,361 (0,061)	8,492 (0,037)

a - Diferenças estatisticamente significativas entre os resultados nas faixas etárias até 50 anos e de 61 a 70 anos;

b - Diferenças estatisticamente significativas entre os resultados nas faixas etárias de 51 a 60 anos e mais de 70 anos;

c - Diferenças estatisticamente significativas entre os resultados nas faixas etárias de 61 a 70 anos e mais de 70 anos

Analisando a tabela 20 verificamos que os CI no estado civil de casados e/ou em união de facto, em média apresentam menores níveis de dificuldades em todos os fatores e *score* global, com exceção dos fatores: “reações à prestação de cuidados” e “deficiente apoio profissional”. As diferenças observadas não eram a um nível de significância de 5%, estatisticamente significativas.

**Tabela 20***Resultados do teste Mann-Whitney dos fatores da CADI em função do estado civil*

	Estado civil	Problemas relacionados utentes	Reações à prestação cuidados	Exigências de ordem físicas	Restrições na vida social	Deficiente apoio familiar	Deficiente apoio profissional	Problemas financeiros	CADI
Média (DP)	Casado/UF	6,62 (5,25)	9,12 (6,50)	7,24 (5,00)	3,61 (2,69)	1,96 (2,05)	0,78 (1,38)	2,39 (1,76)	30,80 (20,93)
	Outro	7,27 (6,25)	8,79 (5,77)	8,27 (5,35)	4,00 (2,33)	2,67 (1,88)	0,73 (0,96)	2,73 (1,62)	32,93 (20,59)
Mediana	Casado/UF	5,5	9	6	3	2	0	2	28,5
	Outro	6	8,5	8	4	3	0	3	27,5
<b>Estatística teste Mann-Whitney (valor prova -p)</b>		-0,294 (0,769)	-0,048 (0,962)	-0,773 (0,439)	-0,609 (0,542)	-1,343 (0,179)	-0,357 (0,721)	-0,724 (0,469)	-0,414 (0,679)

Os CI com habilitações literárias mínimas de 3º ciclo apresentam em média, maiores níveis de dificuldades em todos os fatores e *score* global da CADI. As diferenças observadas não apresentaram significância estatística.

**Tabela 21***Resultados do teste Kruskal-Wallis dos fatores da CADI em função da escolaridade*

	Escolaridade	Problemas relacionados utentes	Reações à prestação cuidados	Exigências ordem físicas	Restrições na vida social	Deficiente apoio familiar	Deficiente apoio profissional	Problemas financeiros	CADI
Média (DP)	Sem estudos	5,09 (4,59)	6,00 (4,78)	5,00 (4,02)	2,36 (2,11)	2,09 (2,17)	0,91 (1,14)	2,27 (1,68)	23,40 (14,96)
	1º Ciclo	7,40 (5,33)	9,52 (6,02)	8,32 (4,87)	3,97 (2,42)	2,00 (1,87)	0,81 (1,51)	2,50 (1,59)	33,00 (20,19)
	2º Ciclo	5,27 (4,78)	7,10 (5,63)	5,36 (3,85)	2,91 (2,51)	1,55 (1,97)	0,18 (0,40)	1,91 (1,58)	23,60 (17,44)
	3º Ciclo	7,80 (6,61)	11,57 (7,54)	8,94 (4,63)	4,63 (3,01)	2,75 (2,27)	1,00 (1,32)	2,93 (2,15)	38,64 (25,41)
Mediana	Sem estudos	5	4,5	5	2	2	0	2	23,5
	1º Ciclo	6,5	10	9	4	2	0	2,5	30
	2º Ciclo	4	7	4	2	1	0	2	17,5
	3º Ciclo	7	12	11	5,5	3,5	0	2	42,5
<b>Estatística teste Kruskal-Wallis (valor prova -p)</b>		1,491 (0,475)	2,549 (0,280)	3,068 (0,216)	2,878 (0,237)	2,361 (0,307)	2,709 (0,258)	2,046 (0,359)	2,840 (0,242)

Relativamente à tabela 22 verificamos que os CI ativos apresentam, em média, mais dificuldades nos fatores: “problemas relacionados com o utente dependente” (7,11), “reações à prestação de cuidados” (9,50), “restrições na vida social” (4,45), “deficiente apoio familiar” (2,50) e *score* global CADI (32,89). Os CI no estado laboral de reformados apresentam menores níveis de dificuldades nos fatores: “reações à percepção de cuidados”, “exigências de ordem físicas”, “restrições na vida social” e *score* global da CADI são estatisticamente significativos.

**Tabela 22**

*Resultados do teste Kruskal-Wallis dos fatores da CADI em função da situação laboral*

	Situação laboral	Problemas relacionados utentes	Reações à prestação cuidados	Exigências ordem físicas	Restrições na vida social	Deficiente apoio familiar	Deficiente apoio profissional	Problemas financeiros	CADI
Média (DP)	Ativo	7,11 (6,90)	9,50 (8,26)	7,45 (6,09)	4,45 (3,19)	2,50 (2,40)	0,80 (1,64)	2,26 (1,94)	32,89 (27,49)
	Não ativo	6,56 (3,71)	9,11 (4,50)	7,67 (3,83)	3,72 (1,96)	1,89 (1,78)	0,61 (0,85)	2,67 (1,41)	30,89 (13,39)
	Reformado	6,67 (5,45)	8,72 (6,08)	7,35 (5,11)	3,19 (2,47)	2,00 (1,92)	0,84 (1,30)	2,47 (1,80)	30,46 (20,24)
Mediana	Ativo	6	9	7,5	5	2	0	2	27,5
	Não ativo	6	8,5	7	3	2	0	2	28,5
	Reformado	5	10	6	3	2	0	3	27,5
<b>Estatística teste Kruskal-Wallis (valor prova -p)</b>		0,144 (0,930)	0,195 (0,907)	0,081 (0,960)	2,566 (0,277)	0,625 (0,732)	0,517 (0,772)	0,776 (0,678)	0,078 (0,962)

Tendo por base a tabela 23 aferimos que os CI que afirmam ter dificuldades económicas apresentam em média, níveis de dificuldades mais elevados nos seguintes fatores: “problemas relacionados com o utente dependente” (11,40); “reações à prestação de cuidados” (14,18); “exigências de ordem física” (11,73); “restrições na vida social” (5,64); “deficiente apoio familiar” (4,00); “deficiente apoio profissional” (2,09); “problemas financeiros” (4,27) e *score* global CADI (51,60). Os CI que afirmam ter dificuldades económicas, algumas vezes, apresentam níveis de dificuldades mais baixos em todos os fatores e *score* global CADI, com exceção “deficiente apoio profissional” e “problemas financeiros”. Verificamos que, com exceção do fator “restrições na vida

social”, as diferenças observadas eram estatisticamente significativas, no entanto o referido fator apresenta valores muito próximos ( $p= 0,053$ ). Pelas comparações múltiplas concluímos que as diferenças eram significativas entre os CI que afirmaram terem dificuldades económicas e os outros CI.

**Tabela 23**

*Resultados do teste Kruskal-Wallis dos fatores da CADI em função das dificuldades económicas*

	Dificuldades económicas	Problemas relacionados utentes <sup>a</sup>	Reações à prestação cuidadores <sup>a</sup>	Exigências ordem física <sup>a</sup>	Restrições na vida social <sup>a</sup>	Deficiente apoio familiar <sup>a</sup>	Deficiente apoio profissional <sup>a</sup>	Problemas financeiros <sup>a</sup>	CADI <sup>a</sup>
Média (DP)	Não	6,75 (5,38)	8,44 (5,82)	7,00 (4,93)	3,42 (2,52)	2,22 (1,87)	0,28 (0,61)	2,03 (1,52)	28,94 (19,06)
	Algumas vezes	4,57 (4,38)	7,11 (5,98)	6,09 (4,64)	3,18 (2,32)	1,04 (1,66)	0,91 (1,16)	2,27 (1,70)	24,61 (17,79)
	Sim	11,40 (5,23)	14,18 (6,18)	11,73 (4,31)	5,64 (2,73)	4,00 (1,79)	2,09 (2,12)	4,27 (1,35)	51,60 (20,55)
Mediana	Não	5,5	9	6,5	3,5	2	0	2	28
	Algumas vezes	4	5,5	5	3	0	0	2,5	23,5
	Sim	9,5	14	12	6	4	2	4	51,5
<b>Estatística teste</b>		10,922	8,835	8,335	5,858	15,917	12,054	13,327	10,642
<b>Kruskal-Wallis</b>		(0,004)	(0,012)	(0,015)	(0,053)	(0,000)	(0,002)	(0,001)	(0,005)
<b>(valor prova -p)</b>									

<sup>a</sup> - Diferenças estatisticamente significativas entre os resultados dos cuidadores que “não” ou “algumas vezes” têm dificuldades económicas face aos que afirmam ter dificuldades económicas

Os CI que usufruem rendimentos superiores a 500€ apresentam, em média níveis de dificuldades mais elevados em todos os fatores e *score* global da CADI, com exceção do fator “deficiente apoio profissional”. Contudo, as diferenças observadas não apresentam diferenças estatisticamente significativas. Concluímos que o rendimento auferido não interfere significativamente as dificuldades sentidas pelos CI.

**Tabela 24**

*Resultados do teste Mann-Whitney dos fatores da CADI em função do rendimento familiar mensal*

	Rendimento	Problemas relacionados utentes	Reações à prestação cuidados	Exigências ordem físicas	Restrições na vida social	Deficiente apoio profissional	Deficiente apoio profissional	Problemas financeiros	CADI
Média (DP)	Até 500,00€	5,97 (5,42)	7,53 (6,17)	7,06 (5,15)	3,45 (2,64)	1,66 (1,89)	0,94 (1,52)	2,31 (1,73)	27,00 (21,39)
	Mais de 500,00€	7,42 (5,53)	10,32 (6,31)	7,78 (5,09)	3,84 (2,90)	2,49 (2,09)	0,65 (1,09)	2,58 (1,76)	34,71 (20,03)
Mediana	Até 500,00€	5	6	6	3	1	0	2	23
	Mais de 500,00€	6	11	8	4	2	0	2	31,5
<b>Estatística teste Mann-Whitney (valor prova -p)</b>		-1,066 (0,286)	-1,800 (0,072)	-0,593 (0,553)	-0,696 (0,487)	-1,658 (0,097)	-0,590 (0,555)	-0,656 (0,512)	-1,738 (0,082)

Analisando a tabela 25 analisamos que os CI que vivem em meio urbano apresentam, em média, níveis de dificuldades mais elevados do que os CI que vivem em meio rural, em todos os fatores e *score* global CADI. Contudo, as diferenças observadas não são estatisticamente significativas.

**Tabela 25**

*Resultados do teste Mann-Whitney dos fatores da CADI em função da área de residência*

	Residência	Problemas relacionados utentes	Reações à prestação cuidados	Exigências ordem físicas	Restrições na vida social	Deficiente apoio familiar	Deficiente apoio profissional	Problemas financeiros	CADI
Média (DP)	Rural	6,31 (5,00)	8,60 (5,86)	7,36 (4,77)	3,52 (2,48)	1,90 (1,82)	0,74 (1,31)	2,37 (1,68)	29,46 (19,43)
	Urbano	7,89 (6,45)	10,22 (7,39)	7,74 (5,89)	4,16 (2,93)	2,65 (2,41)	0,85 (1,31)	2,70 (1,87)	35,89 (23,63)
Mediana	Rural	5	8	7	3	2	0	2	26,5
	Urbano	6	12	6	4	3	0	2	32,5
<b>Estatística teste Mann-Whitney (valor prova -p)</b>		-0,810 (0,418)	-0,823 (0,411)	-0,269 (0,788)	-0,827 (0,408)	-1,166 (0,244)	-0,316 (0,752)	-0,658 (0,510)	-1,083 (0,279)

A tabela 26 demonstra que os CI que residem em casa alugada apresentam, em média, mais dificuldades em todos os fatores e *score* global CADI com exceção do fator “deficiente apoio familiar”, do que, os CI que vivem em casa própria. As diferenças observadas não são estatisticamente significativas exceto o fator “deficiente apoio profissional” em que os CI que residem em casa alugada apresentam um nível médio de dificuldades significativamente superior ao nível médio de dificuldades dos CI a residirem em casa própria.

**Tabela 26**

*Resultados do teste Mann-Whitney dos fatores da CADI em função do tipo de habitação*

	Tipo de habitação	Problemas relacionados utente	Reações à prestação	Exigências ordem físicas	Restrições na vida social	Deficiente apoio familiar	Deficiente apoio profissional	Problemas financeiros	CADI
Média (DP)	Própria	6,54 (5,38)	9,02 (6,11)	7,32 (4,92)	3,57 (2,58)	2,17 (2,00)	0,64 (1,12)	2,44 (1,70)	30,78 (19,96)
	Alugada	9,00 (6,13)	9,40 (9,23)	9,00 (6,69)	5,00 (2,76)	1,50 (2,269)	2,17 (2,23)	2,67 (2,16)	37,00 (30,63)
Mediana	Própria	5	9	7	3	2	0	2	28
	Alugada	8	9	9	4,5	1	2	2,5	29
<b>Estatística teste Mann-Whitney (valor prova -p)</b>		-1,113 (0,266)	-0,210 (0,834)	-0,726 (0,468)	-1,225 (0,221)	-0,789 (0,453)	<b>-2,165</b> <b>(0,030)</b>	-0,184 (0,854)	-0,225 (0,822)

Observando a tabela 27 verificamos que, com exceção do fator “deficiente apoio profissional”, os CI que residem em habitações em bom estado de conservação, apresentam, em média maiores dificuldades do que os CI que residem em casas degradadas e/ou em estado razoável de conservação. As diferenças observadas não apresentaram significado estatístico.

**Tabela 27**

*Resultados do teste Mann-Whitney dos fatores da CADI em função do estado de conservação*

	Estado Conservação	Problemas relacionados utentes	Reações à prestação cuidados	Exigências ordem físicas	Restrições na vida social	Deficiente apoio familiar	Deficiente apoio profissional	Problemas financeiros	CADI
Média	Degradada/	6,41	8,33	6,59	3,03	2,27	0,88	2,45	29,37
(DP)	Razoável	(5,31)	(6,36)	(4,96)	(2,24)	(2,07)	(1,36)	(1,60)	(20,43)
	Boa	7,09	9,66	8,22	4,27	1,97	0,68	2,47	32,94
		(5,62)	(6,29)	(5,09)	(2,79)	(1,99)	(1,25)	(1,86)	(21,12)
Mediana	Degradada/	5	6,5	5	2,5	2	0	2	24,5
	Razoável								
	Boa	6	10	9	4	2	0	2	31
<b>Estatística teste Mann-Whitney (valor prova p)</b>		-0,441 (0,659)	-0,811 (0,417)	-1,279 (0,201)	-1,997 (0,046)	-0,643 (0,520)	-0,816 (0,414)	-0,024 (0,981)	-0,861 (0,389)

Os CI que coabitam com a pessoa de quem cuidam apresentam, em média maiores níveis de dificuldade em todos os fatores e *score* global da CADI, do que, os CI que não coabitam com a pessoa de quem cuidam, com exceção dos fatores “deficiente apoio familiar” e “deficiente apoio profissional”. Contudo, as diferenças observadas não apresentam diferenças significativas (Tabela 28).

**Tabela 28**

*Resultados do teste Mann-Whitney dos fatores da CADI em função da coabitação com o utente dependente*

	Coabitação utente dependente	Problemas relacionados utentes	Reações à prestação cuidados	Exigências ordem físicas	Restrições na vida social	Deficiente apoio familiar	Deficiente apoio profissional	Problemas financeiros	CADI
Média	Não	5,00	7,38	5,89	2,33	2,11	0,78	1,44	22,25
(DP)		(4,47)	(5,21)	(5,25)	(2,40)	(1,96)	(1,20)	(1,42)	(18,06)
	Sim	7,03	9,28	7,70	3,90	2,11	0,77	2,62	32,55
		(5,57)	(6,45)	(5,03)	(2,59)	(2,04)	(1,32)	(1,73)	(20,89)
Mediana	Não	5	9	6	2	2	0	1	22
	Sim	6	10	7,5	4	2	0	2	28,5
<b>Estatística teste Mann-Whitney (valor prova p)</b>		-0,969 (0,333)	-0,801 (0,423)	-0,992 (0,321)	-1,645 (0,100)	-0,118 (0,906)	-0,094 (0,925)	-1,901 (0,057)	-1,188 (0,235)

Na tabela 29 apresentamos resultados em função do grau de parentesco, incluindo o familiar e o cônjuge. Foram excluídos três casos, amigo/vizinho. Verificamos que, os CI que cuidam de familiares apresentam em média, maiores dificuldades nos fatores: “reações à prestação de cuidados” (9,65); “restrições na vida social” (4,03); “deficiente apoio familiar” (2,19). As diferenças observadas não apresentam diferenças significativas.

**Tabela 29**

*Resultados do teste Mann-Whitney dos fatores da CADI em função do grau de parentesco*

	<b>Grau parentesco</b>	<b>Problemas relacionado utente</b>	<b>Reações à prestação cuidados</b>	<b>Exigências ordem físicas</b>	<b>Restrições na vida social</b>	<b>Deficiente apoio familiar</b>	<b>Deficiente apoio profissional</b>	<b>Problemas financeiros</b>	<b>CADI</b>
Média (DP)	Familiar	6,06 (5,20)	9,65 (6,01)	7,47 (4,42)	4,03 (2,69)	2,19 (2,10)	0,66 (1,10)	2,35 (1,58)	31,45 (19,36)
	Cônjuge	7,62 (5,70)	8,44 (6,75)	7,60 (5,74)	3,49 (2,57)	2,03 (2,02)	0,92 (1,48)	2,56 (1,90)	31,58 (22,83)
Mediana	Familiar	5	9	7,5	4	2	0	2	31
	Cônjuge	7	6,5	7	3	2	0	2,5	25
<b>Estatística teste Mann-Whitney (valor prova- p)</b>		-1,094 (0,274)	-0,951 (0,342)	-0,025 (0,980)	-0,937 (0,349)	-0,266 (0,790)	-0,650 (0,516)	-0,447 (0,655)	-0,296 (0,767)

Atendendo à tabela 30 concluímos que, quem presta cuidados há mais de 10 anos apresenta níveis de dificuldade mais elevados nos fatores: “Reações à prestação de cuidados” (10,00), “Exigências de ordem física na prestação de cuidados” (9,18), “Deficiente apoio profissional” (1,18),” Problemas financeiro” (3,55) e *score* global CADI (36,60). Os CI que prestam cuidados há menos de 1 anos apresentam, em média, níveis de dificuldade mais baixos. As diferenças observadas não são estatisticamente significativas.

**Tabela 30**

*Resultados do teste Kruskal-Wallis dos fatores da CADI em função do tempo de prestação de cuidados*

	Tempo de prestação cuidados	Problemas relacionados utentes	Reações à prestação cuidados	Exigências ordem físicas	Restrições na vida social	Deficiente apoio familiar	Deficiente apoio profissional	Problemas financeiros	CADI
Média (DP)	Inferior 1 ano	5,86 (5,13)	8,55 (6,34)	6,23 (5,09)	3,14 (2,90)	1,65 (2,01)	0,91 (1,50)	2,04 (1,64)	27,00 (21,08)
	1 a 5 anos	7,71 (5,18)	8,95 (5,32)	7,86 (4,84)	3,82 (1,99)	2,68 (1,84)	0,36 (0,79)	2,52 (1,63)	33,29 (17,87)
	5 a 10 anos	6,85 (5,93)	9,21 (7,28)	7,43 (5,42)	4,21 (2,94)	2,07 (2,09)	0,86 (1,46)	2,21 (1,58)	30,46 (23,91)
	Mais 10 anos	6,64 (6,41)	10,00 (7,54)	9,18 (5,02)	3,91 (2,77)	2,00 (2,28)	1,18 (1,40)	3,55 (2,02)	36,60 (22,58)
Mediana	Inferior 1 ano	5,5	9	5	2	1	0	2	27
	1 a 5 anos	7	9	6,5	4	2	0	2	31
	5 a 10 anos	4	9,5	8	4,5	2	0	2	17
	Mais 10 anos	4	8,5	11	3	1	1	4	31
<b>Estatística teste Kruskal-Wallis (valor prova p)</b>		1,405 (0,704)	0,209 (0,976)	3,332 (0,343)	1,983 (0,576)	3,617 (0,306)	4,443 (0,217)	5,886 (0,117)	2,056 (0,561)

A tabela 31 demonstra que os CI que usufruem de apoio formal apresentam, em média, maiores níveis de dificuldades em todos os fatores e *score* global CADI, exceto no fator “deficiente apoio profissional” face, aos CI que não usufruem de apoio formal. As diferenças observadas não são estatisticamente significativas, exceto o fator “problemas financeiros” cuja dificuldade dos CI que usufruem de usufruem de apoio formal são, em termos médios e medianos significativamente superiores às dificuldades sentidas pelos CI que não usufruem apoio formal.

**Tabela 31***Resultados do teste Mann-Whitney dos fatores da CADI em função do apoio formal*

	Apoio formal	Problemas relacionados utentes	Reações à prestação cuidados	Exigências ordem físicas	Restrições na vida social	Deficiente apoio familiar	Deficiente apoio profissional	Problemas financeiros	CADI
Média	Não	6,08	8,43	6,82	3,54	1,88	0,92	2,08	28,43
(desvio padrão)	Sim	(5,04)	(6,33)	(4,98)	(2,74)	(1,86)	(1,41)	(1,69)	(20,59)
	Sim	8,61	10,67	9,16	4,11	2,70	0,40	3,47	38,50
	Sim	(5,20)	(6,11)	(5,00)	(2,21)	(2,32)	(0,88)	(1,43)	(19,74)
Mediana	Não	5	8	6	3	2	0	2	24,5
	Sim	8,5	11	11	4	3	0	4	38,5
<b>Estatística teste Mann-Whitney (valor prova- p)</b>		-1,575 (0,115)	-1,396 (0,163)	-1,691 (0,091)	-0,881 (0,378)	-1,340 (0,180)	-1,565 (0,118)	<b>-3,091</b> <b>(0,002)</b>	-1,927 (0,054)

**H2** – A capacidade de resiliência face ao cuidar de utentes integrados nas ECCI's da ULSNE, EPE, é diferente segundo: o sexo, idade, estado civil, escolaridade, área de residência, tipo de habitação, estado de conservação, situação laboral, rendimento familiar mensal, dificuldades económica, coabitação com o utente dependente, grau de parentesco, tempo de prestação de cuidados e usufruto de apoio formal.

A capacidade de resiliência manifestada pelos CI é estatisticamente idêntica entre CI de diferente sexo, idade, estado civil, escolaridade, área de residência, tipo de habitação, estado de conservação, situação laboral, rendimento familiar mensal, dificuldades económica, coabitação com o utente dependente, grau de parentesco, tempo de prestação de cuidados e usufruto de apoio formal. Verificamos também que a capacidade de resiliência dos CI é estatisticamente distinta em função da escolaridade dos CI.

Analisando a tabela 32 verificamos que os CI do sexo feminino apresentam, em média, maior capacidade de resiliência (14,43) do que os CI do sexo masculino (13,57). Os CI com idade compreendida entre 61 a 70 anos são mais resilientes (14,71) e os CI com menos capacidade de resiliência têm mais de 70 anos (13,48). Quanto ao estado civil verificamos que, em média os CI em estado civil de casado e/ou união de facto tinham maior capacidade de resiliência (14,28) face aos outros. Concluimos que, as diferenças observadas não são estatisticamente significativas relativamente ao sexo, idade e estado civil dos CI.

**Tabela 32***Caraterização da capacidade de resiliência em função do sexo, idade e estado civil*

	Sexo		Idade (anos)				Estado civil	
	Feminino	Masculino	Até 50	51 a 60	61 a 70	Mais 70	Casado/ UF	Outro
Média (DP)	14,43 (3,48)	13,57 (4,25)	14,33 (2,18)	14,05 (3,98)	14,71 (3,33)	13,48 (4,25)	14,28 (3,52)	13,81 (4,43)
Mediana	15	13	14	13	16	13	14,5	13
<b>Estatística teste (valor prova p)</b>	0,883 <sup>a</sup> (0,380)		0,369 <sup>b</sup> (0,775)				0,438 <sup>a</sup> (0,663)	

a – Aplicação teste t; b – Aplicação teste anova

Relativamente à capacidade de resiliência em função da escolaridade e da situação laboral verificamos que, os CI com o 3º ciclo de escolaridade apresentam, em média, nível de resiliência mais elevado (média de 15,35 e mediana de 16) face aos CI sem escolaridade (média de 11,36 e mediana de 12). Pela aplicação do *teste ANOVA* concluímos que, as diferenças observadas são estatisticamente significativas e pelas comparações múltiplas de *Scheffé* verificamos que as diferenças ocorreram entre CI sem escolaridade e com o 3º ciclo. Relativamente à situação laboral verificamos que, em média, os reformados são mais resilientes (média de 14,36 e mediana de 15) face aos que se encontram em situação laboral ativo são os menos resilientes (média de 13,79 e mediana de 14). As diferenças observadas não são a um nível de significância de 5% estatisticamente significativas na situação laboral.

**Tabela 33***Caraterização da capacidade de resiliência em função da escolaridade e da situação laboral*

	Escolaridade				Situação laboral		
	Sem escolaridade	1º Ciclo	2º Ciclo	3º Ciclo	Ativo	Não ativo	Reformado
Média (DP)	11,36 (4,52)	14,25 (3,42)	15,00 (3,20)	15,35 (3,32)	13,79 (3,71)	14,22 (3,08)	14,36 (4,11)
Mediana	12	14,5	14	16	14	14	15
<b>Estatística teste Anova (valor prova p)</b>	<b>3,098</b> <b>(0,033)<sup>a</sup></b>				0,143 (0,867)		

a - Diferenças estatisticamente significativas entre os resultados dos cuidadores sem estudos e os cuidadores com o 3º ciclo.

Relativamente à capacidade de resiliência em função das dificuldades económicas, rendimento familiar mensal e área de residência verificamos que, em média, os CI que

não revelaram ter dificuldades económicas são ligeiramente mais resilientes (média de 14,40 e mediana 15) e os CI menos resilientes apresentam algumas vezes, dificuldades económicas (média de 13,83 e mediana 14). Quanto ao rendimento familiar mensal observamos que, em média, os CI com rendimento mais baixo eram mais resilientes (média de 14,76 e mediana de 15) perante os CI que usufruem mais rendimentos (média de 13,53 e mediana de 13). Em relação à área de residência, verificamos que, os CI que residem em meio urbano apresentam, em média, maior resiliência do que os CI que residem em meio rural. Relativamente às dificuldades económicas, rendimento familiar mensal e área de residência as diferenças observadas não apresentaram diferenças estatisticamente significativas.

**Tabela 34**

*Caraterização da capacidade de resiliência em função das dificuldades económicas, rendimento familiar mensal e área de residência*

	Dificuldades económicas			Rendimento familiar mensal		Área de residência	
	Não	Algumas vezes	Sim	Até 500€	Mais de 500€	Rural	Urbano
Média	14,40	13,83	14,17	14,76	13,53	14,06	14,45
(DP)	(3,41)	(3,74)	(4,73)	(3,59)	(3,78)	(3,81)	(3,55)
Mediana	15	14	14,5	15	13	14	14,5
<b>Estatística teste (valor prova- p)</b>	0,292 <sup>b</sup> (0,748)			1,384 <sup>a</sup> (0,171)		-0,394 <sup>a</sup> (0,695)	

a – Aplicação teste paramétrico t; b – Aplicação teste paramétrico anova

Analisando a tabela 35, capacidade de resiliência em função do tipo de habitação, estado de conservação, coabitação com o utente dependente e grau de parentesco, aferimos que, em termos médios, os CI mais resilientes eram os que residiam em casa alugada (14,57 e mediana de 13) face aos CI que residiam em casa própria (14,13 e mediana de 14). Os CI mais resilientes residem numa habitação em bom estado de conservação (14,89 e mediana 16), não coabitam com a pessoa a quem prestam cuidados (14,72 e mediana 15) e efetuam cuidados a um familiar (14,72 e mediana 15). Contudo, relativamente ao tipo de habitação, estado de conservação, coabitação com o utente dependente e grau de parentesco, as diferenças observadas da capacidade de resiliência, não são estatisticamente significativas.

**Tabela 35**

*Caraterização da capacidade de resiliência em função do tipo de habitação, estado de conservação, coabitação com o utente dependente e grau de parentesco*

	Tipo habitação		Estado de conservação		Coabitação com utente dependente		Grau de parentesco	
	Própria	Alugada	Degrada/ Razoável	Boa	Não	Sim	Familiar	Cônjuge
Média (DP)	14,13 (3,65)	14,57 (4,54)	13,41 (3,43)	14,89 (3,88)	14,72 (3,21)	13,71 (4,08)	14,72 (3,21)	13,89 (4,08)
Mediana	14	13	13	16	15	13	15	13
<b>Estatística teste t (valor prova- p)</b>	-0,298 (0,765)		-1,685 (0,097)		0,063 (0,950)		-0,866 (0,387)	

Na tabela 36, capacidade de resiliência em função do tempo de prestação de cuidados e apoio formal verificamos que, em média, os CI mais resilientes são os que prestam cuidados entre 5 a 10 anos (média de 15,00 e mediana de 14). Os CI que prestam cuidados há mais de 10 anos são menos resilientes (média de 13,18 e mediana de 13). Os CI que não usufruem de apoio formal são os mais resilientes face aos outros. As diferenças observadas não apresentavam diferenças estatisticamente significativas nem no tempo de prestação de cuidados nem no usufruto de apoio formal.

**Tabela 36**

*Caraterização da capacidade de resiliência em função do tempo de prestação de cuidados e do apoio formal*

	Tempo de prestação de cuidados (anos)				Apoio formal	
	Menos 1	1 a 5	5 a 10	Mais de 10	Não	Sim
Média (DP)	13,91 (3,73)	14,43 (3,58)	15,00 (3,14)	13,18 (4,73)	14,22 (3,75)	14,05 (3,71)
Mediana	13	15	14	13	15	13
<b>Estatística teste (valor prova- p)</b>	2,491 <sup>b</sup> (0,068)				0,181 <sup>a</sup> (0,857)	

a – Aplicação teste t; b – Aplicação teste anova

**H3** – As dificuldades do cuidador informal face ao cuidar de utentes integrados nas ECCI's da ULSNE, EPE são diferentes segundo o nível de (in) dependência da pessoa cuidada e a capacidade de resiliência do cuidador informal.

De encontro à hipótese formulada podemos aferir que todos os fatores e *score* global da CADI, com exceção do fator “deficiente apoio profissional” apresentam coeficientes de correlação estatisticamente significativos, no sentido inverso e de intensidade moderada

com o IB. Na tabela 37 apresentamos os coeficientes de Correlação de *Spearman* (dado que nem todas as variáveis eram normalmente distribuídas) entre as dificuldades dos CI avaliados pela CADI, EBCR e IB e a capacidade de resiliência. Verificamos que todos os fatores e *score* global da CADI, com exceção do fator ”deficiente apoio profissional”, apresentaram coeficientes de correlação estatisticamente significativos e no sentido inverso com o IB, ou seja, quanto maior for o nível de independência do utente dependente menor são os níveis de dificuldades apresentados pelos CI. A intensidade da relação entre as dificuldades e o IB é moderada. Verificamos ainda que, os coeficientes de correlação entre os fatores e *score* global da CADI e a capacidade de resiliência não apresentaram qualquer evidência estatística. Por outro lado, a capacidade de resiliência apresentou coeficiente de correlação estatisticamente significativo, no sentido inverso e de baixa intensidade com o IB.

Analizamos as correlações entre dificuldades em cuidar e a capacidade de resiliência não apresentam significância estatística.

**Tabela 37**

*Correlação de Spearman entre fatores CADI, IB e EBCR*

<b>Fatores CADI</b>	<b>ÍB</b>	<b>EBCR</b>
Problemas relacionais	-0,473**	-0,010
Reações à percepção cuidados	-0,588**	0,101
Exigências físicas	-0,692**	0,180
Restrições vida social	-0,481**	0,168
Deficiente apoio familiar	-0,290*	-0,133
Deficiente apoio profissional	-0,181	0,086
Problemas financeiros	-0,463**	0,073
<b>CADI</b>	-0,624**	0,055
<b>Capacidade de resiliência</b>	-0,254*	1

\* -significativo a 5%; \*\* - significativo a 1%;

**H4** – A capacidade de resiliência é diferente segundo o nível de (in) dependência da pessoa cuidada.

A capacidade de resiliência apresenta coeficiente de correlação estatisticamente significativo, no sentido inverso e de baixa intensidade com o IB (Tabela 38).

### **Tabela 38**

*Correlação de Spearman entre a EBCR e IB*

<b>Capacidade de resiliência</b>	<b>Índice de Barthel</b>	<b>Escala Breve Coping Resiliente</b>
<b>EBCR</b>	-0,254*	1

\*-significativo a 5%

#### 4. Discussão dos Resultados

Neste capítulo efetuamos uma apreciação global dos resultados encontrados, considerando assim os verificados na amostra de estudo e os de autores consultados posteriormente.

A amostra estudada impera o sexo feminino 70,4% (n=50) face ao sexo masculino 29,6% (n= 21). Vários estudos corroboram à feminização do prestador de cuidados, Sousa *et al.* 2006; Figueiredo, 2007; Marques, 2007; Sequeira, 2007 citados por Rocha, 2009, Santos, 2008; Félix, 2010; Cordeiro, 2011; Rodrigues, 2011; Pera, 2012 e Nascimento, 2014. Brito, 2002 refere que é frequente, as mulheres ficarem em casa ou abandonem a atividade laboral para cuidar de um familiar em situação de doença. A sociedade através da sua cultura impõe o papel de cuidador à mulher, que pode ser o (a) cônjuge, filha ou neta do utente, resultados de construções históricas e sociais, determinadas pela divisão sexual do trabalho (Rolo, 2009). Atualmente, a participação do sexo masculino no contexto cuidar, tem vindo a aumentar nos últimos anos, talvez pela escassez de alternativas. Picolli e Pedroso (2006) citado por Rolo (2009) referem que, o prestador de cuidados no sexo masculino é moldado pelo vínculo de parentesco e pelo tipo de relação estabelecida ao longo da vida.

Relativamente à idade, o sexo feminino apresenta uma média de idades de 62,5 com desvio padrão de 11,4, mínimo 38 e máximo 90 anos. No masculino a média é de 70 com desvio padrão de 13,2, mínimo de 45 e máximo de 87 anos, impera assim a faixa etária acima dos 60 anos. Outros estudos foram encontrados com resultados semelhantes, Figueiredo, 2007; Ferreira, 2008 e Rodrigues, 2011.

Marques, 2007, citado por Rocha, 2009, num estudo sobre cuidadores de doentes com AVC apresentou dados aferindo que 56% dos cuidadores tinham mais de 60 anos de idade. Mata, Pimentel e Sousa, 2012 referem que o prestador de cuidados afigura-se às pessoas do sexo feminino, com a média de idades de 60 anos, referindo que, por circunstâncias naturais da vida, é uma idade em que o ser humano apresenta algumas limitações funcionais e sensoriais, motivadas pelo processo de envelhecimento, originando assim, perda da força e problemas de saúde de cariz osteoarticulares, entre

outos. O envelhecimento demográfico aumenta o número de CI com idade avançada (Sequeira, 2010). No estudo de Nascimento, 2014, as idades eram compreendidas entre 19 a 89 anos com média de idade de 57,04 anos.

Quanto ao estado civil, a maioria dos CI são casados ou vivem em união de facto, resultados semelhantes aos estudos de Rocha, 2009 e Rolo, 2009. Também Nascimento, (2014) no seu estudo refere que 80% dos CI são casados ou viviam em união de facto.

No que respeita à escolaridade e de acordo com os resultados obtidos, 15,49% não tem escolaridade, concluíram o 1º ciclo 45,07% (n=32), 2º ciclo 15,49% (n=11) e 3º ciclo 7,04% (n=5). Resultados semelhantes aos de Santos (2008); Rolo (2009), Saraiva (2011) e Nascimento (2014) em que a maioria dos CI possuía estudos primários. Dados que, refletem a realidade portuguesa no Estado Novo, em que a política educativa era a escolaridade obrigatória, concluída apenas por três ou quatro anos de escolaridade.

No que concerne à área de residência 71,83% (n=51) do CI reside em área rural, 35,21% (n=25) em vivenda/apartamento próprio em bom estado de conservação. Tais resultados foram ao encontro do estudo de Ricarte (2009). A residência em meio rural e a idade dos CI estar acima dos 70 anos, podem ser fatores que determinam o nível de escolaridade baixo do CI.

Relativamente à situação laboral 46,48% (n=33) dos CI encontra-se em situação de reformado, 28,17% (n=20) usufruem mais de 500,00€ mensais e 50,70% (n=36) referem não ter dificuldades económicas.

Coabitam com o utente dependente 87,32% (n=62) dos CI, resultados semelhantes aos de Brito (2000); Oliveira (2009); Pera (2012) e Nascimento (2014).

Quanto à prestação de cuidados, o estudo apresenta dados de 32,39% (n=23) prestar cuidados entre 1 a 5 anos. Resultados semelhantes aos de Brito, 2000; Oliveira, 2009 (53,3%); Mata, 2012 (72,1%); Machado, 2012 e Nascimento, 2014 (50%). A proximidade geográfica entre CI e utentes é de extrema importância para ambos, pois criam-se laços, além de sanguinidade quando familiares, também intimidade e empatia. Na opinião de Tennstedt *et al.* (1989) e Gaugler *et al.* (2003) citados por Rolo (2009) a coabitação é um dos fatores importantes para o assumir do papel de cuidador. Imaginário, 2004; Sousa *et al.* 2006 citados por Rocha, 2009, nos seus estudos, mencionam que a prestação de cuidados é uma atividade de longa duração, que pode até

ultrapassar os 15 anos, oscilando o tempo de prestação de cuidados, de estudos para estudos.

Os familiares imperam no presente estudo como prestadores de cuidados, sendo o cônjuge de maior relevo (50,70%) resultados que vão ao encontro do estudo de Machado (2012) e Mata, Pimentel e Sousa (2012). No estudo de Nascimento (2014) os CI também impera a família, em destaque os filhos (32%), seguido o cônjuge (26%). Tais resultados fortalecem o conceito de que, em Portugal a família é a base de suporte a pessoas com dependência. Verificamos que 29,58% (n=21) usufrui de apoio formal.

Em relação a análise efetuada à CADI, podemos aferir que, em todos os fatores a média é 31,27 com desvio padrão de 20,71 e mediana 28,5. O valor médio teórico é de 45 pontos, sendo que, quarenta e oito dos CI classificam-se abaixo do valor médio teórico, apresentando assim, menor nível de dificuldade e desaseis classificam-se acima do valor médio teórico, apresentando maior nível de dificuldade. Os valores médios obtidos estavam consideravelmente abaixo dos valores médios teóricos global e os valores da mediana próxima dos valores médios em todos os fatores, concluindo que, em termos médios e medianos os CI não revelaram dificuldade no cuidar.

Encontramos os coeficientes de correlação de *Spearman* entre os fatores da CADI e a globalidade da escala, deparamo-nos assim, com uma correlação forte e positiva entre as dificuldades global da CADI e todos os fatores, com exceção dos fatores “deficiente apoio familiar” e “deficiente apoio profissional” (correlação moderada e positiva). Os fatores que mais contribuíram para maior nível de dificuldade foram: “problemas relacionados com o utente dependente” (0,866); “reações à prestação de cuidados” (0,955); “Exigências de ordem física no cuidar” (0,936); “restrições na vida social” (0,835) e “problemas financeiros” (0,790).

Verificamos que, as mulheres apresentam em média mais dificuldades em alguns fatores nomeadamente “problemas relacionados com o utente dependente”, “reações à prestação de cuidados”, “exigências de ordem física”, “restrições na vida social”, “problemas financeiros” e no *score* global da CADI. A um nível de significância de 5%, verificou-se que as diferenças observadas não apresentam evidência estatística.

Os resultados obtidos neste estudo afiguram-se a outros como por exemplo os de Brito (2002), Figueiredo (2007), Imaginário (2008), Sequeira (2010), Pera (2012) e Nascimento (2014), destacando-se alguns resultados no que concerne às dificuldades

sentidas pelos CI, referentes às “reações à prestação de cuidados”; “exigências de ordem física na prestação de cuidados”; “restrições na vida social” e “problemas financeiros”. Luzardo, Gorini e Silva (2006) e Paterson e Burgess (2009) no seu estudo sobre cuidadores, mencionam que, as grandes dificuldades estão relacionadas com a inexistência de orientação sobre procedimentos referentes às práticas do cuidar e a falta de acompanhamento e orientação por parte dos profissionais. Ricarte (2009) no seu estudo que desenvolveu verificou que as dificuldades sentidas pelos prestadores de cuidados estão relacionadas com o cansaço físico e psíquico devido ao acumular de tarefas. Machado (2012) no seu estudo menciona como dificuldades, as relacionadas a “problemas financeiros”, “falta de apoio a outros familiares” e “exigências específicas no cuidar”. O “deficiente apoio familiar” ao cuidador informal pode levar a situações de sobrecarga física e emocional, a alterações do padrão de sono, estados depressivos, ansiosos entre outras patologias (Fernandes *et al.*, 2002). Também os resultados do presente estudo vão ao encontro do estudo de Rolo (2009) em que as dimensões que se tornam mais perturbadoras para o CI foram “exigências de ordem física” e “deficiente apoio familiar”. Estes dados podem reportar-se ao facto dos CI ser do sexo feminino, com idades superiores a 70 anos e a prestação de cuidados exigir um grande esforço físico.

Quanto à capacidade de resiliência, verificamos que o sexo feminino apresenta maior capacidade de resiliência face ao sexo masculino, contudo, tais resultados não são estatisticamente significativas no que respeita ao sexo, idade e estado civil do CI. Verificamos que, em média o CI com escolaridade 3º ciclo são mais resilientes do que os CI sem escolaridade, as diferenças observadas são estatisticamente significativas. Em relação à situação laboral do CI, em média os reformados eram mais resilientes do que os ativos e não ativos, estas diferenças são a um nível de significância de 5% estatisticamente significativas. No que respeita às dificuldades económicas verificamos que os CI com baixos rendimentos eram mais resilientes face aos que usufruíam maiores rendimentos. Também os que residem em meio urbano, em casa alugada, em bom estado de conservação, têm uma maior capacidade de resiliência, contudo, tais resultados não apresenta diferenças estatisticamente significativas. Os CI que cuidam de um familiar e não coabitavam com ele têm maior capacidade de resiliência. As diferenças observadas nos resultados dos testes aplicados não são estatisticamente

significativas. No que concerne ao tempo de prestação de cuidados, os que cuidam entre 5 a 10 anos eram mais resilientes, bem como os que não usufruem apoio formal, as diferenças observadas não apresentam diferenças estatisticamente significativas.

Yunes (2001) no seu estudo refere que o sexo masculino tem maior capacidade de resiliência face ao sexo feminino, resultados diferentes do presente estudo.

CI que não revelam ter dificuldades económicas e auferem rendimentos até 500,00€ são os que tem maior capacidade de resiliência. Ferreira (2009) no seu estudo menciona que a capacidade de resiliência encontra-se com maior facilidade em comunidades com baixo nível socioeconómico e em famílias destruturadas.

No estudo de Manzini, Brigola, Pavarini e Vale (2016) referem que havia associação significativa com a variável grau de parentesco, sendo os filhos os CI mais resilientes em relação aos cônjuges ou outros familiares, referem também que o utente dependente pode ser mais beneficiado quando o cuidador é mais resiliente.

Verificamos a correlação de Spearman entre os fatores CADI, IB e EBCR e aferimos que, quanto maior o nível de independência do utente menor é o nível de dificuldade apresentada pelos CI. A correlação entre os fatores e *score* global da CADI e a capacidade de resiliência não apresentam qualquer evidência estatística.

### **Conclusão, limitações e sugestões do estudo**

Partindo dos resultados obtidos podemos tirar conclusões em relação com a teoria, a prática e a investigação e propor recomendações, não apenas para a prática, mas também para investigações futuras.

Este estudo permitiu reunir elementos empíricos que sugerem que o processo de cuidados ao utente dependente deve incluir todo um conjunto de atividades desenvolvidas pela família, comunidade e profissionais de saúde. É redutor pensar que a tarefa de cuidar de pessoas dependentes se limita à satisfação das atividades de vida diária, como cuidados com a alimentação, higiene, mobilidade e eliminação, facilmente mensuráveis e observáveis.

O presente estudo foi realizado no distrito de Bragança, no domicílio de CI de utentes integrados nas ECCI's da ULSNE.

Cada vez mais os CI e/ou familiares recorrem aos recursos existentes na RNCCI, sendo esta, uma resposta para os utentes quer ao nível de cuidados diários, reabilitação e manutenção quer ao nível da segurança, vigilância e descanso do cuidador. A RNCCI dispõe de equipas multidisciplinares e interdisciplinares, com vários profissionais essencialmente da área da saúde e social, que asseguram os cuidados necessários dos utentes e respondem também às necessidades dos prestadores de cuidados que são vistos como rede de suporte informal e considerados fundamentais na prestação de cuidados.

A proximidade direta com utente dependente e seus cuidadores, no domicílio, deu-nos a conhecer detalhadamente a forma como traçam o plano formativo para o cuidar, verificando assim, inúmeros desafios com que se defrontam, nomeadamente diferenças de personalidade e falta de preparação no desempenho de tarefas.

As funções do CI são um contributo importante para o utente dependente no seu domicílio, quer para a preservação de um envelhecimento mais ativo, quer para o reconhecimento do ciclo social e familiar do utente.

Quanto à capacidade de resiliência, as mulheres apresentam em média, maior capacidade de resiliência (média de 14,43 com desvio padrão de 3,48) do que, os homens (média de 13,57 com desvio padrão de 4,25). CI com idades compreendidas entre 61 a 70 anos são mais resilientes face aos cuidadores com idades superiores a 70 anos. Concluímos que, os CI com maior capacidade de resiliência são os CI que concluíram o 3º ciclo, residem em meio urbano, em vivendas/apartamentos alugadas, em bom estado de conservação, não coabita com o utente dependente, prestam cuidados a familiares, tempo de prestação entre 5 a 10 anos, auferem rendimentos inferiores a 500,00€, não têm dificuldades económicas e não usufruem de apoio formal.

CI com baixos rendimentos têm maior capacidade de resiliência face aos CI com altos rendimentos.

Relativamente ao grau de independência do cuidado/utente dependente concluímos que, quanto maior é o seu nível de independência, menor é o nível de dificuldade do prestador de cuidados. Relativamente à capacidade de resiliência, verificamos que apresenta coeficiente de correlação estatisticamente significativo, no sentido inverso e de baixa intensidade com o IB.

É de salientar a pertinência deste estudo que permitiu identificar e analisar as dificuldades e a capacidade de resiliência do CI. Seria importante que o estudo contribuisse para que futuras investigações possam refletir no planeamento de estratégias de intervenção para minimizar as dificuldades e também para dar continuidade a prestação de cuidados no domicílio.

Dada a relevância do tema, seria necessário o desenvolvimento de novas pesquisas.

Para que o utente dependente possa receber cuidados no seu domicílio com o melhor nível de qualidade de vida, seria importante que os CI fossem avaliados, através de uma apreciação respeitante à qualidade de vida e saúde, começando pelas necessidades/dificuldades sentidas.

É importante usufruir de estratégias educativas de saúde desenvolvidas pela ESF e/ou núcleos existentes que servirão de apoio, orientação e auxílio.

Há necessidade de conhecer o perfil do CI, bem como, toda a problemática envolvente e valoriza-lo em termos de direitos.

Criar grupos de ajuda-mútua, de forma a possibilitar o apoio-psicossocial.

Facilitar na aquisição de ajudas técnicas para combater as dificuldades de ordem física dos cuidados.

Orientar e informar os CI aquando de uma alta hospitalar.

Orientar o CI sobre respostas sociais existentes no âmbito do Serviço de Apoio Domiciliário (SAD).

Necessidade de programas de desenvolvimento referente às características resilientes, com a finalidade de promover a cooperação entre familiares, competências pessoais e capacidade de pedir e aceitar ajuda.

Era importante a realização de mais estudos neste âmbito para que possam criar e implementar outras medidas, facultando assim uma melhoria na qualidade de vida dos CI e dos utentes dependentes no domicílio.

Neste contexto, a sensibilização dos profissionais de saúde é indispensável, devido às competências utilizadas nas suas intervenções, que vão ao encontro, a melhorar a qualidade de vida do CI e a influenciar positivamente a prestação de cuidados ao utente dependente.

Os profissionais de saúde, particularmente os que intervêm diretamente com o utente dependente no seu domicílio deverão voltar a sua atenção, também para o CI, podendo assim garantir que quem cuida também deve ser cuidado.

As maiores vitórias da sociedade do século XX foram, o sistema de saúde e o sistema de ajuda e apoio social, que nos momentos de maior fragilidade e dificuldade são um garante da dignidade, solidariedade e fraternidade humana. A capacidade de empatia e criação destes mecanismos de resposta a situações de carência são um dos elementos diferenciadores das sociedades modernas e ocidentais em oposição às sociedades mais tradicionais ou de países em desenvolvimento. Mas, os desafios que se levantam à nossa sociedade estão em constante mudança e, em pleno século XXI, esta mudança ocorre a um ritmo nunca visto na história da humanidade.

Os milagres que a humanidade tem conseguido no aumentar da esperança média de vida é um dos fatores que justificam a razão de ser deste estudo. A mudança do paradigma familiar, em que as gerações mais novas saem de casa e/ou mudam-se para longe em busca de melhores oportunidades, criam as condições para encontrarmos pessoas, tendencialmente idosos, em situação de necessitarem de cuidados especiais que lhes são dados pelos CI.

Cabe aos políticos e entidades responsáveis tomarem consciência desta realidade, de quais são os desafios com que os CI se deparam, as dificuldades que sentem e que necessitam de ver supridas para criarem e implementarem as políticas de resposta à proteção destes cidadãos que cuidam dos seus nos momentos de maior carência.

Como meta, esta responsabilidade é de todos, não só do CI. É esta uma das características que distingue uma sociedade justa e solidária, uma sociedade que olha para os seus cidadãos e que dá respostas para que quem necessita possa viver com dignidade nas suas limitações diárias. Cuidar de quem cuida, é na sua essência, cuidar dos nossos.

## **Bibliografia**

- ACSS – Administração Central do Sistema de Saúde (2015). Monitorização da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI) 2014. Lisboa.
- Afonso, J. (2011). *Avaliação das funções da conjugalidade no suporte ao doente oncológico de acordo com os factores da vulnerabilidade ao stress, ajustamento mental à doença oncológica de um familiar e o coping resiliente*. Dissertação de Mestrado, Universidade Católica Portuguesa, Faculdade de Filosofia, Centro Regional de Braga.
- Alarcão, M. (2000). *(Des) Equilíbrios familiares*. 3ª Edição. (pp.35). Coimbra: Quarteto.
- Almeida, D. (2005). *Resilience and vulnerability to daily stressors assessed via diary methods*. Current-Direction in Psychological Science.
- Disponível em: [cdp.sagepub.com/content/14/2/64.abstract](http://cdp.sagepub.com/content/14/2/64.abstract)
- Alves, M. (2010). *Sofrimento do doente oncológico com necessidade de cuidados paliativos e a sobrecarga do cuidador informal*. Dissertação de Mestrado em Cuidados Paliativos apresentados à faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa.
- Angst, R. (2009). *Psicologia e resiliência: uma revisão da literatura*. Psicologia, Argumento, 27 (58), 253-260.
- Antoniazzi, A.S., Dell'Agilo, D.D., Bandeira, D.R. (1998). *O conceito de coping: Uma revisão teórica*. Estud. Psicol. 3 (2), 273-294.
- Antunes, (2014). *Redes sociais pessoais e coping resiliente nas idades avançadas*. Dissertação de Mestrado em Psicologia Clínica. Apresentada no Instituto Superior Miguel Torga. Escola Superior de Altos Estudos Consultada a 10-04-2017. Disponível em:
- <http://repositorio.ismt.pt/bitstream/123456789/579/1/tese%20Andreia.pdf>.

- ARS Norte - Administração Regional de Saúde do Norte. (2014). Manual de Procedimentos para Implementação e Desenvolvimento da ECCI.
- Araújo, F., Ribeiro, J.L.P., Oliveira, A., Pinto, C. (2007). *Validação do Índice de Barthel numa amostra de idosos não institucionalizados*. Revista Portuguesa de Saúde Pública, 25 (2), 59-66.
- Batista, N. (2012). *Dificuldades do cuidador formal de pessoas idosas dependentes no domicílio*. Dissertação de Mestrado em Enfermagem Comunitária. Escola Superior de Enfermagem de Coimbra. Disponível em:  
[repositorio.esenfc.pt/private/index.php?process=download](http://repositorio.esenfc.pt/private/index.php?process=download)
- Bidarra, A. (2010). *Vivendo com a dor: O cuidador e o doente com dor crónica oncológica*. Dissertação de Mestrado, Faculdade de Medicina de Lisboa-Instituto de Formação Avançada. Disponível em:  
[repositorio.ul.pt/bitstream/10451/1921/1/591852\\_Tese.pdf](http://repositorio.ul.pt/bitstream/10451/1921/1/591852_Tese.pdf)
- Boff, Leonardo. (2004). *Saber cuidar: Ética do humano – compaixão pela terra*. 9ª Edição Petrópolis: vozes
- Boletim Estatístico da RNCCI da Região Norte. (2015). ARS Norte, I.P., Departamento de Contratualização, Área Funcional de Cuidados Continuados Integrados, 2016.
- Brito, M. L. (2000). *A saúde mental dos prestadores de cuidados a familiares idosos*. Tese de Doutoramento. Faculdade de Medicina do Porto.
- Brito, M. L. (2002). *A saúde mental dos prestadores de cuidados a familiares Idosos*. Coimbra: Quarteto Editora.
- Casmarrinha, M.J.L. (2008). *Familiar do doente oncológico em fim de vida, dos sentimentos às necessidades*. Dissertação de Mestrado em oncologia.
- Castanheira, F.P.D. (2013). *A Relação entre a resiliência e a vulnerabilidade ao stress: Estudo numa organização de práticas positivas*. Tese de Mestrado em Gestão de Recursos Humanos. ISLA de Leiria.

- Collière, M.F. (1989). *Promover a vida – da prática das mulheres de virtude aos cuidados de enfermagem*: Lisboa: Sindicato dos Enfermeiros Portugueses. Edições Técnicas. (pp. 27-235).
- Cordeiro, L. A. (2011). *Cuidador informal de idosos dependentes: dificuldades e sobrecarga* - Dissertação de mestrado. Obtido em Abril de 2014, de Repositório Científico do Instituto Politécnico de Viseu: <http://repositorio.ipv.pt/bitstream/10400.19/1665/1/CORDEIRO%20Luis%20Alexandre%20Gon%C3%A7alves%20-%20Diss%20mestrado.pdf>
- Couto, M.C.P.P (2007). *Fatores de risco e de proteção na promoção de resiliência no envelhecimento*. Dissertação de Mestrado em Psicologia. Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação. Universidade de Lisboa
- Cruz, O. (2005). *Parentalidade*. Coimbra: Quarteto
- Decreto-Lei nº101/2006 de 6 de junho. Diário da República Nº 109 – I Série A. *Cria a Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados*.
- Decreto-Lei nº136/2015 de 28 de julho. Diário da República Nº145 – I Série A.
- Félix, A. M. (2010). *Quem cuida do cuidador? O custo invisível do acto de cuidar* - Tese de doutoramento. Obtido em Janeiro de 2013, de Repositório Institucional - Universidade de Aveiro: <http://ria.ua.pt/handle/10773/3886>
- Fernandes, C., Pereira, M., Ferreira, M., Machado, R., Martins, T. (2002). *A sobrecarga física, emocional e social nos cuidadores informais de doentes com AVC. Sinais vitais*, 43:31-35.
- Ferreira, M.R.A.C. (2009). *Um estudo sobre coparentalidade e resiliência em famílias portuguesas e imigrantes de baixo nível socioeconómico*. Tese de Mestrado integrado em Psicologia. Universidade de Lisboa. Disponível em [repositorio.ul.pt/bitstream/10451/2204/1/22841\\_ulp035078\\_tm.pdf](http://repositorio.ul.pt/bitstream/10451/2204/1/22841_ulp035078_tm.pdf)
- Figueiredo, D. (2007). *Cuidados familiares ao idoso dependente*. Lisboa: Climepsi Editores.
- Fontes, A.P. & Neri, A.L. (2015). *Resiliência e velhice: Revisão da literatura*. Ciências & Saúde Coletiva, 20 (5)1475-1495.

- Fortin, M.F. (1999). *O Processo de investigação: Da concepção à realização*. 2ª Edição. (pp. 114). Loures: Lusociência
- Garcés, J., Carretero, S., Ródenas, F. & Alemán, C. (2010). A review of programs to alleviate the burden of informal caregivers of dependent persons. *Archives of Gerontology and Geriatrics*, 50 (3), 254-259.
- Gomes, M. J., Mata, A. (2012). *Teoria e prática da gerontologia – Um guia para cuidadores de idosos*. Viseu: Psicosoma.
- Imaginário, C. (2008). *O idoso dependente em contexto familiar: Uma análise da visão da família e do cuidador principal*. Coimbra: Formasau.
- INE- Instituto Nacional de Estatística. (2012). Censos 2011- Resultados definitivos – Portugal: XV recenseamento geral da população: V recenseamento geral da habitação. Lisboa, Portugal: Autor.
- Jardim, J., Pereira, A. (2006). *Competências pessoais e sociais. Guia prático para a mudança positiva*. Porto: Edições Asa.
- Laranjeira, C. A. S (2007). *Do vulnerável ser ao resiliente envelhecer: Revisão de Literatura*. Psicologia: teoria e pesquisa, 23 (3), pp. 327-332.
- Lazarus, R. S., Folkman, S. (1984). *Stress, appraisal and coping*. New York: Springer Publishing company. Disponível em:  
<http://www.amazon.com/Stress-Appraisal-Coping-Richard-Lazarus/dp/0826141919>
- Lopes, S.R.A., Massinelli, C.J. (2013). *Perfil de resiliência dos cuidadores informais de idosos com Alzheimer*. Aletheia, 40,134-145.
- Loureiro, N. (2009). *A sobrecarga física, emocional e social dos cuidadores informais de idosos com demência*. Dissertação de Mestrado apresentada à Universidade de Fernando Pessoa. ULR: <http://bdigital.ufp.pt/handle/10284/1516>.
- Louro, M. C.C.M. (2009). *Cuidados continuados no domicílio*. (Dissertação de doutoramento em Ciências de Enfermagem. Instituto de Ciência Biomédicas, Abel Salazar Porto). Disponível em:  
<https://repositorio-aberto.up.pt/.../2/tese%20doutoramento%20revista.pdf>

- Luzardo, R.A., Gorini, M.I.P.C., & Silva, A.P.S.S. (2006). *Carateristicas de idosos com doença de Alzheimer e seus cuidadores: uma série de casos em um serviço de neurogeriatria*. *Texto e Contexto Enfermagem*, 15 (4), 587-94.
- Machado, S.C.G. (2012). *Avaliação da sobrecarga do cuidador informal no desempenho de suas funções à pessoa idosa dependente no concelho de Santana*. Dissertação de Mestrado em Gerontologia – Especialidade em Gerontologia Social. Universidade da Madeira.
- Mahoney, F.I. & Barthel, D.W. (1965). *Functional evaluation: The Barthel Index*. *Maryland State Medical Journal*, 14,61-65.
- Maslow, A. (1943). *A theory of human motivation*. *Psychological Review*, 50, 370-96.
- Mata, M.A.P., Pimentel, M.H. & Sousa, M.F.G. (2012). *Solidão em cuidadores informais de idosos dependentes e sua relação com a sobrecarga do cuidador*. In Congresso Ibérico: Contextos de Investigação em saúde. Escola Superior de Enfermagem Dr. José Timóteo Montalvão Machado.
- Manzini, C.S.S., Brigola, A.G., Pavarini, S.C.L., vale, F.A.C. (2016). *Fatores associados à resiliência de cuidador familiar de pessoa com demência: revisão sistemática*. Disponível em: [www.scielo.br/pdf/rbgg/v19n4/pt\\_1809-9823-rbgg-19-04-00703.pdf](http://www.scielo.br/pdf/rbgg/v19n4/pt_1809-9823-rbgg-19-04-00703.pdf)
- Meleis, A., Sawyer, L., Im, E., Messias, D., & Shumacher, K. (2000). *Experiencing transitions: An emerging middle-range theory*. *Advances in Nursing Science*, 23(1), 12-28.
- Meltzer, D. (1989). *El paper educatiu de la família : Un model psicoanalític del procés d'aprenentatge*. Barcelona: Espaxs.
- Ministério do Trabalho, Solidariedade e Segurança Social (2016). *Plano de desenvolvimento da RNCCI- 2016-2019*. Disponível em: <https://www.sns.gov.pt/wp-content/uploads/2016/02/Plano-de-desenvolvimento-da-RNCCI.pdf>
- Moreira, I. (2001) *O doente terminal em contexto familiar*. Coimbra. Edições: Sinais Vitais.

- Nascimento, M.S. (2014). *Avaliação das dificuldades e autoeficácia do cuidador informal de idosos dependentes no concelho de Mirandela*. Trabalho de Projeto para obtenção do grau de Mestre, apresentado ao Instituto Politécnico de Bragança, Escola Superior de Saúde.
- Neri, A. (2000). *Qualidade de vida e atendimento domiciliário*. In: Duarte, Y. & Diogo, M. (orgs.), *atendimento domiciliar. Um enfoque gerontológico* (pp. 33-47). São Paulo: Atheneu.
- Nolan, M., Grant, G., & Keady, J. (1996). *Understanding family care: A multidimensional model for caring and coping*. Buckingham, Open University Press.
- Nolan, M., Grant, G., & Keady, J. (1998). *Assessing the needs of family carers: A guide for practioners*. Brighton: Pavilion.
- Novellas, A. (2004). *Modelo de trabalho social en a atencion oncológica*. Barcelona: Instituto Catalã d`Oncologia.
- Oliveira, F.J.A., & Berger, C. B. (1996). *Visitas domiciliárias em atenção primária à saúde: Equidade e qualidade dos serviços. Mom. & Perspec. Saúde*. Porto Alegre, 9 (2), 69-74.
- Oliveira, A., Queirós, C., & Guerra, P. (2007). *O conceito de cuidador analisado numa perspectiva autopoietica: Do caos à autopoiese*. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 8 (2), 181-196.
- Oliveira, A. L. (2009). *Cuidados informais ao idoso dependente: motivos e gratificações*. Obtido em Novembro de 2013, de Repositório Institucional Universidade de Aveiro: <http://ria.ua.pt/handle/10773/3295>
- Paixão, W. (1979) *História da enfermagem*. (5ª edição) Rio de Janeiro: Júlio C. Reis Livraria.
- Paterson, A.D., & Burgess, J.M. (2009). *Sustaining informal caregivers: New York state caregiver support programs participants survey*. New York: Stat office for the aging.

- Paúl, C. (1997). *Lá para o fim da vida- Idosos, família e meio ambiente*. Coimbra: Editora Livraria Almedina.
- Pera, L.F. (2012). *Avaliação das dificuldades e sobrecarga do cuidador informal de idosos dependentes*. (Relatório de Estágio apresentado no IPB). Disponível em: <https://bibliotecadigital.ipb.pt/bitstream/10198/8064/1/Relatorio%20de%20est%C3%A1gio%20-%20L%C3%ADdia%20Pera.pdf>
- Pestana, M. H. & Gageiro, J. N. (2005). *Análise de dados para ciências sociais: A complementaridade do SPSS*. Lisboa: Lisboa: Edições Sílabo.
- Pestana, M. H. & Gageiro, J. N. (2008). *Análise de dados para ciências sociais. A complementaridade do SPSS*. 5ª Edição. (pp. 81-181). Edições Sílabo.
- Pinheiro, D. P. N. (2004). *A resiliência em discussão*. *Psicologia em estudo*, 9 (1), 67-75. doi: 10.1590/S1413-73722004000100009.
- Pereira, A. M. S. (2001). *Resiliência, personalidade, stress e estratégias de coping*. Em J. Tavares (Org.), *resiliência e educação*. São Paulo: Cortez.
- Pereira, H. R. (2013). *Subitamente cuidadores informais! Dando voz (es) às experiências vividas*. Loures: Lusociência - Edições Técnicas e Científicas, Lda.
- Potter, P. A., Perry, A.G. (2004). *Fundamentos de enfermagem*. 5ª Edição. Rio de janeiro: Guanabana Koogan.
- Karsh, U. M. (2003). *Idosos dependentes: família e cuidadores*. Caderno de Saúde Pública.
- Disponível em: [www.scielo.br/pdf/cap/v/9n3/15890.pdf](http://www.scielo.br/pdf/cap/v/9n3/15890.pdf).
- Kawamoto, E.E., Santos, M.C., Mattos, T.M. (2009). *Enfermagem comunitária*. São Paulo: EPU. (2ª ed.).
- RNCCI - Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados. (2013). Disponível em: <http://www.rncci.min-saude.pt/rncci/Paginas/ARede.aspx>
- Reigada, T. (2010). *Indicadores de capacidade de cuidar, em famílias de doentes oncológicos paliativos*. Dissertação de Mestrado em Cuidados Paliativos apresentada à Universidade Católica Portuguesa. Porto.

Ribeiro, J.L.P. (2009). *Coping: estratégias de gestão do stress*. Disponível em:

<https://repositorio-aberto.up.pt/bitstream/10216/.../2/86539.pdf>

Ribeiro, J.L.P. (2010). *Metodologia de investigação em psicologia e saúde*. (3.<sup>a</sup> ed.).

Porto: Legis/Livpsic.

Ricarte, L. F. C. S. (2009). *Sobrecarga do cuidador informal de idosos dependentes no concelho da Ribeira Grande*. Dissertação de Mestrado em Ciências de Enfermagem, 80 Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar da Universidade do Porto. Recuperado em 4 de Julho, 2010, de:

<http://repositorio-aberto.up.pt/bitstream/10216/19131/2/ESCx.pdf>

Richardson, A., Plant, H., Moore, S., Medina, J., Cornwall, A., & Ream, E.(2007). *Developing supportive care for family members of people with lung cancer: a feasibility study*. Supportive care in cancer. 15(11), 1259-1269.

Rocha, A. (2011). *Avaliação de necessidades em idosas institucionalizadas com doença mental prolongada*. Tese de Mestrado em psicologia apresentada à Faculdade de psicologia da Universidade de Lisboa. Lisboa.

Rocha, B. (2009). *Stresse e coping do cuidador informal do idoso em situação de dependência*. Dissertação da tese de mestrado em Psicologia. Faculdade de Ciências Humana e Sociais. Faro.

Rodrigues, A. P. (2011). *Estratégias de coping do cuidador informal da pessoa com insuficiência renal crónica em hemodiálise - Dissertação de mestrado*. Obtido em Abril de 2014, de Repositório Científico do Instituto Politécnico de Viseu: <http://repositorio.ipv.pt/bitstream/10400.19/1516/1/RODRIGUES%20Ana%20Paula%20Ferreira%20Coelho%2c%20Estrat%20C3%A9gias%20coping%20cuidador%20informal.pdf>

Rolo, L.C.A.A. (2009). *Sobrecarga e satisfação com a vida: A percepção dos cuidadores informais de idosos*. Dissertação de Mestrado apresentado à Universidade de Aveiro. Disponível em: <https://ria.ua.pt/bitstream/10773/3303/1/2010000708.pdf>

Saint-Exupéry, A. (1943). *O príncipezinho*. Porto Editora.

- 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*. Obtido em Junho de 2013, de Repositório Universidade Aberta: <https://repositorioaberto.uab.pt/handle/10400.2/732>
- Santos, A.F. (2011). *A resiliência e sua forma de promoção em famílias que convivam com a doença crónica*. Trabalho de conclusão apresentado à Universidade Federal de Minas Gerais, Campos Gerais. Disponível em: <https://efdeportes.com/.../doencas-cronicas-segundo-o-modelo-calgary.htm>
- Saraiva, D.M.F. (2011). *O olhar dos e pelos cuidadores: Os impactos de cuidar e a importância do apoio ao cuidador*. Tese de Mestrado apresentada à Universidade de Coimbra. Disponível em: [https://estudogeral.Sib.uc.pt/Bistream/10316/17858//TESE\\_MISIE\\_SET.2011.pdf](https://estudogeral.Sib.uc.pt/Bistream/10316/17858//TESE_MISIE_SET.2011.pdf)
- Sarmiento, E., Pinto, P., & Monteiro, S. (2010). *Cuidar do idoso: Dificuldades dos familiares*. Coimbra, Portugal: Formasau.
- Seabra, V. (2011). *Serviço social na saúde. Intervenção do serviço social nos cuidados continuados integrados*. Disponível: <https://servicosociaisauade.wordpress.com/cuidados-de-saude-continuados/>
- Sequeira, C. (2007). *Cuidar de idosos dependentes*. Coimbra: Quarteto Editora
- Sequeira, C. (2010). *Cuidar de Idosos com dependência física e mental*. Porto: Lidl.
- Silva, A.N. (2007). *Famílias especiais: Resiliência e deficiência mental*. Dissertação de Mestrado – Faculdade de Educação da Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul.
- Sinclair, V. G., & Wallston, K.A. (2003). *The development and psychometric evaluation of the Brief Resilient Coping Scale*. *Assessment*, 11 (1), 94-101.
- Sousa, L., Figueiredo, D., & Cerqueira, M. (2006) *Envelhecer em família*. (pp. 53). Porto: Âmbar
- Stanhope, M., Lancaster, J. (2011). *Enfermagem de saúde pública: Cuidados de saúde na comunidade centrados na população*. (7ª Edição). Lisboa: Lusociência.

- Tuckman, B. (2012). *Manual de investigação em educação*. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian.
- Twycross, R. (2003). *Cuidados paliativos*. Lisboa: Climepsi Editores.
- ULSNE- Unidade Local de Saúde do Nordeste. 2012. Regulamento Interno da Unidade Local de Saúde do Nordeste, EPE.
- Vaz-Serra, A. (2007). *O stresse na vida de todos os dias* (3ª ed.). Coimbra: Gráfica de Coimbra.
- Wadsworth, M.E., DeCarlo-Santiago, C. (2008). *Risk and resilience processes in ethnically diverse families in poverty*. Journal of family psychology. Disponível em:  
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18540768>
- Yunes, M.A.M., Garcia, N.M., Albuquerque, B.M. (2007). *Monoparentalidade, pobreza e resiliência: entre as crenças dos profissionais e as possibilidades da convivência familiar*. Psicologia: Reflexão Crítica. Disponível em:  
[www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102)
- Zagonel, I. P.S. (1999). *O cuidado humano transicional na trajetória de enfermagem*. *Rev.latino-am.enfermagem*.1999, vol. 7, n. 3. (pp. 25-32).

## **ANEXOS**

**Anexo I** – Pedido de autorização para aplicação do formulário/questionário à Comissão de Ética da ULSNE, EPE.

**Exmo. Sr. Presidente do Conselho da Administração da  
Unidade Local de Saúde do Nordeste, E.P.E.**

**Assunto:** Pedido de autorização para aplicação de um instrumento de recolha de dados (IRD) para um estudo de investigação.

**Isabel Maria Conde Parente**, Assistente Social a exercer funções no Centro de Saúde de Bragança – Unidade da Sé, da ULSNE, E.P.E., encontrando-se a frequentar o Mestrado de Cuidados Continuados, na Escola Superior de Saúde do IPB, com Trabalho de Projeto subordinado ao tema “Cuidar de quem Cuida: capacidade de resiliência do cuidador informal em relação às dificuldades no cuidado de utentes integrados nas ECCI do distrito de Bragança”, sob a orientação da Professora Doutora Adília Maria Pires da Silva Fernandes e a Mestre Maria Filomena Grelo Sousa, vem por este meio solicitar a V. Ex.<sup>a</sup> autorização para a aplicação de um questionário, constituído por a caracterização sociodemográfica, Índice de CADI, Escala Breve de Coping Resiliente (EBCR) e o Índice de Barthel, aos cuidadores informais de utentes integrados nas ECCI do distrito de Bragança, no período de maio a setembro.

Com este estudo, pretende-se avaliar a capacidade de resiliência do cuidador informal, em relação às dificuldades no cuidado de utentes integrados nas ECCI do distrito de Bragança

Objetivos específicos:

Conhecer as características sócio-demográficas dos cuidadores informais de utentes integrados nas ECCI do distrito de Bragança;

Avaliar a capacidade de resiliência do cuidador informal;

Avaliar as dificuldades do cuidador informal na prestação de cuidados;

Analisar a capacidade de resiliência do cuidador informal em relação às dificuldades no cuidado de utentes;

Avaliar o grau de independência dos utentes integrados nas ECCI do distrito de Bragança.

O estudo não envolve qualquer risco ou custo, sendo apenas solicitada a autorização para aplicação do questionário aos cuidadores informais dos utentes integrados nas ECCI do distrito de Bragança no referente período.

Assegura-se o respeito pelos princípios éticos subjacentes a qualquer estudo de investigação e a disponibilização do trabalho desenvolvido.

Em anexo seguem os seguintes documentos: Pré-Projeto do Trabalho de Projeto de investigação e o instrumento de recolha de dados (IRD).

Bragança, 13 de maio de 2016

Pede Deferimento

Isabel Maria Conde Parente



UNIDADE LOCAL DE SAÚDE DO NORDESTE EPE

V. Ex.ª Dr.ª Aida da Conceição Domingues Palas  
Vogal Executiva da ULSNE, E.P.E.  
Praça Cavaleiro Ferreira  
5301-862 Bragança

Dr. António Marçôa  
Presidente do Conselho de Administração

14 Jun 2016

Exma. Sra.  
Dra. Aida da Conceição Domingues Palas  
Vogal Executiva da ULSNE, E.P.E.  
Praça Cavaleiro Ferreira  
5301-862 Bragança

Dr. António Marçôa  
Presidente do Conselho de Administração

14 Jun 2016

Sua Referência

Sua Comunicação de

Nossa Referência  
Pº Comissão Ética nº. 62

Data  
30/05/2016

**Assunto:** Pedido de apreciação/parecer

Vimos por este meio enviar a V. Ex.ª o parecer emitido pela Comissão de Ética, na reunião de 25 de Maio de 2016, para aplicação de um instrumento de recolha de dados (IRD) para estudo de investigação, intitulado ao tema: **Cuidar de quem Cuida: "Resiliência e dificuldades do cuidador informal no cuidar de utentes integrados nas ECCL do distrito de Bragança"**.

Decidiu esta Comissão autorizar o referido estudo, por considerar que, do ponto de vista ético, nada havia a opor.

Com os melhores cumprimentos,

Presidente da Comissão de Ética da ULSNE, E.P.E.  
Presidente da Comissão Ética  
da ULSNE

joaquina Baltazar

Dra. Joaquina Baltazar Baltazar

**Anexo II** - Pedido de autorização para aplicação do CADI à autora da versão para Português, Dra. Maria Luísa Brito

Cara Dra. Isabel Parente,

Envio-lhe em anexo a versão portuguesa de CADI, para utilização no seu trabalho de mestrado. Junto um documento dos autores originais (Nolan et al.) que, em conjunto com o livro baseado na minha tese, fornecerá indicações sobre como analisar os dados obtidos com a escala.

Desejo-lhe muito êxito no seu trabalho, e encontro-me ao dispor para algum esclarecimento adicional que seja necessário.

Com os meus melhores cumprimentos,

Luisa Brito

**De:** [belaparente@sapo.pt](mailto:belaparente@sapo.pt) [mailto:[belaparente@sapo.pt](mailto:belaparente@sapo.pt)]

**Enviada:** sexta-feira, 8 de Abril de 2016 17:40

**Para:** [lbrito@esenfc.pt](mailto:lbrito@esenfc.pt)

**Assunto:** Serviço de mensagens do Website ESEnfC - autorização para aplicação do CADI

#### **Serviço de mensagens do Website ESEnfC**

Mensagem enviada por isabel Maria Conde Parente ([belaparente@sapo.pt](mailto:belaparente@sapo.pt))

Mensagem:

Boa tarde Dra. Maria Luísa,

O meu nome é Isabel Parente e sou Assistente Social no Centro de Saúde de Bragança-unidade da Sé. Frequento o mestrado de Cuidados Continuados no Instituto Politécnico de Bragança (IPB) e nesse âmbito pretendo realizar um trabalho sobre "Cuidar de quem Cuida:Avaliação das dificuldades do cuidador informal de utentes integrados nas ECCI do distrito de Bragança".

Em face disso, gostaria de pedir a sua autorização para poder aplicar o CADI, por si traduzido ao publico alvo da minha investigação.

Aguardo resposta de V. Exc.<sup>a</sup>.

Atenciosamente,

Isabel Parente

**Anexo III** - Pedido de autorização à autora original da EBCR – Professora Sinclair

Cara colega

Não sou o primeiro autor e não tenho este questionário

cordialmente

José Luís Pais Ribeiro

[jlpr@fpce.up.pt](mailto:jlpr@fpce.up.pt)

mobile phone: (351) 965045590

web page: <http://sites.google.com/site/jpaisribeiro/>

ORCID: <http://orcid.org/0000-0003-2882-8056>

ResearchGate- [https://www.researchgate.net/profile/Jose\\_Pais-Ribeiro/publications](https://www.researchgate.net/profile/Jose_Pais-Ribeiro/publications)

---

**De:** Isabel Parente [isabel.parente@ulsne.min-saude.pt]

**Enviado:** quarta-feira, 18 de Maio de 2016 11:13

**Para:** José Luis Pais Ribeiro

**Assunto:** FW: Autorização para aplicação da Escala Breve de Coping Resiliente

**De:** Isabel Parente

**Enviada:** quarta-feira, 18 de Maio de 2016 11:11

**Para:** 'jlpr@fpce.up.pt'; 'jlpr@fpce.pt'

**Assunto:** Autorização para aplicação da Escala Breve de Coping Resiliente

Bom dia Professor Doutor Pais Ribeiro,

O meu nome é Isabel Parente e sou Assistente Social no Centro de Saúde de Bragança/ Unidade da Sé.

Frequento o mestrado de Cuidados Continuados no Instituto Politécnico de Bragança (IPB) e nesse âmbito pretendo realizar um estudo de investigação sobre: "Cuidar de quem Cuida: Resiliência e dificuldades do cuidador informal no cuidar de utentes integrados nas ECCI do distrito de Bragança.

Em face disso, gostaria de pedir a sua autorização para poder aplicar a “ **Escala Breve de Coping Resiliente**”, (2010), adaptada para português por si e pela Dr. Rita Morais.

**Peço desculpa pela insistência mas como já o contatei algumas vezes sem êxito, e tenho conhecimento pelo Instituto Superior que o Sr. Professor é rápido a responder, fico sem saber se estou a enviar corretamente o e-mail.**

**Aguarda qualquer resposta,**

**Cumprimentos,**

**Isabel Parente**

Dear Miguel and Isabel, You are welcome to use our scale. It is free and public domain. I will attach a Spanish translation since the syntax is similar to Portuguese. Best wishes for your research...Vaughn Sinclair

**From:** Miguel Sampaio da Veiga [<mailto:sampaio.veiga@gmail.com>]

**Sent:** Wednesday, May 18, 2016 6:49 AM

**To:** Sinclair, Vaughn <[vaughn.sinclair@Vanderbilt.Edu](mailto:vaughn.sinclair@Vanderbilt.Edu)>

**Cc:** Isabel Parente <[belaparente@sapo.pt](mailto:belaparente@sapo.pt)>; Isabel Parente <[belaparente68@gmail.com](mailto:belaparente68@gmail.com)>

**Subject:** Brief Resilient Coping Scale

Good morning Professor Sinclair,

I'm a master degree student in Mestrado Cuidados Continuados (Home Care) in the IPB (Instituto Politécnico de Bragança), a Portuguese School.

I'm starting my final evaluation and my thesis subject is about the care taker.

I'm asking for your permission to use the Brief Resilient Coping Scale.

Kind regards,

Miguel Sampaio da Veiga

----- Fim de mensagem reenviada -----

**Anexo IV** – Formulário constituído por questionário de caracterização sócio demográfica, CADI, EBCR e IB.

**Questionário:**

- Caracterização sócio-demográfica dos cuidadores informais de utentes integrados nas ECCI do distrito de Bragança.
- Avaliação da resiliência e dificuldades dos cuidadores informais na prestação de cuidados a utentes integrados nas ECCI do distrito de Bragança
- Avaliação do grau de independência dos utentes integrados nas ECCI do distrito de Bragança

O questionário está dividido por três partes: Numa primeira, a caracterização sócio-demográfica dos cuidadores informais. Na segunda parte, a avaliação das dificuldades dos cuidadores – Índice de CADI e na terceira parte a avaliação do grau de independência do Utente – Índice de BARTHEL.

O presente questionário destina-se à realização de um estudo, no âmbito do Curso de Mestrado em Cuidados Continuados a decorrer no IPB- ESSa, com o objetivo de avaliar as dificuldades do cuidador informal de utentes integrados nas ECCI do distrito de Bragança.

O questionário é confidencial, não necessita de ser assinado.

O preenchimento de todas as questões de forma sincera e de acordo com a sua experiência é uma mais-valia para a concretização do estudo

Agradeço a sua colaboração pois sem ela não poderia concluir o trabalho.

**A aluna:**

Isabel Maria Conde Parente, N° 33015

**Orientadoras Científicas:**

Professora Doutora Adília Fernandes

Mestre Maria Filomena Grelo Sousa

**Grata pela disponibilidade**

# QUESTIONÁRIO

## Caracterização Sóciodemográfica dos Cuidadores Informais

### 1 – IDENTIFICAÇÃO

#### 1. Sexo

1) Masculino

2) Feminino


#### 2. Idade

Idade

--

#### 3. Estado Civil

1) Solteiro

2) Casado/União de facto

3) Viúvo

4) Separada

5) Divorciada


#### 4) Escolaridade

1) Sem escolaridade

2) 1º Ciclo da Escolaridade Básica

3) 2º Ciclo da Escolaridade Básica

4) 3º Ciclo da Escolaridade Básica

5) Ensino secundário

6) Ensino Superior


### 5. Área de Residência

- |           |  |
|-----------|--|
| 1) Rural  |  |
| 2) Urbano |  |
- 

### 6. Tipo de Habitação

- |                                   |  |
|-----------------------------------|--|
| 1) Vivenda ou Apartamento próprio |  |
| 2) Vivenda ou apartamento alugado |  |
- 

### 7. Estado de Conservação

- |              |  |
|--------------|--|
| 1) Boa       |  |
| 2) Razoável  |  |
| 3) Degradada |  |
- 

### 8. Situação Laboral

- |              |  |
|--------------|--|
| 1) Ativo     |  |
| 2) Não Ativo |  |
| 3) Reformado |  |
- 

### 9. Rendimento Familiar mensal (euros)

- |                 |  |
|-----------------|--|
| 1) Menos de 250 |  |
| 2) De 250 a 500 |  |
| 3) Mais de 500  |  |
-

---

**10. Dificuldades económicas sentidas por ser cuidadora (o)**

1) Não

2) Sim

3) Algumas vezes


---

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

1) Sim

2) Não


---

**12. Grau de Parentesco com o utente dependente**

1) Mãe/Pai

2) Sogra/Sogro

3) Avó/Avô

4) Irmã/Irmão

5) Amigo/Vizinho

6) Cônjuge


---

**13. Há quanto tempo presta cuidados**

1) Menos de 1 ano

2) Entre 1 a 5 anos

3) Entre 5 a 10 anos

4) Mais de 10 anos


**14.Usufroi de algum apoio formal?**

1) Sim

2) Não

3) Se sim, qual?\_\_\_\_\_




**CADI (Carers' Assessment of Difficulties Index)**  
(Nolan e col., 1998; tradução portuguesa: Luisa Brito e João Barreto, 2000)

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

Prestar cuidados <b>PODE SER DIFÍCIL</b> porque:		Não acontece no meu caso	Isto acontece no meu caso e sinto que:		
			Não me perturba	Causa-me alguma perturbação	Perturba-me muito
1	Não tenho tempo suficiente para mim próprio(a)				
2	Por vezes sinto-me "de mãos atadas / sem poder fazer nada para dominar a situação				
3	Não consigo dedicar tempo suficiente às outras pessoas da família				
4	Traz-me problemas de dinheiro				
5	A pessoa de quem eu cuido chega a pôr-me fora de mim				
6	A pessoa de quem eu cuido depende de mim para se movimentar				
7	Parece-me que os técnicos de saúde (médicos, enfermeiros, assistentes sociais, etc.) não fazem bem ideia dos problemas que os prestadores de cuidados enfrentam				
8	Afasta-me do convívio com outras pessoas e de outras coisas de que gosto				
9	Chega a transtornar as minhas relações familiares				
10	Deixa-me muito cansado(a) fisicamente				
11	Por vezes a pessoa de quem estou a cuidar exige demasiado de mim				
12	Deixou de haver o sentimento que havia na minha relação com a pessoa de quem cuido				
13	A pessoa de quem cuido necessita de muita ajuda nos seus cuidados pessoais				
14	A pessoa de quem cuido nem sempre ajuda tanto quanto poderia				
15	Ando a dormir pior por causa desta situação				
16	As pessoas da família não dão tanta atenção como eu gostaria				
17	Esta situação faz-me sentir irritado(a)				
18	Não estou com os meus amigos tanto quanto gostaria				

Prestar cuidados <u>PODE SER DIFÍCIL</u> porque:		Não acontece no meu caso	Isto acontece no meu caso e sinto que:		
			Não me perturba	Causa-me alguma perturbação	Perturba-me muito
19	Esta situação está a transtornar-me os nervos				
20	Não consigo ter um tempo de descanso, nem fazer uns dias de férias				
21	A qualidade da minha vida piorou				
22	A pessoa de quem cuido nem sempre dá valor ao que eu faço				
23	A minha saúde ficou abalada				
24	A pessoa de quem cuido sofre de incontinência (não controla as necessidades)				
25	O comportamento da pessoa de quem cuido causa problemas				
26	Cuidar desta pessoa não me dá qualquer satisfação				
27	Não recebo apoio suficiente dos serviços de saúde e dos serviços sociais				
28	Alguns familiares não ajudam tanto quanto poderiam				
29	Não consigo sossegar por estar preocupado(a) com os cuidados a prestar				
30	Esta situação faz-me sentir culpado(a)				

Se entende que, no seu caso, há outras dificuldades resultantes da situação de estar a prestar cuidados, por favor indique-as a seguir e assinale, como fez atrás, em que medida elas o perturbam.

Prestar cuidados <u>PODE SER DIFÍCIL</u> porque:		Isto acontece no meu caso e sinto que:		
		Não me perturba	Causa-me alguma perturbação	Perturba-me muito

## Escala Breve de Coping Resiliente

(Autores originais Sinclair e Wallston (2003), tradução para Português: Pais Ribeiro & Morais (2010))

Esta escala permite avaliar a resiliência como uma estratégia de coping, uma vez que nos permite perceber a capacidade de o sujeito lidar com o stress de forma adaptativa. É composta por quatro itens, sendo que existem cinco possibilidades de resposta.

Por favor selecione a opção que mais se adequa a si, colocando o sinal X na opção que pretende escolher.

5 – Quase sempre

4 – Com muita frequência

3 – Muitas vezes

2 – Ocasionalmente

1 – Quase nunca

	Quase sempre	Com muita frequência	Muitas vezes	Ocasionalmente	Quase nunca
Procuro formas criativas de superar situações difíceis.	5	4	3	2	1
Independentemente do que me possa acontecer, acredito que posso controlar as minhas reacções.	5	4	3	2	1
Acredito que posso crescer positivamente lidando com situações difíceis.	5	4	3	2	1
Procuro ativamente formas de substituir as perdas que encontro na vida.	5	4	3	2	1

Obrigada pela colaboração

## ÍNDICE DE BARTHEL

<b>1. Alimentação</b>	
Independente .....	<input type="checkbox"/> 10
Precisa de alguma ajuda (por exemplo para cortar os alimentos) .....	<input type="checkbox"/> 5
Dependente.....	<input type="checkbox"/> 0
<b>2. Transferências</b>	
Independente .....	<input type="checkbox"/> 15
Precisa de alguma ajuda .....	<input type="checkbox"/> 10
Necessita de ajuda de outra pessoa, mas não consegue sentar-se .....	<input type="checkbox"/> 5
Dependente, não tem equilíbrio sentado .....	<input type="checkbox"/> 0
<b>3. Toalete</b>	
Independente a fazer a barba, lavar a cara, lavar os dentes .....	<input type="checkbox"/> 5
Dependente, necessita de alguma ajuda .....	<input type="checkbox"/> 0
<b>4. Utilização do WC</b>	
Independente .....	<input type="checkbox"/> 10
Precisa de alguma ajuda .....	<input type="checkbox"/> 5
Dependente.....	<input type="checkbox"/> 0
<b>5. Banho</b>	
Toma banho só (entra e sai do duche ou banheira sem ajuda) .....	<input type="checkbox"/> 5
Dependente, necessita de alguma ajuda .....	<input type="checkbox"/> 0
<b>6. Mobilidade</b>	
Caminha 50 metros, sem ajuda ou supervisão (pode usar ortóteses) .....	<input type="checkbox"/> 15
Caminha menos de 50 metros, com pouca ajuda .....	<input type="checkbox"/> 10
Independente, em cadeira de rodas, pelo menos 50 metros, incluindo esquinas.....	<input type="checkbox"/> 5
Imóvel .....	<input type="checkbox"/> 0
<b>7. Subir e Descer Escadas</b>	
Independente, com ou sem ajudas técnicas .....	<input type="checkbox"/> 10
Precisa de ajuda.....	<input type="checkbox"/> 5
Dependente.....	<input type="checkbox"/> 0
<b>8. Vestir</b>	
Independente .....	<input type="checkbox"/> 10
Com ajuda .....	<input type="checkbox"/> 5
Impossível .....	<input type="checkbox"/> 0
<b>9. Controlo Intestinal</b>	
Controla perfeitamente, sem acidentes, podendo fazer uso de supositório ou similar .....	<input type="checkbox"/> 10
Acidente ocasional .....	<input type="checkbox"/> 5
Incontinente ou precisa de uso de clisteres .....	<input type="checkbox"/> 0
<b>10. Controlo Urinário</b>	
Controla perfeitamente, mesmo algaliado desde que seja capaz de manejar a algália sozinho .....	<input type="checkbox"/> 10
Acidente ocasional (máximo uma vez por semana).....	<input type="checkbox"/> 5
Incontinente, ou algaliado sendo incapaz de manejar a algália sozinho .....	<input type="checkbox"/> 0
<b>TOTAL</b>	