

**SOBRECARGA E ANSIEDADE EM FAMILIARES DE UTENTES
INSTUCIONALIZADOS EM ERPI – REGIÃO DE BRAGANÇA**

Joana Margarida Vicente Antão

Relatório de Estágio

apresentado ao Instituto Politécnico de Bragança, Escola Superior de Saúde, para
obtenção do Grau de Mestre em Enfermagem Comunitária

Orientadores:

Professora Doutora Adília Fernandes

Professor Doutor Manuel Brás

Bragança, Dezembro de 2023

**SOBRECARGA E ANSIEDADE EM FAMILIARES DE UTENTES
INSTUTICIONALIZADOS EM ERPI – REGIÃO DE BRAGANÇA**

Joana Margarida Vicente Antão

Aluna nº 31890

Relatório de Estágio

apresentado ao Instituto Politécnico de Bragança, Escola Superior de Saúde, para
obtenção do Grau de Mestre em Enfermagem Comunitária

Orientadores:

Professora Doutora Adília Fernandes

Professor Doutor Manuel Brás

Bragança, Dezembro de 2023

Resumo

O envelhecimento e as doenças crónicas são, na sua maioria, pela dependência que causam, a principal razão da institucionalização. Os cuidadores, experienciam um desgaste acentuado ao cuidar um familiar com elevado grau de dependência e a sobrecarga, física e mental, faz-se sentir na sua maioria. São poucos os estudos na área dos familiares de Utentes Institucionalizados. De uma forma geral, a avaliação das variáveis em causa – sobrecarga e ansiedade - está direcionada para os cuidadores formais e informais no domicílio ou em contexto de internamento temporário. Pretende-se, com este estudo, caracterizar e avaliar a sobrecarga e a ansiedade em familiares de Utentes Institucionalizados, correlacionando-os com os dados sócio-demográficos.

Trata-se de um estudo quantitativo, observacional, analítico e transversal. Para a colheita de dados foram utilizados os seguintes instrumentos: Questionário Sociodemográfico, a Escala de Sobrecarga do Cuidador de Zarit (Sequeira, 2010); a Escala de Ansiedade e Depressão clínica – HADS (Pais-Ribeiro, 2007); e Escala de Avaliação da Sobrecarga para familiares de pessoas institucionalizadas em estruturas residenciais para idosos de Fukahori - (CBS-FNH) (Obanos-Martell, et al, 2016).

A amostra deste estudo é constituída por 138 familiares de pessoas institucionalizadas em Estruturas Residenciais para Idosos do concelho de Bragança. Destacamos que os inquiridos são maioritariamente do sexo feminino (71%), com idades compreendidas entre 50 e 59 anos (54%). Temos familiares casados ou em união de facto a prevalecer (76,1%). As habilitações literárias que predominam na amostra em estudo são o ensino secundário (39%) e o ensino superior (36%), encontrando-se cerca de 67% a laborar em termos profissionais. Relativamente ao grau de parentesco com a pessoa institucionalizada a maioria dos inquiridos é filho(a) (67%), seguindo-se o conjugue (12%). No que diz respeito à sobrecarga - utilizando a escala de Sobrecarga de Zarit - observou-se que mais de metade dos inquiridos não apresentam sobrecarga (54%). No entanto, com base na escala da sobrecarga direcionada a familiares de Fukahori, apurou-se que a sobrecarga se faz sentir, de forma acentuada, em duas dimensões, a “culpa” e “luto e perdas antecipados”. Relativamente à ansiedade percebemos que 46% dos familiares não apresentam ansiedade.

Isto revela que é a nível da sobrecarga que os familiares necessitam de maior atenção por parte das estruturas residenciais. Na integração e ao longo da estadia na residência,

o papel dos intervenientes, deve ser dotar os familiares com estratégias de coping para os ajudar na adaptação a estes sentimentos, apaziguando-os.

Palavras-chave: Sobrecarga, Ansiedade, familiar, institucionalização

Abstrat

Aging and chronic diseases are, for the most part, the main reason for institutionalization due to the dependence they cause. Caregivers experience severe exhaustion when caring for a family member with a high degree of dependence and the physical and mental overload is felt in the majority of cases. There are few studies in the area of family members of Institutionalized Users. In general, the assessment of the variables in question - overload and anxiety - is aimed at formal and informal caregivers at home or in the context of temporary hospitalization. The aim of this study is to characterize and evaluate the burden and anxiety in family members of Institutionalized Users, correlating them with socio-demographic data.

This is a quantitative, observational, analytical and cross-sectional study. The following instruments were used to collect data: Sociodemographic Questionnaire, the Zarit Caregiver Burden Scale (Sequeira, 2010); the Clinical Anxiety and Depression Scale – HADS (Pais-Ribeiro, 2007); and Burden Assessment Scale for family members of people institutionalized in residential facilities for the elderly in Fukahori - (CBS-FNH) (Obanos-Martell, et al, 2016).

The sample of this study consists of 138 family members of people institutionalized in Residential Structures for the Elderly in the municipality of Bragança. We highlight that the respondents are mostly female (71%), aged between 50 and 59 years old (54%). We have family members who are married or in a civil union prevailing (76.1%). The educational qualifications that predominate in the sample under study are secondary education (39%) and higher education (36%), with around 67% working professionally. Regarding the degree of kinship with the institutionalized person, the majority of respondents are children (67%), followed by their spouse (12%). With regard to overload - using the Zarit Overload scale - it was observed that more than half of respondents do not have overload (54%). However, based on the scale of the burden directed at Fukahori's family members, it was found that the burden is felt, in a pronounced way, in two dimensions, “guilt” and “anticipated grief and losses”. Regarding anxiety, we noticed that 46% of family members do not have anxiety.

This reveals that it is at the level of overload that family members need greater attention from residential structures. During integration and throughout the stay at the residence,

the role of those involved should be to provide family members with coping strategies to help them adapt to these feelings, appeasing them.

Keywords: Overload, Anxiety, family, institutionalization

Dedicatória

À minha filha...

Aos meus pais..

Ao meu irmão e cunhada...

Ao meu companheiro...

Pilares da minha Vida!

Agradecimentos

A realização deste trabalho só foi possível com a colaboração de um grupo de pessoas, que direta ou indiretamente me incentivaram, me aconselharam e me motivaram. Assim, deixo público o meu agradecimento a todos os que me ajudaram a concretizar este estudo.

À Professora Doutora Maria Augusta Mata agradeço a ajuda na escolha da temática, a dedicação e apoio dispensadas em todo o processo.

Ao Professor Doutor Manuel Brás agradeço pela distinta colaboração no esclarecimento de dúvidas e pela persistência e oportunidade que me permitiu concluir este trabalho.

À professora Doutora Adília Fernandes agradeço pela disponibilidade e força dadas ao longo deste percurso.

Às direções de ambas as instituições (Fundação Betânia e Santa Casa da Misericórdia de Bragança) que me permitiram fazer a recolha de dados, junto dos familiares dos seus Utentes.

À minha filha, minha força, minha Alegria, minha Vida!

À minha mãe, ao meu pai e irmão ... meu porto seguro. Pelo amor, dedicação, apoio e constante estímulo e alento.

Ao meu companheiro pelo amor, compreensão, paciência e palavras de ânimo constantes.

A todos os intervenientes – participantes e colegas - que contribuíram para a realização deste estudo.

A todos o meu mais sincero e profundo agradecimento.

Lista de abreviaturas e Siglas

AVD's – Atividades de Vida Diária

CBS-FNH - Escala de Avaliação de Sobrecarga para familiares de Pessoas Institucionalizadas em ERPI

CD – Centro de Dia

CIF - Concelho Internacional de Enfermagem

DGS – Direção Geral de Saúde

ERPI – Estrutura Residencial para Idosos

FB – Fundação Betânia

HADS - Escala Hospitalar de Ansiedade e Depressão

IPB – Instituto Politécnico de Bragança

IPSS - Instituições particulares de solidariedade social

OMS – Organização Mundial de Saúde

SAD – Serviço de Apoio Domiciliário

SCMB – Santa Casa da Misericórdia de Bragança

UCC – Unidade de Cuidados Continuados

Índice

Introdução	1
I PARTE – ENQUADRAMENTO TEÓRICO	4
1. Envelhecimento e Doenças Crónicas	5
2. Institucionalização.....	7
3. Sobrecarga.....	9
4. Ansiedade	11
5. Saúde Mental.....	12
6. Intervenção Comunitária.....	13
II PARTE – ENQUADRAMENTO METODOLÓGICO.....	16
1. Metodologia.....	17
1.1. Amostragem.....	18
1.2. Procedimentos de Recolha e Análise de Dados	20
1.2.1. Escala de Sobrecarga do Cuidador de Zarit.....	21
1.2.2. Escala de Ansiedade e Depressão - HADS	21
1.2.3. Escala de Avaliação de Sobrecarga para familiares de Pessoas Institucionalizadas em ERPI de Fukahori (CBS-FNH).....	22
1.3. Procedimentos Éticos e Deontológicos	22
2. Apresentação, Análise e Discussão de Resultados.....	24
2.1. Características Sociodemográficas da amostra	24
2.2. Caracterização e avaliação da Sobrecarga Zarit (Sequeira, 2010)	26
2.3. Caracterização e avaliação da ansiedade – HADS (Ribeiro, 2007)	27
2.4. Caracterização e avaliação da sobrecarga em familiares de pessoas institucionalizadas de Fukahori (CBS-FNH) (Obanos-Martell et al., 2016)	28
2.5. Inferência Estatística	29

2.5.1. Comparação da sobrecarga de Zarit e CBS-FNH por sexo, faixa etária, estado civil, Escolaridade, atividade profissional e auto percepção da saúde.....	29
2.5.2. Comparação da Ansiedade por sexo, faixa etária, estado civil, Escolaridade, atividade profissional e auto percepção da saúde	31
2.5.3. Associação entre sobrecarga (Zarit, CBS-FNH e suas dimensões) com a HADS-A.....	32
2.5.4. Comparação entre as dimensões da escala CBS-FNH por sexo, faixa etária, estado civil, Escolaridade e Atividade profissional.....	33
2.6. Discussão de resultados	36
3. Conclusão do Estudo.....	40
4. Limitações e sugestões do estudo	45
5. Referências Bibliográficas	47
Anexos.....	53
Anexo I.....	54
Pedido de autorização e resposta para aplicação dos Questionários na Fundação Betânia e Santa Casa da Misericórdia de Bragança.....	54
ANEXO II	57
Consentimento Informado, Livre e Esclarecido	57
ANEXO III	60
Autorização de Utilização/Tradução das Escalas Utilizadas.....	60
ANEXO IV	65
Instrumentos de Colheita de Dados	65
ANEXO V	74
Projeto de Intervenção Comunitária	74
ANEXO VI.....	87
Relatório de Estágio realizado na UCC de Bragança	87
INTRODUÇÃO.....	94
1. CONTEXTUALIZAÇÃO DO LOCAL DE ESTÁGIO	97

a.	Área de abrangência.....	98
b.	População Inscrita.....	98
c.	Constituição da Equipa	100
d.	Carteira de Serviços	101
2.	ATIVIDADES DESENVOLVIDAS EM ESTÁGIO	103
3.	ANÁLISE CRÍTICA E CONSIDERAÇÕES FINAIS	106
	REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	107
	ANEXOS	110
	ANEXO I.....	111
	Pedido de autorização à Comissão de Ética da ULSNE e respectiva Autorização	111
	ANEXO II.....	115
	Consentimento Informado, Livre e Esclarecido	115
	ANEXO III	117
	Instrumento de Colheita de dados.....	117
	ANEXO IV	124
	Planeamento das sessões de educação para a saúde	124
	ANEXO V.....	127
	Convites Profissionais de Saúde e Cuidador	127
	ANEXO VI.....	138
	Folheto Informativo – Realidade com Institucionalização em ERPI.....	138
	ANEXO VII.....	141
	Folheto – Estado Global de Saúde	141
	ANEXO VIII.....	144
	Folheto - Ansiedade e Depressão.....	144
	ANEXO IX	147
	Questionário de Avaliação da Sessão de Educação para a Saúde	147

Índice de Figuras

Figura 1 - Valores médios de cada item da escala de sobrecarga do cuidador de Zarit	26
Figura 2 - Distribuição da amostra pelos níveis de sobrecarga do cuidador de Zarit.....	27
Figura 3 - Valores médios dos itens da Ansiedade da escala HADS-A	27
Figura 4- Distribuição da amostra pelos níveis de Ansiedade da escala HADS-A.....	28

Índice de Tabelas

Tabela 1 - Caracterização da amostra quanto às variáveis sociodemográficas	25
Tabela 2. Estatística descritiva para a escala Zarit	27
Tabela 3- Estatística descritiva para a escala HADS-A	28
Tabela 4. Estatística descritiva para as subescalas e pontuação global da escala CBS-FNH	29
Tabela 5 - Comparação da sobrecarga de acordo com as variáveis sociodemográficas	30
Tabela 6 - Comparação da ansiedade e do estado de global de saúde de acordo com as variáveis sociodemográficas.....	31
Tabela 7 - Correlação entre a sobrecarga mensurada pela escala de Zarit, CBS-FNH e suas dimensões e a ansiedade (HADS-A)	33
Tabela 8 - Comparação das dimensões da escala sobrecarga CBS-FNH de acordo com as variáveis sociodemográficas	34

Introdução

O envelhecimento populacional é “uma realidade mundial que decorre de um processo de reestruturação demográfica com mudanças expressivas, essencialmente nas taxas de fertilidade e de mortalidade” (Schwanke et. al,2012, citado por Peres et. al, 2014, p.1). Este fenómeno acontece como resposta às melhorias na vida da população, como o acesso aos serviços de saúde, medicação, alimentação e condições sanitárias (Schwanke et. al,2012, citado por Peres et. al, 2014).

Segundo o Diário da Republica – Despacho nº 12427/2016, p. 30783 “Portugal é um dos países, no contexto do espaço europeu, onde o processo de envelhecimento demográfico tem sido mais rápido e mais acentuado”. Sendo que no ano de 2015 a percentagem de jovens diminuiu progressivamente e as pessoas com 65 anos ou mais representam um quinto da população.

Tendo a velhice como a última etapa da vida, admite-se que seja nesta fase que o declínio das capacidades e funções sejam mais observáveis e acentuados, reflectindo-se em elevados níveis de dependência para o autocuidado (Despacho n.º 12427/2016).

No entanto, não podemos deixar de falar nas doenças crónicas, que representam um problema para as entidades de respostas sociais e para as famílias (Martins et al, 2004).

Tanto a velhice, como as doenças crónicas trazem elevados níveis de dependência que “resulta habitualmente do declínio funcional da pessoa, em consequência do aparecimento de complicações de uma patologia ou devido a um acidente” (Sequeira,2010, citado por Costa, 2012, p.29)

Estes níveis de dependência implicam cuidados específicos à pessoa idosa ou com doença crónica. Com o passar dos anos, estes cuidados, que eram da responsabilidade da família, transferem-se para instituições do estado ou privadas. Isto deve-se, segundo Almeida (2008) a alterações demográficas e sociais das famílias. Entramos, assim, no processo de institucionalização.

Aquilo que se espera, com a institucionalização é que a responsabilidade de cuidados seja transferida para as instituições e que os familiares se apresentem com menor sobrecarga física e psicológica e com uma saúde mental plena. No entanto alguns estudos indicam que os familiares de pessoas institucionalizadas se mantêm com níveis

de sobrecarga elevada e, por consequência, a sua saúde mental e física sejam afectadas. A ansiedade, tal como a depressão, são reconhecidas como uma consequência nos cuidadores (Parks, 2000, citado por Sousa, 2020).

Tendo em conta a problemática da institucionalização e, após uma pesquisa bibliográfica na área das Ciências da Saúde, verificou-se que há pouca investigação sobre sobrecarga e ansiedade em familiares de Utentes Institucionalizados. Sendo que os estudos existentes, no que diz respeito às variáveis em estudo, dizem respeito, na sua maioria, aos cuidadores formais e informais em contexto domiciliário ou em contexto de internamento temporário. O interesse por esta temática surge após se constatar a pouca investigação que existe relativamente a familiares de Utentes institucionalizados e, devido ao fato de a investigadora exercer funções de coordenação da equipa de enfermagem na área de enfermagem numa estrutura residencial para Idosos (ERPI) e constatou, nos últimos tempos, uma maior procura por parte dos Familiares dos Utentes com maior dependência, relatando exaustam enquanto cuidadores informais. Surge assim, nesta sequência o interesse por estudar este tema no âmbito do estágio para obtenção do grau de mestre em Enfermagem Comunitária.

A obtenção de grau de mestre em enfermagem comunitária implica que o estudante tenha conhecimento das competências do enfermeiro especialista, colocando-as em prática. Segundo o Diário da República - Regulamento n.º 428/2018 p.19354, as competências do enfermeiro especialista em enfermagem comunitária e de saúde pública, são:

- a) Estabelece, com base na metodologia do Planeamento em Saúde, a avaliação do estado de saúde de uma comunidade;
- b) Contribui para o processo de capacitação de grupos e comunidades;
- c) Integra a coordenação dos Programas de Saúde de âmbito comunitário e na consecução dos objetivos do Plano Nacional de Saúde.
- d) Realiza e coopera na vigilância epidemiológica de âmbito geodemográfico.

Com base nas competências descritas, e com a finalidade de entender se os familiares de Utentes institucionalizados passam por situações de sobrecarga e ansiedade com o processo da institucionalização, ambiciona-se aprofundar esta temática com a finalidade

de disponibilizar dados à gestão das instituições e equipas de trabalho com o intuito de fomentar intervenções estruturadas junto dos intervenientes.

Face ao exposto apresenta-se a questão de investigação: *Qual o nível de sobrecarga e ansiedade em familiares de Utentes institucionalizado?*

A presente investigação encontra-se dividida em duas partes. E tem como objetivos:

- Caracterizar os familiares de Utentes Institucionalizados;
- Identificar a sobrecarga e ansiedade dos familiares de pessoas institucionalizadas.
- Relacionar a sobrecarga e ansiedade dos familiares de pessoas institucionalizadas com variáveis sociodemográficas;
- Disponibilizar à sociedade em geral dados sobre a sobrecarga e ansiedade dos familiares de pessoas institucionalizadas;
- Realizar um projeto de intervenção, junto dos familiares, população em geral e profissionais das Estruturas Residenciais para Idosos, no âmbito do diagnóstico da situação de saúde, com as diferentes temáticas: Sobrecarga; Ansiedade; Estado Global de Saúde; Institucionalização, Ser Cuidador (Anexo V).

Na parte I - Enquadramento Teórico - pretende-se contextualizar o tema com a revisão de alguns conceitos, dados e evidências científicas para uma melhor compreensão da temática, abordando o envelhecimento e doenças crónicas; Institucionalização; Sobrecarga; Ansiedade; Saúde Mental.

Na parte II – Investigação Empírica – apresenta-se a metodologia – com o tipo de amostragem; Quais os procedimentos de recolha e análise de dados e os procedimentos éticos e deontológicos. Na apresentação, análise e discussão de resultados são caracterizadas as escalas de avaliação, seguindo-se a inferência estatística e a discussão de resultados. Por fim, apresentam-se as conclusões do estudo, bem como as limitações e sugestões de estudo.

I PARTE – ENQUADRAMENTO TEÓRICO

1. Envelhecimento e Doenças Crónicas

Segundo a DGS, o envelhecimento humano pode ser descrito como o “processo de mudança progressivo da estrutura biológica, psicológica e social dos indivíduos que, iniciando-se mesmo antes do nascimento, se desenvolve ao longo da vida” (DGS, 2006, p.5). O envelhecimento é parte natural do ciclo de vida e espera-se que seja vivido de forma saudável e autónoma (DGS, 2006).

Envelhecer implica um combinado de limitações, que podem ser de carácter biológico, funcional, psíquico e social – rede de suporte (Garcia, 2009, citado por, Martins, 2022).

Para Cabral et. al. “a família, a comunidade e a sociedade têm um forte impacto na forma como se envelhece” (Cabral, 2013, citado por DGS, 2017, p.8). Assim, o envelhecimento, tornou-se um desafio de responsabilidade individual e da sociedade, com tradução no desenvolvimento económico de um país, uma vez que se pretende que se prolongue o máximo possível com saúde, com autonomia e independência (DGS, 2006).

A saúde, nos idosos, apura-se fundamental, de forma assegurar qualidade de vida para que se mantenham ativos na sociedade (DGS, 2006). A promoção da Saúde é da responsabilidade de vários sectores, que segundo a DGS (2006, p.10) são –“ saúde, educação, segurança social e o trabalho, os aspectos económicos, a justiça, o planeamento e desenvolvimento rural e urbano, a habitação, os transportes, o turismo, as novas tecnologias, a cultura e os valores que cada sociedade defende e que cada cidadão tem como seus”.

O envelhecimento demográfico resulta de vidas mais longas e saudáveis, no entanto, também as doenças crónicas têm forte peso em idades mais avançadas (Filipe, 2015).

A doença crónica, segundo a DGS (2010, p.1) define-se como “permanente, produz incapacidade/deficiências residuais, é causada por alterações patológicas irreversíveis”. Revelando-se num problema de saúde pública pelo seu impacto negativo no bem-estar do indivíduo e em quem o rodeia, a família (Filipe, 2015). As doenças mentais representam 40% das doenças crónicas e revelam-se a maior causa de incapacidade (Obanos-Martell, et al., 2016).

O acompanhamento dos idosos e pessoas que padecem de doenças crónicas torna-se, assim, imperativo – pela dependência e ajuda nas AVD's (Atividades de Vida Diária) – sendo este acompanhamento, formal ou informal (Filipe, 2015). O cuidado formal desempenha-se em contexto profissional, com direito a remuneração ou benefício pela prestação de cuidados. Já o cuidado informal é, por norma, prestado em contexto de domicílio, de forma não remunerada (Filipe, 2015).

Segundo Hoenig J, Hamilton MW (1966) citado por Obanos-Martell et al (2016) cuidar é algo, na sua maioria, imprevisto, indesejado e reflete-se mais difícil quanto menores são os recursos.

Na perspetiva da saúde e apoio social é necessária uma adequação dos serviços às novas realidades sociais e familiares. Percebe-se nesta fase que o acompanhamento dos idosos por equipas pluridisciplinares e com recursos humanos devidamente formados são essenciais a um sistema de saúde adequado a uma população a envelhecer (DGS, 2006).

Como resultado das limitações nos idosos e pessoas com doenças crónicas há atividades do quotidiano que se refletem uma verdadeira sobrecarga para as famílias, surgindo, nesta fase como resposta, a institucionalização (Martins A. F., 2022).

2. Institucionalização

A institucionalização significa o suporte formal para prestação de cuidados, em substituição ou complementaridade dos cuidados informais e familiares. Traduz-se, na transferência da pessoa idosa aos cuidados de uma instituição, lar ou residência (Cardão, 2009).

Tem como objetivo proporcionar ao idoso bem-estar e ajudar na qualidade de vida. Surge como suporte para as famílias que não têm disponibilidade de dar o apoio necessário a estas pessoas com maior dependência (Martins A. F., 2022).

A decisão de institucionalizar o Utente, por parte dos seus familiares, tem na sua base a cronicidade e deterioração das doenças mentais em conjunto com diferentes fatores (Obanos-Martell, et al., 2016).

Faria e Carmo (2015) enumeram uma série de agentes que podem justificar a institucionalização – de entre eles perda de autonomia, solidão e retaguarda de cuidados deficiente pela rede familiar.

Também Obanos-Martell et al (2016) indicam diferentes fatores que levam à decisão de institucionalização: a idade avançada do cuidador, as alterações comportamentais, o declínio cognitivo e funcional do Utente, elevados níveis de sobrecarga e problemas de saúde no cuidador, cuidadores depressivos e a falta de apoios sociais.

A adaptação à institucionalização deve sempre contar com o suporte da família de forma a manter a ligação afetiva entre idoso e família (Espitia & Martins, 2006).

A institucionalização é vista como a última etapa da prestação de cuidados por parte do cuidador informal, pois mantém-se a ideia de que as instituições substituem a família. Posto isto, verifica-se uma desvalorização face aos familiares de Utentes institucionalizados (Dellasega & Nolan, 1997; Kellett, 1999; Kong, 2008; Merrill, 1997) citados por Filipe, 2015). No entanto, Gauler aponta que estudos nos mostram que os familiares de pessoas institucionalizadas se mantêm ativos e envolvidos no dia-a-dia dos seus familiares (Gauler, 2005, citado por Filipe, 2015).

Hoje em dia, em Portugal, são muitas as entidades que dão resposta à população Idosa e com doenças crónicas, encontrando-se distribuídas em território urbano e rural.

Pretendem responder às necessidades da população e desta fazem parte as misericórdias, as fundações, as instituições particulares de solidariedade social (IPSS) , entre outros (DGS, 2017).

3. Sobrecarga

Segundo Fernandes (2009) o conceito de sobrecarga surgiu, na Grã-Bretanha, após se verificarem os danos psicológicos em famílias cuidadoras de doentes psiquiátricos, num programa levado a cabo na comunidade.

Foi nos anos 70 que se desenvolveram, pela primeira vez, formas de avaliação de sobrecarga – após se afirmar como importante fator desencadeador na qualidade de vida dos cuidadores (Fernandes, 2009) .

Cuidar de um idoso dependente por muito tempo pode trazer consequências físicas, emocionais e sociais que se podem ver reflectidas no contexto familiar social e profissional (Loureiro, 2009 citado por Martins, 2022). É rápido que o cuidador informal, devido à sobrecarga, se pode ver em níveis de ansiedade e frustração, nunca antes sentidos (Oliveira, 2009, citado por Martins, 2022) .

Parks & Novielli, 2000); Sautter, et al., 2014, citados por Filipe, 2015, p.2, descrevem o termo sobrecarga como “o desconforto e disrupção física, psicológica, social e financeira, experienciados pelos cuidadores informais”. Sendo que a sobrecarga nestes familiares está directamente relacionada com elevados níveis de stress, depressão, ansiedade e insónia, bem como baixos níveis de bem-estar (Zarit, 1980 cit in Sautter, et al., 2014; Carretero, et al., 2009; Pinguart & Sörensen, 2003; Sautter, et al., 2014) citado por Filipe, 2015)

A sobrecarga, segundo Vitaliano, Young e Russo, (1991); Kinney, (1996); Kinsella *et al.*, (1998) citados por Figueiredo e Sousa, 2008, caracteriza-se como os efeitos negativos vivenciados pelo cuidador. Pode distinguir-se em sobrecarga objetiva e subjetiva. A sobrecarga objetiva avalia-se com base no impacto em vários aspectos do quotidiano do cuidador, tendo em conta a gravidade, tipo de dependência e comportamento do doente. A sobrecarga subjetiva diz respeito à parte emocional do cuidador, isto é, modifica-se de cuidador para cuidador, uma vez que é a forma como este percebe o que o sobrecarrega ou não.

Com a institucionalização supõe-se que haja uma diminuição da sobrecarga, dado o tempo despendido para tarefas e tempo direto de cuidados se ver anulado, no entanto, segundo Obanos-Martel et al (2016) surgem novas fontes causadoras de stress. Como são a decisão de institucionalizar o familiar que se faz acompanhar de muitas emoções e

alterações nas responsabilidades, além das novas relações com os cuidadores formais e pessoal das instituições.

Neste seguimento o familiar assume outras funções que até então não lhe eram familiares, tal como visitas e prestação de apoio emocional (Obanos-Martell, et al., 2016).

Obanos- Martell et al (2016) dizem-nos que com o processo de institucionalização surge um novo fenómeno de sobrecarga, dado o nível de stress que os familiares experienciam.

4. Ansiedade

A ansiedade é “uma apreensão difusa que é vaga na sua natureza e está associada com sentimentos de incerteza e impotência” (Towsend, 2011, citado por Sousa, 2020, p.11). Para o mesmo autor, ansiedade e stress são dois conceitos diferentes, apesar de serem confundidos com regularidade – em suma a ansiedade é uma resposta emocional ao causador externo – o stress.

Ainda, segundo SNS24 (2022 p.1) a ansiedade “é uma reacção normal ao perigo ou ao stress do dia-a-dia. Pode ser entendida como uma sensação de medo perante uma ameaça ou uma preocupação perante algo que poderá acontecer e que tememos ser negativo. (...)”. No entanto se a ansiedade persistir, para além destas situações desencadeadoras, podemos estar sobre uma situação mais complicada e valorizável (SNS24, 2022). No DSM V entendemos que ansiedade e medo são conceitos que se interligam e só se percebe a sua diferença na persistência, isto é, quando as perturbações de ansiedade são excessivas e se mantêm para lá do que é considerado normal (acima dos 6 meses) (APA, 2014).

A ansiedade é relatada como negativa e angustiante, dependendo de pessoa para pessoa (ICN,2011, citado por Sousa, 2020).

Consultando o DSM-V, O Manual de Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais 5.^a edição, percebemos que há diversos tipos de ansiedade, nos quais o medo é comum, por se caracterizar como uma resposta a uma ameaça.

5. Saúde Mental

Para a Organização Mundial de Saúde (OMS) a saúde mental, quando na sua plenitude capacita o indivíduo a enfrentar aspetos stressantes da vida e a trabalhar produtivamente, contribuindo para a comunidade (WHO, 2001, citado por Ribeiro et al, 2015).

A saúde mental está fortemente ligada à saúde física e comportamental do indivíduo Segundo (Herrman et al, 2004, citado por Ribeiro et al, 2015).

Prestar cuidados por um longo período de tempo pode ser desgastante a nível físico e psicológico e por, sua vez, interferir na saúde e bem-estar do cuidador (Costa, 2012).

Obanos-Martell et al (2016) concluem que os problemas de saúde mental se mantêm presentes nos familiares, mesmo após a institucionalização. E relacionam-nos principalmente com o tempo de internamento, os conflitos com a tomada de decisões e a doença do Utente.

Os cuidadores informais estão mais suscetíveis a sofrer de patologia mental pelo impacto que sentem a nível pessoal, familiar, no trabalho e social ao assumir este papel (Costa, 2012).

Segundo Costa (2012) a sobrecarga sentida pelos familiares pode originar problemas que de forma direta vão afetar o seu bem-estar. Estes efeitos fazem-se sentir, na sua maioria, a nível de psicológico e morbidade física. No entanto não se pode afirmar com toda a certeza que o problema de saúde advém do cuidar, sabe-se apenas que o efeito do cuidar, no cuidador, é negativo.

6. Intervenção Comunitária

O Enfermeiro tem na sua base de acções a promoção da saúde, prevenção da doença e o tratamento – para isso auxiliam os indivíduos bem como as suas famílias a aceitar a doença, e, segundo a ordem dos enfermeiros (2008), estes profissionais de saúde devem poder ajudar as famílias com situações relacionadas com a saúde. Assim, preconiza-se assinalar os problemas antecipadamente para que se possam tomar decisões de saúde familiar precocemente (Ordem dos Enfermeiros, 2008).

Os cuidados de saúde primários são definidos como a primeira resposta, em termos de serviços de saúde, à pessoa e comunidade. Segundo a Ordem dos Enfermeiros (2020) os profissionais prestam cuidados de saúde aos pacientes e às suas respetivas famílias. Estes cuidados aludem à saúde, mas também influenciam o bem-estar físico, mental e social das pessoas (Ordem dos Enfermeiros, 2020). O presente estudo direciona-se aos familiares dos Utentes Institucionalizados, uma vez que os enfermeiros passaram a reconhecer, nas famílias, o seu contributo nos cuidados de Enfermagem e a olhar as suas necessidades (Wright & Leahey, 2009, citado por Alves, 2011).

O enfermeiro é quem tem uma relação mais próxima com o doente e família, por ser quem presta cuidados diretos, mas também por ser o elemento que tem maior tempo de permanência nos serviços de saúde (Pacheco, 2006, citado por Alves, 2011). Assim, em suma, é o enfermeiro que melhor conhece o contexto familiar e portanto ninguém melhor que ele para dar uma resposta mais adequada à sua realidade.

Segundo Alves (2011) as mudanças que ocorrem no seio familiar, perante a doença e/ou hospitalização, vão afetar toda a família e não só o indivíduo. Por isso é importante que o enfermeiro se interesse por conhecer as implicações na família perante estes fenómenos. Parece-nos que podemos aqui incluir as alterações que a família vai suportar com a institucionalização do indivíduo. A institucionalização, como já mencionado anteriormente, apresenta-se como uma resposta válida para prestação de cuidados adequados e dignos para os idosos – contribuindo para a sua saúde e bem-estar (Martins A. F., 2022).

Rodrigues (2013) manifestou que ao refletir sobre a prática de enfermagem no cuidado à família se poderia reduzir o sofrimento emocional, físico e espiritual dentro da unidade familiar, oferecendo cuidados competentes e de excelência. Alves (2011, p. 12)

entendeu que devia ser avaliada “a importância que os enfermeiros atribuem às famílias, que atitudes desenvolvem face a estas e se as mesmas são tidas como fator de stress no seu quotidiano de cuidados”. Além de que identificou ainda quais as medidas adoptadas pelos enfermeiros para auxiliar na gestão de conflitos. Concluindo que os enfermeiros têm atitudes de apoio com as famílias que as ajudam a integrar-se nos cuidados.

Com a criação da OE passam a ficar bem definidas as áreas de atuação – “prestar cuidados de Enfermagem ao ser humano, são ou doente, ao longo do ciclo vital e aos grupos sociais em que ele está integrado” (Decreto-Lei nº 161/96, de 4 de Setembro, p. 2090). Assim, o Conselho Internacional de Enfermagem (CIF), vem salientar a importância de envolver a família nos cuidados – harmonizando os cuidados entre profissionais, doente e família. É, portanto, fundamental que o enfermeiro, tenha presente a necessidade de acompanhar a família em todas as variações que esta suportar no processo saúde/doença (Silva, 2009 citado por Alves, 2011).

De acordo com a Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública, o especialista tem a competência de avaliar o estado de saúde de um grupo e contribuir para o seu processo de capacitação (Ordem dos Enfermeiros, 2018). Salienta-se agora algumas competências do enfermeiro especialista em enfermagem comunitária, que levaram a investigadora a optar por esta problemática ligada à saúde/capacitação dos Familiares de Utentes Institucionalizados.

O regulamento nº 428/2018, anexo I, p. 19355, descreve que, no âmbito da metodologia do Planeamento em Saúde, a avaliação do estado de saúde de uma comunidade, o enfermeiro especialista, entre outras competências:

- a) “Identifica os determinantes dos problemas em saúde de grupos ou de uma comunidade” – Neste contexto a investigadora identificou como problema de saúde – *a sobrecarga e ansiedade* – num grupo – que são os *familiares de Utentes institucionalizados*.
- b) “Define objetivos mensuráveis que permitam medir as mudanças desejáveis em termos de melhoria do estado de saúde de uma comunidade.” – neste ponto foram definidos *objetivos de estudo*;

- c) “Estabelece programas e projetos de intervenção com vista à resolução dos problemas identificados.” – Foi elaborado um *projeto de intervenção* intitulado “*cuidar de quem cuida*”;

Já no que diz respeito ao contributo para o processo de capacitação de grupos e comunidade:

- a) “Procede à gestão da informação em saúde aos grupos e comunidade” – foram elaborados panfletos informativos no seguimento do projeto de intervenção.

A Integração na coordenação dos Programas de Saúde de âmbito comunitário e na consecução dos objetivos do Plano Nacional de Saúde acontecem ao longo do *estágio realizado na Unidade de Cuidados na Comunidade no Centro de Saúde de Santa Maria, na cidade de Bragança*.

Por fim, ao escolher a *região de Bragança, aplicando o instrumento de colheita de dados nos locais seleccionados* pretendeu-se “cooperar na vigilância epidemiológica de âmbito geodemográfico”, mais concretamente “proceder à vigilância epidemiológica dos fenómenos de saúde -doença que ocorrem numa determinada área geodemografia”.

Face ao exposto é importante realçar que em contexto de internamento/institucionalização, dado o significado da saúde em termos individuais e sociais, seja essencial uma reorganização no estilo de vida do Utente, mas também da sua família (Honoré, cit. Abreu, 2007, citado por Alves,2011).

II PARTE – ENQUADRAMENTO METODOLÓGICO

1. Metodologia

Na área da saúde, é através da investigação científica, que se procuram respostas sólidas, científicas e válidas para questões do dia-a-dia. A informação recolhida pela investigação científica é muito importante para equipas de trabalho, governantes e gestores, pois dá-nos a realidade atual de saúde de uma população. Assim, com base neste conhecimento, projetam-se programas de intervenção comunitária, de forma ajustada, para população.

Uma investigação tem início com uma grande questão, investigador interessa-se por uma temática e explora-a. Ao relatar a forma como se efetuou todo o estudo permitiremos a replicação do mesmo, a qualquer outra pessoa (Ribeiro, 2010).

No presente estudo delineou-se como questão base: *Qual o nível de sobrecarga e ansiedade em familiares de Utentes institucionalizado?*

Com a finalidade de responder à questão de investigação definiram-se os seguintes objetivos de estudo:

- Caracterizar os familiares de Utentes Institucionalizados;
- Identificar a sobrecarga e ansiedade dos familiares de pessoas institucionalizadas.
- Relacionar a sobrecarga e ansiedade dos familiares de pessoas institucionalizadas com variáveis sociodemográficas;
- Disponibilizar dados sobre a sobrecarga e ansiedade dos familiares de pessoas institucionalizadas à sociedade em geral;
- Realizar um projeto de intervenção no âmbito do diagnóstico da situação de saúde das diferentes temáticas: Sobrecarga; Ansiedade; Auto perceção da saúde; Institucionalização, Ser Cuidador (Anexo V).

Foram selecionadas as variáveis de investigação - Sobrecarga e Ansiedade, e as Variáveis de caracterização - Sociodemográficas – onde foram englobadas a Idade, Sexo, Estado Civil, Nível de Estudo, Profissão/ocupação, Actividade profissional, Grau de Parentesco e Avaliação da Saúde).

De acordo com os objetivos definidos optou-se por uma metodologia Quantitativa, Estudo Observacional, Analítico e transversal. Segundo Ribeiro (2010, p.30) num

estudo observacional “o investigador não intervém”, pelo contrário, cria estratégias de descrição do estudo, de forma a não manipular os resultados. Para o mesmo autor os estudos observacionais podem ser descritivos ou analíticos. Como supra-referido o presente estudo é de carácter analítico, uma vez que “...permitem responder à questão de porque é que os sujeitos têm aquelas características através da correlação de variáveis” (Ribeiro, 2010, p. 31). Por fim, é transversal pois procura resultados num momento só (Ribeiro, 2010).

As hipóteses de estudo têm a finalidade de relacionar as variáveis que se pretendem investigar. Assim foram definidas 4 hipóteses de estudo:

H1 – Há relação estatisticamente significativa entre as variáveis sociodemográficas e a sobrecarga do familiar.

H2 – Há relação estatisticamente significativa entre as variáveis sociodemográficas e a ansiedade do familiar.

H3 – Há relação estatisticamente significativa entre a sobrecarga do familiar e a ansiedade do familiar.

H4 – Há relação estatisticamente significativa entre as variáveis sociodemográficas e as dimensões da escala de sobrecarga para familiares de pessoas institucionalizadas.

1.1. Amostragem

A população do estudo é composta por 245 familiares de Utentes Institucionalizados em duas ERPI da região de Bragança – Fundação Betânia (FB) e Santa Casa da Misericórdia de Bragança (SCMB). A escolha dos locais, prendeu-se com o tema em estudo e, pelo fato da investigadora se inserir, por questões laborais, numa das ERPI referidas.

Bragança situa-se na província de Trás os Montes e Alto Douro, na Região Norte, é um dos concelhos com maior dimensão do País (1174 km² de superfície territorial, aproximadamente), dividida em 39 freguesias e conta com 34589 habitantes, existindo a média de 260.5 idosos por cada 100 jovens, no ano de 2021 in PorData (2021). Fica,

assim, claro que Bragança é um concelho com uma população envelhecida e são cada vez mais as instituições que dão resposta à população idosa nesta região.

A *Fundação Betânia (FB) - Centro Apostólico de Acolhimento e Formação* foi fundada em Dezembro 1996 pelo Cónego Anibal Folgado – com a ajuda dos seus familiares – Monsenhor Adelino Pais e Dr. Fernando Geraldês (UIPSSDB, 2022). Tem como missão “acolher e apoiar, prioritariamente, a população idosa da Diocese de Bragança – Miranda potenciando a sua (re) socialização e autonomia” (UIPSSDB, 2022). A Instituição é constituída por 3 Edifícios, sendo de salientar para a presente investigação a ERPI (Casa Cónego Folgado) - Com quatro pisos e capacidade para 72 Utentes, acomodados em quartos duplos ou individuais. Além da ERPI, a FB, está capacitada com um Centro de Dia para 30 Utentes e um Serviço de Apoio Domiciliário para, cerca de, 50 Utentes.

A *SMCB* teve início a 6 Julho de 1518 por D. Manuel I como Confraria da Santa Casa da Misericórdia. Só mais tarde (1641) D. João IV lhe atribuiu as mesmas regalias que a Santa Casa da Misericórdia de Lisboa (SCMB, 2021). Tem como base “satisfazer as necessidades diagnosticadas na comunidade, disponibilizando um conjunto de recursos que contribuam para o desenvolvimento local e protecção de grupos sociais mais vulneráveis”. Tem áreas de resposta de cariz social, saúde, deficiência, infância, cultura e ensino. A resposta social Lar dá resposta a pessoas com 65 ou mais anos que não tenham condições (sejam elas quais forem) de manter-se no seu domicílio – promovendo a autonomia, a integração social e a saúde (SCMB, 2021). No que diz respeito à 3ª Idade a SCMB tem como respostas – ERPI, SAD e CD. As ERPI estão distribuídas por 3 edifícios, todos interligados: Estrutura Residencial Imaculada Conceição – com capacidade para 71 Utentes; Estrutura Residencial Santa Isabel - com capacidade para 61 Utentes; Estrutura Residencial Santa Teresa D’Ávila - com capacidade para 41 Utentes. (SCMB, 2021)

Para seleccionar a amostra optou-se por um processo de amostragem não probabilística por conveniência, fazendo a seleção visando a presença e disponibilidade do familiar no período de tempo entre Outubro de 2022 e Setembro 2023. Assim, a amostra é constituída por 138 familiares de Utentes Institucionalizados.

Definiram-se como critério de inclusão da amostra – indivíduos de ambos os sexos, que sabiam ler e escrever.

Sendo uma amostra não probabilística, qualquer familiar que recorreu às instituições, durante os meses de recolha, que sabiam ler e escrever foram abordados a fim de participarem no estudo.

1.2. Procedimentos de Recolha e Análise de Dados

Para a colheita de dados foi aplicado um instrumento de colheita de dados - (ANEXO IV) - composto por um questionário dividido em quatro partes: a primeira refere-se aos dados sociodemográficos, a segunda diz respeito à Escala de Sobrecarga do Cuidador de Sequeira (2010); a terceira alude à Escala de Ansiedade e Depressão Clínica (HADS), validado por Ribeiro-Pais (2007); e na quarta, aplicou-se a Escala de avaliação da “Sobrecarga para Familiares de Pessoas Institucionalizadas em Estruturas Residenciais para Idosos” (CBS-FNH) (Obanos-Martella et. Al, 2016). O tempo médio de preenchimento rondou os 15 min. Por forma a permitir uma maior disponibilidade dos familiares, foi permitido que levassem consigo o questionário e o devolvessem, posteriormente, devidamente preenchido.

A análise de dados seguiu as normas habituais, e em termos de caracterização da amostra foi utilizada análise descritiva – recorrendo a tabelas de frequências absolutas e relativas, médias, desvio padrão, mínimo e máximo.

Já no que diz respeito à análise de hipóteses – aplicou a análise inferencial – com os testes paramétricos e não paramétricos. Nos testes paramétricos é obrigatório verificar pressupostos de normalidade e homogeneidade de variâncias. Estes testes podem dividir-se em test T (quando temos 2 amostras independentes e são superiores ou iguais a 30); ou em ANOVA (F) – quando temos 3 ou mais amostras.

Quando a normalidade de ANOVA não se verifica utilizam-se os testes não paramétricos - kruskal-wallis - utilizado na comparação de três ou mais amostras independentes. Indica-nos se há diferença entre pelo menos duas delas.

Relativamente ao coeficiente de correlação de Pearson - *mede a relação estatística entre duas variáveis contínuas*. O coeficiente de correlação de Pearson varia entre valores de +1 a -1. Um valor de 0 indica que não há associação entre as duas variáveis. Um valor maior que 0 indica uma associação positiva. Isto é, à medida que o valor de uma

variável aumenta, o mesmo acontece com o valor da outra variável. Um valor menor que 0 indica uma associação negativa. Isto é, à medida que o valor de uma variável aumenta, o valor da outra diminui.

1.2.1. Escala de Sobrecarga do Cuidador de Zarit

A escala de sobrecarga do Cuidador de Zarit foi validada por Sequeira em 2010 com base numa investigação “essencialmente quantitativa, do tipo analítico e correlacional” (Sequeira, 2010). E Segundo Sequeira (2010, p.11) pretende “avaliar a sobrecarga objectiva e subjectiva do cuidador informal e que inclui informações sobre saúde, vida social, vida pessoal, situação financeira, situação emocional e tipo de relacionamento”. A escala utilizada com 22 questões resulta de uma segunda revisão à escala original com 29 questões. Cada questão apresenta 5 itens (variando de “nunca” a “quase sempre” – e em termos quantitativos variam de 1 a 5 pontos. Assim no final obtém-se um score geral entre 22 e 110, em que uma maior pontuação corresponde a uma maior sobrecarga. De acordo com este estudo de validação a os resultados são interpretados – Sem Sobrecarga (inferior a 46); Sobrecarga Ligeira (entre 46 a 56); Sobrecarga Intensa (superior a 56) (Sequeira, 2010).

1.2.2. Escala de Ansiedade e Depressão - HADS

As escalas de ansiedade e depressão – HADS - foram validadas num estudo realizado em 2007 por Pais-Ribeiro; Silva; Ferreira; Martins; Meneses e Baltazar. O estudo foi realizado em 1322 participantes diagnosticados com cancro, acidente vascular cerebral, epilepsia, doença coronária, diabetes, distrofia miotónica, apneia obstrutiva do sono, depressão e um grupo sem doença (Pais-Ribeiro, et. al 2007). O HADS é um instrumento que mede, de forma individual os níveis de ansiedade e de depressão. A escala apresenta-se simples e de aplicação rápida – sendo de fácil compreensão para a população portuguesa. A escala HADS tem 14 questões, sendo 7 questões relacionadas com a ansiedade e 7 com a depressão (Milhomens, 2014):

- As questões ímpares (1 a 13) estão relacionadas com a Ansiedade e a questões pares (2 a 14) dizem respeito à Depressão (Marcolino, Suzuki, Alli, Gozzani, & Mathias, 2007).

- Na resposta atribui-se uma nota de 0 a 3 para cada questão - Zero (nenhuma gravidade) e o três (maior gravidade);
- Os itens 7 e 9 estão formulados no sentido positivo contrariamente aos restantes, pelo que as suas pontuações têm que ser reconvertidas.
- Quanto maior for o resultado, maior será a incapacidade psicológica, sendo que a pontuação total do HADS varia entre 0 a 21 pontos;
- Segundo o estudo original de Pais-Ribeiro et al. (2007) – a pontuação de HADS indica que entre 0 e 7 é “normal”, entre 8 e 10 “leve”, entre 11 e 14 “moderado” e entre 15 e 21 “grave”.

1.2.3. Escala de Avaliação de Sobrecarga para familiares de Pessoas Institucionalizadas em ERPI de Fukahori (CBS-FNH).

A escala de avaliação de sobrecarga para familiares de Pessoas Institucionalizadas em ERPI foi concebida no ano de 2010 por fukahori; yamamoto-mitani; sugiyama; sugai; e kai no Japão – com o objectivo de avaliar a sobrecarga em familiares de utentes institucionalizados. Em 2016 foi traduzida e utilizada por Obanos-Martell et. al na *Informaciones Psiquiátricas - 2016 - n.º 225*. Assim, é com base neste estudo, na língua espanhola, que prossegue o presente estudo. À semelhança dos investigadores Obanos-Martell et. al (2016) – procedemos ao somatório das pontuações dos itens e, no fim, quanto maior a pontuação mais sobrecarga se verifica no familiar do Utente institucionalizado. Esta escala contempla 4 fatores, a saber:

- Conflitos com o pessoal (itens de 1 a 5)
- Restrições relacionadas com o cuidar (itens de 6 a 10)
- Culpa (itens 11,12 e 13)
- Luto e perda antecipados (itens 14,15 e 16)

1.3. Procedimentos Éticos e Deontológicos

A investigação em causa respeita de forma integral os princípios éticos, valores, normas do código deontológico do enfermeiro. Assim como os princípios éticos da comunidade de investigação relativamente aos pressupostos consagrados na Declaração de Helsínquia e Convenção de Oviedo relativamente à investigação com seres humanos.

São exemplo o consentimento informado dos participantes, a confidencialidade, respeito, honestidade e garantia da reserva dos direitos dos participantes voluntários.

Para isso, realizou-se um documento onde constou o enquadramento e explicação do estudo; as condições de participação e a garantia de confidencialidade e anonimato (ANEXO II).

Para uma garantia de cumprimento dos procedimentos éticos, foi ainda pedida e obtida a autorização das direções das Instituições em causa (Anexo I).

Todos os participantes o fizeram de forma voluntária, gratuita, anónima e confidencial. Tendo sido, inclusive, esclarecidos da possibilidade de desistir a qualquer momento do estudo, podendo, mais tarde, ter acesso aos dados da investigação (Anexo II).

Foram pedidas as devidas autorizações para a utilização das escalas utilizadas (ANEXO III).

Por fim, a revisão bibliográfica respeitou os direitos de autor.

2. Apresentação, Análise e Discussão de Resultados

Neste capítulo expomos os resultados da investigação. Encontrando-se dividido para melhor análise e interpretação: características sociodemográficas da amostra; Caracterização e Avaliação da Sobrecarga e Ansiedade do familiar.

Em todas as escalas aplicadas foi calculado o *Alpha de Cronbach* – que permite estimar a confiabilidade de um questionário aplicado num estudo. O valor do alpha deve ser positivo, variando entre 0 e 1, e pode-se estimar da seguinte forma: Superior a 0,9 – consistência muito boa; entre 0,8 e 0,9 – boa; entre 0,7 e 0,8 – razoável; entre 0,6 e 0,7 – fraca; Inferior a 0,6 – inadmissível (análise estatística, 2023).

A escala de Zarit obteve um alfa de cronbach de 0,91 o que traduz uma consistência interna muito boa.

O alfa de Cronbach obtido para os itens da escala de avaliação de ansiedade e depressão (HADS) foi de 0,86.

Relativamente à escala de avaliação de sobrecarga em familiares de Utentes institucionalizados em ERPI o alfa de cronbach global obtido foi de 0,85, pelo que a escala apresenta uma consistência interna boa. Por dimensões, o alfa de Cronbach obtido foi: “o conflito com o pessoal” – 0,83; “Restrições relacionadas com o cuidar” – 0,79; “Culpa” – 0,88 e “Luto e perda antecipados” – 0,881 o que traduz consistências boas e razoáveis.

2.1. Características Sociodemográficas da amostra

Na tabela 1 apresentamos as características sociodemográficas da amostra.

A amostra tem 138 indivíduos, dos quais 98 (71%) mulheres e 40 (29%) homens. Sendo que se verifica uma predominância do sexo feminino.

No que diz respeito à variável idade, optamos por agrupá-las, assim temos entre 20 e 49 anos 38 (28%) indivíduos; dos 50 aos 59 anos temos 75 (54%) indivíduos; e, acima ou igual a 60 anos temos 25 (18%). A idade média observada foi de 55,93 anos e o desvio padrão foi de 11,02. Por sexo, as mulheres apresentam uma idade média de 54,72 anos e um desvio padrão de 10,06 anos, e os homens, uma média de 58,88 anos e desvio padrão 12,74 anos.

Relativamente ao estado civil observamos que a maioria dos indivíduos se encontra casado ou em união de facto (76%), seguindo-se os viúvos, divorciados/separados (12%); e os solteiros (12%).

Analisando escolaridade observamos que prevalece o ensino secundário com 49,1%, seguindo-se 36% da amostra com o ensino superior, e por último até ao 3º ciclo com 25%.

No que respeita à situação profissional verificamos que a maioria dos inquiridos se encontra ativo (67%), existindo 33% inativos, isto é, encontram-se desempregados ou reformados.

No que concerne ao grau de parentesco observamos que na sua maioria são filho(a) (67%), seguido de Marido/Esposa (12%). Verificamos que entre 4% e 7% temos sobrinho(a), genro/nora, irmão/irmã, neto(a). Apenas 1% dos indivíduos é amigo(a).

Quanto à perceção do estado de saúde, cerca de 47% classificam-na como razoável, 36% como boa. Seguindo-se 2% como muito má e 3% como muito boa.

Tabela 1 - Caracterização da amostra quanto às variáveis sociodemográficas

		n	%
Sexo	Feminino	98	71,0
	Masculino	40	29,0
Idade	20 a 49 anos	38	27,5
	50 a 59 anos	75	54,3
	60 ou mais anos	25	18,1
Estado civil	Casado/união de facto	105	76,1
	Solteiro	16	11,6
	Viúvo, divorciado ou separado	17	12,3
Escolaridade	Até 3.º ciclo	34	24,6
	Secundário	54	39,1
	Superior	50	36,2
Atividade profissional	Ativo	92	66,7
	Inativo	46	33,3
Grau de parentesco	Marido/Esposa	16	11,6
	Filho (a)	92	66,7
	Sobrinho(a)	9	6,5

	Genro/Nora	6	4,3
	Irmão/irmã	6	4,3
	Neto(a)	8	5,8
	Amigo(a)	1	0,7
<hr/>			
Auto percepção da saúde	Razoável	65	47,1
	Boa	50	36,2
	Má	15	10,9
	Muito boa	5	3,6
	Muito má	3	2,2

2.2. Caracterização e avaliação da Sobrecarga Zarit (Sequeira, 2010)

Na Figura 1 estão representados os valores médios de cada item, verificando-se que a maior sobrecarga por parte do familiar se verificou nos itens: 7 – “Tenho receio pelo futuro destinado ao seu familiar”; 8 – “Considera que o seu familiar está dependente de si” e 14 – “Acredita que o seu familiar espera que você cuide dele como se fosse a única pessoa com que ele(a) pudesse contar”.

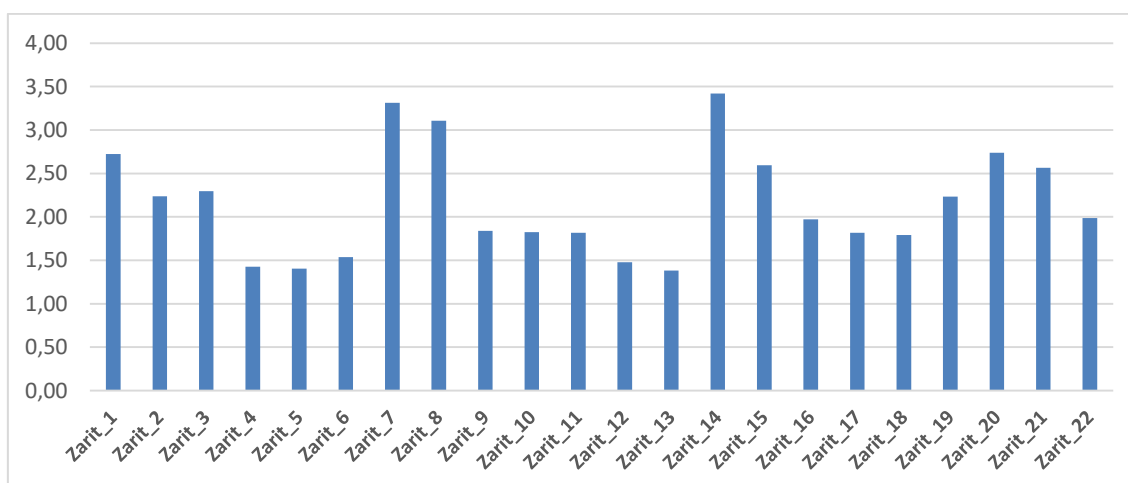


Figura 1 - Valores médios de cada item da escala de sobrecarga do cuidador de Zarit

A operacionalização desta escala é feita pela soma dos 28 itens, obtendo-se assim, pontuações teóricas a variar entre 22 e 110 pontos. Na amostra em estudo, o mínimo registado foi 22 pontos e o máximo foi 99 pontos, sendo a média 48,51 e o desvio padrão 14,35 (Tabela 2).

Tabela 2. Estatística descritiva para a escala Zarit

	Mínimo	Máximo	Média	Desvio padrão
Sobrecarga Zarit	22	99	48,51	14,35

Na amostra em estudo cerca de 54% dos cuidadores não apresentam sobrecarga, 23% apresentam uma sobrecarga ligeira e também 23% restantes uma sobrecarga intensa (Figura 2).

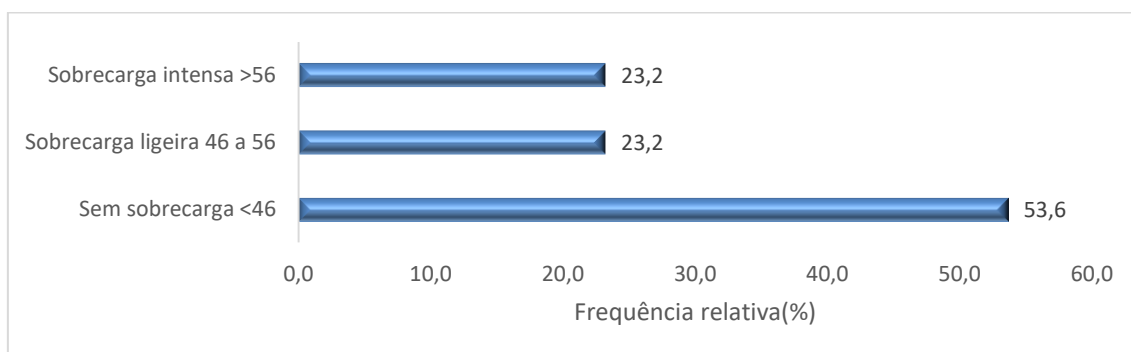


Figura 2 - Distribuição da amostra pelos níveis de sobrecarga do cuidador de Zarit

2.3. Caracterização e avaliação da ansiedade – HADS (Ribeiro, 2007)

Atendendo aos objetivos deste trabalho vamos forçar-nos na subescala da ansiedade. Esta subescala é constituída pelos itens ímpares (1, 3, 5, 7, 9, 11 e 13) e o objetivo é somar as suas pontuações, obtendo-se valores teóricos entre 0 e 21 pontos.

Os familiares deste estudo evidenciam maior ansiedade nos itens 5 – “Tenho a cabeça cheia de preocupações” e 7 – “Sou capaz de estar descontraidamente sentado(a) e sentir-me relaxado(a)” (item para inverter) (Figura 3). A pontuação global obtida varia entre 0 e 19 pontos, sendo a média 8,33 e o desvio padrão 4,71 (Tabela 3).



Figura 3 - Valores médios dos itens da Ansiedade da escala HADS-A

Tabela 3- Estatística descritiva para a escala HADS-A

	Mínimo	Máximo	Média	Desvio padrão
HADS	0	19	8,33	4,71

Na amostra em estudo, cerca de 46% dos familiares apresentam um nível de ansiedade normal, 25% ansiedade leve, 16% moderada e 13% apresentam níveis de ansiedade considerados graves (Figura 4).

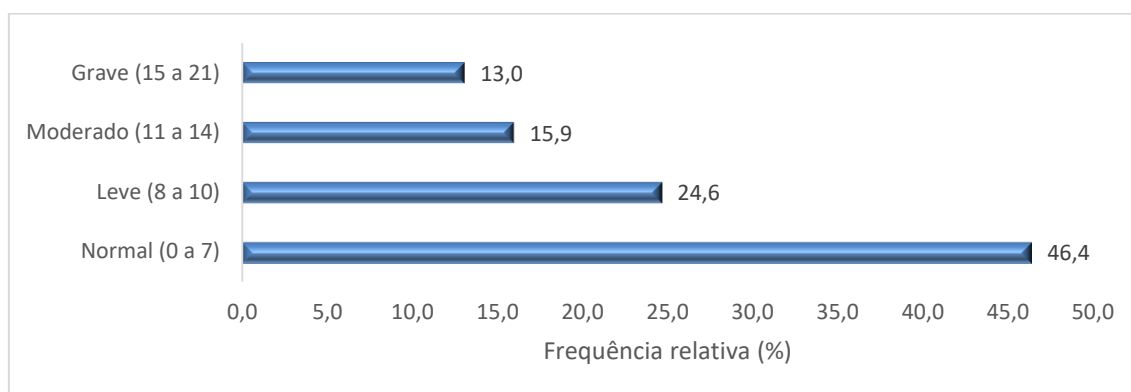


Figura 4- Distribuição da amostra pelos níveis de Ansiedade da escala HADS-A

2.4. Caracterização e avaliação da sobrecarga em familiares de pessoas institucionalizadas de Fukahori (CBS-FNH) (Obanos-Martell et al., 2016)

Os familiares deste estudo apresentam menor sobrecarga nas dimensões “Conflitos com o pessoal” e “restrições relacionadas com o cuidar”, pois apresentam valores médios bastante inferiores ao valor médio da variação possível (7,5 pontos). Nas outras dimensões, os familiares revelam sobrecarga bastante mais elevada, pois, numa variação possível entre 0 e 9 pontos, obtiveram-se valores médios superiores a 5. Globalmente, a média obtida foi de 17,15 pontos, numa variação possível entre 0 e 48 pontos, o que revela que a sobrecarga não é muito elevada. Estes resultados são apresentados na Tabela 5.

Tabela 4. Estatística descritiva para as subescalas e pontuação global da escala CBS-FNH

	Mínimo	Máximo	Média	Desvio padrão
Conflitos com o pessoal (0-15)	0	11	1,96	2,49
Restrições relacionadas com o cuidar (0-15)	0	14	3,72	3,05
Culpa (0-9)	0	9	5,96	2,80
Luto e perda antecipados (0-9)	0	9	5,51	2,61
Sobrecarga global (0-48)	2	34	17,15	7,63

2.5. Inferência Estatística

2.5.1. Comparação da sobrecarga de Zarit e CBS-FNH por sexo, faixa etária, estado civil, Escolaridade, atividade profissional e auto percepção da saúde

Com a finalidade de validar as hipóteses formuladas aplicaram-se testes paramétricos (teste t-Student e ANOVA) e não paramétricos (Kruskal-Wallis) às variáveis dependentes de forma a comparar os vários grupos associados às variáveis sociodemográficas.

Quanto à sobrecarga mensurada pela escala de Zarit e pela CBS-FNH verificou-se que não há diferenças estatisticamente significativas por sexo, idade, estado civil, escolaridade e atividade profissional, pois todos os valores de prova obtidos foram superiores a 5% (Tabela 6).

Assim, não há diferenças na sobrecarga sentida pelos familiares por sexo, faixa etária, estado civil, escolaridade e atividade profissional.

No entanto, no que concerne à sobrecarga sentida relativamente à auto percepção de saúde, obtiveram-se diferenças estatisticamente significativas em ambas as escalas (Zarit e CBS-FNH) pois os valores de prova obtidos foram inferiores a 1%. Observa-se que os familiares de pessoas institucionalizadas com auto percepção de saúde Muito má ou má apresentam níveis de sobrecarga superiores aos outros.

Assim, valida-se parcialmente a hipótese 1 – “*Há relação estatisticamente significativa entre as variáveis sociodemográficas e a sobrecarga do familiar*”.

Tabela 5 - Comparação da sobrecarga de acordo com as variáveis sociodemográficas

		Zarit			CBS-FNH		
		$\bar{x} \pm s$	ET	VP	$\bar{x} \pm s$	ET	VP
Sexo	Feminino	48,7±15 ,4	t=1,558	0,121	17,5±7 ,8	t=0,912	0,364
	Masculino	44,6±11 ,1			16,2±7 ,1		
Idade	20 a 49 anos	48,5±14 ,1	KW=0,4 34	0,805	16,8±7 ,8	KW=0,5 38	0,764
	50 a 59 anos	47,7±15 ,4			17,1±7 ,9		
	60 ou mais anos	45,5±11 ,6			17,7±6 ,8		
Estado civil	Casado/Uni ão de facto	48,4±14 ,8	F=0,836	0,436	17,5±7 ,5	F=0,825	0,441
	Solteiro	44,9±12 ,2			17,2±7 ,2		
	Viúvo, separado ou divorciado	44,5±13 ,0			14,9±9 ,0		
	Até 3.º ciclo	48,4±18 ,7			19,8±8 ,5		
Escolarida de	Secundário	47,5±12 ,1	F=0,100	0,905	16,4±7 ,2	F=2,796	0,065
	Superior	46,9±13 ,4			16,1±7 ,1		
Atividade	Ativo	47,5±15	t=-0,031	0,976	16,7±8	t=-1,069	0,287

profission		,0			,3		
al	Inativo	47,6±13			18,0±6		
		,1			,2		
	Muito má	53,5±16			23,4±6		
	ou má	,9			,9		
Auto	Razoável	49,5±15	Kw=9,53	0,009	17,8±7	F=11,27	<0,001
percepção		,0	5	**	,4	0	**
da saúde	Boa ou	43,3±11			14,4±6		
	muito boa	,4			,9		

Legenda: ** - Significativo a 1%.

2.5.2. Comparação da Ansiedade por sexo, faixa etária, estado civil, Escolaridade, atividade profissional e auto percepção da saúde

Quanto à ansiedade verificou-se que há diferenças estatisticamente significativas por sexo pois o valor de prova obtidos foi $0,031 < 5\%$ (Tabela 7), e são os indivíduos do sexo feminino que apresentam maiores níveis de ansiedade.

Há também diferenças estatisticamente significativas na ansiedade atendendo à auto percepção de saúde pois o valor de prova obtido foi de $0,003 < 1\%$, e, são os familiares de pessoas institucionalizadas com pior auto percepção de saúde que apresentam os níveis de ansiedade mais elevados.

Nas restantes comparações efetuadas todos os valores de prova obtidos forma superiores a 5% pelo que as diferenças não são estatisticamente significativas.

Assim, valida-se parcialmente a hipótese 2 – *“Há relação estatisticamente significativa entre as variáveis sociodemográficas e a ansiedade do familiar”*.

Tabela 6 - Comparação da ansiedade e do estado de global de saúde de acordo com as variáveis sociodemográficas

	$\bar{x} \pm s$	HADS-A	
		ET	VP

Sexo	Feminino	8,9±4,5	t=2,183	0,031*
	Masculino	7,0±4,5		
Idade	20 a 49 anos	7,8±4,2	F=1,272	0,284
	50 a 59 anos	8,2±4,9		
	60 ou mais anos	9,6±4,7		
Estado civil	Casado/União de facto	7,9±4,7	F=1,614	0,203
	Solteiro	10,0±4,6		
	Viúvo, separado ou divorciado	9,1±4,9		
Escolaridade	Até 3.º ciclo	8,6±5,7	F=0,453	0,637
	Secundário	7,9±4,0		
	Superior	8,7±4,8		
Atividade profissional	Ativo	8,1±4,8	t=-0,843	0,401
	Inativo	8,8±4,5		
Auto perceção da saúde	Muito má ou má	11,0±3,9	F=5,936	0,003**
	Razoável	8,8±4,5		
	Boa ou muito boa	6,9±4,7		

Legenda: * - Significativo a 5%; ** - significativo a 1%.

2.5.3. Associação entre sobrecarga (Zarit, CBS-FNH e suas dimensões) com a HADS-A

Na Tabela 7 apresentamos os coeficientes de correlação de Pearson obtidos entre as duas escalas que avaliam a sobrecarga e as dimensões da escala CBS_FNH e a ansiedade. Todas as correlações obtidas são positivas e estatisticamente significativas a 1%, exceto na dimensão “Conflito com o pessoal”. Isto significa que a pontuações mais elevadas numa das escalas correspondem pontuações mais elevadas noutra escala. As correlações entre os totais das duas escalas de sobrecarga com o total da ansiedade são moderadas pois estão compreendidas entre 0,4 e 0,69. As restantes são fracas ou muito fracas.

Desta forma, valida-se a hipótese 3 – *“Há relação estatisticamente significativa entre a sobrecarga do familiar e a ansiedade do familiar”*.

Tabela 7 - Correlação entre a sobrecarga mensurada pela escala de Zarit, CBS-FNH e suas dimensões e a ansiedade (HADS-A)

	HADS-A
Zarit	$r = 0,50^{**}$
CBS-FNH	$r = 0,42^{**}$
Conflito com o pessoal	$r = 0,18^*$
Restrições relacionadas com o cuidar	$r = 0,39^{**}$
Culpa	$r = 0,26^{**}$
Luto ou perda antecipados	$r = 0,34^{**}$

Legenda: * - Significativo a 5%; ** - significativo a 1%.

2.5.4. Comparação entre as dimensões da escala CBS-FNH por sexo, faixa etária, estado civil, Escolaridade e Atividade profissional

As comparações da sobrecarga mensurada pelas várias dimensões da escala CBS-FNH com as variáveis sociodemográficas são apresentadas na Tabela 8. Verificou-se que há diferenças estatisticamente significativas por sexo na dimensão “Luto ou perdas antecipados” pois o valor de prova obtido no teste T-Student foi inferior a 5%, e observando os valores médios comprova-se que são os familiares do sexo feminino que apresentam maior sobrecarga. Também se obtiveram diferenças estatisticamente significativas na dimensão “Restrições relacionadas com o cuidar” quanto à escolaridade dos participantes deste estudo, pois o valor de prova obtido no teste Anova foi inferior a 1%. Em particular, são os familiares com escolaridade até ao 3º ciclo que apresentam maior sobrecarga comparativamente aos que têm habilitações mais elevadas.

Assim, valida-se parcialmente a hipótese 4 – ***“Há relação estatisticamente significativa entre as variáveis sociodemográficas e as dimensões da escala de sobrecarga para familiares de pessoas institucionalizadas.”***

Tabela 8 - Comparação das dimensões da escala sobrecarga CBS-FNH de acordo com as variáveis sociodemográficas

		Conflito com o pessoal			Restrições relacionadas com o cuidar			Culpa			Luto ou perda antecipados		
		$\bar{x} \pm s$	ET	VP	$\bar{x} \pm s$	ET	VP	$\bar{x} \pm s$	ET	VP	$\bar{x} \pm s$	ET	VP
Sexo	Feminino	1,9±2, 4	t=-0,635	0,52 7	3,8±3, 3	t=0,719	0,473	6,0±2, 9	t=0,133	0,77 7	5,8±2, 6	t=2,158	0,033 *
	Masculino	2,2±2, 7			3,4±2, 5			5,9±2, 5			4,8±2, 6		
Idade	20 a 49 anos	2,2±2, 7	Kw=0,21 8	0,89 7	3,6±2, 8	F=0,13 0,872	0,872	5,7±3, 0	Kw=0,30 5	0,85 8	5,6±2, 5	Kw=1,04 3	0,594
	50 a 59 anos	2,2±2, 7			3,7±3, 2			6,0±2, 8			5,3±2, 7		
	60 ou mais anos	2,2±2, 7			4,0±3, 0			6,2±2, 6			6,0±2, 7		
Estado civil	Casado/União de facto	1,8±2, 3	Kw=1,60 7	0,44 8	3,9±3, 2	F=1,06 0,349	0,349	6,1±2, 9	F=1,792 1	0,17 1	5,7±2, 6	F=2,168	0,118
	Solteiro	2,7±3, 0			2,8±2, 1			6,0±2, 3			5,8±2, 5		
	Viúvo, separado ou divorciado	2,4±3, 1			3,5±2, 9			4,8±2, 7			4,3±2, 7		

Escolaridade	Até 3.º ciclo	2,3±2, 5		5,1±3, 6		6,2±3, 3		6,2±2, 6					
	Secundário	2,0±2, 5	F=0,690	0,50 3	3,3±2, 6	F=5,04 7	0,008* *	5,7±2, 8	F=0,420	0,65 8	5,4±2, 6	F=1,763	0,175
	Superior	1,7±2, 5			3,2±2, 9			6,1±2, 5			5,1±2, 6		
Atividade profissional	Ativo	2,1±2, 7			3,5±3, 2			5,9±3, 0			5,3±2, 7		
	Inativo	1,7±2, 0	t=0,748	0,45 6	4,2±2, 7	1,187	t=- 0,237	6,2±2, 3	T=-0,631	0,52 9	6,0±2, 3	T=-1,649	0,102

Legenda: * - Significativo a 5%; ** - significativo a 1%.

2.6. Discussão de resultados

Para a realização da discussão de resultados houve necessidade de alargar a pesquisa a estudos de cuidadores formais e informais. Uma vez que a bibliografia existente dentro do tema desta investigação é bastante deficiente.

Obanos-Martell, et al. (2016), num estudo em tudo idêntico ao presente, concluiu que na amostra predomina o sexo feminino (71,4%), são filhos (36,5%) ou cônjuges (28,8%) dos pacientes e têm idade média de 63,77 anos. O que se verifica no presente estudo.

Filipe (2015) identifica que a sua amostra é constituída por 40 indivíduos 27,5% género masculino 72,5% do género feminino. As idades dos inquiridos variaram entre os 23 e os 83 anos, com uma média de idades de 53,88. Em termos de habilitações literárias 27,5% têm o ensino superior; 12,5% o ensino secundário; 15,0% o 9º ano; 22,5% o 6º ano; 20,0% o 4º ano e 2,5% não frequentaram a escola. Já em questões de actividade profissional 32,5% dos participantes estão reformados/as; 12,5% são domésticas; 7,5% estão desempregados/as; Quanto ao grau de parentesco 67,5% são filhos/as; 7,5% cônjuge e 5,0% neto/a, cunhado(a) ou mãe, sobrinho(a), irmão(a) e genro/nora. Também na presente investigação se verifica que os familiares são na sua maioria do sexo feminino, com uma média de idades equiparada (55,93 anos) e que são filhos ou cônjuges. Quanto à situação profissional, não se verificam resultados idênticos uma vez concluímos que os familiares se encontram no ativo, contrariamente ao estudo de Filipe (2015) que os cuidadores familiares estão reformados.

Na região do Porto, Costa (2012) avaliou a sintomatologia psiquiátrica em cuidadores de doentes em cuidados intensivos, e verificou que os cuidadores informais são mulheres com média de idade de 60 anos e casadas. Comparativamente ao presente estudo, os familiares são na sua maioria mulheres (71%), casadas ou em união de facto (76%) e com uma média de idades de 55 anos. As cuidadoras segundo Costa (2012) encontram-se reformadas por idade, o que não se verifica no presente estudo, em que a maioria dos inquiridos se encontra activo (67%). Em relação à classificação do estado de saúde podemos considerar que se equiparam, uma vez que as cuidadoras consideram o seu estado de saúde entre fraco e aceitável, referindo a existência de problemas de saúde, tal como os familiares que classificam a sua saúde entre boa e razoável.

Também segundo Figueiredo e Sousa (2008) indicam que os cuidadores informais são, na sua maioria, do sexo feminino (84,8%). A maioria é casada ou vive em união de facto (78,8%), encontrando-se reformados (28,3%), e empregados (22,2%).

Relativamente à perceção do estado de saúde, para Figueiredo e Sousa (2008) num estudo feito a 99 cuidadores familiares de idosos dementes e não dementes, revelaram que “a sobrecarga resultante do contexto da prestação de cuidados familiares ao idoso dependente parece interferir negativamente na perceção do estado de saúde. No estudo atual os inquiridos que apresentam níveis de sobrecarga superiores auto-avaliam a sua saúde como “muito má” ou “má”. Assim podemos afirmar que se obtiveram dados idênticos.

Na variável ansiedade e depressão (HADS), Obanos-Martell (2016) não observaram presença de sintomatologia com pontuações abaixo de 11 pontos. Na amostra em estudo, podemos considerar o mesmo, uma vez que a pontuação média é de 8,33 <11 pontos - revela um nível de ansiedade leve nos inquiridos.

Costa (2012) num estudo a “familiares cuidadores de doentes com internamento em Cuidados Intensivos” concluiu que “ter menos escolaridade, ter uma perceção negativa da sua saúde (...) aumentam a predisposição para (...), a ansiedade”. Também no presente estudo são os familiares de pessoas institucionalizadas com pior auto perceção de saúde que apresentam os níveis de ansiedade mais elevados.

São os familiares do sexo feminino que apresentam maior sobrecarga e ansiedade, contrariamente ao estudo realizado por Sousa em 2020, a cuidadores de crianças com Diabetes Tipo 1, onde verificou que é nos cuidadores do sexo masculino que se apresentam maiores níveis de ansiedade e stress. Em relação ao nível de escolaridade, Sousa (2020) apurou que quanto menor for o grau de escolaridade mais ansiedade apresenta. Assim como em relação à idade - quanto mais velhos forem, maior a ansiedade. Tal não se verifica no nosso estudo em que não há relação estatisticamente significativa entre a ansiedade e o nível de escolaridade e idade, uma vez que os valores de prova obtidos foram superiores a 5%.

Segundo Barber (1993); Bowman, Mukherjee, & Fortinsky (1998); Majerovitz (2007) citado por Filipe (2015), num estudo aplicado a 40 cuidadores informais de Utentes institucionalizados, revela que os cuidadores, mesmo após institucionalização

permanecem envolvidos no cuidado, manifestando sobrecarga constante, uma vez que as necessidades experimentadas são idênticas aos cuidadores no domicílio. Na presente investigação verificamos que os cuidadores apresentam menor sobrecarga nas dimensões “Conflitos com o pessoal” e “restrições relacionadas com o cuidar”. No entanto, no que diz respeito às dimensões “culpa” “Luto e perda antecipados” os familiares revelam sobrecarga bastante mais elevada.

Obanos Martel et al (2016) diz-nos que 50% dos familiares não têm sobrecarga, sendo que 31,8% experienciam sobrecarga intensa e 18,2% sobrecarga leve – dados equiparáveis ao presente estudo.

Segundo Martins (2022) – os autores Sequeira e Carvalho (2010 e 2015) relatam a relação indiretamente proporcional entre sobrecarga do cuidador e o nível de escolaridade – sendo que quanto maior o nível de escolaridade menor será a sobrecarga sentida pelo familiar e justificam-no dizendo que pode estar relacionado com uma maior abertura quanto às dificuldades sentidas. Tal não se verifica no presente estudo, pois não há diferenças estatisticamente significativas entre a sobrecarga e os níveis de escolaridade.

Filipe (2015) conclui que não se verificaram correlações entre a sobrecarga e as variáveis idade, satisfação com a instituição, satisfação das necessidades, número de horas presente na instituição, número de vezes semanais presente na instituição, grau de parentesco com o utente e cuidados prestados ao utente. Tal correlação também não se verifica na presente investigação . não há diferenças estatisticamente significativas entre a sobrecarga e a idade e o grau de parentesco.

Segundo (Almberg et al. 2000, citado por Filipe, 2015) num estudo com 30 familiares cuidadores de idosos institucionalizados, revela que, estes apresentam níveis de sobrecarga. Já no presente estudo podemos dizer que cerca de metade dos inquiridos – 54% não apresentam sobrecarga. Sendo que os restantes apresentam uma sobrecarga ligeira e intensa.

Obanos-Martell, et al. (2016) indica que, num estudo em tudo idêntico ao presente, a pontuação média de sobrecarga dos cuidadores (escala de zarit) se encontra entre (47 e 55 pontos) – revelando assim uma “sobrecarga ligéria”. No estudo atual verifica-se o

mesmo – com uma média de 48,51 podemos afirmar que os familiares experienciam uma sobrecarga ligeira.

Ainda para os mesmos autores Obanos-Martell et al. (2016) na escala de sobrecarga para familiares de Utentes institucionalizados (CBS-FNH) – obtiveram uma pontuação média de 14,27, sendo os fatores de “culpa” e “Luto e perda antecipados” os mais elevados. O presente estudo obteve resultados em tudo idênticos, com uma média de 17,15 pontos. Sendo, também, nas dimensões “culpa” e “Luto e perda antecipados” que os familiares revelam sobrecarga bastante elevada.

3. Conclusão do Estudo

Neste capítulo descrevem-se as conclusões do estudo em função da questão de investigação, dos objetivos e hipóteses de investigação.

Para isso apresentam-se de novo as questões de investigação, com a respetiva conclusão para cada uma delas:

Caracterizar os familiares de Utentes Institucionalizados:

A amostra deste estudo é constituída por 138 indivíduos que se pretende que sejam representativos da população alvo. No que diz respeito às questões sócio-demográficas, concluiu-se que:

- Os familiares de pessoas institucionalizadas são, em maioria, do sexo feminino (71%), com idades acima do 50 (72%) e casados ou em união de facto (76,1%).
- Os indivíduos do presente estudo se encontram profissionalmente ativos e frequentaram o secundário e/ou ensino superior (76%).
- Em grande parte dos inquiridos é filho(a) (67%), seguindo-se o conjugue(12%).
- Classificam a sua saúde entre razoável e boa, com percentagens de 47% e 36%, respetivamente.

Identificar a sobrecarga e ansiedade dos familiares de pessoas institucionalizadas e disponibilizar dados sobre a sobrecarga e ansiedade dos familiares de pessoas institucionalizadas.

A sobrecarga foi avaliada pela escala de Zarit, direccionada a cuidadores, e pela escala de sobrecarga em familiares- CBS-FNH. Observou-se, na primeira escala aplicada que:

- Dos inquiridos 54% não apresentam sobrecarga;
- Os que apresentam alguma sobrecarga, ligeira ou intensa, distribuem-se na mesma percentagem (23%).

Já a escala da sobrecarga adaptada a familiares de Fukaori, diz-nos que:

- A sobrecarga reflete-se em duas dimensões, a “culpa” (média 5.96) e “luto e perdas antecipados” (média 5.51).

- Nas outras duas dimensões “Conflitos com o pessoal” e “restrições relacionadas com o cuidar” os familiares deste estudo apresentam menor sobrecarga com valores médios bastante inferiores ao valor médio da variação possível (7,5 pontos).
- Há diferenças estatisticamente significativas por sexo na dimensão “Luto ou perdas antecipados”, sendo os familiares do sexo feminino que apresentam maior sobrecarga.
- Há diferenças estatisticamente significativas na dimensão “Restrições relacionadas com o cuidar” quanto à escolaridade dos participantes deste estudo. Assim, são os familiares com escolaridade até ao 3º ciclo que apresentam maior sobrecarga comparativamente aos que têm habilitações mais elevadas.

De forma geral, relacionando as duas escalas de avaliação da sobrecarga com o sexo, idade, estado civil e atividade profissional, verificou-se que não há diferenças estatisticamente significativas, pois todos os valores de prova obtidos foram superiores a 5%.

Os níveis de ansiedade apresentam-se dentro do normal nos familiares da presente amostra (46%), sendo que 25% apresentam ansiedade leve; 16% moderada e 13% apresentam níveis de ansiedade considerados graves. Os familiares deste estudo demonstram maior ansiedade nos itens “Tenho a cabeça cheia de preocupações” e – “Sou capaz de estar descontraidamente sentado(a) e sentir-me relaxado(a)”.

Realizar um projeto de intervenção no âmbito das diferentes temáticas: Sobrecarga; Ansiedade; Estado Global de Saúde; Institucionalização, Ser Cuidador

Foi elaborado um projeto de intervenção “Cuidar de quem Cuida..” que visou dotar os familiares com estratégias de escape à sobrecarga e ansiedade. Tendo como principais áreas de atuação: Realidade com institucionalização em ERPI; Estado global de saúde; O papel da família e dos apoios externos na promoção do bem-estar do cuidador; Ansiedade e depressão; Ser cuidador.

Quanto às hipóteses, e tendo em conta que foi aplicada a formula Alfa de Cronbach em todas as escalas, a fim de entender a consistência das mesmas – com a variação entre muito boa e boa, pode concluir-se que:

Hipótese 1 – “Há relação estatisticamente significativa entre as variáveis sociodemográficas e a sobrecarga do familiar”.

Relacionar a sobrecarga e ansiedade dos familiares de pessoas institucionalizadas com variáveis sociodemográficas;

Valida-se parcialmente, uma vez que quanto à sobrecarga mensurada pela escala de Zarit e pela CBS-FNH não se verificaram diferenças estatisticamente significativas por sexo, idade, estado civil e atividade profissional, pois todos os valores de prova obtidos foram superiores a 5%. No entanto, relativamente à sobrecarga comparada com auto percepção de saúde verificou-se que os familiares de pessoas institucionalizadas com auto percepção de saúde Muito má ou má apresentam níveis de sobrecarga superiores aos outros.

Hipótese 2 – “Há relação estatisticamente significativa entre as variáveis sociodemográficas e a ansiedade do familiar”.

Relacionar a sobrecarga e ansiedade dos familiares de pessoas institucionalizadas com variáveis sociodemográficas;

Valida-se parcialmente, pois há diferenças estatisticamente significativas por sexo -são os indivíduos do sexo feminino que apresentam maiores níveis de ansiedade, tal como na auto percepção de saúde - são os familiares de pessoas institucionalizadas com pior auto percepção de saúde que apresentam os níveis de ansiedade mais elevados.

Relativamente às restantes comparações efectuadas com as variáveis sociodemográficas - Idade; Estado Civil; Escolaridade; Atividade Profissional - todos os valores de prova obtidos foram superiores a 5% pelo que as diferenças não são estatisticamente significativas.

Hipótese 3 – “Há relação estatisticamente significativa entre a sobrecarga do familiar e a ansiedade do familiar”.

Valida-se esta hipótese pois todas as correlações obtidas são positivas e estatisticamente significativas a 1%, exceto na dimensão “Conflito com o pessoal”. Entenda-se que a níveis de sobrecarga mais elevados, maior a ansiedade e vice-versa.

Hipótese 4 – “Há relação estatisticamente significativa entre as variáveis sociodemográficas e as dimensões da escala de sobrecarga para familiares de pessoas institucionalizadas.”

Valida-se parcialmente esta hipótese uma vez que se verificou diferenças estatisticamente significativas por sexo na dimensão “Luto ou perdas antecipadas” - são os familiares do sexo feminino que apresentam maior sobrecarga. Também na dimensão “Restrições relacionadas com o cuidar” quanto à escolaridade dos participantes deste estudo se obtiveram diferenças estatisticamente significativas - são os familiares com escolaridade até ao 3º ciclo que apresentam maior sobrecarga comparativamente aos que têm habilitações mais elevadas.

Relativamente às restantes comparações efetuadas com as variáveis sociodemográficas - Idade; Estado Civil; Atividade Profissional; Autoperceção de saúde - as diferenças não são estatisticamente significativas.

Resumindo, os familiares dos Utentes institucionalizados apresentam sobrecarga seja correlacionada com a autoperceção de saúde – a auto percepção de saúde Muito má ou má correspondem níveis de sobrecarga superiores aos outros; seja na dimensão “Luto ou perdas antecipadas” correlacionada com o sexo– e são as mulheres que experienciam valores de sobrecarga mais elevada; seja na dimensão “Restrições relacionadas com o cuidar” quanto à escolaridade – e são os familiares com escolaridade até ao 3º ciclo que apresentam maior sobrecarga.

Posto isto, a evidência científica indica que o investimento na sensibilização dos enfermeiros para a atuação junto das famílias tem repercussões nas atitudes do doente e família, é fundamental implementar medidas para que os enfermeiros tenham conhecimento dos fatores promotores das suas condutas perante as famílias (Alves, 2011). Neste contexto, a intervenção é manifestamente necessária na área da sobrecarga, a nível pessoal. Uma vez que é nas dimensões de carácter sentimental que os inquiridos apresentam maior sobrecarga. Quanto à ansiedade, pelo fato de não se verificar, não se apresenta com uma prioridade de intervenção.

A área da sobrecarga e ansiedade deve ser uma preocupação do enfermeiro especialista em enfermagem comunitária e de saúde pública, tendo aqui a importante função de identificar precocemente os problemas existentes na família dos Utentes propostos para

institucionalização ou institucionalizados. Assim, a área da gestão emocional, estando integrada nas áreas de psicologia e educação social, deve contar com a intervenção do enfermeiro especialista, nas áreas de prevenção primária (anterior ao processo de internamento) e secundária (com a diminuição de fatores de stress, a fim de reduzir o impacto negativo na família).

4. Limitações e sugestões do estudo

Para fazer o levantamento dos limites e sugestões do estudo, procedeu-se a uma análise SWOT que auxilia na identificação de pontos fortes, pontos fracos, oportunidades e ameaças de um estudo (asana, 2022).

Assim, realçam-se como **pontos fortes/forças do mesmo:**

- Os objetivos definidos foram alcançados;
- Pretendeu-se dar conhecimento à sociedade em geral as dificuldades sentidas pelos familiares de Utentes Institucionalizados;
- Reconhecer a necessidade de intervenção nos familiares de Utentes Institucionalizados.

Como fraquezas:

- Por via do tipo de amostragem usada, os dados não podem ser extrapolados além da amostra estudada.
- O grupo de inquiridos poderia ter sido maior;
- Realizar um estudo sobre o qual existe pouca informação, tornou-se um verdadeiro desafio;
- Na sua maioria as escalas utilizadas não eram específicas para familiares, foram em grande parte utilizadas em estudos de cuidadores formais e informais em contextos diferentes do presente estudo;
- Os resultados obtidos não estiveram 100% relacionados com os encontrados na literatura, uma vez que tivemos que alargar a área de pesquisa a cuidadores;
- O espaço de tempo entre o projeto de intervenção e a concretização final deste trabalho – levando à existência de inconformidades, que esperamos ter ultrapassado.

Em termos de **oportunidades** podemos destacar:

- Conhecer, mais aprofundadamente, a realidade dos familiares de Utentes institucionalizados.

No que diz respeito a **ameaças:**

Propomos que em estudos futuros seja utilizada apenas a escala de avaliação de sobrecarga para familiares de Pessoas Institucionalizadas em ERPI (CBS-FNH) – criada para esta população concreta, correlacionando-a com outras variáveis, como o tempo de permanência da pessoa institucionalizada na ERPI.

Resumindo, com a realização de outros estudos, permitirá apoiar os familiares de Utentes institucionalizados a nível da sobrecarga, apoio psicológico e na saúde – de forma a dotá-los de capacidades, para melhor gerirem as suas emoções e desempenharem o seu papel, sem comprometer a sua vida quer a nível pessoal, profissional e social.

Assim, espera-se com este estudo ter contribuído para uma melhor compreensão da sobrecarga e ansiedade em familiares de Utentes institucionalizados permitindo às instituições definir estratégias de atuação ao nível do apoio emocional no momento da Institucionalização e ao longo da permanência do Idoso na ERPI.

5. Referências Bibliográficas

- Almeida, A. J. (2008) A Pessoa Idosa institucionalizada em Lares: Aspectos e contextos da Qualidade de Vida. *Instituto de Ciências Biomédicas de Abel Salazar*.
- Alves, C. M. (2011) *Atitudes dos Enfermeiros face à família: stress e gestão do conflito*. Obtido em 2023, de Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar - Universidade do Porto.
- Análise Estatística. (2023) *Análise Estatística .PT - Tratamento de Dados Quantitativos e Qualitativos*. Obtido em 2023, de Alpha de Cronbach para a análise da consistência interna: <https://analise-estatistica.pt/2013/09/alpha-de-cronbach-para-a-analise-da-consistencia-interna.html>
- APA (2014) *Perturbações da Ansiedade. In DSM-5: Manual de diagnóstico e estatística das perturbações mentais (5ª ed.)*. Climepsi Editores.
- ARS Norte. (s.d.) *Equipas de Cuidados Continuados Integrados*. Obtido em 3 de Abril de 2017, de ARS Norte: <http://portal.arsnorte.min-saude.pt/portal/page/portal/ARSNorte/Contratualizacao/Cuidados%20Continuados%20Integ./Prestadores%20de%20Cuidados/Equipas%20Domicili%C3%A1rias%20%E2%80%93%20ECCI>
- Asana. (2022) *Gestão de Projetos*. Obtido em 2023, de Análise SWOT/FOFA: o que é e como usá-la (com exemplos): <https://asana.com/pt/resources/swot-analysis>
- Barbeiro, A. P., Martins, A., Mata, A., Manuel, C., & Barreria, M. (2008). Trabalho em Equipa nos Cuidados de Saúde Primários . *Sub-Região de Saúde de Bragança* .
- Câmara Municipal de Bragança. (2011). *Demografia*. Obtido em 20 de Novembro de 2017, de Bragança Municipio: <http://www.cm-braganca.pt/pages/315>
- Cardão, S. (2009). *O Idoso Institucionalizado*. (C. d. Ler, Ed.) Obtido em 2023
- Conselho Internacional de Enfermeiros. (2008). *Servir a Comunidade e garantir qualidade: os enfermeiros na vanguarda dos cuidados de saúde primários*. Obtido em 20 de Março de 2017, de International Council of Nurses: http://www.ordemenfermeiros.pt/publicacoes/documents/kit_die_2008.pdf

- Costa, J. F. (2012). *"Sintomatologia psiquiátrica dos familiares cuidadores de doentes com internamento em Cuidados Intensivos"*. Obtido em 2023, de ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DO PORTO.
- Decreto-Lei n.º 28/2008. (s.d.) *Decreto-Lei n.º 28/2008 de 22 de Fevereiro 1.ª série — N.º 38*. Obtido em Março de 20 de 2017, de Diário da República:
<https://www.sns.gov.pt/wp-content/uploads/2016/04/Decreto-Lei-n.%C2%BA-282008.-DR-38-SE%CC%81RIE-I-de-2008-02-22.pdf>
- Despacho n.º 12427/2016. (s.d.) *Diário da República, 2.ª série — N.º 199 — 17 de outubro de 2016*, 30783 - 30784. Obtido de Diário da República, 2.ª série — N.º 199 — 17 de outubro de 2016.
- DGS. (2006) Programa Nacional para a Saúde das Pessoas Idosas .
- DGS. (2010) *Definição da Doença Crónica*. Obtido de Plano Nacional de Saúde :
<https://pns.dgs.pt/files/2010/09/ddc.pdf>
- DGS. (2017). *Estratégia Nacional para o Envelhecimento ativo e saudável*. Obtido em Outubro de 2019, de Proposta do Grupo de Trabalho Interministerial (Despacho n.º12427/2016): <https://www.sns.gov.pt/wp-content/uploads/2017/07/ENEAS.pdf>
- Espitia, A. Z., & Martins, J. d. (2006) *Relações afetivas entre idosos institucionalizados e família: encontros e desencontros*. Obtido em 2023, de Arquivos Catarinenses de Medicina 1806-4280/06/35 - 01/52:
<http://www.acm.org.br/revista/pdf/artigos/355.pdf>
- Faria, C. G., & Carmo, M. P. . (2015) *Transição e (In)Adaptação ao Lar de Idosos: Um Estudo Qualitativo*. Obtido em 2018, de Psicologia: Teoria e Pesquisa Out-Dez 2015, Vol. 31 n. 4, pp. 435-442.
- Faria, C. G., & Carmo, M. P. (2015) *Transição e (In)Adaptação ao Lar de Idosos: Um Estudo Qualitativo*. Obtido em 2023, de Instituto Politécnico de Viana do Castelo.

- Fernandes, J. d. (2009) *Cuidar no Domicílio a sobrecarga do cuidador familiar*. Obtido em 2023, de UNIVERSIDADE DE LISBOA FACULDADE DE MEDICINA DE LISBOA.
- Figueiredo, D., & Sousa, L. (2008) *Percepção do estado de saúde e sobrecarga em cuidadores familiares de idosos dependentes com e sem demência*. Obtido em 2023, de Saúde dos idosos VOL. 26, N.o 1.
- Filipe, S. F. (Julho de 2015) *Sobrecarga, Necessidade e suporte social do cuidador familiar de Utentes institucionalizados numa unidade de cuidados continuados*. Obtido em 2023, de Universidade Católica Portuguesa.
- Fukahori, H., Yamamoto-Mitani, N., Sugiyama, T., Sugai, Y., & Kai, I. (2010) *Psychometric properties of the Caregiving Burden Scale for Family Caregivers with Relatives in Nursing Homes: Scale development*. Obtido de Japan Journal of Nursing Science (2010) 7, 136-147: <https://doi.org/10.1111/j.1742-7924.2010.00149.x>
- Fundação Betânia. (2015). Obtido em Outubro de 2019, de <http://www.fundacaobetania.pt/pt/a-instituicao/a-fundacao-betania.html>
- J. Pais-Ribeiro, I. Silva, T. Ferreira, A. Martins, R. Meneses & M. Baltar . (2007) *Validation study of a Portuguese version of the Hospital Anxiety and Depression Scale, Psychology, Health & Medicine, 12:2, 225-237, DOI: 10.1080/13548500500524088*. Obtido de <https://www.tandfonline.com/doi/full/10.1080/13548500500524088?scroll=top&needAccess=true>
- Marcolino, J. Á., Suzuki, F. M., Alli, L. A., Gozzani, J. L., & Mathias, L. A. (2007). *Medida da Ansiedade e da Depressão em Pacientes no Pré-Operatório. Estudo Comparativo**. Obtido em 2022, de ARTIGO CIENTÍFICO Rev Bras Anesthesiol 2007; 57: 2: 157-166: <https://www.scielo.br/j/rba/a/fjFPbySpxtK8dKDYt449nTq/?format=pdf&lang=pt>
- Martins, A. F. (2022) *Perspetivas sobre o Processo de institucionalização entre grandes Idosos*. Obtido em 2023, de Instituto Politécnico de Portalegre.

- Martins, T., Ribeiro, J. L., & Garret, C. (Março de 2004) *Questionário de Avaliação da sobrecarga do Cuidador Informal (QASCI) – Reavaliação das Propriedades Psicométricas*. Obtido em 2023, de Revista Referência nº 11.
- Milhomens, R. S. (2014) “*Avaliação dos níveis de Ansiedade e Depressão e sua correlação com a intensidade de Dor em doentes oncológicos com doença avançada e progressiva*”. Obtido em 2022, de Universidade De Lisboa Faculdade De Medicina De Lisboa:
file:///C:/Users/Joana/Downloads/10917_Tese.pdf
- Ministério da Saúde (24 de Outubro de 2012) *Diário da República n.º 206/2012, Série II de 2012-10-24*. Obtido em 14 de Novembro de 2017, de Despacho nº 1375/2012, pp. 34974 - 34975: https://dre.pt/web/guest/pesquisa/-/search/3236811/details/normal?p_p_auth=9pyMZB3v
- Ministério da Saúde (2011 de Março de 2011) *Orintações para a Organização e Funcionamento das Unidades de Saúde Pública. Reforma dos Cuidados de Saúde Primários - Coordenação Estratégica*.
- Netto-Maia, L. d. (2016) *Desenvolvimento de competências para a promoção da saúde na formação do enfermeiro*. Obtido em 2022, de Universidade Federal de Minas Gerais - Escola de Enfermagem:
https://repositorio.ufmg.br/bitstream/1843/ANDO-ADAJM8/1/luciana_de_lourdes_q._g._n._maia.pdf
- Obanos-Martell, M. P., Muñoz-Hermoso, P., Soto, J. d., Uncilla, A., Martín-Carrasco, M., González-Fraile, E., & RESICARE, G. (2016). *Sobrecarga y salud mental del cuidador informal del paciente psicogeriátrico institucionalizado (estudio resicare)*. Obtido em 2023, de Informaciones Psiquiátricas 2016 - n.º 225.
- OMS. (2008) *Cuidados de Saúde Primários - Agora mais que nunca*. Obtido em 20 de Novembro de 2017, de Relatório Mundial de Saúde :
http://www.who.int/whr/2008/08_chap1_pr.pdf
- ordem dos enfermeiros. (2008) *Dia Internacional da Família*. Obtido em 2023, de Enfermeiros e famílias em parceria na construção da saúde para todos:
<https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo-de-p%C3%A1ginas-antigas/dia->

internacional-da-fam%C3%ADlia-enfermeiros-e-fam%C3%ADlias-em-parceria-na-constru%C3%A7%C3%A3o-da-sa%C3%BAde-para-todos/

Ordem dos Enfermeiros. (2018) *Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública*.

Obtido em Novembro de 2019, de Diário da República:

<https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8418/115698536.pdf>

Ordem dos Enfermeiros. (2020) *Noticias*. Obtido em 2023, de Dimensões do cuidar nos cuidados de saúde primários:

<https://www.ordemenfermeiros.pt/centro/noticias/conteudos/dimens%C3%B5es-do-cuidar-nos-cuidados-de-sa%C3%BAde-prim%C3%A1rios/>

Pais-Ribeiro, C. N. (2015) *Ulterior validação do questionário de saúde geral*. Obtido de psicologia,saúde & doenças, 2015, 16(3), 278-285 - EISSN - 2182-8407 -

Sociedade Portuguesa de Psicologia da Saúde - SPPS:

<https://www.redalyc.org/pdf/362/36244846001.pdf>

Passo a Passo - Centro de Desenvolvimento. (s.d.) *Preparação para a Parentalidade*.

Obtido em Abril de 3 de 2017, de Passo a Passo - Centro de Desenvolvimento:

http://www.passoapasso.pt/?page_id=877

Peres, M. d., Belo, A. P., & Grilo, E. N. (Outubro de 2014) *os idosos institucionalizados - Estudo de Algumas Variáveis*. Obtido em Setembro de 2019, de

<https://repositorio.ipcb.pt/handle/10400.11/2707>

PorData. (2021) *Fundação Francisco Manuel dos Santos*. Obtido de

<https://www.pordata.pt/Municipios/Quadro+Resumo/Bragan%C3%A7a-255866>

Ribeiro, J. L. (2010) *Investigação e Avaliação em Psicologia e Saúde*. Obtido em

Outubro de 2019, de Placebo Editora:

file:///C:/Users/Joana/Downloads/114_c.pdf

Rodrigues, L. M. (2013) *A Família Parceira no Cuidar: Intervenção do Enfermeiro*.

Obtido em 2023, de Escola Superior de Enfermagem de Coimbra.

Santa Casa da Misericórdia Aguiar da Beira . (s.d.). *Missão da UCC*. Obtido em 20 de

Novembro de 2017, de Santa Casa da Misericórdia Aguiar da Beira :

<http://www.misericordiaaguiardabeira.pt/index.php/ucc-unidade-de-cuidados-continuados>

SCMB. (2021) *Respostas Sociais e Missão*. Obtido em 2023, de ERPI: <https://scm-braganca.pt/estruturasresidenciais/>

Sequeira, C. A. (2010) *Adaptação e validação da Escala de Sobrecarga do Cuidador de Zarit*. Obtido de Revista Referência - II Série - n.º12 - Mar. 2010:
<http://www.index-f.com/referencia/2010pdf/12-0916.pdf>

SNS. (2017) *BI Cuidados de saúde Primários* . Obtido em Outubro de 2022, de
<https://bicsp.min-saude.pt/pt/biufs/1/10031/1040202/Pages/default.aspx>

SNS. (2019) *Manual de Acolhimento UCC Domus* . Obtido em Outubro de 2022, de
<https://bicsp.min-saude.pt/pt/biufs/1/10031/1040255/QUEM%20SOMOS/Manual%20de%20acolhimento%20UCC%202019.pdf>

SNS. (2019) *Regulamento Interno UCC Domus*. Obtido em Outubro de 2017, de
<https://bicsp.min-saude.pt/pt/biufs/1/10031/1040255/QUEM%20SOMOS/Regulamento%20Interno%20UCC%202019.pdf>

SNS24. (2022) *Saúde Mental*. Obtido em 2023, de Ansiedade:
<https://www.sns24.gov.pt/tema/saude-mental/ansiedade/>

Sousa, M. A. (2020) *Mediadores Expressivos Artísticos: facilitadores da Relação Terapêutica junto da Pessoa com Manifestações de Ansiedade*. Obtido de Escola Superior de Enfermagem de Lisboa.

Sousa, T. V. (2020) *Ansiedade, depressão e stress em cuidadores informais de crianças com diabetes tipo 1*. Obtido em 2023, de Universidade Lusíada - instituto de psicologia e ciências da educação.

UIPSSDB. (2022) *Fundação Betânia*. Obtido de <https://uipssdb.pt/fundacao-betania/>

Anexos

Anexo I

Pedido de autorização e resposta para aplicação dos Questionários na Fundação Betânia e Santa Casa da Misericórdia de Bragança

Fundação Betânia

Exmo. Conselho de Administração
da Fundação Betânia – Centro de Apostólico de Acolhimento e Formação.

Assunto: Pedido de autorização para aplicação de um instrumento de colheita de dados para estudo de investigação

Joana Margarida Vicente Antão, Enfermeira a exercer funções no Centro Apostólico de Acolhimento e Formação - Fundação Betânia encontrando-se a frequentar o Mestrado em Enfermagem Comunitária, na Escola de Saúde do Instituto Politécnico de Bragança com o trabalho de projeto/estágio subordinado ao tema "Sobrecarga e Ansiedade em Familiares de Pessoas Institucionalizadas em Estruturas Residenciais para Idosos", sob a orientação dos Prof.s Adília Fernandes e Manuel Brás, vem por este meio solicitar a V. Exma. autorização para proceder à colheita de dados junto dos familiares dos utentes da Estrutura Residencial para Idosos (ERPI) da Fundação Betânia, no período compreendido entre Maio de 2023 e Setembro de 2023.

Com a realização deste estudo pretende-se:

- Avaliar a sobrecarga em familiares de Pessoas institucionalizadas em ERPI;
- Avaliar a ansiedade e depressão dos familiares de Pessoas institucionalizadas em ERPI;

Para o devido efeito vão ser utilizadas – Questionário de Avaliação Sociodemográfica; Escala de sobrecarga do Cuidador de Zarit (Sequeira, 2010); Escala de Ansiedade e Depressão Clínica – HADS (Ribeiro, 2007); Escala de sobrecarga para familiares de pessoas institucionalizadas em residências de idosos (CBS-FNH) (Obanos-Martella et. Al, 2016).

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

Este estudo não comportará qualquer custo para a Fundação Betânia ou inquiridos.

Em anexo seguem ordenados os seguintes documentos Protocolo do estudo, consentimento informado e instrumentos de recolha de dados.

Pede deferimento, Joana Margarida Vicente Antão (Joana Antão)

Bragança, 20 Maio de 2023

Autorizo a colheita de dados: Paula Cristina F. Pimenta (FB)

Bragança, 1 Setembro de 2023

Santa Casa da Misericórdia de Bragança



Joana Antao <joanaantao@gmail.com>
para comunicacao, Adília, Manuel ▾

📧 14:59 (há 6 minutos) ☆ ↶ ⋮

Ex.mo Sr. Provedor da SCMB e Ex.mos Diretores Técnicos das ERPI's - SCMB,

Eu, Joana Margarida Vicente Antão, Enfermeira, a exercer funções no Centro Apostólico de Acolhimento e Formação - Fundação Betânia encontrando-se a frequentar o Mestrado em Enfermagem Comunitária, na Escola de Saúde do Instituto Politécnico de Bragança com o trabalho de projeto/estágio subordinado ao tema "**Sobrecarga e Ansiedade em Familiares de Pessoas Institucionalizadas em Estruturas Residenciais para Idosos**", sob a orientação dos Prof.s Adília Fernandes e Manuel Brás, vem por este meio solicitar a V. Exª. autorização para proceder à colheita de dados junto dos familiares dos utentes das Estrutura Residencial para Idosos (ERPI's) pertencentes à SCMB, no período compreendido entre Maio de 2023 e Junho de 2023.

Com a realização deste estudo pretende-se:

- Avaliar a sobrecarga em familiares de Pessoas institucionalizadas em ERPI;
- Avaliar a ansiedade e depressão dos familiares de Pessoas institucionalizadas em ERPI;

Para o devido efeito vão ser utilizadas – Questionário de Avaliação Sociodemográfica; Escala de sobrecarga do Cuidador de Zarit (Sequeira, 2010); Escala de Ansiedade e Depressão Clínica – HADS (Ribeiro, 2007); Escala de sobrecarga para familiares de pessoas institucionalizadas em residências de idosos (CBS-FNH) (Obanos-Martella et. Al, 2016).

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

Este estudo não comportará qualquer custo para a SCMB ou inquiridos.

Em anexo segue o Protocolo do estudo, onde constam Consentimento Informado e Formulário de Colheita de Dados.

Pede deferimento,

Bragança, 19 Maio de 2023



administrativa@scm-braganca.pt
para Ana, Eleuterioalves, Cepedacaseiro, Gracinda, mim ▾

sexta, 11/08, 16:19 ☆ ↶ ⋮

Exma Sra.,

Boa tarde!

Em resposta ao solicitado cumpre informar que o pedido de autorização para aplicação do instrumento de recolha de dados para estudo de investigação referido em epígrafe foi aprovado pelo que durante a próxima semana deverá contactar a direcção da ERPI.

Ao dispor e com os melhores cumprimentos

Sandra Silva
Diretora dos Serviços Administrativos
Santa Casa da Misericórdia de Bragança
Rua Emidio Navarro, 5300 – 210 Bragança
dadministrativa@scm-braganca.pt

ANEXO II

Consentimento Informado, Livre e Esclarecido

Consentimento Informado, Livre e Esclarecido para participação em investigação

Por favor, leia com atenção a seguinte informação. Se tiver alguma dúvida relativamente a esta proposta, não hesite em solicitar esclarecimento. Se concorda com a proposta que lhe foi feita, queira assinar este documento.

Título do estudo: Sobrecarga e ansiedade em familiares de Pessoas institucionalizadas em Estruturas Residenciais para Idosos.

Enquadramento do estudo: Joana Antão, aluna do Mestrado em Enfermagem Comunitária, na Escola de Saúde do Instituto Politécnico de Bragança com o trabalho de projeto/estágio subordinado ao tema “**Sobrecarga e Ansiedade em Familiares de Pessoas Institucionalizadas em Estruturas Residenciais para Idosos**”, sob a orientação dos Professores Adília Fernandes e Manuel Brás pretendem desenvolver este estudo junto dos familiares dos utentes das ERPI’s da Santa Casa da Misericórdia de Bragança e Fundação Betânia.

Explicação do estudo: Este estudo tem com o objectivo: Avaliar a sobrecarga e ansiedade dos familiares de Pessoas institucionalizadas em ERPI.

Não representa qualquer tipo de risco para os participantes, nem qualquer vantagem direta para os inquiridos, no entanto, **pode-se considerar a importância do conhecimento da sobrecarga em familiares de Pessoas institucionalizadas em Estruturas Residenciais para Idosos no sentido de desenvolver acções de intervenção para a prevenir.**

Condições: A sua participação neste estudo é voluntária e assenta na gratuidade e altruísmo sendo que pode desistir do estudo a qualquer momento, bem como ter conhecimento dos resultados.

Confidencialidade e anonimato: É garantida a confidencialidade e uso exclusivo dos dados recolhidos para o presente estudo. Após preenchimento do questionário, os seus dados serão tratados anonimamente e a sua identificação nunca será tornada pública.

Agradecemos a sua colaboração.

A equipa de investigação responsável por este estudo: Joana Antão; Adília Fernandes; Manuel Brás.

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

Nome:

...

Assinatura:

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

**Este documento é composto de 1 página e feito em duplicado:
uma via para o/a investigador/a, outra para a pessoa que consente**

ANEXO III

Autorização de Utilização/Tradução das Escalas Utilizadas

Escala de Ansiedade e Depressão Clínica (HADS) – Ribeiro-Pais, 2007

(sem ass

1 x

✕ 🖨️ 📧



Joana Antao <joanaantao@gmail.com>
para jlpr, Adília, Manuel ▾

quinta, 18/05, 16:40 (há 21 horas) ☆ ↶ ⋮

Muito boa tarde Ex.mo Sr. Prof. Dr. Jose L. Pais-Ribeiro,

O meu nome é Joana Antão, sou enfermeira numa estrutura residencial para idosos em Bragança.

Atualmente frequento o Mestrado de Enfermagem Comunitária. Pretendo investigar junto de **familiares**, de Utentes Institucionalizados em Estruturas Residenciais para Idosos, a sua **sobrecarga e ansiedade**.

Neste contexto, solicito autorização para a **utilização da ESCALA DE ANSIEDADE E DEPRESSÃO CLÍNICA – HADS -(2007)**.

Muito obrigado,

Com os melhores cump,

Joana Antão



José Pais Ribeiro
para mim ▾

09:18 (há 5 horas) ☆ ↶ ⋮

Cara Colega

Autorizamos o uso da Escala de Ansiedade e Depressão Hospitalar que adaptámos para uso com a população portuguesa

Cordialmente

José Luís Pais Ribeiro

jlpr@fpe.up.pt

mobile phone: (351) 965045590

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

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

ResearchGate- https://www.researchgate.net/profile/Jose_Pais-Ribeiro/publications

<https://scholar.google.pt/citations?user=SOuOW5MAAAAJ&hl=en>

...

Escala de ZARIT BURDEN INTERVIEW - ESCALA DE SOBRECARGA DO CUIDADOR (Sequeira, 2010)

Autorização para a utilização da Escala de Sobrecarga do Cuidador de Zarit



Joana Antao <joanaantao@gmail.com>
para carlossequeira, Adília, Manuel

quinta, 18/05, 16:24 (há 5 dias) ☆ ↶ ⋮

Muito boa tarde Ex.mo Sr. Prof. Dr. Carlos Sequeira,

O meu nome é Joana Antão, sou enfermeira numa estrutura residencial para idosos em Bragança.

Atualmente frequento o Mestrado de Enfermagem Comunitária. Pretendo investigar junto de familiares, de Utentes Institucionalizados em Estruturas Residenciais para Idosos, a sua **sobrecarga e ansiedade**.

Neste contexto, solicito autorização para a **utilização da Escala de Sobrecarga do Cuidador de Zarit** – validada por si, para a população portuguesa em 2010 – Revista Referência - II Série - n.º12 - Mar. 2010.

Muito obrigado,

Com os melhores cumpr,

Joana Antão

Autorização para a utilização da Escala de Sobrecarga do Cuidador de Zarit

Caixa de entrada x



Carlos Sequeira
para mim

domingo, 21/05, 23:22 (há 2 dias) ☆ ↶ ⋮

Estimada Joana

Informa-se que poderá utilizar a Escala designada por Escala de Sobrecarga do Cuidador (ESC), traduzida e validada para a população Portuguesa, no seu estudo. Mais se informa que o instrumento deve ser utilizado na íntegra, podendo apenas ser alterado na forma de apresentação, e, não podendo ser utilizado para fins comerciais.

Envio um documento em anexo que deverá preencher e devolver.

Trata-se de um documento de monitorização da utilização da Escala.

As regras de cotação estão publicadas no livro Cuidar de idosos com dependência física e Mental, editado pela LIDEL, em 2010/2018.
<https://www.bertrand.pt/livro/cuidar-de-idosos-com-dependencia-fisica-e-mental-carlos-sequeira/21325567>
<https://www.fnac.pt/Cuidar-de-Idosos-com-Dependencia-Fisica-e-Mental-Carlos-Sequeira/a1440821>

No entanto se persistir qualquer dúvida não hesitem em contactar-me.
[Seguem em anexo o instrumento.](#)

Com os melhores cumprimentos e ao dispor,

Carlos Sequeira

Carlos Sequeira, Agregado, PhD, MSc, - Universidade do Porto
Professor Coordenador com agregação
CINTESIS@RISE and Nursing School of Porto (ESEP), Porto, Portugal
Coordenador da UNIESEP

**ESCALA DE SOBRECARGA PARA FAMILIARES DE PESSOAS
INSTITUCIONALIZADAS EM RESIDÊNCIAS DE IDOSOS (CBS-FNH)
(Obanos-Martella et. Al, 2016)**

...

----- Forwarded message -----

De: Joana Antao <joanaantao@gmail.com>

Date: quinta, 3/08/2023, 14:04

Subject: Permiso para uso e traducción de la Escala de sobrecarga para familiares con parientes ingresados en residencias (CBS-FNH)

To: <contacto.informacionepsiquiaticas@hospitalarias.es>

Cc: Adília Fernandes <adilia@ipb.pt>, Manuel Brás <mambras@gmail.com>

Muy buenas tardes,

Mi nombre es Joana Antão, soy enfermera en una estructura residencial para personas mayores en Bragança (Portugal).

Actualmente estoy cursando la maestría en Enfermería Comunitaria. Pretendo investigar con familiares de Usuarios Institucionalizados su sobrecarga y ansiedad.

En este contexto, pido permiso a los autores del estudio Sobrecarga Y Salud Mental Del Cuidador Informal Del Paciente Psicogeriátrico Institucionalizado (Estudio Resicare) – publicado en Informaciones Psiquiátricas - 2016 - n.º 225 - Marta Pérez de Obanos-Martell; Paula Muñoz-Hermoso; José de Blas Soto; Ainhoa Uncilla; Manuel Martín-Carrasco; Eduardo González-Fraile – por el uso y traducción de la Escala de sobrecarga para familiares con parientes ingresados en residencias (CBS-FNH)

Muchas gracias,

Espero respuesta.

RV: Permiso para uso e traducción de la Escala de sobrecarga para familiares con parientes ingresados en residencias (CBS-FNH) ➤

Caixa de entrada x

✕ 🖨️ 📄



Anabel Alquézar Julve <aalquezar@hospitalarias.es>

para mim, adilia@ipb.pt, mambras@gmail.com

quarta, 13/09, 08:17 (há 8 días)

☆ ↶ ⋮

Buenos días

En respuesta a su consulta sobre una escala publicada en la Revista Informaciones Psiquiátricas, indicarles que deben dirigirse a los autores para solicitar su autorización.

No hay que problema en que usen nuestra traducción como base para pasarla al portugués, pero para emplear la escala deberían hablar con los autores.

Un saludo,



**Hermanas
Hospitalarias**
PROVINCIA DE ESPAÑA

Anabel Alquézar Julve
Secretaria

Av. Jordà, 8. 08035. BARCELONA
Telf.: 934186933 Ext.: 70000
www.hospitalarias.es

Google | Seguro | https://mail.google.com/mail/u/0/#inbox/15ef144021d72bd5

Gmail - 3 de 1 741

COMPOR

Caixa de entrada (630)

Com estrela

Importante

Correio enviado

Rascunhos (30)

Call log

Pessoal

SMS

Joana +

Não existem contactos do Hangouts

Encontrar uma pessoa

4,91 GB (32%) de 15 GB utilizados

Terms - Privacidade

Última atividade da conta: há 3 dias

Ativar o Windows

Aceda a Definições para ativar o Windows.

E-mail: hfukahori.kanr@tmd.ac.jp
hiroki.fukahori@gmail.com

2017-10-04 22:13 GMT+09:00 <augustamata@ipb.pt>:

>

> Dear sir:

> My name is Augusta Mata and I'm a professor at the Health School of Polytechnic Institute of Bragança in Portugal. At this moment I'm tutoring a master thesis in Community Nursing and I've achieved to the reading of your article published at the Japan Journal of Nursing Science (2010) 7, 136-147 called "Psychometric properties of the Caregiving Burden Scale for Family Caregivers with Relatives in Nursing Homes. Scale development"

> As our study sample will be composed by family caregivers with relatives in Nursing Homes, I'm writing this email in order to ask you the permission for us to translate, use and validate your scale for the portuguese population.

>

> Expecting to hear from you soon, I send you my best regards

>

> Augusta Mata

>

> Associate Professor

>

> Health School - Polytechnic Institute of Bragança

Clique aqui para Responder, Responder a todos ou Encaminhar

Google | Seguro | https://mail.google.com/mail/u/0/#inbox/15ef144021d72bd5

Gmail - 3 de 1 741

COMPOR

Caixa de entrada (630)

Com estrela

Importante

Correio enviado

Rascunhos (30)

Call log

Pessoal

SMS

Joana +

Não existem contactos do Hangouts

Encontrar uma pessoa

Meninas:

Segue a autorização para aplicarmos instrumento.

Bj

----- Forwarded message -----

From: 深堀 浩樹 <hfukahori.kanr@tmd.ac.jp>

Date: 2017-10-05 4:00 GMT+01:00

Subject: Re: Caregiving Burden Scale for Family Caregivers with Relatives in Nursing Homes

To: augustamata@ipb.pt

Dear Dr. Augusta Mata,

Thank you for your response. I am glad to hear from you.

I agree for you to translate / validate the Caregiving Burden Scale for Family Caregivers with Relatives in Nursing Homes.

If you have any questions, do not hesitate to contact me.

Hiroki
 東京医科歯科大学大学院保健衛生学研究所
 看護システムマネジメント学 准教授
 深堀浩樹

〒113-0034 東京都文京区湯島1-5-45
 TEL/FAX: 03-5803-5302
 E-mail: hfukahori.kanr@tmd.ac.jp
hiroki.fukahori@gmail.com

Hiroki Fukahori PhD, RN, PHN
 Associate Professor
 Department of System Management in Nursing
 Graduate School of Health Care Sciences
 Tokyo Medical and Dental University
 Tel/Fax: +81-3-5803-5302
 E-mail: hfukahori.kanr@tmd.ac.jp
hiroki.fukahori@gmail.com

Ativar o Windows

Aceda a Definições para ativar o Windows.

ANEXO IV

Instrumentos de Colheita de Dados

FORMULÁRIO

FAMILIARES DE PESSOAS INSTITUCIONALIZADAS EM ERPI

O presente instrumento de colheita de dados enquadra-se na investigação a desenvolver no âmbito do Mestrado de Enfermagem comunitária, da Escola Superior de Saúde, do Instituto Politécnico.

Tem como objetivo avaliar a sobrecarga, bem como a ansiedade e depressão dos familiares dos utentes institucionalizados na Estrutura Residencial para Idosos (ERPI).

O instrumento de colheita de dados é o formulário que se segue, que será anónimo e toda a informação será tratada de forma confidencial, sendo que se destina exclusivamente ao estudo da temática.

É, assim, indispensável a sua colaboração, que desde já agradeço. Conto com seriedade.

Obrigada pela sua participação! A investigadora, Joana Margarida Vicente Antão
(*Enfermeira Graduada e aluna do Mestrado em Enfermagem Comunitária*)

Avaliação Sociodemográfica

1. Género:

Feminino Masculino

2. Idade: _____ anos

3. Estado Civil:

Casado(a)

Solteiro(a)

Viúvo(a)

Divorciado(a) / Separado(a)

Outro: _____

4. Qual é o seu nível de estudos?

Sem escolaridade

Sem estudos, mas sei ler e escrever

1º ciclo do ensino básico (4ª classe)

- 2º ciclo ensino básico (6º ano)
- 3º ciclo do ensino básico (9º ano)
- Ensino Secundário
- Ensino Superior (Licenciatura, Mestrado, Doutoramento)
- Outro: _____

5. Qual é a sua profissão/ocupação?

6. Trabalha na atualidade?

- Ativo
- Inativo (desempregado, reformado)

7. Qual é o seu grau de parentesco com a pessoa institucionalizada?

- Marido/Esposa
- Filho/a
- Sobrinho/a
- Genro/Nora
- Irmão/a
- Outro: _____

- Sim
- Não

8. Como avalia o seu estado de saúde?

- Muito mau
- Mau
- Razoável
- Bom
- Muito Bom

ZARIT BURDEN INTERVIEW - ESCALA DE SOBRECARGA DO CUIDADOR

(Sequeira, 2010)

Leia atentamente cada uma das afirmações e indique de que modo se aplicam ao seu caso colocando uma cruz (x) no espaço que melhor se adapte à sua opinião.

	Nunca	Quase Nunca	Às vezes	Muitas vezes	Quase sempre
1. Sente que o seu familiar solicita mais ajuda do que aquela que realmente necessita?					
2. Considera que devido ao tempo que dedica ao seu familiar já não dispõe de tempo suficiente para as suas tarefas?					
3. Sente-se tenso(a) quando tem de cuidar do seu familiar e ainda tem outras tarefas por fazer?					
4. Sente-se envergonhado(a) pelo comportamento do seu familiar?					
5. Sente-se irritado(a) quando está junto do seu familiar?					
6. Considera que a situação atual afeta de uma forma negativa a sua relação com os seus amigos/familiares?					
7. Tem receio pelo futuro destinado ao seu familiar?					
8. Considera que o seu familiar está dependente de si?					
9. Sente-se esgotado quando tem de estar junto do seu familiar?					
10. Vê a sua saúde ser afetada por ter de cuidar do seu familiar?					
11. Considera que não tem uma vida privada como desejaria devido ao seu familiar?					
12. Pensa que as suas relações sociais são afetadas negativamente por ter de cuidar do seu familiar?					
13. Sente-se pouca à vontade em convidar amigos para o(a) visitarem devido ao seu familiar?					

14. Acredita que o seu familiar espera que você cuide dele como se fosse a única pessoa com quem ele(a) pudesse contar?					
15. Considera que não dispõe de economias suficientes para cuidar do seu familiar e para o resto das despesas que tem?					
16. Sente-se incapaz de cuidar do seu familiar por muito mais tempo?					
17. Considera que perdeu o controle da sua vida depois da doença do seu familiar se manifestar?					
18. Desejaria poder entregar o seu familiar aos cuidados de outra pessoa?					
19. Sente-se inseguro acerca do que deve fazer com o seu familiar?					
20. Sente que poderia fazer mais pelo seu familiar?					
21. Considera que poderia cuidar melhor do seu familiar?					
22. Em geral sente-se muito sobrecarregado por ter de cuidar do seu familiar?					

ESCALA DE ANSIEDADE E DEPRESSÃO CLÍNICA – HADS (Ribeiro, 2007)

Este questionário foi construído para ajudar a saber como se sente. Pedimos-lhe que leia cada uma das perguntas e faça uma cruz (x) no espaço anterior à resposta que melhor descreve a forma como se tem sentido na última semana. Não demore muito tempo a pensar nas respostas. A sua reação imediata a cada questão será provavelmente mais correta do que uma resposta muito ponderada. Por favor, faça apenas uma cruz em cada pergunta.

1. Sinto-me tenso/a ou nervoso/a:

- Quase sempre
- Muitas vezes
- Por vezes
- Nunca

2. Ainda sinto prazer nas coisas de que costumava gostar:

- Tanto como antes
- Não tanto agora
- Só um pouco
- Quase nada

3. Tenho uma sensação de medo, como se algo terrível estivesse para acontecer:

- Sim e muito forte
- Sim, mas não muito forte
- Um pouco, mas não me aflige
- De modo algum

4. Sou capaz de rir e ver o lado divertido das coisas:

- Tanto como antes
- Não tanto como antes
- Muito menos agora
- Nunca

5. Tenho a cabeça cheia de preocupações:

- A maior parte do tempo
- Muitas vezes
- Por vezes
- Quase nunca

6. Sinto-me animado/a:

- Nunca
- Poucas vezes
- De vez em quando
- Quase sempre

7. Sou capaz de estar descontraidamente sentado/a e sentir-se relaxado/a:

- Quase sempre
- Muitas vezes

8. Sinto-me mais lento/a, como se fizesse as coisas mais devagar:

- Quase sempre
- Muitas vezes
- Por vezes

Por vezes

Nunca

Nunca

9. Fico de tal forma apreensivo/a

(com medo), que até sinto um aperto no estômago:

Nunca

Por vezes

Muitas vezes

Quase sempre

10. Perdi o interesse em cuidar do

meu aspeto físico:

Completamente

Não dou atenção que devia

Talvez cuide menos que antes

Tenho o mesmo interesse de

sempre

11. Sinto-me de tal forma inquieto/a

que não consigo estar parado/a:

Muito

Bastante

Não muito

Nada

12. Penso com prazer nas coisas que

podem acontecer no futuro:

Tanto como antes

Não tanto agora

Bastante menos agora

Quase nunca

13. De repente, tenho sensações de

pânico:

Muitas vezes

Bastantes vezes

Por vezes

Quase nunca

14. Sou capaz de apreciar um bom

livro ou um programa de rádio

ou televisão:

Muitas vezes

De vez em quando

Poucas vezes

Quase nunca

**ESCALA DE SOBRECARGA PARA FAMILIARES DE PESSOAS
INSTITUCIONALIZADAS EM RESIDÊNCIAS DE IDOSOS (CBS-FNH)**

(Obanos-Martella et. Al, 2016)

Por favor selecione a resposta que melhor descreva como se sente acerca das tensões e dificuldades que possa experimentar após a institucionalização do seu familiar.

1. Sinto que o pessoal da estrutura residencial não se preocupa com o meu familiar de forma amável e carinhosa?

Nunca () Às vezes () Com frequência () Com muita frequência ()

2. Tenho dificuldades porque não sou capaz de comunicar com o pessoal.

Nunca () Às vezes () Com frequência () Com muita frequência ()

3. O pessoal que cuida do meu familiar não me diz o suficiente sobre ele.

Nunca () Às vezes () Com frequência () Com muita frequência ()

4. Tenho dificuldades porque as informações sobre o meu familiar são diferentes consoante o membro do pessoal que mas fornece.

Nunca () Às vezes () Com frequência () Com muita frequência ()

5. Tenho dificuldades para falar com os membros do pessoal quando quero perguntar-lhes algo.

Nunca () Às vezes () Com frequência () Com muita frequência ()

6. É difícil encontrar um equilíbrio entre visitar o meu familiar e outras tarefas (por exemplo, tarefas de casa ou lazer).

Nunca () Às vezes () Com frequência () Com muita frequência ()

7. É difícil ter tempo para mim porque estou preocupado com o meu familiar.

Nunca () Às vezes () Com frequência () Com muita frequência ()

8. Não tenho vontade de viajar, mesmo sabendo que o meu familiar está ser acompanhado na estrutura residencial.

Nunca () Às vezes () Com frequência () Com muita frequência ()

9. **Sinto que a preocupação com o meu familiar tem um efeito negativo sobre mim e/ou sobre as ocupações com a minha família.**

Nunca () Às vezes () Com frequência () Com muita frequência ()

10. **Sinto que as visitas à residência são fisicamente duras para mim.**

Nunca () Às vezes () Com frequência () Com muita frequência ()

11. **Gostaria de cuidar do meu familiar na minha casa, se me fosse possível.**

Nunca () Às vezes () Com frequência () Com muita frequência ()

12. **Sinto pena que o meu familiar tenha de estar institucionalizado.**

Nunca () Às vezes () Com frequência () Com muita frequência ()

13. **Sinto pena que o meu familiar tenha de viver numa residência de pessoas idosas.**

Nunca () Às vezes () Com frequência () Com muita frequência ()

14. **Sinto-me triste porque não posso falar com o meu familiar devido à sua doença/incapacidade.**

Nunca () Às vezes () Com frequência () Com muita frequência ()

15. **É doloroso ver piorar progressivamente o meu familiar.**

Nunca () Às vezes () Com frequência () Com muita frequência ()

16. **Sinto-me triste ao ver como o meu familiar mudou em relação ao que era antes.**

Nunca () Às vezes () Com frequência () Com muita frequência ()

Obrigada pela sua participação.

ANEXO V

Projeto de Intervenção Comunitária

PROJETO DE INTERVENÇÃO COMUNITÁRIA

“Cuidar de quem Cuida...”

Reconhecer e controlar a Sobrecarga e ansiedade em familiares de pessoas institucionalizadas

1. Âmbito

O projeto “Cuidar de Quem Cuida” visa dotar os cuidadores com estratégias de escape à sobrecarga, bem como a ansiedade – contribuindo para um melhor estado de saúde – com a finalidade de contribuir para cuidados de melhor qualidade.

Refletindo um pouco sobre o envelhecimento ou doenças crónicas incapacitantes percebemos que se afirmam como um problema atual e que diz respeito à área da saúde e social.

Este projeto, com a temática de base – Sobrecarga e Ansiedade em familiares de Utentes institucionalizados, pretende reconhecer esta problemática junto dos familiares e encontrar estratégias de adaptação/capacitação para contornar a sobrecarga e ansiedade no momento da institucionalização e ao longo da sua duração. Assim as temáticas abordadas serão: *Realidade com institucionalização em ERPI; Estado global de saúde; O papel da família e dos apoios externos na promoção do bem-estar do cuidador; Ansiedade e depressão; Ser cuidador*. Pretende-se que se revele útil e traga ganhos na consciência da importância deste tema, despertando mentalidades positivas nos familiares e sociedade em geral.

Projeta-se formar e capacitar os profissionais de saúde, bem como os próprios familiares, cuidadores e sociedade em geral para promover um ambiente cuidado no processo de institucionalização.

2. Enquadramento

A velhice tida como a última etapa da vida traz consigo o declínio das capacidades e funções, reflectindo-se em elevados níveis de dependência para o autocuidado (Despacho n.º 12427/2016). No entanto, na actualidade não podemos deixar de falar nas

doenças crónicas, que representam, segundo Martins et al (2004), um problema para as entidades de respostas sociais e para as famílias.

Os níveis de dependência implicam cuidados específicos à pessoa idosa ou com doença crónica. Com o passar dos anos, devido a alterações demográficas e sociais das famílias os cuidados, que eram da responsabilidade da família, espera-se que sejam transferidos para as instituições do estado ou instituições privadas.

A institucionalização significa o suporte formal para prestação de cuidados, em substituição ou complementaridade dos cuidados informais e familiares. Traduz-se, na transferência da pessoa idosa aos cuidados de uma instituição, lar ou residência (cardão, 2009). Faria e Carmo (2015) enumeram uma série de fatores que podem justificar a institucionalização – de entre eles perda de autonomia, solidão e retaguarda de cuidados deficiente pela rede familiar.

O familiar do Utente institucionalizado pode descrever níveis de sobrecarga nunca antes sentidos (Schulz e Williamson, et al, 1991 citado por Figueiredo, 2008). A ansiedade, tal como a depressão, são reconhecidas como uma consequência nos cuidadores (Parks, 2000, citado por Sousa, 2020). Sendo que estudos relevam que os cuidadores apresentam um estado global de saúde pior (Haley *et al.*, 1996 citado por Figueiredo e Sousa 2008).

A necessidade de reconhecer estes sentimentos junto dos familiares de Utentes Institucionalizados deve ser uma preocupação de todos os intervenientes. Sendo de grande importância o papel dos profissionais de saúde no papel de educadores e modelos sociais.

a. Sobrecarga e ansiedade no concelho de Bragança

Relativamente à sobrecarga e ansiedade em familiares de Utentes institucionalizados no concelho de Bragança, os resultados presentes neste estudo, remetem-nos para algumas situações específicas que se revelam importantes na sua abordagem.

Passaremos, assim, à análise:

- Prevalência dos familiares de Utentes institucionalizados:
 - Os familiares de pessoas institucionalizadas são, em maioria, do sexo feminino (71%), com idades acima do 50 (72%) e casados ou em união de facto (76,1%).

- Os indivíduos do presente estudo se encontram profissionalmente ativos e frequentaram o secundário e/ou ensino superior (76%).
 - Em grande parte dos inquiridos é filho(a) (67%), seguindo-se o conjugue(12%).
 - Classificam a sua saúde entre razoável e boa, com percentagens de 47% e 36%, respectivamente.
- Resultados da sobrecarga em familiares de Utentes institucionalizados:
 - Cerca de metade dos inquiridos não apresentam sobrecarga (54%).
 - Os que apresentam alguma sobrecarga, ligeira ou intensa, distribuem-se na mesma percentagem (23%).
 - A sobrecarga reflecte-se em duas dimensões, a “culpa” e “luto e perdas antecipados”.
 - Nas dimensões “Conflitos com o pessoal” e “restrições relacionadas com o cuidar” os familiares deste estudo apresentam menor sobrecarga.
 - Os familiares do sexo feminino que apresentam maior sobrecarga.
 - Os familiares com escolaridade até ao 3º ciclo que apresentam maior sobrecarga comparativamente aos que têm habilitações mais elevadas.
 - Os familiares de pessoas institucionalizadas com auto percepção de saúde Muito má ou má apresentam níveis de sobrecarga superiores aos outros.
 - A níveis de sobrecarga mais elevados, maior a ansiedade.
 - Os familiares de pessoas institucionalizadas com auto percepção de saúde Muito má ou má apresentam níveis de sobrecarga superiores aos outros.
- Resultados da Ansiedade em familiares de Utentes institucionalizados:
 - Os níveis de ansiedade apresentam-se dentro do normal nos familiares da presente amostra (46%), sendo que 25% apresentam ansiedade leve; 16% moderada e 13% apresentam níveis de ansiedade considerados graves.
 - Os familiares deste estudo demonstram maior ansiedade nos itens “Tenho a cabeça cheia de preocupações” e – “Sou capaz de estar descontraidamente sentado(a) e sentir-me relaxado(a)”.
 - São os indivíduos do sexo feminino que apresentam maiores níveis de ansiedade;

- São os familiares de pessoas institucionalizadas com pior auto percepção de saúde que apresentam os níveis de ansiedade mais elevados.
- A níveis de ansiedade mais elevados, maior a sobrecarga sentida.

Com base nestes resultados entende-se que é na sobrecarga que os familiares necessitam de maior apoio. No entanto, também se percebe a necessidade de abordar a ansiedade e o estado de saúde – variáveis onde se revelaram maiores relações estatisticamente significativas.

Para Figueiredo (2012) citado por Rodrigues (2013) p. 21 “a capacidade de produzir novos conhecimentos que emergem da reflexão processual face à complexidade dos contextos de ação onde se desenvolve as interações com as famílias, é impulsionadora de transformações estruturantes no seu domínio empírico”. Neste sentido, geram-se conhecimentos e estratégias entre enfermeiro e família que ajudam na sua adaptação.

O enfermeiro constitui-se um elemento promotor de capacitação da família, pelo que deve intervir por de forma a encontrar nas famílias capacidades para a resolução dos problemas (Abreu, 2011 citado por Rodrigues, 2013).

3. Integração

Este projeto tem por base os cuidados de saúde, no entanto é transversal a outras áreas como a intervenção comunitária, psicologia, acompanhamento de doentes crónicos e visitação domiciliária.

4. Organização e parcerias

Intervenientes:

- **Instituições Gestoras:** Centro Saúde Santa Maria Bragança, Unidade Local de Saúde do Nordeste, Fundação Betânia e Santa Casa da Misericórdia de Bragança e Escola Superior de Saúde – Instituto Politécnico de Bragança (IPB).
- **Cliente/Utilizador:** População residente no concelho de Bragança (34589 habitantes *pordata*, 2021).
- **Intervenientes:**
 - Coordenadoras do projeto: Joana Margarida Vicente Antão;

- Equipa Multidisciplinar do Centro de Saúde e instituições implicadas: Enfermeiros, Nutricionistas, Psicólogos, Assistente Social, Professores da Escola Superior de Saúde - IPB.
- Parcerias: Câmara Municipal, Junta de Freguesia, IPSS do concelho de Bragança, USLSNE, Escola Superior de Saúde – IPB.
- **Período de Intervenção:** Março de 2024 a Junho 2024.

5. Plano de Ação

PROJETO: Cuidar de Quem Cuida

Objetivo Geral: Reconhecer a sobrecarga e ansiedade nos familiares e encontrar estratégias de adaptação/capacitação

População Alvo: População residente no concelho de Bragança 34589 habitantes.

Objetivos Específicos	Atividades	Onde	Nº Ações Previstas	Quando
Realizar sessões de educação para os familiares e sociedade em geral	Efetuar reuniões junto dos familiares e sociedade em geral motivando a capacitação no proceso de institucionalização.	<ul style="list-style-type: none"> • Fundação Betânia • Santa Casa da Misericórdia de Bragança • C.S. Santa Maria 	5	Março 2024 Ao longo do projeto

PLANEAMENTO DE SESSÕES

Sessões	Área de Intervenção	Conteúdos	Formadores	Data	Duração	Local
1	REALIDADE COM INSTITUCIONALIZAÇÃO EM ERPI	<ul style="list-style-type: none"> - Viver numa instituição; - Gerir e trabalhar numa Instituição; 	Dr Bruno Santos , Assistente Social Fundação Betânia Enfª Flávia Lage , SCMB	Março 2024	60min	Fundação Betânia

		<ul style="list-style-type: none"> - “Mitos e Realidades” - Folheto informacional 	<p>Enfª Joana Antão, Fundação Betânia</p>			
2	ESTADO GLOBAL DE SAÚDE	<ul style="list-style-type: none"> - Alimentação Saudável; - Higiene Oral; - Dicas Essenciais. - Folheto informacional 	<p>Dr André Carneiro, Nutricionista SCMB Enfª Flávia Lage, SCMB Enfª Joana Antão, Fundação Betânia</p>	Março 2024	60min	Santa Casa Misericórdia Bragança
3	O PAPEL DA FAMÍLIA E DOS APOIOS EXTERNOS NA PROMOÇÃO DO BEM-ESTAR DO CUIDADOR	<ul style="list-style-type: none"> - Ser Cuidador: Objetivos e Limites; - Sobrecarga; - A família: Como pode ajudar? - Papel do Enfermeiro. 	<p>Enfª Madalena Barreira, ULSNE (UCC) Enfª Flávia Lage, SCMB Enfª Joana Antão, Fundação Betânia</p>	Abril 2024	60min	Santa Casa Misericórdia Bragança
4	ANSIEDADE E DEPRESSÃO	<ul style="list-style-type: none"> - Fatores desencadeantes; - Como combater; - Papel do Enfermeiro. - Folheto informacional 	<p>Dra Sara da Veiga Fernandes, Psicóloga ULSNE Enfª Madalena Barreira, ULSNE (UCC)</p>	Abril 2024	60min	Fundação Betânia
5	SER CUIDADOR	<ul style="list-style-type: none"> - Ser cuidador - Cuidador Formal, Informal 	<p>Enfª Madalena Barreira, ULSNE (UCC) Enfª Flávia Lage, SCMB</p>	Junho 2024	60min	Centro Saúde Santa Maria

		e Familiar - O papel do enfermeiro	Enf^a Joana Antão , Fundação Betânia Testemunhos reais (Familiar e Auxiliar)			
--	--	---------------------------------------	---------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--	--	--

6. Avaliação

A avaliação será realizada após a intervenção, pelas entidades gestoras do projeto e pela coordenadora do mesmo, com base em indicadores de resultado e desempenho.

Indicadores de resultado: A avaliar em 2024, com a realização de um estudo de investigação idêntico ao realizado no presente ano.

Indicadores de resultado	METAS	
	Situação atual 2023	Junho 2024
Sobrecarga ligeira	23%	11,5%
Sobrecarga intensa (em familiares de Utentes institucionalizados)	23%	11,5%
Ansiedade leve (25%) ,	25%	12,5%
Ansiedade moderada (16%)	16%	8%
Ansiedade grave (13%) (em familiares de Utentes institucionalizados)	13%	6,5%

Indicadores de desempenho: avaliar ao longo do projeto, junto dos intervenientes, com a aplicação de um questionário de avaliação de sessões, com questões relativas à sessão de formação e questões relativas aos conteúdos abordados (**Anexo I**).

Indicadores de Desempenho	METAS	
	Situação atual 2023	Junho 2024
Percentagem de ações desenvolvidas	----	100%
Índice de participação da população-alvo nas ações *	----	10%

* Índice de participação da população-alvo nas ações: as metas previstas têm em consideração e extensa população alvo das 38 freguesias do concelho.

Anexo I

Questionário de Avaliação da Sessão de Educação para a Saúde

Questionário de Avaliação da Sessão de Educação para a Saúde

Sessão nº _____

Leia com atenção antes de preencher

A sua opinião sobre a sessão de formação realizada no âmbito do projeto “Cuidar de Quem Cuida” é importante para avaliar em que medida satisfazemos as suas expectativas, permitindo-nos melhorar o nosso desempenho em futuras sessões de formação.

Considerando para cada aspeto a ser avaliado uma pontuação de “Mau” a “Muito Bom”, assinale os quadros com X correspondendo à sua opinião.

Relativamente à sessão de formação

	Mau	Não Satisfaz	Satisfaz	Bom	Muito Bom
1. Como avalia a sessão em termos de aquisição de novos conhecimentos?					
2. A sessão foi clara na apresentação e exposição dos conteúdos?					
3. Os formadores transmitiram os conteúdos de forma clara e concisa?					
4. A sessão correspondeu às suas expectativas?					

Relativamente aos conteúdos abordados

	Mau	Não Satisfaz	Satisfaz	Bom	Muito Bom
1. Os temas abordados foram interessantes e úteis?					
2. O conteúdo da sessão de formação foi adequado?					
3. O tempo de duração da sessão foi adequado?					

Sugestões/Críticas

Sugestões para futuras intervenções

Gratas pela sua colaboração!

ANEXO VI

Relatório de Estágio realizado na UCC de Bragança

Mestrado em Enfermagem Comunitária

2º Ano

Estágio II

RELATÓRIO DE ESTÁGIO

Joana Margarida Vicente Antão

Orientadores:

Professora Doutora Adília Fernandes

Professor Doutor Manuel Brás

Bragança, Junho 2018

Mestrado em Enfermagem Comunitária

2º Ano

Estágio II

RELATÓRIO DE ESTÁGIO

Centro de Saúde de Santa Maria

Relatório elaborado pela Discente Joana Antão, número mecanográfico 31890, no âmbito do **Estágio II/Trabalho de Projeto** em Cuidados de Saúde Primários, do Curso de Mestrado em Enfermagem Comunitária da Escola Superior de Saúde de Bragança, do IPB, a decorrer no Centro de Saúde de Santa Maria, na Unidade Funcional **UCC**, sob a orientação da Enfermeira Especialista **Madalena Barreira**, com a orientação dos Professores **Adília Fernandes e Manuel Brás**, com um total de **420h – 1 Outubro de 2017 a 31 Dezembro 2017; 1 Março de 2018 a 31 Junho de 2018**.

Bragança, Junho 2018

Lista de Abreviaturas e Siglas

ACES - Agrupamentos dos Centros de Saúde

CSP – Cuidados de Saúde Primários

OMS – Organização Mundial de Saúde

SNS – Serviço Nacional de Saúde

UCC – Unidade de Cuidados na Comunidade

UCSP – Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados

URAP - Unidade de Recursos Assistenciais Partilhados

USF – Unidade de Saúde Familiar

USP – Unidade de Saúde Pública

ULSNE – Unidade Local de Saúde do Nordeste

Índice

INTRODUÇÃO	94
1. CONTEXTUALIZAÇÃO DO LOCAL DE ESTÁGIO.....	97
a. Área de abrangência	98
b. População Inscrita	98
c. Constituição da Equipa	100
d. Carteira de Serviços.....	101
2. ATIVIDADES DESENVOLVIDAS EM ESTÁGIO.....	103
3. ANÁLISE CRÍTICA E CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	106
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	107
ANEXOS	110
ANEXO I	111
Pedido de autorização à Comissão de Ética da ULSNE e respectiva Autorização	111
ANEXO II.....	115
Consentimento Informado, Livre e Esclarecido	115
ANEXO III	117
Instrumento de Colheita de dados.....	117
ANEXO IV.....	124
Planeamento das sessões de educação para a saúde	124
ANEXO V	127
Convites Profissionais de Saúde e Cuidador	127
ANEXO VI.....	138
Folheto Informativo – Realidade com Institucionalização em ERPI.....	138
ANEXO VII.....	141
Folheto – Estado Global de Saúde.....	141
ANEXO VIII	144
Folheto - Ansiedade e Depressão	144

ANEXO IX.....	147
Questionário de Avaliação da Sessão de Educação para a Saúde.....	147

INDICE DE FIGURAS

Figura 1 - Valores médios de cada item da escala de sobrecarga do cuidador de Zarit .	26
Figura 2 - Distribuição da amostra pelos níveis de sobrecarga do cuidador de Zarit.....	27
Figura 3 - Valores médios dos itens da Ansiedade da escala HADS-A	27
Figura 4- Distribuição da amostra pelos níveis de Ansiedade da escala HADS-A.....	28
Figura 5 - Pirâmide Etária dos Utentes Inscritos na UCSP Santa Maria II.....	98
Figura 6 - - Pirâmide Etária dos Utentes Inscritos na UCSP Santa Maria I.....	99
Figura 7 Pirâmide Etária dos Utentes Inscritos na UCSP Sé	99
Figura 8 Pirâmide Etária dos Utentes Abrangidos pela UCC Domus.....	100
Figura 9 - Equipa UCC Domus	101

INTRODUÇÃO

Segundo o Despacho nº 13795/2012 – Ministério da Saúde, os Cuidados de Saúde Primários (CSP) assumem funções de promoção da saúde e prevenção da doença, de prestação de cuidados de saúde e, ainda, de ligação e articulação com outros serviços para a continuidade de cuidados. São o primeiro nível de contacto com o Serviço Nacional de Saúde (SNS) para os indivíduos, as famílias e a comunidade, e prestam os cuidados de saúde nos locais onde as pessoas vivem e trabalham, ou o mais próximo possível (Conselho Internacional de Enfermeiros, 2008). Assim, os cuidados de saúde primários são considerados essenciais e devem pautar-se pela acessibilidade e equidade a todos os indivíduos e famílias, tendo como princípio a aplicação de um custo acessível à comunidade e ao país (Conselho Internacional de Enfermeiros, 2008).

Para que a saúde seja vista como um conceito positivo que tem em conta os recursos pessoais e sociais é essencial articular todos os recursos comunitários, a fim de aumentar a capacidade das pessoas para agirem sobre os fatores determinantes da saúde individual e colectiva - no sentido da adopção de comportamentos promotores de saúde e da criação de ambientes físicos e sociais mais saudáveis (Ministério da Saúde, 2011). Nesta perspectiva há necessidade de se identificarem problemas, os fatores determinantes e as necessidades de saúde da população para se delinearem abordagens de intervenção apropriadas. O que implica planejar em saúde, trabalhar com outros sectores, articular e estabelecer parcerias, promover a literacia e capacitar com recurso a processos de promoção do envolvimento e participação das pessoas e estruturas locais, nos processos que direta ou indirectamente possam afetar a sua saúde (Ministério da Saúde, 2011).

Entende-se imprescindível a existência de profissionais de saúde com ferramentas através das quais planeiam e atuam com rigor técnico e evidência científica, a fim de adquirirem competências específicas, seja a nível de epidemiologia, planeamento e administração de saúde, intervenção comunitária, saúde ambiental e em comunicação interpessoal e socio-grupos em saúde (OMS, 2008). Estes requisitos são essenciais para se delinearem estratégias de intervenção de âmbito populacional para, com a capacitação em saúde e a literacia da população, se diminuam as principais causas de morbidade e mortalidade, que estão directamente relacionadas com estes fatores.

O curso de Mestrado em Enfermagem Comunitária tem como base habilitar os profissionais no âmbito das competências humanas, técnicas, científicas e relacionais nesta área, para que adquiram ferramentas por forma a melhorar a qualidade de vida e saúde das populações. Posto isto, são apresentados os seguintes objetivos gerais do curso, com vista a que os estudantes possam:

1. Proceder à elaboração do diagnóstico de saúde de uma comunidade;
2. Estabelecer prioridades em saúde de uma comunidade;
3. Formular objetivos e estratégias face à priorização das necessidades em saúde estabelecidas;
4. Estabelecer programas e projetos de intervenção com vista à resolução dos problemas identificados;
5. Avaliar programas e projetos de intervenção com vista à resolução dos problemas identificados;
6. Liderar processos comunitários com vista à capacitação de grupos e comunidades na consecução de projetos de saúde e ao exercício de cidadania;
7. Integrar, nos processos de mobilização e participação comunitária, conhecimentos de diferentes disciplinas: enfermagem, educação, comunicação, ciências humanas e sociais;
8. Proceder à gestão da informação em saúde aos grupos e comunidade;
9. Participar na coordenação, promoção, implementação e monitorização das atividades constantes dos programas de saúde conducentes aos objetivos do Plano Nacional de Saúde;
10. Proceder à vigilância epidemiológica dos fenómenos de saúde-doença que ocorrem numa determinada área geodemográfica;
11. Aprofundar/desenvolver saberes teóricos, práticos e de investigação de forma a potenciar a promoção da excelência da prática da qualidade dos cuidados especializados em enfermagem ao indivíduo/família/grupos e comunidade ao longo do ciclo vital e nos diferentes settings de intervenção, no domínio da saúde comunitária e pública;
12. Tomar decisões que orientem o exercício profissional autónomo, centrado na comunidade, com enfoque em grupos mais vulneráveis em situações de maior

risco ou dependência física e funcional ou doença que requeira acompanhamento próximo;

13. Participar na gestão de cuidados de enfermagem especializados em enfermagem comunitária e saúde pública;
14. Participar de forma proactiva na definição e intervenção nas políticas, programas e projetos de saúde.

Este relatório foi desenvolvido no âmbito da Unidade Curricular Estágio II/Trabalho Projeto, que se integra no 2º ano do Curso de Mestrado em Enfermagem Comunitária, da Escola Superior de Saúde de Bragança. Tem o propósito de organizar e descrever de forma objectiva e sequencial as atividades desenvolvidas no decorrer do estágio; responder a uma exigência curricular e ser objecto de avaliação. Encontra-se dividido em 3 capítulos:

1. Contextualização do Local de Estágio;
2. Atividades Desenvolvidas em Estágio;
3. Análise Crítica e Considerações Finais.

A metodologia para a elaboração deste documento é baseada em análise descritiva, crítica e reflexiva, utilizando pesquisa bibliográfica para fundamentação.

Relativamente ao estágio – perfaz um total de 420 horas e divide-se, essencialmente, em duas fases. Numa primeira fase o diagnóstico de saúde de uma comunidade – *Sobrecarga, ansiedade e depressão, estado de saúde global dos cuidadores informais* pertencentes à ECCI do Centro de Saúde de Santa Maria – Bragança. Na segunda fase a conceção, planeamento e realização de um projeto de intervenção comunitária – o qual se intitula “*Cuidar de Quem Cuida..*” – com base na metodologia do planeamento em saúde.

1. CONTEXTUALIZAÇÃO DO LOCAL DE ESTÁGIO

Em 2008 surge o Dec-Lei nº 28/ 2008 de 22 de Fevereiro que reorganiza os centros de saúde com a criação dos Agrupamentos dos Centros de Saúde (ACES), estes compreendem as seguintes Unidades funcionais:

- Unidade de Saúde Familiar (USF),
- Unidade de Cuidados na Comunidade (UCC),
- Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados (UCSP),
- Unidade de Saúde Pública (USP),
- Unidade de Recursos Assistenciais Partilhados (URAP)
- Outras unidades ou serviços, propostos pela respectiva Administração Regional de Saúde (ARS), e aprovados por despacho do Ministro da Saúde, que venham a ser considerados como necessário. (p.1183) (Decreto-Lei n.º 28/2008)

A Unidade da Cuidados da Comunidade (UCC) Domus, é uma Unidade Funcional do Centro de Saúde de Bragança, integrado na Unidade Local de Saúde do Nordeste (ULSNE).

O Centro de Saúde de Bragança é organizado em duas unidades/edifícios:

- Unidade da Sé – Integra uma unidade de Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados (UCSP) e a Unidade de Saúde Pública (USP);
- Unidade de Santa Maria – integra duas UCSP e a UCC Domus.

O horário de funcionamento da UCC Domus (sediada na UCSP de Santa Maria) é das 8h às 20h (SNS, 2019). A ECCI (equipa integrada na UCC) faz horário alargado aos fins-de-semana, feriados e tolerâncias de ponto das 9:00 às 14:00h (SNS, 2019).

A UCC Domus tem, tal como outras UCC, a “missão de contribuir para a melhoria do estado de saúde da população da sua área geográfica de intervenção, visando a obtenção de ganhos em saúde” (Santa Casa da Misericórdia Aguiar da Beira , s.d.). Para isso presta cuidados de saúde e apoio psicológico e social de âmbito domiciliário e comunitário, direccionando a intervenção, especialmente, às pessoas, famílias e grupos mais vulneráveis, em situação de maior risco ou dependência física e funcional ou doença que requeira acompanhamento próximo. Actua na educação para a saúde, na

integração em redes de apoio à família e na implementação de unidades móveis de intervenção, garantindo a continuidade e qualidade dos cuidados prestados. Garante respostas integradas, articuladas, diferenciadas, de grande proximidade às necessidades em cuidados de saúde e sociais da população onde está inserida (Santa Casa da Misericórdia Aguiar da Beira, s.d.). Tem como princípios: Ética, Qualidade, Excelência, Criatividade, Inovação, Autonomia, Responsabilidade Social Partilhada, Brio Profissional, Reconhecimento; Cooperação, Solidariedade e Trabalho em Equipa.

A UCC Domus assenta a sua acção com base no plano de acção, o regulamento interno e a carta de qualidade e tem em consideração o rigoroso cumprimento de atividades de promoção e protecção da saúde e prevenção e controlo da doença. Simultaneamente tem desenhado um plano de formação e de melhoria contínua - desenvolvimento de competências dos profissionais - contemplando a articulação com as outras unidades funcionais da ULSNE, a RNCCI e outras instituições/parcerias comunitárias.

a. Área de abrangência

A população afectada a esta unidade funcional corresponde à população residente no concelho de Bragança (estudantes e trabalhadores). Assim, a área de actuação da UCC corresponde à área do concelho de Bragança - com uma área aproximada de 1.174 km², 35.341 habitantes, distribuídos por **39 freguesias**, 114 aldeias, 1 vila e a cidade (Câmara Municipal de Bragança, 2011).

b. População Inscrita



Figura 5 - Pirâmide Etária dos Utentes Inscritos na UCSP Santa Maria II

O Centro de Saúde (CS) de Bragança tem um total de 39936 utentes inscritos, dos quais 14413 utentes estão inscritos na Unidade da Sé (Figura 3), mais 12519 e 13004 na Unidade de Santa Maria I e II, respectivamente (Figura 1 e 2) (SNS, 2017).

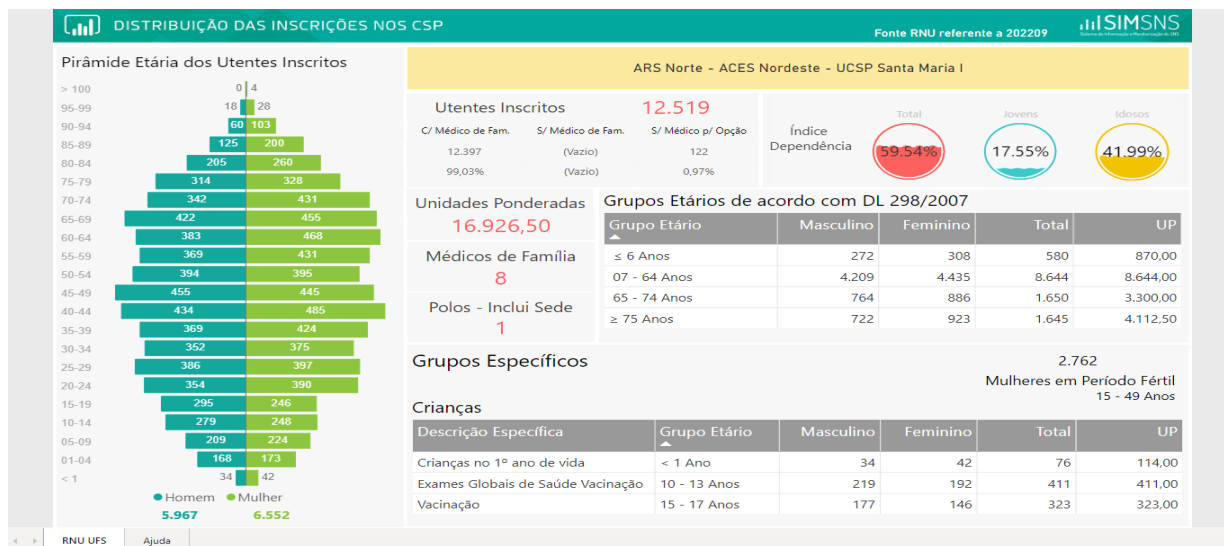


Figura 6 - - Pirâmide Etária dos Utentes Inscritos na UCSP Santa Maria I

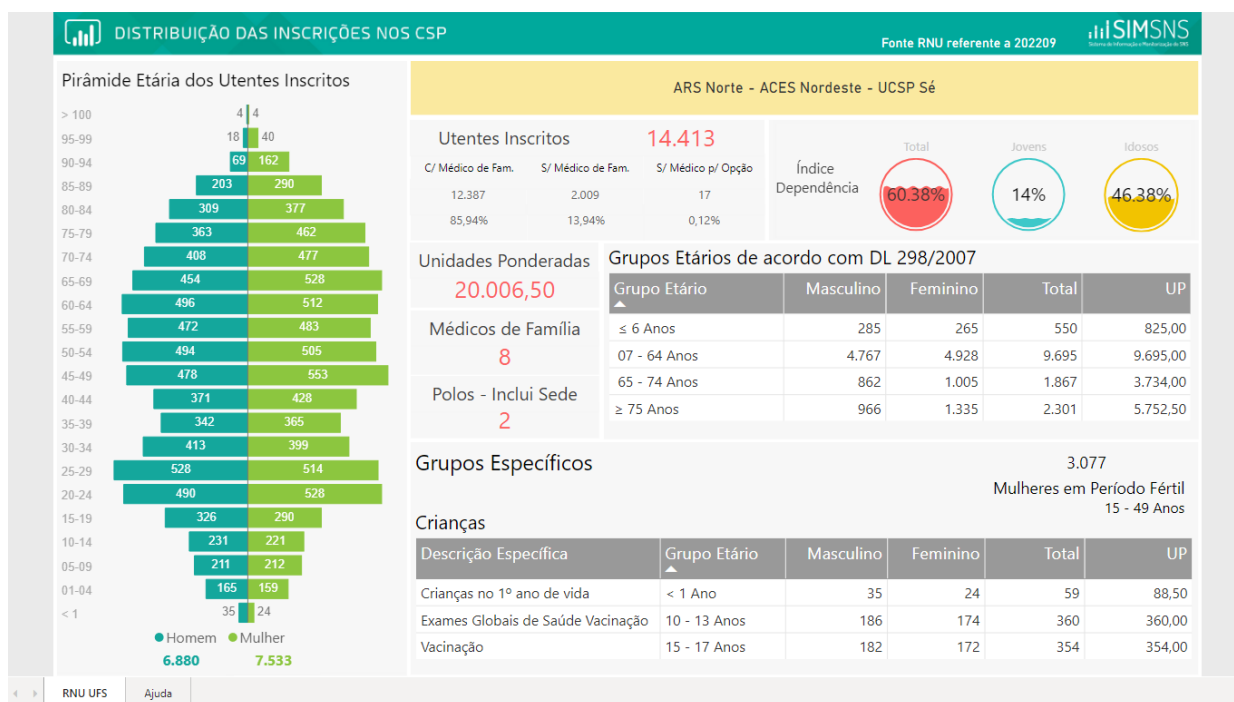


Figura 7 Pirâmide Etária dos Utentes Inscritos na UCSP Sé

Na UCC Domus encontram-se, actualmente, abrangidos 35541 Utentes distribuídos pelas diferentes freguesias. A pirâmide etária dos utentes inscritos no CS de Bragança é

a ilustração de uma população adulta/envelhecida dos países desenvolvidos – isto é, a base estreita e o topo a alargar, sendo as barras dos grupos etários adultos mais largas – classe dominante. Ocorre um crescimento demográfico baixo e uma esperança de vida elevada – Figura 4.

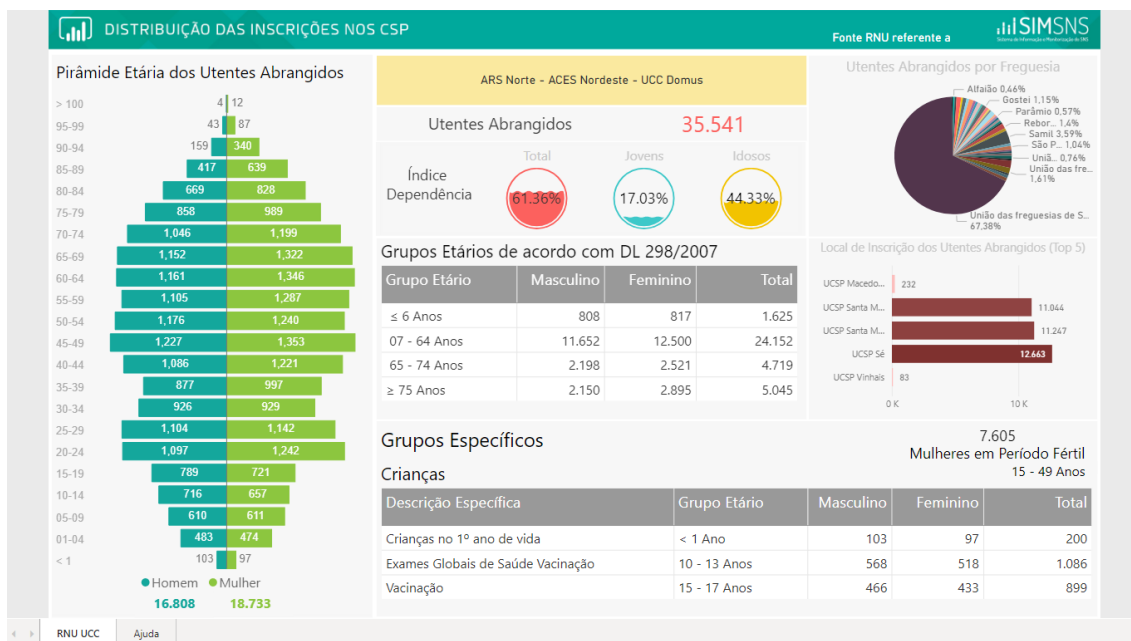


Figura 8 Pirâmide Etária dos Utentes Abrangidos pela UCC Domus

c. Constituição da Equipa

Segundo a OMS, uma equipa define-se como um grupo de pessoas que se empenham de forma coordenada, competente e responsável para a concretização de uma actividade ou mais concretas (Barbeiro, Martins, Mata, Manuel, & Barreria, 2008).

Trabalhar em equipa implica reconhecer a interdependia entre elementos da mesma equipa pondo em prática a autonomia profissional, a fim de atingir objetivos dos cuidados de saúde (Barbeiro, Martins, Mata, Manuel, & Barreria, 2008).

Os profissionais que fazem parte da UCC Domus desenvolvem atividades de intervenção comunitária em cooperação com os vários sectores comunitários – na qual integra uma equipa multidisciplinar (SNS, 2019) - (Figura 5):

Nome	Grupo profissional
Anabela Paula Seixas G. Martins	Enfermeira EER
Ana Patrícia Fernandes Vieira	Enfermeira ESC
Ana Sofia Carvalho	Enfermeira ESC
Carla Sofia Pires Maia	Enfermeira ESMO
Cristina Maria Pires Fernandes	Enfermeira EER
Madalena Conceição Barreira	Enfermeira ESC
Maria Conceição Tomé Silva	Enfermeira ESMO
Olívia Conceição Costa Maria	Enfermeira ESC
Sara Maria Moura Regente	Enfermeira ESC
Sónia Alexandra Nunes Sendim	Enfermeira EER
Alexandra Daniela Afonso Prada	Médica dentista
António Valente	Médico
Filipa Isabel Moas Prior	Psicóloga
Iolanda Lígia Rodrigues Afonso	Nutricionista
Isabel Conde Parente	Técnico Serviço social
Lia Ferreira	Assistente técnico
Maria Manuela Serrano	Técnico Serviço social
Vânia Raquel Diz	Médica

Figura 9 - Equipa UCC Domus

d. Carteira de Serviços

No âmbito da rede Nacional Cuidados Continuados Integrados (RNCCI) estão integrados os projetos da carteira de serviços, que por sua vez se incluem no plano do ACES em articulação com as diferentes Unidades - Unidades de Saúde Familiar (USF), as Unidades de Cuidados de Saúde Personalizados (UCSP), a Unidade de Saúde Pública (USP) – e Equipa Coordenadora Local (ECL) (SNS, 2019).

Participação activa nas carteiras de serviço e projetos da UCC (SNS, 2019):

- **Saúde Escolar:** Projeto de Saúde Escolar da equipa concelhia, procurando a capacitação da comunidade escolar para aumentar o controlo sobre a sua própria saúde e melhorá-la;
- **Rede Social – Rendimento Social de Inserção (RSI):** Sendo o elemento representativo uma das Assistentes Sociais da UCC.

- **Representação da saúde na CPCJ:** Sendo o elemento representativo a Enf de apoio a crianças e jovens em risco.
- **Preparação para a parentalidade:** Tem como objetivos disponibilizar informação e esclarecer dúvidas sobre aspectos associados à gravidez e ao nascimento do bebé com profissionais da área da Saúde Materno-Infantil, num ambiente onde os futuros pais poderão partilhar experiências com outros futuros pais assim como praticar algumas competências necessárias para um parto mais tranquilo e para uma maior segurança nos primeiros cuidados ao bebé (Passo a Passo - Centro de Desenvolvimento, s.d.).
- **Intervenção Precoce na Infância: Elemento actuante** – Tem como finalidade o acompanhamento de famílias/crianças com necessidades especiais/ deficiência.
- **Operacionalização de projetos comunitários em parceria com a rede social direccionados à terceira idade (Envelhecer saudável e Cuidando o cuidador) e SOS Cuidador – famílias de acolhimento.**
- **ECCI:** Elemento representativo/responsável - Tem como base uma equipa multidisciplinar e presta 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 (ARS Norte, s.d.).
- **NACRJ** – Núcleo de apoio s crianças e jovens em risco. – Segundo o despacho nº 31292/2008 – Tem como a base os direitos das crianças com vista ao seu desenvolvimento integral, (sob a forma de negligência e abandono, maus tratos físicos, de abuso sexual e de maus tratos psicológicos). Os profissionais de saúde têm a função de detetar precocemente fatores de risco e sinais de alarme. Sinalização “crianças e jovens em risco, ou em evolução para verdadeiro perigo” (p.49208).

2. ATIVIDADES DESENVOLVIDAS EM ESTÁGIO

Pretende-se, nesta fase, descrever as atividades realizadas ao longo do estágio. Têm por base os objetivos definidos no Guia Orientador de Estágio – supra referidos na Introdução.

A elaboração do diagnóstico de saúde de uma comunidade, bem como a realização e avaliação de um projeto de intervenção são a base essencial para o estágio.

Posto isto, neste estágio decidiu-se a aplicação de escalas de avaliação de *Sobrecarga, Ansiedade e Depressão nos cuidadores informais pertencentes à ECCI* (Equipa integrada na UCC Domus) (ANEXO III):

- Questionário Sociodemográfico;
- ARIT BURDEN INTERVIEW - ESCALA DE SOBRECARGA DO CUIDADOR (Sequeira, 2010);
- ESCALA DE ANSIEDADE E DEPRESSÃO CLÍNICA – HADS (Ribeiro, 2004);

Por falta de disponibilidade dos Cuidadores da ECCI – não foram preenchidas as escalas – como pretendido na fase inicial. Assim, com base em observação direta e em testemunhos presenciais – chegamos à conclusão – que **a sobrecarga, assim como a ansiedade e depressão são uma realidade para estes cuidadores.**

Perante o diagnóstico de saúde, desenhou-se um projeto de intervenção comunitária com vista à diminuição/auxílio dos problemas identificados, ao qual se deu o nome – *"Cuidar de Quem Cuida.."*.

O projeto *"Cuidar de Quem Cuida.."* visa dotar os cuidadores com estratégias de escape à sobrecarga, bem como a ansiedade e depressão – contribuindo para um bom estado de saúde global – que por sua vez, irá contribuir para cuidados de melhor qualidade.

Este projeto alargou-se às instituições Fundação Betânia e SCMB - locais onde laboravam as estagiárias – que ativamente deram vida a este projeto – que tinha como principais áreas de atuação:

- Realidade com institucionalização em ERPI;
- Estado global de saúde;
- O papel da família e dos apoios externos na promoção do bem-estar do cuidador;
- Ansiedade e depressão;

Com base nestas diferentes áreas foram pedidas colaborações junto de Profissionais formados e que trabalham nas diferentes áreas de forma direta e ativa, de entre os quais:

- **Dr Bruno Santos**, Assistente Social Fundação Betânia
- **Dr André Carneiro**, Nutricionista SCMB
- **Enf^ª Madalena Barreira**, ULSNE (UCC)
- **Dra Sara da Veiga Fernandes**, Psicóloga ULSNE

Para isso foram formalizados convites para cada um destes profissionais (ANEXO V).

Para melhor se entender a realidade de um cuidador formulou-se, também, um convite para poder dar o seu testemunho na última apresentação do projeto “SER CUIDADOR” (ANEXO V).

Assim, a operacionalização deste projeto deu-se a 3 de Maio de 2018 – na Fundação Betânia com o tema “REALIDADE COM INSTITUCIONALIZAÇÃO EM ERPI” – com os conteúdos programáticos - Viver numa instituição; Gerir e trabalhar numa Instituição; “Mitos e Realidades” – com a participação do Dr. Bruno Santos (Assistente Social Fundação Betânia) – a dar o seu contributo profissional – tendo a duração de 60 min.

Na sequência da presente apresentação foi executado um folheto informativo para cuidadores e população geral – com intuito de ajudar a desmistificar o tema “institucionalização” (ANEXO VI).

Relativamente ao ponto “ESTADO GLOBAL DE SAÚDE” – foi pedida colaboração do Dr. André Carneiro (Nutricionista SCMB) – e fez-se a apresentação na SCMB – no dia 4 Maio de 2018 – com a duração de 1 hora – abordaram-se as diferentes variáveis que afetam a saúde – como Alimentação, Sono e Repouso, Vacinação, entre outros. Decidiu-se criar um folheto de fácil leitura para os cuidadores e população em geral – que frequente o C. Saúde ou as instituições referidas – como forma de complemento à

formação – destacando os pontos mais relevantes (ANEXO VII).

Seguindo a ordem do Projeto de Intervenção a apresentação que se seguiria seria “O PAPEL DA FAMÍLIA E DOS APOIOS EXTERNOS NA PROMOÇÃO DO BEM-ESTAR DO CUIDADOR” – no entanto, por indisponibilidade de um dos intervenientes, foi adiada para uma data a definir. O que levou a que se avançasse para o ponto seguinte - “ANSIEDADE E DEPRESSÃO” – na Fundação Betânia – no dia 24 Maio de 2018 – com a colaboração da Dr^a Sara Veiga (Psicóloga ULSNE) e a Enf^a Madalena Barreira (ULSNE (UCC)) – Relacionando a ansiedade e depressão com o papel do Cuidador – quais os fatores desencadeantes, estratégias para os combater e qual o papel do enfermeiro(a). Também nesta área foi elaborado um folheto – como reforço da informação transmitida (ANEXO VIII).

A intervenção na área - O PAPEL DA FAMÍLIA E DOS APOIOS EXTERNOS NA PROMOÇÃO DO BEM-ESTAR DO CUIDADOR - não foi realizada por falta de disponibilidade de um dos intervenientes.

Reflecte-se, agora, no fim da aplicação do plano de intervenção, sobre o que foi realizado e sobre a importância, efectividade e pertinência das atividades realizadas. Assim, com base na avaliação do plano de intervenção – que consistiu no preenchimento de um questionário de avaliação nas diferentes sessões (ANEXO IX) – concluiu-se:

- 70% Referiram que as sessões permitiram adquirir novos conhecimentos e que foram expostas de forma clara (83%)– e que os formadores aplicaram os conteúdos de forma clara e concisa (83%)
- Para 65% dos participantes a sessão correspondeu às expectativas;
- No que diz respeito a conteúdos abordados – foram interessantes e úteis para 65 % de participantes – e o conteúdo e tempo de duração da sessão foi adequado (78%).

A avaliação do projeto de intervenção “*Cuidar de Quem Cuida..*” não foi formalmente realizada, no entanto acreditamos refletir-se, a longo prazo, com base no Indicadores utilizados na ECCI, para avaliação de cuidadores.

3. ANÁLISE CRÍTICA E CONSIDERAÇÕES FINAIS

Após expostas as atividades desenvolvidas ao longo do estágio, pretende-se, agora, refletir um pouco sobre as competências adquiridas ao longo do percurso.

As competências são reflexo de um ajuste de conhecimentos, habilidades e valores essenciais para promover a saúde aos indivíduos e grupos (Netto-Maia, 2016).

De forma geral os objetivos e competências enunciados no guia orientador podem considerar-se alcançados – sendo que a nível pessoal se adquiriram novas habilidades e conhecimentos do domínio social, comunicação, saber lidar com situações novas, trabalho em equipa, interações relacionais, planeamento em saúde, organização de novos projetos, resolução de problemas, entre outras.

Fica sensação de missão cumprida – com o misto de inquietação, pelo fato de não se ter desenvolvido todo o trabalho projetado. No entanto, pelas atividades realizadas e a satisfação que se registou nos participantes – conclui-se que esta etapa foi bem concretizada e com sucesso.

Assim, este relatório dependeu do compromisso individual, bem como, das condicionantes ligadas às unidades e apoio de toda a equipa envolvida. A integração na equipa foi gradual e relativamente simples, pelo fato de ser uma equipa muito compreensiva, empática e aberta a novas pessoas e projetos. Rapidamente a temática proposta foi aceite – facilitando a intervenção junto da comunidade.

Pretendeu-se, com o presente relatório, atender às exigências curriculares, servir como elemento de avaliação, mas também para enriquecimentos profissional e pessoal – uma vez que implicou uma reflexão – o que pretendo alcançar neste estágio? – Contribuindo para uma maior capacitação de pensamento e auto-análise.

Conclui-se que ao longo do estágio foram solidificadas e realizadas as competências do enfermeiro especialista em Enfermagem Comunitária.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ARS Norte. (s.d.). *Equipas de Cuidados Continuados Integrados*. Obtido em 3 de Abril de 2017, de ARS Norte: <http://portal.arsnorte.min-saude.pt/portal/page/portal/ARSNorte/Contratualizacao/Cuidados%20Continuados%20Integ./Prestadores%20de%20Cuidados/Equipas%20Domicili%C3%A1rias%20%E2%80%93%20ECCI>
- ARS. LVT. (s.d.). *Unidades de Cuidados de Saúde Personalizados*. Obtido em 4 de Abril de 2017, de ARS. LVT: <http://www.arslvt.min-saude.pt/pages/570>
- Barbeiro, A. P., Martins, A., Mata, A., Manuel, C., & Barreria, M. (2008). Trabalho em Equipa nos Cuidados de Saúde Primários . *Sub-Região de Saúde de Bragança* .
- Câmara Municipal de Bragança. (2011). *Demografia*. Obtido em 20 de Novembro de 2017, de Bragança Município: <http://www.cm-braganca.pt/pages/315>
- Conselho Internacional de Enfermeiros. (2008). *Servir a Comunidade e garantir qualidade: os enfermeiros na vanguarda dos cuidados de saúde primários*. Obtido em 20 de Março de 2017, de International Council of Nurses: http://www.ordemenfermeiros.pt/publicacoes/documents/kit_die_2008.pdf
- Decreto-Lei n.º 28/2008. (s.d.). *Decreto-Lei n.º 28/2008 de 22 de Fevereiro 1.ª série — N.º 38*. Obtido em Março de 20 de 2017, de Diário da República: <https://www.sns.gov.pt/wp-content/uploads/2016/04/Decreto-Lei-n.%C2%BA-282008.-DR-38-SE%CC%81RIE-I-de-2008-02-22.pdf>
- Gil, A. C. (1996). Como elaborar projetos de pesquisa. São Paulo: Atlas.
- Ministério da Saúde . (24 de Outubro de 2012). *Diário da República n.º 206/2012, Série II de 2012-10-24*. Obtido em 14 de Novembro de 2017, de Despacho n.º 1375/2012, pp. 34974 - 34975: https://dre.pt/web/guest/pesquisa/-/search/3236811/details/normal?p_p_auth=9pyMZB3v
- Ministério da Saúde. (2011 de Março de 2011). Orientações para a Organização e Funcionamento das Unidades de Saúde Pública. *Reforma dos Cuidados de Saúde Primários - Coordenação Estratégica*.

- Netto-Maia, L. d. (2016). *DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS PARA A PROMOÇÃO DA SAÚDE NA FORMAÇÃO DO ENFERMEIRO*. Obtido em 2022, de Universidade Federal de Minas Gerais - Escola de Enfermagem: https://repositorio.ufmg.br/bitstream/1843/ANDO-ADAJM8/1/luciana_de_lourdes_q._g._n._maia.pdf
- OMS. (2008). *Cuidados de Saúde Primários - Agora mais que nunca*. Obtido em 20 de Novembro de 2017, de Relatório Mundial de Saúde : http://www.who.int/whr/2008/08_chap1_pr.pdf
- Passo a Passo - Centro de Desenvolvimento. (s.d.). *Preparação para a Parentalidade*. Obtido em Abril de 3 de 2017, de Passo a Passo - Centro de Desenvolvimento: http://www.passoapasso.pt/?page_id=877
- Santa Casa da Misericórdia Aguiar da Beira . (s.d.). *Missão da UCC*. Obtido em 20 de Novembro de 2017, de Santa Casa da Misericórdia Aguiar da Beira : <http://www.misericordiaaguiardabeira.pt/index.php/ucc-unidade-de-cuidados-continuados>
- SNS . (2017). *UCC DOMUS* . Obtido em Outubro de 2022, de <https://bicsp.min-saude.pt/pt/biufs/1/10031/1040255/Pages/default.aspx>
- SNS. (2017). *BI Cuidados de saúde Primários* . Obtido em Outubro de 2022, de <https://bicsp.min-saude.pt/pt/biufs/1/10031/1040202/Pages/default.aspx>
- SNS. (2019). *Manual de Acolhimento UCC Domus* . Obtido em Outubro de 2022, de <https://bicsp.min-saude.pt/pt/biufs/1/10031/1040255/QUEM%20SOMOS/Manual%20de%20acolhimento%20UCC%202019.pdf>
- SNS. (2019). *Regulamento Interno UCC Domus* . Obtido em Outubro de 2022, de <https://bicsp.min-saude.pt/pt/biufs/1/10031/1040255/QUEM%20SOMOS/Regulamento%20Interno%20UCC%202019.pdf>

SNS. (s.d.). *Centro de Saúde de Bragança II - Santa Maria* . Obtido em 4 de Abril de 2017, de ULSNE : <http://www.ulsnordeste.pt/joomla16/index.php/servicos-de-saude/cuidados-primarios/12-centrosaudesantamaria>

ULSNE . (Junho de 2015). *Regulamento Interno da ULSNE*. Obtido em 10 de Abril de 2017, de portaisULS: <http://portaisuls.azurewebsites.net/ulsne/wp-content/uploads/sites/5/2016/12/Regulamento-Interno-ULSNE.pdf>

ANEXOS

ANEXO I

Pedido de autorização à Comissão de Ética da ULSNE e respectiva Autorização

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

Assunto: Pedido de autorização para aplicação de um instrumento de colheita de dados para recolha de informação junto dos cuidadores informais, no âmbito do estágio na UCC do Centro de Saúde de Santa Maria (ECCI) do mestrado de Enfermagem Comunitária.

Joana Margarida Vicente Antão, aluna do Mestrado em Enfermagem Comunitária, na Escola de Saúde do Instituto Politécnico de Bragança com o trabalho de projeto/estágio subordinado ao tema “**Sobrecarga em Familiares de Pessoas Institucionalizadas em Estruturas Residenciais para Idosos**”, sob a orientação dos Professores Adília Fernandes e Manuel Brás, vem por este meio solicitar a V. Ex. autorização para aplicação do instrumento de colheita de dados junto dos cuidadores da ECCI do Centro de Saúde de Santa Maria da Unidade Local de Saúde do Nordeste, E.P.E, no período compreendido entre setembro de 2017 e fevereiro de 2018.

Com a realização deste levantamento de dados pretende-se **Avaliar a sobrecarga, ansiedade e depressão; e o estado de saúde global dos cuidadores informais da ECCI.** Esta ideia surge na sequência do estágio de mestrado na UCC – ECCI do Centro de Saúde de Santa Maria, junto da Enf^a Madalena Barreira (orientadora de estágio) e tem a finalidade de apresentar dados concretos para a posterior realização de intervenções, junto dos cuidadores, a fim de garantir qualidade de vida nos mesmos.

Para o presente estudo serão excluídos os cuidadores que não tenham qualquer grau de escolaridade, pelo que a amostra contará com o número total de cuidadores de utentes da ECCI que saibam ler e escrever e que aceitem participar.

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

Em anexo seguem ordenados os seguintes documentos – Protocolo de Estudo; consentimento informado e instrumentos de recolha de dados.

Assim, solicito que seja pedida autorização para a realização do estudo supracitado

Pede deferimento,

A mestranda,

Bragança, 30 de Outubro de 2017

PARECER DA COMISSÃO DE ÉTICA

Colaboração em estudo: "Sobrecarga em Familiares de Pessoas Institucionalizadas em Estruturas Residenciais para Idosos"

Após reunião de 29 de Novembro de 2017 e, no seguimento da receção da informação solicitada, a CE, considerou que, desde que os cuidadores não se importem de responder, nada tem a opor do ponto de vista ético.

O processo foi votado pelos Membros da Comissão de Ética da ULSNE, EPE presentes em reunião de 29 de Novembro de 2017.

Presidente: Dra. Joaquina Baltazar

Dra. Maria Jesus Machado, Dra. Manuela Fernandes, Dra. Maria da Luz Guerra, Dr. Marcelino Silva e Enf^a.
Carla Grande

ANEXO II

Consentimento Informado, Livre e Esclarecido

ANEXO I: Consentimento Informado (ECCI)

Consentimento Informado, Livre e Esclarecido para participação em investigação

Por favor, leia com atenção a seguinte informação. Se tiver alguma dúvida relativamente a esta proposta, não hesite em solicitar esclarecimento. Se concorda com a proposta que lhe foi feita, queira assinar este documento.

Título do estudo: Sobrecarga em familiares de Pessoas institucionalizadas em Estruturas Residenciais para Idosos.

Enquadramento do estudo: Flávia Lage e Joana Antão, alunas do Mestrado em Enfermagem Comunitária, na Escola de Saúde do Instituto Politécnico de Bragança com o trabalho de projeto/estágio subordinado ao tema “**Sobrecarga em Familiares de Pessoas Institucionalizadas em Estruturas Residenciais para Idosos**”, sob a orientação dos Professores Augusta Mata, Adília Fernandes e Manuel Brás pretendem desenvolver este estudo junto dos **dos cuidadores informais da ECCI**.

Explicação do estudo: Este estudo tem com o objectivo: **Avaliar a sobrecarga, ansiedade e depressão; e o estado de saúde global dos cuidadores informais da ECCI**. Esta ideia surge na sequência do estágio de mestrado na UCC – ECCI do Centro de Saúde de Santa Maria, junto da Enf^a Madalena Barreira (orientadora de estágio) e tem a finalidade de apresentar dados concretos para a posterior realização de intervenções, junto dos cuidadores, a fim de garantir qualidade de vida nos mesmos.

Condições: A sua participação neste estudo é voluntária e assenta na gratuidade e altruísmo sendo que pode desistir do estudo a qualquer momento, bem como ter conhecimento dos resultados.

Confidencialidade e anonimato: É garantida a confidencialidade e uso exclusivo dos dados recolhidos para o presente estudo. Após preenchimento do questionário, os seus dados serão tratados anonimamente e a sua identificação nunca será tornada pública.

Agradecemos a sua colaboração.

A equipa de investigação responsável por este estudo: Augusta Mata, Adília Fernandes, Manuel Brás, Flávia Lage e Joana Antão.

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

Nome:

Assinatura: Data: / /

**Este documento é composto de 1 página e feito em duplicado:
uma via para o/a investigador/a, outra para a pessoa que consente**

ANEXO III

Instrumento de Colheita de dados

Questionário Sociodemográfico

9. Género:

Feminino Masculino

10. Idade: _____ anos

11. Estado Civil:

- Casado(a)
 Solteiro(a)
 Viúvo(a)
 Divorciado(a) / Separado(a)
 Outro: _____

12. Qual é o seu nível de estudos?

- Sem escolaridade
 Sem estudos, mas sei ler e escrever
 1º ciclo do ensino básico (4ª classe)
 2º ciclo ensino básico (6º ano)
 3º ciclo do ensino básico (9º ano)
 Ensino Secundário
 Ensino Superior (Licenciatura, Mestrado, Doutoramento)
 Outro: _____

13. Qual é a sua profissão/ocupação?

14. Trabalha na atualidade?

- Ativo
 Inativo (desempregado, reformado)

15. Qual é o seu grau de parentesco com a pessoa cuidada?

- Marido/Esposa
- Filho/a
- Sobrinho/a
- Genro/Nora
- Irmão/a
- Outro: _____

Sim Não

16. Como avalia o seu estado de saúde?

- Muito mau
- Mau
- Razoável
- Bom
- Muito Bom

ZARIT BURDEN INTERVIEW - ESCALA DE SOBRECARGA DO CUIDADOR
(Sequeira, 2010)

Leia atentamente cada uma das afirmações e indique de que modo se aplicam ao seu caso colocando uma cruz (x) no espaço que melhor se adapte à sua opinião.

	Nunc a	Quas e Nunc a	Às vezes	Muita s vezes	Quase sempr e
1. Sente que o seu familiar solicita mais ajuda do que aquela que realmente necessita?					
2. Considera que devido ao tempo que dedica ao seu familiar já não dispõe de tempo suficiente para as suas tarefas?					
3. Sente-se tenso(a) quando tem de cuidar do seu familiar e ainda tem outras tarefas por fazer?					
4. Sente-se envergonhado(a) pelo comportamento do seu familiar?					
5. Sente-se irritado(a) quando está junto do seu familiar?					
6. Considera que a situação atual afeta de uma forma negativa a sua relação com os seus amigos/familiares?					
7. Tem receio pelo futuro destinado ao seu familiar?					
8. Considera que o seu familiar está dependente de si?					
9. Sente-se esgotado quando tem de estar junto do seu familiar?					
10. Vê a sua saúde ser afetada por ter de cuidar do seu familiar?					
11. Considera que não tem uma vida privada como desejaria devido ao seu familiar?					
12. Pensa que as suas relações sociais são afetadas negativamente por ter de cuidar do seu familiar?					
13. Sente-se pouca à vontade em convidar amigos para o(a) visitarem					

devido ao seu familiar?					
14. Acredita que o seu familiar espera que você cuide dele como se fosse a única pessoa com quem ele(a) pudesse contar?					
15. Considera que não dispõe de economias suficientes para cuidar do seu familiar e para o resto das despesas que tem?					
16. Sente-se incapaz de cuidar do seu familiar por muito mais tempo?					
17. Considera que perdeu o controle da sua vida depois da doença do seu familiar se manifestar?					
18. Desejaria poder entregar o seu familiar aos cuidados de outra pessoa?					
19. Sente-se inseguro acerca do que deve fazer com o seu familiar?					
20. Sente que poderia fazer mais pelo seu familiar?					
21. Considera que poderia cuidar melhor do seu familiar?					
22. Em geral sente-se muito sobrecarregado por ter de cuidar do seu familiar?					

ESCALA DE ANSIEDADE E DEPRESSÃO CLÍNICA – HADS (Ribeiro, 2004)

Este questionário foi construído para ajudar a saber como se sente. Pedimos-lhe que leia cada uma das perguntas e faça uma cruz (x) no espaço anterior à resposta que melhor descreve a forma como se tem sentido na última semana. Não demore muito tempo a pensar nas respostas. A sua reação imediata a cada questão será provavelmente mais correta do que uma resposta muito ponderada. Por favor, faça apenas uma cruz em cada pergunta.

15. Sinto-me tenso/a ou nervoso/a:

- Quase sempre
- Muitas vezes
- Por vezes
- Nunca

16. Ainda sinto prazer nas coisas de que costumava gostar:

- Tanto como antes
- Não tanto agora
- Só um pouco
- Quase nada

17. Tenho uma sensação de medo, como se algo terrível estivesse para acontecer:

- Sim e muito forte
- Sim, mas não muito forte
- Um pouco, mas não me aflige
- De modo algum

18. Sou capaz de rir e ver o lado divertido das coisas:

- Tanto como antes
- Não tanto como antes
- Muito menos agora
- Nunca

19. Tenho a cabeça cheia de preocupações:

- A maior parte do tempo
- Muitas vezes
- Por vezes
- Quase nunca

20. Sinto-me animado/a:

- Nunca
- Poucas vezes
- De vez em quando
- Quase sempre

21. Sou capaz de estar descontraidamente sentado/a e sentir-se relaxado/a:

- Quase sempre

22. Sinto-me mais lento/a, como se fizesse as coisas mais devagar:

- Quase sempre
- Muitas vezes

Muitas vezes

Por vezes

Por vezes

Nunca

Nunca

23. Fico de tal forma apreensivo/a (com medo), que até sinto um aperto no estômago:

24. Perdi o interesse em cuidar do meu aspeto físico:

Nunca

Completamente

Por vezes

Não dou atenção que devia

Muitas vezes

Talvez cuide menos que antes

Quase sempre

Tenho o mesmo interesse de sempre

25. Sinto-me de tal forma inquieto/a que não consigo estar parado/a:

26. Penso com prazer nas coisas que podem acontecer no futuro:

Muito

Tanto como antes

Bastante

Não tanto agora

Não muito

Bastante menos agora

Nada

Quase nunca

27. De repente, tenho sensações de pânico:

28. Sou capaz de apreciar um bom livro ou um programa de rádio ou televisão:

Muitas vezes

Muitas vezes

Bastantes vezes

De vez em quando

Por vezes

Poucas vezes

Quase nunca

Quase nunca

ANEXO IV

Planeamento das sessões de educação para a saúde

Sessões	Área de Intervenção	Conteúdos	Formadores	Data	Hora	Duração	Local
1	REALIDADE COM INSTITUCIONALIZAÇÃO EM ERPI	<ul style="list-style-type: none"> - Viver numa instituição; - Gerir e trabalhar numa Instituição; - “Mitos e Realidades” 	Dr Bruno Santos, Assistente Social Fundação Betânia Enfª Flávia Lage, SCMB Enfª Joana Antão, Fundação Betânia	03/05/2018	14:30h	60min	Fundação Betânia
2	ESTADO GLOBAL DE SAÚDE	<ul style="list-style-type: none"> - Alimentação Saudável; - Higiene Oral; - Dicas Essenciais. 	Dr André Carneiro, Nutricionista SCMB Enfª Flávia Lage, SCMB Enfª Joana Antão, Fundação Betânia (Folheto)	04/05/2018	14h30	60min	Santa Casa Misericórdia Bragança
3	O PAPEL DA FAMÍLIA E DOS APOIOS EXTERNOS NA PROMOÇÃO DO BEM-ESTAR	<ul style="list-style-type: none"> - Ser Cuidador: Objetivos e Limites; - Sobrecarga; 	Enfª Madalena Barreira, ULSNE (UCC)	10/05/2018	14h30	60min	Santa Casa Misericórdia Bragança

	DO CUIDADOR	<ul style="list-style-type: none"> - A família: Como pode ajudar? - Papel do Enfermeiro. 	<p>Enf^a Flávia Lage, SCMB</p> <p>Enf^a Joana Antão, Fundação Betânia</p> <p>(Sopa de Letras)</p>				
4	ANSIEDADE E DEPRESSÃO	<ul style="list-style-type: none"> - Fatores desencadeantes; - Como combater; - Papel do Enfermeiro. 	<p>Dra Sara da Veiga Fernandes, Psicóloga ULSNE</p> <p>Enf^a Madalena Barreira, ULSNE (UCC)</p> <p>(Folheto)</p>	24/05/2018	14h30	60min	Fundação Betânia

ANEXO V

Convites Profissionais de Saúde e Cuidador

Convite

Implementação do Projeto “Cuidar de Quem Cuida”

Dra. Sara da Veiga Fernandes

Joana Margarida Vicente Antão, Enfermeira na Fundação Betânia e Flávia Patrícia Vaz Lage, Enfermeira na Santa Casa da Misericórdia de Bragança pretendem desenvolver um projeto de intervenção comunitária denominado “Cuidar de Quem Cuida”. Este tem como finalidade desenvolver estratégias de *cooping* para que os cuidadores evitem níveis elevados de sobrecarga, intervindo a nível de fatores condicionantes e desencadeantes. Os temas a serem abordados são:

- *Ansiedade e depressão* (Fatores desencadeantes; Estratégias de combate; Papel do Enfermeiro);

- *Estado Global de Saúde* (Alimentação Saudável; Higiene Oral; Dicas essenciais);

- *O papel da família e dos apoios externos na promoção do bem-estar do cuidador* (Ser cuidador: Objetivos e Limites; Sobrecarga; A família: como pode ajudar?; O papel do Enfermeiro);

- *Realidade com institucionalização em ERPI* (Viver numa instituição; Gerir e trabalhar numa instituição; Mitos e realidades).

O projeto supra mencionado, surge e é desenvolvido no âmbito do Mestrado de Enfermagem Comunitária, sob a orientação da prof. Dr^a Augusta Mata; prof. Dr^a Adília Fernandes e Prof. Dr. Manuel Brás.

Neste sentido solicita-se a V. Ex.^a a colaboração para o desenvolvimento do plano interventivo na área *Ansiedade e Depressão*. Como se pode constatar o plano é constituído por diversas intervenções desenvolvidas por uma equipa multidisciplinar durante os meses de Abril e Maio do ano de 2018. A apresentação para a qual pedimos a sua colaboração está agendada para dia **6 de Abril** pelas **14:30h** na **Fundação Betânia**.

No caso de não lhe ser possível a presença, mas que seja do seu agrado participar nesta atividade, marcaremos nova data conforme a sua disponibilidade.

Encontramo-nos disponíveis para qualquer dúvida. Aguardamos uma resposta, logo que possível e desde já gratas pela sua atenção.

Com os melhores cumprimentos,

Joana Antão (joanaantao@gmail.com) - 925890228

Flávia Lage (flaviaplage@hotmail.com) - 936020489

Convite

Implementação do Projeto “Cuidar de Quem Cuida”

Dr. André Carneiro

Joana Margarida Vicente Antão, Enfermeira na Fundação Betânia e Flávia Patrícia Vaz Lage, Enfermeira na Santa Casa da Misericórdia de Bragança pretendem desenvolver um projeto de intervenção comunitária denominado “Cuidar de Quem Cuida”. Este tem como finalidade desenvolver estratégias de *cooping* para que os cuidadores evitem níveis elevados de sobrecarga, intervindo a nível de fatores condicionantes e desencadeantes. Os temas a serem abordados são:

- ***Ansiedade e depressão*** (Fatores desencadeantes; Estratégias de combate; Papel do Enfermeiro);

- ***Estado Global de Saúde*** (Alimentação Saudável; Higiene Oral; Dicas essenciais);

- ***O papel da família e dos apoios externos na promoção do bem-estar do cuidador*** (Ser cuidador: Objetivos e Limites; Sobrecarga; A família: como pode ajudar?; O papel do Enfermeiro);

- ***Realidade com institucionalização em ERPI*** (Viver numa instituição; Gerir e trabalhar numa instituição; Mitos e realidades).

O projeto supra mencionado, surge e é desenvolvido no âmbito do Mestrado de Enfermagem Comunitária, sob a orientação da prof. Dr^a Augusta Mata; prof. Dr^a Adília Fernandes e Prof. Dr. Manuel Brás.

Neste sentido solicita-se a V. Ex.^a a colaboração para o desenvolvimento do plano interventivo na área ***Estado Global de Saúde***. Como se pode constatar o plano é constituído por diversas intervenções desenvolvidas por uma equipa multidisciplinar durante os meses de Abril e Maio do ano de 2018. A apresentação para a qual pedimos a sua colaboração está agendada para dia **12 de Abril** pelas **14:30h** na **SCMB**.

No caso de não lhe ser possível a presença, mas que seja do seu agrado participar nesta atividade, marcaremos nova data conforme a sua disponibilidade.

Encontramo-nos disponíveis para qualquer dúvida. Aguardamos uma resposta, logo que possível e desde já gratas pela sua atenção.

Com os melhores cumprimentos,

Joana Antão (joanaantao@gmail.com) - 925890228

Flávia Lage (flaviapvlage@hotmail.com) – 936020489

Convite

Implementação do Projeto “Cuidar de Quem Cuida”

Dr. Bruno Santos

Joana Margarida Vicente Antão, Enfermeira na Fundação Betânia e Flávia Patrícia Vaz Lage, Enfermeira na Santa Casa da Misericórdia de Bragança pretendem desenvolver um projeto de intervenção comunitária denominado “Cuidar de Quem Cuida”. Este tem como finalidade desenvolver estratégias de *cooping* para que os cuidadores evitem níveis elevados de sobrecarga, intervindo a nível de fatores condicionantes e desencadeantes. Os temas a serem abordados são:

- ***Ansiedade e depressão*** (Fatores desencadeantes; Estratégias de combate; Papel do Enfermeiro);

- ***Estado Global de Saúde*** (Alimentação Saudável; Higiene Oral; Dicas essenciais);

- ***O papel da família e dos apoios externos na promoção do bem-estar do cuidador*** (Ser cuidador: Objetivos e Limites; Sobrecarga; A família: como pode ajudar?; O papel do Enfermeiro);

- ***Realidade com institucionalização em ERPI*** (Viver numa instituição; Gerir e trabalhar numa instituição; Mitos e realidades).

O projeto supra mencionado, surge e é desenvolvido no âmbito do Mestrado de Enfermagem Comunitária, sob a orientação da prof. Dr^a Augusta Mata; prof. Dr^a Adília Fernandes e Prof. Dr. Manuel Brás.

Neste sentido solicita-se a V. Ex.^a a colaboração para o desenvolvimento do plano interventivo na área ***Realidade com institucionalização em ERPI***. Como se pode constatar o plano é constituído por diversas intervenções desenvolvidas por uma equipa multidisciplinar durante os meses de Abril e Maio do ano de 2018. A apresentação para a qual pedimos a sua colaboração está agendada para dia **26 de Abril** pelas **14:30h** na **Fundação Betânia**.

No caso de não lhe ser possível a presença, mas que seja do seu agrado participar nesta atividade, marcaremos nova data conforme a sua disponibilidade. Encontramo-nos disponíveis para qualquer dúvida. Aguardamos uma resposta, logo que possível e desde já gratas pela sua atenção.

Com os melhores cumprimentos,

Joana Antão (joanaantao@gmail.com) - 925890228

Flávia Lage (flaviaplage@hotmail.com) - 936020489

Convite

Implementação do Projeto “Cuidar de Quem Cuida”

Enf^a. Madalena Barreira

Joana Margarida Vicente Antão, Enfermeira na Fundação Betânia e Flávia Patrícia Vaz Lage, Enfermeira na Santa Casa da Misericórdia de Bragança pretendem desenvolver um projeto de intervenção comunitária denominado “Cuidar de Quem Cuida”. Este tem como finalidade desenvolver estratégias de *cooping* para que os cuidadores evitem níveis elevados de sobrecarga, intervindo a nível de fatores condicionantes e desencadeantes. Os temas a serem abordados são:

- *Ansiedade e depressão* (Fatores desencadeantes; Estratégias de combate; Papel do Enfermeiro);

- *Estado Global de Saúde* (Alimentação Saudável; Higiene Oral; Dicas essenciais);

- *O papel da família e dos apoios externos na promoção do bem-estar do cuidador* (Ser cuidador: Objetivos e Limites; Sobrecarga; A família: como pode ajudar?; O papel do Enfermeiro);

- *Realidade com institucionalização em ERPI* (Viver numa instituição; Gerir e trabalhar numa instituição; Mitos e realidades).

O projeto supra mencionado, surge e é desenvolvido no âmbito do Mestrado de Enfermagem Comunitária, sob a orientação da prof. Dr^a Augusta Mata; prof. Dr^a Adília Fernandes e Prof. Dr. Manuel Brás.

Neste sentido solicita-se a V. Ex.^a a colaboração para o desenvolvimento do plano interventivo na área *Ansiedade e Depressão* e *O papel da família e dos apoios externos na promoção do bem-estar do cuidador*. Como se pode constatar o plano é constituído por diversas intervenções desenvolvidas por uma equipa multidisciplinar durante os meses de Abril e Maio do ano de 2018. A apresentação para a qual pedimos a sua colaboração está agendada para dia **6 e 17 de Abril** pelas **14:30h** na **Fundação Betânia**, respetivamente.

No caso de não lhe ser possível a presença, mas que seja do seu agrado participar nesta atividade, marcaremos nova data conforme a sua disponibilidade. Encontramo-nos disponíveis para qualquer dúvida. Aguardamos uma resposta, logo que possível e desde já gratas pela sua atenção.

Com os melhores cumprimentos,

Joana Antão (joanaantao@gmail.com) - 925890228

Flávia Lage (flaviapvlage@hotmail.com) – 936020489

Convite

Implementação do Projeto “Cuidar de Quem Cuida”

Cuidador

Joana Margarida Vicente Antão, Enfermeira na Fundação Betânia e Flávia Patrícia Vaz Lage, Enfermeira na Santa Casa da Misericórdia de Bragança pretendem desenvolver um projeto de intervenção comunitária denominado “Cuidar de Quem Cuida”. Este tem como finalidade desenvolver estratégias de *cooping* para que os cuidadores evitem níveis elevados de sobrecarga, intervindo a nível de fatores condicionantes e desencadeantes. Os temas a serem abordados são:

- ***Ansiedade e depressão*** (Fatores desencadeantes; Estratégias de combate; Papel do Enfermeiro);

- ***Estado Global de Saúde*** (Alimentação Saudável; Higiene Oral; Dicas essenciais);

- ***O papel da família e dos apoios externos na promoção do bem-estar do cuidador*** (Ser cuidador: Objetivos e Limites; Sobrecarga; A família: como pode ajudar?; O papel do Enfermeiro);

- ***Realidade com institucionalização em ERPI*** (Viver numa instituição; Gerir e trabalhar numa instituição; Mitos e realidades).

O projeto supra mencionado, surge e é desenvolvido no âmbito do Mestrado de Enfermagem Comunitária, sob a orientação da prof. Dr^a Augusta Mata; prof. Dr^a Adília Fernandes e Prof. Dr. Manuel Brás.

Neste sentido solicita-se a V. Ex.^a a colaboração para o desenvolvimento do plano interventivo na área ***Ser Cuidador***. Como se pode constatar o plano é constituído por diversas intervenções desenvolvidas por uma equipa multidisciplinar durante os meses de Abril e Maio do ano de 2018. A apresentação para a qual pedimos a sua colaboração está agendada para dia **10 de Maio** pelas **14h** no Centro de Saúde de Bragança – Unidade de Santa Maria.

No caso de não lhe ser possível a presença, mas que seja do seu agrado participar nesta atividade, marcaremos nova data conforme a sua disponibilidade.

Encontramo-nos disponíveis para qualquer dúvida. Aguardamos uma resposta, logo que possível e desde já gratas pela sua atenção.

Com os melhores cumprimentos,

Joana Antão (joanaantao@gmail.com) - 925890228

Flávia Lage (flaviapvlage@hotmail.com) – 936020489

ANEXO VI

Folheto Informativo – Realidade com Institucionalização em ERPI

Processo de Institucionalização

Institucionalização da Pessoa Idosa

- ◆ A institucionalização da Pessoa Idosa representa "... uma mudança significativa no seu padrão de vida e uma rutura com o meio (físico e relacional) com o qual se identifica e para o qual deu um contributo mais ou menos válido.
- ◆ Uma adaptação bem-sucedida à institucionalização dependerá não só da sua personalidade e da forma como foi envelhecendo, como também de fatores ambientais privilegiados pela cultura e rede institucional.
- ◆ A institucionalização da Pessoa Idosa, com todo o desconhecimento de um mundo novo, está frequentemente relacionada com um **aceleramento de todos os processos degenerativos implícitos no envelhecimento.**

Fontes

-CARDÃO, Sandra (2009) – O Idoso Institucionalizado, Coisas de Ler, Lisboa.

-CARDOSO, J. (2004) – Sexualidade e Envelhecimento: Sexualidade e planeamento familiar, Texto Editora, Lisboa.

-CAPUCHA, Luís (2005) - Envelhecimento e políticas sociais: novos desafios aos sistemas de proteção: proteção contra o "risco de velhice" - que risco? In Sociologia, Série 1, vol. 15. Faculdade de Letras da Universidade do Porto. Instituto de Sociologia.

-DIARTE, M., PAUL, C. (2007) - Avaliação do ambiente institucional - público e privado: estudo comparativo em idosos. Rev. Transdisciplinar Gerontologia. Ano I, vol. I, Dez/Maio.

-FERNANDES, Purificação (2000) – A Depressão no Idoso – Estudo da Relação entre Fatores Pessoais e Situacionais e Manifestações da Depressão, Quarenta Editora, Coimbra.

-PIMENTEL, Luísa (2003) – O Lugar do Idoso na Família: Contextos e Trajectórias, Quarenta Editora, Coimbra.

-PAUL, Constança (1991) - Percursos pela Velhice: uma perspectiva ecológica a um paciente institucional. Tese de doutoramento em Ciências Biomédicas apresentada ao Instituto de Ciências Biomédicas de Abel Salazar da Universidade do Porto.

-GINESTE, Yves, Bellissier (1998) – Humanidade: Cuidar e Compreender a Velhice, Instituto Práxis, Lisboa.

-LAUREANO, Alfredo, CARIA, Graça (s.d.) - O papel do Enfermeiro num lar de idosos, em <https://www.laridosos.net/lo-papel-do-enfermeiro-num-lar-de-idosos/>

Entrevista Pré-Diagnóstica

- ◆ Avaliar a capacidade para as AB/IVD
- ◆ Avaliar o Contexto Habitacional
- ◆ Avaliar os Problemas de Saúde
- ◆ Avaliar o Estado Cognitivo
- ◆ Avaliar o Agregado Familiar
- ◆ Avaliar os Recursos Sociais
- ◆ Avaliar a Situação Económica

Organização e Higiene do Espaço Individual

- ◆ Os Utentes poderão personalizar o seu espaço individual para que se possam sentir mais confortáveis, ambientando-se mais facilmente ao seu novo espaço.
- ◆ Os Utentes, sempre que possível, desde que consideras as suas capacidades físicas, motoras e emocionais, devem ser envolvido em tarefas de arrumação e organização do Espaço Individual, visando a promoção e o desenvolvimento da sua autonomia

Cuidados de Higiene, Imagem e de Conforto Pessoal

- ◆ Cada Utente deverá ser tratado com respeito pelos seus direitos e deveres, pela sua identidade, hábitos e modos de vida e ser-lhe assegurada privacidade, autonomia, dignidade e confidencialidade;

Nas Atividades de Animação Sociocultural, Lúdico-Recreativas, de Motricidade e de Estimulação Cognitiva:

- ◆ Passeios ao exterior:
- ◆ Visitas Culturais
- ◆ Promover convívios Familiares
- ◆ Estimulação Cognitiva Individual
- ◆ Entre outras actividades...



REALIDADE DA INSTITUCIONALIZAÇÃO EM ERPI

Projeto Cuidar de quem cuida!



Trabalho realizado pelas alunas do Curso de Mestrado em Enfermagem Comunitária, 2º ano: **Flávia Lage e Joana Antão** com a colaboração da **Dr. Bruno Santos** (Assistente Social Fundação Betânia)

REALIDADE COM A INSTITUCIONALIZAÇÃO EM ERPI

•Uma das principais marcas do processo de envelhecimento é, sem dúvida, a admissão da Pessoa Idosa numa Instituição.

•Atualmente, as opções por manter a Pessoa Idosa na comunidade, através de uma rede de serviços, têm mudado o perfil da população residente em instituições de longa permanência (ERPI), constituindo-se, predominantemente, por idosos com idades mais avançadas, com graves perdas funcionais e com demências.

Da Dependência à Institucionalização da Pessoa Idosa

A saúde e o envelhecimento são duas questões intrinsecamente relacionadas, uma vez que, o prolongamento da vida está associado a mais anos de dependência, incapacidades e prevalência de doenças crónicas.

As mudanças físicas, psicológicas e sociais mais comuns nos idosos levam-nos a enfrentar perdas, diminuição do nível de saúde, afastamento do mercado de trabalho e diversas situações desfavoráveis

•Com o progressivo declínio da funcionalidade, a Pessoa Idosa tende a isolar-se e a perder a confiança nas suas capacidades, tornando-se cada vez mais sedentária e dependente, necessitando, paulatinamente, de apoio de familiares e de cuidadores de saúde, acabando por traçar um percurso que terminará com a institucionalização.

Da Dependência à Institucionalização da Pessoa Idosa

Diferentes investigações longitudinais contribuíram com a identificação de um conjunto de fatores de risco para a institucionalização de pessoas idosas, sendo os mais frequentemente:

- Idade;
- Menor função cognitiva e demência;
- Menor capacidade funcional física e menor participação nas atividades de vida diárias;
- Pocas condições habitacionais;
- Solidão e/ou isolamento;
- Ausência de redes de solidariedade que auxiliem em situações de urgência (cuidador formal e/ou informal);
- Maior número de doenças e lesões, e
- Situação socioeconómica, não permitindo a contratação de cuidadores ou outro tipo de suporte que minimize a sobrecarga.

Mudanças no Contexto Social e Familiar e as Respostas Sociais ao Idoso

o papel do cuidar das pessoas idosas, que anteriormente era uma "obrigação" dos familiares mais diretos passou, progressivamente, para as instituições de solidariedade social e para instituições privadas.

Com as dificuldades surgidas no quotidiano em que o cuidado se torna difícil e desgastante física e emocionalmente, em que a situação socioeconómica não permite a contratação de cuidadores ou outro tipo de suporte que minimize a sobrecarga, bem como a existência de soluções limitadas apontadas como garantia de cuidado de uma melhor qualidade de vida ao idoso, para a família e, muitas vezes, para o próprio idoso, a institucionalização surge como uma opção na procura de um ambiente mais adequado para o idoso residir.

Assim, nesta conjuntura, as instituições são hoje uma garantia de prestação de cuidados indispensáveis à manutenção de uma vida digna para muitos idosos e um inestimável contributo para a saúde e bem-estar dos seus residentes.

Na instituição cada dia deve ser marcado por atividades estimulantes, o amanhecer diferente do anoitecer, uma semana distinta da outra...

Cuidar é uma arte, um ato, uma atitude, que requer conhecimento, responsabilidade, afetividade, paixão e Amor entre os seres humanos...



ANEXO VII

Folheto – Estado Global de Saúde

Exercício Físico

Encontra-se mais do que provado que a atividade física regular traz inúmeros benefícios para a saúde quer sejam físicos ou psicológicos, obtidos através de pelo menos 30 min de atividade física moderada diariamente.

Vacinação

O Programa Nacional de Vacinação (PNV) é um programa universal, gratuito e acessível a todas as pessoas presentes em Portugal. Apresenta um esquema de vacinação recomendado que constitui uma "receita universal".



“Às vezes o dom de alguém é cuidar de outra pessoa”

Fontes

- Arménio Guardado Cruz (2005). *Cronotipo, exercício físico e imunidade*. FORMASALJ. Coimbra;
- Associação Portuguesa do Sono. Consultado dia 6 de Outubro de 2011 em: <http://www.apsono.com/pt/>;
- Berger, L. & Mailloux-Poirier, D. (1995). *Pessoas idosas. Uma abordagem global*. Lusodidacta;
- Carta de Ottawa para a promoção da saúde (1986). Consultado dia 1 de Outubro de 2011 em: <http://www.ptacs.pt/Document/Carta%20de%20Ottawa.pdf>;
- Centro de Nutrição Fula. *A Roda dos Alimentos*. Consultado dia 5 de Outubro de 2011 em: <http://www.centro-nutricao-fula.pt/vaibo-mai/roda-dos-alimentos/>;
- Determinantes da Saúde na União Europeia (2000). Actos de Conferência de Évora. Ministério da Saúde. Lisboa;
- Enciclopédia Salvat de Saúde, Volume 8* Salvat editora do Brasil, LDA;
- Lino, T. A. L. R. (2006). *Alcoolismo da causa à doença*. Consultado dia 1 de Outubro de 2011 em: <http://www.psicologia.com.pt/artigos/textos/TL0054.pdf>;
- Potter, P. A. & Perry, A. G. *Fundamentos de Enfermagem - Conceitos e Procedimentos* (5ª ed). Lusociência: Loures;
- Plano Nacional para a redução dos problemas ligados ao álcool 2010 – 2012 (2009). Consultado dia 1 de Outubro de 2011 em: http://www.portugal.gov.pt/pt/GC18/Documentos/MS/PNRPLA_2010_2012.pdf;
- Teixeira, P., Sardinha, L. B. & Barata, J. L. T. *Nutrição, exercício e saúde*. LEDEL. Lisboa;
- Portal da saúde (2008). *Carta dos direitos e deveres dos doentes*. Consultado dia 4 de Outubro de 2011 em: <http://www.min-saude.pt/portal/contudos/informacoes+uteis/direitos+deveres/direitosdeveresdoente.htm>;
- Sociedade Brasileira de Diabetes. *O que é uma alimentação saudável?* Consultado dia 4 de Outubro de 2011 em: <http://www.diabetes.org.br/livros-e-manuais/manual-de-contagem-de-carboidratos/450>.



ESTADO GLOBAL DE SAÚDE

Projeto Cuidar de quem cuida



Trabalho realizado pelas alunas do Curso de Mestrado em Enfermagem Comunitária, 2º ano: **Flávia Lage e Joana Antão** com a colaboração do **Dr. André Carneiro** (SCMB Bragança)

ESTADO GLOBAL DE SAÚDE

Promoção da saúde

Para a Organização Mundial da Saúde (1948), *“a saúde é um estado de completo bem-estar físico, mental e social e não consiste apenas na ausência de doença ou de enfermidade”*.

A Promoção da Saúde não é uma responsabilidade exclusiva do setor da saúde, pois existem os fatores biológicos e ambientais, sendo que também são necessários os estilos de vida saudáveis para atingir o bem-estar.



Um “bom” estilo de vida deve ser adotado o mais cedo possível e ser mantido durante toda a vida. Inclui comportamentos preventivos de saúde, boa nutrição e controlo do peso, exercício físico regular, a privação de substâncias nocivas ao organismo, entre outros.

Alimentação

A alimentação sustenta a mente, o corpo e o espírito, por isso deve respeitar as recomendações da Roda dos Alimentos, ou seja, deve ser completa, equilibrada e variada.

Regras de ouro para uma alimentação saudável:

- Iniciar o dia com um bom pequeno-almoço;
- Evitar estar mais de 3,5 horas sem comer, fazendo 5 a 7 refeições por dia;
- Comer sempre sopa no início do almoço e do jantar;
- Preferir o pescado à carne;
- Incluir sempre hortícolas no 2º prato;
- Comer 3 a 4 peças de fruta por dia;
- Limitar o consumo de bolos, refrigerantes e *fast-food*;
- Fazer as refeições em família ou amigos;
- Evitar os ecrãs durante as refeições.



Tabaco

Fumar é o principal fator de risco evitável da saúde na União Europeia. É responsável por 90% do cancro do pulmão, 80% de doença crónica obstrutiva do pulmão, 25% das mortes por doenças cardiovasculares.



Álcool

O alcoolismo é a 3ª maior causa de morte depois das doenças cardiovasculares e das neoplasias. É responsável pela maioria das neoplasias das vias aerodigestivas superiores, cirroses, acidentes de viação, homicídios voluntários e suicídios. Causa ainda problemas sociais tais como rutura familiar, problemas de trabalho e perda de produtividade.



Sono e Repouso

Dormir não é um luxo, mas sim uma necessidade fisiológica fundamental para todos nós. A privação do sono pode ser responsável por muitos acontecimentos negativos.



ANEXO VIII

Folheto - Ansiedade e Depressão

Ansiedade ou Stress??

Sentir-se stressado é "normal" no cuidador.

A ansiedade é uma resposta normativa do ser humano que o prepara para novas situações ou desafios. Atinge o seu pico e decresce naturalmente.

Quando a ansiedade se torna um estado constante e nos mantemos hipervigilantes, a resposta deixa de ser normativa.

No entanto, a constante preocupação, a ruminação, a antecipação e interpretação de situações de forma ameaçadora são sinais de ansiedade..

Depressão

▶A sintomatologia depressiva é caracterizada por **sentimentos de tristeza e anedonia**, podendo provocar sintomas vegetativos relacionados com **alterações do apetite, peso, sono, energia e atividade sexual** (APA, 2002).

▶Para além dos fatores afetivos e vegetativos, também se manifestam sintomas cognitivos, nomeadamente a ruminação e a dificuldade em tomar decisões, entre outros (Beck, 1976).

ECCI – Equipa de cuidados continuados integrados é

"equipa multidisciplinar (...) **prestação de serviços domiciliários**, decorrentes da avaliação integral, de cuidados médicos, de enfermagem, de reabilitação e de apoio Social, a pessoas em situação de dependência funcional, doença terminal ou em processo de convalescença, com rede de suporte social, cuja situação não requer internamento mas que podem deslocar-se de forma autónoma." Dec-Lei nº 101/2006, artigo 27º

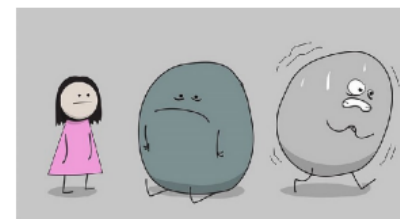
Fontes

- <https://www.sns.gov.pt/wp-content/uploads/2016/02/Plano-de-desenvolvimento-da-RNCCI-2016-2019-Ofi%CC%81cial-Anexo-III.pdf>
- <http://alzheimerportugal.org/pt/text-0-10-55-210-manual-do-cuidador>
- <https://www.cuidador.pt/>
- <https://bibliotecadigital.ipb.pt/bitstream/10198/7936/1/Disserta%C3%A7%C3%A3o%205er%20cuidador....pdf>

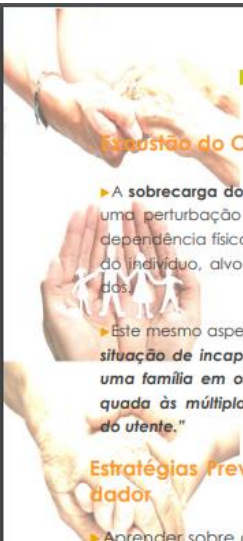


ANSIEDADE E DEPRESSÃO

Projeto Cuidar de quem cuida!



Trabalho realizado pelas alunas do Curso de Mestrado em Enfermagem Comunitária, 2º ano: **Flávia Lage e Joana Antão** com a colaboração da **Drª Sara Veiga** (Psicóloga UDCP—ULSNE) e **Enfª Madalena Barrira** (ECCI—Santa Maria—ULSNE)



Exaustão do Cuidador

► A **sobrecarga do cuidador** é definida como uma perturbação resultante do lidar com a dependência física e a incapacidade mental do indivíduo, alvo da atenção e dos cuidados.

► Este mesmo aspecto é definido como: "**uma situação de incapacidade dos elementos de uma família em oferecer uma resposta adequada às múltiplas necessidades e pedidos do utente.**"

Estratégias Preventivas para o Cuidador

► Aprender sobre a doença, como se manifesta, quais os sintomas, como será a sua evolução, e saber o que fazer em determinadas situações.

► Planear o trabalho do cuidador também é importante.

► Receber a colaboração da família.

► Tendo presente que tem o direito a descansar e tirar férias através de recursos (sociais/comunidade/família) que assegurem os cuidados nesses momentos.

► Receber afeto e carinho, consideração e respeito por aquilo que faz.

► Permitir-se a cuidar de seus próprios problemas.

ANSIEDADE E DEPRESSÃO

Orientações de Famílias no Cuidar

- A tarefa de cuidador principal pode ser só de uma pessoa, mas todos os familiares devem esforçar-se para ajudar e amenizar a carga e o stress deste cuidador.
- Todos os familiares devem tomar conhecimento da doença e das complicações.
- A família, em conjunto, deve planear o cuidado, com tarefas, horários e contribuições.
- Garantir suporte emocional através de apoio psicológico.

Recordar que...

...A doença ultrapassa o doente! Afecta cuidadores e familiares!

► Cuidadores que experienciam um **impacto psicológico negativo** devem ter acompanhamento psicológico.

► **Níveis elevados de stress**

► **Sentimentos de culpa**

► **Distória contínua**

Declaração dos Direitos do Cuidador

1- Tenho o direito de cuidar de mim.

2- Tenho o direito de receber ajuda e participação dos familiares, nos cuidados do meu familiar dependente.

3- Tenho o direito de procurar ajuda.

4- Tenho o direito de ficar aborrecido, deprimido e triste.

5- Tenho o direito de não deixar que me tentem manipular com sentimentos de culpa.

6- Tenho o direito a receber consideração, afeição, perdão e aceitação dos meus familiares e comunidade.

7- Tenho o direito de orgulhar-me do que faço.

8- Tenho o direito de proteger a minha individualidade, os meus interesses pessoais e as minhas próprias necessidades.

9- Tenho o direito a receber apoio ou formação para cuidar melhor do meu familiar dependente.

Todo o ser humano tem a necessidade de ser cuidado e a capacidade de cuidar do outro.

ANEXO IX

Questionário de Avaliação da Sessão de Educação para a Saúde

Questionário de Avaliação da Sessão de Educação para a Saúde

Sessão nº _____

Leia com atenção antes de preencher

A sua opinião sobre a sessão de formação realizada no âmbito do projeto “Cuidar de Quem Cuida” é importante para avaliar em que medida satisfazemos as suas expectativas, permitindo-nos melhorar o nosso desempenho em futuras sessões de formação.

Considerando para cada aspeto a ser avaliado uma pontuação de “Mau” a “Muito Bom”, assinale os quadros com X correspondendo à sua opinião.

Relativamente à sessão de formação

	Mau	Não Satisfaz	Satisfaz	Bom	Muito Bom
5. Como avalia a sessão em termos de aquisição de novos conhecimentos?					
6. A sessão foi clara na apresentação e exposição dos conteúdos?					
7. Os formadores transmitiram os conteúdos de forma clara e concisa?					
8. A sessão correspondeu às suas expectativas?					

Relativamente aos conteúdos abordados

	Mau	Não Satisfaz	Satisfaz	Bom	Muito Bom
4. Os temas abordados foram interessantes e úteis?					
5. O conteúdo da sessão de formação foi adequado?					
6. O tempo de duração da sessão foi adequado?					

Sugestões/Críticas

Sugestões para futuras intervenções

Gratas pela sua colaboração!

MESTRADO EM ENFERMAGEM COMUNITÁRIA

***SOBRECARGA E ANSIEDADE EM FAMILIARES DE UTENTES
INSTUCIONALIZADOS EM ERPI – REGIÃO DE BRAGANÇA***

Joana Margarida Vicente Antão

Bragança, Dezembro de 2023