

Inês Pinto Barros de Oliveira

“Perceção dos enfermeiros sobre a exaustão do cuidador informal”

Universidade Fernando Pessoa
Faculdade de Ciências da Saúde

Porto, 2012

“Percepção dos enfermeiros sobre a exaustão do cuidador informal”

“Perceção dos enfermeiros sobre a exaustão do cuidador informal”

Inês Pinto Barros de Oliveira

“Perceção dos enfermeiros sobre a exaustão do cuidador informal”

Universidade Fernando Pessoa
Faculdade de Ciências da Saúde

Porto, 2012

“Percepção dos enfermeiros sobre a exaustão do cuidador informal”

“Percepção dos enfermeiros sobre a exaustão do cuidador informal”

Inês Pinto Barros de Oliveira

“Percepção dos enfermeiros sobre a exaustão do cuidador informal”

Eu, abaixo-assinado, atesto a originalidade deste trabalho

(Inês Pinto Barros de Oliveira)

Projeto de Graduação apresentado à Universidade
Fernando Pessoa, como parte dos requisitos para
obtenção do grau de licenciada em Enfermagem.

Sumário

Ao longo dos séculos, com a evolução da medicina e dos cuidados de enfermagem, a esperança média de vida aumentou e, por consequência, a população mundial também. Morrem menos crianças à nascença, devido a uma maior vigilância nos partos e as pessoas vivem mais anos.

O número de idosos não para de aumentar e a natalidade diminuiu. Os cuidados aos idosos são cada vez mais, pois a necessidade e a dependência aumentam com a idade e muitos deles são portadores de doenças crónicas.

Existe, por isso, necessidade acrescida de recorrer a pessoas que cuidem destes idosos. Muitas vezes, como não existe poder monetário para pagar a um cuidador qualificado, a um profissional de saúde ou a um lar, são os próprios familiares que tomam conta e cuidam destes idosos. Estes cuidadores chamam-se “cuidadores informais”. Trata-se de pessoas, muitas vezes, com filhos, cônjuge e emprego que, de um momento para outro, são postos à prova quanto à sua estrutura de vida.

A prestação de cuidados pelo cuidador informal é considerada uma atividade desgastante, com repercussões ao nível físico, psicológico e social, resultado de um conjunto de tarefas que estes prestam e na mudança de vida que este papel representa. Ser cuidador informal implica um elevado gasto de energia e de tempo, um conflito constante com outros papéis familiares e sociais e uma grande sobrecarga psicológica que frequentemente provoca exaustão, depressão, esgotamento e stress crónico.

Neste sentido, com o intuito de conhecer a percepção que os enfermeiros têm sobre a exaustão do cuidador informal, foram definidos os seguintes objetivos de investigação: i) saber se existe exaustão nos cuidadores informais; ii) saber se os cuidadores informais têm apoios e, se sim, quais são e onde podem ser encontrados; iii) saber se o vínculo relacional entre o cuidador informal e o doente influencia o aparecimento da exaustão; iv) conhecer o conceito que os enfermeiros têm de cuidador informal; v) perceber se ser cuidador informal traz problemas de ordem pessoal e/ou familiar no próprio cuidador

informal; vi) compreender o papel que o enfermeiro pode ter no alívio de exaustão do cuidador informal e vii) perceber as estratégias que devem orientar o papel do enfermeiro na prevenção de exaustão do cuidador informal.

O presente estudo de investigação foi do tipo qualitativo, exploratório, transversal. A população foi constituída por seis enfermeiros (que exercem funções num ACES da cidade do Porto). Como instrumento de recolha de dados, utilizou-se a entrevista semiestruturada e foram selecionados enfermeiros através de uma amostragem não probabilística. Os resultados deram a resposta aos objetivos de investigação inicialmente definidos.

No tratamento de dados, utilizou-se a análise de conteúdo, tendo por base os discursos dos enfermeiros que cuidam e assistem os cuidadores informais. A partir da análise, emergiram categorias (e subcategorias) que identificam estas vivências e as suas dificuldades, reações emocionais, adaptação e gestão desta temática/problemática que é a exaustão dos cuidadores informais.

Através da transcrição e da análise dos dados colhidos, pudemos concluir, entre outros, que o enfermeiro tem um papel preponderante na prevenção da exaustão do cuidador informal, pois deve ter disponibilidade para aconselhar, ensinar orientar para que tal não aconteça.

Palavras-chave: Perceção dos enfermeiros, exaustão, cuidador informal

Abstract

Over the centuries and the evolution of medicine and nursing, the world population has increased and, consequently, the average life expectancy too. Fewer children die at birth due to increased vigilance in childbirth and people living longer.

The number of elderly is rising and birth rates are declining. Care for the elderly is increasing, as the need and dependence increases with age and many are suffering from chronic diseases.

There is, therefore, a need for people who take care of the elderly. Often, as there is no power to pay money to a qualified caregiver, to a health professional or a home, their own relatives are the ones who look after and care for these elderly. These caregivers are called Informal Caregivers. These people, often with children, spouse and job, from one moment to another, are on trial for their life structure.

The care of the Informal Caregiver is considered a strenuous activity, with repercussions on the physical, psychological and social outcome of a set of tasks that they provide and the life change that this paper represents. Being Informal Caregiver requires a high expenditure of energy and time, a constant conflict with other social and family roles, a great psychological burden that often leads to exhaustion, depression, exhaustion and chronic stress.

In this sense, in order to know the perception that nurses have on the exhaustion of the informal caregivers were asked the following research objectives: i) Understand that there is exhaustion in the informal caregivers; ii) Know which support informal caregivers have, if so, what and where to be found; iii) Determine whether the relational bond between the informal caregiver and the patient influences the onset of exhaustion; iv) Establish the concept that nurses have of informal caregivers; v) Recognize if the informal caregiver brings personal problems and / or family in their own informal caregiver; vi) Understand the role that nurses can take to relieve the informal caregiver exhaustion; vii) Understand the strategies that should guide the nurse's role in preventing exhaustion of informal caregivers.

This research study was a qualitative, exploratory cross. The population consists of six nurses exercising their profession in ACES, in the county and district of Porto .

As an instrument of data collection, we used a semi-structured interview and nurses were selected through a non-probability sampling. The results gave the answer to the questions and the research goals initially set.

In data processing, we used content analysis, based on the speeches of the nurses who care for and assist informal caregivers. From the analysis, categories emerged which identify these experiences and their difficulties, emotional reactions, adaptation and management of this problem, which is the exhaustion of informal caregivers. As a result of these categories, there was a need to create subcategories to better define them.

Through the transcription and analysis of the data collected, we can conclude that the nurse has an important role in preventing the exhaustion of informal caregivers. Consequently, nurses should be available to advise, teach and guide informal caregivers.

Keywords: Perception of nurses, Exhaustion, Informal Caregivers.

Dedicatória

Dedico este trabalho aos meus pais e à minha querida irmã que, para mim, foram sempre e representam o símbolo de sabedoria, luta, força e esperança.

O meu maior e sincero Obrigada!

“Obviamente, aqueles que gostam de «fazer» ciência para descobrir e viver nas fronteiras do conhecimento deverão ser investigadores qualitativos.”

Morse

Agradecimentos

Agradeço, em primeiro lugar, ao meu orientador, Professor Doutor José Manuel dos Santos, cujo estímulo, disponibilidade e desafio foram fundamentais, para que esta longa caminhada de investigação se concretizasse, sempre com o intuito de abertura a novos caminhos, abordagens e de permanente reflexão e partilha.

Agradeço a toda a minha família, em particular ao meu pai, à minha mãe e à minha irmã, pelo apoio e carinho constantes que me deram, necessários para concretizar mais esta “aventura” académica.

Agradeço aos enfermeiros que se disponibilizaram para, fora das suas horas de serviço e do seu local de trabalho, participar neste estudo, bem como pela sua compreensão e ajuda.

Não posso deixar de agradecer à instituição e colegas que disponibilizaram informação pertinente para a realização do trabalho empírico.

Finalmente, ao Armindo e Amigos, por me terem ajudado a superar momentos menos fáceis deste projeto.

A todos o meu sincero muito OBRIGADO!

Siglas

ACES – Agrupamento de Centros de Saúde

AVD- Atividades de vida Diária

CI - Cuidador Informal

ECCI – Equipa de Cuidados Continuados Integrados

IPSS – Instituições Particulares de Solidariedade Social

SNS- Sistema Nacional de Saúde

UCC – Unidade Cuidados Comunidade

USF – Unidades de Saúde Familiar

Índice

0.	Introdução.....	16
I.	Fase Conceptual	19
1.	Definição e pertinência do Tema	20
2.	Questões de investigação	21
3.	Enquadramento Teórico.....	21
3.1.	Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados	22
3.2.	Indivíduo e a Família.....	25
3.3.	Cuidadores Informais	26
3.4.	Papel dos enfermeiros.....	27
II.	Fase Metodológica	30
1.	Tipo de estudo.....	30
2.	Meio	32
3.	Variáveis	32
4.	População, amostra e processo de amostragem	33
5.	Entrevista e análise de dados	34
6.	Questões Éticas	34
III.	Fase Empírica	37
1.	Apresentação, leitura e análise de dados.....	37
IV.	Conclusão	52
V.	Referências Bibliográfica.....	55
VI.	Anexos.....	57

Índice de Quadros

Quadro 1: Apresentação das características da amostra do estudo	37
Quadro 2: Distribuição da amostra segundo o género.....	38
Quadro 3: Distribuição da amostra segundo a idade	38
Quadro 4: Distribuição da amostra segundo a realização de Curso de Especialização em Enfermagem.....	39
Quadro 5: Distribuição da amostra segundo o curso de Especialidade.....	39
Quadro 6: Distribuição da amostra segundo os anos de exercício profissional	40
Quadro 7: Distribuição da amostra segundo os anos de exercício profissional como enfermeiro especialista	40
Quadro nº 8 – Existe exaustão nos cuidadores informais?	41
Quadro nº 9 – Os cuidadores informais têm apoios? Se sim, qual? E onde?	42
Quadro nº 10- O vínculo relacional entre cuidador informal e o doente influencia o aparecimento de exaustão?	43
Quadro nº 11 – Qual será o conceito que os enfermeiros têm sobre cuidador informal?45	
Quadro nº 12 – Ser cuidador informal trás problemas de ordem pessoal e/ou familiar ao próprio Cuidador informal?	47
Quadro nº 13 – Qual o papel que o Enfermeiro pode ter no alívio da exaustão do cuidador informal?.....	49
Quadro nº 14 – Que estratégias devem orientar o papel do enfermeiro na prevenção de exaustão do cuidador informal?.....	51

0. Introdução

O presente trabalho de investigação insere-se no âmbito do plano curricular do 4º ano da Licenciatura de Enfermagem da Universidade Fernando Pessoa, e o tema abordado é a “Perceção dos enfermeiros sobre a exaustão do cuidador informal”.

O envelhecimento é um processo sucessivo, irreversível e complexo, em que intervêm fatores biológicos, socioeconómicos, culturais e ambientais. Assim, nem sempre a longevidade significa qualidade de vida, pois, em muitos casos, os idosos perdem a sua independência (física e/ou financeira), tornando-se dependentes da ajuda de terceiros/familiares.

Assim, a idade amplia a probabilidade de se desenvolverem, em simultâneo, várias patologias degenerativas e de evolução prolongada, que se potenciam entre si, instaurando alguma dependência progressiva de carácter físico, mental e social.

O Instituto Nacional de Estatística (INE) *anunciou*:

" em 2008, que os dados demográficos mostram que a população portuguesa deixou de crescer e que está cada vez mais envelhecida, tendo a esperança média de vida aumentado nos últimos oito anos. No final de 2008, a população residente em Portugal era composta por 15,3% de jovens (menos de 15 anos), 17,6% de idosos (mais de 65 anos de idade) e 67,1% de população em idade ativa (dos 15 aos 64). Nos próximos 50 anos, Portugal poderá continuar com cerca de 10 milhões de residentes, mas manter-se-á a tendência de envelhecimento demográfico, projetando-se que em 2060 residam no território nacional cerca de 3 idosos por cada jovem."

Cuidar de familiares idosos doentes é um trabalho espinhoso e exigente, tanto do ponto de vista físico como emocional, devido às variadas alterações que provocam na vida das famílias. Será fundamental que se planifiquem estratégias a desenvolver junto das famílias, que deverão ser adaptadas às suas características e ao seu contexto sócio-cultural, tendo em conta os aspetos educativos relativos à mudança de comportamentos.

Para a conceção do estudo, recorreu-se ao método de entrevistas em meio natural. As entrevistas foram efetuadas a seis enfermeiros, todos eles a exercer a profissão na área dos cuidados de saúde primários e a efetuar regularmente visitação domiciliária, selecionados através de uma amostragem não probabilística. No tratamento dos dados, recorreu-se à metodologia de análise de conteúdo.

Embora a literatura exalte e incite cada vez mais a presença e participação da família no processo de cuidar, não são muitas ainda as parcerias estabelecidas, nem *guidelines* acerca dos papéis e competências dos familiares neste processo. Foi neste sentido que se entendeu ser de interesse pelo menos pessoal refletir acerca das vivências dos cuidadores junto dos enfermeiros que mais contactam com eles na continuidade dos cuidados no domicílio à comunidade.

Como objetivos deste trabalho, destacam-se: i) saber se existe exaustão nos cuidadores informais; ii) saber se os cuidadores informais têm apoios e, se sim, quais são e onde podem ser encontrados; iii) saber se o vínculo relacional entre o cuidador informal e o doente influencia o aparecimento da exaustão; iv) conhecer o conceito que os enfermeiros têm de cuidador informal; v) perceber se ser cuidador informal traz problemas de ordem pessoal e/ou familiar no próprio cuidador informal; vi) compreender o papel que o enfermeiro pode ter no alívio de exaustão do cuidador informal e vii) perceber as estratégias que devem orientar o papel do enfermeiro na prevenção de exaustão do cuidador informal.

Neste estudo, salientam-se as experiências dos enfermeiros que, todos os dias, contactam com esta realidade e vivenciam momentos de dor e de stress dos cuidadores informais. Como finalidade do estudo, pretendeu-se ficar a conhecer melhor o assunto e contribuir, junto de quem vier a ler este documento, para a melhoria da qualidade dos cuidados e apoio aos cuidadores informais.

Da análise do conteúdo transmitido pelos enfermeiros participantes, é de salientar as seguintes conclusões: o excesso de tempo que o cuidador informal vive com o seu

familiar doente é gerador de *stress* no próprio cuidador informal, que se repercute tanto na sua vida individual e familiar como profissional.

A família é o principal meio para promover a continuidade de cuidados no domicílio. O cuidador informal é o elo de ligação entre o enfermeiro e o doente. E há necessidade de cuidados de enfermagem no domicílio aos doentes que, por algum motivo de doença, ficaram ao cuidado do seu cuidador informal, familiar ou não.

E, sem dúvida, a conclusão mais significativa: os cuidadores informais necessitam de repouso e descanso psicológico e físico. Muitas vezes, não existe nenhum apoio, nenhuma estrutura que os apoie (que os alivie), entrando-se em “ciclo vicioso”. Estes cuidadores informais também não querem deixar o seu familiar doente com mais ninguém por sentirem que aquela responsabilidade só lhe compete a eles. Neste ciclo, é inevitável que o cuidador informal atravesse um estado de stress e exaustão.

Em função dos resultados adquiridos, sugere-se que haja desenvolvimento de parcerias e uma melhor articulação entre os vários profissionais de saúde e a família do doente. É urgente, com a conjuntura atual e numa sociedade modelada pela teoria economicista, que os cuidados de saúde primários cheguem a todas as casas e a todas as pessoas que deles necessitem.

De um modo geral, é necessário que os cuidados de enfermagem tomem um rumo diferente. Concluiu-se que existem algumas estruturas, embora poucas, que oferecem assistência aos doentes para serem internados, dando descanso ao cuidador, mas tal não acontece com a frequência desejada, pois estas camas estão ocupadas com doentes que necessitam de cuidados imediatos, não podendo portanto ser ocupadas com doentes acamados de forma crónica.

I. Fase Conceptual

O desenvolvimento de um trabalho de investigação assenta sempre na necessidade de realizar uma pesquisa sobre alguns trabalhos realizados anteriormente, e publicados em revistas da especialidade e de grande utilidade científica, livros técnicos relacionados com a temática em estudo.

Segundo Fortin (2009,15) “ A investigação intervém para verificar a teoria ou para desenvolvê-la, e esta união entre a teoria e a investigação fornece uma base à prática profissional.”

Assim, tendo em conta a problemática a estudar, na fase conceptual foram, essencialmente, estudados conceitos relativos à percepção dos enfermeiros sobre a exaustão do cuidador informal de maneira a serem cumpridos os objetivos estabelecidos, dar respostas as questões de partida da investigação e auxiliar na sua compreensão.

O Modelo conceptual é uma imagem mental, uma maneira de representar a realidade, isto é, uma maneira de conceber a profissão. Um modelo conceptual é constituído a partir de conceitos e proposições: como posso fazer?. por onde caminhar, onde reconheço o meu ser, saber e fazer? (ADAM, Evelyn,1994.)

Os modelos conceptuais são percursos para a elaboração de teorias em ciências de Enfermagem. Os modelos conceptuais oferecem uma perspectiva única, a partir da qual os enfermeiros podem desenvolver os conhecimentos que sirvam para a sua prática. (Kérouac et al, 1996)

A teoria contribui para se formar uma base devidamente fundamentada sobre a prática ao auxiliar e explicar as suas abordagens. Teorias, em geral, são construídas a partir de conceitos definições, modelos, proposições e baseiam-se em suposições. (JB, George, 2000).

1. Definição e pertinência do Tema

Compreender a forma como o conhecimento evolui, como as ciências acumulam conhecimento e como o conhecimento é ou passa a ser aceite, é essencial para o desenvolvimento e progresso de qualquer campo de atividade (Meleis, 1997).

A teoria é importante para o desenvolvimento do conhecimento em Enfermagem, mas é necessário saber que o conhecimento vai muito mais além das teorias - inclui a investigação, o senso comum e o que resulta da prática de Enfermagem. Os investigadores procuram dar resposta a muitas dúvidas que vão surgindo na prática de Enfermagem. Hoje, a Enfermagem é detentora de um nível elevado de teoria e práticas clínicas, graças à evolução da investigação desta área. O investigador procura, pesquisa, encontra teorias, adiciona conhecimentos, analisa e chega a uma conclusão. São os grandes contributos dos investigadores que fazem a enfermagem avançar como ciência, como exemplo disso são: melhorar os cuidados de enfermagem, contribuir para atualização dos enfermeiros, satisfazer as necessidades do doente, promover a saúde, prevenindo a doença, prestar cuidados especializados em diferentes áreas da enfermagem.

A escolha deste tema prendeu-se com o facto de haver famílias que cuidam dos seus familiares muitas vezes, sem qualquer tipo de apoio social e familiar, sem benefícios, sem trabalho e sem tempo, o que leva a um resultado muito negativo para quem cuida e para quem está a ser cuidado.

Os cuidados prestados aos familiares são, muitas vezes, de competência da enfermagem. Se estes cuidados não forem prestados atempadamente, muitos doentes acabam por piorar na doença e gastam ainda mais dinheiro à família e ao Estado.

Os enfermeiros intervêm nestas situações, com a finalidade de prevenir a doença e promover a saúde. Daí a importância e pertinência deste estudo: a consciencialização, do autor e de quem ler este documento, da importância desta temática e da sua centralidade no cuidar.

2. Questões de investigação

Segundo Fortin (2003), as questões de investigação facilitam a passagem do quadro conceptual às considerações finais. Para a elaboração das questões de investigação, é importante o investigador interrogar-se” (...) sobre a sua pertinência, o seu valor teórico e prática, assim como as suas dimensões metodológicas e ética”.

Assim, foram as seguintes questões que orientaram a execução deste estudo: i) será que existe exaustão nos cuidadores informais? ii) será que os cuidadores informais têm apoios e, se sim, quais são e onde podem ser encontrados? iii) influenciará o vínculo relacional entre o cuidador informal e o doente o aparecimento da exaustão? iv) que conceito terão os enfermeiros de “cuidador informal”? v) será que ser cuidador informal traz problemas de ordem pessoal e/ou familiar ao próprio cuidador informal? vi) que papel poderá ter o enfermeiro no alívio de exaustão do cuidador informal? vii) que estratégias devem orientar o papel do enfermeiro na prevenção de exaustão do cuidador informal?

Os objetivos a atingir foram já referidos em local anterior e decorreram diretamente das questões acima referidas.

3. Enquadramento Teórico

Para a elaboração do presente trabalho foi feita uma revisão bibliográfica a vários documentos científicos, essencialmente livros de base científica. Importa referir que a pesquisa bibliográfica é uma etapa fundamental numa investigação, uma vez que poder-se-á obter alicerces para um conhecimento perspicaz e autêntico de situações no campo da enfermagem científica. A análise documental é uma das técnicas decisivas para a pesquisa em Ciências de Saúde e constitui uma técnica importante na pesquisa

qualitativa, seja para completar informações obtidas por outras técnicas, seja para revelar aspetos novos de um tema ou problema (Ludke e André, 1986).

Por essa razão, trata-se de uma metodologia que procura descrever as teorias e os conceitos publicados em livros e obras, a partir dos quais foram levantados e discutidos conhecimentos disponíveis no âmbito da enfermagem, identificando, analisando e avaliando a sua contribuição para auxiliar e compreender o objeto de investigação: a percepção dos enfermeiros sobre a exaustão do cuidador informal.

3.1. Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados

Estudar a Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados implica ler (e refletir) atentamente o Decreto-Lei 101/2006, de 6 de Junho (e este capítulo é a ele dedicado em exclusivo, pelo que se dispensa a constante citação).

Este documento legislativo aponta para a questão do efeito cumulativo da diminuição da mortalidade e da natalidade que se tem traduzido, em Portugal, no progressivo envelhecimento da população. Expressa ainda que o aumento da esperança média de vida reflete a melhoria do nível de saúde dos portugueses nas últimas quatro décadas. Refere contudo que, apesar de tal facto, ainda se observam carências ao nível dos cuidados de longa duração e paliativos, consequentes do acréscimo do predomínio de indivíduos com doenças crónicas incapacitantes.

Para o legislador, surgem...

“novas necessidades de saúde e sociais, que requerem respostas novas e diversificadas que venham a satisfazer o incremento esperado da procura por parte de pessoas idosas com dependência funcional, de doentes com patologia crónica múltipla e de pessoas com doença incurável em estado avançado e em fase final de vida.”

Como se pode ler,

“Tais respostas devem ser ajustadas aos diferentes grupos de pessoas em situação de dependência e aos diferentes momentos e circunstâncias da própria evolução das doenças e situações sociais e, simultaneamente, facilitadora da autonomia e da participação dos destinatários e do reforço das capacidades e competências das famílias para lidar com essas situações, nomeadamente no que concerne à conciliação das obrigações da vida profissional com o acompanhamento familiar”.

É por isso que se entende como fundamental a instauração de políticas de saúde e de segurança social que permitam o desenvolvimento de ações mais adjacentes dos indivíduos em situação de dependência, o investimento no desenvolvimento de cuidados de longa duração com promoção da distribuição equitativa das respostas a nível territorial, a qualificação e humanização da prestação de cuidados, a potenciação dos recursos locais com a criação de serviços comunitários de proximidade e o ajustamento ou criação de respostas adequadas à diversidade que caracteriza o envelhecimento individual e as alterações de funcionalidade.

No mesmo decreto-lei pode-se ler ainda:

“Tal modelo tem de situar-se como um novo nível intermédio de cuidados de saúde e de apoio social, (...) financeiramente sustentáveis, dirigidos às pessoas em situação de dependência, com base numa tipologia de respostas adequadas, (...) visando contribuir para a melhoria do acesso do cidadão com perda de funcionalidade ou em situação de risco (...) devem assentar numa rede de respostas de cuidados continuados integrados em interligação com as redes nacionais de saúde e de segurança social.”

Relativamente à composição da rede, o documento legal define que a mesma...

“é constituída por unidades e equipas de cuidados continuados de saúde, e ou apoio social, e de cuidados e ações paliativas, com origem nos serviços comunitários de proximidade que abarca os hospitais, os centros de saúde, os serviços distritais e locais da segurança social, a Rede Solidária e as autarquias locais.”

Definem-se ainda alguns conceitos fundamentais. Define os cuidados continuados integrados como...

“o conjunto de intervenções sequenciais de saúde e ou de apoio social,(...) que visa promover a autonomia melhorando a funcionalidade da pessoa em situação de dependência, através da sua reabilitação, readaptação e reinserção familiar e social”.

E define os cuidados paliativos como...

“os cuidados ativos, coordenados e globais, prestados por unidades e equipas específicas, em internamento ou no domicílio, a doentes em situação de sofrimento decorrente de doença severa e ou incurável em fase avançada e rapidamente progressiva, com o principal objectivo de promover o seu bem-estar e qualidade de vida.”

Considera ainda a dependência como:

“a situação em que se encontra a pessoa que, por falta ou perda de autonomia física, psíquica ou intelectual, resultante ou agravada por doença crónica, demência orgânica, sequelas pós-traumáticas, deficiência, doença severa e ou incurável em fase avançada, ausência ou escassez de apoio familiar ou de outra natureza, não consegue, por si só, realizar as atividades da vida diária”.

E por doença crónica, entende:

“a doença de curso prolongado, com evolução gradual dos sintomas e com aspetos multidimensionais, potencialmente incapacitante, que afeta, de forma prolongada, as funções psicológica, fisiológica ou anatómica, com limitações acentuadas nas possibilidades de resposta a tratamento curativo, mas com eventual potencial de correção ou compensação e que se repercute de forma acentuadamente negativa no contexto social da pessoa por ela afetada”

Outro ponto fundamental expresso neste documento, que importa destacar, é a questão dos objetivos da Rede.

Genericamente, “a prestação de cuidados continuados integrados a pessoas que, independentemente da idade, se encontrem em situação de dependência.”

Especificamente:

“A melhoria das condições de vida e de bem-estar das pessoas em situação de dependência, através da prestação de cuidados continuados de saúde e ou de apoio social”; A manutenção das pessoas com perda de funcionalidade ou em risco de a perder, no domicílio, sempre que mediante o apoio domiciliário possam ser garantidos os cuidados terapêuticos e o apoio social necessários à provisão e manutenção de conforto e qualidade de vida; O apoio, o acompanhamento e o internamento tecnicamente adequados à respectiva situação; A melhoria contínua da qualidade na prestação de cuidados continuados de saúde e de apoio social; O apoio aos familiares ou prestadores informais, na respectiva qualificação e na prestação dos cuidados.”

3.2. **Indivíduo e a Família**

"Viver" diz respeito à totalidade de vida de cada um. Cada indivíduo tem uma duração de vida mais ou menos longa, que vai desde o nascimento até à sua morte, passando por várias fases que influenciam o seu comportamento individual em cada atividade de vida.

Roper (2001, 67) definem independência como "a capacidade de desempenhar a atividade de vida num padrão pessoal e socialmente aceitável sem ajuda". O conceito dependência/ independência está estreitamente relacionado com a duração de vida e com as atividades de vida.

O indivíduo em determinada fase da vida não pode ou já não pode desempenhar determinadas atividades de forma independente.

Cada pessoa tem a sua dependência/independência para cada atividade de vida. O estado de independência depende das oportunidades e capacidade de alcançar e manter

a independência em todas as atividades de vida. A dependência origina ajuda dos outros para realizar as atividades de vida ou o recurso a próteses ou outros equipamentos para ter uma "independência auxiliada".

A família assume um papel crucial no suporte físico, emocional e social de todos os seus membros, principalmente quando estes se encontram em situação de dependência provocada por doença crónica, sempre movida pelo desejo de conhecer as suas necessidades no cuidar de um doente dependente após alta hospitalar.

3.3. Cuidadores Informais

A representação do cuidador pode interferir com aspetos de vida pessoal, familiar, profissional e social, o que o pode levar ao conflito de papéis. Frequentemente, os cuidadores entram em crise e, daí padecem, manifestando sintomas como fadiga, exaustão, frustração, redução do convívio, alteração da auto-estima, depressão, stress, entre outros.

Segundo Caldas (2005, 194), Cuidar é um ato de assistir alguém quando este necessita. O ato de cuidar de alguém, embora nobre, reveste-se de um risco de desenvolvimento de doença física ou mental para o cuidador pois é para este que são destinadas as maiores responsabilidades.

Esta sobrecarga pode acarretar problemas físicos, psicológicos, emocionais, sociais e financeiros, que acabam por afetar o bem-estar do doente e do cuidador. Contudo, cuidar de um familiar debilitado e/ ou dependente representa retribuir sentimentalmente a quem, de alguma forma, também cuidou, dedicando, assim, um carinho profundo ou o cumprimento de uma “obrigação moral”.

A promoção do bem-estar dos cuidadores e a prevenção de crises merece por parte dos profissionais de saúde, principalmente dos enfermeiros, uma atuação especial, pois deles dependem os doentes a seu cargo, bem como a sua permanência na comunidade.

Assim, o interesse dos enfermeiros no que a este assunto diz respeito deve ser dirigido ao cuidador principal ou à pessoa que possui maior capacidade e disponibilidade para desempenhar esse papel, pois a sua eficácia será maior.

Será de grande importância que todas as intervenções de enfermagem estejam adequadas às potencialidades e dificuldades das duas partes, tanto dos doentes como dos seus prestadores de cuidados.

O cuidador representa um aliado para os enfermeiros e um benefício significativo para a sociedade, mas o valor a pagar associado a esse papel pode provocar um enorme stress nos cuidadores. Quando se atinge a exaustão, o limite, e se esgotam todos os outros recursos, a opção é a institucionalização do familiar dependente.

3.4. **Papel dos enfermeiros**

Um modelo de enfermagem não é mais do que uma representação mental do que deveria ou poderia ser a enfermagem (Adam, 1994).

Para Roper (2001), os cuidados de enfermagem consistem em ajudar a pessoa a caminhar no sentido do pólo de independência máximo em cada uma das atividades quotidianas e ajudar a manter-se aí, cabendo ao enfermeiro avaliar o nível de independência do utente em cada atividade de vida, determinar até que ponto deve ajudar o utente a deslocar-se no *continuum* dependência/ independência, determinar o tipo de cuidados que necessita para atingir os objetivos traçados e avaliar a evolução alcançada.

A individualidade da enfermagem passa pela utilização da metodologia científica, ou seja, o processo de enfermagem, que não é mais do que um pensamento lógico que implica a passagem por quatro fases, interativas, dinâmicas e com *feed-back* permanente:

- A fase da APRECIACÃO (a primeira fase) - através da observação, entrevista, avaliação de determinados parâmetros, o enfermeiro obtém informação sobre a pessoa, faz a análise dessa informação, identifica problemas reais e potenciais da pessoa nas atividades de vida e dá uma ordem de prioridade aos problemas identificados;
- A fase do PLANEAMENTO, durante a qual se estabelecem metas conjuntamente com o utente /família e se planeiam as ações respetivas;
- A terceira fase - EXECUÇÃO – em que se realizam as ações planificadas e registam-se diariamente, bem como a reação do utente e família;
- E a fase de AVALIAÇÃO, em que se tenta concluir sobre o atingimento ou não atingimento das metas traçadas, com reformulação de objetivos.

É necessário que o cuidador informal exercite competências, isto é, o enfermeiro deve ver na prática a diferença entre aquilo que é ensinado e a atuação, fazendo ajustes constantes; pressupõe-se uma avaliação de resultados.

Para tal é importante numa primeira fase que o cuidador informal seja chamado para observar os cuidados a serem realizados pelo enfermeiro ao doente; numa segunda fase deve ser chamado a colaborar com o enfermeiro nesses cuidados; e por último deve fazer só, com a supervisão do enfermeiro.

A aprendizagem/educação está intimamente ligada à história da humanidade. O Homem desde sempre aprendeu e ensinou, mesmo não tendo perceção do processo deste

fenómeno. A aprendizagem como processo de construção interna fez com que o homem se tornasse cada vez mais apto, mais eficaz, mais humano mais igual a si mesmo.

Capacitar o cuidador informal para saber lidar com os problemas do dia-a-dia do seu familiar dependente é um processo dinâmico que se desenvolve no domínio cognitivo, motor e afetivo.

Assim, para Caldas (2005, 195):

“Entendemos que devem ser eixos fundamentais de um processo de formação/ capacitação do cuidador, as seguintes áreas de intervenção: 1) Compromisso funcional nas AVD; 2) Compromisso da comunicação; 3) Comportamento associado (determinar melhor forma de lidar com os comportamentos, principalmente perturbações afetivas, agitação, agressividade, resistência obstinada em realizar algumas tarefas, frequentemente observadas relativamente ao banho ou a despir as alucinações e o delírio; 4) Ambiente físico e social; 5) Co- morbidade, 6) Cuidador desenvolvimento da auto eficácia percebida e estratégias de coping.”

Ainda para Caldas (2005; 197);

“Concluindo, profissionais bem informados sobre a demência com capacidades de uma intervenção criativa e humana, e cuidadores esclarecido e apoiados tecnicamente são indispensáveis para prevenir e controlar a incapacidade e dependência que caracterizam a pessoa que sofre de demência.. Nenhuma intervenção, farmacologia ou não farmacológica, resultará em benefício para o doente se o cuidador não for plenamente apoiado e integrado na equipa de cuidados. Apenas desta forma poderemos reduzir o risco de institucionalização e contribuir para o bem estar da pessoa demenciada e sua família.

II. Fase Metodológica

O presente capítulo dá conta das opções metodológicas que orientaram esta investigação.

1. Tipo de estudo

O estudo foi do tipo qualitativo, exploratório, transversal. A escolha do método qualitativo justifica-se, uma vez que os conteúdos abordados se relacionam com as percepções dos enfermeiros acerca das suas experiências sobre a exaustão do cuidador informal e, por isso, a investigação incidiu essencialmente sobre os discursos dos interlocutores do estudo: os enfermeiros.

Citado por Fortin (2009, 290),

“os estudos qualitativos têm como objetivos principais descrever um problema ainda mal conhecido e defini-lo”, isto, é, “explorar em profundidade um conceito que leva à descrição de uma experiência ou atribuição de uma significação a esta mesma experiência” (Brink, 1998).

A investigação foi do tipo fenomenológico, pois teve por base as experiências dos participantes tal como por eles foram (e são) vivenciadas. “A fenomenologia visa descrever a experiência, extrair a natureza dos fenómenos e a significação que as pessoas lhe atribuem” (Van Maanen, 1990, Rouseau e Saillant, 1996, cit. in Fortin, 2009, 292).

De modo a clarificar a posição metodológica assumida no estudo, neste ponto explanam-se argumentos, recorrendo a vários autores, que justificam o recurso a uma abordagem de investigação qualitativa.

É no quadro destas características que optámos por utilizar a metodologia qualitativa, tendo em atenção o objetivo de compreender os sentidos que os enfermeiros atribuem ao processo de exaustão do cuidador informal, foco central da pesquisa.

“Numa investigação qualitativa, as decisões não são tomadas antecipadamente; alguns elementos do desenho evoluem ou surgem no decurso do estudo” (Polit, Beck e Hungler, 2001, cit. in Fortin, 2009, 290). Tal perspetiva sustenta a ideia de que a pesquisa qualitativa ajuda o investigador a ir além de conceções iniciais e a gerar novas teorias.

Neste estudo, recorreu-se a procedimentos metodológicos diversificados e a sua utilização foi sistematicamente cruzada com uma revisão da literatura, seguindo uma estrutura que passou pela análise documental, a preparação das entrevistas e a sua realização e transcrição até ao tratamento dos dados recolhidos. Desta forma, entende-se que este estudo assume características de um estudo exploratório. Através deste, procurou-se descobrir problemáticas novas, sugerir questões de investigação e descrever a sua relação com a problemática de estudo.

E foi um estudo transversal:

“O estudo transversal tem por objetivo medir a frequência de um acontecimento ou de uma doença e dos seus fatores de risco numa dada população (...) o estudo transversal consiste em examinar simultaneamente um ou vários coortes da população ou um ou vários grupos de indivíduos, num determinado tempo, em relação com um fenómeno presente no momento da investigação“ (Fortin, 2009, 252).

Segundo Quivy e Campenhoudt (2008), o trabalho exploratório tem vários objetivos, como sendo: constituir novos conhecimentos, tendo como referencial outras investigações e reflexões desenvolvidas por outros autores; revelar outras dimensões do problema e permitir ampliar as perspetiva de análise.

Em síntese, este estudo é exploratório dirigido por uma metodologia qualitativa inserido numa abordagem fenomenológica, pois permitirá ter acesso a aspetos subjetivos relacionados com as experiências vivenciadas pelos enfermeiros e, assim, alcançar resultados verdadeiramente interessantes para o conhecimento em Enfermagem.

2. Meio

O estudo decorreu em meio natural. Segundo Fortin (2009, 217),

“a maioria dos estudos, tanto descritivos, como explicativos ou experimentais, são conduzidos em meio natural, porque, na maior parte dos casos, eles têm lugar no domicílio dos sujeitos, no meio de trabalho ou nos estabelecimentos de ensino ou de saúde. Nos estudos qualitativos, o meio onde os participantes vivem ou trabalham reveste-se de uma grande importância.”

3. Variáveis

Foram definidas como variáveis do estudo: i) exaustão do cuidador informal, ii) apoios ao cuidador informal, iii) vínculo relacional como influência do aparecimento da exaustão, iv) conceito dos enfermeiros sobre cuidador informal, v) problemas do cuidador informal induzidos pela prestação de cuidados e vi) papel do enfermeiro na prevenção da exaustão do cuidador informal.

4. População, amostra e processo de amostragem

Segundo Fortin (2009), a população é um conjunto de elementos (indivíduos, espécies, processos) que têm características em comum interesse ao investigador para aplicar o seu estudo.

Assim, a população é o conjunto das pessoas que satisfazem os critérios de seleção definitivos previamente e que permitem fazer generalizações. Logo, para se obter uma população a mais homogênea possível, é necessário ter em conta que partilhe de algumas características, tais como por exemplo: o grupo etário, o género, o estado de saúde ou o nível de escolaridade. A população deste estudo partilha da mesma profissão. (no caso, foram oito enfermeiros).

Citado por Fortin (2009, 311), a população alvo é o conjunto das pessoas que satisfazem os critérios de seleção definidos previamente e que permitem fazer generalizações.

A seleção dos participantes correspondeu a todos os enfermeiros, que se adequaram aos seguintes critérios de elegibilidade: aceitar participar no estudo, fora do contexto e trabalho (instalações e horas de trabalho) após ter assinado o consentimento informado; ter idade superior a 18 anos, (legalmente é a partir desta idade que o indivíduo é considerado autónomo e responsável pelas suas decisões; ser capaz de se expressar verbalmente, porque a técnica de colheita de dados a utilizar foi a entrevista). A decisão e escolha dos participantes foram feitas de acordo com a proximidade e intervenção direta que os enfermeiros têm no fenómeno em estudo, visto todos vivenciarem experiências neste contexto.

“ A amostra é uma fração de uma população sobre o qual se faz o estudo. (...) A constituição da amostra pode variar segundo o objetivo procurado, os constrangimentos que se exercem no terreno e a capacidade de acesso à população“ (Fortin, 2009, 312).

Perante as circunstâncias e, por ser um estudo transversal, apenas foi possível ter acesso a seis enfermeiros num processo não probabilístico acidental (que constituíram assim a amostra do estudo).

5. Entrevista e análise de dados

“ A entrevista é o principal método de colheita de dados nas investigações qualitativas” (Fortin, 2009, 375). Dadas as características do estudo, optou-se por recorrer à entrevista semidirigida.

“A entrevista semidirigida fornece ao correspondente a ocasião de exprimir os seus sentimentos e as suas opiniões sobre o tema tratado (...) a entrevista semidirigida assemelha-se geralmente a uma conversa informal “ (Fortin, 2009, 277).

As questões que constituíram a entrevista eram abertas, permitindo ao entrevistado mais à vontade para responder e melhor exprimir as suas opiniões, e ao entrevistador poder colocar mais questões durante a entrevista e, assim, poder colher o máximo de informação possível e pertinente para a investigação.

A leitura e interpretação das entrevistas foram feitas com recurso às técnicas de análise de conteúdo.

6. Questões Éticas

De acordo com Fortin (2003), qualquer estudo/ investigação suscita o surgimento de questões morais e éticas, pelo que é necessário proteger os direitos e liberdades dos indivíduos que participam no estudo.

As questões éticas são de extrema importância num estudo como este, pois implica o ser humano que deve ser respeitado e protegido, salvaguardando os seus direitos e liberdades. Por isso, existem princípios éticos que orientam a sociedade e que protegem aqueles que não se podem proteger a si mesmos.

Existem sete princípios éticos, segundo Fortin (2009), que são:

- o respeito pelo consentimento livre e esclarecido - toda a pessoa tem o direito e a capacidade de decidir por ela própria. Resulta deste princípio que o sujeito selecionado tem direito de decidir livremente, com todo o conhecimento de causa de participar ou não participar num estudo;
- o respeito pelos grupos vulneráveis - impõe o respeito pelo direito das pessoas ou dos grupos vulneráveis, exigindo a ausência de qualquer mau tratamento ou de qualquer discriminação a uma atitude de beneficência da parte dos investigadores;
- o respeito pela vida privada e pela confidencialidade das informações pessoais - envolve o direito à intimidade, ao anonimato e à confidencialidade;
- o respeito pela justiça e pela equidade - o investigador reparte equitativamente os benefícios e os inconvenientes da investigação entre todos os participantes;
- o equilíbrio entre vantagens e inconvenientes – princípio que obriga o investigador a respeitar cuidadosamente os riscos que fará correr aos participantes e a calcular os benefícios que eles poderão retirar para eles próprios;
- a redução dos inconvenientes – princípio que visa suprimir ou limitar os inconvenientes que a investigação possa apresentar para os participantes, correspondendo ao princípio da não maleficência, pois os investigadores devem evitar expor os participantes a inconvenientes;
- a otimização das vantagens- este princípio corresponde ao da beneficência, que consiste em querer o bem das pessoas, uma vez que as vantagens previstas devem compensar largamente os riscos.

Neste estudo, foram tidos em conta todos os princípios éticos, visto que os participantes foram devidamente informados sobre o estudo em questão, sobre a pertinência do tema, finalidade do mesmo, tempo de duração da sua participação, bem como a forma de participar.

Assim, como é relatado no Código Deontológico dos Enfermeiros - Estatuto da Ordem dos Enfermeiros, de 2009, no artigo 85º, na alínea d), o enfermeiro deve “manter o anonimato da pessoa sempre que o caso for usado em situações de ensino, investigação ou controlo da qualidade de cuidados.” (pág. 76).

III. Fase Empírica

Para Fortin (2009) a fase empírica é uma etapa que inclui a colheita de dados e o seu tratamento e apresentação: Passa-se então, de seguida à apresentação, leitura e análise dos dados recolhidos.

A análise e a interpretação dos dados seguiram um sistema categorial definido, e as subcategorias e os dados foram analisados categoria a categoria de acordo com os sujeitos entrevistados e tendo por base as tabelas de análise referidas.

No que diz respeito à organização deste capítulo, a análise a interpretação dos dados é apresentada com sete tabelas e de seguida a sua análise.

1. Apresentação, leitura e análise de dados

Quadro 1: Apresentação das características da amostra do estudo

	Género	Idade	Categoria Profissional	Especialização	Anos de experiência profissional	Anos com o título de especialista
S1	Feminino	32	Especialista	Enf. Comunitária	12	2
S2	Feminino	35	Especialista	Enf. Reabilitação	15	1
S3	Masculino	48	Especialista	Enf. Comunitária	26	3
S4	Feminino	36	Especialista	Enf. S. Mental e Psiquiátrica	12	4
S5	Feminino	34	Especialista	Enf. S. Infantil e Pediátrica	12	3
S6	Feminino	32	Especialista	Enf. S Materna e Obstétrica	9	4

A amostra foi caracterizada de acordo com as seguintes categorias: género, idade, categoria profissional, especialidade, anos de experiência profissional e anos com o título de enfermeiro especialista.

Quadro 2: Distribuição da amostra segundo o género

Género	N	%
Masculino	1	16,6
Feminino	5	83,33
Total	6	100,00

Da análise efetuada ao género, pôde-se concluir o domínio do género feminino (83,33%). Esta característica prende-se ainda com o facto de a profissão se ter desenvolvido, ao logo dos tempos, no seio de uma profissão predominantemente feminina.

Quadro 3: Distribuição da amostra segundo a idade

Idade	N	%
31 – 35	4	66,66
36 – 40	1	16,67
41 – 45	0	0,00
≥ 46	1	16,67
Total	6	100,00

Em relação à faixa etária, concluiu-se que aproximadamente 67% da amostra se encontra no intervalo 31 a 35 anos. No entanto, a tendência do mercado de trabalho aponta para que a faixa etária aumente, devido à não abertura de novos lugares nos quadros ou mapas das instituições.

Quadro 4: Distribuição da amostra segundo a realização de Curso de Especialização em Enfermagem

Curso de Especialização	N	%
Sem especialidade	0	0,00
Com especialidade	6	100,00
Total	6	100,00

No que diz respeito à realização de curso de especialização em enfermagem, verificou-se que a totalidade dos enfermeiros possuía o título de enfermeiro especialista, comprovando o elevado grau de qualificação dos profissionais em serviço.

Quadro 5: Distribuição da amostra segundo o curso de Especialidade

Especialidade	N	%
Enf. Comunitária	2	33,32
Enf. Reabilitação	1	16,67
Enf. S. Mental e Psiquiátrica	1	16,67
Enf. S. Infantil e Pediátrica	1	16,67
Enf. S. Materna e Obstétrica	1	16,67
Total	6	100,00

No que diz respeito ao curso de especialização, verifica-se uma grande dispersão na escolha da especialidade predominando no entanto, com 33,32% a especialidade de Enfermagem na Comunidade. Concluiu-se que a equipa de enfermagem é bastante multidisciplinar.

Quadro 6: Distribuição da amostra segundo os anos de exercício profissional

Anos Experiência	N	%
1 – 5	0	0,00
6 – 10	1	16,67
11 – 15	4	66,66
16 – 20	0	0,00
21 – 25	0	0,00
26 – 30	1	16,67
Total	6	100,00

A amostra indica que os anos de exercício profissional se situam maioritariamente no intervalo de 11 a 15 anos (66,66%), o que acentua a tendência para a diminuição das admissões para novos enfermeiros.

Quadro 7: Distribuição da amostra segundo os anos de exercício profissional como enfermeiro especialista

Anos Especialidade	N	%
1	1	16,67
2	1	16,67
3	2	33,33
4	2	33,33
Total	6	100,00

Por fim, a última característica da amostra aponta que o enfermeiro com o título de especialista há mais tempo possui-o há 4 anos (33,33%).

Da leitura das respostas obtidas dos enfermeiros que participaram neste estudo pôde concluir-se o seguinte.

Quadro nº 8 – Existe exaustão nos cuidadores informais?

Categorias	Subcategorias	Unidades de registo
Presença ou ausência de exaustão do CI	Existe	<i>"existe, existe bastante" (S1)</i>
		<i>"sim" (S2)</i>
		<i>"existe" (S3, S4, S5, S6)</i>
Razões da existência de exaustão	Tempo de permanência junto do doente	<i>"passam 24 horas a fazer o mesmo trabalho" (S1)</i> <i>"o tempo que estão com os doentes é bastante longo" (S5)</i>
	Motivação inicial para cuidar de um familiar doente	<i>"no início porque é novidade" (S5)</i>

Após uma análise do quadro nº 1, conclui-se que a exaustão do cuidador informal "existe", conforme a totalidade das respostas, tendo uma das enfermeiras até reforçado a ideia que *"existe bastante"* (S1). São apontadas duas subcategorias para a existência de exaustão: o tempo de permanência (*"passam 24 horas a fazer o mesmo trabalho"* (S1); *"o tempo que estão com os doentes é bastante longo"* (S5)); e a motivação inicial (*"no início porque é novidade"* (S5)). Pode concluir-se destas respostas que é entendimento dos enfermeiros que, passados os momentos iniciais, tudo o que não seja novo e que se torne repetitivo é propício ao aparecimento de exaustão.

Quadro nº 9 – Os cuidadores informais têm apoios? Se sim, qual? E onde?

Categoria	Subcategoria	Unidade de Registo
Existência de apoios aos cuidadores informais	Sim	<p>“Têm alguns apoios agora” (S1)</p> <p>“Têm, têm apoios, na comunidade que é onde eu exerço a profissão e estou mais à vontade, dentro da saúde nas USF’s” (S4)</p> <p>“(…), eu tenho ideia que sim” (S5)</p> <p>“Ora bem, nem todos têm apoios, mas quando devidamente referenciados, existe estruturas que dão esse apoio” (S6)</p>
	Não	<p>“(…) não existe nenhum apoio nem nenhuma retaguarda de descanso para o cuidador. “ (S1)</p> <p>“Têm apoios, mas que são insuficientes” (S2)</p> <p>“Não têm propriamente um apoio organizado (…)</p> <p>Não têm ainda na comunidade nenhum apoio institucional ou formal, que possam ter, embora esse aspeto de libertar a pressão seja feito habitualmente connosco “ (S3)</p>
Tipos de apoio	IPSS	<p>“(…) nomeadamente nas IPSS’s” (S1)</p> <p>“(…) instituições de IPSS’s, que fornecem apoio” (S2)</p>
	ECCI	<p>“O surgimento, por exemplo, da ECCI’s na comunidade veio dar resposta um pouco a esta necessidade que tem vindo a emergir na nossa população.” (S6)</p>

No que respeita à existência ou não de apoios aos cuidadores informais, de que tipos são, e se existem esses apoios, conclui-se que existe uma grande difusão de respostas: “Têm alguns apoios agora” (S1); “(…) não existe nenhum apoio nem nenhuma retaguarda de descanso para o cuidador” (S1). Assim obteve-se, quanto à existência de apoios, três respostas concordantes: “Têm, têm apoios, na comunidade que é onde eu exerço a profissão e estou mais à vontade, dentro da saúde nas USF’s” (S4); “(…), eu tenho ideia que sim” (S5); “Ora bem, nem todos têm apoios, mas quando devidamente referenciados, existe estruturas que dão esse apoio” (S6); e duas respostas discordantes: “Têm apoios, mas que são insuficientes” (S2); “Não têm propriamente um apoio organizado (…)

não têm ainda na comunidade nenhum apoio institucional ou formal, que possam ter, embora esse aspeto de libertar a pressão seja feito habitualmente connosco” (S3), e ainda uma resposta mista. Já em relação aos tipos de apoios

encontram-se duas respostas diferentes: dois entrevistados disseram que eram as IPSS “(...)nomeadamente nas IPSS’s” (S1); “(...)instituições de IPSS’s, que fornecem apoio”(S2) e uma resposta com as ECCI's: “O surgimento, por exemplo, da ECCI's na comunidade veio dar resposta um pouco a esta necessidade que tem vindo a emergir na nossa população.” (S6).

Quadro nº 10- O vínculo relacional entre cuidador informal e o doente influencia o aparecimento de exaustão?

Categoria	Subcategoria	Unidade de Registo
Influência do vínculo relacional no aparecimento de exaustão	Sim	<p>“(…)sim, que o elo de ligação familiar que prevalece e acho que tem influência na exaustão”(S4)</p> <p>“(…) quando há laços afetivos os cuidadores acabam por se envolver mais” (S5)</p> <p>“parece-me que sim, que pode ter alguma influência, quanto ele mais se relacionam com o doente, mais é o sentimento de exaustão,” (S6)</p>
	Não	<p>“(…)não, que o vínculo que não é importante, que não influencia o desgaste da pessoa(...) não propriamente por serem filhas. Se calhar, os filhos não estão tão exaustos como aquela pessoa que cuida”(S1)</p> <p>“(…)eu acho que o vínculo relacional atrasa o aparecimento da exaustão” (S2)</p> <p>“Não me parece que seja um fator perfeitamente condicional” (S3)</p>
	Razão	<p>“(…) se o cuidador é um familiar e se a relação que existia entre esses familiares, entre a pessoa dependente e o seu cuidador era de muita proximidade, muitas vezes, a pessoa que cuida informalmente deixa-se chegar a um ponto que, realmente, tenta suportar ao máximo, pronto, apoiam-se num relacionamento muito chegado e depois, acaba até por ser mais difícil, criam-se ali laços de muita dependência, em que existe exaustão”(S2)</p> <p>“(…) o aparecimento da exaustão, mas também tem muito a ver com o facto do grau de exigência que é pedido ao cuidador informal todos os dias, porque há um bocadinho mais de apoio” (S3)</p>

Pela análise do quadro precedente verifica-se que os enfermeiros entrevistados se dividem no que diz respeito à influência do vínculo relacional entre cuidador informal e o doente no aparecimento da exaustão. Três enfermeiros entrevistados responderam que existe: “(...)sim, que o elo de ligação familiar que prevalece e acho que tem influência na exaustão”(S4); “(...) quando há laços afetivos os cuidadores acabam por se envolver mais” (S5); “parece-me que sim, que pode ter alguma influência, quanto ele mais se relacionam com o doente, mais é o sentimento de exaustão,” (S6). No entanto, também três entrevistado tiveram a opinião contrária dizendo que "o vínculo que não é importante, que não influencia o desgaste da pessoa (...)" e até que o "(...) vínculo relacional atrasa o aparecimento da exaustão” (S2) Os três enfermeiros que disseram que existe relação entre o aparecimento de exaustão e o vinculo relacional apontaram como razões os "laços de muita dependência"(S2) e o elevado "grau de exigência que é pedido ao cuidador informal todos os dias"(S3).

Quadro nº 11 – Qual será o conceito que os enfermeiros têm sobre cuidador informal?

Categoria	Subcategoria	Unidade de Registo
Conceito de cuidador Informal		<p>“(…) veem o cuidador informal como um aliado, alguém que está lá, melhor dizendo, o papel principal é do cuidador informal, nós somos meros instrumentos para ajudar” (S1)</p> <p>“É um aliado, deve ser um aliado” (S2)</p> <p>“é um cuidador não institucional totalmente, pode sim um aliado desse ponto de vista, sim habitualmente e é suposto que os enfermeiros encarem como um parceiro no cuidado e não como um acessório”(S3)</p> <p>“(…)então é um aliado muito forte e apostamos bastante na formação, nos ensinamos para que possa cuidar o melhor” (S4)</p> <p>“(…)ser aquela pessoa que está com o doente, não presencialmente, não sempre, mas que ajuda nos cuidados ao utente.”(S5)</p> <p>“É um aliado dos enfermeiros e de outros profissionais, sim” (S6)</p>
Papel do cuidador informal	Positivo	<p>“(…)sobre os melhores meios de transmissão, de informação, de ajuda, mas o papel principal é sempre do cuidador informal, nós somos meros apetrechos, uma das vias de transmissão de ajuda.”(S1)</p> <p>“O cuidador informal é o parceiro que está presente e é necessariamente quase sempre o único em quem podemos confiar no restante tempo e cabe ao enfermeiro prestar os conhecimentos necessários, da responsabilização necessária e da consciência necessária para se prosseguir no resto do dia, tem de confiar.” (S3)</p> <p>“(…)com a nossa ajuda mútua, também com eles, partilhamos experiências e dá para cuidar da pessoa doente” (S4)</p>
	Negativo	<p>“às vezes, eu acho que devia ser considerado mais um aliado, mas também se devia avaliar as suas capacidades para ser cuidador informal e não delegar logo. Nem sempre o familiar mais próximo é o cuidador mais indicado para a pessoa dependente” (S2)</p>

Do quadro anterior ressalta que os seis enfermeiros entrevistados foram unânimes no que diz respeito ao conceito de cuidador informal, pois todos pensam que estes são os

melhores aliados dos enfermeiros e de outros profissionais, sendo um parceiro nos cuidados; “(...) veem o cuidador informal como um aliado, alguém que está lá, melhor dizendo, o papel principal é do cuidador informal, nós somos meros instrumentos para ajudar” (S1); “É um aliado, deve ser um aliado” (S2); “é um cuidador não institucional totalmente, pode sim um aliado desse ponto de vista, sim habitualmente e é suposto que os enfermeiros encarem como um parceiro no cuidado e não como um acessório”(S3); “(...)então é um aliado muito forte e apostamos bastante na formação, nos ensinamos para que possa cuidar o melhor” (S4); “(...)ser aquela pessoa que está com o doente, não presencialmente, não sempre, mas que ajuda nos cuidados ao utente.”(S5); “É um aliado dos enfermeiros e de outros profissionais, sim” (S6).

Em relação ao papel por estes desempenhados, cinco entrevistados disseram que era positivo, “O cuidador informal é o parceiro que está presente e é necessariamente quase sempre o único em quem podemos confiar no restante tempo (...)”(S3), e um entrevistado acha que é negativo, pois deveria “avaliar-se as suas capacidades para ser cuidador informal e não delegar logo(...)”(S2). Para este enfermeiro, o cuidador informal deve ser escolhido quanto à disponibilidade para cuidar de uma pessoa doente e às suas capacidades, o que não acontece muitas vezes; por vezes é escolhida a pessoa que está mais próxima, e que muitas vezes não tem tempo nem para si própria.

Quadro nº 12 – Ser cuidador informal trás problemas de ordem pessoal e/ou familiar ao próprio Cuidador informal?

Categoria	Subcategoria	Unidade de Registo
Constrangimentos no papel de cuidador informal	Nas relações familiares	<p>“Traz, quer nas relações familiares, muitas vezes, os papéis deixam de ser exercidos como deviam” (S1)</p> <p>“(…) porque o filho está próximo e que, pronto, acaba por assumir a maior parte dos cuidados e quando existe um elemento da família que vem aí pontualmente, ele, por muita boa vontade que traga, às vezes, a pessoa que está mais próxima, acaba por não aceitar a ajuda desse elemento que considera mais ténue, criam-se conflitos(…)é mesmo o cuidador que acaba por ser mais rapidamente sujeito à exaustão se não delegar algumas tarefas e algumas funções dos cuidados noutros elementos, tanto cuidadores formais como outros elementos da família (S2)</p> <p>“Quase todos os cuidadores informais, isto somente se forem familiares, praticamente não têm vida para além daquilo”(…)</p> <p>“(…)nem que tenham algum apoio, nem que seja de outro elemento da família que fique a tomar conta do dependente durante algum tempo, não conseguem desligar-se o suficiente para gozar, digamos assim, o período de independência que lhe traz a presença do outro” (S3)</p> <p>“(…)é lógico que ser cuidador destabiliza a vida da pessoa que está a cuidar, completamente, passa a ser uma dedicação constante”(S5)</p>

	<p>Outros</p> <p><i>“E a nível profissional também, sem dúvida que sim. Quem vai trabalhar, vai trabalhar sempre com aquela preocupação será que está tudo bem em casa” (S1)</i></p> <p><i>“Muitos não querem sequer dividir tarefas, muitos até dizem: «eu até tenho quem venha para aqui, mas não é a mesma coisa.»”(S3)</i></p> <p><i>“Eu acho que sim. Perde, muitas vezes, a liberdade(...) Quer dizer, há uma exaustão constante, enquanto nós desligamos, podemos cuidar, mas temos a nossa família e conseguimos apoiar.” (S4)</i></p> <p><i>“Eu acho que sim. É assim, sem dúvida, de ordem pessoal e profissional e outras coisas do género”(S5)</i></p> <p><i>“Quanto mais pesada é a tarefa de cuidar do outro, menos sentimos bem connosco mesmo e, portanto, há uma maior dificuldade, de facto, de nos tornar disponíveis para os aspetos pessoais da vida e da vida familiar, em abstrair, exatamente.” (S6)</i></p>
--	--

Da análise deste quadro verifica-se existirem bastantes constrangimentos no papel do cuidador informal. Esses constrangimentos têm mais ênfase nas relações familiares, mas também noutras situações tais como profissionais. Nas relações familiares foram apontados constrangimentos na inversão de papéis: *“(...) os papéis deixam de ser exercidos como deviam(...)” (S1)*, *“(...) porque o filho está próximo e que, pronto, acaba por assumir a maior parte dos cuidados (S2)*; o cuidador informal tem de abdicar de muitas vezes dos seus interesses: *“(...) praticamente não têm vida para além daquilo(...)”(S3)*. No que diz respeito aos outros constrangimentos foram apontados a nível profissional, *“(...) vai trabalhar sempre com aquela preocupação será que está tudo bem em casa” (S1)*, e da sua própria liberdade, *“Eu acho que sim. Perde, muitas vezes, a liberdade (...)”(S4)*.

Quadro nº 13 – Qual o papel que o Enfermeiro pode ter no alívio da exaustão do cuidador informal?

Categoria	Subcategoria	Unidade de Registo
<p>O papel do enfermeiro no alívio da exaustão do cuidador informal</p>		<p>“Acima de tudo, de suporte quer de transmissão de informação quer de apoio.”(S1)</p> <p>“(…)saber quem é que pode e qual a melhor maneira de auxiliar este cuidador, antes de surgir exaustão(…)Temos de ser nós muitas vezes a orientar e se calhar é uma boa altura para uma institucionalização do seu ente querido, (...) a pessoa que está a assumir o papel de cuidador precisa de descansar e não consegue fazer tudo e temos de ser nós também a gerir esta situação (S2)</p> <p>“(…) o primeiro papel, (...) é fornecer ouvidos, é ouvi-lo, escutar, deixá-lo justamente expor os seus anseios, os seus medos, ou simplesmente desabafar sobre a vida (...)em relação ao nível de exaustão, uma é fazer ver que a pessoa mesmo dentro do contexto domiciliário pode encontrar formas de aliviar a exaustão, nomeadamente fazendo pequenas atividades que podem ajudar a dissipar a exaustão e a superar (...)Acho que as pessoas se conseguem partilhar com outros, nem que seja por meia hora por dia, sabem que tem um grupo local, de cuidadores locais onde podem deixar por meia horita, uma horita, partilhar experiências no grupo de apoio (S3)</p> <p>“(…) é comunicando com a própria família, se houver outras pessoas habilitadas para nem que seja para pedir, ou seja, aliviar no fundo aquele cuidador diário, nem que seja por um dia”(S4)</p> <p>“(…)incentivo, o elogio, incentivar o cuidador, elogiar a sua prestação, tentar articular maneiras de poder aliviá-lo, do género de situações que poderão ficar, fazer uma gestão de recursos para poder aliviar um bocado o cuidador” (S5)</p> <p>“Imenso alívio (...)Muitas vezes, o facto de dedicares um pouco do teu tempo a ouvir estas pessoas, darem algumas estratégias de resolução do problema, parece que sim, que dá um alívio à exaustão(S6)</p>

O papel do enfermeiro no alívio da exaustão do cuidador informal prende-se com “Acima de tudo, de suporte quer de transmissão de informação quer de apoio”(S1). Os

enfermeiros acabam por tentar equilibrar toda a conjuntura. O enfermeiro pode ser um bom alicerce, auxiliando o cuidador quando mais precisa a gerir situações difíceis antes mesmo de aparecer a exaustão: *“(…)saber quem é que pode e qual a melhor maneira de auxiliar este cuidador, antes de surgir exaustão(…)Temos de ser nós muitas vezes a orientar e se calhar é uma boa altura para uma institucionalização do seu ente querido, (...) a pessoa que está a assumir o papel de cuidador precisa de descansar e não consegue fazer tudo e temos de ser nós também a gerir esta situação* (S2).

Para dois enfermeiros, o mais importante é ouvir os cuidadores informais, as suas preocupações os seus anseios as suas duvidas, as vezes só escutar já pode aliviar um pouco os medos desse cuidador: *“(…)é fornecer ouvidos, é ouvi-lo, escutar, deixá-lo justamente expor os seus anseios, os seus medos, ou simplesmente desabafar sobre a vida (...)em relação ao nível de exaustão, uma é fazer ver que a pessoa mesmo dentro do contexto domiciliário pode encontrar formas de aliviar a exaustão”*. (S3); *“Imenso alívio (...) muitas vezes, o facto de dedicares um pouco do teu tempo a ouvir estas pessoas, darem algumas estratégias de resolução do problema, parece que sim, que dá um alívio à exaustão* (S5). Outro diz que o enfermeiro tem um papel de gestor pois pode conseguir através das suas capacidades arranjar maneira de aliviar o cuidador informal nem que seja por um curto espaço de tempo, o que já é bom para este enfermeiro: *“(…) é comunicando com a própria família, se houver outras pessoas habilitadas para nem que seja para pedir, ou seja, aliviar no fundo aquele cuidador diário, nem que seja por um dia”*(S4). Ainda, que compete ao enfermeiro neste caso é dar alento e apoio ao cuidador informal: *“(…)incentivo, o elogio, incentivar o cuidador, elogiar a sua prestação, tentar articular maneiras de poder aliviá-lo, do género de situações que poderão ficar, fazer uma gestão de recursos para poder aliviar um bocado o cuidador”* (S5).

Quadro nº 14 – Que estratégias devem orientar o papel do enfermeiro na prevenção de exaustão do cuidador informal?

Categoria	Subcategoria	Unidade de Registo
As estratégias orientadoras no papel do enfermeiro na prevenção de exaustão do cuidador informal	Disponibilidade	<p>“(…)estarmos presentes e sempre que eles necessitarem, saberem que nos podem ligar e resolver os problemas, ajuda bastante, pelo menos a diminuir o stress, acho que basicamente é isso.”(S1)</p> <p>“É avaliar das situações, identificar situações problemáticas, tentar resolver as situações de uma maneira frontal (...) definir estratégias que permitam aliviar um bocadinho, até com outros familiares, que possam, ou vizinhos, procurar que não se chegue ao ponto de exaustão do cuidador, em vez de termos uma pessoa dependente, vamos ter duas e a requerer ainda mais cuidados”(S2)</p> <p>“(…) a prevenção da exaustão passa em primeiro lugar(...)que ele seja bem preparado para executar o que tem de fazer diariamente” (S3)</p> <p>“(…) é escutar muito a família, ouvir mesmo, e estar ali presente e contactável sempre, temos um telemóvel e damos o número(...)e nós atendemos, eu, por acaso, não desligo telemóvel mesmo ao fim de semana e feriados” (S4)</p> <p>“É escutar, ouvir, elogiar, tentar ter uma relação de proximidade com o utente, tentar mostrar-lhe que não está sozinho, disponibilizar um contato telefónico” (S5)</p>
	Informar/ ensinar os Cuidadores informais	“(…)informar, ensinar (...)” (S4)

Após observação deste quadro, pode concluir-se que o enfermeiro tem um ofício preponderante na prevenção da exaustão do cuidador informal, pois deve ter disponibilidade para aconselhar, ensinar orientar para que tal não aconteça. Para isto os enfermeiros deverão “(…)estar presentes sempre que eles necessitem” (S1), *identificar situações problemáticas, tentar resolver as situações de uma maneira frontal (...)*(S2), “(…) *escutar muito a família*”(S4). Para além de tudo isto cabe ao enfermeiro o papel pedagógico, “(…)informar, ensinar (...)” (S4).

IV. Conclusão

Este projeto de investigação passou por um processo complexo, desde o início passando por apenas ideias, reflexões e por fim conclusões sobre o que viria a constituir este trabalho. Foi percorrido um longo caminho, mas sempre com o objetivo de que esta investigação pudesse trazer alguns contributos para a própria evolução dos conhecimentos enquanto aluna e enquanto futura profissional.

A curiosidade do saber sempre mais e encontrar respostas às questões e reflexões, foi ganhando forma, tornando-se num projeto com base científica e seguindo as normas preconizadas para tal, onde se sistematiza as ideias principais deste estudo.

No suceder desta longa caminhada sobre investigação e construção do projeto de graduação para conclusão da licenciatura, e à medida que ia contactando com os enfermeiros entrevistados, surgiram oportunidades privilegiadas de momentos de reflexão de aprendizagem, que contribuíram de uma maneira indescritível para o crescimento pessoal e desta forma, colaborou para o sentimento de segurança para o bom desempenho futuro da prática dos cuidados de enfermagem.

Considera-se que as opções metodológicas foram acertadas. A metodologia qualitativa foi o caminho ideal para penetrar e compreender o sentido que os enfermeiros atribuem como fundamento para investigar a intencionalidade das vivências, importâncias, percepções, desejos, necessidades e atitudes dos enfermeiros relativamente a este problema que estão a vivenciar. As entrevistas foram o método de recolha de dados mais adequados para este trabalho.

Este estudo permitiu ao investigador ter uma nova realidade sobre as vivências dos enfermeiros, nomeadamente no seu trabalho de visitação domiciliária, e este desafio de descoberta permitiu construir uma meditação que, certamente, terá repercussões futuras.

Não se desejou com este trabalho realizar pomposas descobertas nem generalizar resultados. A investigação em enfermagem tem como objetivo ostentação de novos conhecimentos sobre o fenómeno em estudo e desenvolver a profissão com os fenómenos estudados.

As conclusões que ressaltam deste trabalho de investigação são que, segundo a perspectiva dos enfermeiros, existe exaustão nos cuidadores informais, que não existem muitos apoios para estes quando assim o necessitam e que ser cuidador informal influencia a sua vida pessoal e profissional.

Denota-se realmente que existem políticas que tentam dar resposta a estas necessidades, mas concluiu-se que quando postas em prática, não são suficientes ou não chegam a todos os que delas necessitam.

As sugestões mais pertinentes prendem-se com a importância da parceria enfermeiro/cuidador informal nos cuidados ao doente/ familiar.

Com o passar dos anos os ensinamentos aos familiares dos seus doentes, foram sendo motivo de preocupação aquando do seu processo de alta, e especialmente durante a preparação para uma vida fora do hospital.

Devido as necessidades que foram surgindo no domicilio ao longo dos tempos e com as visitas domiciliarias por parte dos enfermeiros, foi se constatando que havia muitas lacunas e que isso poderia mudar se a quando da alta houvesse uma preparação prévia tanto ao doente consciente e ao seu familiar, foi se verificando melhoras nos cuidados, variando e alterando muito então o processo de altas, no entanto atualmente as Instituições de Saúde são mais permissivas nesse acompanhamento, às famílias embora não chegue.

O indivíduo é um ser indissociável da família, que tem necessidades inerentes de proximidade com os seus familiares e especialmente quando está doente. O mesmo sucede com os familiares que têm necessidade de os acompanhar a par e passo, e se possível fisicamente em todo o seu processo de doença. Esta condição de proximidade tem contornos especiais neste âmbito, todo o processo de hospitalização e alta absolve a teoria geral dos sistemas.

Ser cuidador informal causa alterações na dinâmica familiar, dentro da sua própria organização, não só ao nível de acompanhamento mas também ao nível da atividade profissional.

No final deste trabalho, a conclusão de que o enfermeiro tem um papel muito importante na vida dos cuidadores informais pois pode contribuir na prevenção da exaustão do cuidador informal, o enfermeiro deve ter disponibilidade para aconselhar, ensinar orientar para que tal não aconteça.

V. Referências Bibliográfica

Adam, E, (1994) *Ser enfermeira*. Lisboa: Instituto Piaget.

Caldas, Alexandre Castro (2005); “A Doença de Alzheimer e Outras Demências em Portugal”; Editor: Lidel.

DIÁRIO DA REPÚBLICA - I SÉRIE-A, nº 109, de 6 de Junho de 2006. Decreto-Lei n. 101/2006.

Fortin, M., (2003) *Métodos de amostragem*. 3ª Edição, Lusociência, Loures.

FORTIN, M., (2009) *Métodos de amostragem; O processo de investigação: da concepção à realização*, 3ª Edição, Lusociência, Loures.

JB, George. (2000) *Teorias de Enfermagem- Fundamentos para a prática profissional*, 4 ed. São Paula Arjmed.

Kérouac, S. (1996) “ El pensamimento enfermeiro”. Barcelona , Masson, S.A.

LUDKE, M. e ANDRÉ, M. (1986) *Pesquisa em educação: abordagens qualitativas*. São Paulo: Editora Pedagógica Universitária.

Meleis, A.I. (1997) *Theoretical nursing: Development and progress (3rd Ed.)*. Philadelphia: Lippincott Co.

MORSE, H. M., (2007) *Aspetos essenciais da Metodologia de Investigação Qualitativa*, Formasau, Coimbra.

ROPER, Nancy; LOGAN, Winigrad; TIERNEY, Alison.J., (2001) *O modelo de enfermagem Roper - Logan- Tierny*, 1^a edição, Climepsi,

ROPER, Nancy, (2002) Conferência: *Continuidade de Cuidados de Saúde porquê e para quê*, in, *Enfermagem*, 2^a série n°25/26.

ORDEM DE ENFERMEIROS, (2009) Estatuto da Ordem dos Enfermeiros, Ordem dos Enfermeiros, Lisboa.

QUIVY, R.; CAMPENHOUDT, L. V, (2008) *Manual de investigação em ciências sociais*, 5^a Edição, Gradiva, Lisboa.

Netgrafia

http://www.adse.pt/document/Decreto_Lei_101_2006.pdf

<http://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine>

VI. Anexos

Anexo I – Consentimento Informado para a entrevista e respetivo Guião

Inês Pinto Barros de Oliveira, a frequentar o 4 ° ano do curso de Enfermagem na Faculdade Ciências da Saúde da Universidade Fernando Pessoa, encontra-se a realizar uma investigação intitulada “Percepção dos Enfermeiros sobre exaustão do cuidador informal”, para atingir o grau de Licenciada e com o intuito de atingir os objectivos do Projeto de Graduação, solicita a sua colaboração numa entrevista composta por sete questões.

Esta entrevista requer a participação de seis enfermeiros a trabalhar em cuidados primários e atuar em visitas domiciliárias.

A entrevista é confidencial será gravada para não haver distrações enquanto decorre a entrevista, pelo que se pede que não se identifique em nenhuma parte do seu decorrer. As entrevistas serão apagadas após serem passadas para suporte de papel.

Em média a duração da entrevista será de 15 minutos.

Agradeço antecipadamente a sua colaboração.

Obrigada pela sua colaboração

A Aluna

(Inês de Oliveira)

Entrevista nº _____

Identificação da amostra

1. Idade: _____

2. Sexo: Feminino Masculino

3. Categoria Profissional:

Bacharelato

Licenciatura

Pós-Graduação

Especialidade, Qual: _____

4. Anos de experiência: _____

5. Anos de especialidade: _____

Questões

1. Existe exaustão nos cuidadores informais?
2. Os cuidadores informais têm apoios? Se sim, qual? E onde?
3. O vínculo relacional entre cuidador informal e o doente influencia o aparecimento de exaustão?
4. Qual será o conceito que os enfermeiros têm sobre cuidador informal?
5. Ser cuidador informal trás problemas de ordem pessoal e/ou familiar ao próprio Cuidador informal?
6. Qual o papel que o Enfermeiro pode ter no alívio da exaustão do cuidador informal?
7. Que estratégias devem orientar o papel do enfermeiro na prevenção de exaustão do cuidador informal?