
REVISÃO SISTEMÁTICA DE LITERATURA

A ADAPTAÇÃO DO CUIDADOR INFORMAL COMO FOCO DA PRÁTICA DE ENFERMAGEM

**Um Programa de Intervenção
com Matriz Conceptual no Modelo
Transaccional de *Stress e Coping***

Elaborado por: Salete Ferreira,

Santarém
Novembro 2010

RESUMO

A adaptação do cuidador informal no cuidado à pessoa dependente por doença crónica, em ambiente domiciliário, é uma temática complexa que implica um aprofundamento na investigação de modo a retratar evidência científica de suporte ao desenvolvimento de um programa de intervenção de enfermagem, inovador e individualizado para cada situação específica, tendo a pessoa do cuidador informal como alvo e a adaptação do mesmo como foco da prática.

Neste sentido, através de uma revisão sistemática da literatura, pretende-se analisar o conhecimento científico disponível acerca da efectividade de programas de intervenção na gestão do *stress* e *coping* do cuidador informal, com matriz conceptual no Modelo Transaccional de *Stress* e *Coping*, desenvolvidos por enfermeiros.

A partir da questão PI[C]O, foram definidos alguns conceitos ou palavras-chave e realizada uma pesquisa de artigos científicos em base de dados electrónica (no período entre 2000 e 2010), sendo seleccionados quatro estudos, segundo critérios previamente definidos e centralizados na problemática em estudo.

Após análise reflexiva dos contributos dos achados para o estudo em causa, e ao se concluir que a prática de Enfermagem, com matriz conceptual no Modelo Transaccional de *Stress* e *Coping*, focalizada na adaptação do cuidador informal da pessoa dependente por doença crónica em ambiente domiciliário, é efectiva, será descrito o processo e estrutura de um futuro programa de intervenção.

Palavras-chave: Prática de Enfermagem, Adaptação do Cuidador Informal, Modelo Transaccional de *Stress* e *Coping*

ÍNDICE

	f.
CONTEXTUALIZAÇÃO DA REVISÃO DE LITERATURA	5
PARTE A – A PESSOA DO CUIDADOR INFORMAL COMO ALVO DA PRÁTICA DE ENFERMAGEM	14
1 – O MODELO TRANSACCIONAL DE <i>STRESS</i> E <i>COPING</i> : MATRIZ CONCEPTUAL PARA UMA INTERVENÇÃO TERAPÊUTICA DE ENFERMAGEM FOCALIZADA NA ADAPTAÇÃO DO CUIDADOR INFORMAL	15
2 – O <i>EMPOWERMENT</i> COMO DETERMINANTE NO PROCESSO DE AVALIAÇÃO DE PROGRAMAS DE PREVENÇÃO E PROMOÇÃO DA SAÚDE: O DESAFIO DA EFECTIVIDADE EM ENFERMAGEM COMUNITÁRIA	22
PARTE B – A REVISÃO SISTEMÁTICA DE LITERATURA	27
1 – PROTOCOLO DE PESQUISA E SELECÇÃO DE ARTIGOS	28
2 – TRATAMENTO E APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS	31
PARTE C – A EFECTIVIDADE DA PRÁTICA DE ENFERMAGEM, COM MATRIZ CONCEPTUAL NO MODELO TRANSACCIONAL DE <i>STRESS</i> E <i>COPING</i> , NA ADAPTAÇÃO DO CUIDADOR INFORMAL	41
1 – AVALIAÇÃO DO PROCESSO DE INTERVENÇÃO NA GESTÃO DO <i>STRESS</i> E <i>COPING</i> DO CUIDADOR INFORMAL	42

	f.
1.1 AVALIAÇÃO DA ESTRUTURA E PROCESSO	42
1.2 AVALIAÇÃO DOS RESULTADOS	47
2 – CONCLUSÕES E IMPLICAÇÕES PARA A INTERVENÇÃO TERAPÊUTICA DE ENFERMAGEM FOCALIZADA NA ADPTAÇÃO DO CUIDADOR INFORMAL	53
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	57
ANEXOS	63
ANEXO I – PROTOCOLO DE PESQUISA E SELECÇÃO DE ARTIGOS	64
ANEXO II – ESCALA DE CARACTERIZAÇÃO DE ESTUDOS SEGUNDO O GRAU DE EVIDÊNCIA	66

CONTEXTUALIZAÇÃO DA REVISÃO DE LITERATURA

A mudança de paradigma no ensino superior e a consequente reorganização das escolas de enfermagem, exigem uma transformação no ensino de enfermagem e nos papéis dos professores ao nível do ensino, investigação, produção e difusão de conhecimento, conduzindo a alterações nas práticas educativas e nos modos de conceber e realizar o trabalho docente.

A atribuição do Título de Especialista ao professor de Enfermagem enquadra-se nesta reorganização, sendo que a elaboração da presente Revisão de Literatura tem como finalidade a candidatura à atribuição do Título de Especialista na Área Científica de Enfermagem, para efeitos da composição do corpo docente da Escola Superior de Saúde de Santarém – Instituto Politécnico de Santarém (Decreto-Lei n.º 206/2009).

Definir novos papéis dos professores de enfermagem, enquanto enfermeiros e professores leva-nos a explicitar o conceito de profissionalismo como uma missão de serviço público sustentada num ideal profissional e por uma prática social legitimamente reconhecida, baseada em conhecimento exclusivo ao nível da prestação do cuidado de enfermagem (Mestrinho, 2007).

Globalmente, o desenvolvimento profissional docente afigura-se pela exigência de investigação em diversas áreas científicas e de adequação aos contextos formativos onde os professores de enfermagem intervêm em situações instáveis e incertas, no domínio da prestação de cuidados. Nesta óptica, todos os professores, ao nível da academia, têm a responsabilidade de realizar investigação, ultrapassando as lógicas disciplinares e monodisciplinares e afastando-se da produção de conhecimento padronizado em espaços simbólicos, habitualmente separados da realidade das práticas. Trata-se de julgar, situar, comparar, interrogar um conjunto de ideias e de ter uma postura dialógica face à docência, através de análises críticas da prática (Perrenoud, 1999).

Importa salientar que o Conselho de Enfermagem da OE (2004, p. 8) refere que

os enfermeiros contribuem, no exercício da sua actividade na área de (...) docência (...) para a melhoria e evolução da prestação dos cuidados de enfermagem, nomeadamente: (...) f) participando na avaliação das necessidades da população e dos recursos existentes em matéria de enfermagem e propondo a política geral para o exercício da profissão, ensino e formação em enfermagem; e g) promovendo e participando nos estudos necessários à reestruturação, actualização e valorização a profissão de enfermagem.

Enquanto Docente na Escola Superior de Saúde de Santarém, continuo a acreditar nos valores e princípios que suportam a importância de um sistema de saúde baseado nos CSP no qual a Enfermagem Comunitária é o motor de todo um trabalho intersectorial, baseado na família e na comunidade que, através de políticas e programas com sustentabilidade e com orientação para a qualidade, desenvolve mecanismos apropriados de participação activa. No contexto da docência em Enfermagem, mantendo a mesma motivação e empenho neste desafio, espero desempenhar um papel de vanguarda no reforço do papel dos enfermeiros nos CSP. Para tal, proponho-me cooperar com a futura Equipa de Cuidados Continuados Integrados de Almeirim no processo da tomada de decisões que antecede a fase de implementação das intervenções, incorporando os resultados da investigação na prática e, assim, produzir guias orientadores da boa prática de cuidados de enfermagem baseados na evidência empírica – *guidelines* – constituindo uma base estrutural importante para a melhoria contínua da qualidade do exercício profissional dos enfermeiros nos CSP.

Para além disto, segundo o ICN (citado em OE, 2008) é fundamental que nas instituições de ensino em Enfermagem se efectue investigação de modo a estabelecer, apoiar e sustentar o papel do enfermeiro nos CSP e se desenvolva a liderança nos CSP nas escolas, mantendo assim uma massa crítica de docentes em CSP.

Neste sentido, conjugando as razões profissionais e a evidência científica da vivência de *stress* e de estratégias de *coping* por parte do cuidador informal, na sua adaptação ao cuidado à pessoa dependente em ambiente domiciliário, que serão descritas de seguida, a presente revisão da literatura tem como objectivo avaliar a efectividade de programas de intervenção na gestão do *stress* e *coping* do cuidador informal, com matriz conceptual no Modelo Transaccional de *Stress* e *Coping*, desenvolvidos por enfermeiros.

A VIVÊNCIA PROFISSIONAL

Tendo como 1ª opção profissional os Cuidados de Saúde Primários (CSP), e desenvolvendo o meu percurso na prática de enfermagem integrada na comunidade, continuo convicta de que os CSP formam parte integral do sistema de saúde de qualquer país e que, tal como defende a Pan American Health Organization (citada em Ordem dos Enfermeiros, 2008, p. 4), “são cuidados de saúde essenciais baseados em métodos e tecnologias práticas, cientificamente idóneas e socialmente aceitáveis, tornadas universalmente acessíveis para os indivíduos e as famílias da comunidade através da sua participação integral, e a um custo acessível à comunidade e ao país”.

Os CSP são o primeiro nível de contacto com o sistema nacional de saúde para os indivíduos, as famílias e a comunidade, trazendo os cuidados de saúde tão próximo quanto possível para os locais onde as pessoas vivem e trabalham. Hoje em dia, os CSP estão novamente em posição de destaque na agenda global da saúde e, neste contexto, segundo o International Council of Nurses (ICN, 2008, citado em Ordem dos Enfermeiros, 2008) a Enfermagem Comunitária desempenha um papel fundamental para que se atinja o acesso universal e melhor saúde para a população mundial.

Uma das causas para a importância e destaque dos CSP na agenda global de saúde é o desafio da prevenção e gestão da doença crónica. De acordo com a Organização Mundial da Saúde (OMS, 2002, citada em OE, 2010) as doenças crónicas são doenças de duração prolongada e progressão lenta que provocam problemas de saúde que exigem tratamento continuado ao longo de um período de anos ou décadas.

O mundo está a enfrentar um aumento massivo nos níveis de morte e incapacidade resultantes das doenças crónicas sendo que as estatísticas mostram que actualmente 60% das mortes a nível global se devem às mesmas. Sendo tradicionalmente encaradas como doenças da riqueza, que afectavam sobretudo os idosos e os abastados, hoje 80% das doenças crónicas ocorrem em países de rendimentos baixos a intermédios e afectam cada vez mais pessoas em idade laboral. (OMS, 2008, citada em OE, 2010)

O potencial da Enfermagem Comunitária no contributo para a melhoria da saúde das populações, através da prática de cuidados aos diferentes níveis de prevenção, nunca foi tão grande, pois as doenças crónicas são preveníveis e, quando ocorrem, os cuidados e gestão efectivos desde as primeiras fases podem permitir às pessoas afectadas uma vida produtiva e com qualidade (ICN, 2009, citado em OE, 2010).

A dimensão do problema e o desafio urgente que se coloca são gigantescos, uma vez que para além da ameaça na saúde, a dependência por doença crónica traz implicações económicas e sociais. Importa definir este conceito de dependência que, por oposição ao conceito de independência, é a incapacidade de desempenhar a(s) actividade(s) de vida num padrão pessoal e socialmente aceitável, sem ajuda (Roper, Logan e Tierney, 2001). Especificando o contexto de cuidados na doença crónica como fenómeno social, Lage (2007) refere que a crise do sistema de saúde e de protecção social no decurso das duas últimas décadas, dá novamente aos cuidadores informais a responsabilidade dos cuidados como complemento da acção do Estado, permitindo às pessoas em situação de dependência continuarem a viver no seu ambiente, sendo “o conhecido” para muitas delas o mais importante de tudo o que possuem.

Redescobre-se, assim, a relevância do cuidador informal à pessoa dependente em ambiente domiciliário que, nesta revisão sistemática de literatura, é conceptualizado como qualquer elemento da rede social da pessoa em situação de dependência (familiares, amigos, vizinhos...) que lhe prestam cuidados regulares e não remunerados (Braithwaite, 2000; citado em Loureiro, 2009), na ausência de um vínculo formal ou estatutário (Sousa, Figueiredo & Cerqueira, 2006).

Esta tem sido uma temática e um desafio constante no meu crescimento profissional e académico, enquanto elemento integrante da equipa de saúde e, actualmente, enquanto docente.

Ao ter estado integrada, como elemento activo, no Programa de Intervenção Articulada de Apoio Social e dos Cuidados de Saúde Continuados e, na actual Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados, como elemento de uma equipa domiciliária, investi na Visitação Domiciliária como estratégia prioritária no cuidado à pessoa/família com dependência por doença crónica e, no dia-a-dia da prestação de cuidados, verifiquei que ser cuidador informal de uma pessoa dependente é uma experiência muito complexa para o próprio cuidador, que implica uma constante definição e redefinição das suas relações intra, inter e extra familiares, obrigações e capacidades, sendo caracterizada por uma enorme diversidade na forma como os cuidadores respondem às situações particulares.

A Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI) é criada pelo Decreto-Lei n.º 101/2006, como parceria entre os Ministérios da Saúde e do Trabalho e Solidariedade Social, e veio promover a abertura organizacional a novos modelos de Cuidados, com incorporação de paradigmas de respostas intersectoriais e multidisciplinares, orientados para a prestação de cuidados numa óptica global de satisfação das necessidades das pessoas que apresentam dependência, com necessidade de cuidados de saúde e de apoio social (PORTUGAL, Ministério da Saúde, 2007). Veio preencher uma lacuna existente em Portugal, no âmbito da Saúde e do Apoio Social, colocando desta forma o país ao mesmo nível dos seus parceiros europeus, no que diz respeito a políticas de Bem-Estar promovidas pelo Estado.

Surgem assim as Equipas de Cuidados Continuados Integrados (ECCI) que são equipas multidisciplinares, da responsabilidade dos CSP e das entidades de apoio social, para a prestação de serviços domiciliários, decorrentes da avaliação integral, de cuidados médicos, de enfermagem, de reabilitação e de apoio social, ou outros, as 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 (Decreto-Lei n.º 101/2006).

A mudança de paradigma preconizada pela RNCCI na organização e prestação de cuidados, aliada à sua intersecção com os vários níveis do SNS, implica uma dinâmica de interiorização paulatina dos novos princípios de organização e funcionamento, que deve ser transversal a todo o sistema de saúde. A mudança requerida tem sido apoiada por um enorme investimento na formação e divulgação da equidade no acesso, da proximidade, multi e interdisciplinaridade na prestação de cuidados, da inclusão dos familiares/cuidadores principais como população alvo (PORTUGAL. Ministério da Saúde, 2007). Tais princípios promovem a adesão dos profissionais e das instituições a este grande desafio que é colocado a todos os actores dos sistemas de saúde e de apoio social.

A experiência dos cuidadores informais não é um fenómeno unitário, mas sim um complexo de circunstâncias, de vivências, significados, respostas e recursos, que variam de acordo com cada indivíduo.

Face à complexidade que envolve o cuidador informal enquanto sistema activo no processo de cuidados à pessoa com dependência por doença crónica em ambiente domiciliário, e ao meu esforço constante para prestar cuidados focalizados nas necessidades dos cuidadores informais e estruturados em planos de intervenção que garantam a efectividade dos cuidados e a obtenção de ganhos em saúde para os mesmos, tenho vivido a prática e a docência de enfermagem num questionamento diário, recheado de dúvidas.

Neste contexto, tem sido preocupação permanente dimensionar a problemática do cuidador informal como cliente dos cuidados de enfermagem, e não só como parceiro, à grandeza que o Cuidado Informal assume enquanto promotor de qualidade de vida da pessoa dependente por doença crónica. Assim, tendo por base a interacção entre o domínio da prática e a necessidade do saber empírico, e a par de um percurso académico (Mestrado e Doutoramento), tenho construído um percurso de investigação que, visando ter uma continuidade, apresenta sempre como fio condutor o processo de cuidados informais em ambiente domiciliário.

O CUIDADOR INFORMAL DA PESSOA DEPENDENTE EM AMBIENTE DOMICILIÁRIO

A importância que o cuidador informal assume no contexto da continuidade de cuidados e na permanência em casa de pessoas com dependência é por muitos reconhecida. No entanto, de acordo com Figueiredo (2007) prestar cuidados durante longos períodos de tempo, pode ser extremamente difícil e desgastante a nível físico, emocional e social para os cuidadores informais. Alguns estudos, nomeadamente em Portugal, têm produzido evidência científica sobre

a sobrecarga dos cuidadores informais (Lage, 2005; Petronilho, 2008; Lage, 2007; Andrade, 2009; Loureiro, 2009) sendo esta definida como o construto multifacetado utilizado para descrever os efeitos negativos que o cuidar acarreta para o cuidador informal (Loureiro, 2009).

Ao nível da sobrecarga física, os cuidadores informais (em comparação com os não cuidadores informais) experienciam mais *stress*, apresentam problemas de saúde aumentados (hipertensão arterial, doença coronária), tomam mais medicação e têm mais comportamentos de risco relacionados com a sua saúde (Loureiro, 2009). Segundo o mesmo autor (2009), a sobrecarga emocional é referida como a dimensão mais afectada sendo frequente a existência de sentimentos de hostilidade, raiva, culpa, medo, revolta, solidão e pessimismo, podendo desenvolver sintomatologia psiquiátrica no decorrer da prestação de cuidados. Relativamente à sobrecarga social, esta também é considerada uma dimensão geradora de *stress*, uma vez que a vida social do cuidador informal também se mostra afectada: a falta de tempo disponível para si próprio, para tirar férias, passear, para visitar amigos ou familiares (Paúl, 1997).

Apesar da investigação sobre o estudo do impacto do cuidado tender a centrar-se mais nas consequências negativas do cuidado, alguns estudos destacam resultados positivos na prestação de cuidados, nomeadamente na relação entre o cuidador informal e a pessoa cuidada, onde o respeito, a auto-estima e a gratificação pessoal são manifestações reconhecidas pelo cuidador informal (Given & Given, 1991).

A percepção do impacto, ou seja, dos benefícios por parte dos cuidadores informais está relacionada com a utilização de estratégias de *coping* pois segundo McConaghy e Caltabiano (2005) os cuidadores informais que desenvolvem estratégias de *coping* revelam baixos níveis de sobrecarga e elevados níveis de bem-estar.

Proot et al (2003) especificam que o suporte instrumental pode diminuir a sobrecarga do cuidador informal e facilitar a continuação do desempenho das suas próprias actividades; a informação relevante sobre o estado de saúde da pessoa a quem prestam os cuidados e de como a pode ajudar, pode diminuir a sobrecarga, o medo, a insegurança, a solidão e facilitar a manutenção do controlo capacitando para um cuidado informal de qualidade; e o suporte emocional pode facilitar a satisfação e diminuir o medo, a insegurança e a solidão.

Lage (2007) defende que:

- a funcionalidade da vida familiar depende muito da capacidade de harmonizar, a qual, por sua vez, deriva de laços afectivos construídos e preservados ao longo do tempo e da distribuição e redistribuição apropriada das responsabilidades do cuidado;
- a capacidade de entendimento entre os seus membros é muito relevante pois ao compreenderem o cuidado como interdependente, os cuidadores negociam e

orientam a divisão do trabalho para que os actos de cada um apoiem os actos dos outros e neste contexto de interacções próximas, a percepção da interdependência das relações e das tarefas aumenta a funcionalidade familiar, porque evita o distanciamento e a indiferença entre os seus membros;

- alguma flexibilidade face às exigências constitui um factor chave na garantia da sobrevivência dos cuidados e uma forma de evitar os desentendimentos;
- uma atitude básica positiva em relação aos acontecimentos aumenta o bem-estar e enriquece o modo de pensar e de viver, para além de aumentar a possibilidade de encontrar soluções alternativas e ajudar a controlar as emoções negativas;
- a reciprocidade moral e material (intergeracional e marital) e histórias e passados comuns recompensam e gratificam alguns cuidadores e, dão a outros, a oportunidade e a capacidade de se desenvolverem moral e socialmente em cidadãos responsáveis com sentido de reciprocidade e dívida moral.

Sendo igualmente reconhecido o impacto produzido na saúde pelo desempenho do papel de cuidador, constitui um desafio não só de resposta política, como também dos profissionais de saúde no que concerne à oferta de estratégias de intervenção facilitadoras do processo de adaptação do cuidador informal.

Num estudo efectuado por Wennman-Larsen & Tisheiman (2002) emerge a ideia de que o suporte que os familiares cuidadores dispõem por parte dos profissionais de saúde está muito centrado nas tarefas relacionadas com a prestação directa de cuidados à pessoa doente, havendo uma grande discrepância entre os recursos que do ponto de vista teórico são disponibilizados e os que são verdadeiramente disponibilizados na prática.

Também o estudo de Petronilho (2008, p.182) evidencia existir um suporte muito insuficiente por parte da rede formal,

em muitas situações este fazer pela vida (referindo-se às tarefas diárias dos cuidadores) parece ser à custa de iniciativas individuais, provavelmente, em muitas situações por tentativa-erro, impostas pela necessidade de procura de respostas eficazes aos problemas com que se vão defrontando no dia-a-dia e para os quais não têm o suporte adequado.

Ainda no seguimento desta análise o mesmo autor (2008, p. 183) afirma:

os membros da família prestadores de cuidados demonstram uma insatisfação muito grande com a rede formal no contexto domiciliário, significando isso que não percebem o suporte adequado, e, ao invés, uma satisfação notória com a rede informal, constituída basicamente, pelos outros familiares com quem coabitam, os quais, em muitas situações, constituem o seu único recurso(...).

Importa referir que a intervenção da rede formal desempenha um papel fundamental na decisão dos familiares cuidadores em institucionalizar o seu familiar doente (Winslow, 1998). No estudo de Coleman et al (2004), os sujeitos que foram reinternados no hospital e que

anteriormente os seus familiares cuidadores foram alvo da intervenção dos profissionais de saúde no contexto domiciliário, foram cerca de metade daqueles que não receberam qualquer tipo de intervenções.

É, por isto, evidente a importância em investir na coexistência e melhor articulação entre a rede informal e a rede formal (já que esta se tem revelado sobretudo alternativa e raramente complementar), preocupando-nos com o cuidador informal enquanto parceiro mas também cliente dos cuidados de enfermagem.

Stajduhar & Davies (2005) reforçam esta ideia quando referem que é necessária uma intervenção mais adequada por parte da rede de apoio para que os cuidadores sejam melhor preparados para o exercício do seu papel, garantindo a participação destes no processo de tomada de decisão sobre os cuidados a prestar, assim como, ter em consideração o desenvolvimento de opções alternativas para cuidar deste grupo de pessoas.

Neste sentido, Lage (2007, p. 416) reforça a importância de:

- (...) • reconhecer a sobrecarga do prestador de cuidados como uma área emergente de intervenção para os enfermeiros que, tendo nas famílias os seus parceiros de cuidados, devem levar a cabo intervenções precoces, individuais e terapêuticas que evitem situações de risco;
- reconhecer que em virtude dos constrangimentos no actual sistema de cuidados de saúde, as famílias precisam mais do que nunca de suporte e informação, pois, quanto mais insuficientes e inadequados são os recursos, mais e mais intensos são os cuidados a longo prazo prestados em casa;
- criar redes de suporte que proporcionem conhecimentos, equipamentos e serviços/recursos às famílias envolvidas na prestação de cuidados a longo prazo; (...)
- proporcionar intervenções de suporte que aliviem o stress, particularmente quando as relações são difíceis, uma vez que os cuidadores precisam estar conscientes das intervenções alternativas que podem proporcionar ajuda social e a oportunidade de poderem continuar a ter as suas actividades;
- proporcionar treino nas áreas mais problemáticas dos cuidados, dado os resultados de investigação mostrarem que a competência dos cuidadores pode fazer a diferença na diminuição do risco. Enfatizar o suporte emocional e informacional e não centrar apenas a atenção nos aspectos práticos/instrumentais do cuidado (...).

A evidência produzida leva, assim, ao questionamento do processo de adaptação dos cuidadores informais para assumirem a responsabilidade do cuidado em ambiente domiciliário a pessoas por quem e a quem se sentem moral, social e, sobretudo afectivamente “obrigados” a prestarem o “melhor cuidado”.

Se é um facto que a evidência científica produzida já permite um consenso estabilizado sobre o impacto produzido no processo de adaptação do cuidador informal, parece, no entanto, existir algum vazio ao nível do conhecimento das intervenções e respectivos resultados no contexto da facilitação do mesmo processo.

Descritas as justificações deste trabalho de natureza profissional, quanto à estrutura do mesmo, na Parte A, de forma a enquadrar conceptualmente esta problemática, irá ser apresentado um construto teórico de suporte às temáticas: o Modelo Transaccional de *Stress* e

Coping como matriz conceptual para uma Enfermagem centrada na pessoa do cuidador informal, a intervenção terapêutica de Enfermagem na adaptação do cuidador informal, e desafio da efectividade em Enfermagem Comunitária conceptualizando o *empowerment* como determinante no processo de avaliação de programas de Prevenção e Promoção da Saúde.

Na Parte B serão descritos os procedimentos metodológicos relativos à pesquisa de evidência científica e os resultados acerca da problemática em estudo.

Perante os achados, na Parte C, à luz do enquadramento conceptual, será realizada uma discussão crítica dos estudos seleccionados. De forma a concluir, será efectuado um resumo dos resultados pertinentes em resposta à questão de investigação, e analisadas as implicações para a prática de Enfermagem.

**PARTE A – A PESSOA DO CUIDADOR INFORMAL COMO ALVO DA PRÁTICA DE
ENFERMAGEM**

1 – O MODELO TRANSACCIONAL DE *STRESS* E *COPING*: MATRIZ CONCEPTUAL PARA UMA INTERVENÇÃO TERAPÊUTICA DE ENFERMAGEM FOCALIZADA NA ADAPTAÇÃO DO CUIDADOR INFORMAL

Actualmente, conceptualizando a sociedade em que vivemos e interagimos como um sistema aberto, dinâmico e em evolução, numa realidade onde estão subjacente diversas alterações nas necessidades das pessoas que a compõe, são constantes as mudanças verificadas na estrutura e organização do dia-a-dia. Associado a estas mudanças, emerge um vasto leque de problemas, particularmente no que se refere à adaptação às situações de vida e aos processos de transição, nos quais o processo de doença crónica e a consequente necessidade de cuidados informais em ambiente domiciliário se insere.

Para Roth (1996), a doença, e em particular a doença crónica, constitui uma crise particularmente dramática porque acrescenta um conjunto de tensões e exigências que interagem com as mudanças normativas que as famílias experimentam. O *stress* surge, então, como um fenómeno comum durante esta transição crítica, com repercussões no sistema familiar. Como subscreve Van Riper (2001), enquanto a doença aguda requer, habitualmente, apenas alterações temporárias na organização e funcionamento da vida familiar, a doença crónica pode ocasionar mudanças radicais. Uma doença com um período de tempo curto e de cura previsível é habitualmente mais fácil de gerir para as famílias do que uma doença longa. Numa doença aguda as mudanças não são permanentes e as famílias são capazes de as gerir sem alterar drasticamente os seus padrões usuais de funcionamento. Pelo contrário, quando a doença é crónica ou em situações de casos terminais, as famílias, habitualmente, precisam de alterar os seus modos de funcionamento para lidar e adaptar-se com as consequências da doença.

De acordo com Figueiredo (2007, p.149) a prestação informal de cuidados é uma experiência complexa, específica e diversificada, de forma que «não se pode estabelecer um único padrão de adaptação e enfrentamento perante as diversas situações de prestação de cuidados». Na ausência de mecanismos imediatos de resolução de problemas perante situações potencialmente ameaçadoras, o cuidador informal pode entrar num estado de desorganização psicossocial caracterizado por sentimentos de tensão e mal-estar. Esta situação não é tolerável por muito tempo, o que leva o cuidador informal a mobilizar as capacidades de *coping* que o poderão levar a duas situações: a uma adaptação positiva ou a um ajustamento prejudicial com

consequências emocionais negativas (Martins, Ribeiro & Garrett, 2004). Deste modo, ainda de acordo com os mesmos autores (2004), perante a mesma situação, alguns cuidadores informais são capazes de experimentar uma grande sobrecarga, enquanto outros não, uma vez que conseguiram adaptar-se com êxito às sucessivas exigências da tarefa de cuidar.

Perante isto, o processo de cuidados, que implica a interacção entre a pessoa dependente, o cuidador informal e o cuidador formal, não pode ser entendido como apaziguador das nossas preocupações mas um estímulo à consciência do falso pressuposto de que os cuidadores informais estão naturalmente habilitados para desempenhar o seu papel pois, pelo contrário, a situação de cuidado informal coloca-lhes inúmeros problemas e novos desafios, para os quais estes não se encontram capacitados a responder cabendo ao enfermeiro ter como foco da sua prática a adaptação do cuidador informal.

O ICN (1999, p.50) na Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem, versão β_2 , define adaptação «como um tipo de autoconhecimento com as características específicas: disposição para gerir novas situações e desafios». Especificando o foco da prática de enfermagem, como um tipo de adaptação, o ICN (1999, p. 50) define *coping* como

disposição para gerir o *stress*, que constitui um desafio aos recursos que o indivíduo tem para satisfazer as exigências da vida e padrões de papel autoprotectores que o defendam contra ameaças subjacentes que são percebidas como ameaçadoras de uma auto-estima positiva; acompanhado por um sentimento de controlo, diminuição do *stress*, verbalização da aceitação da situação, aumento do conforto psicológico.

Stress do prestador de cuidados é definido como

um tipo de *coping* com as características específicas: disposições que se tomam para gerir a pressão física e psicológica de um prestador de cuidados que cuida de um membro da família ou pessoa significativa durante longos períodos de tempo; diminuição da capacidade de resolução de problemas em resposta às exigências da prestação de cuidados. (ICN, 1999, p. 51)

Um dos modelos mais utilizados na compreensão dos conceitos de *stress* e *coping* é o Modelo Transaccional de *Stress* e *Coping* de Lazarus & Folkman (1984).

Numa dimensão psicossocial, estes autores (1984) definiram o conceito de *stress* à luz de uma perspectiva transaccional, onde o *stress* é entendido como sendo a relação particular entre a pessoa e o ambiente/meio, sendo percebido pelo mesmo como ameaçador ou que vai para além dos seus recursos e põe em perigo o seu bem-estar. Considera-se como acontecimento precipitante, um estímulo interno ou externo que é percebido pela pessoa de uma determinada maneira, tendo em conta as características da mesma e a natureza do meio.

A determinação de uma particular relação “pessoa/ambiente” é geradora de *stress* ou não, dependendo da avaliação cognitiva da situação feita pela pessoa. Deste modo, as pessoas diferem, na forma como percebem uma situação stressante. Uma situação semelhante pode

ser considerada como stressante por um indivíduo e não o ser por outro em circunstâncias idênticas. Factores pessoais e situacionais influenciam as avaliações. (Lage, 2007)

É de salientar que a dimensão psicossocial e a perspectiva transaccional anteriormente caracterizadas integram este modelo num paradigma caracterizado pela abertura ao mundo em que, os fenómenos são vistos como únicos mas em interacção com tudo o que os rodeia, e intervir significa “estar com” a pessoa. Deste modo, o estar integrado no paradigma da transformação constitui a razão da sua escolha para conceptualizar a intervenção na adaptação do cuidador informal.

A avaliação cognitiva é uma componente integral deste modelo, em que o seu principal objectivo é integrar as características pessoais e ambientais na percepção do significado de um acontecimento para o bem-estar da pessoa (Lazarus & Folkman, 1984), sendo que, se uma situação não for avaliada como causadora de uma sobrecarga aos recursos do cuidador informal, não haverá *stress*. Segundo os mesmos autores (1984) existem três etapas do processo de avaliação cognitiva: avaliação primária, secundária e reavaliação.

Na avaliação primária a pessoa avalia «o que está em jogo na situação», ou seja, o significado do acontecimento que pode constituir uma ameaça ao seu bem-estar, podendo resultar desta avaliação três tipos de situações: irrelevante, benigno-positiva e stressante.

Sempre que da relação da pessoa com o meio não advêm implicações para a pessoa, esse encontro é considerado como irrelevante, não há perdas nem ganhos. As situações benigno-positivas ocorrem sempre que as consequências se avaliam como positivas, ou seja, preservam o bem-estar ou ajudam a consegui-lo. Já as situações stressantes podem implicar danos/perdas, ameaça e desafio. (Lazarus & Folkman, 1984)

A avaliação do dano/perda significa que a pessoa já sofreu um prejuízo seja, por exemplo, a perda de um ente querido, uma lesão ou doença incapacitante, ou uma perda da auto-estima pessoal ou social.

A ameaça diz respeito aos danos/perdas que apesar de não terem ainda ocorrido são, contudo, previsíveis, constituindo uma ameaça dado a carga de implicações negativas para o futuro que toda o dano/perda acarreta. Contudo, segundo Lazarus e Folkman (1984), a importância adaptativa primária da ameaça distingue-se do dano/perda na medida em que permite um afrontamento antecipado. O carácter previsível do futuro oferece, pois, ao ser humano a possibilidade de poder planear e tratar por antecipação algumas das dificuldades que espera vir a encontrar.

O terceiro tipo de situação stressante, o desafio, tem muito em comum com a ameaça pelo facto de ambas implicarem a mobilização de estratégias de afrontamento. A diferença principal reside no facto de que no desafio há uma avaliação das forças necessárias para vencer

na confrontação que se caracteriza, por exemplo, por gerar emoções que dão prazer como o regozijo, enquanto na ameaça se avalia sobretudo o seu potencial lesivo, o qual se faz acompanhar de emoções negativas tais como o medo, o mau humor e/ou a ansiedade. A ameaça e o desafio não são, contudo, excludentes e, apesar das situações diferirem nos seus componentes cognitivo e afectivo, elas podem ocorrer simultaneamente. (Lazarus & Folkman, 1984) (Figura 1)

A avaliação secundária é uma avaliação relativa ao que se deve e se pode fazer. A actividade avaliativa secundária é característica de cada confrontação stressante, uma vez que os resultados dependem do que se faça, do que se possa fazer, e do que está em jogo. Não é uma avaliação destinada apenas ao reconhecimento das estratégias de *coping* que podem ser aplicadas em determinada situação, mas sim uma avaliação da possível eficácia das opções disponíveis (através da qual se obtêm a segurança de que determinadas opções cumprirão o que se pretende), da possibilidade de determinada estratégia se poder aplicar de forma efectiva, e a avaliação das consequências de utilizar uma estratégia determinada no contexto de outras interpretações e exigências internas e/ou externas. (Lazarus & Folkman, 1984)

As estratégias de *coping* podem ser definidas como «aqueles esforços cognitivos e de conduta constantemente mutáveis que se desenvolvem para manejar as exigências específicas externas e/ou internas que são avaliadas como excedentes dos recursos da pessoa» (Lazarus e Folkman, 1984, p.164). O impacto de uma situação stressante é influenciado pela forma como a pessoa interpreta a situação e pelas estratégias de *coping* que usa.

Existe contudo uma diferença relativamente aos mecanismos de *coping*: a diferença que existe entre o *coping* dirigido a manipular ou alterar o problema e o *coping* dirigido a regular a resposta emocional a que o problema dá lugar. Por outras palavras, os autores (1984) referem-se aos mecanismos de *coping* dirigidos às emoções (põem-se em funcionamento para manipular ou regular a resposta emocional causada pela relação meio/ambiente-pessoa, são dirigidos para pensamentos e acções e não propriamente para agir sobre a situação stressante) e os mecanismos de *coping* dirigidos aos problemas (põem-se em funcionamento para mudar a relação entre a pessoa e o meio ambiente e visam a resolução do problema).

Lazarus & Folkman (1984) referem que as avaliações secundárias das estratégias de *coping*, e as primárias daquilo que está em jogo, interagem entre si determinando o grau de *stress* e a intensidade e qualidade (conteúdo) da resposta emocional. A pessoa avalia o acontecimento que pode constituir uma ameaça ao seu bem-estar e avalia também os recursos de que dispõe para lidar com o acontecimento. (Figura1)

A reavaliação faz referência a uma mudança introduzida na avaliação inicial com base em nova informação recebida da própria pessoa ou do ambiente, a qual tanto pode eliminar a tensão da pessoa como aumentá-la (Lazarus & Folkman, 1984).

Importa salientar que os mesmos autores (1984) referem ainda que quando uma situação é considerada stressante são desencadeadas reacções emocionais que assinalam alarme e motivam tanto para respostas comportamentais como psicológicas, acompanhadas de activação fisiológica. O mesmo acontece por influência dos mecanismos de *coping* que vão dar origem a alterações no comportamento de ordem biológica, psicológica e comportamental. (Figura 1)

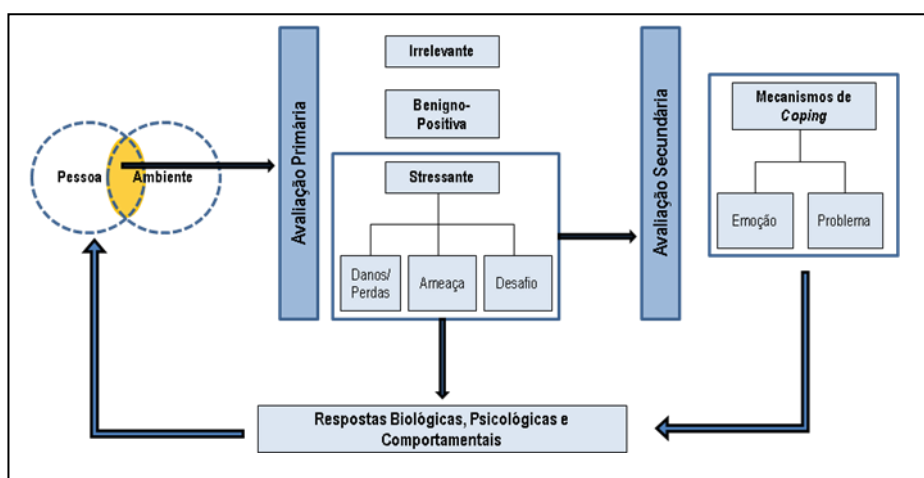


Figura 1 – Modelo Transaccional de Stress e Coping
(Adaptado de Lazarus & Folkman, 1984)

Focalizando a prática de Enfermagem na adaptação do cuidador informal, não sendo suficiente conceptualizar o alvo da intervenção, o *stress* e o *coping*, torna-se fundamental que a própria intervenção de Enfermagem decorra de acordo com um modelo teórico.

Conceptualizando a adaptação do cuidador informal da pessoa dependente por doença crónica em ambiente domiciliário à luz do Modelo Transaccional de Stress e Coping, esta é caracterizada por uma situação resultante da interacção entre a pessoa e o ambiente.

Meleis & Trangenstein (1994) classificam o processo e o resultado das interacções complexas, entre pessoa e meio, como uma transição.

De acordo com Meleis et al (2000) quando ocorrem situações de transição, os enfermeiros são os cuidadores principais do cliente/família por estarem atentos às necessidades e mudanças que as mesmas acarretam nas suas vidas e os prepararem para melhor lidarem com essas transições através da aprendizagem e aquisição de novas competências.

Neste contexto de cuidados, os mesmos autores (2000) consideram que o domínio de Enfermagem tem subjacente os conceitos de transição, interacção e intervenções terapêuticas.

Transição é a passagem de uma fase da vida, condição ou estado para outro. Refere-se tanto ao processo como ao resultado de um complexo de interações entre a pessoa e o ambiente ao longo do tempo. (Meleis & Trangenstein, 1994)

Os mesmos autores (1994) definem três tipos de transição: de desenvolvimento, situacional e de saúde/doença. O cuidado informal é, segundo Meleis & Trangenstein (1994), uma transição situacional. Para além disto, a referida tipologia ocorre consoante determinadas condições, nomeadamente:

significados (qual o significado que as pessoas atribuem à situação), expectativas (quais as expectativas face à situação), nível de conhecimento e competências (quais os conhecimentos que a pessoa tem acerca da situação e quais as competências que já tem para lidar com ela), ambiente (em que ambiente físico e psicossocial a pessoa está inserida), nível de planificação (qual a planificação que a pessoa é capaz de desenvolver face à situação) e bem-estar físico e emocional (qual o nível de bem-estar conseguido na situação). (Meleis e Shumacher, 1994, citados em Lopes, 2006, p. 84)

Relativamente ao conceito de interação, são vários os teóricos que apresentam a Enfermagem como um processo de interação. Moniz (2003) refere que em Enfermagem o cuidar reside na relação interpessoal do enfermeiro com a pessoa, ou do enfermeiro com um grupo de pessoas, famílias ou comunidade. Esta interação leva à compreensão do outro na sua singularidade, permitindo estabelecer diferenças entre as pessoas e, assim, a prestarem-se cuidados de enfermagem de forma individualizada.

Corroborando Kérouac et al (1994, p. 22), defende que

os cuidados de enfermagem, são entendidos como um processo interactivo entre uma pessoa que tem necessidade de ajuda e uma outra capaz de lha oferecer. Este último papel é assumido pelo enfermeiro que, como forma de se habilitar para ajudar a outra pessoa, precisa de clarificar os seus próprios valores. Isso permite-lhe usar a sua própria pessoa de modo terapêutico e comprometer-se nos cuidados que presta.

Amendoeira (2000) considera o processo de cuidados como um processo de interação, onde o centro de interesse é a pessoa e onde o profissional possui conhecimentos específicos que lhes permitem fazer o diagnóstico e planeamento do cuidado, que ele próprio executa.

Tendo em conta as premissas anteriormente referidas, pode afirmar-se que o processo de cuidar é entendido como um conjunto de interações com a finalidade de melhorar ou manter as potencialidades do indivíduo no seu processo saúde/doença. Durante todo o processo é essencial a manutenção da integridade da pessoa e ter em consideração que esta é capaz de reconhecer as suas necessidades, e que tende para a actualização.

As intervenções terapêuticas, de acordo com Meleis et al (2000) são um conjunto de intervenções específicas de Enfermagem com potencialidades terapêuticas demonstradas.

Lopes (2005) refere que o processo de intervenção terapêutica de enfermagem engloba toda a intervenção com intencionalidade terapêutica, dirigida ao doente e família, bem como à interface destes com o grupo de doentes e a organização.

Segundo o mesmo autor (2005), o processo de intervenção terapêutica de enfermagem concretiza-se através de uma razoável diversidade de instrumentos, dos quais destaca: a “gestão de sentimentos” e a “gestão de informação”.

A “gestão de sentimentos” caracteriza-se, por um lado, pela criação de um espaço-tempo que permita a expressão de sentimentos, e por outro, pela tentativa de promoção da confiança/segurança (Lopes, 2005).

A criação de um espaço-tempo que permita a expressão de sentimentos é de enorme importância dado que possui potencialidades terapêuticas por si só, e é a base essencial para o desenvolvimento da relação. Existem distintas formas de concessão de espaço-tempo (espaço físico, afectivo, incentivo verbal, não-verbal) mas em todas elas é necessário uma notável disponibilidade interior por parte do enfermeiro. Por sua vez a promoção da confiança/segurança surge como resposta à enorme insegurança manifestada pelo doente e família e concretiza-se através do uso de um vasto conjunto de estratégias, nomeadamente: a racionalização, a desmitificação, a não generalização, a explicação dos sintomas, a transmissão de segurança, a antecipação e proposta de soluções, e a oferta de disponibilidade para um contacto personalizado, constante e imediato, ou para responder a questões ou dúvidas. (Lopes, 2005, p.224)

A “gestão de informação” deve entender-se em estreita interligação com a gestão de sentimentos e desenvolve-se de modo informal e de acordo com as necessidades e solicitações do doente e família. Considerando a vivência das pessoas como uma crise ou como uma transição, a informação assume um importante papel na reorganização que permita ultrapassá-las. Assim e para que a informação cumpra o papel de organizador, precisa ser contextualizada, repetida e garantida, as vezes consideradas necessárias pelo cliente. (Lopes, 2005)

Articulando os diferentes conceitos major do domínio de Enfermagem, Meleis (1991, p.91) refere que

o enfermeiro interage (interacção) com um ser humano numa situação de saúde/doença (cliente de enfermagem), o qual é uma parte integrante do seu contexto sociocultural (ambiente) e o qual está em alguma espécie de transição ou antecipando essa mesma transição (transição); a interacção enfermeiro-cliente está organizada à volta de algum propósito (processo de enfermagem, resolução de problemas, intervenção holística) e os enfermeiros usam algumas acções (intervenção terapêuticas) para aumentar ou facilitar a saúde e o bem-estar

Conceptualizados o alvo e a intervenção de Enfermagem, e tendo presente o objectivo deste estudo, importa também enquadrar teoricamente o processo de avaliação de Programas de Prevenção e Promoção da Saúde.

2 – O EMPOWERMENT COMO DETERMINANTE NO PROCESSO DE AVALIAÇÃO DE PROGRAMAS DE PREVENÇÃO E PROMOÇÃO DA SAÚDE: O DESAFIO DA EFECTIVIDADE EM ENFERMAGEM COMUNITÁRIA

A melhoria da qualidade dos cuidados de saúde tem sido uma das prioridades em muitos planos de saúde nacionais, e foi também assumido no Plano Nacional de Saúde (PNS) 2011-2016. Para tal, é fundamental uma cultura de avaliação da qualidade aos vários níveis do Sistema de Saúde aumentando, assim, o grau de evidência nos processos de tomada de decisão, fundamentando o desinvestimento em experiências com maus resultados e disseminando as que se revelem boas práticas (PORTUGAL, Ministério da Saúde, 2010).

Nesta perspectiva, o conceito de avaliação pode ser definido enfatizando os objectivos, o processo de actividades, o progresso do programa ou a influência dos intervenientes. Shortell e Richardson (1978) referem que o processo de avaliação consiste no uso de um método científico para a apreciação do grau em que um conjunto de actividades organizadas atinge os objectivos propostos.

Segundo Imperatori & Giraldes (1993) durante o processo de monitorização de programas, existem três tipos de avaliação: avaliação da estrutura, de processo e de resultados. A estrutura de um programa está relacionada com os recursos humanos e materiais necessários para a implementação das actividades planeadas e por esse motivo também deve ser alvo de planeamento quanto à sua quantidade como qualidade. Importa referir que os elementos de estrutura não se limitam às instalações, aos elementos da equipa, aos equipamentos, aos bens financeiros, mas também a legislação e a política definida, na respectiva área de intervenção, na medida em que permitem um bom desempenho (Imperatori & Giraldes, 1993).

As avaliações de processo são as mais frequentes, e dirigem-se às actividades desenvolvidas ou em desenvolvimento no programa, quer seja uma avaliação final ou intermédia respectivamente (Imperatori & Giraldes, 1993).

A avaliação dos resultados consiste em comparar os outputs, os efeitos e os impactos conseguidos com os desejados, sendo, por isso, uma das categorias de avaliação mais importantes permitindo produzir evidências científicas, da efectividade das intervenções em Promoção e Protecção da Saúde, na obtenção de ganhos em saúde na população (Imperatori & Giraldes, 1993).

Uma das dimensões da qualidade dos cuidados de saúde é a Efectividade e os resultados, sendo os efeitos dos cuidados no estado de saúde dos doentes e populações, incluindo a melhoria do conhecimento do doente, mudanças salutaras de comportamento e a sua satisfação com os cuidados, é um parâmetro de avaliação da qualidade (PORTUGAL, Ministério da Saúde, 2010). Valor, em cuidados de saúde, é definido por Porter (sd., citado em PORTUGAL, 2010) como o resultado (*outcome*) em saúde. Assim, só tornando cada sistema de saúde responsável pelos resultados se poderá melhorar o seu desempenho, o que implica naturalmente a sua medição e divulgação.

Neste sentido, conseguir “Ganhos em Saúde” para a população portuguesa, proporcionando uma resposta precisa, concertada, centrada no cidadão e nos valores da solidariedade e da qualidade para os problemas prioritários da saúde, em articulação com a melhoria dos mecanismos de gestão, é a missão de qualquer sistema de saúde.

Num nível específico do Sistema de Saúde, Promover e Proteger a Saúde é, por conseguinte, uma responsabilidade que diz respeito a todos e que exige a adopção de uma cultura orientada para a obtenção de ganhos em saúde, de forma a conduzir a uma mudança de atitudes, focalizando a intervenção nas necessidades totais do indivíduo, enquanto pessoa, compreendida na sua individualidade global (Dias, 2000).

A Enfermagem Comunitária constitui uma área por excelência para a prestação de cuidados de Promoção da Saúde quer à pessoa, como também à família e/ou grupo. Deste modo, a Promoção da Saúde, conceptualizada como um processo que permite capacitar as pessoas a melhorar e a aumentar o controlo sobre a sua saúde e sobre os seus determinantes comportamentais, psicossociais e ambientais (OMS, 1986), é o alicerce da estrutura dos cuidados da Enfermagem Comunitária.

Perante tais considerações, pode-se referir que a Efectividade na Promoção e Protecção da Saúde e, neste contexto, na Enfermagem Comunitária conduz a mudanças nos determinantes de saúde, sendo que nestes se incluem aqueles que se encontram dentro do controle dos indivíduos (ambiente interno) e, por outro lado, os que se encontram fora desse controle (ambiente externo). Assim, as acções que servem de suporte às pessoas, no sentido destas adoptarem e manterem estilos de vida saudáveis e que criem condições de suporte de vida na saúde (ambiente saudável), constituem elementos chave na Efectividade na Promoção e Protecção da saúde (IUHPE, 1999).

Deste modo, a Efectividade em Promoção e Protecção da Saúde consiste em produzir o efeito desejado, isto é, obter uma determinada mudança na proporção de indivíduos expostos a determinados factores de risco ou gerar ganhos em saúde.

Evidenciando o *empowerment* como determinante, Tones (1994) refere que o conceito de *empowerment* é central na filosofia e prática da Promoção e Protecção da Saúde, sendo, a um micro nível, a chave para o alcançar dos seus objectivos. Deste modo, desenvolver ou reforçar as competências individuais, isto é, trabalhar os recursos/capacidades do indivíduo para identificar problemas, criar consensos e atingir objectivos é hoje um domínio fundamental na Promoção e Protecção da Saúde.

Glanz (2000), refere-se ao *empowerment* como, a prontidão do indivíduo para mudar ou tentar mudar os seus comportamentos para outros mais saudáveis, a percepção que o indivíduo tem da ameaça que um problema de saúde representa, o reconhecimento de comportamentos recomendados para prevenir ou gerir o problema, e os processos mediante os quais absorve e utiliza a informação na sua tomada de decisão.

Para Gibson (1991), *empowerment* é um processo social de reconhecimento, promoção e utilização das competências pessoais para conhecer as suas próprias necessidades, resolver os seus próprios problemas e mobilizar os recursos necessários de modo a sentir um controlo nas suas vidas. É, simplesmente, um processo de ajuda para que o indivíduo desenvolva ou mantenha um controle sobre os factores que afectam a sua saúde.

Estas definições incorporam conceitos importantes e essenciais na concepção da Enfermagem Comunitária que visa, no seio da comunidade, capacitar as pessoas, fazer nascer consciência crítica, tornar as pessoas conscientes de factores ambientais que possam prejudicar a saúde e despertar interesse e indignação para influenciar a situação política.

Um dos instrumentos mais eficazes que contribui para a obtenção de ganhos em saúde no processo de Promoção e Protecção da Saúde é a Educação para a Saúde. Segundo Tones & Tilford (1994, p.11),

Educação para a saúde é toda a actividade intencional conducente a aprendizagens relacionadas com saúde e doença [...], produzindo mudanças no conhecimento e compreensão e nas formas de pensar. Pode influenciar ou clarificar valores, pode proporcionar mudanças de convicções e atitudes; pode facilitar a aquisição de competências; pode ainda conduzir a mudanças de comportamentos e de estilos de vida.

Promover a participação e o *empowerment* dos clientes é um dos objectivos do Plano Nacional de Saúde 2011-2016, realçando a importância da compreensão, por parte dos decisores, políticos que as mudanças nos resultados de capacitação, pode ser evidência suficiente de um bem sucedido programa mesmo que as mudanças nos resultados de saúde ainda não tenham ocorrido (PORTUGAL, Ministério da Saúde, 2010).

Considerando o *empowerment* como um determinante de efectividade em Enfermagem Comunitária, será dada ênfase ao Modelo de *Empowerment* como modelo teórico de suporte ao processo educacional (Tones & Tilford, 1994). De acordo com os mesmos autores (1994), este é caracterizado pelas decisões voluntárias e conscientes dos educandos, enfatizando a

compreensão em relação à componente do conhecimento, suplementando-a com um processo de clarificação de valores e crenças, pelo qual têm de passar os educandos antes de se encontrarem numa posição de fazer uma escolha voluntária, livre e capacitada. A clarificação de valores requer o uso da discussão de grupo, complementada, quando necessário, por informação envolvendo, quer o ensino, quer a pesquisa individual.

Assim, o maior propósito deste modelo é criar consciência acerca de questões chave e fornecer competências necessárias ao desenvolvimento do *empowerment*, ou seja, da capacitação individual e comunitária. Este modelo deve incluir não só informação relevante, mas enfatizar a importância da avaliação crítica visando criar consciência crítica. A criação de consciência crítica necessita de ser complementada pelo *empowerment* nas crenças, sentimentos e competências. As competências de tomada de decisão devem ser complementadas pelas competências de saúde e de vida, que maximizam a genuína escolha voluntária e capacitada. (Tones & Tilford, 1994) (Figura 2)

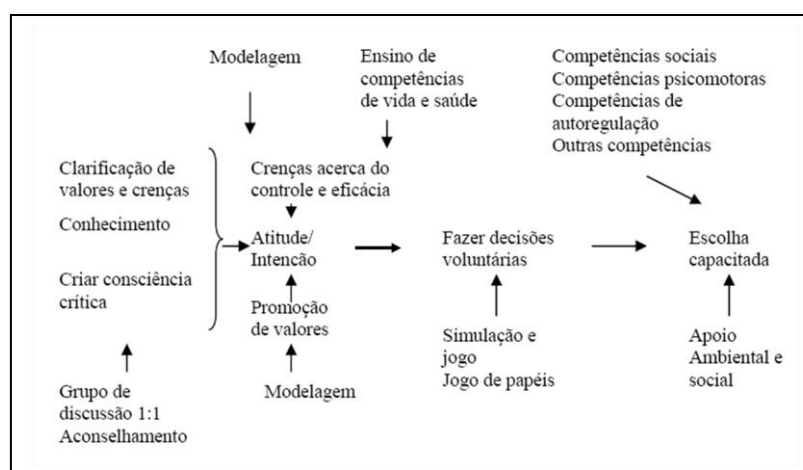


Figura 2 – O Modelo de *Empowerment* na Educação para a Saúde
(Adaptado de Tones & Tilford, 1994, p.32)

Tones & Tilford (1994) referem ainda que a combinação da criação de consciência com a provisão de competências maximiza as possibilidades de gerir os constrangimentos ambientais. Este modelo assume, ainda, que os alvos da educação não são, somente o público em geral, mas também, deverá abranger os profissionais e outras pessoas que possam agir como advogados nas mudanças ambientais por pressão política. Os resultados não são necessariamente uma saúde ou comportamentos relacionados com a doença considerados correctos. Estes resultados podem emergir do processo educacional, mas o principal objectivo é maximizar uma escolha genuína, voluntária e capacitada.

Moreno, Garcia e Campos (2000), em paralelo com as alterações sociopolíticas e a evolução dos factores de risco, definem três gerações para a Educação para a Saúde. Importa

referir que, de acordo com os seus princípios, o Modelo de *Empowerment* está integrado na 3ª geração denominada “Educação para a Saúde Crítica” que, associada a uma cultura preventiva social e democrática, propõe alternativas de mudanças sociais, ligando a morbimortalidade à estrutura económica, tentando reduzir as desigualdades e potenciando a participação comunitária.

Os processos educativos são inspirados nos princípios democráticos e de negociação, sendo decidido entre todos quais são os temas que constituem o objectivo principal, quem vai participar, levando a cabo o processo a partir da realidade e não simplesmente recair sobre ela. Assim, a Educação para a Saúde desenvolve-se em situações sociais concretas, nas quais o técnico se envolve, desempenhando o papel de facilitador nos grupos, ajudando a formular objectivos e a concretizá-los. (Moreno, Garcia e Campos, 2000)

Neste mesmo sentido, Santos (2000) apresenta o “foco integral” que, integrando os princípios do Modelo de *Empowerment*, preconiza que a Educação para a Saúde deve ir além da modificação dos comportamentos individuais e, por conseguinte, influenciar o ambiente e as instituições. Está claramente orientado para a promoção da saúde, e ainda que, integre a acção educativa individualizada e informação sobre saúde à população, o seu núcleo base de intervenção é o grupo ou a comunidade. O seu objectivo fundamental é implicar os cidadãos no processo de transformação dos factores que incidem na saúde, sejam estes pessoais, ambientais ou socioeconómicos. Concebe a saúde como um processo de construção colectiva em que há que conjugar acções pessoais e práticas comunitárias. Trata-se de desenvolver nas pessoas a auto-capacitação e facilitar os elementos suficientes para que possam assumir a responsabilidade que como cidadãos têm na melhoria dos estilos e condições de vida da população (Santos, 2000).

O mesmo autor (2000) concebe a educação como um processo formativo global e participativo, dando grande importância aos métodos e estratégias didácticas que activam as estruturas do próprio sujeito e colocam-no numa posição em que pode utilizar as suas capacidades. Considera que a Educação para a Saúde envolve, sobretudo, a interacção dialéctica entre as pessoas e a sua realidade, incluindo a tomada de consciência social, promovendo a participação do indivíduo e do grupo. Estas ideias são assumidas por autores identificados com a obra de Freire, para quem a educação não se faz para os indivíduos, mas com os indivíduos.

É de salientar que a concepção da Educação para a Saúde numa abordagem integral e a sua operacionalização com base no Modelo de *Empowerment*, adequam-se à prática da Enfermagem Comunitária, cujo Enfermeiro, num contexto de Cuidados Continuados Integrados, tem como cliente, alvo de uma intervenção terapêutica, o cuidador informal.

PARTE B – A REVISÃO SISTEMÁTICA DE LITERATURA

1 – PROTOCOLO DE PESQUISA E SELECÇÃO DE ARTIGOS

No sentido de sistematizar o estado do conhecimento sobre a sensibilidade do processo de auto-capacitação do Cuidador Informal à prática de Enfermagem com matriz conceptual no Modelo Transaccional de *Stress* e *Coping*, levou-se a efeito um trabalho escrito de acordo com os princípios metodológicos de uma revisão sistemática da literatura com base nas orientações do Cochrane Handbook (2009).

Desta forma, quer ao nível da elaboração da questão de investigação, como para a definição dos critérios de inclusão e exclusão de Estudos Primários, com efeitos na constituição da amostra, foi utilizado o método PI[C]O (Cochrane, 2009). (Quadro 1)

Partindo da análise dos pressupostos teóricos, definiu-se a seguinte questão:

A prática de Enfermagem com matriz conceptual no Modelo Transaccional de Stress e Coping, focalizada na adaptação do cuidador informal da pessoa dependente por doença crónica em ambiente domiciliário, é efectiva?

P	Participantes	Quem foi estudado?	Cuidador Informal	<i>Palavras-chave:</i> Nursing Care Caregiver Empowerment Transactional Model
I	Intervenções	O que foi feito?	Prática de Enfermagem com matriz conceptual no Modelo Transaccional de <i>Stress</i> e <i>Coping</i>	
C	Comparações	Podem existir ou não?	-	
O	Outcomes	Resultados/efeitos ou consequências.	<i>Empowerment</i> do Cuidador Informal	

Quadro 1 – Critérios para a formulação da pergunta PI[C]O

Assim, partindo da pergunta foram definidos critérios para inclusão/exclusão de estudos na revisão sistemática de literatura.

Crêterios de inclusão:

- 1) estudos centralizados na temática da avaliação da efectividade de programas de saúde dirigidos ao cuidador informal;
- 2) estudos cujos participantes são cuidadores informais de pessoas dependentes por doença crónica em ambiente domiciliário;
- 3) estudos com evidência científica, quantitativos ou qualitativos;
- 4) estudos com resultados acerca do processo de auto-capacitação do cuidador informal;
- 5) estudos cujos participantes foram alvo de intervenções de enfermagem com matriz conceptual no Modelo Transaccional de *Stress* e *Coping*;
- 6) estudos em que pelo menos um dos autores   Enfermeiro.

Crêterios de exclusão:

- 1) estudos em outras línguas que não o inglês, português, francês ou castelhano (por incapacidade/desconhecimento do investigador para traduzir outras línguas);
- 2) estudos cujos participantes são cuidadores informais de pessoas com doença psiquiátrica e/ou que se encontrem na faixa etária dos 0-18 anos (uma vez que estas duas situações envolvem factores específicos que influenciam de forma particular a adaptação do cuidador informal).

Estratégia de Pesquisa

Para a identificação e selecção dos estudos relevantes a incluir na revisão, isolaram-se os conceitos referentes aos participantes,   intervenção e ao desenho dos estudos pretendidos, de modo a definir um conjunto de sin nimos e de termos relacionados que, por intersecção, levaria à obtenção da expressão de pesquisa estabilizada.

Partindo do descritor MeSH Browser (<http://www.nlm.nih.gov/mesh/mbrowser.html>) e usando as palavras-chave na sequência Nursing Care AND Caregiver AND *Empowerment* AND Transactional Model, realizou-se uma pesquisa, no dia 12 de Agosto de 2010, na plataforma de pesquisa EBSCO, envolvendo as bases de dados CINAHL Plus with Full Text, MEDLINE with Full Text, Database of Abstracts of Reviews of Effects, Cochrane Central Register of Controlled Trials, Cochrane Database of Systematic Reviews, Nursing & Allied Health Collection: Comprehensive, British Nursing Index e MedicLatina with Full Text.

Foram procurados artigos científicos publicados em texto integral, no período compreendido entre 2000 e a data de pesquisa (12/08/2010). Como resultado das intersecções das palavras-chave, em conjuntos de duas, obteve-se 656 artigos, 3 artigos resultantes da

intersecção das palavras-chave Nursing Care, Caregiver e *Empowerment*, perfazendo 659 no total. Após uma primeira leitura dos títulos desses artigos, foram seleccionados 30 artigos, de acordo com os critérios de inclusão 1), 2) e de exclusão 1) (Anexo I).

Em seguida, procedeu-se à leitura dos resumos dos 30 artigos, seleccionando-se 14 estudos de acordo com os critérios de inclusão 2), 3), 4) e 6) e de exclusão 2). Neste sentido, após leitura integral dos mesmos, tendo por base o critério de inclusão 5), seleccionaram-se 4 artigos que apresentavam evidência científica e reflexiva. (Anexo I)

2 – TRATAMENTO E APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS

No que diz respeito aos 4 artigos filtrados, tendo como objectivo a análise final e extracção dos dados, realizou-se um quadro resumindo a evidência recolhida, com referência ao estudo (título, autor, ano de publicação e país), desenho, participantes, intervenção (local e características), medidas de avaliação e resultados encontrados (Quadro 2). No quadro 2 a numeração atribuída aos artigos diz respeito a uma ordenação crescente da data de publicação dos mesmos.

Para além disso, recorreu-se a uma escala de Guyatt e Rennie (2002), de forma a caracterizar os estudos segundo o grau de evidência (Anexo II).

	Estudo 1	Estudo 2	Estudo 3	Estudo 4
Título	Qualitative Evaluation of a Stress Management Intervention for Elderly Caregivers at Home: a Constructivist Approach	Efficacy of a Psychoeducative Group Program for Caregivers of Demented Persons Living at Home: A Randomized Controlled Trial	Understanding the outcomes of a psycho-educational group intervention for caregivers of persons with dementia living at home: A process evaluation	Implementation and Effects of an Individual Stress Management Intervention for Family Caregivers of an Elderly Relative Living at Home: a Mixed Research Design
Autor, Ano e País	Ducharme F. e Trudeau D. (2002) Canadá	Hébert R. et al (2003) Canadá	Lavoie J.P. et al (2005) Canadá	Ducharme F. et al (2006) Canadá
Orientação Metodológica	Estudo de caso Qualitativo	Experimental	Estudo Qualitativo	Quasi-Experimental
Participantes	Cuidadoras Familiares de pessoas idosas dependentes por doença crónica no domicílio, que beneficiem de cuidados de enfermagem por Centros de Serviços Comunitários da região sem estrutura teórica (N=4)	Cuidadores Informais Primários de pessoas com demência no domicílio, que percepcionam uma sobrecarga moderada a severa (N=118)	Cuidadores familiares de pessoas com demência no domicílio, que percepcionam uma sobrecarga elevada a severa (N=30)	Cuidadores Familiares de pessoas idosas no domicílio com problemas físicos ou cognitivos por doença crónica, que percepcionam uma sobrecarga moderada a severa. (N=81)

Intervenções	Programa de gestão de <i>Stress</i> , com intervenção individual, composto por 7 Visitas Domiciliárias semanais para avaliação cognitiva com identificação de situações stressantes e estratégias de <i>coping</i> .	Grupo Experimental (N=60) Programa psicoeducativo, com intervenção em grupo, composto por duas componentes: avaliação cognitiva com identificação dos stressores (4 sessões) e estratégias de <i>coping</i> (11 sessões).	Programa Psico-educacional, com intervenção em grupo, composto por duas componentes: avaliação cognitiva com identificação dos stressores (4 sessões) e estratégias de <i>coping</i> (11 sessões).	Grupo Experimental (N=42) Programa de gestão do stress, com intervenção individual, composto por 5 Visitas Domiciliárias semanais para avaliação cognitiva com identificação de situações stressantes e estratégias de <i>coping</i> .
	Após 1 mês, 1 Visita Domiciliária de <i>follow-up</i> .	Grupo Controlo (N=58) Programa de suporte, com intervenção em grupo, dinamizado pela Associação de Alzheimer ou das Instituições de Saúde da região.		Após 1 mês, 1 Visita Domiciliária de <i>follow-up</i> . Grupo Controlo (N=39) Intervenção standard dos Centros de Serviços Comunitários da região.
Evidência	Nível IV	Nível II	Nível IV	Nível III

Quadro 2 – Quadro resumo dos artigos filtrados

Os 4 estudos seleccionados são provenientes do Canadá, e os autores integram uma equipa de investigadores que, tendo o Modelo Transaccional de *Stress* e *Coping* como estrutura teórica de suporte, têm produzido evidência científica acerca da estrutura, processo e resultados de programas de intervenção na gestão do *stress* do cuidador informal. Neste sentido, focalizados na mesma problemática, os estudos seleccionados apresentam uma continuidade e complementaridade entre si relativamente às orientações e procedimentos metodológicos (o estudo 4 complementa o estudo 1 na avaliação de Programas de Intervenção individual; o estudo 3 complementa o estudo 2 na avaliação de Programas de Intervenção em grupo), atribuindo uma consistência científica nos resultados encontrados.

O **Estudo 1** de Ducharme e Trudeau (2002), baseado num paradigma construtivista, é um estudo de caso qualitativo que teve como objectivos perceber como é que a intervenção respondeu aos problemas e necessidades dos cuidadores informais de pessoas idosas tais como eles os tinham percebido, assim como obter uma melhor compreensão de um modelo de intervenção que, aparentemente, é aceitável e adequado aos mesmos perspectivando-os como elementos chave na mudança da tipologia de cuidados.

De forma a atingir os objectivos propostos foram seleccionados 4 participantes segundo alguns critérios: mulheres com idade acima dos 55 anos; esposas ou parentes de pessoas com idade acima dos 65 anos, que tiveram alta no passado mês de um curto período de internamento por razões médicas ou cirúrgicas; fornecerem ajuda em casa com cuidado pessoal ao familiar

idoso nas actividades de vida diárias; e beneficiarem de cuidados de enfermagem providenciados por Centros de Serviços Comunitários Locais, sem programas de cuidados domiciliários com enquadramento teórico (Ducharme e Trudeau, 2002).

Tais cuidadoras familiares foram submetidas a um programa de gestão de *Stress*, com intervenção individual, composto por 7 Visitas Domiciliárias semanais, de 30 a 45 minutos cada, para avaliação cognitiva, com identificação de situações stressantes e estratégias de *coping*. Após 1 mês, realizou-se a oitava e última Visita Domiciliária de intervenção, para *follow-up*. É de salientar que entre as visitas domiciliárias, se necessário, os participantes poderiam contactar a

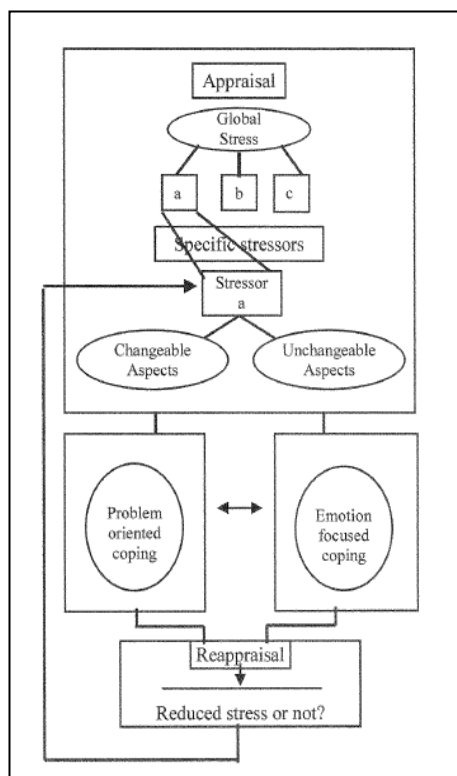


Figura 3 – Modelo de Intervenção na gestão do *Stress* adaptado de Folkman et al (1991, citado em Ducharme e Trudeau, 2002, p. 696)

enfermeira por telefone ou deixar mensagem no mesmo a qualquer hora (Ducharme e Trudeau, 2002). As visitas domiciliárias foram realizadas por uma enfermeira que teve 7 dias de formação sobre o Modelo de intervenção (Figura 3) e, tendo-o como suporte, prestou cuidados de acordo com directrizes definidas e clarificadas num guia de intervenção previamente estruturado nas etapas seguintes:

1. avaliação cognitiva do cuidador para que este tome consciência de situações stressantes e os seus efeitos no bem-estar do mesmo;
2. pesquisa de fontes de *stress*, de uma forma global, relacionadas com as situações de cuidados domiciliários e especificar os stressores diários;
3. escolha dos stressores específicos tendo por base a sua importância para os participantes, através de uma Escala de Consecução de Objectivos – GAS (Rockwood, 1995, citado em Ducharme e Trudeau, 2002);
4. pesquisa dos factores pessoais, familiares e contextuais que influenciam a percepção acerca dos stressores seleccionados;
5. ponderação de quais os aspectos mutáveis e imutáveis dos stressores;
6. consideração do grau de adequação entre a natureza dos stressores e as estratégias de *coping* mobilizadas para lidar com os mesmos;
7. mobilização de estratégias de *coping* aferidas pela sua aceitação por parte dos participantes;
8. reavaliação dos stressores (utilizando a GAS) para a percepção geral do *stress*;
9. revisão do processo de gestão de *stress* a partir dos novos stressores.

A estrutura da intervenção teve como objectivos melhorar a eficácia dos cuidadores familiares na, sua avaliação cognitiva e no lidar com os múltiplos stressores relacionados com o papel de cuidador dentro de um contexto de mudança de tipologia de cuidado, e na aquisição de estratégias adequadas de coping, no sentido da resolução de problemas, para lidar com os aspectos mutáveis dos stressores, e do coping focalizado nas emoções para lidar com os aspectos imutáveis de cada stressor.

Os dados para avaliação qualitativa da intervenção foram colhidos através da utilização de três instrumentos. Primeiro, foi utilizada uma grelha de análise da intervenção para avaliar se esta foi implementada de acordo com o plano, com o objectivo de identificar o grau de correspondência entre os conteúdos, a estrutura, e os processos, assim como perceber qual o da intervenção. Para o preenchimento desta grelha recorreu-se à gravação áudio de cada momento de intervenção.

Em segundo, foi criado e actualizado um diário de Enfermagem que permitiu a documentação das observações, comentários e críticas respeitantes ao desenvolvimento global das visitas domiciliárias, das estratégias, que aparentemente seriam facilitadoras do processo de intervenção, e da aceitabilidade e viabilidade da intervenção.

Por último, o terceiro instrumento consistiu num guião de entrevista semi-estruturada dirigido às reacções e às percepções dos cuidadores familiares acerca da intervenção (conteúdo, estrutura e processo), tendo como objectivo ajustar a mesma à medida que esta se realizava.

De acordo com o desenho construtivista a intervenção foi implementada e avaliada sequencialmente e de forma integrada e, por isso, a avaliação da intervenção foi realizada em visitas domiciliárias intercaladas com as visitas domiciliárias de intervenção: a 1ª visita para avaliação ocorreu depois da 3ª visita de intervenção, a 2ª visita de avaliação ocorreu a seguir à 6ª visita de intervenção e a 3ª visita de avaliação ocorreu 2 semanas depois da 8ª e última visita de intervenção. Neste sentido, importa referir que também os resultados da análise do primeiro caso foram usados para melhorar a intervenção a implementar no segundo caso e assim por diante até ao quarto caso. (Ducharme e Trudeau, 2002)

O **Estudo 4** de Ducharme et al (2006) é um estudo quasi-experimental com desenho de investigação misto que, partindo da versão melhorada do modelo de intervenção resultante da análise dos dados do estudo anterior, teve como objectivo avaliar a implementação, o processo e os efeitos de um Programa de Intervenção Individual na gestão do *Stress*. Tendo em conta este objectivo foram formuladas três hipóteses de investigação: os cuidadores informais inseridos no grupo experimental (GE), comparados com os cuidadores familiares do grupo controlo (GC),

- a) percebem menos sobrecarga e menos *stress* relacionado com as situações de prestação de cuidados;
- b) utilizam significativamente mais as estratégias de *coping* para lidar com as dificuldades;
- c) referem menor sofrimento psicológico e percebem um melhor estado de saúde.

Assim, foram seleccionados 81 participantes (GE=42 e GC=39) de acordo com alguns critérios: cuidadores familiares de pessoas com idade superior a 65 anos com problemas físicos ou cognitivos por doença crónica, que não tenham participado em grupos de suporte ou beneficiado de psicoterapia e que percepcionavam uma sobrecarga moderada a severa, score ≥ 9 segundo o Burden Inventory (Zarit, Orr e Zarit, 1985, citados em Ducharme et al, 2006).

O GE foi submetido a uma intervenção que, estruturada de acordo com as mesmas etapas da intervenção avaliada no estudo anterior (Ducharme e Trudeau, 2002, p.696), tinha como objectivos modificar o stress percebido relacionado com as situações de cuidados informais a familiares idosos no domicílio, melhorar o coping dos cuidadores familiares com necessidades relacionadas com o papel desempenhado, e promover a saúde dos mesmos.

De forma a atingir os objectivos mencionados a intervenção, dirigida por 17 profissionais que receberam três dias de formação sobre o Modelo de Intervenção, desenvolveu-se durante 5 Visitas Domiciliárias semanais, de 30 a 45 minutos cada, para avaliação cognitiva, com identificação de situações stressantes e estratégias de *coping*. Após 1 mês, realizou-se a sexta e última Visita Domiciliária de intervenção, para *follow-up*. (Ducharme et al, 2006)

Os cuidadores informais pertencentes ao GC receberam os serviços *standard* oferecidos pelos Centros de Serviços Comunitários Locais que consistiam no suporte indirecto ao cuidador informal através de ajuda instrumental e cuidados de enfermagem no domicílio à pessoa idosa dependente (Ducharme et al, 2006).

Sendo um desenho metodológico misto, em que se procedeu à avaliação qualitativa da implementação e processo da intervenção e à avaliação quantitativa dos efeitos da intervenção, foram utilizados diferentes instrumentos de colheita de dados, sendo que os instrumentos que se destinaram à avaliação quantitativa foram aplicados em três momentos diferentes: antes do início da intervenção, no fim da intervenção e três meses depois do final da intervenção.

Para a avaliação qualitativa foram utilizados diversos instrumentos de colheita de dados. No que diz respeito à viabilidade da intervenção e à possibilidade de transferibilidade da mesma para outras situações de cuidados de saúde na prática clínica, nomeadamente, em cuidados comunitários, foram utilizados um guião de entrevista semi-estruturada e uma grelha de análise. O primeiro foi utilizado no fim da intervenção para reunir as percepções dos gestores de caso do

GE, sendo que o segundo foi preenchido após cada visita domiciliária. Para além destes, foi utilizado um guião de entrevista semi-estruturada, dirigida ao cuidador familiar, com o objectivo de descrever a percepção dos mesmos acerca da intervenção, focalizando o que seria mais e menos útil durante as visitas domiciliárias, nas alterações percepcionadas nos stressores seleccionados, as estratégias de coping utilizadas e na obtenção ou não dos objectivos pessoais.

Para a avaliação quantitativa foram utilizados seis questionários para testar as hipóteses formuladas:

- *Burden Inventory* (Zarit et al, 1985, citados em Ducharme et al, 2006), avalia a frequência na qual os participantes sentem várias emoções na sua inter-relação com o familiar alvo de cuidados;
- *Stress Appraisal Measure – SAM* (Peacock e Wong, 1990, citados em Ducharme et al, 2006), composto por 28 items, serve para avaliar e estimar a situação específica de cuidar de um familiar no domicílio entendida como uma função de várias dimensões, ou seja, perigo percepcionado, desafio, centralidade da situação stressora, o controlo pelo próprio, controlo pelos outros (utilização de suporte social formal/informal), incontrolabilidade e stress global relacionado com o facto de ser o cuidador de um familiar vulnerável;
- *Carers' Assessment of Managing Index – CAMI* (Nolan, Keady e Grant, 1995, citados em Ducharme, 2006), composto por 37 items, avalia a utilização das estratégias de coping do cuidador familiar quando confrontado com stressores relacionados com a situação de prestação de cuidados informais, sendo que é avaliada frequência de utilização de três estratégias de coping, isto é, a resolução de problemas, re-significação e gestão de sintomas de stress;
- *Psychological Distress Index* (adaptado de *Psychiatric Symptoms Index*, Ilfeld, 1976, citado em Ducharme et al, 2006), composto por 14 items, mede indicadores reconhecidos de pressão, ansiedade e irritabilidade;
- *Self-Assessed Health* (Instituto de Estatística do Québec, 2000, citado em Ducharme, 2006), com um único item é composto pela questão “Diria que a sua saúde é actualmente pobre, satisfatória, boa, muito boa ou excelente?”;
- *Goal Attainment Scale – GAS* (Rockwood, 1995, citado em Ducharme, 2006), determina se os objectivos iniciais definidos pelos cuidadores familiares foram ou não atingidos.

O **Estudo 2** de Hébert et al (2003), é um estudo experimental que teve como objectivo verificar a eficácia do Programa Psico-educacional em grupo, na redução de reacções dos

cuidadores informais para comportamentos problemáticos e indirectamente na redução da sobrecarga, angústia psicológica, ansiedade e na melhoria da percepção dos mesmos acerca do suporte social e bem-estar.

Perante isto, foi formulada a hipótese de investigação: o programa de intervenção diminui a frequência das reacções e problemas de comportamento dos cuidadores informais, especialmente os perturbadores, e em última análise diminui a sobrecarga dos cuidadores e o desejo de institucionalizar a pessoa com demência.

Foram seleccionados 144 participantes (GE=72 e GC=72) segundo determinados critérios: serem cuidadores informais primários de pessoas com demência no domicílio, percepcionarem uma sobrecarga moderada a severa segundo a escala Zarit Burden (Hébert, Bravo e Prévile, 2000, citados em Hébert et al, 2003), e não participarem em nenhum grupo de suporte ou psicoterapia durante a aplicação do protocolo de investigação.

O GE, que no final da intervenção constituía 60 participantes, foi submetido a um Programa Psico-educacional que teve como finalidade melhorar a capacidade dos cuidadores informais para lidar com as numerosas fontes de stress associadas com o cuidado a pessoas com demência. Através de uma intervenção em grupo, o programa foi composto por 15 sessões semanais (2h/semana), estruturado em duas componentes: avaliação cognitiva com identificação dos stressores (4 sessões) e estratégias de *coping* (11 sessões).

Na primeira componente os participantes aprenderam a avaliar com precisão uma determinada situação stressante, a identificar os tipos de stressores envolvidos e se os mesmos eram modificáveis ou não. Deste modo a avaliação cognitiva teve como objectivos melhorar a capacidade dos cuidadores para identificar um stressor específico numa situação stressante global, desenvolver a capacidade dos cuidadores para distinguir entre os aspectos modificáveis e não modificáveis de um stressor, e desenvolver a consciência dos cuidadores sobre a importância da adequação entre o stressor e as estratégias de *coping* seleccionadas (Hébert et al, 2003).

A segunda componente tem como principal objectivo melhorar nos cuidadores a utilização de três estratégias de *coping* (resolução de problemas, re-significação e busca de apoio social) e estabelecer a diferença entre os stressores e as estratégias de *coping* seleccionadas.

A resolução de problemas foi usada para mudar alguns aspectos do stressor que eram modificáveis e, durante o desenvolvimento de 4 sessões, os cuidadores têm oportunidade de aprender a utilizar etapas bem documentadas para esclarecer um problema que foi alvo mutável e para encontrar uma solução apropriada para o mesmo. As estratégias de resolução de

problemas integram elementos de técnicas comportamentais que definem com precisão a situação stressante, tornando assim possível alterar a sua frequência e intensidade.

A re-significação de um stressor (*coping* focalizado na emoção) teve como objectivo encontrar uma maneira alternativa de pensar sobre uma situação de modo a que fosse mais fácil controlar a emoção dolorosa gerada pelos aspectos imutáveis de um stressor. Durante o desenvolvimento de 3 sessões os cuidadores aprenderam a

(1) reconhecer os equívocos e as más interpretações dos comportamentos disfuncionais do seu familiar com demência e reformular o significado de tais comportamentos como consequência da doença, (2) identificar algumas formas comuns de pensamentos disfuncionais e substituí-los por pensamentos mais racionais, (3) pensar sobre os aspectos gratificantes do papel de cuidador e (4) focar a realidade actual (Hébert et al, 2003, p. S60).

Através desta estratégia os cuidadores foram também incentivados a utilizar formas de estimular pensamentos úteis, como encontrar tempo para actividade de prazer e aprender a recuar da situação stressante.

A terceira estratégia de *coping* consistiu na busca de suporte social. O suporte social é visto como um factor que tem um efeito protector sobre o bem-estar, mas os cuidadores parecem relutantes em procurar apoio. Em 4 sessões, que podem ser úteis para focarem o problema ou as emoções, os cuidadores foram convidados a analisar a sua relutância em procurar apoio e identificar os tipos de apoio necessários, as pessoas na rede informal e os recursos da comunidade aptos a prestar apoio, pesando os prós e os contras das várias possibilidades. Eventuais divergências ou conflitos na troca de apoio foram discutidas. De seguida, os cuidadores examinaram como mobilizar esse apoio e, por último, como manter a assistência.

O GC, que no final do protocolo de intervenção constituía 58 participantes, foi encaminhado para o programa regular de grupo de suporte dinamizado pela Associação de Alzheimer ou pelas Instituições de Saúde da região.

Em relação à fase de colheita de dados, foram aplicados diversos instrumentos em dois períodos de tempo diferentes: antes do início da intervenção (N=144) e 16 semanas depois (N=118), isto é, após o final da intervenção. Antes do início da intervenção foram colhidos dados acerca das características sócio-demográficas dos cuidadores, a sua auto-percepção de saúde, doença do receptor de cuidados e características do cuidado. Nesta mesma fase e após o final da intervenção, foram aplicados os instrumentos seleccionados para medir os resultados da intervenção:

- *Revised Memory and Behavior Problem Checklist* (Teri et al, 1992, citados em Hébert et al, 2003), utilizado para medir a frequência de comportamento e problemas de memória, as reacções que esses problemas geram no cuidador informal e o produto cruzado frequência/reacção;

- *Zarit Burden Interview* (Zarit et al, 1985, citados em Hébert et al, 2003), utilizado para medir a carga subjectiva vivida pelo cuidador, pedindo-lhe o sentir de diferentes emoções na sua relação com a pessoa receptora dos cuidados;
- *Spielberger State-Trait Anxiety Inventory* (Spielberger, 1988, citado em Hébert et al, 2003), utilizado para medir a intensidade da ansiedade vivida pelo cuidador;
- *The Bradburn Revised Affect Scale* (Bradburn, 1969, citado em Hébert et al, 2003) compreende cinco afirmações positivas e cinco afirmações negativas sobre os sentimentos experienciados durante a semana anterior;
- *The Inventory of Socially Supportive Behaviors* (Krause e Markides, 1990, citados em Hébert et al, 2003), utilizado para avaliar quatro dimensões de apoio (informacional, tangível, emocional e integrativa);
- *Ilfeld Psychiatric Symptoms Index* (Ilfeld, 1976, citado em Hébert et al, 2003), utilizado para medir a angústia psicológica.

O **Estudo 3** de Lavoie et al (2005), é um estudo qualitativo que complementa o estudo anterior (Hébert et al, 2003) ao avaliar o processo do mesmo Programa Psico-educacional em grupo. Deste modo, teve como objectivos descrever como é que o processo pode explicar os resultados e identificar quaisquer resultados adicionais imprevistos que possam ter origem no GE.

Para este estudo (Lavoie et al, 2005) foram seleccionados 3 participantes integrados nos primeiros 10 grupos submetidos ao programa de intervenção do estudo anterior, perfazendo um total de 30 participantes. Esta selecção teve por base uma amostragem teórica sendo que, como nenhum dos participantes percepcionou moderados níveis de sobrecarga, os cuidadores familiares seleccionados percepcionavam níveis elevados e severos de sobrecarga, segundo a escala Zarit Burden (Hébert, Bravo e Prévile, 2000, citados em Lavoie et al, 2005), na mesma proporção que o resto dos participantes. Importa ainda referir que os procedimentos de amostragem também asseguraram que os participantes tivessem sido igualmente expostos a aspectos significativos da intervenção, definindo como critério a frequência mínima de 60% das sessões.

No que diz respeito aos procedimentos de colheita de dados, antes do início da intervenção, todos os participantes integrados no GE (N=72) responderam a um pré-teste sobre as suas motivações para participarem no programa e as suas expectativas acerca do grupo. Após o final da intervenção, foi realizada uma entrevista semi-estruturada apenas aos 30 cuidadores informais seleccionados para a avaliação de processo.

A entrevista começou por convidar os cuidadores informais a discutir livremente as suas experiências de participação no grupo. Foram também realizadas questões sobre se as suas

expectativas foram correspondidas, quais os aspectos do programa que eles acharam mais e menos úteis e a utilidade do que aprenderam. Ao longo do processo de entrevista os cuidadores familiares foram levados a relatar os processos e os resultados que eles experienciaram através da sua participação na intervenção. Neste sentido, foram solicitados a indicar, tanto quanto poderiam, qual o aspecto do programa que produziu resultado particular, a fim de serem capazes de estabelecer uma relação entre processo e resultados. Os participantes foram também levados a descrever um incidente recente em que o seu familiar apresentou um distúrbio no comportamento, como é que eles reagiram a esse comportamento, quer emocional como comportamentalmente, e se tais reacções teriam sido diferentes antes do programa, explicando como.

**PARTE C – A EFECTIVIDADE DA PRÁTICA DE ENFERMAGEM COM MATRIZ
CONCEPTUAL NO MODELO TRANSACCIONAL DE *STRESS* E *COPING*,
NA ADAPTAÇÃO DO CUIDADOR INFORMAL**

1 – AVALIAÇÃO DO PROCESSO DE INTERVENÇÃO NA GESTÃO DO *STRESS* E *COPING* DO CUIDADOR INFORMAL

De acordo com o enquadramento conceptual, a intervenção propõe uma abordagem sistemática, individual e/ou em grupo, à gestão do stress e aos instrumentos de ajuda ao cuidador informal. Esta abordagem tornou possível focalizar a prática de Enfermagem na Adaptação do cuidador informal, visando-o enquanto cliente, na procura de soluções para as necessidades/dificuldades diárias relacionadas com a situação de cuidado, assim como, no reforço das suas capacidades/potencialidades.

1.1 AVALIAÇÃO DE PROCESSO E ESTRUTURA

Ducharme e Trudeau (2002) e Ducharme et al (2006), demonstraram que o modelo de intervenção individual implementado na gestão do stress do cuidador informal é apropriado quando existe um fraco ajuste entre um stressor e as estratégias desenvolvidas para lidar com ele. No entanto, relativamente ao processo constituído por nove etapas, proposto originalmente, ficou demonstrada a dificuldade em segui-lo de uma forma linear. De facto, foi difícil dissociar o stressor identificado, das estratégias de *coping* utilizadas para lidar com o mesmo, sendo que o processo final, revisto, após a análise dos casos, propôs uma abordagem circular. Neste sentido, defende-se uma análise concomitante dos stressores e das estratégias de *coping*, da definição de

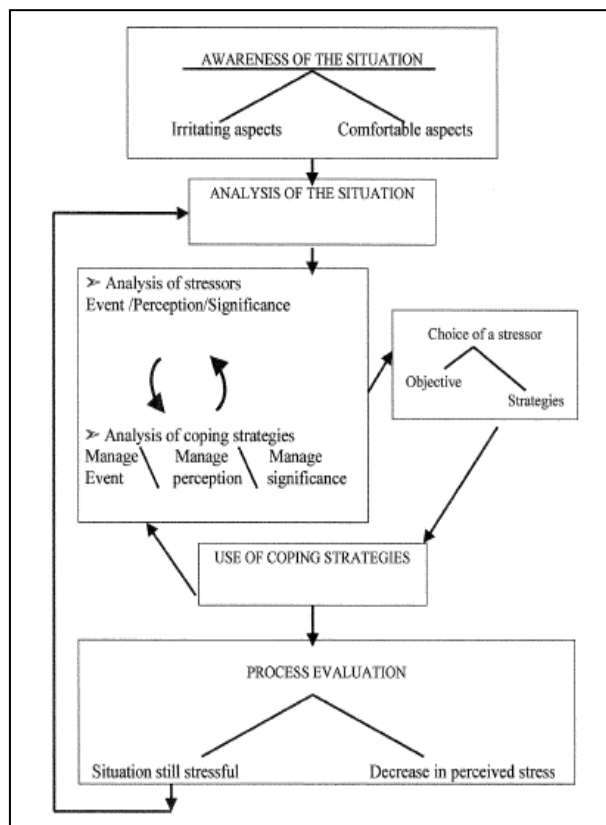


Figura 4 – Versão revista do Modelo de Intervenção na gestão do Stress (Ducharme e Trudeau, 2002, p.705)

objectivos pelos cuidadores familiares de forma a melhorar a sua situação e diminuir o *stress*, assim como, da acção a implementar. (Figura 4)

Para além disto, o modelo revisto clarifica alguns elementos relacionados com a identificação do tipo de stressor. Assim, foram especificados três fontes principais de *stress*, nomeadamente: os stressores práticos ou instrumentais relacionados com a situação; stressores emocionais dirigidos à percepção da situação; e stressores existenciais relacionados com o sentido da vida e a espiritualidade. Segundo os mesmos autores (2002), esta distinção possibilita uma melhor definição do problema com que se depara o cuidador, e encontrar estratégias de *coping* mais adequadas ao mesmo problema.

Aos dois tipos de *coping* sugeridos por Lazarus & Folkman (1984), os autores (Ducharme e Trudeau, 2002) acrescentam um terceiro, isto é, o coping transformacional dirigido aos stressores existenciais, respondendo especificamente aos modos de *coping* espiritual.

Ducharme et al (2006) relacionam as situações de *stress* principais identificadas pelos cuidadores familiares, os stressores correspondentes, os objectivos definidos perante estes, e as estratégias de coping que foram seleccionadas durante a intervenção (Quadro 3). Quanto às situações de stress, estas reforçam a tipologia da sobrecarga percebida pelos cuidadores informais (cf. Loureiro, p.10), pois incluem diversos elementos relacionados com a sua própria saúde mental, os comportamentos dos receptores de cuidados e a vida emocional e social dos cuidadores informais, tais como: os sentimentos de culpa e de desamparo, tensões na díade cuidador informal/receptor de cuidados, dificuldades na procura de apoio e incerteza acerca do futuro.

Stressores	Estratégias de <i>Coping</i>
Desconhecimento sobre os sinais e sintomas da doença	Procura de Informação
Limitações físicas do receptor de cuidados	Procura de Suporte Social Instrumental
Problemas depressivos e comportamentais do receptor de cuidados	Re-significação, Procura de Informação
Sentimentos de culpa e desamparo	Re-significação
Solidão e sintomas depressivos	Procura de Suporte Social Emocional, Resolução de Problemas
Tensão na relação com o receptor de cuidados	Re-significação, Resolução de Problemas
Dificuldade na procura de apoio	Resolução de Problemas
Incerteza sobre o futuro	Procura de Informação, Re-significação

Quadro 3 – Stressores e Estratégias de *Coping* seleccionados
Adaptado de Ducharme et al (2006, p. 436)

Ainda relativamente ao protocolo de intervenção, os mesmos autores (2006) exemplificam alguns objectivos identificados pelos cuidadores informais, de forma a responder aos stressores:

- realizar uma actividade pessoal pelo menos uma vez por dia;
- sentir menos culpa quando utiliza tempo unicamente para si próprio;
- utilizar tempo e solicitar ajuda para lidar com um problema de saúde através do sistema de cuidados de saúde;
- rir acerca da situação sempre que necessário;
- gerir os comportamentos agressivos do receptor de cuidados sem perder a paciência;
- considerar a colocação do familiar receptor de cuidados numa instituição de cuidados de longa duração, caso justifique.

No que se refere à estrutura do modelo original de intervenção individual, os mesmos autores (2002) concluíram que o número de sessões depende das necessidades dos cuidadores e da sua capacidade para lidar com o processo de intervenção, sendo que deverá ser no mínimo cinco sessões e no máximo dez. Concluíram, igualmente, que se deverão manter as primeiras sessões numa base semanal, espaçando mais no tempo as sessões subsequentes, permitindo que os cuidadores se afastem e reflectam acerca dos elementos abordados ou que implementem novas estratégias de *coping*, respeitando as suas capacidades de aprendizagem. Baseado nesta justificação, Ducharme et al (2006), a partir da percepção dos enfermeiros e dos próprios cuidadores informais, propõem uma revisão da estrutura da intervenção, referindo que o agendamento das sessões não deverá ser semanal, mas sim quinzenal, recomendando uma maior flexibilidade no número total de sessões necessárias para a consecução dos objectivos definidos. Desta forma, os mesmos autores (2006) enfatizam a importância do cumprimento das etapas fundamentais do modelo de intervenção face ao estabelecimento de um número rígido de sessões.

Relativamente à duração da intervenção, as sessões levaram mais tempo do que o planeado devido à importância das situações stressoras identificadas pelos cuidadores, pelo que estas duraram em média 1 hora.

Quanto à localização das intervenções estas foram planeadas para se desenvolverem no domicílio dos cuidadores. No entanto, tornou-se claro que os cuidadores confiavam mais facilmente na enfermeira ou pensavam acerca da sua situação quando o receptor de cuidados não se encontrava presente. Deste modo, algumas visitas domiciliárias realizaram-se aquando da sesta do receptor de cuidados ou na sua ausência, enquanto outras decorreram num restaurante ou num local perto de casa para que os cuidadores não tivessem que pagar transportes e/ou a sua substituição na prestação de cuidados ao familiar.

Avaliando o processo da Intervenção Psico-educacional em grupo, Lavoie et al (2005) classificam-no em duas categorias abrangentes: processos educacionais (associados aos

conteúdos educacionais do grupo) e os processos de suporte em grupo. Tais processos já haviam sido reportados por outros autores (Dahlin-Ivanoff et al, 1998; McCallion e Toseland, 1995; Schultz et al, 1993; citados em Lavoie et al, 2005) que os analisaram no mesmo contexto de intervenção em grupo. É de salientar que qualquer um destes mecanismos de coping tem por base a interação enfermeiro/cuidador informal, na qual é utilizado um conjunto de saberes como o saber, gerir o tempo de cuidados, utilizar estratégias de comunicação verbal e não verbal, compreender os modos humanos de viver, dominar meandros do percurso do cliente e agir em situações de elevada complexidade (imprisivibilidade, n.º de factores envolvidos) (Basto, 2005).

Os processos educacionais dizem respeito às habilidades dos cuidadores, na distinção entre os aspectos mutáveis e imutáveis das situações stressoras associadas a comportamentos difíceis dos seus familiares, na re-significação (reestruturação cognitiva), na procura de suporte social e na resolução de problemas. Os processos de suporte em grupo consistem na similaridade social, nas trocas entre os pares e apoio mútuo, na catarse emocional, na padronização de emoções e na validação de ideias ou decisões.

Os mesmos autores (2005) enfatizam ainda que a maioria dos cuidadores familiares ($\chi^2 = 17$) indica benefícios resultantes dos dois processos como equivalentes, contrastando com apenas 3 dos cuidadores que não perceberam a utilidade dos processos ou não reportaram quaisquer resultados significativos. Nos casos em que os processos educacionais e de suporte se entrecruzam, Lavoie et al (2005) defendem que esta reciprocidade reflecte a natureza participativa da abordagem em grupo. Dos 10 cuidadores restantes, 6 referem os processos educacionais como dominantes, enquanto 4 consideram os processos de suporte.

Lavoie et al (2005) aprofundam estes resultados quando referem que as filhas são mais sensíveis aos conteúdos educacionais, reportando mais experiências de aprendizagem do que os cônjuges. Por outro lado, os cônjuges têm maior tendência em considerar os processos de suporte dos pares como significativos e os três cuidadores que não referem como significativos os processos, nem os resultados, são cônjuges com idade superior à média (70.7 vs 60.0 anos).

Especificando os processos educacionais, os mesmos autores (2005) mencionam a re-significação (reestruturação cognitiva) como o processo considerado mais útil e, consequentemente, percebido pela maioria dos cuidadores ($\chi^2 = 22$). No entanto, em dois sub-grupos de cuidadores este tomou diferentes formas, sendo experienciado com intensidades diferentes.

No primeiro sub-grupo de 10 cuidadores, as suas descrições da aprendizagem da re-significação permitiu aos investigadores (2005) obter um maior conhecimento acerca das estratégias utilizadas: quando a situação é imutável, é necessário modificar os próprios pensamentos e percepções relativamente à mesma, sendo que isto é obtido através da

reestruturação cognitiva. Para o segundo sub-grupo de 15 cuidadores, a re-significação consistiu na atribuição de comportamentos problemáticos à doença e não como “má fé” dos seus familiares com demência. No entanto, para os restantes cuidadores a atribuição de comportamentos problemáticos à doença não estaria relacionado com a aprendizagem da re-significação, mas sim, à apreensão de novas informações.

Lavoie et al (2005) mencionam a procura de suporte social como a segunda grandeza de importância nos processos educacionais ($n = 12$), uma vez que um dos alvos do programa seria ensinar os cuidadores a listar as suas possíveis fontes de ajuda e a ultrapassar as suas relutâncias em solicitar assistência na rede de suporte social ou na prestação de serviços, aprendendo quais os passos necessários para a identificação e obtenção de novos recursos. A maioria dos cuidadores familiares refere que se tornaram mais despertos para novos recursos que antes ignoravam, e que sentiram legitimidade para solicitar serviços ou para institucionalizar o seu familiar. É de salientar que para os mesmos autores (2005), inserido na procura de suporte social, o apoio emocional é referido como um aspecto pouco influenciável pelas intervenções do programa para menos de metade dos 12 cuidadores familiares.

Por último, confirmando a resolução de problemas como a terceira grandeza nos processos educacionais (Lavoie et al, 2005), foi diminuída a importância atribuída pelos cuidadores familiares às estratégias desenvolvidas nesta área. Apesar de poucos terem descrito as etapas de resolução de problemas, estes consideram-nas como extremamente úteis para atingirem as soluções.

No que diz respeito aos processos de suporte em grupo, Lavoie et al (2005) referem que pouco mais de um terço dos cuidadores familiares consideram que as sessões em grupo ajudaram a encontrar outros cuidadores que vivenciam situações iguais ou semelhantes, e/ou demonstraram que alguns desses cuidadores deparavam-se com situações piores que as suas (comparação social).

Devido à natureza participativa deste tipo de intervenção em grupo, os processos educacionais podem estar interligados com os processos de suporte, o que significa que os cuidadores podem associar os mesmos resultados a diferentes processos, existindo uma forte possibilidade de que ambos se reforcem mutuamente (Lavoie et al, 2005). Especificando, a re-significação pode existir associada quer aos processos educacionais, como aos processos de suporte, sendo que este enredo, por vezes, provoca nos cuidadores dificuldades na identificação dos processos específicos que conduzem às mudanças reportadas nas suas situações ou nas formas de ser, fazer e estar com os seus familiares.

Importa referir que os mecanismos e as estratégias de coping definidos retratam uma intervenção terapêutica uma vez que integram na sua execução a gestão de sentimentos e de

informação (cf. Lopes, pp.20 e 21). Para além disto, a mútua relação entre os processos educacionais e os processos de suporte, quer através das estratégias que são implementadas, quer a partir dos resultados obtidos, é também potenciada pela relação também existente entre os instrumentos utilizados na intervenção terapêutica em enfermagem, ou seja, entre a gestão de sentimentos e a gestão de informação (cf. Lopes, pp.20 e 21) que são aplicados, muitas vezes em simultâneo, nas diversas estratégias de *coping*.

1.2 AVALIAÇÃO DOS RESULTADOS

A partir dos estudos analisados foram identificados benefícios/efeitos para, os cuidadores informais, os enfermeiros e os investigadores.

No que diz respeito aos primeiros, Ducharme e Trudeau (2002) referem seis dimensões principais que emergiram do discurso dos cuidadores informais:

- reforço das estratégias de coping adequadas já utilizadas pelos cuidadores, respondendo aos aspectos mutáveis ou imutáveis dos stressores identificados;
- aprendizagem de novas estratégias em resposta aos stressores identificados;
- mudança da percepção da situação, através da reestruturação cognitiva ou modificação do significado da situação;
- maior controlo sobre as suas vidas, através da aprendizagem de estratégias de coping focalizadas na emoção e na resolução de problemas;
- percepção de um melhor bem estar geral;
- maior autonomia na gestão do stress vivenciado no dia-a-dia, através da capacidade de transferibilidade das suas aprendizagens para outros contextos semelhantes.

Ducharme et al (2006) menciona diversas alterações de atitude e comportamentais por parte dos cuidadores informais, constituindo-se como dimensões emergentes:

- melhor conhecimento acerca dos comportamentos dos receptores de cuidados e de como responder a esses mesmos comportamentos;
- melhores interacções sociais e suporte percebido;
- aumento das actividades dirigidas a si próprio e da motivação para projectos pessoais;
- gestão consciente de emoções problemáticas;

- maior harmonia nas relações com os outros;
- capacidade de procurar e aceitar apoio;
- modo diferente de perspectivar a vida e o futuro.

Importa referir que estes benefícios relevam a estreita relação entre o modelo teórico utilizado, o conteúdo da intervenção e os resultados, representando uma validade social e ecológica face à avaliação da intervenção (Minkin et al, 1976, citado em Ducharme et al, 2006).

Neste sentido, pode-se constatar que estes resultados corroboram os resultados delineados no Modelo de *Empowerment*, nomeadamente, no desenvolvimento de consciência crítica, de competências sociais e de auto-regulação, assim como, na assertividade da escolha voluntária e capacitada (cf. Tones & Tilford, p.25).

Perante isto, e segundo os mesmos autores (2006), os cuidadores familiares do GE percebem significativamente mais controlo de si próprios e controlo sobre os outros (utilização de rede de suporte social e informal) e mais desafios relacionados com o seu papel de cuidadores, em comparação com os cuidadores familiares do GC ($p < 0.01$); quando em comparação, os primeiros fizeram, igualmente, uma utilização significativamente maior de uma das estratégias de coping, ou seja, a resolução de problemas.

Por outro lado, de acordo com Ducharme et al (2006), não foram encontrados benefícios/efeitos significativos na sobrecarga, noutras sub-dimensões da avaliação do *stress* (perigo percebido, centralidade da situação stressora, incontroabilidade e *stress* percebido), na angústia psicológica e na saúde percebida. Também estes resultados vão de encontro com o que o modelo de *empowerment* conceptualiza relativamente ao facto dos resultados não serem necessariamente a saúde ou o bem-estar, mas sim maximizar uma escolha genuína, voluntária e capacitada (cf. Tones & Tilford, p. 26).

No que diz respeito à consecução dos objectivos mencionados em Ducharme et al (2006), os resultados obtidos demonstram que 74% dos cuidadores familiares do GE perceberam que tinham atingido os objectivos por eles definidos no início da intervenção e, de entre estes, 79% excederam os seus objectivos iniciais.

É de salientar que, ainda de acordo com os mesmos autores (2006), a intervenção habilitou os cuidadores informais de um certo sentido de *empowerment* relativamente às suas experiências de prestação de cuidados. Dado que o controlo percebido é um recurso chave que tem sido associado ao bem-estar psicológico e à saúde mental (Israel et al, 1994; Pearlin et al, 1990; Wallerstein, 1992; citados em Ducharme et al, 2006), talvez a utilização de instrumentos apreciativos (positivos) de avaliação da saúde mental, em vez de instrumentos de avaliação da angústia psicológica, poderia tornar possível discernir significativas diferenças entre os dois grupos de cuidadores familiares.

Avaliando a Intervenção Psico-educacional na gestão do *stress*, na perspectiva de Hébert et al (2003), que apresenta uma abordagem de grupo para o cuidador informal, este programa focaliza-se nos problemas de comportamento, considerando-os como o factor mais importante associado à institucionalização do receptor de cuidados e à sobrecarga do próprio cuidador. Neste sentido, os problemas de comportamento constituem as variáveis principais do estudo.

Segundo Hébert et al (2003), à partida, 72% dos cuidadores informais experienciava uma sobrecarga severa, apresentando *scores* acima de 32 (*Zarit Burden Interview*). De facto, antes da intervenção, não existiam diferenças significativas entre os cuidadores informais dos dois grupos em todas as variáveis demográficas e de resultado, excepto no desejo de institucionalização, que era significativamente maior no GE (52% vs. 31%, $p = 0.02$), e na eficácia pessoal, que era igualmente superior no GE (78% vs. 70%, $p = 0.02$).

Hébert et al (2003) referem que, após a intervenção psico-educacional em grupo, e incluindo apenas os cuidadores informais que frequentaram pelo menos nove sessões do GE ($n = 46$), verifica-se que existem efeitos mais acentuados nos *scores* relativos à frequência de comportamentos e problemas de memória ($p = 0.02$), às reacções que esses problemas geram no cuidador informal ($p = 0.04$) e ao produto cruzado frequência/reacção ($p = 0.01$), em comparação com os cuidadores informais do GC. Os mesmos autores (2003), através do mesmo instrumento de medida (*Escala Revised Memory and Behavior Problem Checklist*) verificam uma melhoria estatisticamente significativa nos *scores* relativos à frequência dos comportamentos desordeiros ($p < 0.05$), às reacções que esses comportamentos geram no cuidador informal ($p < 0.01$) e ao produto cruzado frequência/reacção ($p = 0.02$), em comparação com os cuidadores informais do GC.

Hébert et al (2003) refere ainda que, apesar do efeito nas reacções ser esperado, a diminuição da frequência dos comportamentos desordeiros parece surpreendente numa primeira análise. No entanto, existe uma justificação associada a este resultado, pois uma melhoria nas capacidades de coping dos cuidadores informais poderá exercer um efeito significativo na ocorrência destes comportamentos. Bookwala e Shulz (1998, citados em Hébert et al, 2003) reforçam este resultado, embora justificando-o pelos atributos de personalidade de cada cuidador informal, sendo que a implementação das estratégias de coping possibilita que as percepções individuais se aproximem da realidade.

Quanto às variáveis que os autores (2003) consideram secundárias, isto é, a sobrecarga subjectiva, a ansiedade e a angústia psicológica percebidas pelo cuidador, os sentimentos experienciados durante a semana anterior, desejo de institucionalização e o apoio informacional, tangível, emocional e integrativo, não foram encontradas diferenças estatisticamente

significativas nos resultados entre os dois grupos em comparação. Importa referir que, incluindo os cuidadores cujos receptores de cuidados foram institucionalizados durante o estudo, exceptua-se o *score* relativo ao desejo de institucionalização dentro de cada grupo, aumentando ligeiramente no GE (56% para 61%, $p = 0.04$) e com um aumento superior no GC (39% para 59%, $p = 0.003$). Este resultado parece indicar uma estabilização do desejo de institucionalizar o receptor de cuidados, como benefício da intervenção no cuidador informal, pelo que poderá ser um bom indicador para os efeitos a longo prazo decorrentes da mesma (Hébert et al, 2003).

Hébert et al (2003) evidenciam que o facto de não existir um efeito indirecto nas variáveis consideradas secundárias poderá dever-se a uma maior consciencialização da sobrecarga e da angústia psicológica relacionada com a prestação de cuidados, como resultado dos *inputs* do programa no cuidador informal. Os mesmos autores (2003), referem ainda que estas variáveis parecem responder menos perante intervenções que visam obter resultados a curto prazo.

Também Lavoie et al (2005), referem benefícios decorrentes da intervenção psico-educacional em grupo. Neste sentido, através de processos educacionais, a aprendizagem da re-significação é considerada pelos cuidadores familiares como sendo particularmente importante e efectiva, por um lado, ao trabalhar nos pensamentos, o que ajuda no alívio das emoções e, por outro, ao trabalhar a redefinição do papel de cuidador, o que aparentemente reduz muito a sobrecarga e a angústia psicológica percebida.

A re-significação é igualmente importante na assistência aos cuidadores familiares para reinterpretar os comportamentos problemáticos como sendo sintomas da doença dos seus familiares, e não enquanto comportamentos deliberados por parte dos mesmos. Assim, os cuidadores podem não só experienciar menos *stress* face a estes comportamentos, mas também podem capacitar-se na melhoria da comunicação com os seus familiares, evitando a discussão e a insistência o que diminui a frequência de comportamentos problemáticos (Lavoie et al, 2005).

Tal como na intervenção individual, também a intervenção em grupo gerou resultados concordantes com o modelo de *empowerment* no que se refere ao desenvolvimento de consciência crítica, de competências sociais e de auto-regulação, assim como, na assertividade da escolha voluntária e capacitada (cf. Tones & Tilford, p.25)

Estes benefícios também estão de acordo com o que defendem Lazarus & Folkman (1984) e outros autores (O'Rourke e Cappeliez, 2002, citados em Lavoie et al, 2005), pois enfatizam a qualidade de ajuste entre os stressores e as estratégias de *coping*: para stressores modificáveis, a resolução de problemas poderá ser uma estratégia adequada, assim como, a re-significação poderá ser a melhor estratégia para stressores que não podem ser modificáveis. No

entanto, estes últimos autores referem que estas estratégias não são mutuamente exclusivas, ou seja, elas podem ser frequentemente utilizadas em simultâneo.

Através de processos de suporte em grupo, como benefícios resultantes da comparação social, de acordo com Lavoie et al (2005), alguns participantes referem sentirem-se mais confiantes na solidez das decisões, das intenções de procurar ajuda e da institucionalização do familiar dependente (validação); e que tomaram consciência que os seus sentimentos, especialmente para os cuidadores informais que passaram por sentimentos de culpa, eram também experienciados e aceites por outros cuidadores (normalização).

Importa referir que alguns cuidadores familiares indicaram o apoio mútuo, particularmente quando associado com a validação ou a normalização, ajudou-os a redefinir os seus papéis enquanto prestadores de cuidados, a aceitar os seus sem sentirem culpa e/ou a solicitar ajuda (Lavoie et al, 2005).

Os mesmos autores (2005) enfatizam ainda que pouco mais de metade destes participantes referem que as comparações sociais tiveram como resultado sentirem-se mais confortáveis ou menos isolados e/ou marginalizados. Para além disto, os participantes referem que a partilha entre pares permitiu um suporte mútuo a nível emocional, assim como, a troca de conselhos ou truques. Uma parte importante deste suporte consistiu na verbalização das angústias, dores ou fraquezas que frequentemente escondiam da sua família (ventilação emocional/catarse).

Estes efeitos resultantes dos processos de suporte em grupo parecem ser menos tangíveis bem como mais fragmentados do que os associados aos processos educacionais.

Relativamente aos benefícios para a equipa de Enfermagem, a análise dos dados sublinhou que a abordagem e os seus resultados, em termos de aceitabilidade e viabilidade, foram gratificantes e permitiram que os profissionais se sentissem preparados para ajudar os cuidadores familiares, considerando-os como clientes dos seus cuidados (Ducharme e Trudeau, 2002; Ducharme et al, 2006). A reforçar esta ideia, Ducharme et al (2006) evidenciam a receptividade por parte dos enfermeiros, os quais sugerem melhorias na aplicabilidade do modelo de intervenção individual, a partir do enquadramento da sua prática diária de cuidados de saúde comunitários. Os mesmos autores (2006) referem que os enfermeiros ficaram mais sensíveis para a importância da utilização de uma abordagem sistémica da família e de focalizar a atenção no sistema de interacção da díade cuidador informal/pessoa receptora de cuidados.

Ducharme e Trudeau (2002) referem ainda que o guia de intervenção desenvolvido durante a fase de projecto providenciou directrizes claras e estruturadas para a avaliação, permitindo lidar com um ou mais problemas identificados pelos cuidadores. Este guia tornou-se num documento referência que facilitou a prestação de cuidados de Enfermagem, transmitindo

aos profissionais um sentimento de competência, criando um espaço de individualidade e criatividade.

Por último, surgem os benefícios para a equipa de investigadores, evidenciando-se a possibilidade de verificar a aceitabilidade, viabilidade e os elementos chave do processo e estrutura de uma intervenção de Enfermagem inovadora, no actual contexto de mudança para os cuidados na comunidade.

Assim, Ducharme e Trudeau (2002) e Ducharme et al (2006), evidenciaram o potencial de transferibilidade deste modelo de intervenção individual na gestão do *stress* para diferentes grupos de cuidadores familiares em contextos semelhantes. De facto, Ducharme e Trudeau (2002) referem que a intervenção, ao constituir um processo de aprendizagem de como se gere o *stress*, seja ele agudo ou crónico, pode ser utilizado em diferentes circunstâncias de vida diárias. Para além disto, os benefícios/efeitos percebidos da intervenção providenciaram caminhos interessantes para identificar os instrumentos de avaliação de resultados a considerar em futuros estudos noutros contextos semelhantes. Nesta perspectiva, a Escala de Consecução de Objectivos – GAS provou ser um instrumento particularmente promissor na determinação dos objectivos dos cuidadores. Os mesmos autores (2002) sublinharam, igualmente, a relevância na utilização de diferentes instrumentos de avaliação do bem-estar e qualidade de vida, assim como, de avaliação do stress percebido.

Relativamente à intervenção psico-educacional, Hébert et al (2003) evidenciam, como um benefício para os investigadores, que o facto de ser uma abordagem de grupo torna-se mais fácil de implementar e requer menos custos.

Apesar dos benefícios encontrados, em qualquer um dos estudos existem limitações. Ducharme e Trudeau (2002) referem que a principal limitação consiste no tamanho diminuto da amostra utilizada. Já Ducharme et al (2006) identificam como principal viés metodológico, o facto dos cuidadores informais não terem sido distribuídos aleatoriamente pelos dois grupos em comparação, mas sim, de forma intencional. Para além desta, referem também que os enfermeiros que acordaram em participar no estudo com os seus próprios clientes estariam, provavelmente, entre os mais motivados para aprender uma nova modalidade de intervenção; assim como, a provável contaminação entre os dois grupos, uma vez que os enfermeiros gestores de caso partilhavam, ao mesmo tempo, os mesmos locais de trabalho.

Hébert et al (2003) apresentam como limitações a diminuição da amostra no decorrer da intervenção uma vez que foi excluído, à partida, um grupo de cuidadores informais por dificuldades em frequentar as sessões, e foram institucionalizados 24 receptores de cuidados do total de participantes no estudo.

2 – CONCLUSÕES E IMPLICAÇÕES PARA A INTERVENÇÃO TERAPÊUTICA DE ENFERMAGEM FOCALIZADA NA ADAPTAÇÃO DO CUIDADOR INFORMAL

Avaliados os programas de intervenção na gestão do *stress* e *coping* do cuidador informal, quer numa abordagem individual, bem como em grupo, verificou-se que, numa dimensão da Interação do Cuidado, estes reflectem intervenções terapêuticas de enfermagem pois foram operacionalizados mecanismos e estratégias de coping a nível da gestão de sentimentos e da gestão de informação.

No que diz respeito à problemática da efectividade destes programas de intervenção e, tendo em conta a conceptualização do *empowerment* do cuidador informal como determinante da mesma, pode-se concluir que o *empowerment* do cuidador informal é um resultado sensível à intervenção terapêutica de enfermagem na medida em que foram encontrados benefícios no desenvolvimento da consciência crítica, de competências sociais e de auto-regulação, assim como na assertividade da escolha voluntária e capacitada.

Para além disto, conclui-se ainda que os resultados encontrados corroboram a estrutura conceptual no que se refere, ao processo de transição vivenciado pelo cuidador no cuidado à pessoa dependente em ambiente domiciliário, ao Modelo de *Empowerment* no processo educativo em Enfermagem Comunitária, às estratégias inerentes à especificidade da Intervenção terapêutica em Enfermagem, à luz do modelo transaccional de *stress* e *coping*.

Perante estas conclusões importa referir que o objectivo inicialmente proposto foi atingido passando de seguida a descrever o processo e a estrutura de um programa de intervenção na adaptação do Cuidador Informal da pessoa dependente por doença crónica, em ambiente domiciliário.

Numa dimensão psicossocial, em que stress do cuidador informal surge da sua constante relação particular com o meio, o Modelo Transaccional de *Stress* e *Coping* apresenta como componente integral a avaliação cognitiva do mesmo (cf. Lazarus & Folkman, pp. 15 e 16). Neste processo de avaliação cognitiva (primária, secundária e reavaliação) é realizada uma avaliação ao longo do tempo das características pessoais do cuidador informal e do meio onde este se encontra inserido, visando uma percepção da forma como está a decorrer a adaptação ao cuidado à pessoa dependente por doença crónica, constituindo-se este foco da prática de enfermagem como uma transição situacional (cf. Meleis & Trangenstein, p. 19).

Durante a avaliação primária, após identificados, os significados que o cuidador informal atribui à situação de cuidado, as expectativas, o nível de conhecimentos e as competências que este adquiriu face à mesma, a natureza do ambiente físico e psicossocial, o nível de planeamento que o cuidador informal é capaz de desenvolver face à situação, e o bem-estar físico e emocional vivenciado na transição (cf. Meleis & Shumacher, p. 19), a situação de cuidado à pessoa dependente por doença crónica é classificada como irrelevante, benigno-positiva ou stressante (cf. Lazarus & Folkman, p. 16) (Quadro 4).

Ainda nesta fase de compreensão do cuidador informal na sua singularidade, que permite ao enfermeiro realizar o(s) diagnóstico(s) e planejar o cuidado, no caso do cuidador informal se encontrar a vivenciar uma situação stressante, é necessário identificar a(s) fonte(s) principal(ais) de *stress* e o(s) tipo(s) de stressor(es) correspondente(s): stressor prático ou instrumental, stressor emocional e/ou stressor existencial (cf. Ducharme & Trudeau, p. 44) (Quadro 4).

Em continuidade, e mais uma vez dando ênfase ao domínio da Enfermagem nesta problemática, é de salientar que o processo de avaliação cognitiva, com a anterior e as subsequentes fases da intervenção conceptualizadas pelo modelo transaccional de stress e coping, têm por base um processo de interacção com o cuidador informal que é inerente ao Cuidado de Enfermagem. O processo de cuidar em Enfermagem reside na interacção, na relação interpessoal do enfermeiro com a pessoa (cf. Moniz, p. 19) com a finalidade de melhorar ou manter as suas potencialidades no seu processo saúde/doença (cf. Amendoeira, p. 19).

Neste sentido, numa equipa multiprofissional, cabe ao Enfermeiro ser o gestor de caso já que é o profissional que, por formação específica e disponibilidade, está em melhores condições de fazer uma detecção das principais necessidades do cuidador informal e da natureza das mesmas, de planejar e implementar as principais respostas específicas de que o mesmo carece nesse momento, e de se articular com outros profissionais que dêem um contributo necessário na resolução dos problemas encontrados (Ministério da Saúde, 2007).

Passando para a avaliação secundária, nesta etapa são definidos os objectivos da intervenção e seleccionados os mecanismos de coping: coping transformacional dirigido à espiritualidade (cf. Ducharme & Trudeau, p.44), coping dirigido ao problema e coping dirigido às emoções (cf. Lazarus & Folkman, p. 17) (Quadro 4).

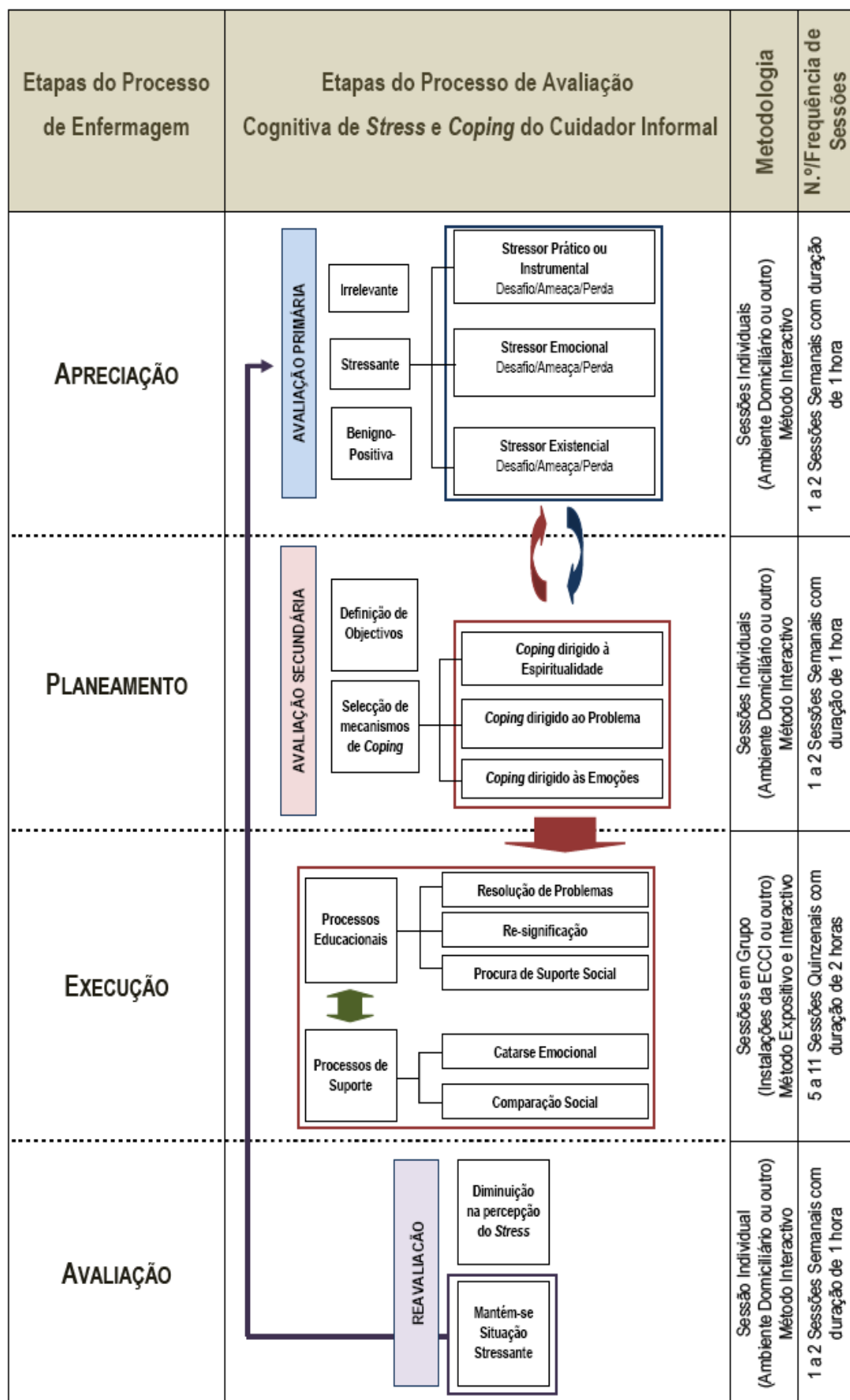
Após a etapa de apreciação (avaliação primária) e planeamento (avaliação secundária), são operacionalizadas as estratégias de coping, de acordo com os mecanismos seleccionados, através de processos educacionais e/ou processos de suporte (cf. Lavoie et al, pp. 45 e 46) (Quadro 4).

Na etapa de avaliação da metodologia científica de enfermagem, decorre a terceira etapa do processo de avaliação cognitiva do cuidador informal (reavaliação) onde é avaliado se a(s) situação(ões) stressante(s) se mantém ou não podendo haver necessidade de reiniciar todo o processo (Quadro 4).

Importa referir que no processo de intervenção terapêutica descrito está subjacente o conceito de transição, uma vez que ao se utilizar o Processo de Enfermagem, este constitui um processo de raciocínio clínico do enfermeiro que ocorre no tempo, ao longo das quatro etapas, e envolve um desenvolvimento (Meleis, 1991; cf. Meleis & Trangenstein, p.20).

Neste sentido, está igualmente subjacente uma Enfermagem individualizada, só possível tendo por base o processo de interacção entre o enfermeiro e o cuidador informal, onde a participação do último durante todo o processo de intervenção é um princípio estrutural. A descrição das diferentes etapas sugere que estas são realizadas sequencialmente, mas, na realidade, são interactivas, decorrendo de forma dinâmica, com *feedback* constante (cf. Moniz e Kérouac, p.20) (Quadro 4).

Também a estrutura do programa de intervenção é baseada na individualidade de vida, uma vez que, a opção por sessões individuais e de grupo em diferentes etapas do processo está relacionada com a especificidade das necessidades do cuidador informal em cada etapa da intervenção; a flexibilidade no número parcial e total de sessões, bem como da sua periodicidade, respeita as capacidades de aprendizagem do cuidador informal (cf. Ducharme et al, p. 45) (Quadro 4).



Quadro 4 – Processo e Estrutura de um Programa de Intervenção na adaptação do Cuidador Informal da pessoa dependente por doença crónica, em ambiente domiciliário.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

AMENDOEIRA, José - Cuidado de enfermagem. Intenção ou acção, o que pensam os estudantes de enfermagem. **Res-Publica: Nursing**. Julho / Agosto (2000).

ANDRADE, Fernanda Maria Mendes – **O cuidado informal à pessoa idosa dependente em contexto domiciliário: necessidades educativas do cuidador principal**. Minho: Universidade do Minho – Instituto de Educação e Psicologia, 2009. 359 f. Dissertação de Mestrado.

BASTO, M. L. - Da (in)visibilidade do trabalho das enfermeiras à produção de saberes em enfermagem: cuidados prestados num centro de saúde. **Res-Publica: Enfermagem**. 23, 1 (Janeiro/Junho 2005) p. 25-41.

COLEMAN, C. et al – Preparing patients and caregivers to participate in care delivered across settings: the care transitions intervention. **Res-Publica: Journal of American Geriatrics Society**. 52 (2004) p. 1817-1825.

DECRETO-LEI n.º 101/2006. “DR II Série”. (2006-06-06)

DECRETO –LEI n.º 206/2009. “DR I Série. 168 (2009-08-31) 5757-5759

DIAS, António Osvaldo Silva – Promoção da saúde: um processo dinâmico. **Res-Publica: Servir**. 48, 4 (Julho/Agosto 2000) 190-192.

DUCHARME, F. & TRUDEAU, D. – Qualitative Evaluation of a Stress Management Intervention for Elderly Caregivers at Home: a Constructivist Approach . **Res-Publica: Mental Health Nursing**. 23 (2002) p. 691-713.

DUCHARME, F., LEBEL, P., LACHANCE, L., e TRUDEAU, D. – Implementation and Effects of an Individual Stress Management Intervention for family caregivers of an Elderly Relative Living

al home: a Mixed Research Design. **Res-Publica: Research in Nursing & Health**. 29 (2006) p. 427-441.

FERREIRA, Maria de La Salete Nunes – **A Vulnerabilidade do Cuidador Informal da Pessoa Idosa Dependente em Ambiente Domiciliário**. Lisboa: Universidade de Lisboa, 2006. 18 f. Revisão Sistemática de Literatura.

FIGUEIREDO, D. (2007). **Cuidados familiares ao idoso dependente**. Lisboa: Climepsi.

GIBSON, Cheryl H. – A concept analysis of empowerment. **Res-Publica: Journal of Advanced Nursing**. 16 (1991) p. 354-361.

GIVEN, B.A & GIVEN, C.W. – Family caregiving for the elderly. **Res-Publica: Annual Review of Nursing Research**. 19 (1991) p. 77-101.

GLANZ, Karen – Teoria num relance: um guia para a prática da promoção da saúde. In: **Promoção da saúde: modelos e práticas de intervenção nos âmbitos da actividade física, nutrição e tabagismo**. Cruz Quebrada: Gráfica, 2000. p. 9-55.

HÉBERT, R. et al – Efficacy of a Psychoeducative Group Program for Caregivers of Demented Persons Living at Home: A Randomized Controlled Trial. **Res-Publica: Journal of Gerontology – Social Sciences**. 58 B (2003) p. 558-567

HIGGINS, J., GREEN, S. – **Cochrane Handbook for Systematic Reviews of Interventions Version 5.0.2** [em linha]. The Cochrane Collaboration, 2009. [Consult. 2010-07-26]. Disponível e WWW:< URL:www.cochrane-handbook.org>.

INTERNATIONAL UNION FOR HEALTH PROMOTION AND EDUCATION (IUHPE, 1999). **The evidence of health promotion effectiveness: part two: evidence book**. Brussels: Jouve Composition & Impression.

IMPERATORI, E. & GIRALDES, M. R. (1993). **Metodologia do Planeamento da Saúde**. Lisboa: Edições de Saúde.

INTERNATIONAL COUNCIL OF NURSES (1999). **Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem/ICNP**. Lisboa: Associação Portuguesa de Enfermeiros.

KÉROUAC, S. et al (1994). **La pensée infirmière. Conceptions e stratégies**. Québec: Éditions Études Vivantes.

LAGE, I. – Cuidados familiares a idosos. In: PAUL, C. e FONSECA, A. M. – **Envelhecer em Portugal**. Lisboa: Climepsi, 2005. p. 203-229.

LAGE, Maria Isabel Gomes de Sousa – **Avaliação dos Cuidados Informais aos Idosos: Estudo do Impacte do cuidado no cuidador informal**. Porto: Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar, 2007. 469 f. Dissertação de Doutoramento.

LAVOIE J. P. et al – Understanding the outcomes of a psycho-educational group intervention for caregivers of persons with dementia living at home: A process evaluation. **Res-Publica: Aging & Mental Health**. 9, 1 (2005) p. 25-34

LAZARUS, R. S. & FOLKMAN, S. (1984). **Stress, appraisal, and coping**. New York: Springer.

LOPES, Manuel José – Os Clientes e os Enfermeiros: construção de uma Relação. **Res-Publica: Rev. Esc. Enferm. USP**. 39(2) (2005) p. 220-228.

LOPES, Manuel José (2006). **A Relação Enfermeiro-Doente como Intervenção Terapêutica**. Coimbra: Formasau.

LOUREIRO, Nicole Vaz – **A sobrecarga física, emocional e social dos cuidadores informais de idosos com demência**. Porto: Universidade Fernando Pessoa – Faculdade de Ciências Humanas e Sociais, 2008. 172 f. Dissertação de Mestrado.

MARTINS, Teresa; RIBEIRO, José Luis; GARRETT, Carolina – Questionário de Avaliação da Sobrecarga do Cuidador Informal (QASCI) - Reavaliação das propriedades psicométricas. **Res-Publica: Referência**. 11(Março) (2004) p. 17-31.

MCCONAGHY, R. & CALTABIANO, M. L. – Caring for a person with dementia: Exploring relationship between perceived burden, depression, coping and well-being. **Res-Publica: Nursing and Health Sciences**. 7 (2005) p. 81-91.

MELEIS, A. I. (1991). – **Theoretical nursing: development & progress**. Philadelphia: J. B. Lippincott Company.

MELEIS, A. I., SAWYER, L. M., IM, E., MESSIAS, D. K. H., DEANNE, K. H. & SCHUMACHER, K. - Experiencing Transitions: An Emerging Middle-Range Theory. **Res-Publica: Advanced Nursing Science**. 23 (2000) p. 12-28.

MELEIS, A. I. & TRANGESTEIN, P. A. - Facilitating transitions: redefinition of the nursing mission. **Res-Publica: Nursing Outlook**. 42 (1994) p. 255-259.

MESTRINHO, M. G. – Papéis e Competências dos Professores de Enfermagem. Um quadro de análise. **Res-Publica: Pensar Enfermagem**. Vol. 12, n.º 2 (2008) p. 2-12.

MONIZ, J. (2003) – **A Enfermagem e a pessoa Idosa: a prática de cuidados como experiência formativa**. Loures: Lusociência.

MORENO, A. S.; GARCÍA, E. R.; CAMPOS, P. M. - Conceptos en educación para la salud. In: **Enfermería comunitária**. Madrid: McGraw-Hill, 2000.

ORDEM DOS ENFERMEIROS (2003). **Competências do enfermeiro de cuidados gerais**. Lisboa: Conselho de Enfermagem.

ORDEM DOS ENFERMEIROS (2008). **Servir a Comunidade e garantir a qualidade: os enfermeiros na vanguarda dos Cuidados de Saúde Primários**. Lisboa: Conselho Internacional de Enfermeiros.

ORDEM DOS ENFERMEIROS (2010). **Servir a Comunidade e garantir a qualidade: os enfermeiros na vanguarda dos Cuidados na Doença Crónica**. Lisboa: Conselho Internacional de Enfermeiros.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE (1986). **Carta de Ottawa para a promoção da saúde**. Lisboa: Divisão da Educação para a Saúde.

PAÚL, C. (1997). *Lá para o fim da vida: idosos, família e meio ambiente*. Coimbra: Almedina.

PETRONILHO, Fernando Alberto Soares – **A Transição da Família para o exercício do Papel de Cuidadora**. Lisboa: Universidade de Lisboa, 2008. 32 f. Revisão Sistemática de Literatura.

PERRENOUD, P. (1999). **Dix nouvelles compétences pour enseigner**. Paris, ESF Éditeur.

PORTUGAL. Ministério da Saúde. **Missão para os Cuidados de Saúde Primários – Cuidados Continuados Integrados. Carteira de Serviços**. Lisboa MCSP, 2007. 37 p.

PORTUGAL. Ministério da Saúde. **Alto Comissariado da Saúde - Plano Nacional de Saúde 2011-2016**. Lisboa , ACS 2010. 87 p.

PROOT, I. M. et al – Vulnerability of family in terminal palliative care at home; balancing between burden and capacity. **Res-Publica: Scandinavian Journal of Caring Sciences**. 17:2 (2003) p. 113-121.

ROOPER, Nancy; LOGAN, Winifred; TIERNEY, Alison. (2001). **O modelo de enfermagem Roper-Logan-Tierney**. Lisboa: Climepsi.

ROTH, P. - Family health promotion during transitions. In: BOMAR, P. J. - **Nurses and family health promotion: concepts, assessment, and interventions**. Philadelphia: Saunders Company, 1996. p. 365-394.

SANTOS, V. L. - Marco conceptual de educación para la salud. In: OSUNA, A. F. - **Salud pública y educación para la salud**. Barcelona: Masson, 2000.

SHORTELL, S. & RICHARDSON, W. C. (1978). **Health Program Evaluation**. St Louis: CV Mosby Co.

SOUSA, L.; FIGUEIREDO, D. & CERQUEIRA, M. (2006). **Envelhecer em Família: os cuidados familiares na velhice**. Porto: Ambar.

STAJDUHAR, K. & DAVIES, B. – Variations in and factors influencing family members' decisions for the palliative home care. **Res-Publica: Palliative Medicine**. 19 (2005) p. 21-32.

TONES, Keith – Health education as empowerment. In: **Health promotion: how to measure cost-effectiveness**. London: Health Education Authority, 1994. p. 38-69.

TONES, K.; TILFORD, S. (1994). **Health education. Effectiveness, efficiency and equity**. London: Chapman & Hall.

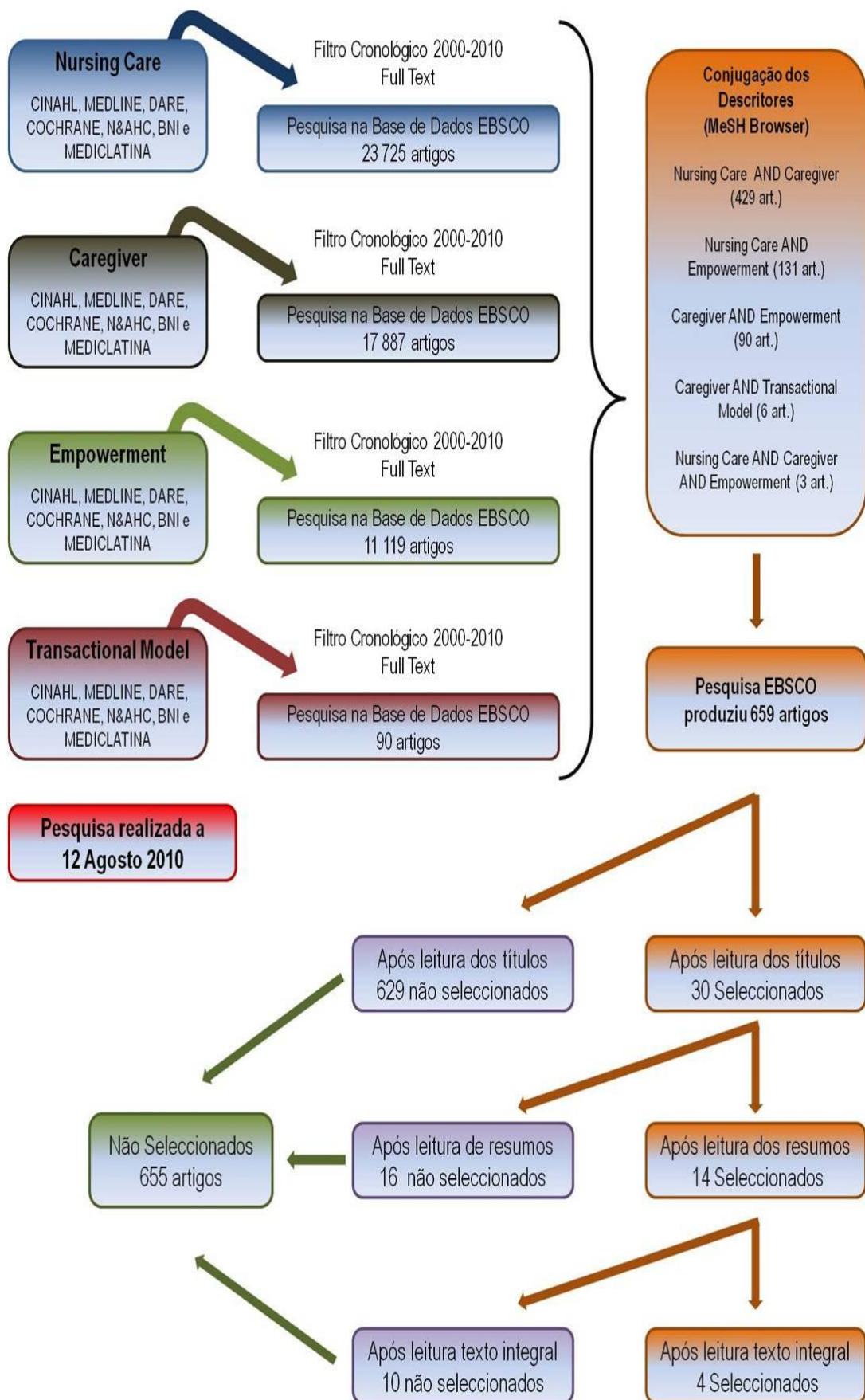
VAN RIPER, M. - Factors influencing family function and the health of family members. In: HANSON, S. M. - **Family health care nursing: theory, practice, and research**. Philadelphia: F. A. Davies, 2001. p. 122-145.

WENNMAN-LARSEN & TISHELMAN, C. – Advanced Home Care for Cancer Patients at the end of life: a qualitative study of hopes and expectations of family caregivers. **Res-Publica: Mental Health Nursing**. 19 (2002) p. 11-27.

WINSLOW, B. – Family caregiving and the use of formal Community Support Services: a qualitative case study. **Res-Publica: Mental Health Nursing**. 19 (1998) p. 11-27.

ANEXOS

ANEXO I – PROTOCOLO DE PESQUISA E SELECÇÃO DE ARTIGOS



ANEXO II – ESCALA DE CARACTERIZAÇÃO DE ESTUDOS SEGUNDO O GRAU DE
EVIDÊNCIA

<u>GUYATT e RENNIE (2002)</u>
Level I: Systematic Reviews (Integrative/Meta-analyses/Clinical Practice Guidelines based on systematic reviews);
Level II: Single experimental study (RCTs);
Level III: Quasi-experimental studies;
Level IV: Non-experimental studies;
Level V: Care report/program evaluation/narrative literature reviews;
Level VI: Opinions of respected authorities/Consensus panels.