



Revista de Enfermagem Referência
ISSN: 0874-0283
ISSN: 2182-2883
referencia@esenfc.pt
Escola Superior de Enfermagem de Coimbra
Portugal

A conceção de cuidados de enfermagem dirigida aos prestadores de cuidados espelhada na documentação

França, Daniela Clara Silva; Festa, António Joaquim Rocha; Santos, Patrícia Maria Silva; Peixoto, Maria José; Araújo, Maria de Fátima de

A conceção de cuidados de enfermagem dirigida aos prestadores de cuidados espelhada na documentação

Revista de Enfermagem Referência, vol. VI, núm. 1, e21106, 2022

Escola Superior de Enfermagem de Coimbra, Portugal

Disponível em: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=388271597045>

DOI: <https://doi.org/10.12707/RV21106>

Os autores podem depositar os seus artigos no formato pós print (versão pdf do editor), 60 dias após a sua publicação, utilizando o documento pdf disponibilizado na secção de edições da página web da Revista.

Os autores podem depositar os seus artigos no formato pós print (versão pdf do editor), 60 dias após a sua publicação, utilizando o documento pdf disponibilizado na secção de edições da página web da Revista.



Esta obra está bajo una Licencia Creative Commons Atribución 4.0 Internacional.

A conceção de cuidados de enfermagem dirigida aos prestadores de cuidados espelhada na documentação


How documentation reflects nursing care design for caregivers

La concepción de los cuidados de enfermería dirigida a los prestadores de cuidados se refleja en la documentación

Daniela Clara Silva França a danielat.franca@gmail.com
Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar, Portugal

 <https://orcid.org/0000-0002-3687-8312>


António Joaquim Rocha Festa b
Escola Superior de Enfermagem do Porto, Portugal

 <https://orcid.org/0000-0002-9163-5305>


Patrícia Maria Silva Santos c
Administração Regional de Saúde do Norte, Unidade de Saúde Familiar de Covelo, Portugal

 <https://orcid.org/0000-0001-7284-864X>

Maria José Peixoto d
Escola Superior de Enfermagem do Porto, Portugal

 <https://orcid.org/0000-0003-4131-4279>

Maria de Fátima de Araújo e
Escola Superior de Enfermagem do Porto, Portugal

 <https://orcid.org/0000-0001-5254-530X>

Revista de Enfermagem Referência, vol. VI, núm. 1, e21106, 2022

Escola Superior de Enfermagem de Coimbra, Portugal

Recepción: 15 Agosto 2021
Aprobación: 30 Junio 2022

DOI: <https://doi.org/10.12707/RV21106>

Redalyc: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=388271597045>

Resumo: Enquadramento: A assunção do papel de cuidador exige a aquisição de conhecimentos e habilidades, garantindo a segurança dos cuidados à pessoa cuidada e assegurar o seu próprio autocuidado. O enfermeiro assume o papel de facilitador neste processo de transição, sendo os sistemas de informação em enfermagem uma ferramenta que garante a continuidade e qualidade dos cuidados.

Objetivo: Compreender a conceção de cuidados de enfermagem relativa ao prestador de cuidados.

Metodologia: Estudo descritivo exploratório com abordagem mista, através da análise da documentação do prestador de cuidados em 163 processos e aplicação de um questionário ($N = 72$).

Resultados: Identificou-se subnotificação no prestador de cuidados. Estes eram predominantemente mulheres, com idade avançada e sobrecarga moderada. Expressaram dificuldades nas atividades instrumentais e necessidade de apoio de outro cuidador/redes formais.

Conclusão: A identificação das necessidades e dificuldades do prestador de cuidados em confronto com a subnotificação observada reforça a necessidade de uma aproximação dos modelos em uso aos modelos expostos, traduzindo este processo numa melhoria dos padrões de qualidade em enfermagem dirigida aos prestadores de cuidados.

Palavras-chave: familiar cuidador, enfermagem, cuidados de saúde primários, documentação.

Abstract: Background: Caregivers must acquire knowledge and develop skills that ensure the safety of the care delivered and guarantee their own self-care. Nurses take on the role of facilitators in this transition process, with nursing information systems being used as tools to safeguard the continuity and quality of care.

Objective: To understand nursing care design for caregivers.

Methodology: This is a mixed method study with a descriptive exploratory research design, analyzing 163 files of caregiver documentation and using a questionnaire ($N = 72$).

Results: It was possible to identify the underreporting of caregivers. Caregivers were predominantly elderly women with moderate burden who reported difficulties in instrumental activities and needed support from an additional caregiver or a formal support network.

Conclusion: Identifying the needs and difficulties of caregivers combined with the observed underreporting strengthens the need for bringing the models in use closer to the models presented, thus translating this process into an improvement of quality standards in nursing care for caregivers.

Keywords: caregivers, nursing, primary health care, documentation.

Resumen: Marco contextual: La asunción del papel de cuidador requiere la adquisición de conocimientos y habilidades, lo que garantiza la seguridad de los cuidados a la persona cuidada y asegura su propio autocuidado. El enfermero asume el papel de facilitador en este proceso de transición, y los sistemas de información de enfermería son una herramienta que garantiza la continuidad y la calidad de los cuidados.

Objetivo: Comprender la concepción de los cuidados de enfermería en relación con el cuidador.

Metodología: Estudio descriptivo exploratorio con un enfoque mixto, para el cual se analizó la documentación del proveedor de cuidados en 163 procesos y se aplicó un cuestionario ($N = 72$).

Resultados: Se identificó un subregistro en el cuidador. Eran predominantemente mujeres, con una edad avanzada y una sobrecarga moderada. Manifestaron dificultades en las actividades instrumentales y necesidad de apoyo de otro cuidador/redes formales.

Conclusión: La identificación de las necesidades y dificultades del cuidador frente al subregistro observado refuerza la necesidad de una aproximación de los modelos en uso a los modelos expuestos, lo que traduce este proceso en una mejora de los estándares de calidad en enfermería dirigidos a los cuidadores.

Palabras clave: cuidador familiar, enfermería, atención primaria de salud, documentación.

Introdução

O presente estudo foca-se nos cuidados de enfermagem ao prestador de cuidados (PC) da pessoa com dependência (PD), em contexto de cuidados de saúde primários. Este é um tema de elevada pertinência considerando-se o crescente número de famílias que integram e asseguram a continuidade de cuidados domiciliários a membros da família. Desde os finais do século passado, este desafio colocado às famílias tem merecido uma crescente atenção da comunidade científica, procurando obter evidências que ajudem os profissionais de saúde, nomeadamente os enfermeiros, a apoiarem os PC, recorrendo a uma abordagem integradora, alicerçada num modelo de parceria e de empoderamento, que permita muni-los de conhecimentos e de habilidades necessárias para a aquisição do seu papel.

O objetivo desta investigação foi compreender a conceção de cuidados de enfermagem relativa ao PC.

Enquadramento

Das mudanças sociodemográficas e epidemiológicas ocorridas nas sociedades atuais emergiram condições de saúde frequentemente associadas a compromissos funcionais que exigem apoio de terceiros para assegurar o autocuidado. Perante esta nova situação, alguns elementos da família veem-se impelidos a assumir o papel de tomar conta da PD. Este processo de transição para o papel de PC exige a aquisição de conhecimentos e habilidades (Ploeg et al., 2020). Na equipa de saúde, o enfermeiro assume uma posição privilegiada para apoiar o PC neste complexo processo. Um trabalho de proximidade com os cuidadores informais, por forma a identificar e responder precocemente às necessidades que emergem, permite prevenir e diagnosticar atempadamente a sobrecarga. Perante o exposto, estes profissionais necessitam que a sua tomada de decisão assente numa base conceptual sólida (Ribeiro et al., 2018). Este processo deve ser suportado pelo recurso aos sistemas de informação em enfermagem (SIE), devendo os registos eletrónicos ser um espelho da prática diária. A informação adquirida com o processo documental é crucial para a gestão dos cuidados de saúde permitindo o conhecimento de vivências e estratégias implementadas pelos enfermeiros, levando a ganhos em saúde (Ribeiro et al., 2019). A consciencialização dos enfermeiros para a importância da documentação é crucial, visto que esta permite registar o trabalho autónomo e colaborativo, autoafirmando a profissão (Reis et al., 2016; Vieira, 2018).

Em Portugal os SIE, têm vindo a evoluir de um sistema inicial designado por Sistema de Apoio à Prática de Enfermagem alicerçado na Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem β 2 para uma versão mais atual designada por SClínico. Este, possibilita a uniformização de informação nas diversas áreas, permitindo aos profissionais de saúde uma atuação mais eficiente e eficaz (Serviços Partilhados do Ministério da Saúde, 2018), com recurso à Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem versão 1. O SClínico disponibiliza dois focos, para os registos referentes ao PC, papel de prestador de cuidados (PPC) e *stress* do prestador de cuidados (SPC).

Questão de Investigação

A documentação reflete a conceção de cuidados dos enfermeiros dirigida aos PC?

Metodologia

Estudo de natureza descritiva e exploratória, com abordagem mista, recorrendo à análise dos registos de enfermagem sobre o PC, efetuados no SIE, no período de 6 meses (01 de agosto de 2016 a 1 de fevereiro de 2017) e à caracterização dos PC de pessoas adultas/idasas dependentes,

correspondendo a uma amostra por conveniência. O processo de colheita de dados teve dois momentos sequenciais, o primeiro correspondeu à pesquisa retrospectiva realizada no sistema de informação (SCLínico) referente aos focos/diagnósticos e intervenções no PC. No segundo momento foi realizada a caracterização dos PC. Delineados os critérios de inclusão: PD inscritas na listagem de dependentes de duas unidades de saúde familiar (USF) da região metropolitana do Porto nos últimos 6 meses, ter dependência no autocuidado e ter PC identificado. Foram critérios de exclusão: estar institucionalizado ou ter sido referenciado para uma equipa de cuidados continuados integrados ou terem sido transferidos de USF.

Na consulta das listagens do programa de saúde de dependentes (março, 2017), foram identificadas 254 PD. Na primeira fase de colheita de dados foram selecionadas 163 PD, para consulta dos respetivos processos clínicos. Na segunda fase de colheita de dados realizou-se a visita domiciliária (VD) a 72 PC (Figura 1).

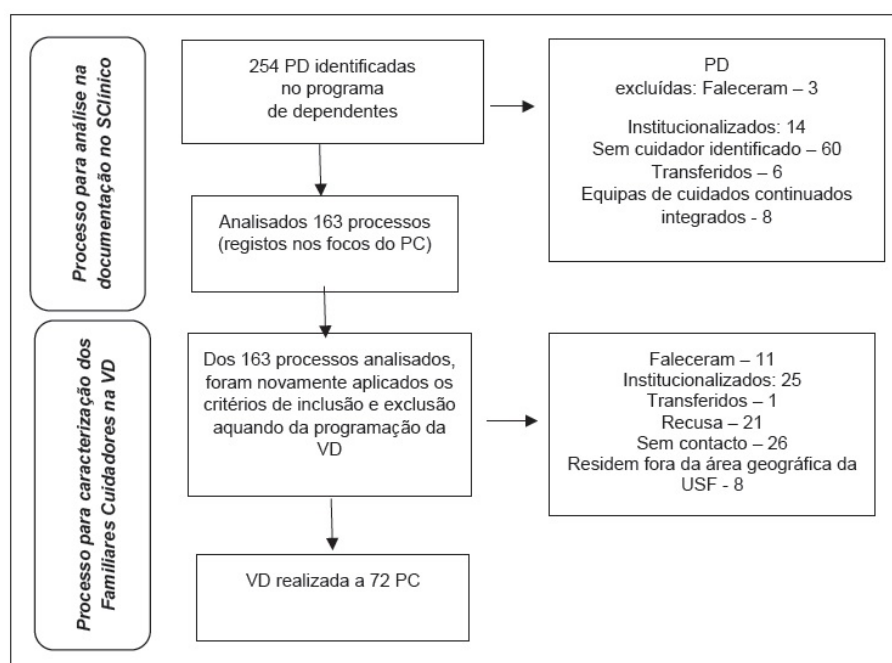


Figura 1:
Processo de identificação dos processos a consultar e da visita domiciliária com PC

A recolha dos dados dos processos clínicos no SIE foi realizada pelo enfermeiro interlocutor de cada USF, com recurso ao número operacional do processo da PD, consultando a documentação de enfermagem e transmitindo à investigadora principal, garantindo o anonimato. Após estar concluída esta etapa e ter-se identificado elevada subnotificação nos registos nos focos PPC e SPC, em reunião com os dois enfermeiros interlocutores, decidiu-se alargar a colheita de dados a outros focos de atenção direcionados para a PD, onde se evidenciava que a informação correspondia ao PC. Foram identificados os processos em que os focos PPC e SPC se encontravam num estado de ativo, mas sem registos efetivos no período em análise.

Concomitantemente com a pesquisa dos dados no SIE, o enfermeiro de família da PD selecionada contactava com o PC explicando o propósito do estudo e informando acerca do investigador. Após o consentimento do PC a investigadora estabelecia um contacto telefónico, para agendar a VD, permitindo esta a apropriação com mais precisão da realidade no contexto de cuidar.

Para a recolha dos dados os PC responderam, em forma de autopreenchimento, a um questionário elaborado que contemplava variáveis para a sua caracterização, recorrendo-se a questões fechadas. Foram disponibilizadas duas questões abertas para os PC explicitarem as necessidades e as dificuldades sentidas no desempenho do papel de cuidador. Para a avaliação da percepção da sua saúde e qualidade de vida recorreu-se a duas questões com recurso à escala tipo Likert, incluindo o *muito bom*; *bom*; *razoável*; *mau* e *muito mau*. O instrumento de recolha de dados integrou ainda o Questionário de Avaliação da Sobrecarga do Cuidador Informal (QASCI), escala que foi construída para a população portuguesa por Martins et al. (2003) com o objetivo de avaliar a sobrecarga física, emocional e social dos cuidadores informais. É constituída por 32 itens, avaliados por uma escala ordinal que varia entre 1 e 5, com as categorias: *não/nunca*, *raramente*, *às vezes*, *quase sempre* e *sempre*. É constituído por 7 dimensões: Implicações na vida pessoal do cuidador; Satisfação com o papel e com o familiar; Reações a exigências; Sobrecarga emocional; Suporte familiar; Sobrecarga financeira e Percepção dos mecanismos de eficácia e controlo. A pontuação de cada subescala varia entre 0 e 100, valores mais baixos indicam menor sobrecarga, nas quatro primeiras subescalas, enquanto nas três últimas, valores mais altos são indicativos de maior suporte, satisfação ou autoeficácia. Segundo os autores do artigo e tendo em conta que a pontuação varia entre 0 e 100, a análise é realizada pelos percentis 25, 50 e 75, ou seja, pontuações abaixo de 25 são consideradas indicativas de uma sobrecarga leve, entre 25 e 50 sobrecarga moderada, entre 51 e 75 sobrecarga grave e acima deste valor sobrecarga extrema.

No nosso estudo ($N = 72$) a escala global mostrou ter uma boa consistência interna avaliada através do coeficiente alfa de Cronbach ($\alpha = 0,79$).

Recorreu-se ao *software* IBM SPSS Statistics, versão 24.0 para a estatística descritiva (medidas de tendência central e dispersão) e para análise bivariada. Todas as variáveis foram apresentadas através de frequência absoluta e relativa.

Para efetuar as correlações entre o QASCI, as dimensões da escala e as variáveis dicotómicas (sexo, idade, anos de escolaridade, se coabita com a PD, se existe outro cuidador, problemas de saúde e se deixou de fazer alguma atividade que gostava) recorreu-se ao teste *t*. Para a análise dos resultados foi assumido um nível de significância de 0.005. Para a variável idade foram criados dois grupos [PC adultos (< 65 anos) e PC idosos (≥ 65 anos)], bem como para a escolaridade [escolaridade (< 5 anos) escolaridade (≥ 5 anos)]. Na apresentação dos dados nos quadros,

o número total de participantes poderá ser diferente, caso se registem valores omissos.

Para as questões abertas direcionadas, recorreu-se à análise de conteúdo de acordo com o modelo de Bardin (2013). A leitura inicial objetivou sistematizar e organizar ideias. Inicialmente efetuada a leitura das respostas várias vezes e efetuada a escolha dos dados a incluir na análise, procedendo-se à codificação do corpus de análise. Na segunda fase, efetuada a codificação, decomposição e enumeração dos dados e na terceira e última fase categorizaram-se esses mesmos dados, tornando-os mais claros.

Este estudo iniciou-se após parecer favorável da Comissão Nacional de Proteção de Dados (autorização 10744/2016) e da Comissão de Ética em Saúde (autorização 105/2016) da Administração Regional de Saúde do Norte e da Diretora Executiva do Agrupamento de Centros de Saúde onde decorreu o estudo. Cada participante foi esclarecido dos objetivos e finalidade do estudo, assinando o consentimento informado livre e esclarecido. Foi obtida a autorização do autor do instrumento utilizado.

Resultados

A apresentação dos resultados sistematizou-se em dois domínios: caracterização dos PC e documentação dos focos relativos ao PC.

Prestador de cuidados

Dos 72 PC, 62 (86,1%) são mulheres com uma média de idades de $61,9 \pm 13,6$ anos (23-89) com elevada escolaridade ($8 \pm 4,5$ anos; 0-18). A maioria 44 (61,1%) são casados/união de facto, reformados 32 (44,9%) e 62 (86,1%) coabitam com a PD. Em 36 (50%) das situações são filhas/filhos e 36 (50%) referem ter outro cuidador. Cuidam da PD, em média há $8,10 \pm 7,0$ anos (1-39), cerca de $11,8 \pm 8,8$ horas nas 24h e 60 (83,3%) não tinham outra PD a cargo. Dos PC, 55 (76,4%) têm problemas de saúde, o mais frequente (33; 60%) é hipertensão arterial. A maioria perceciona o seu estado de saúde como razoável (41; 56,9%), bem como a sua qualidade de vida (46; 63,9%). (Tabela 1).

Tabela1:
Frequências absolutas e relativas das variáveis sociodemográficas dos PC

Variáveis		N (72)	%
Sexo	Feminino	62	86,1
	Masculino	10	13,9
Estado Civil	Casado/União de facto	44	61,1
	Solteiro	16	22,2
	Divorciado/Separado	10	13,9
	Viúvo	2	2,8
Situação profissional atual	Empregado	24	33,3
	Desempregado	16	22,2
	Reformado	32	44,4
Coabita com a pessoa com dependência	Sim	62	86,1
	Não	10	13,9
Relação de parentesco com a pessoa com dependência	Cônjuge	24	33,3
	Filho/filha	36	50,0
	Nora/Genro	1	1,4
	Outro	11	15,3
Existe outro cuidador	Sim	36	50,0
	Não	36	50,0
Tem outra PD a seu encargo	Sim	12	16,7
	Não	60	83,3
Como percebe o seu estado de saúde	Muito bom	3	4,2
	Bom	13	18,1
	Razoável	41	56,9
	Mau	13	18,1
	Muito mau	2	2,8
Como percebe a sua qualidade de vida	Muito boa	0	0,0
	Boa	12	16,7
	Razoável	46	63,9
	Má	8	11,1
	Muito má	6	8,3

Referente à questão “Neste papel de cuidador quais as suas principais dificuldades”, responderam 46 (63,9%) PC. Os dados revelaram 49 dificuldades sendo, essencialmente de ordem física, totalizando 33 (67,3%) respostas.

Referente à questão “Neste papel de cuidador quais as suas principais necessidades” responderam 35 (48,6%) PC, tendo sido elencadas 37 necessidades, sendo a mais referida o apoio de outro cuidador ou de uma rede de apoio formal (26; 70,3%).

A maioria dos PC (48; 66,7%) referem receber algum tipo de apoio. O mais expressado foi o apoio domiciliário (higiene, alimentação, . . .) (29; 60,4%). Dos participantes, 47 (65,3%) recebem apoio da equipa de enfermagem da USF. Cerca de 32 (44,4%) referem que para cuidar do seu

familiar deixaram de fazer alguma atividade, nomeadamente no âmbito do lazer (30; 93,8%).

Os resultados da sobrecarga (QASCI) evidenciaram um *score* médio de $32,8 \pm 21,4$, correspondendo a uma sobrecarga moderada, destes 13 (18,1%) PC apresentam níveis de sobrecarga superiores a 51,0, indicando sobrecarga grave e extrema. A perceção de sobrecarga mais elevada foi identificada na dimensão Implicações na vida pessoal $46,7 \pm 29,9$, embora também com valor indicativo de sobrecarga moderada, enquanto que a maior satisfação foi descrita nos Mecanismos de eficácia e controlo $75,8 \pm 25,5$.

Foram encontradas diferenças estatísticas significativas entre homens e mulheres cuidadores na dimensão Suporte familiar ($t(70) = 2,923$; $p = 0,008$), homens cuidadores apresentam valores mais elevados de suporte da família ($87,5 \pm 18,6$).

Quando se comparam PC com < 65 anos e com ≥ 65 anos, observaram-se diferenças estatisticamente significativas na sobrecarga, na dimensão Implicações na vida pessoal ($t(70) = 2,073$; $p = 0,042$), na dimensão Suporte familiar ($t(70) = 2,664$; $p = 0,010$) e na dimensão Satisfação com o papel e com o familiar ($t(70) = 2,189$; $p = 0,032$). Os PC idosos apresentam maiores Implicações na vida pessoal ($55,2 \pm 27,4$). e percebem um maior Suporte familiar ($80,8 \pm 29,3$), PC mais jovens apresentam maior Satisfação com o papel e com o familiar ($77,6 \pm 23,8$). Verificaram-se diferenças estatisticamente significativas entre PC com escolaridade < 5 anos e com escolaridade ≥ 5 anos relativamente ao Suporte familiar ($t(70) = 2,047$; $p = 0,044$), ou seja, PC com menor escolaridade apresentam maior Suporte familiar ($79,8 \pm 31,0$).

Referente ao facto do PC coabitar com a PD foram também encontradas diferenças estatísticas significativas na dimensão da Sobrecarga financeira ($t(70) = 18,356$; $p = 0,014$). Quem coabita apresenta valores mais elevados ($40,1 \pm 40,3$).

O facto de existir outro cuidador comparando com um cuidador que não tem apoio de outro também apresenta diferenças estatísticas significativas na Sobrecarga emocional ($t(70) = 2,457$; $p = 0,016$), Reação a exigências ($t(70) = 2,699$; $p = 0,009$), Suporte familiar ($t(70) = 2,615$; $p = 0,011$) e no *score* total do QASCI ($t(70) = 2,857$; $p = 0,006$). Quem não tem o apoio de outro cuidador apresenta uma SE maior ($45,7 \pm 30,5$), maior sobrecarga na Reação a exigências ($32,5 \pm 27,7$) e maior sobrecarga no *score* total da escala ($39,7 \pm 24,3$). Por outro lado, a presença de outro cuidador associa-se a um maior Suporte familiar ($79,8 \pm 29,4$). Os resultados espelham que os PC com problemas de saúde apresentam sobrecarga significativamente pior ($t(70) = 2,216$; $p = 0,032$), na dimensão de Mecanismos de eficácia e controlo ($72,9 \pm 27,0$). Também o abandono de uma atividade significativa apresenta valores estatisticamente significativos quando comparados com quem não deixou de fazer uma atividade que gostasse na Sobrecarga emocional ($t(70) = 2,590$; $p = 0,012$), Reação a exigências ($t(70) = 2,828$; $p = 0,007$) e ao *score* total do QASCI ($t(70) = 2,621$; $p = 0,011$). Os PC que deixaram de realizar a atividade que gostavam revelam maior Sobrecarga emocional

(47,5 ± 33,9), maior Reação a exigências (34,1 ± 27,5) e uma sobrecarga total superior (40,0 ± 22,4; Tabela 2).

Tabela2:

Correlações entre o QASCI, as dimensões da escala e as variáveis dicotômicas (sexo, idade, anos de escolaridade, se coabita com a PD, se existe outro cuidador, problemas de saúde e se deixou de fazer alguma atividade que gostava)

		SE	IVP	SF	RE	MEC	SupF	SPF	QASCI total
		M(SD)	M(SD)	M(SD)	M(SD)	M(SD)	M(SD)	M(SD)	M(SD)
Sexo	Homens	23,8 ± 23,3	35,7 ± 29,0	36,3 ± 36,1	14,5 ± 15,2	85,0 ± 20,3	87,5 ± 18,6	77,5 ± 23,0	22,9 ± 15,0
	Mulheres	39,5 ± 30,3	48,5 ± 29,8	36,7 ± 40,1	27,0 ± 24,4	74,3 ± 26,1	65,3 ± 37,6	71,0 ± 27,3	34,4 ± 21,9
	<i>P</i>	0,121	0,210	0,974	0,122	0,222	0,008	0,482	0,114
Idade	PC ≥ 65 anos	38,8 ± 29,7	55,2 ± 27,4	40,0 ± 42,7	25,8 ± 25,5	68,9 ± 29,1	80,8 ± 29,3	64,0 ± 28,9	35,1 ± 22,3
	PC <65 anos	36,3 ± 30,1	40,7 ± 30,4	34,2 ± 37,0	24,9 ± 22,6	80,8 ± 21,7	59,5 ± 38,5	77,6 ± 23,8	31,2 ± 20,8
	<i>P</i>	0,734	0,042	0,543	0,868	0,051	0,010	0,032	0,441
Escolaridade	≥ 5 anos	36,0 ± 31,2	42,5 ± 30,5	35,6 ± 39,7	25,8 ± 25,0	77,4 ± 24,9	62,0 ± 37,8	71,3 ± 27,0	32,8 ± 21,7
	< 5 anos	39,7 ± 27,6	54,1 ± 27,6	38,5 ± 39,4	24,4 ± 21,6	73,1 ± 26,8	79,8 ± 31,0	73,1 ± 27,0	32,8 ± 21,7
	<i>P</i>	0,620	0,115	0,769	0,820	0,498	0,044	0,789	0,970
Coabitar	Sim	39,4 ± 28,7	49,5 ± 29,0	40,1 ± 40,3	25,9 ± 24,2	74,5 ± 26,6	68,8 ± 37,0	70,2 ± 27,4	34,5 ± 21,6
	Não	24,4 ± 34,8	29,8 ± 31,2	15,0 ± 24,2	21,5 ± 21,0	84,2 ± 16,4	66,3 ± 33,9	83,0 ± 20,0	22,5 ± 17,6
	<i>P</i>	0,139	0,052	0,014	0,590	0,268	0,842	0,160	0,099
Outro cuidador	Sim	29,0 ± 26,9	44,1 ± 29,7	28,1 ± 36,8	18,1 ± 16,2	81,3 ± 18,9	79,2 ± 29,4	77,1 ± 23,9	26,0 ± 15,6
	Não	45,7 ± 30,5	49,4 ± 30,2	45,1 ± 40,5	32,5 ± 27,7	70,4 ± 30,0	57,6 ± 39,7	66,8 ± 28,7	39,7 ± 24,3
	<i>P</i>	0,016	0,455	0,066	0,009	0,071	0,011	0,103	0,006
Problemas de saúde	Sim	39,7 ± 30,2	50,5 ± 30,0	40,9 ± 40,9	25,3 ± 25,1	72,9 ± 27,0	69,8 ± 36,8	72,4 ± 26,6	34,5 ± 22,3
	Não	29,8 ± 27,8	34,4 ± 26,5	22,8 ± 30,7	25,3 ± 19,2	85,3 ± 17,6	64,0 ± 35,6	70,6 ± 27,9	27,5 ± 17,6
	<i>P</i>	0,234	0,050	0,059	0,997	0,032	0,569	0,813	0,241
Deixou de fazer alguma atividade que gostava	Sim	47,5 ± 33,9	53,4 ± 28,7	45,3 ± 42,0	34,1 ± 27,5	71,6 ± 28,5	61,3 ± 38,5	67,8 ± 29,0	39,9 ± 22,4
	Não	29,2 ± 23,5	41,4 ± 30,0	29,7 ± 36,1	18,3 ± 17,6	79,2 ± 22,6	74,1 ± 33,9	75,3 ± 24,6	27,1 ± 19,0
	<i>P</i>	0,012	0,089	0,094	0,007	0,215	0,141	0,243	0,011

Nota. SE = Sobrecarga emocional; IVP = Implicações para a vida pessoal; SF = Sobrecarga financeira; RE = Reação a exigências; MEC = Mecanismos de eficácia e controle; SupF: Suporte familiar; SPF = Satisfação com o papel e o familiar; QASCI = Questionário de Avaliação da Sobrecarga do Cuidador Informal.

Documentação

A documentação foi consultada em 163 processos, no entanto só foi possível efetuar a caracterização de 72 PC após a recolha de dados em VD.

Dos 163 processos clínicos verificou-se a identificação do PC na folha de admissão num processo (0,6%). O foco PPC foi registado em cinco processos (3,1%), e o SPC em seis (3,7%).

Identificaram-se registos respeitantes aos PC associados a focos da PD: “Gestão do Regime Terapêutico”[13(8,0%)], “Queda”[5(3,1%)], “Alimentar-se”[4(2,5%)], “Úlcera por pressão”[3(1,8%)], “Aspiração”[2(1,2%)], “Maceração” [2(1,2%)], “Autocuidado” [1(0,6%)], “Orientação”[1(0,6%)], “Andar”[1(0,6%)], “Metabolismo energético”[1(0,6%)], “Auto-administração de medicamentos”[1(0,6%)], “Auto-vigilância”[1(0,6%)], “Dispneia”[1(0,6%)], “Sono”[1(0,6%)], “Autocuidado higiene”[1(0,6%)], “Confusão” [1(0,6%)]e “Desidratação”[1(0,6%)].

No que concerne aos diagnósticos registados pelos enfermeiros, foram identificados 33 diagnósticos distintos, abrangendo essencialmente o potencial, o conhecimento e a capacidade. O diagnóstico Conhecimento do Prestador de Cuidados sobre Regime Terapêutico foi o mais documentado (9 registos; 5,5%).

Face aos diagnósticos enunciados foram identificadas 78 intervenções, no âmbito “Avaliar”, “Ensinar”, “Instruir”, “Incentivar”, “Treinar”, “Orientar” e “Apoiar”. A intervenção mais documentada foi: “Avaliar o conhecimento do Prestador de cuidados sobre Regime Terapêutico”. Com respeito às necessidades identificadas as intervenções mais documentadas foram “Ensinar” com 53 registos e “Avaliar” com 51 registos. As intervenções do âmbito do “Orientar” e “Apoiar” foram registadas uma vez (Tabela3).

Tabela 3:

Tipo de intervenções documentadas no SClínico referentes ao prestador de cuidados

Tipo de intervenção	Número de vezes documentadas	Número de intervenções distintas
Ensinar	53	27
Avaliar	51	25
Instruir	24	14
Treinar	8	5
Incentivar	5	5
Orientar	1	1
Apoiar	1	1

Discussão

O presente estudo apresenta como limitação o espaço temporal definido para a colheita de dados, provavelmente com uma pesquisa retrospectiva mais alargada no tempo poderia ter enriquecido os dados da documentação.

No presente estudo os PC são essencialmente mulheres, com idade avançada, resultados consistentes com os de outros estudos (Cunha, 2018; Day et al., 2021; Duarte et al., 2017; Park et al., 2015; Peixoto,

2016; Pereira & Petronilho, 2018). Com uma média de escolaridade elevada, tal como refere Day et al. (2021).

A maioria são casados, reformados e coabitam com a PD. Este perfil está descrito na literatura nacional e estrangeira (Park et al., 2015; Peixoto, 2016; Pereira & Petronilho, 2018). No que concerne ao grau de parentesco, tal como em outros estudos são essencialmente filhos e filhas (Pereira & Petronilho, 2018).

Neste estudo o tempo médio no exercício deste papel remete para $8,10 \pm 7,0$, semelhante ao de Cunha (2018) e superior ao de Park et al. (2015). Este período prolongado pode associar-se a pior qualidade de vida (Duarte et al., 2017).

Os resultados à questão sobre as dificuldades/necessidades percecionadas pelos PC traduzem essencialmente dificuldades de ordem física. Quanto às suas principais necessidades os inquiridos revelaram essencialmente necessidade de outro cuidador ou apoio de rede formal para poderem descansar. A expressão destes dados obtidos em questões abertas pode indicar-nos que o questionário poderá não ter sido o método de recolha indicado e estas associações também podemos efetuá-las na VD, provavelmente uma entrevista teria conduzido a resultados diferentes, tal como refere Pereira (2018). Atualmente a literatura aponta que no processo de cuidar a existência de recursos ao PC é fulcral para a manutenção do seu próprio bem-estar, conduzindo à prevenção/diminuição de sobrecarga, como descreve Araújo e Martins (2016). Pereira (2018) corrobora a importância do apoio de outro cuidador/rede formal.

A quase inexistência da identificação do PC na folha de avaliação inicial do processo clínico, bem como a expressiva subnotificação nos focos do papel prestador de cuidados e no *stress* do prestador de cuidados, refletem que a documentação realizada pelos enfermeiros, no que concerne aos prestadores de cuidados, não é reveladora de uma abordagem integradora e dirigida às suas necessidades. No entanto, constatou-se que os enfermeiros fazem registo de alguma atividade diagnóstica e de intervenções, em focos identificados na PD. Estes resultados podem indicar uma fraca adesão dos enfermeiros ao processo de documentação. A literatura científica tem dado a conhecer algumas barreiras percecionadas pelos profissionais na documentação dos cuidados, entre elas, a falta de conhecimento e preparação (Huitzi-Egilegoret al., 2018; Silva et al., 2016; Vieira, 2018), a falta de material e recursos humanos (Huitzi-Egilegor et al., 2018; Vieira, 2018), a falta de tempo e o excesso de trabalho (Reis et al., 2016), a necessidade de formação contínua e a falta de suporte técnico (Silva et al., 2016), mas também a resistência à mudança (Huitzi-Egilegor et al., 2018),

Num estudo desenvolvido por Vieira (2018) que procurou perceber a importância atribuída pelos enfermeiros à documentação dos cuidados de enfermagem acerca da reformulação dos SIE perante as principais mudanças do SClínico comparativamente com o SAPE, os resultados espelharam que apesar da importância dada pelos enfermeiros aos registos, estes consideram que a mudança não é fácil. Identificou como

principais condicionantes o déficit de liderança institucional, a formação desadequada, escassez de recursos humanos e questões motivacionais.

A identificação de informação referente ao PC nos focos da PD parece refletir a percepção dos enfermeiros da importância em documentar as suas atividades, espelhando, no entanto, alguma dificuldade no processo de registo. Alguns estudos identificam a falta de tempo e excesso de trabalho e mesmo a resistência à mudança como uma condicionante na documentação dos enfermeiros (Huitzi-Egilegor et al., 2018; Reis et al., 2016).

Segundo Vieira (2018) a percepção pouco favorável dos enfermeiros, relativamente à recente mudança no SIE para o SClínico pode ser justificada pela falta de acompanhamento das equipas neste processo de mudança, resultando que cada serviço crie as suas próprias estratégias, dificultando um *padrão* documental.

As intervenções do tipo “Ensinar” são efetivamente as mais representativas, no entanto também as intervenções do âmbito do “Instruir” e “Treinar” são documentadas, correspondendo à aquisição de competências para o novo papel. Este tipo de intervenções pode refletir uma abordagem centrada no “saber fazer” e na necessidade do PC de adquirir conhecimentos para suprir as necessidades do seu familiar em situação de dependência.

No que concerne à avaliação da sobrecarga do PC, o resultado no *score* final do QASCI traduziu um nível de sobrecarga moderada ($32,8 \pm 21,4$), dados corroborados por Cunha (2018). Neste estudo as Implicações na vida pessoal revelam valores de sobrecarga superiores e a maior satisfação encontrada foi nos Mecanismos de eficácia e controlo, tal como no estudo de Peixoto (2016).

Os homens cuidadores revelam maior Suporte familiar, possivelmente por associação do papel de cuidar à figura feminina, como já justificado anteriormente.

Os PC mais idosos revelam maiores Implicações na vida pessoal, bem como Suporte familiar, enquanto que os mais jovens apresentam maior Satisfação com o papel e com o familiar. Os PC com menor escolaridade também apresentam maior Suporte familiar, podendo-se associar a PC mais idosos. Outro estudo também corrobora estes dados associados às idades mais avançadas dos PC (Duarte et al., 2017).

Também o estudo de Duarte et al. (2017), evidencia maior sobrecarga associada a problemas de saúde dos PC, como os dados deste estudo.

O apoio de outro cuidador revelou-se positivo para a manutenção de bem-estar do PC, visto que os PC sem apoio revelam maior Sobrecarga emocional, Reação a exigências e sobrecarga no *score* total e menor Suporte familiar. Estes valores não podem ser generalizados, no entanto são indicativos da importância revelada na literatura acerca da família cuidadora, pelo impacto positivo que esta pode trazer no desempenho do papel de cuidador e na prevenção/diminuição de sobrecargas associadas ao cuidar (Araújo & Martins, 2016). Os PC que deixaram de fazer alguma atividade que gostavam para cuidarem da PD, manifestaram valores de sobrecarga superior (Sobrecarga emocional, Reação a exigências e

Sobrecarga total), justificando a importância do apoio de outro cuidador/rede formal (Peixoto & Machado, 2016).

A análise à documentação evidenciou o registo no foco SPC em seis (3,7%) processos clínicos. Esta subnotificação traduz uma abordagem redutora, considerando o papel privilegiado dos enfermeiros para liderarem na equipa multidisciplinar, o processo de capacitação do cuidador para a manutenção do seu autocuidado e promoção do seu bem-estar, implementando terapêuticas de enfermagem que conduzam à prevenção/redução da sobrecarga.

Os PC deste estudo cuidam em média há $8,10 \pm 7,0$ anos, e 18,1% encontram-se em situação de sobrecarga grave e extrema, assim parece pertinente a implementação de uma abordagem mais abrangente que englobasse a avaliação do *stress* do PC (conhecimento do prestador de cuidados para gerir o stress e stress do prestador de cuidados), permitindo avaliações à aquisição de dados que suportam o diagnóstico e a identificação de intervenções direcionadas à manutenção de bem-estar e prevenção/diminuição de sobrecarga (Peixoto, 2016; Peixoto & Machado, 2016).

Conclusão

Constata-se uma reduzida documentação referente aos focos do PC no período em análise, no entanto identificam-se registos direcionados ao PC em focos elencados para a PD. A documentação espelha intervenções muito focadas nos cuidados instrumentais, verificando-se que as intervenções do tipo “Ensinar” são das mais frequentemente registadas.

A documentação apresenta muita pouca visibilidade em cuidados antecipatórios na promoção do bem-estar do PC que continua a não ser alvo de atenção dos enfermeiros.

A identificação das necessidades e dificuldades do PC em confronto com a subnotificação observada reforça a necessidade de uma aproximação dos modelos em uso aos modelos expostos, traduzindo este processo numa melhoria dos padrões de qualidade em enfermagem dirigida aos PC.

Agradecimentos

Os autores agradecem às equipas de enfermagem onde o estudo foi desenvolvido pela colaboração e compromisso nas diferentes fases e a todas as famílias.

Referências bibliográficas

Araújo, F., & Martins, T. (2016). Avaliação dos cuidadores: Considerações e orientações para a prática. In T. Martins, M. J. Peixoto, F. Araújo & P.P. Machado (Eds.), *A pessoa dependente e o familiar cuidador* (pp.113-130). Escola Superior de Enfermagem do Porto.

- Bardin, L. (2013). *Análise de conteúdo*. Edições 70.
- Cunha, C. (2018). *Sobrecarga do cuidador informal de Paredes de Coura* [Projecto de graduação para licenciatura em enfermagem, Universidade Fernando Pessoa]. Repositório Institucional da Universidade Fernando Pessoa. <http://hdl.handle.net/10284/6913>
- Day, C. B., Bierhals, C. C., Mocellin, D., Predebon, M. L., Santos, N. O., Pizzol, F. L., Fuhrmann, A. C., Aires, M., & Paskulin, L. M. (2021). Nursing home care intervention poststroke (SHARE) 1 year effect on the burden of family caregivers for older adults in Brazil: A randomized controlled trial. *Health and Social Care in the Community*, 29(1), 56-65. <https://doi.org/10.1111/hsc.13068>
- Duarte, A., Joaquim, N., Lapa, F., & Nunes, C. (2017). Qualidade de vida e sobrecarga dos cuidadores informais dos pacientes idosos das unidades de cuidados de assistência domiciliar do Algarve (PT). *SaBios: Revista de Saúde e Biologia*, 11(3), 12-26. <https://revista2.grupointegrado.br/revista/index.php/sabios/article/view/1661/966>
- Huitzi-Egilegor, J. X., Elorza-Puyadena, M. I., & Asurabarrena-Iraola, C. (2018). The use of the nursing process in Spain as compared to the United States and Canada. *International Journal of Nursing Knowledge*, 29(3), 171-175. <https://doi.org/10.1111/2047-3095.12175>
- Martins, T., Ribeiro, J. P., & Garrett, C. (2003). Estudo de validação do questionário de avaliação da sobrecarga para cuidadores informais. *Psicologia, Saúde e Doenças*, 4(1), 131-148.
- Park, M., Sung, M., Kim, S., Kim, S., & Lee, D. (2015). Multidimensional determinants of family caregiver burden in Alzheimer's disease. *International Psychogeriatrics*, 27(8), 1355-1364. <https://doi.org/10.1017/S1041610215000460>
- Peixoto, M. J. (2016). *Promover o bem-estar do familiar cuidador: Programa de intervenção estruturado*. Novas Edições Académicas.
- Peixoto, M. J., & Machado, P. P. (2016). Programas de intervenção aos familiares cuidadores. In T. Martins, M. J. Peixoto, F. Araújo & P. P. Machado (Eds.), *A pessoa dependente e o familiar cuidador* (pp. 131-142). Escola Superior de Enfermagem do Porto.
- Pereira, M. (2018). *Cuidadores informais: Dificuldades ao cuidar e necessidades de quem cuida* [Dissertação de mestrado, Instituto Politécnico de Portalegre]. Repositório Institucional do Instituto Politécnico de Portalegre. https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/28267/1/Disserta%C3%A7%C3%A3o_Mestrado_GerontologiaSocial_MartaPereira.pdf
- Pereira, J., & Petronilho, F. (2018). Satisfação do familiar cuidador sobre o planeamento da alta hospitalar. *Revista de Investigação em Enfermagem*, 22(2), 42-55.
- Ploeg, J., Northwood, M., Duggleby, W., McAiney, C., Chambers, T., Peacock, S., & Fisher, K. (2020). Caregivers of older adults with dementia and multiple chronic conditions: Exploring their experiences with significant changes. *Dementia*, 19(8), 2601-2620. <https://doi.org/10.1177/14713012/9834423>
- Reis, G. S., Reppetto, M. A., Santos, L. S., & Devezas, A.M. (2016). Sistematização da assistência de enfermagem: Vantagens e dificuldades na

- implementação. *Arquivos Médicos dos Hospitais e da Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo*, 61(3), 128-132.
- Ribeiro, O. M., Martins, M. M., Tronchin, D. M., Silva, J. M., & Forte, E. C. (2019). Modelos de exercício profissional usados pelos enfermeiros em hospitais portugueses. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 72(1), 24-31. <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2017-0670>
- Ribeiro, O. M., Martins, M. M., Tronchin, D. M., & Silva, J. M. (2018). Exercício profissional dos enfermeiros sustentados nos referenciais teóricos da disciplina: Realidade ou utopia. *Revista de Enfermagem Referência*, 4(19), 39-48. <https://doi.org/10.12707/RIV18040>
- Serviços Partilhados do Ministério da Saúde. (2018). *Scínico: Cuidados de saúde primários*. https://spms.min-saude.pt/wp-content/uploads/2018/12/SC LIN_VERSAO_2.9.0.pdf
- Silva, A. R., Oliveira, T. M., Lima, C. F., Rodrigues, L. B., Bellucci, J. N., & Carvalho, M. G. (2016). Sistemas de informação como instrumento para a tomada de decisão em saúde: Revisão integrativa. *Revista de Enfermagem da UFPEOnLine*, 10(9), 3455-3462. <https://doi.org/10.5205/1981-8963-v10i9a11428p3455-3462-2016>
- Vieira, S.M. (2018). *Utilização e evolução dos sistemas de informação em Enfermagem: Influência na tomada de decisão e na qualidade dos cuidados de enfermagem* [Dissertação de mestrado, Universidade do Minho]. Repositório Institucional da Universidade do Minho. <http://repositorium.sdum.uminho.pt/bitstream/1822/55867/1/Susana%2bMaria%2bda%2bCunha%2bVieira.pdf>

Notas

Como citar este artigo: França, D. C., Festa, A. J., Santos, P. M., Peixoto, M. J., & Araújo, M. F. (2022). A concepção de cuidados refletida na documentação dos enfermeiros responde às necessidades/dificuldades do prestador de cuidados. *Revista de Enfermagem Referência*, 6(1), e21106. <https://doi.org/10.12707/RV21106>

Notas de autor

- a Conceptualização
 Tratamento de dados
 Análise formal
 Investigação
 Metodologia
 Visualização
 Redação – rascunho original
 Redação – análise e edição
- b Conceptualização
 Investigação
 Redação – análise e edição
- c Investigação

Redação – análise e edição

- d Conceptualização
Tratamento de dados
Análise formal
Investigação
Metodologia
Visualização
Redação – análise e edição

- e Conceptualização
Tratamento de dados
Análise formal
Investigação
Metodologia
Visualização
Redação – análise e edição