



Quarto Relatório Intercalar

julho | 2022

Elaborado por:

Daniela Brandão, CINTESIS

Oscar Ribeiro, CINTESIS

Título de Impacto Social implementado por:



Investidores Sociais



Cofinanciado por:



Parceiros



Índice

Enquadramento	3
Resultados	5
Perfil do cuidador informal	5
Perfil da pessoa cuidada	6
Perfil da prestação de cuidados	10
Análise de impacto	12
Qualidade de vida relacionada com o cuidado	12
Competência do cuidador	16
<i>Distress</i> psicológico	21
Perseverança do cuidador	22
Análise exploratória das características dos cuidadores agrupados por impacto na CarerQol-7D	24
Discussão	26
Conclusão	28
Referências	29
Apêndice	31

| ENQUADRAMENTO

O Cuidar de Quem Cuida (CQC) promove a capacitação de técnicos/as de instituições locais para a intervenção, em rede, junto de cuidadores informais. A 1ª fase decorreu entre 2009-2013 na região Entre Douro e Vouga (EDV) e esteve direcionada para cuidadores informais de pessoas com demência e em situação de pós-AVC; a 2ª fase, entre 2014-2016, considerou outros municípios da Área Metropolitana do Porto (AMP), dirigindo-se exclusivamente a cuidadores informais de pessoas com demência. Em janeiro de 2019, o CQC foi aprovado como Título de Impacto Social (TIS), um dos quatro instrumentos de financiamento da iniciativa Portugal Inovação Social. O objetivo central desta nova fase, que iniciou em abril de 2019, é o de replicar a iniciativa em mais municípios da zona norte do país, abrindo-se a intervenção a cuidadores de pessoas dependentes sem patologia específica. Destaca-se o potencial de transformação social do projeto, dado que envolve instituições/técnicos da rede local.

O presente relatório enquadra-se na 3ª fase do projeto e corresponde à **quarta (e última) avaliação externa** do CQC. Tem como objetivo analisar e descrever os resultados da **quarta coorte** de cuidadores informais que foram objeto de intervenção no horizonte temporal de fevereiro de 2022 a julho de 2022 (mês em que foi atingido o 240º cuidador informal com pré e pós teste).

| DESCRIÇÃO METODOLÓGICA

A avaliação de impacto foi realizada através de um protocolo de avaliação, constituído por diferentes instrumentos de avaliação:

Instrumentos
Ficha de sinalização/caracterização do Cuidador Informal (CI) e da Pessoa Cuidada (PC)
Avaliação de Impacto (pré-teste e pós-teste)
CarerQoL- 7D – <i>contratualização dos resultados</i> CarerQoL- VAS Escala de Autoavaliação de Competências do Cuidador Informal (EACCI) Competência do Cuidador Escala de Ansiedade e Depressão Hospitalar (HADS) Perseverança do Cuidador
Consentimento Informado

A ficha de sinalização/caracterização foi aplicada pela equipa CQC ou pelos técnicos da rede municipal previamente ao início da intervenção, e a avaliação de impacto foi realizada pela equipa CQC através da recolha de dados em dois momentos – pré-teste e pós-teste. No caso dos grupos psicoeducativos presenciais, o pré-teste foi aplicado na sessão 1 ou sessão 0, caso esta fosse agendada; o pós-teste foi aplicado na última sessão do grupo psicoeducativo

(salvaguardando que apenas cuidadores com uma participação mínima em 5 sessões seriam considerados nessa avaliação). Nos grupos psicoeducativos mediados por tecnologia (online), o pré-teste foi aplicado previamente ao início do grupo (sessão 0), enquanto o pós-teste foi aplicado na última sessão através da disponibilização de um link com os instrumentos que integram o protocolo de avaliação. Nesta modalidade salvaguardou-se, igualmente, que apenas cuidadores com uma participação mínima em 5 sessões online seriam considerados. No caso dos cuidadores acompanhados no Gabinete de Apoio ao Cuidador (GAC) o pré-teste foi aplicado na sessão 1 e o pós-teste após 3 sessões de acompanhamento presencial.

De referir, ainda, que todas as questões éticas foram salvaguardadas, tendo todos os cuidadores preenchido um consentimento informado, o qual foi disponibilizado in loco (no caso dos grupos psicoeducativos presenciais e GAC) ou via link (no caso dos grupos psicoeducativos online) na sessão de pré-teste.

| Coorte de cuidadores considerada

Neste **quarto relatório**, a análise de impacto apresentada abrange a **quarta coorte** de 60 cuidadores informais, tal como contratualizado no projeto aprovado. Os cuidadores foram sendo incluídos de forma consecutiva, desde que cumprissem os seguintes critérios: protocolo de pré e pós-teste válidos (ou seja, com a medida contratualizada preenchida de forma completa) e com presença registada em pelo menos 5 sessões no caso dos grupos psicoeducativos, ou em 3 sessões no caso dos GAC. Deste modo, o número contratualizado de cuidadores para esta 4ª aferição de resultados foi alcançado no dia 04/07/2022, data em que foi realizado o pós-teste do PP Espinho #1 (Figura 1).

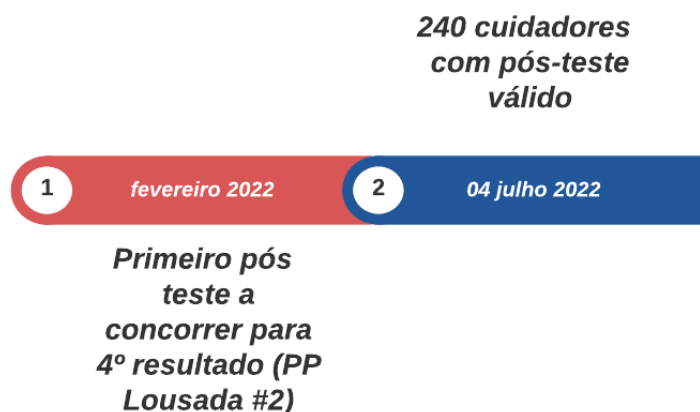


Figura 1. Linha de tempo da quarta coorte de cuidadores.

1. Perfil do Cuidador Informal

Tabela 1. Descrição do perfil do cuidador informal

Cuidadores Informais	
n= 60	
Idade (M, dp)	53,12 (9,01)
Sexo (n, %)	
Feminino	55 (91,7)
Masculino	5 (8,3)
Escolaridade (n, %)	
EB 1º Ciclo/4º ano	12 (20)
EB 2º Ciclo/6º ano	8 (13,3)
EB 3º Ciclo/9º ano	14 (23,3)
Ensino Secundário/12º ano	16 (26,7)
Ensino Superior	10 (16,7)
Estado Civil (n, %)	
Casado/a	41 (68,4)
União de facto	2 (3,3)
Divorciado/a	5 (8,3)
Solteiro/a	10 (16,7)
Viúvo/a	2 (3,3)
Situação face ao emprego (n, %)	
Empregado/a (part-time)	1 (1,7)
Empregado/a (tempo inteiro)	8 (13,3)
Reformado/a	11 (18,3)
Desempregado/a	36 (60,0)
Outra	4 (6,7)
Relação com a pessoa cuidada (n, %)	
Cônjuge/Companheiro/a	6 (10)
Filho/a	35 (58,3)
Irmã/o	1 (1,7)
Pai/Mãe	9 (15)
Neto/a	1 (1,7)
Genro/Nora	3 (5)
Sobrinho/a	3 (5)
Outro	2 (3,3)

A análise da Tabela 1 permite-nos perceber que a maioria dos cuidadores são do sexo feminino (91,7%), casados (68,4%) e com uma média de idades de cerca de 53 anos (intervalo de idades: 29 – 71 anos). Em relação à escolaridade, observa-se um perfil heterogéneo, com percentagens similares de cuidadores com escolaridade ao nível do ensino secundário (26,7%), e de cuidadores com escolaridade ao nível do 3º ciclo do Ensino Básico/9º ano (23,3%). Mais de metade (60%) dos cuidadores refere estar em situação de desemprego. Em termos de relação com a pessoa cuidada, observa-se que em mais de metade dos casos, os cuidadores são filhos da pessoa cuidada (58,3%).

2. Perfil da Pessoa Cuidada

Tabela 2. Descrição do perfil da pessoa cuidada

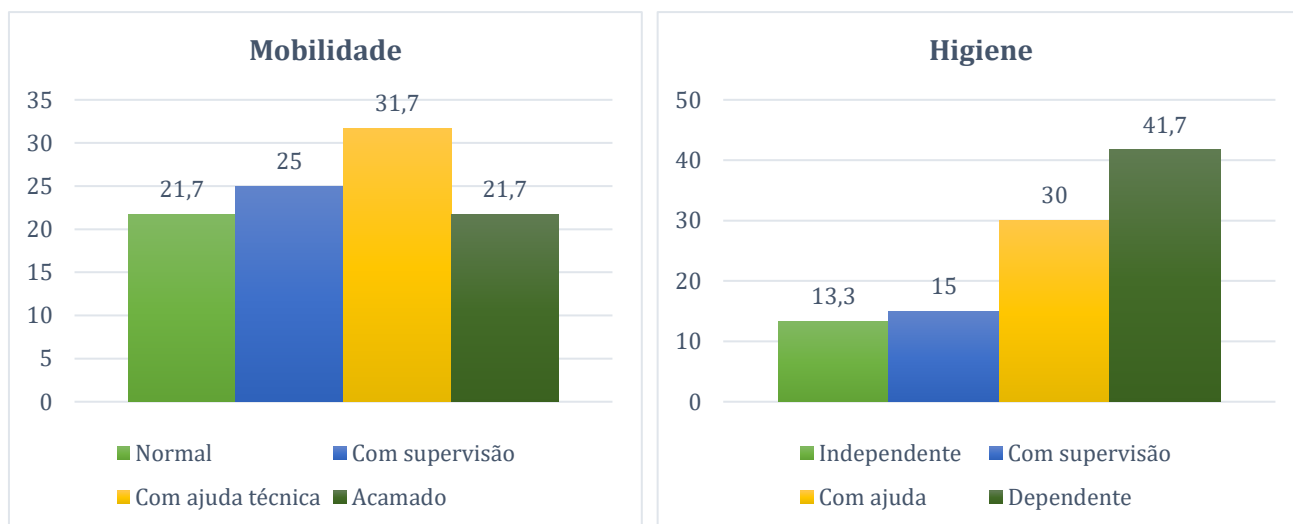
Pessoa cuidada	
n= 60	
Idade (M, dp)	70,32 (23,78)
Sexo (n, %)	
Feminino	38 (63,3)
Masculino	22 (36,7)
Escolaridade (n, %)	
Não sabe ler nem escrever	3 (5,3)
Sabe ler e escrever	13 (23,2)
EB 1º Ciclo/4º ano	27 (48,3)
EB 2º Ciclo/6º ano	6 (10,7)
EB 3º Ciclo/9º ano	2 (3,6)
Ensino Secundário/12º ano	4 (7,1)
Ensino Superior	1 (1,8)
Sem informação	4
Estado Civil (n, %)	
Casado	21 (35,6)
Viúvo	22 (37,3)
Divorciado	3 (5,1)
Solteiro	13 (22)
Sem informação	1
Situação profissional (n, %)	
Reformado/a	46 (78)
Pensionista	2 (3,4)
Desempregado/a	5 (8,6)
Outra	6 (10)
Sem informação	1
Tipo de dependência (n, %)	
Física	27 (45)
Física e psíquica ou mental	29 (48,3)
Psíquica ou mental	4 (6,7)

Motivo da dependência (n, %)	
Processo de envelhecimento	12 (20,0)
Pós-AVC	11 (18,3)
Demência	14 (23,3)
Doença psiquiátrica/mental	2 (3,3)
Limitação física	7 (11,7)
Limitação cognitiva/intelectual	4 (6,7)
Outra	10 (16,7)

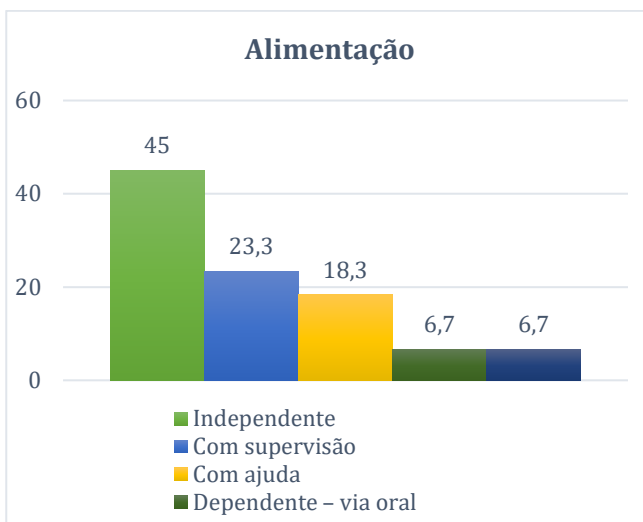
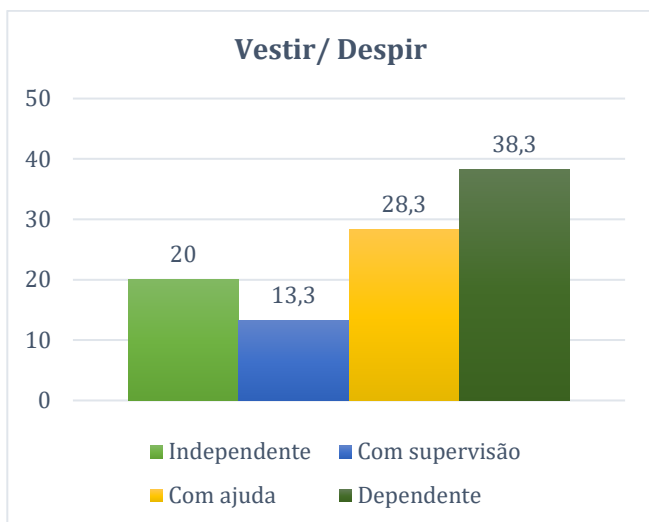
A análise da Tabela 2 permite-nos perceber que mais de metade das pessoas cuidadas são do sexo feminino (63,3%), a grande maioria reformadas (78%) e com uma média de idades de cerca de 70 anos (intervalo de idades 8-97 anos). Observa-se um perfil heterogéneo no que respeita ao estado civil, com percentagens similares de pessoas cuidadas viúvas (37,3%) e casadas (35,6%); quanto à escolaridade, perto de metade apresenta o 1º ciclo do Ensino Básico (48,3%). No que diz respeito ao tipo de dependência, em cerca de metade das situações (48,3%) é indicada a existência de dependência quer ao nível físico, quer ao nível psíquico ou mental, e em 23,3% dos casos o motivo da dependência decorre de processos demenciais.

2.1. Estado funcional da Pessoa Cuidada

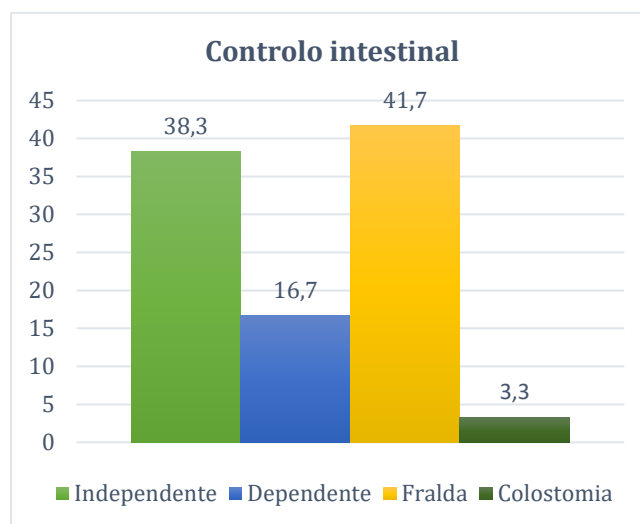
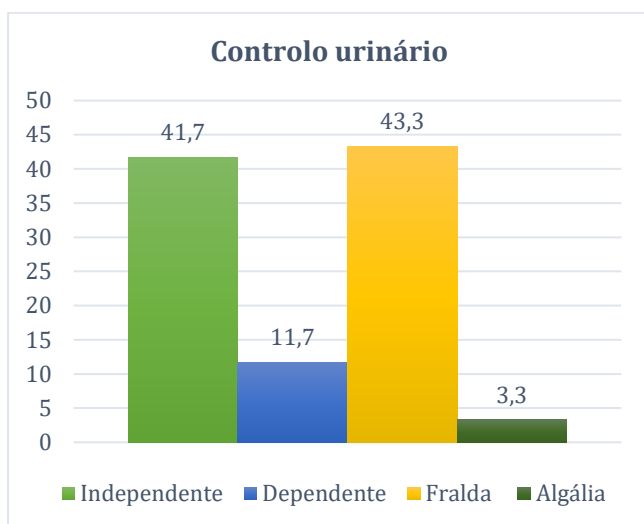
➤ Atividades básicas de vida diária



Gráficos 1 e 2. Frequências relativas (%) de resposta aos itens Mobilidade e Higiene.



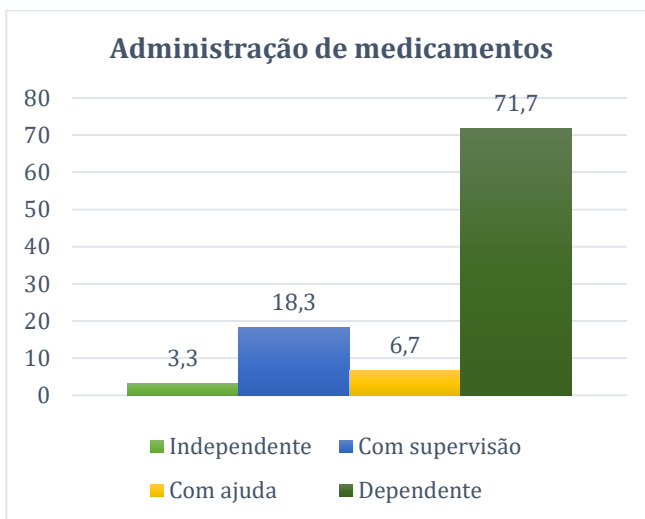
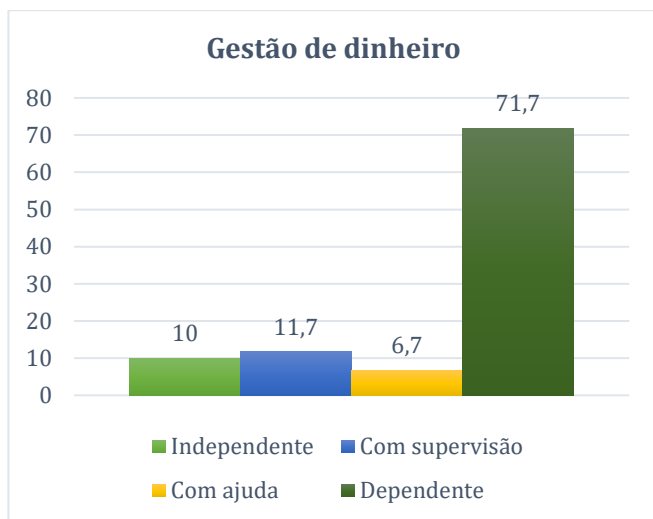
Gráficos 3 e 4. Frequências relativas (%) de resposta aos itens Vestir/despir e Alimentação.



Gráficos 5 e 6. Frequências relativas (%) de resposta aos itens Controlo urinário e Controlo intestinal.

A análise dos gráficos 1 a 6 mostra-nos que apenas 13,3% das pessoas cuidadas são independentes na higiene, e 20% independentes no vestir/despir. Relativamente à alimentação, verifica-se que perto de metade das pessoas cuidadas (45%) conseguem fazê-lo de forma independente. No que concerne à mobilidade, verifica-se um perfil heterogéneo das pessoas cuidadas, ainda que a percentagem maior se verifique na categoria “com ajuda técnica” (31,7%), seguindo-se as categorias “acamado” e “normal” com igual percentagem (21,7%). No que respeita ao controlo urinário, observa-se que em mais de metade dos casos (58,3%) existe dependência e/ou a necessidade de utilização de fralda ou algália; no caso do controlo intestinal, o grau de dependência é ainda mais acentuado, verificando-se que em 61,7% dos casos existe dependência e/ou a necessidade de utilização de fralda ou colostomia).

➤ **Atividades instrumentais de vida diária**



Gráficos 7 e 8. Frequências relativas (%) de resposta aos itens Gestão de dinheiro e Administração de medicamentos.

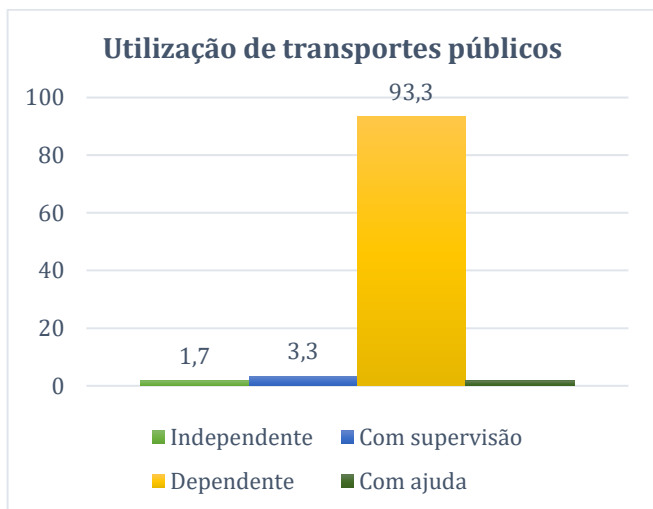


Gráfico 9. Frequências relativas (%) de resposta aos itens Utilização de transportes públicos.

Em relação a atividades instrumentais de vida diária (gestão do dinheiro, administração de medicamentos, utilização de transportes públicos – Gráficos 7 a 9), verificam-se, igualmente, altos níveis de dependência, sendo que em apenas 1,7% dos casos é referida independência da pessoa cuidada na utilização de transportes públicos, em 3,3% é referida independência na administração de medicamentos, e em 10% é referida independência na gestão do dinheiro.

2.2. Estado mental da Pessoa Cuidada

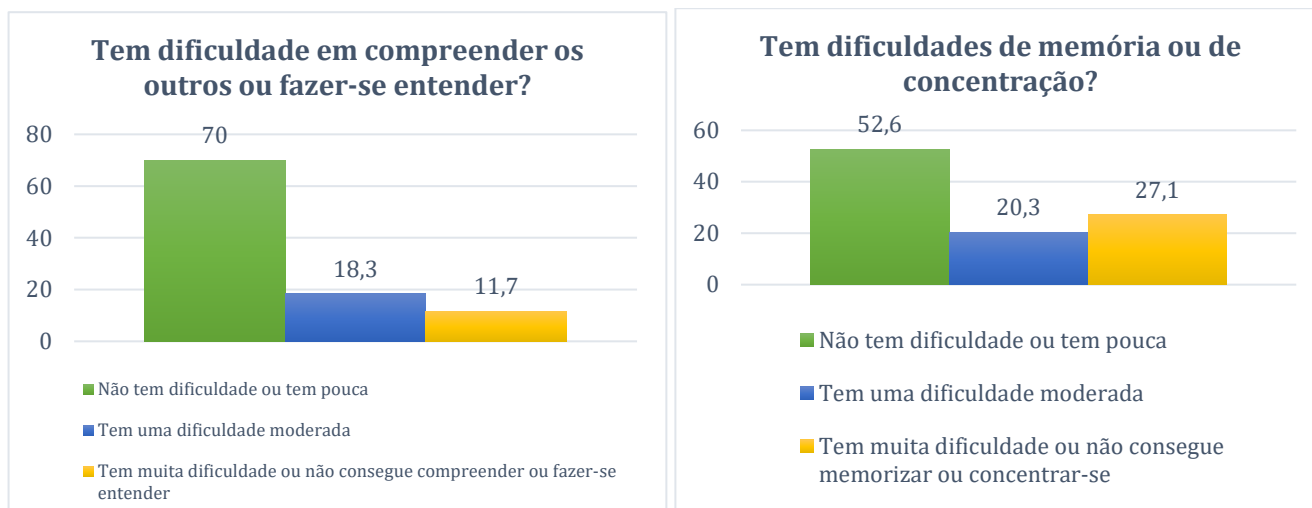


Gráfico 10 e 11. Frequências relativas (%) de resposta aos itens de resposta aos itens Dificuldade na compreensão/fazer-se entender e Memória/concentração.

No que respeita ao estado mental, é possível perceber que em 30% dos casos é reportado que a pessoa cuidada tem uma dificuldade moderada ou grave em compreender os outros ou fazer-se entender, enquanto no que se refere a dificuldades de memória/concentração, essa percentagem aumenta para 47,4% (Gráficos 10 e 11).

3. Perfil da Prestação de Cuidados

Tabela 3. Descrição das características da prestação de cuidados

	Prestação de Cuidados
Coresidência (n, %)	
Sim	47 (78,3)
Não	13 (21,7)
Dias de cuidado/semana (M, dp)	6,78 (0,96)
Horas de cuidado/dia (M, dp)	18,15 (8,22)
Anos de cuidado (M, dp)	7,07 (8,26)
Conta com algum tipo de apoio de outras pessoas ou serviços?	
Sim	37 (61,7)
Não	23 (38,3)
Enquanto cuidador, beneficia ou já beneficiou de algum tipo de apoio?	
Sim	5 (8,3)
Não	55 (91,7)

A análise da tabela 3 indica-nos que na grande maioria dos casos (78,3%) existe coresidência entre cuidador e pessoa cuidada, e que em mais de metade dos casos (61,7%) os cuidadores referem contar com algum tipo de apoio de outra pessoa ou serviço na prestação de cuidados, apesar de 91,7% referir que enquanto cuidador não beneficiam de qualquer apoio. Em média, a prestação de cuidados ocorre há cerca de sete anos, ascende a cerca de dezoito horas por dia, sendo que ocorre mais de seis dias e meio por semana.

| ANÁLISE DE IMPACTO DO CQC

1. Qualidade de vida relacionada com o cuidado

| Care-related Quality of Life - CarerQoL-7D

O Care-related Quality of Life (CarerQoL-7D) foi desenvolvido para avaliar o impacto da prestação de cuidados informais nos cuidadores (Brouwer et al., 2016). Este instrumento reúne 7 dimensões da prestação de cuidados informais (5 negativos e 2 positivos). Para cada dimensão há 3 possibilidades de resposta: nenhum(a)/ nenhuns, algum(a)/ alguns, muito(a)/ muitos. O score resulta da soma dos 7 itens da escala (varia de 0 a 14), sendo que maiores scores indicam maior qualidade de vida.

- Análise do score médio

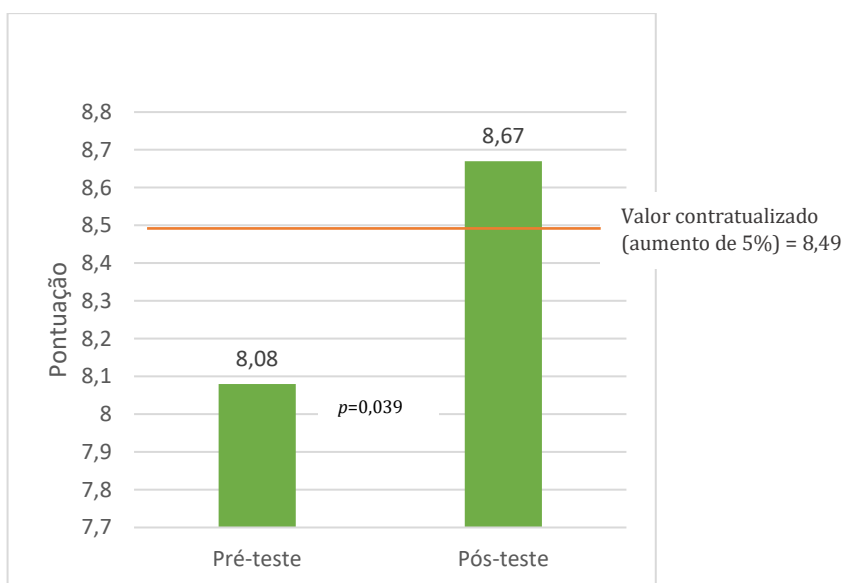


Gráfico 12. Score médio obtido no CarerQoL-7D no pré-teste e no pós-teste.

A análise do score médio da CarerQoL-7D nos momentos de pré e pós-teste (Gráfico 1), permite-nos verificar que houve um aumento significativo na qualidade de vida relacionada com o cuidado reportada pelos cuidadores após participação no CQC.

Adicionalmente, o cálculo da melhoria média no score da CarerQoL-7D (ver fórmula abaixo), mostra-nos que o aumento no score médio de 8,08 no pré-teste para 8,67 no pós-teste corresponde a uma melhoria média do score CarerQoL-7D de 7,22% - o que se traduz num valor superior àquele que estava contratualizado (5%).

$$R = \left(\frac{\text{Média B}}{\text{Média A}} - 1 \right) * 100$$

Em que Média B e Média A são as médias agregadas dos 60 cuidadores informais para o pós-teste e pré-teste, respetivamente.

Em apêndice a este documento é apresentada uma tabela com os scores dos 60 cuidadores considerados para a avaliação de impacto, sendo possível verificar que em relação ao score da CarerQol-7D, 29 cuidadores melhoraram, 11 mantiveram a sua pontuação, e 20 diminuíram o score entre os momentos de pré e pós-teste.

- Análise de frequências de cada um dos itens da CarerQol-7D

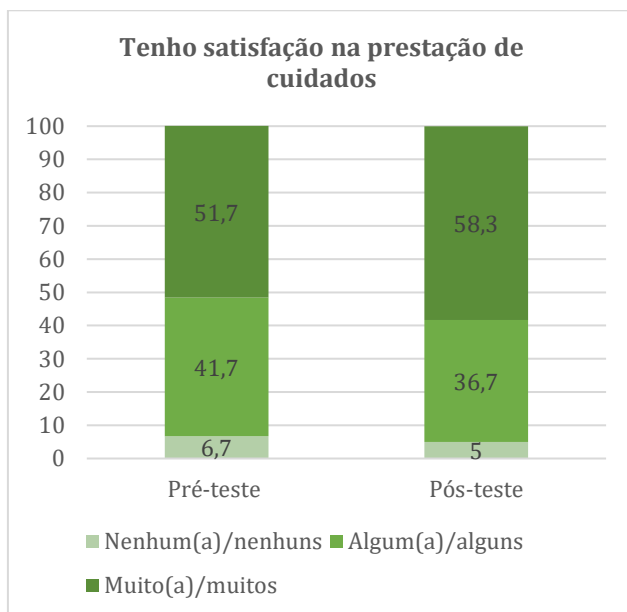


Gráfico 13. Frequências (%) de resposta ao item 1 (CarerQol-7D).

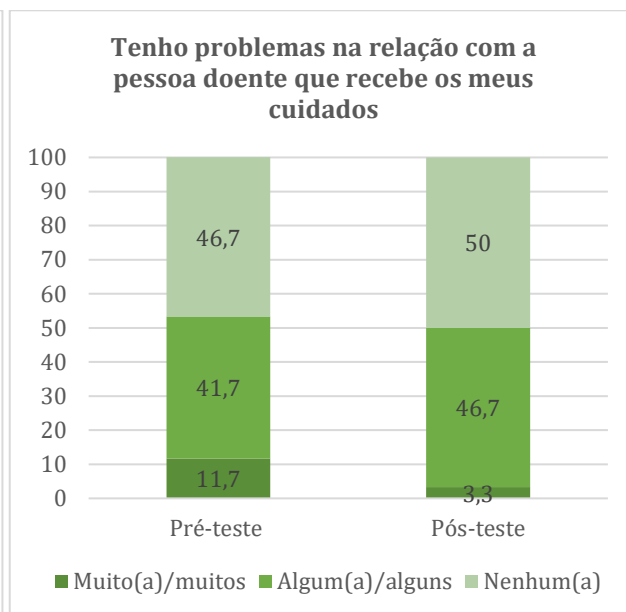


Gráfico 14. Frequências (%) de resposta ao item 2 (CarerQol-7D).

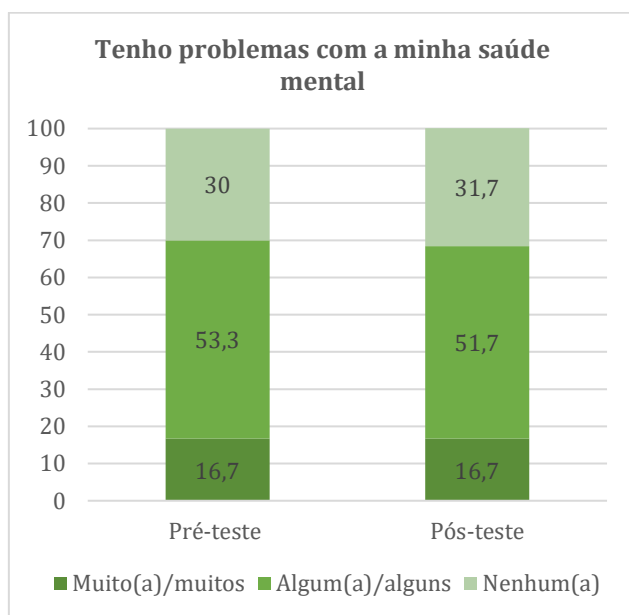


Gráfico 15. Frequências (%) de resposta ao item 3 (CarerQol-7D).

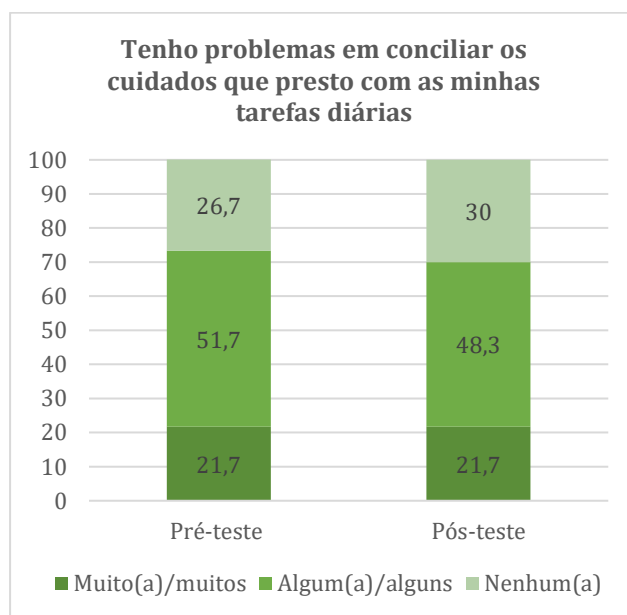


Gráfico 16. Frequências (%) de resposta ao item 4 (CarerQol-7D).

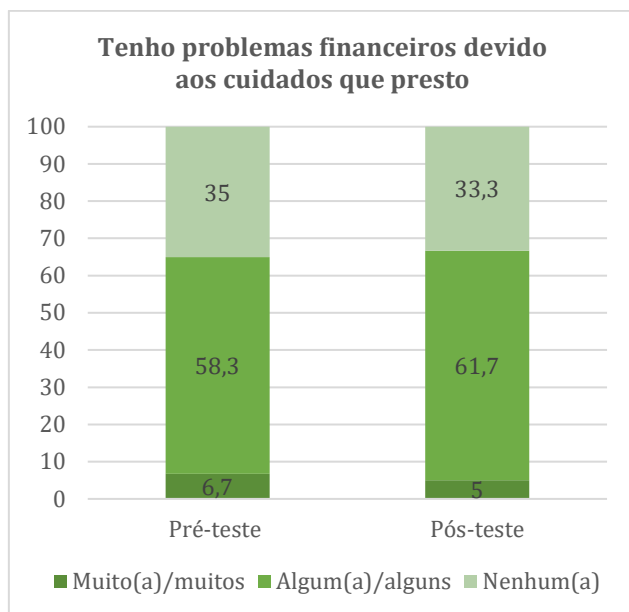


Gráfico 17. Frequências (%) de resposta ao item 5 (CarerQol-7D).

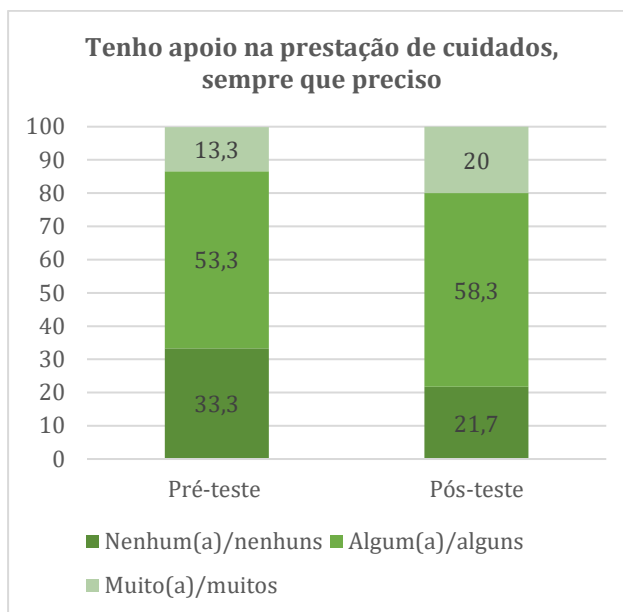


Gráfico 18. Frequências (%) de resposta ao item 6 (CarerQol-7D).

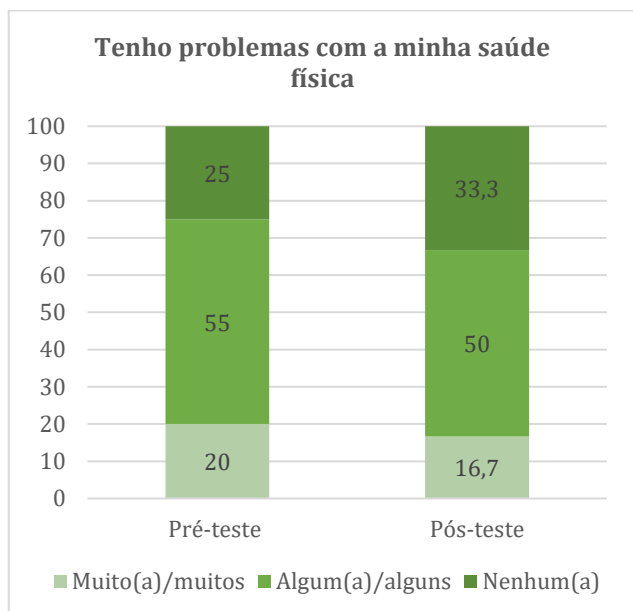


Gráfico 19. Frequências (%) de resposta ao item 7 (CarerQol-7D).

A análise dos itens correspondentes às dimensões positivas da CarerQol-7D (itens 1 e 6) mostra-nos que entre os momentos de pré e pós-teste a percentagem de cuidadores que refere ter muita satisfação na prestação de cuidados aumenta 6,6% (de 51,7% para 58,3%), enquanto a percentagem de cuidadores que refere não ter nenhum apoio na prestação de cuidados diminui 11,6% (de 33,3% para 21,7%). Em relação aos itens correspondentes a dimensões negativas (itens 2, 3, 4, 5 e 7), é possível verificar igualmente uma evolução no sentido positivo nos itens 2, 5 e 7, em que a frequência de resposta “muito(a)/muitos” problemas diminui, e que é mais acentuada no item “tenho problemas na relação com a pessoa doente que recebe os meus cuidados” (que baixou de 20% para 8,3%). No que respeita aos itens 3 e 4, verifica-se uma manutenção da frequência de resposta “muito(a)/muitos” problemas.

| CarerQol-VAS

O instrumento CarerQol reúne, para além dos 7 itens apresentados acima, também uma medida subjetiva de sobrecarga com a avaliação do cuidado informal em termos de bem-estar (CarerQoL-VAS). A CarerQoL-VAS é uma escala visual analógica com uma escala de 0 (totalmente infeliz) até 10 (totalmente feliz) na qual os cuidadores indicam o seu nível de felicidade no momento presente. Deste modo, scores maiores correspondem a maior bem-estar.

- Análise do score médio

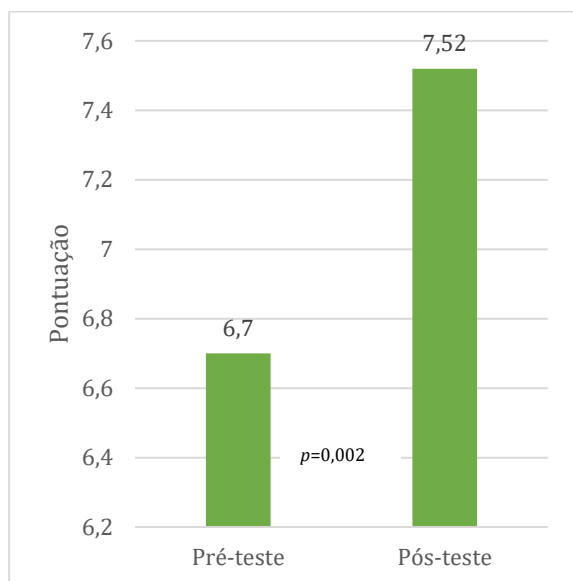


Gráfico 20. Score médio obtida no CarerQol-VAS no pré-teste no pós-teste.

A análise do score médio da CarerQol-VAS nos momentos de pré e pós-teste permite-nos verificar que houve um aumento significativo no nível de felicidade reportado pelos cuidadores após participação no CQC.

2. Competência do Cuidador

| Escala de Autoavaliação de Competências do Cuidador Informal – EACCI

A Escala de Autoavaliação de Competências do Cuidador Informal (EACCI) foi desenvolvida pelas equipas do CINTESIS e CASTIIS com base na experiência acumulada de fases anteriores do projeto CQC, e pretende avaliar a autoeficácia e sentido de competência dos cuidadores informais. O score resulta da soma dos 10 itens da escala, podendo os scores variar entre 0 e 30; maiores scores indicam uma melhor autoavaliação das competências para cuidar.

- Análise do score médio

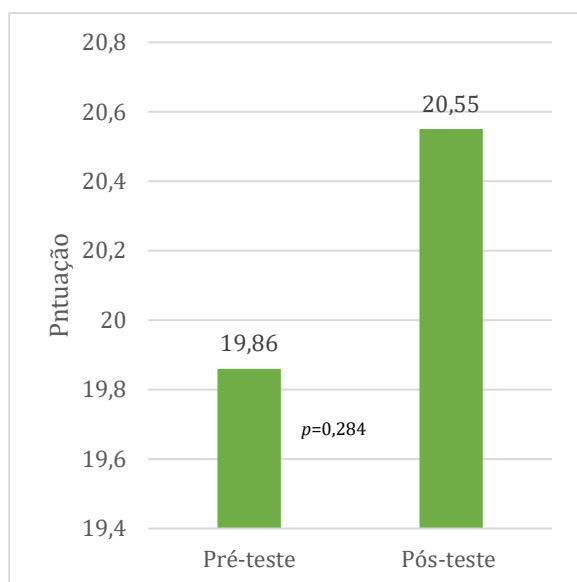


Gráfico 21. Score médio obtido na EACCI no pré-teste e no pós-teste.

A análise do score médio da EACCI nos momentos de pré e pós-teste permite-nos verificar que houve um aumento (embora não significativo do ponto de vista estatístico) no nível de competências reportado pelos cuidadores após participação no CQC.

- Análise de frequências de cada um dos itens da EACCI

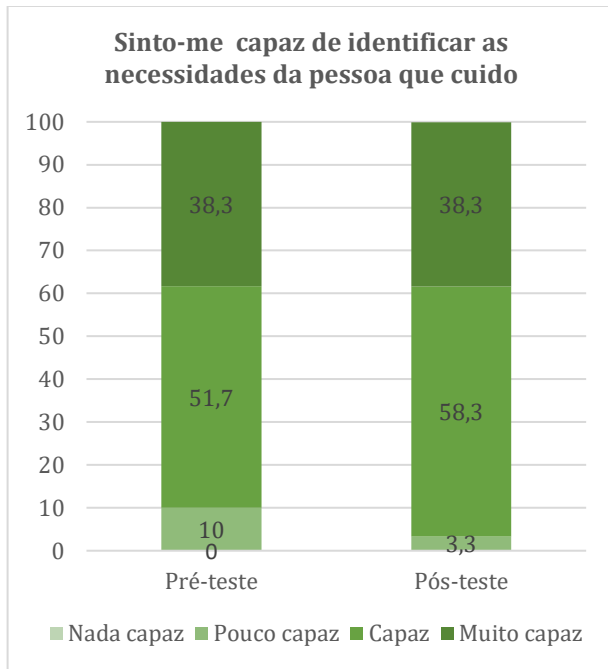


Gráfico 22. Frequências (%) de resposta ao item 1 (EACCI).

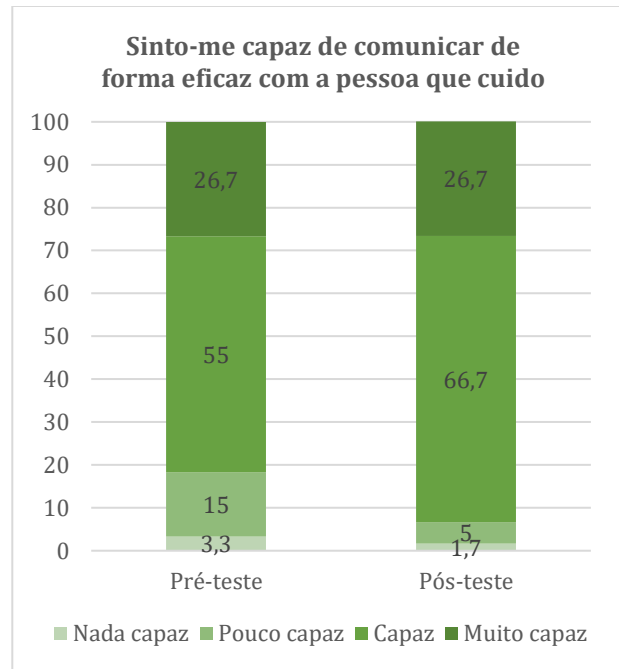


Gráfico 23. Frequências (%) de resposta ao item 2 (EACCI).

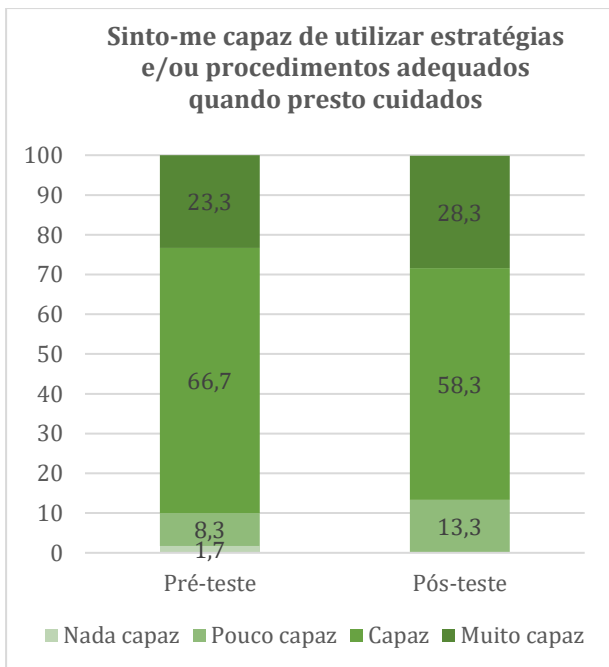


Gráfico 24. Frequências (%) de resposta ao item 3 (EACCI).

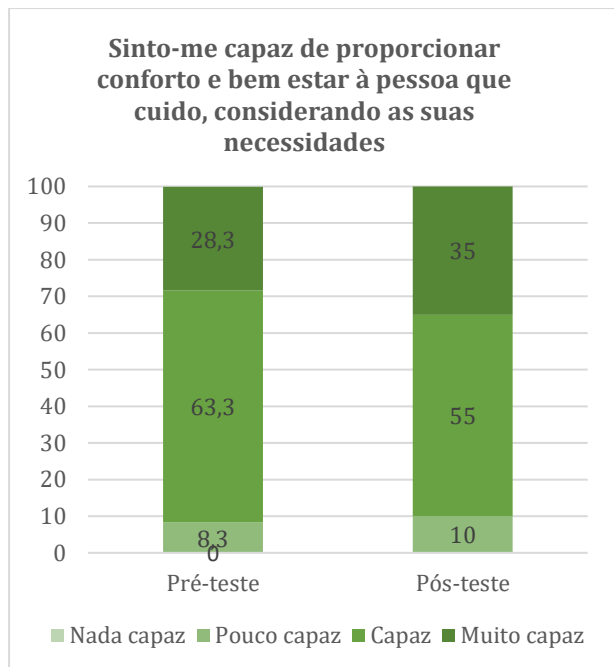


Gráfico 25. Frequências (%) de resposta ao item 4 (EACCI).

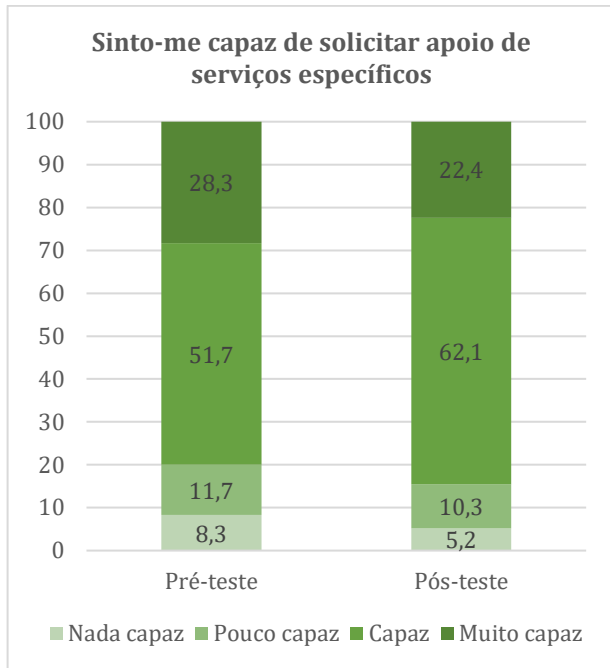


Gráfico 26. Frequências (%) de resposta ao item 5 (EACCI).

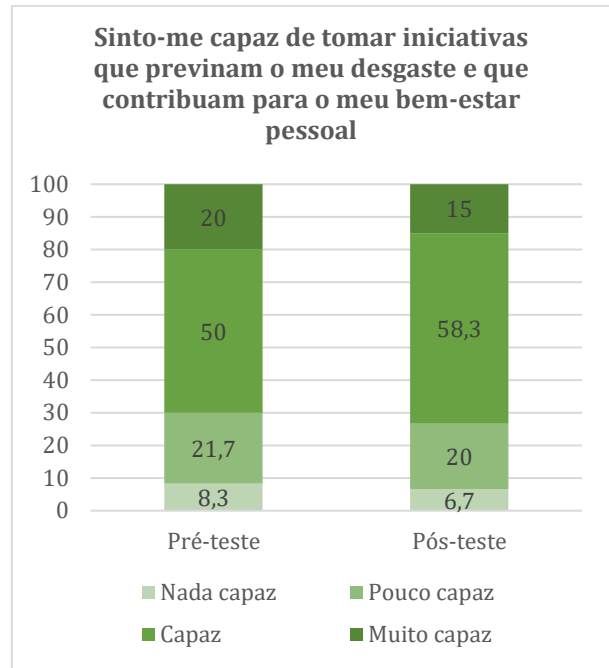


Gráfico 27. Frequências (%) de resposta ao item 6 (EACCI).

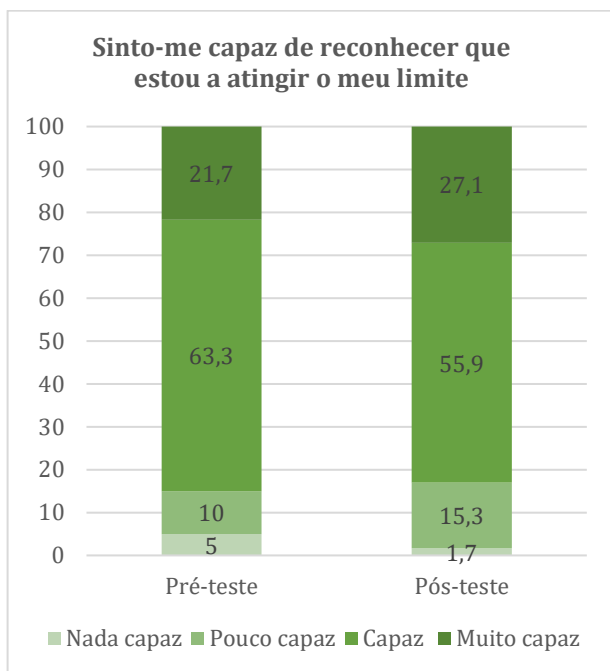


Gráfico 28. Frequências (%) de resposta ao item 7 (EACCI).

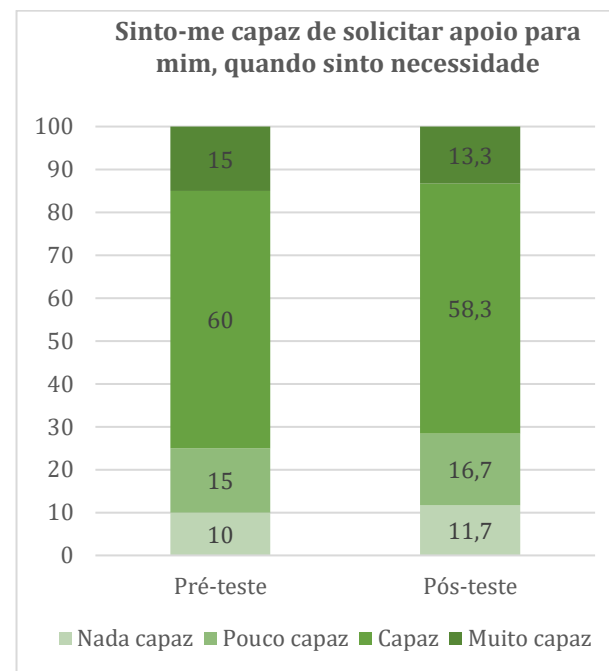


Gráfico 29. Frequências (%) de resposta ao item 8 (EACCI).

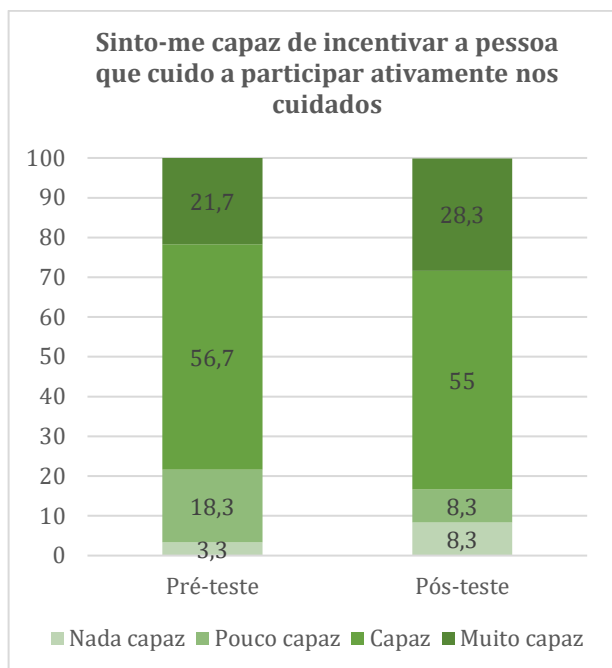


Gráfico 30. Frequências (%) de resposta ao item 9 (EACCI).

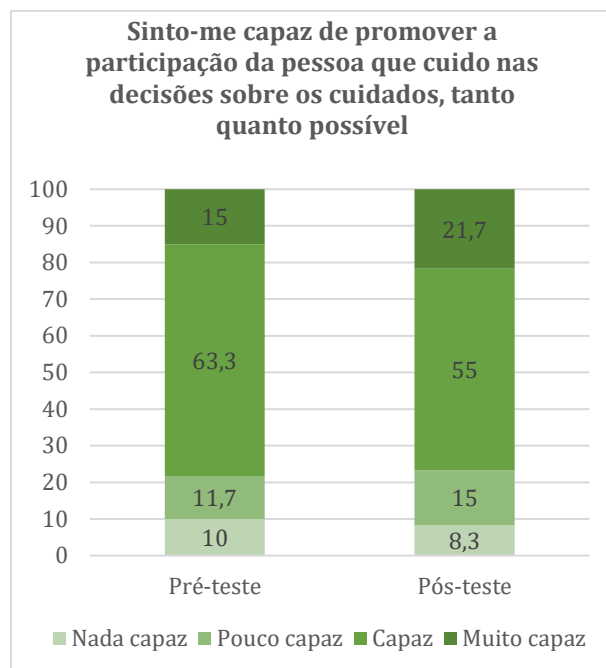


Gráfico 31. Frequências (%) de resposta ao item 10 (EACCI).

A análise das frequências de resposta a cada um dos itens que compõem a EACCI mostra-nos que no pré-teste as competências em que um maior número de cuidadores refere ser “muito capaz” são: “sinto-me capaz de identificar as necessidades da pessoa que cuida” (38,3%), “sinto-me capaz de proporcionar conforto e bem-estar à pessoa que cuida, considerando as suas necessidades”, e “sinto-me capaz de solicitar apoio de serviços específicos” (ambos com 28,3%). Em sentido inverso, as competências em que um maior número de cuidadores refere ser “nada capaz” são: “sinto-me capaz de solicitar apoio para mim, quando sinto necessidade”, e “sinto-me capaz de promover a participação da pessoa que cuida nas decisões sobre os cuidados, tanto quanto possível” (ambos com 10%). No pós-teste, as competências em que um maior número de cuidadores refere ser “muito capaz” mantêm-se: “sinto-me capaz de identificar as necessidades da pessoa que cuida”, mantendo a percentagem do pré-teste (38,3%), e “sinto-me capaz de proporcionar conforto e bem-estar à pessoa que cuida, considerando as suas necessidades”, mas com uma percentagem superior (35%), que representa um aumento de 6,7% face ao pré-teste. À exceção das competências “sinto-me capaz de incentivar a pessoa que cuida a participar ativamente nos cuidados”, e “sinto-me capaz de solicitar apoio para mim, quando sinto necessidade”, para as restantes, verifica-se uma manutenção ou diminuição das percentagens de resposta “nada capaz”.

| **autopercepção de competência**

Para além da EACCI, foi também considerada a utilização de uma escala visual analógica para avaliar a autopercepção do cuidador acerca da sua competência geral para cuidar através da questão “Quão competente se sente atualmente para cuidar do seu familiar?”. O score varia entre 0 (totalmente incompetente) e 10 (totalmente competente). Deste modo, quanto maior a pontuação, melhor a autopercepção de competência para cuidar.

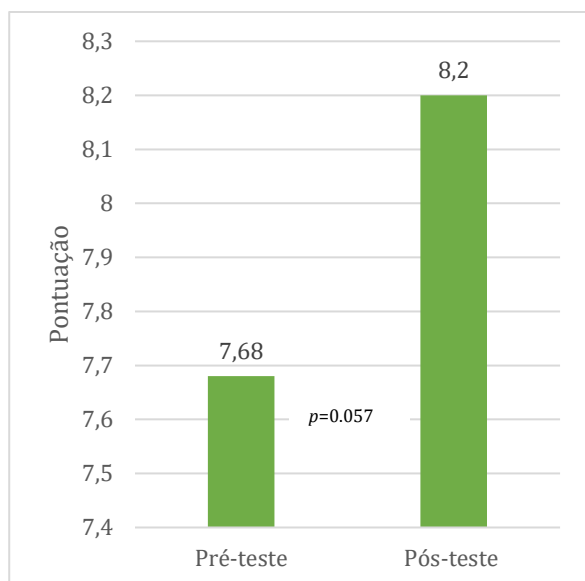


Gráfico 32. Score médio obtido na autopercepção de competências no pré-teste e no pós-teste.

A análise do score médio das respostas à questão da autopercepção de competência para cuidar, nos momentos de pré e pós-teste, permite-nos verificar que houve um aumento (embora não significativo do ponto de vista estatístico) no nível de competências reportado pelos cuidadores após participação no CQC.

3. *Distress* Psicológico

| Escala de Ansiedade e Depressão Hospitalar - HADS

A Escala de Ansiedade e Depressão foi desenvolvida para avaliar a presença de *distress* psicológico, designadamente ansiedade e depressão (Zigmond & Snaith, 1983). Apresenta no total 14 itens divididos em duas subescalas (uma para avaliação da depressão e outra para avaliação da ansiedade), cada uma constituída por 7 itens. O score total da HADS resulta da soma dos 14 itens da escala e pode variar entre 0 e 42 pontos. Por sua vez, para cada uma das subescalas a pontuação pode variar entre 0 e 21. Maiores scores indicam maior *distress* psicológico.

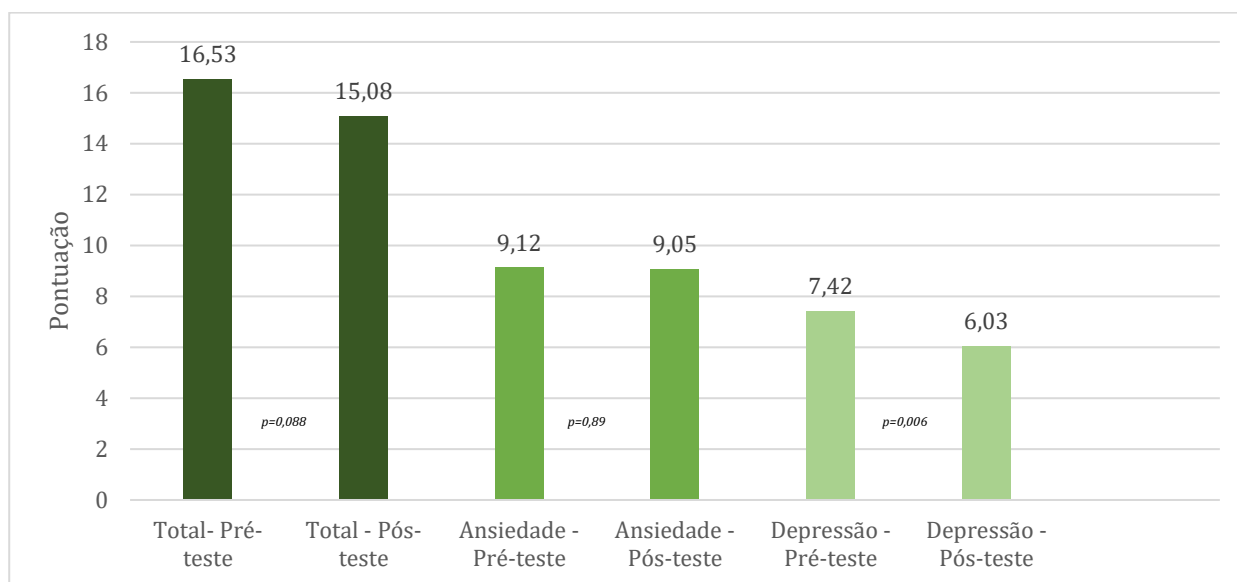


Gráfico 33. Score médio obtido no HADS (total, subescala da ansiedade e subescala da depressão) no pré-teste e no pós-teste.

A análise do score médio total da HADS nos momentos de pré e pós-teste, permite-nos verificar que houve uma diminuição (embora não significativa do ponto de vista estatístico) no nível de *distress* global experienciado pelos cuidadores após participação no CQC. Quando analisadas cada uma das subescalas separadamente, verifica-se que os cuidadores apresentam maiores níveis de ansiedade do que de sintomatologia depressiva. Ainda assim, ocorre uma diminuição significativa dos níveis de depressão entre os momentos de pré e pós-teste, e uma diminuição (embora também não significativa do ponto de vista estatístico) dos níveis de ansiedade.

4. Perseverança do Cuidador

A análise do tempo de perseverança do cuidador foi operacionalizada através da questão “Se a situação de cuidado informal permanecer como está agora, quanto tempo mais acha que será capaz de lidar com a prestação de cuidados?” (Kraijo, van Exel, & Brouwer, 2015). Nesta questão os cuidadores foram convidados a selecionar uma das seguintes opções de resposta: (i) menos de uma semana; (ii) mais de uma semana, mas menos de um mês; (iii) mais de um mês, mas menos de seis meses; (iv) mais de seis meses, mas menos de um ano; (v) mais de um ano, mas menos de dois anos; (vi) mais de dois anos. A perseverança é calculada em meses, tomando como referência o meio da categoria selecionada (nas 5 primeiras categorias). Por exemplo, se o cuidador selecionar “3=Mais de um mês, mas menos de seis meses”, a cotação será 3,5 meses; se o cuidador selecionar a opção “6=Mais de dois anos” corresponderá arbitrariamente a 30 meses.

- Análise do score médio

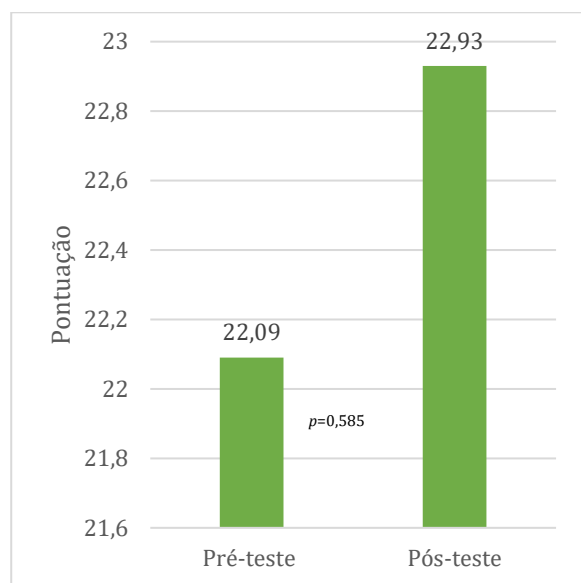


Gráfico 34. Score médio obtido no tempo de perseverança, no pré-teste e no pós-teste.

A análise do score médio das respostas à questão da perseverança nos momentos de pré e pós-teste permite-nos verificar que houve um aumento (embora não significativa do ponto de vista estatístico) no nível de perseverança reportado pelos cuidadores após participação no CQC.

- Análise de frequências de cada hipótese de resposta

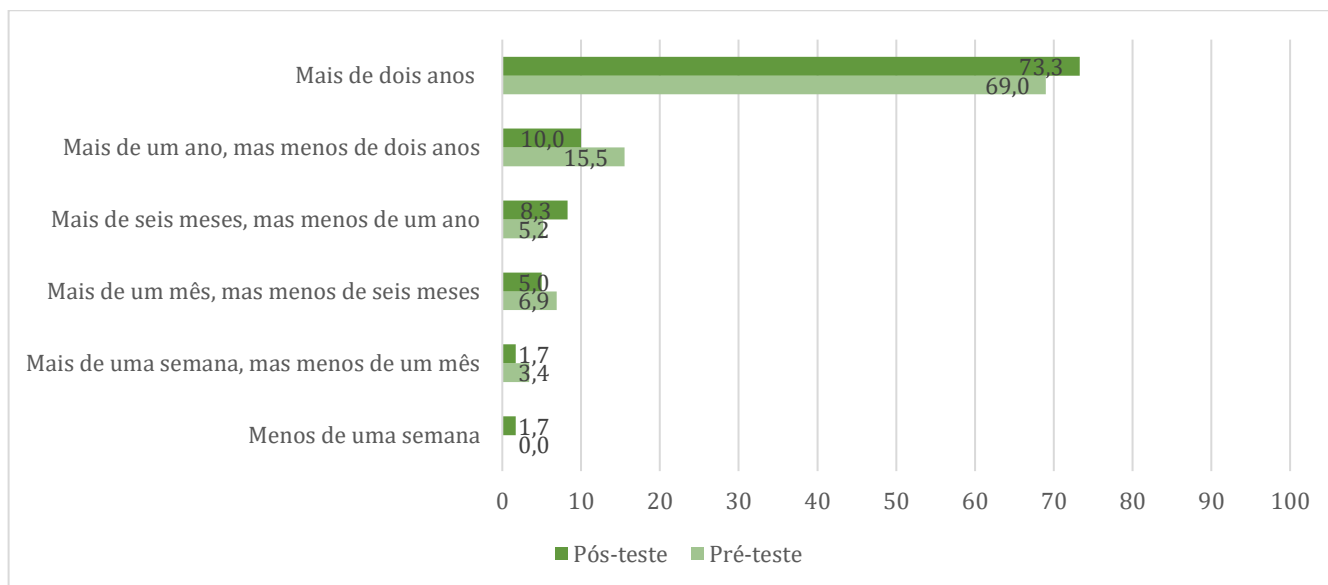


Gráfico 35. Frequências relativas (%) no tempo de perseverança nos momentos pré-teste e pós-teste.

A análise do gráfico 35 permite-nos verificar que entre os momentos de pré e pós-teste as categorias de resposta correspondentes a períodos menores perdem relevância, e que há um aumento na percentagem de resposta nos períodos maiores. Por exemplo, a percentagem de cuidadores que refere a opção “mais de dois anos” aumenta de 69% para 73,3%.

| ANÁLISE EXPLORATÓRIA DAS CARACTERÍSTICAS DOS CUIDADORES AGRUPADOS POR IMPACTO NA CARERQOL-7D

Como já foi referido acima no tópico da análise de impacto na qualidade de vida relacionada com o cuidado (CarerQol-7D – a medida contratualizada), observou-se que 29 cuidadores considerados nesta **quarta coorte** melhoraram o seu score entre o momento de pré-teste e o momento de pós-teste (n=29). Verificou-se, contudo, que 20 cuidadores apresentaram um score mais baixo após a intervenção e que 11 mantiveram-no. Deste modo, fez-nos sentido fazer uma análise exploratória das características do cuidador, da pessoa cuidada, da situação de prestação de cuidados e dos construtos avaliados, dividindo os cuidadores em dois grupos (os que melhoraram vs. os que mantiveram ou pioraram) de modo a tentar perceber potenciais diferenças que nos possam ajudar a entender os resultados. A Figura 2 apresenta os resultados dessa avaliação de potenciais diferenças entre os dois grupos.

Em relação ao perfil do cuidador, verifica-se que é no grupo de cuidadores que mantiveram ou pioraram que a média de idades é menor, e em que há uma maior percentagem de cuidadores do sexo feminino, cuidadores casados, e cuidadores que co-residem com a pessoa cuidada. É também neste grupo que se verifica uma maior percentagem de existência de apoio de outras pessoas ou serviços para a pessoa cuidada, e que poderá ajudar a explicar que este grupo não tenha sentido um efeito tão significativo pela participação nos grupos psicoeducativos. No que respeita ao perfil da pessoa cuidada verifica-se que é no grupo de cuidadores que melhoraram que a média de idades da pessoa cuidada é maior, ainda que em termos da situação de prestação de cuidados seja este grupo também aquele que apresenta uma duração média de cuidados inferior, e que são realizados de forma menos intensiva (menor número médio de dias/semana e menor número médio de horas/dia, este último com uma diferença estatisticamente significativa).

Os resultados com particular relevância observam-se quando se analisam as médias nos vários construtos avaliados: os cuidadores que não melhoraram tinham à partida um melhor nível de qualidade de vida relacionada com o cuidado, um maior nível de auto-percepção de competência e perseverança, assim como menores níveis de *distress* psicológico. O facto de estes cuidadores estarem antes da intervenção em melhores condições, pode ajudar a explicar que não tenham percebido tanto benefício com as intervenções do CQC.

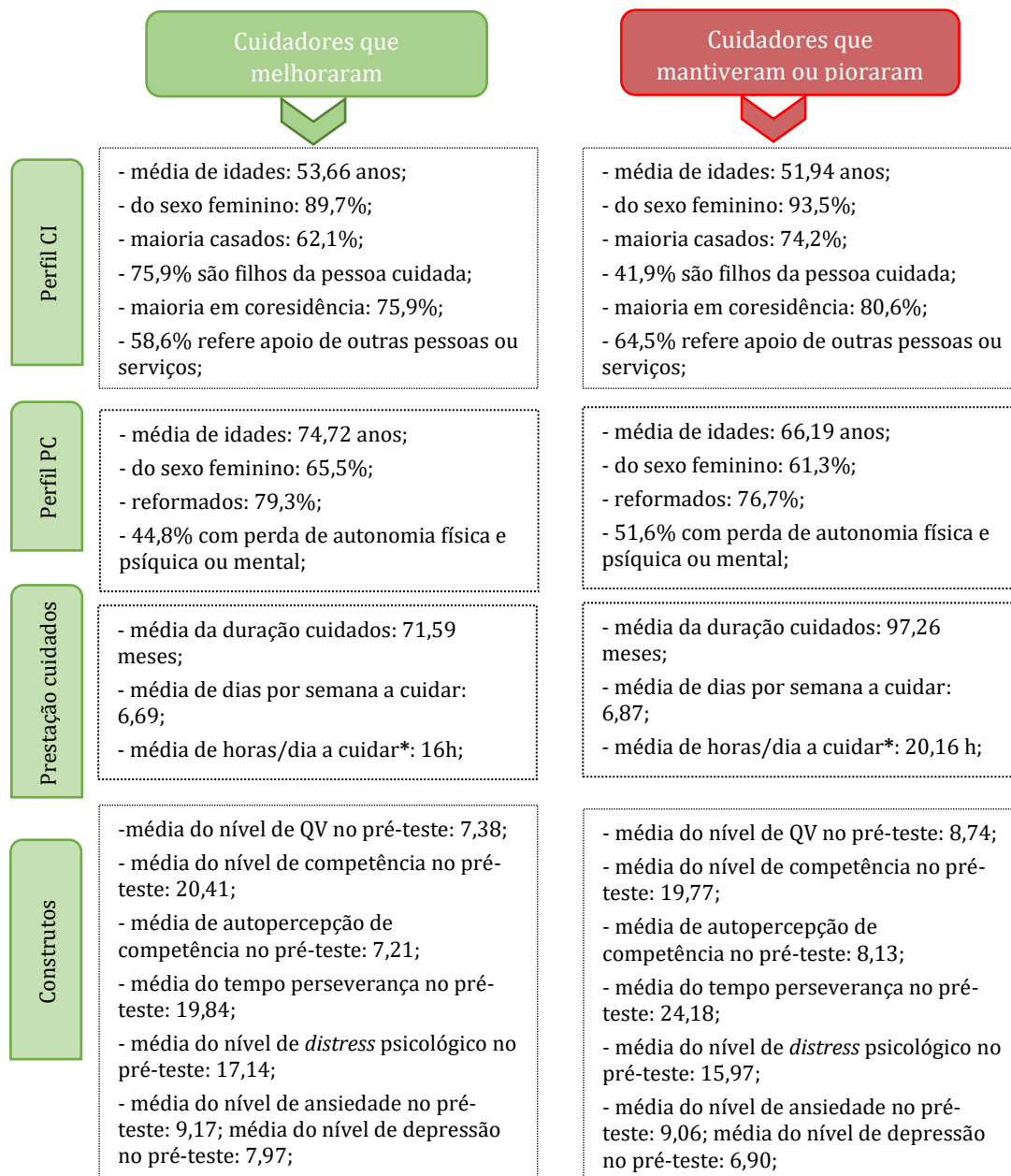


Figura 2. Perfil dos cuidadores informais, pessoas cuidadas, situação de prestação de cuidados e construtos de acordo com a evolução entre os momentos de pré e pós-teste na CarerQol-7D. * indica diferença estatisticamente significativa na comparação dos grupos.

| DISCUSSÃO

O presente relatório focou-se na análise do impacto de intervenções CQC na **quarta coorte** de 60 cuidadores, dando especial ênfase à qualidade de vida relacionada com o cuidado - medida contratualizada. Ainda antes de abordar esta dimensão, importa fazer uma nota em relação ao perfil dos cuidadores informais, das pessoas cuidadas, e da prestação de cuidados.

Deste modo, observa-se uma predominância de cuidadores do sexo feminino, casados, filhos da pessoa cuidada, e desempregados, pese embora em relação à escolaridade o perfil seja mais heterogéneo, com percentagens similares de cuidadores com escolaridade ao nível do ensino secundário e de cuidadores com escolaridade ao nível do 3º ciclo do Ensino Básico/9º ano. Esta quarta coorte de cuidadores abrange intervenções psicoeducativas que decorreram tanto no formato online como de forma presencial, o que pode explicar este perfil heterogéneo.

Em relação às pessoas cuidadas observa-se igualmente uma predominância de indivíduos do sexo feminino e reformados, mas um perfil heterogéneo no que respeita ao estado civil – com percentagens similares de pessoas cuidadas viúvas e casadas. O facto desta terceira fase do projeto CQC abrir a intervenção a cuidadores de pessoas dependentes sem patologia específica pode contribuir para explicar a grande variação observada na idade mínima e máxima das pessoas cuidadas (8 e 97 anos, respetivamente), uma vez que são abrangidos quer cuidadores pais de crianças, como cuidadores filhos de pessoas idosas.

No que respeita ao tipo de dependência, verifica-se um perfil heterogéneo, com percentagens similares de situações em que é referida a existência de dependência quer ao nível físico, quer psíquico ou mental (48,3%), e situações em que é referida apenas a existência de dependência ao nível físico (45%). Também no que respeita ao motivo da dependência, verifica-se um perfil diversificado, ainda que as situações mais frequentemente apontadas sejam a demência e o próprio processo de envelhecimento. Observa-se, ainda, que na grande maioria dos casos existe coresidência entre cuidador e pessoa cuidada, o que pode explicar os elevados valores médios de horas de cuidado (M=18,15) por dia, e de dias por semana (M=6,78) reportados.

No que respeita ao impacto das intervenções CQC, importa evidenciar que em todos os constructos avaliados se observou uma melhoria dos resultados entre o momento de pré teste e o momento de pós teste. Começando pela medida contratualizada, destaca-se o facto de a melhoria média ter aumentado em valor superior ao que estava contratualizado (observamos uma percentagem de 7,22%, sendo que o valor contratualizado era de 5%), com os cuidadores a expressar maior satisfação com a prestação de cuidados, ao mesmo tempo que expressaram menor existência de problemas relacionados com a prestação de cuidados. Em relação à perceção de competência para cuidar, observou-se que os cuidadores já tinham em média um bom sentido de competência antes da intervenção (i.e., o valor médio encontrava-se acima de metade do valor máximo da escala); ainda assim, observou-se uma melhoria, mostrando que o apoio do CQC promoveu a aquisição de novas competências, apesar de parecer continuar a existir alguma dificuldade dos cuidadores em tomarem iniciativas que previnam o seu desgaste e que contribuam para o seu bem-estar pessoal. As intervenções do CQC mostraram-se também eficazes na diminuição dos níveis de *distress* psicológico, com benefícios significativos ao nível da sintomatologia depressiva apresentada pelos cuidadores. A

participação nas intervenções do CQC mostrou ainda contribuir para um aumento do tempo estimado de perseverança no papel de cuidador.

Por fim, uma nota deve também ser dada às (potenciais) diferenças entre os cuidadores que tiveram uma melhoria no score da CarerQol-7D e os que não tiveram (porque mantiveram ou pioraram o score) que mostrou que as principais diferenças poderão dever-se ao facto de os cuidadores que não melhoraram terem à partida melhores scores de qualidade de vida, auto-percepção de competência, perseverança e *distress* psicológico, podendo não perceber tanto benefício com a participação nas intervenções do CQC (mesmo que o possam expressar de forma informal durante os grupos psicoeducativos à equipa CQC). A salientar, ainda, a diferença estatisticamente significativa observada no número médio de horas/dia a cuidar, que revelou que os cuidadores que melhoraram têm menor nº de horas diário, o que poderá concorrer para um menor nível de sobrecarga experienciado, e consequentemente, melhores níveis de qualidade de vida relacionada com o cuidado.

| CONCLUSÃO

A análise de impacto na **quarta coorte** de cuidadores informais participantes nas intervenções do CQC (grupos psicoeducativos e GAC) mostra que há benefícios decorrentes da intervenção em diferentes construtos, como a qualidade de vida, *distress* psicológico, competência e perseverança. A análise dos dados da medida contratualizada - CarerQol-7D - mostrou que o score da qualidade de vida relacionada com o cuidado melhorou acima do valor contratualizado (um aumento de 5%).

| REFERÊNCIAS

Brouwer, W. B., van Exel, N. J., van Gorp, B., & Redekop, W. K. (2006). The CarerQol instrument: a new instrument to measure care-related quality of life of informal caregivers for use in economic evaluations. *Quality of Life Research*, 15(6), 1005–1021.

Kraijo, H., van Exel, J., & Brouwer, W. (2015). The perseverance time of informal carers for people with dementia: results of a two-year longitudinal follow-up study. *BMC Nursing*, 14(1). doi:10.1186/s12912-015-0107-5.

Zigmond, A. P., & Snaith, R. P. (1983). The hospital anxiety and depression scale. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 67(6), 361-370.

| APÊNDICES

Tabela 1. Scores obtidos pelos 60 cuidadores da **quarta coorte**, nos construtos avaliados para análise de impacto.

#	ID	Grupo	CarerQoI-7D			CarerQoI-VAS			EACCI			Competência Perseverança			Distress		
			Pré	Pós	Var.	Pré	Pós	Var.	Pré	Pós	Var.	Pré	Pós	Var.	Pré	Pós	Var.
1	307568	PP Esposende #1	9	7	-	8	3	-	15	23	+	7/NR	8/30	+ / NR	25	29	-
2	305578	PP online #19	11	10	-	9	9	=	26	24	-	10/3,5	9/4,5	- / +	2	4	-
3	308087	PP online #19	8	6	-	6	7	+	22	22	=	8/4,5	8/5,5	= / +	9	9	=
4	307579	PP online #19	11	10	-	8	8	=	23	28	+	9/5,5	9/5,5	= / =	16	12	+
5	308088	PP online #19	8	7	-	7	7	=	24	17	-	8/5,5	6/5,5	- / =	22	23	-
6	307580	PP online #19	8	9	+	8	9	+	20	20	=	9/30	9/30	= / =	7	8	-
7	308096	PP online #19	8	9	+	7	8	+	20	26	+	8/5,5	9/30	+ / +	17	12	+
8	307815	PP online #19	7	7	=	8	8	=	25	23	-	8/30	8/30	= / =	7	5	+
9	307064	PP Guimarães #1	9	5	-	7	8	+	22	13	-	9/30	4/30	- / =	10	26	-
10	308336	PP Guimarães #1	8	7	-	5	6	+	16	22	+	9/30	9/4,5	= / -	33	30	+
11	305986	PP Guimarães #1	1	4	+	2	0	-	8	9	+	3/5,5	8/1,5	+ / -	36	30	+
12	307065	PP Guimarães #1	4	11	+	4	8	+	22	23	+	7/5,5	8/30	+ / +	24	4	+
13	308339	PP Guimarães #1	2	9	+	2	9	+	11	29	+	6/1,5	9/30	+ / +	24	4	-
14	308697	PP online #20	9	10	+	8	9	+	15	18	+	8/30	8/30	= / =	18	17	+
15	308695	PP online #20	6	7	+	3	8	+	13	18	+	4/2,5	7/3,5	+ / +	30	24	+
16	308432	PP online #20	11	13	+	8	8	=	16	16	=	7/4,5	8/3,5	+ / -	10	10	=
17	309288	PP online #20	3	4	+	4	5	+	20	21	+	5/4,5	6/5,5	+ / +	26	21	+
18	308391	PP online #20	11	11	=	8	8	=	23	22	-	9/30	9/30	= / =	8	10	-
19	308511	PP_Póvoa de Lanhoso #1	10	11	+	10	10	=	24	23	-	10/NR	10/30	= / NA	3	3	=
20	309501	PP_Póvoa de Lanhoso #1	8	10	+	5	9	+	20	23	+	5/3,5	10/30	+ / +	17	6	+
21	308510	PP_Póvoa de Lanhoso #1	4	7	+	4	5	+	21	20	-	5/3,5	9/30	+ / +	27	24	+
22	308501	PP_Póvoa de Lanhoso #1	6	9	+	8	9	+	21	23	+	8/30	7/30	- / =	21	26	-
23	309500	PP_Póvoa de Lanhoso #1	10	10	=	8	9	+	20	27	+	8/30	9/30	+ / =	10	9	+
24	309589	PP_Póvoa de Lanhoso #1	8	11	+	8	8	=	30	26	-	10/30	10/30	= / =	9	6	+
25	308507	PP_Póvoa de Lanhoso #1	12	14	+	10	10	=	30	30	=	10/30	10/30	= / =	5	2	+
26	308499	PP_Póvoa de Lanhoso #1	8	8	=	10	10	=	21	20	-	7/30	10/30	+ / =	17	22	-
27	309618	PP_Monção#1	5	5	=	7	9	+	17	15	-	10/30	10/5,5	= / -	21	18	+
28	309688	PP_Monção#1	9	8	-	5	3	-	18	20	+	10/30	10/30	= / =	30	28	+
29	309693	PP_Monção#1	9	7	-	8	9	+	23	18	-	8/30	10/30	+ / =	13	19	-
30	309692	PP_Monção#1	9	9	=	8	7	-	13	18	+	8/5,5	8/3,5	= / -	14	11	+

31	309623	PP_Monção#1	10	12	+	8	8	=	24	INC.	NA	9/30	9/30	=/=	17	8	+
32	309621	PP_Monção#1	3	4	+	4	1	-	17	15	-	4/3,5	1/2,5	-/-	27	35	-
33	309619	PP_Monção#1	10	12	+	9	10	+	29	INC.	NA	10/30	10/30	=/=	12	8	+
34	309624	PP_Monção#1	7	8	+	8	8	=	25	19	-	8/30	5/30	-/=	16	19	-
35	309620	PP_Monção#1	6	9	+	4	7	+	15	21	+	6/30	9/30	+/=	32	26	+
36	309622	PP_Monção#1	9	8	-	7	8	+	21	20	-	8/5,5	8/30	=/+	9	10	-
37	309625	PP_Monção#1	8	7	-	5	4	-	9	15	+	5/30	4/30	-/=	33	32	+
38	309728	PP Amares #1	6	4	-	3	5	+	18	22	+	10/30	5/30	-/=	15	24	-
39	309724	PP Amares #1	10	10	=	4	7	+	17	17	=	5/30	9/4,5	+/-	19	18	+
40	309726	PP Amares #1	13	11	-	10	10	=	15	24	+	10/30	10/30	=/=	4	16	-
41	309725	PP Amares #1	3	2	-	6	7	+	19	7	-	10/30	10/4,5	=/-	36	24	+
42	309727	PP Amares #1	8	5	-	5	10	+	24	21	-	10/30	10/30	=/=	26	23	+
43	301866	PP Online #21 PcD	7	6	-	8	7	-	22	17	-	7/30	7/30	=/=	22	19	-
44	308613	PP Online #21 PcD	4	8	+	5	7	+	22	21	-	8/5,5	8/30	=/+	24	12	+
45	308652	PP Online #21 PcD	7	7	=	5	5	=	21	20	-	6/30	8/30	+/=	15	15	=
46	309878	PP Online #21 PcD	9	8	-	8	8	=	23	22	-	10/30	9/30	-/=	18	20	-
47	309964	PP Online #21 PcD	10	10	=	5	7	+	16	18	+	6/30	8/30	+/=	18	14	+
48	310788	PP online #22	10	9	-	7	7	=	22	16	-	7/30	9/30	+/=	8	12	-
49	312345	PP online #22	11	12	+	10	10	=	21	23	+	7/30	10/30	+/=	11	8	+
50	310023	PP online #22	7	7	=	6	7	+	20	20	=	7/5,5	6/5,5	-/=	13	12	+
51	310011	PP online #22	11	9	-	8	8	=	20	20	=	8/30	8/30	=/=	13	13	=
52	310018	PP online #22	13	14	+	8	8	=	20	20	=	8/30	8/30	=/=	6	11	-
53	310787	PP online #22	10	11	+	8	9	+	19	28	+	8/30	9/30	+/=	13	6	+
54	313128	PP TerrasdoBouro#1	8	10	+	8	8	=	20	22	+	8/30	8/30	=/=	15	9	+
55	313133	PP TerrasdoBouro#1	13	14	+	10	10	=	30	29	-	10/30	10/30	=/=	0	1	-
56	313136	PP TerrasdoBouro#1	4	7	+	5	6	+	18	20	+	5/30	10/30	+/=	22	20	+
57	313147	PP TerrasdoBouro#1	11	11	=	8	8	=	20	18	-	7/30	8/30	+/=	2	7	-
58	313134	PP TerrasdoBouro#1	10	9	-	7	10	+	18	23	+	8/30	10/30	+/=	7	0	+
59	313132	PP TerrasdoBouro#1	7	12	+	5	9	+	24	20	-	8/30	9/30	+/=	12	6	+
60	312444	PP Espinho #1	8	9	+	5	6	+	17	18	+	5/30	5/4,5	=/-	16	16	=