



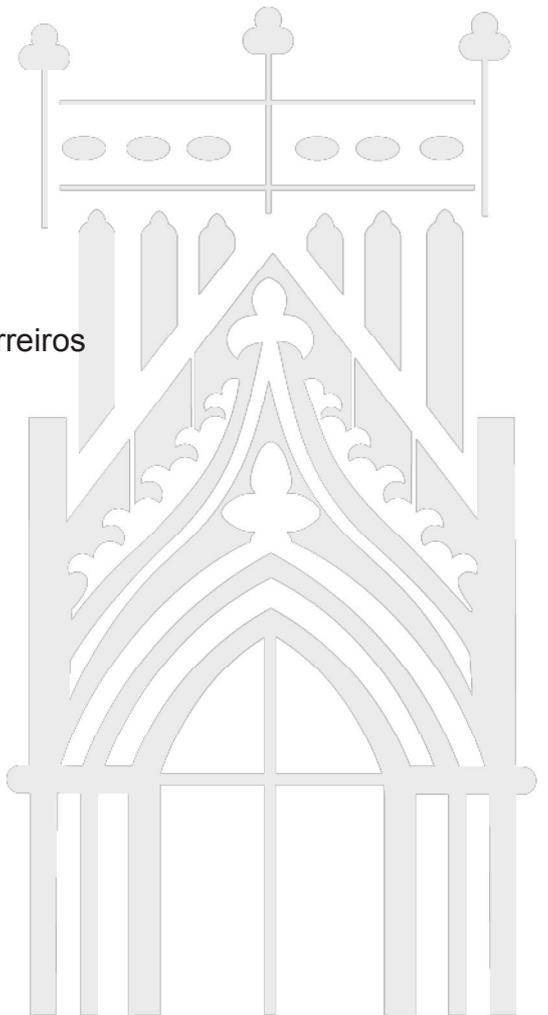
IPG Politécnico
|da|Guarda
Polytechnic
of Guarda

Mestrado em Enfermagem Comunitária

**Necessidades educativas do cuidador informal
da pessoa idosa dependente em contexto
domiciliário.**

Laura Maria Vilhena Coelho da Costa Barreiros

junho | 2019



Escola Superior
de Saúde



Escola Superior de Saúde
Instituto Politécnico da Guarda

I Curso de Mestrado em Enfermagem Comunitária

***Necessidades educativas do cuidador informal da
pessoa idosa dependente em contexto domiciliário***

Trabalho apresentado à Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico da Guarda no âmbito
da Unidade Curricular Relatório.

Autor

Laura Maria Vilhena Coelho da Costa Barreiros

Orientador

Professor Doutor Ezequiel Martins Carrondo

Coorientador

Professora Adjunta Maria Hermínia Nunes Barbosa

Guarda 2019

LISTA DE ABREVIATURAS

% –	Porcentagem
< –	Menor
≥ –	Maior ou igual
cit. –	Citado
ed .-	Edição
<i>et al.</i> –	E outros
ex. -	Exemplo
Exmo. –	Excelentíssimo
n ° -	Número
Trad. –	Tradução

LISTA DE SIGLAS

ABVD -	Atividades Básicas da Vida Diária
ACES -	Agrupamentos de Centros de Saúde
AIVD -	Atividades Instrumentais da Vida Diária
AVC -	Acidente Vascular Cerebral
AVD -	Atividades de Vida Diária
INE -	Instituto Nacional de Estatística
OMS -	Organização Mundial de Saúde
ONU -	Organização das Nações Unidas
PEG -	Gastrostomia Endoscópica Percutânea
QDV -	Qualidade de Vida
REPE -	Regulamento do Exercício Profissional do Enfermeiro
UCSP -	Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados
ULS -	Unidade Local de Saúde
ULSAM -	Unidade Local de Saúde do Alto Minho

AGRADECIMENTOS

Um percurso que chegou ao fim, mas certamente será o início de outros tantos. Agradeço a todos aqueles que comigo caminharam e que me ajudaram a crescer enquanto pessoa e profissional.

Ao Professor Ezequiel Carrondo, orientador desta investigação, que pela sua disponibilidade, pela sua exigência e análises que permitiram a finalização deste estudo.

À Professora Hermínia Barbosa, coorientadora desta investigação, pela sua disponibilidade e colaboração no desenvolvimento que tornou a realização deste estudo possível.

À Enfermeira Chefe da UCSP onde decorreu o estudo, por toda a disponibilidade e estímulo nas fases difíceis, por todo o apoio e ânimo nesta caminhada, por ter acreditado em mim, num momento em que eu própria duvidei, mostrando-me o melhor caminho para alcançar os meus objetivos.

À equipa da UCSP onde decorreu o estudo, pela sua colaboração demonstrada, pelo apoio e por disponibilizarem os meios necessários à consecução deste estudo.

Aos Cuidadores Informais e aos Idosos Dependentes que participaram, de forma voluntária, neste estudo – sem eles nada teria sido possível.

Às minhas colegas de serviço, que tantas vezes sentiram o trabalho aumentado devido à minha ausência.

Por último, à minha família e amigos, por toda a força e energia positiva que sempre me transmitiram – obrigada pelo vosso Amor.

A todos muito obrigada.

INDICE DE FIGURAS

	Página
Figura 1- Pirâmide etária, Portugal, 2015 (estimativas) e 2055 (projeções, por cenários). Fonte (INE, 2017)	33

INDICE DE QUADROS

	Página
Quadro 1- Agrupamento das competências do cuidador informal.....	70
Quadro 2- Distribuição das pessoas idosas dependentes pelas categorias etárias e pelo sexo.....	92
Quadro 3 - Distribuição das pessoas idosas dependentes pelas variáveis sociodemográficas: sexo, idade, estado civil, habilitações académicas, atividade profissional anterior e tipo de família.....	93
Quadro 4- Resumo da distribuição das pessoas idosas dependentes pelas variáveis sociodemográficas: estado civil, habilitações académicas, atividade profissional anterior e tipo de família.....	94
Quadro 5 - Fonte de rendimentos principal das pessoas idosas dependentes.....	96
Quadro 6 - Tipos de apoios de que dispõem as pessoas idosas dependentes...	97
Quadro 7- Causa da dependência da pessoa idosa.....	99
Quadro 8 - Nível de dependência por grupo etário e sexo nas ABVD de acordo com o Índice de Barthel.....	100
Quadro 9- Nível de dependência em cada item de cada atividade de vida diária por grupo etário e sexo de acordo com o Índice de Barthel.....	101
Quadro 10- Nível de dependência nas AIVD por grupo etário e sexo apresentados pelos de acordo com o Índice de Lawton.....	107
Quadro 11- Nível de dependência em cada item de cada nas atividades instrumentais de vida diária por grupo etário e sexo de acordo com o Índice de Lawton.....	108
Quadro 12- Grau de dependência na função cognitiva por grupo etário e sexo.....	112
Quadro 13- Distribuição dos cuidadores informais pelas variáveis sociodemográficas: sexo, idade, estado civil, habilitações académicas, atividade profissional anterior e grau de parentesco com a pessoa idosa dependente.....	115

Quadro 14-	Resumo da caracterização sócio demográfica dos cuidadores informais pelas variáveis sociodemográficas: sexo, grupo etário, estado civil, habilitações académicas, atividade profissional, relação com a pessoa idosa dependente, e coabitação.....	116
Quadro 15-	Temas, subtemas, categorias e subcategorias identificadas a partir da análise de conteúdo das entrevistas.....	122
Quadro 16-	Distribuição dos cuidadores principais pelo número de anos de prestação de cuidados.....	126
Quadro 17-	Tempo dispensado diariamente nos cuidados prestados pelo cuidador informal.....	127
Quadro 18-	Ter outra pessoa dependente para cuidar.....	128
Quadro 19-	Determinantes na adoção do papel de cuidador.....	129
Quadro 20-	Determinantes na preferência para cuidar no domicílio e não numa instituição.....	131
Quadro 21-	Cuidados em que o cuidador sente mais dificuldade.....	134
Quadro 22-	Sentir necessidade de formação.....	135
Quadro 23-	Necessidade educativas dos cuidadores informais.....	137
Quadro 24-	Apoio familiar.....	139
Quadro 25-	Apoio de amigos e vizinhos.....	141
Quadro 26-	Alguém que realize as mesmas tarefas em períodos curtos de ausência.....	142
Quadro 27-	Alguém que realize as mesmas tarefas em períodos longos de ausência.....	142
Quadro 28-	Gostar de ter mais apoio.....	143
Quadro 29-	Apoios formais institucionais.....	145
Quadro 30-	Apoio formal financeiro.....	145
Quadro 31-	Construção da aprendizagem.....	148
Quadro 32-	Procura de informação.....	149
Quadro 33-	Com quem aprendeu.....	150
Quadro 34-	Formação ou experiência específica.....	152
Quadro 35-	Temáticas aprendidas.....	155
Quadro 36-	Momentos de aprendizagem.....	156
Quadro 37-	Metodologia de aprendizagem.....	158

RESUMO

Este estudo pretende identificar as necessidades educativas dos cuidadores informais de modo a promover ações concertadas que se traduzem em ganhos para quem cuida e para quem é cuidado por outros. Para a sua realização enveredamos por um Estudo de Caso, selecionando dezoito cuidadores de pessoas idosas dependentes inscritas na UCSP da zona. Realizou-se um estudo qualitativo, exploratório e descritivo. Recorreu-se a uma amostra, não probabilística por escolha racional. Foi utilizado a triangulação no sentido de aumentar a fiabilidade dos resultados. Foram utilizados como instrumentos de recolha de dados uma entrevista semiestruturada que aplicamos aos cuidadores informais principais. Conjuntamente aplicamos um questionário de administração indireta ao cuidador e três escalas para avaliar a capacidade funcional da pessoa idosa dependente (Escala de Barthel, Índice de Lawton e Escala de Pfeiffer, sendo as duas primeiras aplicadas ao cuidador e a terceira aplicada à pessoa idosa dependente).

Os cuidadores referiram que desenvolveram as suas capacidades para cuidar através das necessidades advindas do cuidar no dia a dia, através de tentativas e erros com construção da aprendizagem informal de forma autónoma e formal de forma pontual através dos profissionais de saúde, aquando da visita domiciliária. Os principais resultados revelaram que os cuidadores informais revelam necessidades de formação, nomeadamente em cuidados, instrumentais e expressivos.

Os resultados deste estudo mostram a necessidade de os profissionais de saúde nortear a sua ação para os cuidadores informais promovendo a capacitação das suas capacidades e habilidades, através de intervenções que visem colmatar as necessidades percecionadas, de forma promover a continuidade de prestação de cuidados adequados em cada fase da doença

Palavras-chave: Cuidador informal; idoso dependente; necessidades educativas

ABSTRACT

This study aims to identify the educational needs of informal caregivers in order to promote concerted actions that translate into gains for caregivers and for those cared for by others. For its accomplishment we embarked on a Case study, selecting eighteen caregivers of elderly dependent people enrolled in the UCSP of the zone. A qualitative, exploratory and descriptive study was carried out. We used a sample, not probabilistic by rational choice. Triangulation was used in order to increase the reliability of the results. Data collection instruments were used as a semi-structured interview that we applied to the main informal caregivers. We jointly applied an indirect caregiver questionnaire to the caregiver and three scales to assess the functional capacity of the dependent elderly person (Barthel's Scale, Lawton's Index and Pfeiffer's Scale, the first two applied to the caregiver and the third applied to the dependent elderly person) .

The caregivers reported that they developed their capacities to care through the needs of daily care, through attempts and mistakes with the construction of informal learning in an autonomous and formal way in a punctual way through the health professionals, during the home visit. The main results revealed that informal caregivers reveal information needs, namely in care, instrumental and expressive.

The results of this study show the need for health professionals to orient their action to informal caregivers by promoting capacity building and skills through interventions aimed at meeting perceived needs, in order to promote the continuity of adequate care in each stage of the disease

Keywords: Informal caregiver; dependent elderly; educational needs

INDICE

	Página
INTRODUÇÃO.....	21
PARTE I – ENQUADRAMENTO TEÓRICO.....	29
CAPÍTULO I – ENVELHECIMENTO E DEPENDÊNCIA.....	31
1 – ENVELHECIMENTO DEMOGRÁFICO EM PORTUGAL.....	33
2- A PESSOA IDOSA COM DEPENDÊNCIA NO AUTOCUIDADO.....	39
CAPÍTULO II – PRESTAÇÃO DE CUIDADOS INFORMAIS À PESSOA IDOSA DEPENDENTE EM CONTEXTO DOMICILIÁRIO.....	45
1- A FAMÍLIA COMO PRESTADORA DE CUIDADOS INFORMAIS.....	47
1.1- DETERMINANTES DA ADOÇÃO DO PAPEL DE CUIDADOR INFORMAL PRINCIPAL.....	48
1.2- TIPO DE CUIDADOS PRESTADOS.....	52
1.3- NECESSIDADES DO CUIDADOR INFORMAL.....	54
2- RESPOSTAS FORMAIS E INFORMAIS.....	57
CAPÍTULO III – INTERVENÇÃO DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM ENFERMAGEM COMUNITÁRIA NO CUIDAR A FAMÍLIA E A PESSOA IDOSA DEPENDENTE EM CONTEXTO DOMICILIÁRIO.....	61
1- A TEORIA GERAL DE ENFERMAGEM DE DOROTHEA OREM.....	63
2- INTERVENÇÃO DA ENFERMAGEM COMUNITÁRIA NA CAPACITAÇÃO E EMPOWERMENT DOS CUIDADORES INFORMAIS.....	65
3- CAPACITAÇÃO DO CUIDADOR INFORMAL.....	69
PARTE II- ESTUDO EMPÍRICO.....	71
CAPÍTULO I- METODOLOGIA.....	73
1- ABORDAGEM METODOLÓGICA.....	75
1.1- A PROBLEMÁTICA, QUESTÕES E OBJETIVOS DE	

INVESTIGAÇÃO.....	79
1.2- CONTEXTO DA PESQUISA E PARTICIPANTES.....	81
1.3- INSTRUMENTOS DE MEDIDA, PROCEDIMENTOS PARA A RECOLHA DE DADOS E PROCESSAMENTO DA INFORMAÇÃO..	82
CAPÍTULO II – APRESENTAÇÃO E INTERPRETAÇÃO DOS RESULTADOS DE INVESTIGAÇÃO.....	89
1- O IDOSO DEPENDENTE EM CONTEXTO DOMICILIÁRIO.....	91
1.1- NÍVEL E GRAU DE DEPENDÊNCIA DO IDOSO DEPENDENTE.....	98
1.2- O CUIDADOR INFORMAL DO IDOSO DEPENDENTE.....	114
2- APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS DADOS DA ENTREVISTA REALIZADA AOS CUIDADORES INFORMAIS...	121
2.1 - EXPERIÊNCIA E DETERMINANTES DA ADOÇÃO DO PAPEL DE CUIDADOR INFORMAL.....	125
2.2- DETERMINANTES NA ADOÇÃO DO PAPEL DE CUIDADOR.....	128
2.3- NECESSIDADES DO CUIDADOR INFORMAL.....	132
2.4- APOIOS INFORMAIS QUE O CUIDADOR DISPÕE PARA CUIDAR DO IDOSO.....	138
2.5- APOIOS FORMAIS QUE O CUIDADOR DISPÕE PARA CUIDAR DO IDOSO.....	143
2.6- FORMAÇÃO INFORMAL ADQUIRIDA PELOS CUIDADORES INFORMAIS.....	146
2.7- FORMAÇÃO FORMAL ADQUIRIDA PELOS CUIDADORES INFORMAIS.....	151
2.8- PERCEÇÃO DO CUIDADOR INFORMAL ACERCA DO CONTRIBUTO PRESTADO PELA EQUIPA DE ENFERMAGEM NA SUA PREPARAÇÃO PARA CUIDAR DO IDOSO NO DOMICÍLIO...	152
CAPÍTULO III – DISCUSSÃO DOS RESULTADOS E CONCLUSÕES.....	159
1- DISCUSSÃO DOS RESULTADOS.....	161
2- LIMITAÇÕES DO ESTUDO E SUGESTÕES PARA O FUTURO... CONCLUSÕES.....	177 179
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	185
APÊNDICES	201

APÊNDICE I – Guião de Entrevista.....	203
APÊNDICE II – Pedido de autorização ao Exmo. Sr. Presidente do Conselho de Administração de uma ULS da região centro, para efetuar a recolha de dados	211
APÊNDICE III - Pedido de alteração aos instrumentos de recolha de dados.....	215
APÊNDICE IV – Pedido de Consentimento Informado aos cuidadores informais.....	219
ANEXOS.....	223
ANEXO I – Questionário	225
ANEXO II - Parecer da Comissão de Ética de uma ULS da região centro e autorização do Exmo. Conselho de Administração para prosseguir com o estudo e a respetiva recolha de dados.....	237
ANEXO III - Parecer da Comissão de Ética de uma ULS da região centro e autorização do Exmo. Conselho de Administração para a alteração aos instrumentos de recolha de dados.....	241

INTRODUÇÃO

Respeitar a pessoa idosa é tratar o próprio futuro com respeito!!! (Anónimo).

O envelhecimento das populações, é um fenómeno social atual com consequências sociais e económicas e com repercussões na saúde e bem-estar individual das pessoas. O envelhecimento demográfico, definido pelo aumento das pessoas idosas na população total, em detrimento da população jovem, e/ou da população em idade ativa, tem vindo a aumentar em Portugal. A proporção da população idosa, que representava 9,7% do total da população em 1970, mais que duplicou, passando para 20,3% em 2014. A realidade portuguesa dá conta que, o índice de envelhecimento aumentou de cerca de 32,9 em 1970 para 148,7 em 2016 (INE, 2017).

Segundo o INE (2017) em 2016 o índice de envelhecimento de Portugal foi de 148,7 e o do referido concelho 577,2 sendo o concelho com o maior índice de envelhecimento de toda a região Beiras e Serra da Estrela (INE,2017).

Em Portugal, a proporção de pessoas com 65 ou mais anos duplicou nos últimos 45 anos, passando de 8% no total da população em 1960, para 17% em 2005. De acordo com o cenário médio das projeções demográficas mais recentes, elaboradas pelo INE (2017), estima-se que esta proporção volte a duplicar nos próximos 45 anos, representando, em 2050, 32% do total da população. Em paralelo, a população jovem diminui de 29% para 16% do total da população entre 1960 e 2005 e irá atingir os 13% em 2050. As estimativas de população residente dos últimos anos confirmam o duplo envelhecimento demográfico, com aumento do número de idosos e diminuição de jovens e da população em idade ativa.

Devido ao aumento cada vez maior de proporção e longevidade de pessoas idosas, aumenta também a probabilidade de dependência no autocuidado, implicando consequentemente a necessidade de existirem cuidadores disponíveis para a adoção do papel de cuidador informal.

Sendo o domicílio o lugar ideal para a prevenção, manutenção e promoção da saúde, a responsabilidade de cuidar da pessoa idosa dependente recai quase sempre às famílias.

Desde sempre as famílias são reconhecidas como as principais cuidadoras informais dos familiares na última fase da vida, promovendo para a manutenção da independência e saúde dos seus familiares, muito embora outros elementos do círculo social do idoso se possam tornar

cuidador informal ou cuidador principal. O cuidador informal principal é” (...) habitualmente, um membro da família ou alguém muito próximo do doente, que, na maioria das vezes, se responsabiliza de forma direta pela totalidade dos cuidados” (Sequeira, 2018:172).

Culturalmente, o papel de cuidador informal já está previamente atribuído a alguns determinantes relacionados com o género, estado civil, relação de parentesco, existência de coabitação e o fato de estar desempregado ou reformado. (Martins *et al*, 2016; Sequeira, 2018).

Contudo, o trabalho destes cuidadores não é remunerado nem devidamente valorizado e os motivos que os levam á adoção do papel de cuidador informal do idoso dependente “(...) constituem um domínio complexo que envolve uma amálgama de razões. Além disso, é um domínio fortemente marcado pelas tradições de um país, pelos padrões e normas sociais vigentes em cada cultura, pela concepção de vida e história de cada indivíduo” (Figueiredo, 2007: 70). Outros, no entanto, “(...) sentem que não têm escolha” e sentem-se como que forçadas a adotar o papel de cuidadoras (Squire, 2005:89).

A falta de reconhecimento social do papel de cuidador, assim como a falta de medidas políticas de apoio, os cuidadores informais, nomeadamente as mulheres, têm tendência a apresentar uma sobrecarga excessiva decorrente dos papéis desempenhados conjuntamente de esposa, mulher trabalhadora e mãe de família (Sequeira, 2010).

Os cuidadores informais principais prestam diversos cuidados de forma contínua e ininterrupta à pessoa dependente no domicílio, que vão desde a observação constante e cuidada, ao acompanhamento a atos médicos ou outros até à administração da medicação ou cuidados quase profissionais. Esta prestação contínua variada e ininterrupta de cuidados, pode trazer dificuldades ao cuidador que por não ter apoio, preparação nem formação adequada para cuidar se depara com uma amálgama de sentimentos relacionados com necessidades educativas para essa mesma prestação de cuidados. Por isso os serviços de saúde e sociais têm um papel importante e fundamental na ajuda e apoio prestados ao cuidador informal (Sequeira, 2018).

Quando o cuidador informal se sente apoiado seja através de apoios formais ou informais, por outros na sua tarefa de cuidar torna-se possível manter por mais tempo o idoso no domicílio, e o cuidador sentirá mais confiança, conforto, segurança e satisfação no cuidado prestado. Para tal será necessário o Estado implementar medidas de políticas ativas de desinstitucionalização, e de apoio aos cuidadores informais de forma a assegurar promoção e bem-estar tanto da pessoa idosa dependente como do cuidador informal.

A Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados surgiu em Portugal em 2006, como uma forma de responder às exigências de cuidados das pessoas mais dependentes no autocuidado. Esta rede assenta num modelo estruturado em conjunto a nível da saúde e da segurança social, envolvendo cuidados a nível da prevenção, reabilitação e de natureza paliativa (Decreto-Lei n.º 101/2006 de 6 de junho).

Os Cuidados Continuados Integrados estão centrados na recuperação global da pessoa, promovendo a sua autonomia e melhorando a sua funcionalidade, além de apoiarem também os cuidadores informais na sua qualidade de vida e de cuidados prestados.

Mais recentemente O Despacho n.º 9323-A/2018 da secretária de Estado da Saúde, refere a hospitalização domiciliária como modelo de prestação de cuidados em casa e uma alternativa ao internamento convencional, possuindo assistência contínua médica e de enfermagem em regime de prevenção. Esta tipologia incide sobre a fase aguda de uma doença ou sobre a agudização da doença crónica e torna-se necessário apoiar e educar os cuidadores informais de forma a colmatar todas as suas dificuldades e necessidades sentidas assim como esclarecer todas as dúvidas que surgem na sua tarefa de cuidar.

Podemos concluir que cada vez mais as políticas de saúde se focam no sentido de privilegiar o domicílio como o local de preferência para serem prestados cuidados às pessoas dependentes. A maioria dessas pessoas dependentes são pessoas idosas que são cuidadas por um cuidador informal normalmente emergido do seio da rede familiar, tornando-se por isso pertinente apoiar esses cuidadores por profissionais das mais variadas áreas desse a saúde á social. Esse apoio tem como finalidade garantir informação e formação através da educação para a saúde aos familiares e cuidadores informais da pessoa idosa cuidada de forma a permitir prestar os melhores cuidados às pessoas dependentes em contexto domiciliário.

A educação em Cuidados de Saúde Primários é uma medida que contribui para prevenir a doença e para manter a saúde. Para tal, é indispensável que os profissionais de saúde informem as pessoas para aprenderem, preparando-as para enfrentar todas as dificuldades decorrentes das doenças crónicas e incapacidades que vão surgindo ao longo dos estádios da sua vida (OMS, 1986). Uma vez que os enfermeiros lidam diariamente com a pessoa idosa dependente e seus cuidadores, são os que estão em melhores condições de desempenhar a função de educador para a saúde da pessoa idosa dependente e cuidador informal, porque conhecem bem as angústias e a problemas vivenciados por ambos.

Em Portugal, a realidade sobre as necessidades educativas do cuidador informal dos idosos dependentes em contexto domiciliário, começa a ser conhecida. Calvário, Ascensão;

Brito, Irma; Brito, Luísa (1999), publicaram um estudo efetuado em diversos países (Suécia, Portugal, Inglaterra, Republica da Irlanda e Irlanda do Norte) aderentes a um projeto informático para apoio aos prestadores de cuidados aos idosos, onde os autores referem a necessidade de educação que os prestadores de cuidados sentem, em informação e apoio na vida diária, tanto em termos de não saberem com quem falar e necessidade de alguém lhes forneça ensino sobre como cuidar de doentes dependentes. Imaginário (2008), publicou um estudo realizado em Trás-os-Montes (Concelho de Boticas), que vai de encontro á problemática da necessidade de educação do cuidador informal do idoso dependente. No estudo a autora verifica necessidades do cuidador principal especialmente relacionadas” (...) com a falta de informação como também impreparação sobre como lidar da melhor maneira com as limitações físicas e com as doenças crónicas do idoso dependente” Imaginário (2008:225).

Também Andrade (2009), num estudo realizado no concelho de Vila Real, chegou às mesmas conclusões. Os cuidadores referiram dificuldades na prestação de cuidados, necessidades de informação e formação para prestar cuidados, principalmente em conhecimentos sobre as patologias do idoso, sobre a maneira de comunicar com a pessoa idosa, e sobre a satisfação das necessidades de autocuidado da pessoa idosa (eliminação, higiene e mobilização/atividade física), e que isso os deixava inseguros na prestação dos cuidados.

Guedes (2011:90), também realizou um estudo sobre as necessidades formativas dos familiares cuidadores de pessoas com défice no autocuidado inscritas na Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados de Negrelos, pertencente ao ACES Grande Porto I Santo Tirso/Trofa, concluindo que as “(...) principais dificuldades mencionadas pelo cuidador estão essencialmente relacionadas com os cuidados instrumentais, nomeadamente a ajuda no autocuidado.”

Ramos (2012), num estudo sobre as dificuldades e necessidades de cuidadores informais de idosos dependentes da Beira Interior, conclui que no seu estudo 100% da amostra considerou muito importante receber informação e formação sobre a doença do seu familiar, evolução e tratamentos, e 90% considerou importante receber formação sobre conhecimentos práticos nomeadamente na higiene e levantes.

Nascimento (2014), num estudo realizado em Mirandela refere também dificuldades sentidas pelo cuidador informal, nomeadamente na mobilidade e de apoio profissional especializado. Também Martins (2014), analisou as necessidades e dificuldades expressas pelos familiares cuidadores do idoso dependente no domicílio dos utentes da UCSP de Santa Marta

de Portuzelo, afeta ao ACES da Unidade Local de Saúde do Alto Minho (ULSAM), chegando à conclusão que as necessidades sentidas são de diversa ordem, passando por formação na mobilização, no manuseamento da terapêutica e em apoio para ajudas técnicas. Também Martins *et al* (2016:82) refere estudos (Costa, 2013; Gonçalves, 2013; Petronilho, 2013) em que chegaram à conclusão os domínios onde o cuidador tinha mais necessidade de informação era na mobilidade da pessoa dependente.

Os autores dos estudos atrás referidos, reconhecem a necessidade de “(...) aprofundar o conhecimento da interação estabelecida entre os enfermeiros dos Centros de Saúde e o binómio idoso dependente/cuidador informal (principal) no contexto real” (Imaginário, 2008:226). Indo de encontro aos estudos anteriormente efetuados, e no sentido de complementar as anteriores investigações efetuadas em diferentes regiões de Portugal, o nosso estudo irá desenvolver-se no norte de Portugal, num concelho da região da Beira Alta. A escolha desta localidade deve-se ao facto de esta região da Beira Alta estar muito desertificada, envelhecida, possuindo um índice de envelhecimento de 577,2 sendo o maior de toda a região Beiras e Serra da Estrela (INE, 2017).

A nossa vivência profissional de vários anos dedicados a prestar cuidados domiciliários a pessoas idosas dependentes, também nos deu conta, através dos relatos dos cuidadores informais, que estes experienciavam dificuldades e necessidades educativas no sentido de melhor prestarem cuidados à pessoa idosa cuidada.

Pensa-se, então, ser relevante e pertinente conhecer a realidade e identificar as necessidades educativas do cuidador informal na prestação de cuidados à pessoa idosa dependente em contexto domiciliário, com vista a obtermos uma melhoria da qualidade dos cuidados prestados pelos cuidadores assim como a atuação da equipa de enfermagem.

A reflexão sobre esta realidade e também a nossa vivência profissional, permitiu-nos formular a questão central para a orientação deste estudo – Quais as necessidades educativas do cuidador informal da pessoa idosa dependente em contexto domiciliário, num concelho da Beira Interior Norte?

Tendo como fio condutor a questão de partida, para o desenvolvimento deste estudo traçamos os seguintes objetivos:

- Descrever sócio demograficamente a pessoa idosa dependente e o cuidador informal principal;
- Caracterizar a pessoa idosa dependente quanto ao nível e grau de dependência;
- Conhecer os determinantes da adoção do papel de cuidador informal principal;

- Identificar as dificuldades/necessidades educativas do cuidador informal relacionados com a prestação de cuidados;
- Identificar os apoios que o cuidador informal dispõe para cuidar do idoso;
- Conhecer o processo de formação do cuidador informal para cuidar da pessoa idosa dependente
- Conhecer a opinião do cuidador informal acerca do contributo da equipa de enfermagem na sua preparação para cuidar da pessoa idosa dependente.

Para a realização do nosso estudo e aferição dos objetivos anteriormente definidos, optámos por, em termos metodológicos, enveredar por um estudo de natureza maioritariamente qualitativa com por triangulação, o que nos permite através do cuidador informal identificar e ter uma compreensão mais ampla de quais são as suas necessidades educativas na prestação de cuidados informais à pessoa idosa dependente em contexto domiciliário. Neste sentido, enveredamos por um Estudo de caso, seleccionando idosos dependentes e seus cuidadores, inscritos na UCSP do concelho em estudo.

Tendo em conta os objetivos e as características do estudo enveredamos por um estudo de nível I- exploratório descritivo. Como instrumento de recolha de dados utilizamos a entrevista semiestruturada aplicada aos cuidadores informais principais. Ao mesmo tempo, aplicámos um questionário de administração indireta ao cuidador e três escalas para avaliar a capacidade funcional da pessoa idosa dependente (Escala de Barthel, Índice de Lawton e Escala de Pfeiffer, sendo as duas primeiras aplicadas ao cuidador e a terceira aplicada à pessoa idosa dependente).

O Estudo encontra-se organizado por três partes fundamentais, cada uma contendo diversos capítulos.

A primeira parte destina-se a aumentar os conhecimentos na área de estudo e visa enquadrar teoricamente o problema de pesquisa. Para tal fizemos uma pesquisa em bibliotecas e em bases de dados Mendeley. Dedicamos um primeiro capítulo ao envelhecimento e dependência, no qual abordamos os aspetos demográficos e humanos do envelhecimento, e a pessoa idosa com dependência no autocuidado assim como as necessidades do idoso dependente. num segundo capítulo abordamos a prestação de cuidados informais à pessoa idosa dependente em contexto domiciliário, com relevância para a família como prestadora de cuidados informais, a família como prestadora de cuidados informais, os determinantes da adoção do papel de cuidador informal principal, o tipo de cuidados prestados, as necessidades

do cuidador informal, as respostas formais e informais. Finalmente, fecharemos a primeira parte com o terceiro capítulo dedicado á teoria geral de enfermagem de Dorothea Orem que esteve na base de suporte deste estudo, e falaremos da intervenção do enfermeiro especialista em enfermagem comunitária no cuidar a família a pessoa idosa dependente em contexto domiciliário apoiando-nos nas conceções atuais de educação para a saúde/promoção da saúde para a capacitação do cuidador informal.

A segunda parte encontra-se dividida em três capítulos. Um capítulo que visa conceptualizar o estudo empírico. Centrar-se-á na metodologia adotada, justificando a opção pelo tipo de estudo, questões e objetivos de investigação, assim como as estratégias de recolha e tratamento dos dados. No segundo capítulo faremos a apresentação e a interpretação dos resultados de investigação. A segunda parte termina com um terceiro capítulo onde surge a discussão dos resultados da investigação, as limitações, as principais conclusões e também algumas sugestões.

O nosso estudo encontra-se orientado pela Teoria Geral de Enfermagem de Dorothea Orem o qual tem inspirado vários estudos na área da enfermagem, tanto qualitativos quanto quantitativos com a finalidade de acrescentar conhecimento.

Consideramos que conhecer a natureza do ser humano, a sua interação com o ambiente e o impacto que esta tem na sua saúde, ajuda a realizar um adequado planeamento com intervenções adequadas com a finalidade de orientar intervenções na melhoria da saúde e bem-estar dos indivíduos. Pretendemos com este estudo desenvolver competências na área da Enfermagem Comunitária, uma vez que tem como foco primordial a promoção da saúde dos indivíduos e de toda a comunidade, num processo de capacitação das mesmas, através de um processo de interação, tendo em vista obter ganhos em saúde na população.

PARTE I – ENQUADRAMENTO TEÓRICO

CAPÍTULO I – ENVELHECIMENTO E DEPENDÊNCIA

1 – ENVELHECIMENTO DEMOGRÁFICO EM PORTUGAL

A idade não depende dos anos, mas sim do temperamento e da saúde; umas pessoas já nascem velhas, outras jamais envelhecem (Tyron Edwards).

Portugal é o 4.º país da União Europeia (entre 28 países) com maior percentagem de pessoas idosas, ultrapassado apenas pela Grécia, Alemanha e Itália. Prevê-se, que entre 2015 e 2080 na hipótese do cenário central adotado nas projeções, que a população diminua dos atuais 10,3 milhões de pessoas para 7,5 milhões de pessoas. O número de jovens diminuirá de 1,5 para 0,9 milhões e o número de idosos aumenta de 2,1 para 2,8 milhões. (INE, 2017).

A proporção de pessoas idosas (65 ou mais anos) na população total aumentou representando, em 2008, 15,2 % e 19,9 % de homens e mulheres, respetivamente. Prevê-se que atinja 29,5% nos homens e 35,0% e nas mulheres, em 2060. Paralelamente, a população jovem, com menos de quinze anos, evidencia uma tendência em baixa e é inferior à idosa. Entre 1970 e 2017 o índice de envelhecimento passou de 27 idosos por cada 100 jovens, para 148,7. Espera-se que em 2080 o índice de envelhecimento num cenário baixo possa ser de 459 idosos por cada 100 jovens e de 261 idosos por cada 100 jovens no cenário alto (INE,2017).

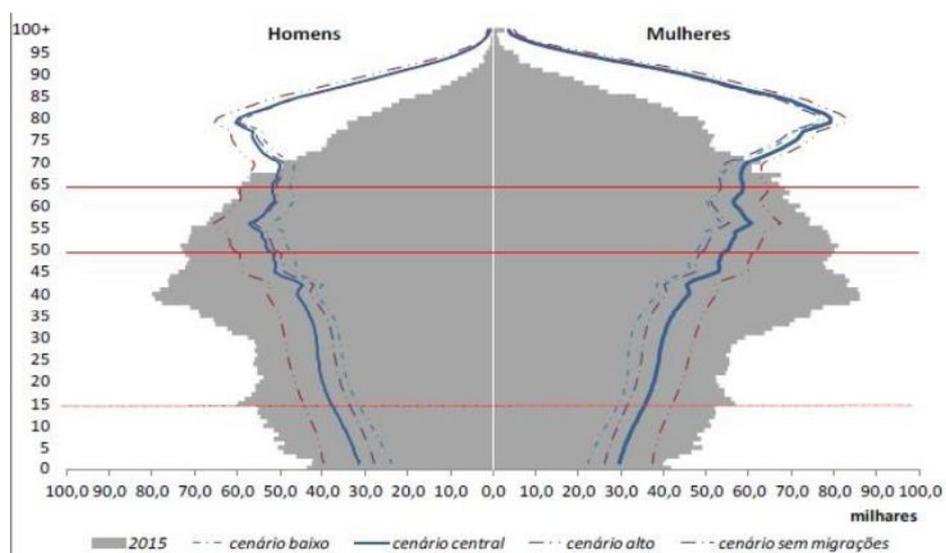


Figura 1 - Pirâmide etária, Portugal, 2015 (estimativas) e 2055 (projeções, por cenários). Fonte (INE, 2017).

Constatamos uma população cada vez mais envelhecida, com a base da pirâmide a estreitar-se, de forma particularmente acentuada no cenário baixo e o topo da pirâmide a alargar-

se de forma bastante notória, e acentuando-se a redução e envelhecimento da população em idade ativa e das mulheres em idade fértil.

A realidade portuguesa dá conta que, em 2014 e comparativamente com o ano de 1970, a proporção de jovens (indivíduos dos 0 aos 14 anos de idade) decresceu de 28,5% em 1970 para 14,4% da população total em 2014. Também a proporção dos indivíduos em idade ativa (incluindo dos 15 aos 64 anos de idade) se reduziu, passando de 61,9% em 1970 para 65,3% em 2014. Em resultado destas alterações e para o mesmo intervalo de tempo, o índice de envelhecimento aumentou de cerca de 32,9 em 1970 para 138 idosos por cada 100 jovens em 2014 e para 148,7 em 2016 (INE, 2017).

Em Portugal, a proporção de pessoas com 65 ou mais anos duplicou nos últimos 45 anos, passando de 8% no total da população em 1960, para 17% em 2005. De acordo com o cenário médio das projeções demográficas mais recentes, elaboradas pelo INE (2017), estima-se que esta proporção volte a duplicar nos próximos 45 anos, representando, em 2050, 32% do total da população. Em paralelo, a população jovem diminuiu de 29% para 16% do total da população entre 1960 e 2005 e irá atingir os 13% em 2050. As estimativas de população residente dos últimos anos confirmam o duplo envelhecimento demográfico, com aumento do número de idosos e diminuição de jovens e da população em idade ativa.

O INE (2017), refere que a análise comparativa das pirâmides etárias sobrepostas da população residente em Portugal e para a União Europeia para o ano de 2013 evidencia um duplo envelhecimento demográfico – representado pelo estreitamento da base mais evidente para Portugal e pelo alargamento do topo da pirâmide etária com valores semelhantes para Portugal e para a união Europeia

No Concelho do nosso estudo, dos 7242 indivíduos recenseados, 592 têm de 0 a 14 anos de idade, 586 de 15 a 24 anos de idade, 3391 de 25 a 64 anos de idade, 2 673 tem mais de 65 anos de idade e dentre destes 1 105 são homens e 1 568 mulheres. O índice de dependência total – o número de jovens (indivíduos dos 0-14 anos) e de idosos (com mais de 65 anos) em cada 100 indivíduos em idade ativa (15-64 anos) - situou-se em 63,3 em 2010 e de 82,7 em 2011 (INE, 2017).

O índice de envelhecimento no ano de 2011 neste Concelho foi de 436,2. Quase o quádruplo do índice de envelhecimento de Portugal no geral (125,8). Em 2014 o índice de envelhecimento de Portugal foi de 138,8 e o do referido concelho foi de 518,2. Em 2016 o índice de envelhecimento de Portugal foi de 148,7 e o do referido concelho subiu para 577,2.

Em 2017 o índice de envelhecimento de Portugal foi de 155,4 e o do referido concelho subiu para 598,9 sendo o concelho com o maior índice de envelhecimento de toda a região Beiras e Serra da Estrela (INE,2017).

Em 2016 a taxa de esperança de vida à nascença em Portugal foi de 80,62 anos, sendo para os homens de 77,61 anos e para as mulheres de 83,33 anos (INE,2017)

Constatamos assim que a população idosa tem vindo a aumentar em relação á ativa, aumento esse que tem sido mais pronunciado nas mulheres do que nos homens e que a pirâmide etária da população residente se inverte. Uma das causas para o envelhecimento populacional do nosso país além da baixa fecundidade e uma baixa taxa de natalidade são também níveis elevados de emigração da população ativa.

O envelhecimento pode ser visto como uma parte do ciclo de vida do ser humano. Define-se pelo aumento da proporção das pessoas idosas na população total. Sobretudo baseia-se num processo gradual de mudança biológica, psicológica e social dos indivíduos ao longo do seu ciclo de vida.

Envelhecimento não é igual a velhice, pois o envelhecimento começa no momento da conceção, a velhice ou os seus sinais e sintomas físicos e mentais só se manifestam de forma clara a partir de determinada idade. Reis citado por Imaginário (2008:39) considera velhice “(...) como uma fase da vida, ...é o período em que a involução dos órgãos começa a ser evidente”. Squire (2005) refere que na velhice as características físicas constituem fatores chave na perceção da velhice.

Costa *et al* (1999:43), definem envelhecimento “(...) como um processo de diminuição orgânica e funcional, não decorrente de acidente ou doença e que acontece inevitavelmente com o passar do tempo”. A velhice faz parte do destino biológico do ser humano, embora não exista ainda uma base fisiológica, psicológica ou social que permita marcar o seu início. MRC citado por Squire (2005:15) refere-se a envelhecimento como “(...) a perda de capacidade de adaptação do corpo, com o tempo”.

Magro citado por Barros *et al.* (2007:13) considera o envelhecimento como “(...) um fenómeno natural e um processo individualizado que dura toda a vida e se acompanha de alterações fisiológicas, psicológicas comportamentais”. O envelhecimento é um processo diferente de indivíduo para indivíduo, apresentando objetivos como a diminuição da funcionalidade, degradação física, e também dados subjetivos, constituindo a imagem que a pessoa faz do seu próprio envelhecimento (Fontaine, 2000).

Diogo (2008:66) refere-se a envelhecimento como” (...) um processo biológico, psicológico e social, influenciado por fatores genéticos biológicos, sócio culturais, estilos de vida e experienciadas vivenciadas”. Neste contexto o envelhecimento é visto como uma parte integrante e natural da vida. É visto tanto como um processo biológico acompanhado de uma grande vulnerabilidade como um fenómeno de desenvolvimento complexo que envolve perdas e aquisições. Por isso, manter-se apto para desempenhar as tarefas do dia a dia essencial à autonomia, pode em algumas circunstâncias preencher um desafio e edificar a autoimagem.

O envelhecimento não é um estado, mas sim um processo de degradação progressiva e individualizado. Ele afeta todos os seres vivos e o seu termo natural é a morte do organismo. O ser humano envelhece gradualmente, é um fenómeno normal e universal. Resulta de fatores externos e internos. Birren, Schaie, Schroots citados por Teixeira (2002) distinguem três tipos de envelhecimento:

- Primário
- Secundário
- Terciário
- Envelhecimento primário, ou envelhecimento fisiológico, que é universal e progressivo. Não é uma doença, é apenas um fenómeno, que acontece com todos os seres vivos. É influenciado por múltiplos fatores, como: educação, estilo de vida, stress, alimentação e exercícios físicos. Os indicadores deste fenómeno são os cabelos brancos, as rugas, a flacidez muscular e os deficits sensoriais.
- Envelhecimento secundário ou patológico, na medida em que foge do processo fisiológico normal do envelhecimento. É o envelhecimento associado a doenças orgânicas, como: esclerose múltipla, doenças cardiovasculares, demências, câncer e outras patologias, que apresentam uma probabilidade maior de ocorrência com o aumento da idade.
- Envelhecimento terciário ou terminal, por estar relacionado a um grande aumento nas perdas físicas e cognitivas num período de tempo relativamente curto. É reconhecido como o ponto final das doenças terminais, em qualquer idade.

O envelhecimento em si, não é uma doença, mas pode ser agravado pela doença. “Contrapõe assim, ao conceito de envelhecimento normal, o de envelhecimento patológico evidente nos indivíduos cuja idade biológica é claramente superior à cronológica” (Costa *et al*, 1999:43). Os autores referem que existem três componentes do envelhecimento: o

envelhecimento biológico, envelhecimento cronológico e social. Sendo o primeiro, “(...)expresso pelas alterações estruturais e funcionais que ocorrem no organismo e que nem sempre é coincidente com o envelhecimento cronológico medido pelo calendário” O envelhecimento social para os autores é a “(...) perda do papel que o indivíduo desempenha na família e na sociedade” (*ibidem*).

Por esta ordem de ideias o termo “idade” é um pouco controversa para enquadrar a velhice dentro de um período limitado de tempo, para considerar um ser humano velho. Mañas Rodriguez citado por Imaginário (2008:40), estabelece três tipos de idade:

- Idade cronológica, é a que o indivíduo apresenta desde a nascença até ao momento presente.
- Idade biológica, corresponde ao estado em que se encontram fisiologicamente os órgãos e as funções vitais de um indivíduo quando comparadas com os padrões estabelecidos para essa idade ou grupo etário.
- Idade funcional, determina a capacidade do indivíduo para manter o seu papel na família e sociedade, e “(...) esta é a mais importante das idades, pois permite preservar níveis de QDV satisfatórios”.

Os países mais desenvolvidos têm uma esperança de vida maior. A expectativa de vida (ambos os sexos, no nascimento) do mundo é 69 anos (67 anos para os homens e 71,1 anos para as mulheres) em 2017, segundo a Central Intelligence Agency - The World Factbook de 2018. De acordo com o relatório de Perspetivas da População Mundial das Nações Unidas, (2017) para o período de 2045-2050 a expectativa de vida aumentará de 69 para 76,9 anos para ambos os sexos. Segundo a ONU a esperança média de vida de 2015 – 2020 para Portugal é de 81,5 anos, aumentando para 86,1 para o período de 2045-2050. A expectativa de vida varia de 94,5 anos em Macau, para 71,5 anos no Togo. Muitos dos países com as menores expectativas de vida são países menos desenvolvidos. O Relatório das Nações Unidas coloca Portugal na lista dos seis países que estão a envelhecer mais depressa. A estimativa feita pela organização aponta que em 2050 cerca de 40% da população portuguesa terá mais de 60 anos, situando Portugal no 4.º país mais envelhecido do mundo (ONU, 2017). Com este cenário, é fácil de prever que a população idosa irá aumentar consideravelmente. Como consequência, também o número de idosos dependentes irá aumentar. Este aumento da dependência é especialmente causado por doenças crónico degenerativas, pois como nos diz Hanson (2005:362), “Com o aumento da longevidade, há um acréscimo de doenças crónicas, incapacitantes. Ao mesmo tempo, enquanto os esforços para conter os custos de saúde intensificam-se, cada vez mais responsabilidade pelos

cuidados e assistência são transferidas para a comunidade”. Gil (2016) refere que o maior problema do envelhecimento é a perda de autonomia que tem como consequência o aumento da dependência a qual constitui um assunto delicado para as famílias e as políticas sociais do país. Dai a necessidade de avaliar as dificuldades e necessidades sentidas pelo cuidador informal do idoso dependente, a fim de melhorar a qualidade desses mesmos cuidados prestados ao idoso, que é a essência do nosso trabalho.

Em Portugal, considera-se pessoa idosa, a pessoa com 65 ou mais anos de idade (Pordata, 2016 citado por Ministério da Saúde, 2017). À semelhança da maioria da literatura geriátrica e gerontológica, consideramos, neste trabalho, pessoa idosa todo o indivíduo com 65 e mais anos, em analogia com a Organização das Nações Unidas, do Conselho da Europa e da Organização de Cooperação e Desenvolvimento Económico e aceite pela OMS (Imaginário, 2008; Andrade, 2009 e Sequeira, 2010).

Beatrice Neugarten citada por Fonseca (2014 :170) desenvolveu duas categorias de idosos: “jovens-idosos”, dos 55 aos 75 anos, e “idosos-idosos”, dos 75 anos em diante. A autora refere que os “jovens-idosos” ainda podem ter algum potencial de aproveitamento pela sociedade, o qual é frequentemente desaproveitado. Já os “idosos-idosos”, representam aqueles que necessitam de mais cuidados especiais devido a estarem mais propícios a doenças crónicas e degenerativas próprias da idade.

De acordo com Paul (1997) os grupos etários de idosos assumem as seguintes categorias:

- “idosos- jovens”, dos 65 aos 74 anos
- “idosos-idosos”, dos 75 aos 84 anos
- “Muito- idosos, dos 85 anos em diante.

Iremos seguir a classificação de Paul no nosso estudo, por acharmos que é que tem um leque mais alargado de classificação consoante o grupo etário. Contudo achamos que, não nos podemos basear na idade cronológica de uma pessoa para classificar em que categoria de idoso está, pois, idade não representa dependência, e cuidar ou ser cuidado é possível em qualquer idade.

2- A PESSOA IDOSA COM DEPENDÊNCIA NO AUTOCUIDADO

Envelhecer é um fenómeno universal, sequencial, acumulativo, irreversível, não patológico, de deterioração de um organismo maduro, próprio a todos os membros de uma espécie, de maneira a tornar-se com o tempo incapaz de enfrentar o stress do meio ambiente, aumentando assim sua possibilidade de morte (Bab citado por Ferreira)

A maioria das pessoas possuem um estado de saúde que lhes permite viver de uma forma independente, no entanto os seres humanos agem de uma forma interdependente, “(...) mas, nalguns momentos da nossa vida, dependemos ainda mais dos outros para certas atividades. Sequeira (2010), refere três modelos de graus/níveis de dependência (o alemão, o francês e o espanhol:

O modelo alemão (considera três graus):

Grau 1- Abrange os indivíduos que necessitam de assistência de outra durante 90 minutos por dia, sendo a metade desse tempo utilizada nos cuidados pessoais (higiene, alimentação, mobilização, etc.). E algumas vezes por semana necessita de ajuda para os cuidados domésticos.

Grau 2- Carece de ajuda no mínimo de três horas diárias, duas aplicadas para a satisfação das necessidades pessoais e uma para os cuidados domésticos.

Grau 3- Necessita de muita ajuda, pelo menos cinco horas diárias. Sendo quatro horas dedicadas aos cuidados pessoais e uma para as necessidades domésticas. São indivíduos que necessitam de ajuda nas 24 horas para as atividades básicas de vida diária.

O modelo francês (considera seis níveis):

Nível 6- Pessoas autónomas

Nível 5- Pessoas que necessitam de ajuda pontual no autocuidado, na preparação das refeições e nas tarefas domésticas.

Nível 4- Pessoas com mobilidade no domicílio, mas que precisam de ajuda regular no autocuidado, na preparação das refeições e nas tarefas domésticas.

Nível 3- Pessoas com as funções mentais íntegras, mas com comprometimento parcial da sua autonomia motora. Precisam de ajuda nas atividades mais do que uma vez por dia.

Nível 2- Pessoas acamadas ou em cadeira de rodas, mas sem alteração total das funções mentais. Necessitam de ajuda nas atividades da vida diária. Neste nível também estão incluídas as pessoas cujas funções mentais se encontram alteradas e possuam capacidade de mobilidade no domicílio.

Nível 1- Pessoas acamadas ou em cadeiras de rodas, sem qualquer tipo de autonomia (física, mental e social), e que necessitam de ajuda de outra pessoa em todas as atividades da vida diária durante 24 horas.

O modelo espanhol (considera três graus)

Grau 1- Dependência moderada – Pelo menos uma vez por dia precisa de ajuda para uma ou mais atividades básicas da vida diária.

Grau 2- Dependência severa – Duas a três vezes por dia precisa de ajuda sem presença permanente de um cuidador, para várias mais atividades básicas da vida diária.

Grau 3- Grande dependência - Precisa de ajuda várias vezes por dia, com presença permanente de um cuidador, para a totalidade das atividades básicas da vida diária.

Os Ministérios da Saúde citado por Guedes (2011:30) considera dependência:

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

As causas da dependência podem estar associadas ao envelhecimento ou á doença Bermejo, 2010: 25). Na perspetiva de Orem (2001:46), “(...) a doença ou mau funcionamento físico ou mental podem limitar aquilo que a pessoa pode fazer por ela mesma, desde que tal estado limite a sua capacidade de raciocínio, de tomada de decisão e de iniciativa para as atividades destinadas aos objetivos de autocuidado”.

Nesta linha de pensamento, a pessoa dependente é aquela que durante um período de tempo contínuo e prolongado, necessita da ajuda de outra pessoa ou de equipamentos para poder realizar as suas atividades de vida diárias no sentido de satisfazer as suas necessidades.

Deste modo, o conceito de dependência encontra-se relacionado com a perda de autonomia que a pessoa tem para satisfazer as suas necessidades humanas básicas relacionadas com um défice de autocuidado.

De acordo com Petronilho (2007), a capacidade para o desempenho do autocuidado encontra-se relacionada com diversos fatores intrínsecos ao indivíduo (idade, sexo, condição de saúde, as suas crenças e valores, a autoestima, experiências anteriores, a sua capacidade funcional e/ou cognitiva), e fatores extrínsecos ao indivíduo (apoios formais, apoios informais, condições ambientais). Também Sequeira (2018) refere que há diversos fatores que podem determinar a dependência num idoso, como os fatores físicos (fragilidade física, mobilidade e

as doenças), os psicológicos (transtornos cognitivos e as alterações da personalidade) e os provenientes do contexto em que o idoso está inserido (ambiente físico, as atitudes e comportamentos das pessoas que rodeiam o idoso), podendo estes promover a autonomia ou contrariamente exacerbar a dependência.

A dependência, quando aparece, implica uma transição para uma nova vida, devido à diminuição das capacidades individuais, e ao aparecimento de um défice de autocuidado, em que as exigências de cuidados são largamente maiores que a capacidade de o idoso tem de dar resposta. É nesta fase que se torna indispensável o apoio de outros para realizar esse autocuidado. Normalmente esse apoio informal, surge de dentro da rede familiar mais próxima do idoso, o que se torna importante principalmente no que se refere ao autocuidado relacionado com a intimidade. Para além, do apoio da rede familiar, também o contributo dos profissionais de saúde, nomeadamente o enfermeiro, se torna importante na capacitação do autocuidado tanto da pessoa idosa como do prestador de cuidados (Sequeira, 2018).

O aumento crescente de idosos em Portugal tem levado as políticas de saúde a cada vez mais privilegiar a manutenção destes no domicílio. “Esta atitude esta relacionada com a necessidade de melhorar a qualidade de vida do doente e de otimizar os custos sociais e económicos” (Sequeira, 2018:165). Segundo o autor esta permanência no domicílio traz vantagens para o idoso a nível: da autonomia, na promoção da qualidade de vida, na permanência no ambiente habitual e rodeado de família ou cuidador informal que procuram atender as necessidades de autocuidado do idoso dependente. De acordo com Sequeira (2018:5):

A necessidade de cuidados por parte das pessoas dependentes e idosas aumentaram de forma exponencial nos últimos anos e continuarão seguramente a aumentar nos próximos anos, em consequência de vários fatores, dos quais se destacam: Envelhecimento demográfico da população, (...) maior longevidade; os progressos da Medicina (...) As dificuldades de apoio informal em função da alteração dos modelos de família e da incorporação da mulher no mercado de trabalho.

Estas necessidades tendem a aumentar, à medida que a idade aumenta, e a pessoa tende a se tornar cada vez mais dependente. As necessidades do idoso dependente não se manifestam apenas no campo biológico, “(...) mas em outros, nomeadamente no psicológico, no sociológico, no cultural e no espiritual” (Imaginário, 2008:47). A autora cita estudos, onde foi constatado que os idosos manifestavam como necessidades prioritárias, ter saúde, ter dinheiro, ser jovem, ter afeto, companhia e habitação (Cardoso; Pacheco e Lucas; Azevedo; Diniz e Jimenez Navascués *et al* citados por Imaginário, 2008). Estes resultados levam-nos a pressagiar

que os idosos têm necessidades de ordem social, e que o isolamento e a diminuição da rede de amigos e família levam o idoso a uma situação de solidão com conseqüente perda de mobilidade.

De acordo com Zalenski e Raspa, (2006) as necessidades para Maslow desenvolvem-se por graus progressivos, formando uma pirâmide baseada numa divisão hierárquica na qual as necessidades consideradas de nível mais baixo devem ser satisfeitas antes das necessidades de nível mais alto. Na base da pirâmide e num nível mais baixo encontram-se as necessidades fisiológicas, seguidas das de segurança, depois as sociais, seguidas das de autoestima e por último as de autorrealização. Adam citado por Imaginário (2008:48), refere que a “(...) satisfação das necessidades fisiológicas deve preceder a satisfação das necessidades de proteção. Estas por sua vez, devem ser satisfeitas antes das de amor, que precedem as de autoestima. No vértice da pirâmide encontram-se as de autorrealização”.

As necessidades fisiológicas são as mais importantes e por isso situam-se na base da pirâmide e relacionam-se com o ser humano enquanto ser biológico. Traduzem-se em necessidades de o ser humano se manter vivo, de comer, beber, de respirar, de dormir, etc. As necessidades de segurança estão vinculadas com a necessidade de segurança e afastamento do perigo. As necessidades sociais relacionam-se com a necessidade que o ser humano sente em manter relações humanas equilibradas, saudáveis e de uma forma harmoniosa com os demais elementos do seu grupo ou rede de amigos/família. As necessidades de estima relacionam-se com o reconhecimento dos outros da nossa capacidade de nos adaptarmos à situação, fazendo aumentar o sentimento de orgulho e de reconhecimento próprio das capacidades. Por último as necessidades de autorrealização que se relacionam com as necessidades de estima e autonomia onde se incluem a realização em que a pessoa faz o que gosta e é capaz de fazer.

Por outro lado, Virginia Henderson, defende a existência de catorze necessidades fundamentais para o bem estar do ser humano: 1-respirar, 2- Comer e beber, 3- eliminar, 4- mover-se e manter uma boa postura, 5- dormir e repousar, 6- vestir-se e despir-se, 7- manter a temperatura do corpo dentro dos limites do normal, 8- estar limpo e cuidado, e proteger os seus tegumentos, 9- evitar os perigos, 10- Comunicar com os seus semelhantes (e assumir a sua sexualidade, 11- agir segundo as suas crenças e os seus valores, 12- Ocupar-se com vista a realizar-se, 13- divertir-se, 14- aprender (Phaneuf, 2001). A satisfação destas necessidades é indispensável ao crescimento e ao desenvolvimento e bem-estar do ser humano e é feita ao longo de toda a vida de uma forma quer dependente quer independente. Quando uma

necessidade básica fundamental não é satisfeita, a pessoa não é um todo e portanto, torna-se dependente. Todos necessitamos de ajuda uns dos outros para garantir-mos a nossa própria sobrevivência, no entanto o idoso dependente, “(...) requer uma atenção especial devido ao próprio processo de envelhecimento...requer que o escutem e se interessem por ele, ser aceite aos olhos dos outros, lhe deem apreço, reconhecimento, respeitem a sua dignidade como pessoa e que o compreendam,...têm necessidades de redes de apoio informais e de grupos de auto-ajuda na comunidade” (Imaginário, 2008:48). As necessidades dos idosos, resultam das alterações próprias que envolve todo o processo de envelhecimento e pelas patologias a ele associadas. O isolamento e solidão característico do idoso dependente contribuem ainda mais para agravar essas mesmas necessidades.

O apoio informal e formal constitui um dos aspetos fundamentais par atender a essas mesmas necessidades, por vezes vinte e quatros horas por dia. Esses tipos de apoios tem um papel preponderante na promoção, proteção e recuperação da saúde do idoso.

**CAPÍTULO II – PRESTAÇÃO DE CUIDADOS INFORMAIS À PESSOA
IDOSA DEPENDENTE EM CONTEXTO DOMICILIÁRIO**

1- A FAMÍLIA COMO PRESTADORA DE CUIDADOS INFORMAIS

(...) com o passar de anos, as transformações que ocorreram nas sociedades industrializadas e o gradual envelhecimento das suas populações proporcionaram as condições para que, socialmente se começasse a considerar a velhice como situação problemática e a necessitar de apoio social (Fernandes citado por Santos, 2008:72).

A família é um sistema, onde os seus membros podem ou não ser relacionados, viver ou não juntos, onde existe um compromisso e vínculo afetivo entre os membros da unidade. Uma das principais funções da família é a de solidariedade intergeracional (Relvas, 1996). A construção de uma rede de solidariedade entre os diferentes membros da rede familiar, amigos e vizinhos é um pilar de apoio ao cuidador no desenvolvimento da sua atividade de cuidar a pessoa idosa dependente no domicílio neste sentido também Stuart citado por Wright e Leahey (2009:48), refere que as funções dessa unidade de cuidados consistem em proteção, nutrição e socialização de seus membros

Antigamente as famílias eram mais homogêneas do que no momento, e nos tempos que correm o tipo de família mais dominante é a multigeracional com vivências relacionais. Relvas (1996). Devido às alterações nos papéis dos elementos da família, com a entrada da mulher no mercado de trabalho, redução do número de filhos, aumento dos divórcios, segundos casamentos, gravidezes adiadas, aumento da idade com que se casa pela primeira vez entre outras (Hanson, 2005:30). Encontramos diversos tipos de famílias que de acordo com a mesma autora podem ser classificados em: Díade Nuclear (Casal casado, sem filhos); Nuclear (Marido, mulher, filhos (podem ou não ser legalmente casados); Binuclear (Duas famílias pós - divorciadas com filhos de ambos); Alargada (Família nuclear mais parentes de sangue); Reconstruída (Marido, mulher, e filhos de relações anteriores); Monoparental (Um pai ou mãe e filho (s)); Comuna (Grupo de homens, mulheres e filhos); Coabitação (Homens e mulheres solteiros que partilham uma casa); Homossexual (Casal do mesmo sexo); Pessoa celibatária (Uma pessoa adulta numa casa).

O papel da família nos cuidados e na recuperação da saúde é importante para quase todos os doentes, especialmente quando se sentem mais fragilizados. O calor, o carinho envolvente daqueles que nos são mais próximos contribuem em certa parte para manter quente e aconchegada a alma dos mais idosos, sentindo-se queridos e amados por aqueles a quem eles amam. A este respeito também Phaneuf (2005:53), refere que:

O papel da família nos cuidados e na recuperação da saúde é importante para quase todos os doentes, mas é primordial em certas culturas onde a coesão familiar e a ajuda são importantes (...) é preciso compreender a sua importância para a pessoa e permitir-lhe desfrutar desta presença que lhe é cara, ao mesmo tempo que se procura assegurar o seu repouso e a execução dos cuidados.

Prestar cuidados é percebido pela maioria das sociedades como uma das funções básicas da vida em família (Squire, 2005: 86). Antigamente, a prestação de cuidados não era vista como uma profissão, “(...) diziam apenas respeito a qualquer pessoa que ajudava outra a garantir o que lhe era necessário para continuar a sua vida, em relação com a vida do grupo” (Collière, 1999: 27). Domínguez-Alcón citado por Imaginário, (2008: 73) define a prestação informal de cuidados como:

(...) a assistência proporcionada pela família pelos amigos, ou pelos vizinhos a pessoa com necessidade de cuidados instrumental, ou pessoal, nas atividades de vida quotidiana (...) trata-se de uma fonte de cuidados não remunerados, para que as pessoas idosas em situação de fragilidade ou dependência, as pessoas incapacitadas ou outros grupos continuem a viver no seu lar, ou na comunidade e não sejam institucionalizados.

Recentemente, existe um enfoque cada vez maior no sentido de privilegiar o domicílio como lugar de prestação de cuidados da pessoa idosa dependente como uma estratégia de promoção da autonomia e dignidade (Sequeira, 2018). Desta forma a família surge como o pilar de apoio no cuidado à pessoa idosa dependente. por isso é de esperar que seja dentro da família que normalmente surge o cuidador informal principal, cuja identidade e determinantes da adoção do papel de cuidador informal principal, “ (...) está intrinsecamente ligada à história pessoal e familiar, com base em contextos sociais e culturais” normativos de cada família (Neri e Carvalho, 2002, citados por Sequeira, 2018: 172). Desta forma a manutenção de um idoso dependente em casa, concebe frequentemente problemas vários, e o primeiro deles é quem é que vai assumir o papel de cuidador informal principal.

1.1- DETERMINANTES DA ADOÇÃO DO PAPEL DE CUIDADOR INFORMAL PRINCIPAL

O cuidador informal principal é definido como sendo aquela pessoa sobre quem recai maior parte e responsabilidade da prestação de cuidados ao idoso e que não é remunerado pela prestação dos mesmos (Lage, 2007; Sequeira, 2018). O assumir o papel de cuidador informal

principal tanto pode ser um papel dinâmico, abrupto, como ser lento e em certas situações torna-se uma realidade ainda mesmo antes da pessoa ter consciência disso. Habitualmente este papel emerge da esfera familiar ou social da pessoa idosa dependente, como os familiares, amigos, vizinhos, entre outros, que lhes prestam cuidados regulares, não remunerados, na ausência da existência de um vínculo mais formal.

A literatura conduz-nos a que esse cuidador informal normalmente emerge do seio da rede familiar. Quando a pessoa idosa é casada normalmente é o cônjuge que assume a responsabilidade da prestação de cuidados. Quando não existem cônjuges disponíveis, “(...) habitualmente a filha ou a nora assumem o papel de prestador de cuidados” (Hanson, 2005:352). Segundo a mesma autora, quando não há filhos, são outros membros da família na sua maioria do sexo feminino como sobrinhas, irmãs, ou sobrinhos que assumem esses papéis. Aos homens normalmente cabe um papel de apoio e afeto ao cuidador principal.

É na esfera familiar que, encontramos primeira linha de apoio na prestação de cuidados à pessoa idosa dependente. Esta prestação de cuidados é efetuada de forma contínua e ininterrupta que “(...) envolve um grande dispêndio de tempo e energia por períodos de tempo potencialmente longos, envolve tarefas que são desagradáveis, desconfortáveis, desproporcionadas, e muitas vezes é um papel que não foi previsto” (Biegel *et al* citado por Hanson, 2005:352).

Sequeira (2007) no seu estudo refere que na adoção do papel de cuidador estão várias variáveis e que as repercussões tanto negativas como positivas da tarefa de cuidar se dão por conta da interação dessas mesmas variáveis. Se essa interação se der de forma equilibrada, o papel de cuidador é vivido com sentimentos de prazer e satisfação, caso contrário esta pode ser uma etapa frustrante, stressante e exaustiva para o cuidador. É nesta etapa da vida dos cuidadores e dos idosos que o papel do enfermeiro especialista em enfermagem comunitária surge como um importante agente promotor e facilitador do autocuidado.

Olson citado por Stanhope e Lancaster (1999:652) refere que “A prestação de cuidados a idosos tem-se tornado da responsabilidade familiar (...) Tanto os idosos como os membros da família resistem fortemente à colocação em lares de enfermagem e vêem o internamento como um insucesso pessoal”. “Consequentemente, os prestadores informais de cuidados são vistos como uma extensão dos enfermeiros” (DHHS cit. por Stanhope e Lancaster, 1999:652).

Furner citado por Stanhope e Lancaster (1999:652), referem que “Aproximadamente 80% dos cuidados de longa duração com base na comunidade provém de redes informais de familiares e amigos, a maioria das quais são compostas por mulheres”.

Segundo Arber e Ginn citados por Squire (2005:87), refere que:

(...) com o crescimento do emprego entre as mulheres, esta bolsa potencial de prestadoras de cuidados foi reduzida, (...) os cônjuges masculinos mais velhos prestam cuidados...em 1990 dos 6,8 milhões de prestadores de cuidados, 2,9 milhões eram homens e 3,9 milhões eram mulheres(...) a idade mais comum para se tornar prestador de cuidados situa-se entre os 45 -64 anos(...)o grupo mais comum são pessoas que cuidam dos pais.

Victor citado por Squire (2005:88), concluiu que “(...) os prestadores de cuidados que não eram parceiros, eram normalmente filhas ou noras”. Efetivamente a tradição portuguesa atribui á família e em especial aos elementos do sexo feminino e com laços afetivos mais próximos a responsabilidade de cuidar os elementos mais idosos da família.

A família sofreu alterações no seu ciclo de vida familiar, com a libertação da mulher do seu papel subalterno. Este facto fez emergir vários fenómenos como a integração da mulher no mercado de trabalho, a diminuição de casamentos, ou casamentos mais tardios, aumento da instabilidade conjugal, a queda da natalidade, a importância com a carreira profissional e a competitividade. “Esta nova realidade implicará, provavelmente, alterações no cuidador do futuro” (Sequeira, 2018:173).

É um facto que, tradicionalmente, a função de cuidar tem estado vinculada essencialmente à família. As famílias assumiam o papel de cuidadores informais, dos seus familiares dependentes, prestando todo o apoio necessário. Dentro da família esse papel era habitualmente assumido pelas mulheres (esposa, filhas, noras, irmãs, etc.), ficando o homem responsável pelo sustento da casa. (Lage, 2007).

As motivações que levam um membro da família a tornar-se cuidador de um outro, são para uns a crença de que se trata de uma responsabilidade moral, assumindo não quererem sentir-se culpados um dia mais tarde, para outros, o cuidar de um familiar significa um sentimento de dever cumprido, um ato de reciprocidade e para outros o reconhecimento social e familiar (Imaginário, 2008). Também Martins *et al* (2016: 64) referem que quando a dependência chega é “(...) na família que se encontra o apoio necessário”.

Existem um conjunto de fatores que determinam a maior possibilidade desse tornar cuidador informal tais como, a relação de parentesco tais como os filhos, o cônjuge; o género, sendo que tradicionalmente o papel de cuidador é atribuído a alguém do sexo feminino; a proximidade física da pessoa cuidada; a proximidade afetiva; e o facto de estar desempregado também contribui para o assumir o papel de cuidador informal principal. (Sousa, Figueiredo e Cerqueira, 2004). Também Sequeira (2018:171), refere que: a iniciativa própria, a decisão

familiar, o fato de ser a única pessoa disponível, por solicitação da pessoa dependente, a relação familiar, a coresidência, e o género, como principais fatores determinantes na adoção do papel de cuidador informal da pessoa idosa dependente.

Quando a pessoa cuidada é casada habitualmente é o cônjuge que por amor, afeto e solidariedade conjugal vitalícia assumem o papel de cuidador informal principal. Em segundo lugar na hierarquia e igualmente marcada por laços filiais e gratidão para com os pais sem envolver a noção de troca surgem os filhos. Neste caso o mais provável é ser a filha mais velha a assumir o papel, a qual normalmente é de meia idade, casada e com filhos jovens. Pode também ser uma filha também de meia idade viúva ou solteira sem filhos. Caso não existam filhos habitualmente surge alguém dentro da esfera familiar como sobrinhas ou irmãs. Quando só existem filhos o mais provável é ser uma das noras a assumir esses papel. A proximidade afetiva e geográfica da residência da pessoa dependente, e o facto de estar desempregado, são também fatores que acabam por influenciar na decisão de se tornar cuidador (Sequeira, 2018). A esta motivação está fortemente associado a educação fortemente cristã existente na europa, procurando dar o exemplo aos mais novos de forma a fortalecer os laços familiares e na esperança de um dia também vir a ser cuidado. Existe, contudo, uma motivação, que raramente é assumida: uma possível recompensa material em forma de herança como pagamento pelo cuidado prestado. A ideia generalizada de que a institucionalização em lares é considerada uma última alternativa, leva a que muitas famílias considerem em primeiro lugar prestar cuidados em contexto domiciliário deixando para última opção a institucionalização do idoso. (Sousa, Figueiredo e Cerqueira, 2004).

Existe uma tendência de motivação altruísta, para que os cuidadores sejam quem antes da dependência mantinham uma relação afetiva mais próxima do idoso. Já os que não têm uma relação tão próxima, revelam motivações no sentido de ser uma “(...) obrigação, evitar a censura e conquistar a aprovação social” (Imaginário, 2008: 74)). Para Alarcão (2002), o dever e a obrigação surgem como uma justificação relacionada com o cumprimento das funções básicas da família, como seja a função de saúde, em que quando um elemento da família necessita de cuidados de saúde compete aos outros lhe os proporcionar da melhor forma possível. Embora a maior parte do cuidado seja prestado pelo cuidador informal principal, a verdade é que este, conta quase sempre com a ajuda adicional de um outro cuidador, o cuidador secundário. Este cuidador secundário normalmente surge de alguém da rede familiar ou social, contribuindo para o aumento da quantidade e qualidade dos cuidados prestados, contribuindo

para a satisfação das necessidades da pessoa idosa dependente, assim como no alívio da tarefa de cuidar no cuidador principal (Lage, 2007).

1.2- TIPO DE CUIDADOS PRESTADOS

O envelhecimento demográfico e as alterações na estrutura e comportamentos sociais e familiares da sociedade portuguesa, acarreta necessidades crescentes em cuidados de saúde, adequados à especificidade do envelhecimento humano, e a concretização de respostas cada vez mais globais, eficazes e humanizadas, que tenham em conta uma melhor organização e eficiência dos recursos existentes (Ministério da Saúde, 2004).

Segundo Honoré (2004) cuidar é o ato de se ocupar de alguém de uma forma holística e segundo as suas necessidades, desejos e projetos.

Sequeira (2010:156), define cuidados informais os que “ (...) são executados de forma não antecipada, não remunerada, podendo abranger a totalidade ou apenas uma parte dos mesmos”. A variedade de cuidados informais à pessoa idosa dependente é muito vasta e complexa. O cuidador vê-se confrontado com um sem número de novas funções que têm necessidade de realizar. Sequeira (2010:179, 180), destaca essencialmente:

- * Providenciar uma vigilância de saúde adequada e efetuar a ligação entre o idoso com demência e os serviços de saúde;
- * Promover a autonomia e a independência;
- * Promover um ambiente seguro no domicílio e no exterior;
- * Adaptar o ambiente de modo a prevenir os acidentes;
- * Assegurar um ambiente confortável e um sono adequado;
- * Promover a participação/envolvimento familiar;
- * Supervisionar a atividade do idoso;
- * Promover a comunicação e a socialização;
- * Promover a manutenção ou a estimulação pelo interesse no desenvolvimento de um projecto pessoal, história de vida, religião, etc.;
- * Estimular a manutenção de uma ocupação/atividade;
- * Supervisionar/incentivar as atividades físicas (no interior e no exterior da casa);
- * Supervisionar/incentivar as atividades de lazer e sociais;
- * Supervisionar, ajudar ou substituir ao nível das atividades de vida diária (ABVD e AIVD): autocuidado (higiene corporal, mobilidade, segurança, alimentação, eliminação, etc.); utilizar o telefone, uso do dinheiro; fazer compras; cozinhar; cuidar do jardim; etc.;
- * Prestar outros cuidados de acordo com cada contexto específico e segundo as orientações dos profissionais de saúde que assistem o idoso.

A este respeito Hanson (2005:361) considera que os cuidadores não devem se esquecer das necessidades espirituais do idoso, pois estas ocupam um lugar relevante na vida de muitos

idosos, “(...) sendo muitas vezes uma grande fonte de apoio formal e informal para os seus membros idosos”.

O Manual do Cuidador Informal de Utentes Dependentes, elaborado pelo Ministério da Saúde (2014), para cuidadores informais dos utentes dependentes descreve que a função do cuidador é acompanhar e auxiliar a pessoa cuidada, realizando apenas somente as atividades que ela não consiga fazer sozinha. Também salienta algumas tarefas que fazem parte da rotina do cuidador, como: O cuidar de si mesmo, saber escutar, a importância do meio ambiente envolvente, ajudar nos cuidados de higiene, o vestuário adequado, a mobilização, a prevenção das úlceras de pressão, a alimentação, tipos de apoios sociais disponíveis. Permite ainda uma orientação e comunicação á equipa de saúde sobre mudanças no estado de saúde da pessoa cuidada e outras situações necessárias, para a melhoria da qualidade de vida e recuperação da saúde da pessoa.

Por outro lado, o tipo de cuidados prestados está “(...) relacionado com as necessidades do idoso dependente” (Sequeira, 2018:272). Estas necessidades podem variar ao longo do dia dependendo da necessidade de autocuidado, assim como na mesma atividade podem estar envolvidos vários tipos de cuidados, como a preocupação, supervisão, orientação, ajuda ou substituição (*Ibidem*). Desta forma o tipo de cuidados prestados pode variar ao longo do dia conforme as necessidades do idoso. O autocuidado ao início do dia, pode necessitar de apenas supervisão e orientação e á noite necessitar de ajuda/substituição.

Squire (2005:98), refere que quanto ao nível de tempo que os cuidadores despendem na prestação de cuidados ao idoso dependente, alguns prestam “(...) cuidados durante algumas horas por semana, outros 24 horas por dia, todos os dias; por outro lado, um prestador de cuidados não tem que viver com a pessoa de quem cuida”. Também a este respeito Sequeira (2018:271), refere que o “(...) número de horas utilizado na prestação de cuidados é habitualmente elevado”.

As necessidades do idoso dependente são muitas, e por isso englobam diariamente uma, frequência, duração e variedade enorme de cuidados. A maioria dos cuidadores cuida de forma isolada, sem ajudas na prestação de cuidados, facto que está relacionado com a tipologia e o contexto em que a maioria das famílias se encontra, daí a importância de identificar as necessidades educativas do cuidador informal da pessoa idosa dependente no domicílio, no sentido de contribuir para uma melhoria dos cuidados prestados.

1.3- NECESSIDADES DO CUIDADOR INFORMAL

Martins *et al*, (2016:76) refere vários estudos de Costa e Castro (2014), Slatyer *et al* (2013) e Plank, Mazzoni e Cavada (2012) em que os cuidadores informais de pessoas dependentes que se encontram no domicílio sentem regularmente necessidade “(...) para desenvolver competências necessárias ao exercício do papel, bem como para suporte emocional”. Imaginário (2008), refere um estudo efetuado na Escócia por Dobrof acerca das necessidades dos cuidadores informais, onde os investigadores concluíram que os cuidadores informais manifestavam necessidades de mais diálogo e de informação por parte dos profissionais de saúde, sobre como desenvolver o seu trabalho e como obter ajuda posterior.

Hileman e colaboradores citados por Cerqueira (2005:43), consideram como principais necessidades dos prestadores de cuidados a:

1. Informação relativa sobre as razões subjacentes aos sintomas;
2. Informação sobre que sintomas esperar no futuro;
3. Informação sobre o que esperar ao nível do prognóstico da doença;
4. Informação sobre o tratamento dos efeitos secundários;
5. Informação sobre os recursos comunitários;
6. Meios para tranquilizar o doente;
7. Meios para lidar com a diminuição de energia do doente;
8. Meios para lidar com a imprevisibilidade do futuro;
9. Informação sobre medicação;
10. Formas de encorajamento do doente;
11. Informação sobre as necessidades psicológicas do doente;
12. Métodos para diminuir o stresse do cuidador;
13. Formas de cooperação no diagnóstico da doença;
14. Informação sobre o tipo e extensão da doença;
15. Forma de cooperar nas alterações de papéis;
16. Informação sobre as necessidades físicas do doente;
17. Atividades que farão o doente sentir-se “importante”;
18. Formas de aprender a ser mais paciente e tolerante;
19. Formas de lidar com a depressão do cuidador;
20. Manutenção de uma vida familiar normal;
21. Abordagem da morte do doente;
22. Lidar com os medos do cuidador;
23. Combater a fadiga;
24. Providenciar ao doente a nutrição adequada.

Em zonas rurais muitas vezes a pessoa idosa o único recurso económico que possui são as baixas reformas de uma vida inteira dedicada a atividades do setor primário. Cerqueira (2005), no seu estudo, menciona necessidades de apoio económico, material técnico e falta de recursos na comunidade. Também Mendonça e tal citado por Cerqueira (2005:45,46), refere que:

A maioria dos cuidadores depara-se com dificuldades económicas, dificuldades a nível da obtenção de transporte para consultas e/ou tratamentos do doente, dificuldade em conseguirem consultas e a sensação de que eram incapazes ou tinham dúvidas para cuidar de pessoas dependentes (...) falta de estruturas de saúde e sociais para apoio, a falta de saúde do cuidador, a falta de tempo para prestar cuidados com qualidade e interferência com as suas necessidades pessoais e familiares (...) como cuidar do doente.

O autor refere que a resposta a estas e outras necessidades deve ser entendida numa perspetiva holística e multidisciplinar.

O cuidador informal é uma pessoa importante na prestação de cuidados á pessoa dependente no domicílio, por isso as necessidades associadas á sua tarefa de cuidar devem merecer atenção por parte dos profissionais de saúde. Por esse motivo é necessário identificar as necessidades educativas dos cuidadores informais no sentido de otimizar as intervenções de enfermagem, contribuindo deste modo para uma continuidade de cuidados prestados no domicílio. Borgermans, Nolan e Philp, (2001:25), citados por Rodrigues, (2012:33), referem que:

As necessidades dos cuidadores informais são muito importantes no contexto da avaliação, porém têm sido pouco estudadas e concetualizadas; existem poucos instrumentos disponíveis para avaliar as necessidades dos cuidadores informais; em geral, os cuidadores informais apresentam uma série de necessidades: materiais, emocionais e informativas. As necessidades dependem de uma série de fatores, tais como, o tipo e grau de dependência da pessoa que necessita de cuidados, o estado de saúde do cuidador, a (in) existência de outras pessoas que prestem ajuda complementar, a utilização/acesso ou não de serviços de apoio, coabitação (...) somente mediante a identificação e clarificação das necessidades dos cuidadores informais, é que os profissionais de saúde estarão aptos a focar a atenção e a conceber medidas que contribuam para o sucesso a longo prazo dos cuidados domiciliários.

Num projeto sobre o Cuidado Informal e Fragilidade na Idade Avançada, realizado por um grupo de investigação sobre envelhecimento do Centro de Investigação em Tecnologias e Serviços de Saúde (Cintesis.UP), com o objetivo de analisar as exigências da prestação de cuidados informais na pessoa idosa assim como identificar as principais dificuldades/necessidades destes cuidadores, foram também identificadas necessidades individuais, de saúde, sociais e relacionadas com as políticas publicas. Dentro destas salientamos a necessidade de capacitação do cuidador para a prestação de cuidados (Teixeira *et al* ,2017).

Do atrás exposto parece-nos fulcral que o cuidador adquira conhecimentos relacionados com a sua tarefa de cuidar o idoso dependente no dia-a-dia. Os profissionais de saúde devem saber ajudar a ultrapassar essas necessidades/dificuldades sentidas pelo cuidador informal.

Parece ser então ser importante e fundamental ir de encontro das necessidades do cuidador informal, para o idoso dependente ter cuidados eficazes.

2- RESPOSTAS FORMAIS E INFORMAIS

O Programa do XXI Governo Constitucional prevê, no âmbito da Rede de Cuidados Continuados Integrados, o reconhecimento e apoio aos Cuidadores Informais que apoiam as pessoas em situação de dependência nos seus domicílios, independentemente da idade (SNS, 2017).

Os apoios formais e informais são um recurso fundamental para a manutenção do idoso dependente no seu contexto domiciliário, e para o sucesso da prestação de cuidados informais (Imaginário, 2008). Squire (2005:97), refere que os cuidadores informais ao serem informados dos apoios formais por parte de organizações e profissionais “(...) acerca dos cuidados sociais e de saúde disponíveis, juntamente com a ajuda e o apoio emocionais, ajuda a aliviar os problemas “. Para que tal seja eficaz torna-se necessário que existam “(...) laços efectivos entre estes sistemas (...) sendo um pré-requisito para que as pessoas idosas recebam os cuidados de que precisam” (Dobrof citado por Imaginário, 2008:77).

Vários autores (Nolan e tal, Bris e Quaresma citados por Imaginário, 2008) reconhecem a importância dos apoios prestados aos cuidadores informais tendo em vista a satisfação das necessidades e resolução de problemas do idoso dependente e seus cuidadores informais. Estes necessitam de apoio extrafamiliar, para tal devem ser definidas políticas de intervenção no sentido de reforçar e valorizar o papel dos prestadores de cuidados informais, criar e desenvolver infraestruturas na comunidade que acompanhem e ajudem a família a controlar as situações (Imaginário, 2008:78).

O Programa Nacional para a Saúde das Pessoas Idosas, visa a manutenção da autonomia, independência, qualidade de vida e recuperação global das pessoas idosas, prioritariamente no seu domicílio e meio habitual de vida, exige uma ação multidisciplinar dos serviços de saúde, em estreita articulação com a Rede de Cuidados Continuados de Saúde criada pela Lei nº. 281/2003 de 8 de novembro. Assim, reconhecendo a necessidade de serem criadas condições que concretizem o objetivo fundamental de obter ganhos de saúde, nomeadamente em anos de vida com independência e melhorem as práticas profissionais no âmbito das especificidades do envelhecimento, o Ministério da Saúde aprovou o Programa Nacional para a Saúde das Pessoas Idosas, o qual pretende contribuir para uma atuação sobre os determinantes da perda de autonomia e de independência, tendo como objetivo geral: obter ganhos em anos de vida com independência. Este plano tem como objetivos informar a população idosa e famílias sobre: a)

utilização correta dos recursos necessários à saúde; b) abordagem das situações mais frequentes de dependência, nomeadamente por défices motores, sensoriais, cognitivos, ambientais e sociofamiliares ;c) abordagem das situações demenciais, nomeadamente da doença de Alzheimer, assim como sobre a prevenção da depressão e do luto patológico; d) abordagem da incontinência; e) promoção e recuperação da saúde oral; f) prevenção dos efeitos adversos da automedicação e polimedicação ; g) prestação de cuidados domiciliários a pessoas idosas doentes ou com dependência. O plano tem ainda como objetivos, Orientar tecnicamente os prestadores de cuidados sobre: a) tipos e adequação de ajudas técnicas ; b) abordagem da patologia incapacitante mais frequente nas pessoas idosas, nomeadamente fraturas, incontinência, perturbações do sono, perturbações ligadas à sexualidade, perturbações da memória, demências, nomeadamente doença de Alzheimer, doença de Parkinson, problemas auditivos, visuais, de comunicação e da fala ; c) melhoria da acessibilidade à informação sobre medicamentos ; d) adequação da prescrição medicamentosa às pessoas idosas; e) abordagem da fase final de vida; f) abordagem do luto; g) programação, organização, prestação e avaliação de cuidados de saúde no domicílio ; h) abordagem multidisciplinar e intersectorial da saúde e da independência das pessoas idosas. (Ministério da Saúde, 2004:15,16,17).

Os apoios sociais e de saúde e nos quais se enquadram os cuidados de enfermagem, disponíveis na comunidade têm um papel fundamental não somente no apoio prestado às pessoas idosas dependentes, mas também no registo desses mesmos cuidados a fim de facilitar a sua continuidade por toda a equipa. O enfermeiro deve considerar o cuidador como uma parte integrante dos cuidados prestados à pessoa dependente, para que a equipa possa dar resposta às necessidades encontradas (Martins *et al*: 2016). A orientação dos cuidadores mediante as necessidades detetadas, sentidas ou manifestadas pretende ser uma ponte de apoio ao cuidador na sua tarefa de cuidar a pessoa idosa.

Se cuidar em casa já é uma tarefa difícil, e não depende somente da disponibilidade das famílias pois sem uma boa assistência da rede de apoios tanto formais como informais, esta tarefa torna-se árdua e pesada pondo em causa a qualidade de cuidados informais prestados. Na verdade, o ideal será, que a pessoa idosa permaneça no domicílio, desde que assegurados os necessários apoios formais e informais, preservando a intimidade e dignidade que a pessoa necessita no que respeita ao seu cuidado em saúde.

Em Portugal existem redes de apoio nos serviços de saúde e sociais, às quais o cuidador informal pode solicitar ajuda. Este apoio baseia-se em ajuda nos cuidados diários, e incluem

“(…) os serviços estatais de segurança social e os organizados pelo poder local, a nível de concelho ou de freguesia criados para servir a população idosa, sejam eles lares, serviços de apoio domiciliário, centros de dia ou centros de convívio” (Paúl,1997 citado por Guedes, 2011:45).

Existem também as instituições privadas de solidariedade social, e ainda outras que, sendo do tipo de associações profissionais, também têm algum tipo de apoio estatal. Todas no conjunto garantem algum tipo de apoio a que o cuidador informal pode recorrer, sendo por isso estruturas a valorizar. “Cuidador apoiado e confortado terá maior capacidade e disponibilidade para cuidar do seu membro” (Cerqueira,2005:42).

Em resumo, vimos que a prestação de cuidados ao idoso dependente pode assumir duas formas distintas: no âmbito formal e no âmbito informal.

Os cuidados no âmbito formal são prestados de uma forma profissional, por “(…) profissionais qualificados (…) integrados no âmbito de uma atividade profissional, na qual se incluem as atividades inerentes ao conteúdo do exercício laboral, de acordo cm as competências próprias de cada profissional de saúde” (Sequeira, 2018:167). Estes cuidadores são remunerados e designados de cuidadores formais.

Os cuidados no âmbito informal, são cuidados prestados essencialmente no “(…) domicílio e que habitualmente ficam sob a responsabilidade dos elementos da família, dos amigos, vizinhos ou outros, sendo designados por cuidadores informais (…)” (Sequeira, 2018:167), que proporcionam “(…) a maior parte dos cuidados, que não é remunerada e sobre quem recai a responsabilidade de cuidar” (*ibidem*). Por este motivo urge fazer o levantamento das suas necessidades de educação enquanto cuidador informal do idoso dependente em contexto domiciliário. “(…), as necessidades de cuidados das pessoas idosas são melhor servidas por uma combinação de serviços formais e informais” (Hanson, 2005:362).

Pelo exposto, tendo como principal objetivo - Identificar as necessidades educativas do cuidador informal em situações de défice de autocuidado, consideramos ser relevante abordarmos a Teoria Geral de Enfermagem de Dorothea Orem, para uma maior exposição desta problemática.

**CAPÍTULO III – INTERVENÇÃO DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA
EM ENFERMAGEM COMUNITÁRIA NO CUIDAR A FAMÍLIA A
PESSOA IDOSA DEPENDENTE EM CONTEXTO DOMICILIÁRIO**

1- A TEORIA GERAL DE ENFERMAGEM DE DOROTHEA OREM

A enfermagem diferencia-se dos outros Serviços Humanos pela forma como ela focaliza os seres humanos (Dorothea Orem).

O nosso estudo encontra-se orientado pela Teoria de Autocuidado de Dorothea Orem, para o qual serviu de inspiração para o suporte teórico, com a finalidade de acrescentar conhecimento.

A Teoria do autocuidado, descrita por Dorothea Elizabeth Orem, é constituída por três pilares: Teoria do Autocuidado; Teoria do Déficit do Autocuidado; Teoria dos Sistemas de Enfermagem. Para Órem (2001) e Queirós (2010), o autocuidado é um conjunto de atividades universais em diferentes tipos de vivências, que promovem o aperfeiçoamento e saberes das pessoas de forma a manter a vida, a saúde, o desenvolvimento e o bem-estar, como por exemplo a ingestão de água, ar e comida. Quando por alguma situação de desvios de saúde como sejam as doenças crónicas ou outras, a pessoa não possa satisfazer as suas necessidades de autocuidado, necessita de um cuidador familiar ou não. Então também se torna necessário saber até que ponto os cuidadores conseguem gerir adequadamente esse autocuidado.

A capacidade de autocuidado só é assegurada quando a pessoa é capaz de desempenhar a atividade de autocuidado para manter, restabelecer ou melhorar a sua saúde, bem-estar e autoestima (Queirós, 2010). Isto é, será que a pessoa poderá cuidar-se a si mesma? E esse cuidado é eficaz? Está ou não está esse cuidado comprometido? Perante uma vivência diferente do habitual, a capacidade que a pessoa tem para se adaptar e saber gerir respostas adaptativas adequadas á nova situação, pode estar alterada e precisar de ajuda para manter eficaz o seu autocuidado.

A teoria do défice do autocuidado é o cerne da teoria de Dorothea Orem pois é nela que se incorpora a necessidade de cuidados de enfermagem, nos indivíduos incapazes de o realizar. A enfermagem passa a ser necessária na ajuda e promoção do autocuidado em défice dos indivíduos incapacitados ou limitados em o realizar, promovendo a maximização da autonomia. De acordo com as necessidades identificadas, e na perspectiva de Orem existem cinco métodos de ajuda:

- i. Executar, agir e fazer pela outra pessoa, família ou grupo até que os cuidados de enfermagem não sejam mais necessários;
- ii. Orientar, encaminhar e verificar de que maneira a enfermagem pode ajudar;

- iii. Apoiar a pessoa (física e psicologicamente) no sentido de dar resposta às necessidades detetadas;
- iv. Proporcionar um ambiente propício à aprendizagem;
- v. Capacitar, coordenar e incorporar cuidados de enfermagem de forma a maximizar a autonomia da pessoa ou cuidador (Órem, 2001).

Quando as exigências de autocuidado são superiores às habilidades que a pessoa possui o enfermeiro pode ajudar a pessoa, família e comunidade a dar resposta às necessidades de autocuidado através de um ou vários métodos no sentido de melhorar a sua da qualidade de vida, saúde e bem-estar. Neste sentido o apoio ou ajuda são uma mais valia no sentido de compensar as limitações e empoderar as pessoas e/ou cuidadores para prestar cuidados com qualidade e obter ganhos em saúde.

Quanto à Teoria dos Sistemas de Enfermagem, esta é planeada pelo enfermeiro e baseia-se essencialmente nas necessidades de autocuidado e nas capacidades que os indivíduos possuem para realizar o autocuidado. Órem (2001), identificou três classificações de sistemas de enfermagem para satisfazer as necessidades de autocuidado dos indivíduos:

- 1- Sistema totalmente compensatório, quando a enfermagem substitui totalmente a pessoa no autocuidado. Estas pessoas são dependentes de outros para o seu bem-estar e sobrevivência.
- 2- Sistema parcialmente compensatório, quando a enfermagem realiza só as atividades que a pessoa não consegue realizar por si próprio.
- 3- Apoio educativo, quando a pessoa ou cuidador é capaz de realizar o autocuidado, mas necessita da enfermagem para o ensinar e supervisionar nesse autocuidado, sendo o papel do enfermeiro o de promover o indivíduo a um agente de autocuidado.

A teoria do défice do autocuidado é fundamentada na promoção e manutenção da saúde, numa perspetiva holística da enfermagem, e da capacidade e responsabilidade dos indivíduos em relação ao cuidar. De acordo com os pressupostos desta teoria, é importante referir que a enfermagem comunitária e de saúde pública através das suas intervenções específicas, permite contribuir para que o cuidador informal da pessoa idosa dependente evolua de um défice de autocuidado, num sistema totalmente compensatório para uma maior independência nos autocuidados, necessitando de apoio educativo e de enfermagem para continuara a realizar o autocuidado.

2- INTERVENÇÃO DA ENFERMAGEM COMUNITÁRIA NA CAPACITAÇÃO E EMPOWERMENT DOS CUIDADORES INFORMAIS

Educação para a saúde é toda a atividade intencional conducente a aprendizagens relacionadas com saúde e doença (...), produzindo mudanças no conhecimento e compreensão e nas formas de pensar. Pode ainda conduzir a mudanças de comportamentos e de estilos de vida”. (Tones e Tilford citado por Carvalho, Gonçalves, Rodrigues e Albuquerque).

As intervenções da enfermagem são autónomas e interdependentes, a realizar pelo enfermeiro no âmbito das suas qualificações profissionais e dirigem-se essencialmente “(...) em relação a tudo o que melhora as condições que favorecem o desenvolvimento da saúde, com vista a prevenir, a limitar a doença e, por outro, em relação a tudo o que revitaliza alguém que esteja doente” (Collière, 1999:285). Segundo o artigo 4º e 5º do REPE do Decreto-Lei n.º 161/96, de 4 de Setembro, estas intervenções caracterizam-se por: terem uma interação entre enfermeiro e utente, indivíduo, família, grupos e comunidade, na qual se estabelece uma relação de ajuda, com vista ao diagnóstico de enfermagem e elaboração de planos para a prestação de cuidados de enfermagem e a execução correta e adequada dos cuidados de enfermagem necessários de acordo com o grau de dependência do utente.

A 2ª Conferência Ministerial de Enfermagem da OMS que decorreu no ano 2000 em Munique, apresentou-se como um novo impulso à mudança e promoção das reformas dos sistemas de saúde, na qual é reconhecido o papel determinante da contribuição da enfermagem em prol das populações. È dado especial ênfase à colocação do enfermeiro como elemento-chave no desenvolvimento e coordenação das intervenções na comunidade, sendo a família o núcleo chave da sua intervenção. Fruto das competências adquiridos, a Declaração de Munique consignou o papel chave do enfermeiro, no sentido de assegurar cuidados de saúde com qualidade centrados na família, incluindo a promoção e proteção da saúde, a prevenção da doença, a reabilitação e a prestação de cuidados a pessoas que deles necessitem, assim como de agente facilitador no sentido a que os indivíduos e famílias desenvolvam competências para obterem uma capacitação e empowerment em questões de saúde (Ordem dos Enfermeiros, 2000).

Face à luz das várias declarações universais e à regulamentação jurídica, encontramos vários suportes no sentido de se prestarem os melhores cuidados de enfermagem no sentido de uma melhoria dos níveis de qualidade de vida à população, grupos, comunidades e famílias.

Aprovadas as competências específicas do enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública, permitem aos enfermeiros, fruto dos conhecimentos adquiridos e da experiência profissional, assumir

“... e participar na avaliação multicausal e nos processos de tomada de decisão dos principais problemas de saúde pública e no desenvolvimento de programas e projetos de intervenção com vista à capacitação e “empowerment” das comunidades na consecução de projectos de saúde colectiva e ao exercício da cidadania” (Regulamento nº128/2011: 8667).

Deste modo o enfermeiro, fruto da sua formação especializada, pretende assegurar cuidados de saúde eficazes e ajustados a pessoas com necessidades específicas. O mesmo regulamento evidencia “(...) as actividades de educação para a saúde, manutenção, restabelecimento, coordenação, gestão e avaliação dos cuidados prestados aos indivíduos, famílias e grupos que constituem uma dada comunidade” de forma a garantir uma eficaz “(...) continuidade de cuidados, estabelecendo as articulações necessárias, desenvolvendo uma prática de complementaridade com a dos outros profissionais de saúde e parceiros comunitários num determinado contexto social, económico e político” (Regulamento nº128/2011: 8667).

De acordo com o Regulamento nº128/2011, as competências específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública, são as seguintes: Estabelece, com base na metodologia do Planeamento em Saúde, a avaliação do estado de saúde de uma comunidade; Contribui para o processo de capacitação de grupos e comunidades; Integra a coordenação dos Programas de Saúde de âmbito comunitário e na consecução dos objetivos do Plano Nacional de Saúde; Realiza e coopera na vigilância epidemiológica de âmbito geodemográfico

Conforme referem Wright e Leahey (2009:2) a enfermagem surgiu “(...) nas casas dos pacientes, nada mais natural que envolver-se os membros da família e prestasse serviços centrados na família”. O trabalho com famílias já tem vindo a ser desenvolvido há muito tempo, o que fez surgir uma nova figura, a do enfermeiro de família, que segundo Correia *et al* (2001), é aquele que por se encontrar numa posição mais próxima e privilegiada das famílias, indivíduos e comunidades, tem uma relação de maior cumplicidade, confiança e empatia com as famílias que trabalha, tendo por isso maior facilidade no acesso a informação sobre as famílias a quem presta cuidados, facilitando a adequação de ações de educação para a saúde, conforme as necessidades detetadas.

Aprovadas as competências específicas do enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Familiar através do Regulamento n.º 126/2011 publicado no Diário da República, 2.ª série, N.º 35 de 18 de fevereiro de 2011, permitem aos enfermeiros, fruto dos conhecimentos adquiridos e da experiência profissional, cuidar da família como uma unidade de cuidados de uma forma multiprofissional e multidisciplinar de forma a que se possa articular com outros profissionais de forma a obter efetivos ganhos em saúde.

Resultante do percurso evolutivo da profissão, da experiência profissional e mais recentemente através do Regulamento n.º 428/2018, ficaram regulamentadas as Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária na área de Enfermagem de Saúde Comunitária e de Saúde Pública e na área de Enfermagem de Saúde Familiar, publicado no Diário da República, 2.ª série, N.º 135 de 16 de julho de 2018. De entre as competências apontam-se: Cuida a família enquanto unidade de cuidados, e de cada um dos seus membros ao longo do ciclo vital e aos diferentes níveis de prevenção; Lidera e colabora em processos de intervenção, no âmbito da enfermagem de saúde familiar.

Na área da Enfermagem Comunitária a Ordem dos Enfermeiros definiu padrões de qualidade para a enfermagem, através do Regulamento n.º 348/2015 referente aos Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem Especializados em Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública publicado no Diário da República, 2.ª série, N.º 118 de 19 de junho de 2015, juntamente com o Regulamento n.º 367/2015 referente aos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Saúde Familiar publicado no Diário da República, 2.ª série, N.º 124 de 29 de junho de 2015, exigindo qualidade na prestação dos cuidados por parte do enfermeiro mas, para que estes critérios sejam cumpridos, compete também às instituições de saúde criar condições e ambiente adequado ao desenvolvimento da atividade de enfermagem. Ordem dos Enfermeiros através dos regulamentos anteriores estabelece sete categorias de atuação: Satisfação dos clientes, promoção da saúde, prevenção de complicações, bem-estar e autocuidado dos clientes, readaptação funcional, organização dos cuidados de enfermagem e planeamento em saúde e vigilância epidemiológica. Embora todos estejam integrados na intervenção do enfermeiro especialista de enfermagem comunitária e nos seduzam, porque todos eles promovem a autonomia, bem-estar e autocuidado dos utentes, vamos debruçar-nos de seguida sobre a promoção da saúde.

Deste modo de acordo com os Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem Especializados em Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública e relativamente à promoção da saúde o Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública no

decurso da aquisição das suas competências, contribui para: Ajuda os grupos/comunidades a alcançarem o máximo potencial de saúde; A criação e o aproveitamento de oportunidades para promover estilos de vida saudáveis identificadas; A promoção do potencial de saúde do grupo/comunidade através da otimização do trabalho adaptativo aos processos de vida, crescimento e desenvolvimento; O fornecimento de informação geradora de aprendizagem cognitiva e de novas capacidades pelo grupo/comunidade.

Assim e de acordo com os padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem, é necessário que na procura constante e contínua pela excelência no decurso da sua formação profissional especializada, o Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública, através dos resultados de estudos e investigações, incorpore práticas especializadas de enfermagem no sentido de: Alcançar os mais elevados níveis de satisfação; Atingir o máximo potencial de saúde, dos grupos/comunidades; Prevenir complicações para a saúde dos grupos/comunidades; Maximizar o bem-estar dos grupos/comunidades relativamente às atividades para as quais são dependentes; Desenvolver juntamente com o grupo/comunidade processos de adaptação eficaz aos problemas de saúde; Contribui para a máxima eficácia na organização dos cuidados de enfermagem da sua área de intervenção especialmente na promoção da saúde dos grupos e comunidades dentro da sua área geográfica de atuação.

No decorrer da nossa experiência profissional constatámos que a prestação contínua e ininterrupta de cuidar da pessoa idosa dependente conduz a que o cuidador informal enfrente um conjunto de necessidades de diversos níveis decorrentes da sua tarefa de cuidar. Neste sentido torna-se pertinente capacitar estes cuidadores com conhecimentos, habilidades, ações e decisões destinadas a reforçar competências que lhes permitam a prestação de cuidados adequada às necessidades, a fim de promover e proteger a sua saúde e a da pessoa cuidada.

Os Regulamentos n.º 348/2015 e n.º 367/2015 na página 16485 referente aos Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem Especializados em Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública e Enfermagem de Saúde Familiar, referem que a capacitação e empowerment dos cuidadores informais do idoso dependente em contexto domiciliário feita através da educação para a saúde tem como objetivo melhorar a literacia em saúde e o desenvolvimento de habilidades pessoais destes. “A educação para a saúde além de fornecer informações visa também a promoção, motivação, aborda não apenas a transmissão de informações, mas também a promoção, motivação, as competências pessoais e autoestima, necessárias para adotar medidas destinadas” a obter ganhos em saúde.

3- CAPACITAÇÃO DO CUIDADOR INFORMAL

Em Portugal, a orientação das políticas de saúde e sociais vão no sentido de manter a pessoa dependente no domicílio, através da criação de serviços de proximidade, da capacitação das famílias cuidadoras desencorajando a institucionalização (Teixeira *et al*, 2017:7).

A capacitação dos cuidadores informais para o autocuidado emerge como fulcral, numa sociedade em que a esperança média de vida está a aumentar, com conseqüente aumento das doenças crónicas incapacitantes próprias do envelhecimento. Desta forma o cuidador informal surge como um importante elemento no cuidar da pessoa idosa no domicílio.

De uma análise geral das razões que motivam a adoção e adaptação ao papel de cuidador, consideramos que o enfermeiro especialista em enfermagem comunitária tem um papel importante na contribuição da capacitação do cuidador, no sentido de este poder dar uma adequada resposta às necessidades de autocuidado da pessoa idosa dependente.

Na execução das tarefas essenciais à satisfação das necessidades mais básicas de cuidados, o cuidador precisa de possuir conhecimentos para poder de alguma forma conseguir reconhecer as necessidades da pessoa cuidada pois a “(...) promoção da mestria e da autonomia do prestador de cuidados no exercício do seu papel é um critério de resultado de uma adaptação eficaz” (Meleis *et al*, 2000, citado por Sequeira, 2018:182). A noção de mestria resulta desta forma de uma mistura de capacidades incrementadas durante o processo de transição, com capacidades já existentes anteriormente. O processo de transição é efetuado com sucesso quando o cuidador demonstrar mestria nas tarefas desempenhadas.

As intervenções devem ser planeadas a partir do diagnóstico das necessidades em cuidados de saúde identificados, de modo a promover a saúde da díade Pessoa idosa /cuidador. O processo de intervenção na capacitação dos cuidadores informais das pessoas idosas dependentes por parte do enfermeiro especialista de enfermagem comunitária passa pelo desenvolvimento de competências em três domínios: “(...) no domínio da informação, no domínio da mestria e no domínio do suporte, de forma integrada e complementar de modo a promover oportunidades para o crescimento” (Sequeira, 2018:186). Nessa capacitação, o enfermeiro como principal responsável, passa a olhar o cuidador informal como um parceiro no cuidar o idoso dependente, de forma a lhe inculcar as competências necessárias.

De acordo com Sequeira (2018:183), essas competências podem ser agrupadas em três categorias (Quadro 1).

Quadro1- Agrupamento das competências do cuidador informal

COMPETÊNCIAS DO CUIDADOR INFORMAL	OBJETIVOS A ATINGIR	METODOLOGIA A UTILIZAR E INTERVENÇÕES
Informação/saber	<ul style="list-style-type: none"> -Ser capaz de identificar as necessidades da pessoa cuidada - As estratégias evitar repercussões negativas associadas ao cuidar e para um exercício seguro e de qualidade -Conhecer as respostas formais existentes 	<ul style="list-style-type: none"> -Autoformação e heteroformação, participando e m sessões informativas/formativas, individuais ou em grupo, em função das suas necessidades e das respostas formais existentes - 3 a 12 sessões - Na dificuldade de os cuidadores se deslocarem às instituições optar por um número mais curto de sessões. - Cada sessão não deverá ultrapassar os 90 minutos.
Mestria/saber fazer	<ul style="list-style-type: none"> -Desenvolver perícias, mestria no cuidar, no comunicar, no posicionar, no alimentar, etc. - Utilizar estratégias de coping prevenindo a sobrecarga e aumentando a satisfação 	<ul style="list-style-type: none"> - Programas estruturados em três etapas: 1- O cuidador observa o enfermeiro a executar os procedimentos. 2- O cuidador desempenha os mesmos procedimentos, primeiro com ajuda e depois de forma autónoma e sempre com supervisão do enfermeiro, para poder tirar duvidas e verificar dificuldades. 3- Repetir os procedimentos o número de vezes que forem necessárias, para executar os cuidados de forma autónoma, com segurança para si e para a pessoa dependente. Correção por parte do enfermeiro dos erros detetados.
Suporte/saber relacionar-se e saber cuidar-se	<ul style="list-style-type: none"> -Desenvolver estratégias de coping centradas no cuidador e no problema 	<ul style="list-style-type: none"> Dar suporte e apoio no: - Desenvolvimento de habilidades específicas para lidar com a ansiedade, sofrimento, vulnerabilidade, etc. - Adoção de medidas para manter a capacidade física e mental. - Cuidar da sua aparência e de si. - Desenvolvimento de estratégias de comunicação e interação com a pessoa idosa. - Respeitar e respeitar-se como pessoa.

A capacitação do cuidador informal através da atuação do enfermeiro especialista em enfermagem comunitária centrada no perfil epidemiológico dos idosos, torna-se mais valiosa se for direcionada a “(...) modalidades de participação de forma integrada com os mais novos, com o intuito de possibilitar a convivência e a participação em sociedade (cidadania)” (Sequeira, 2018: 260). Só assim será possível a criação de um programa de intervenção assente nas reais necessidades de todos os que envolvem o cuidar diariamente o idoso.

PARTE II- ESTUDO EMPÍRICO

CAPÍTULO I- METODOLOGIA

1- ABORDAGEM METODOLÓGICA

Naturalmente que para haver investigação é necessário antes de mais, um problema que mereça e possa ser investigado. (Santos 2008: 82)

O enquadramento metodológico torna-se imprescindível a qualquer trabalho de pesquisa, pois é através dele que se estuda, descreve e explica todas as etapas que se vão processar. Os métodos de investigação harmonizam-se com os diferentes fundamentos filosóficos que apoiam as inquietudes e as linhas orientadoras de uma investigação (Fortin, Côté e Fillion 2009). A definição de um método para a realização de qualquer tipo de trabalho é sempre importante, porque ao definir o método a utilizar, o investigador terá já uma linha de orientação definida, o que lhe facilita uma melhor recolha de informação e a respetiva análise.

Enveredamos por uma investigação que segue uma filosofia qualitativa, a qual na opinião de Bento (2012:1), “(...) foca um modelo fenomenológico no qual a realidade é enraizada nas perceções dos sujeitos; o objetivo é compreender e encontrar significados através de narrativas verbais e de observações em vez de através de números”. Quando o investigador segue uma filosofia qualitativa, ele preocupa-se principalmente em compreender na totalidade o fenómeno da pesquisa, visando descrever ou interpretar e não avaliar. O investigador tem como objetivo “(...) a compreensão alargada dos fenómenos (...) tal como eles se apresentam no meio natural; (...) considera o assunto de estudo sob um amplo ponto de vista; (...) recolhe dados não querendo nenhuma quantificação;...tem em atenção a natureza qualitativa das coisas mais do que o seu aspeto mensurável e (...) conduz à exposição de um relato ou à formulação de uma teoria” (Fortin, Côté e Fillion, 2009:27)

Quando pretendemos conhecer e compreender o significado e o sentido de cuidar atendendo à particularidade dos seus pontos de vista (Honoré, 2001), ou quando pretendemos caracterizar “(...) aquilo que os sujeitos experimentam, o modo como eles interpretam as suas experiências e o modo como eles próprios estruturam o mundo social em que vivem” (Bogdan e Biklen, 1994:51), há que utilizar uma metodologia que recorra a uma filosofia interpretativa.

Também Gil (2016: 93), defende que os estudos qualitativos são uma boa opção quando pretendemos estudar assuntos relacionados com a saúde pois permitem analisar a disparidade entre o que as pessoas fazem e o que dizem. Para a realização do nosso estudo e aferição dos objetivos anteriormente definidos, optámos por, em termos metodológicos, enveredar por um estudo de natureza maioritariamente qualitativa com por triangulação, o que nos permite através

do cuidador informal identificar e ter uma compreensão mais ampla de quais são as suas necessidades educativas na prestação de cuidados informais à pessoa idosa dependente em contexto domiciliário.

Neste sentido, enveredamos por um estudo de caso através do qual procuramos compreender de uma forma extensiva e com mais objetividade a visão do problema para os entrevistados. Para tal recorremos a vários instrumentos de recolha de dados: o questionário, a Escala de Barthel, o Índice de Lawton, a Escala de Pfeiffer e uma a entrevista semiestruturada.

Tendo em conta os objetivos e as características do estudo seguimos por um estudo de nível I- exploratório descritivo. Classificámo-lo como exploratório porque na região onde pretendemos desenvolver a nossa investigação, desconhecemos a existência de outros estudos similares. Também o classificamos de descritivo pois,

De um ponto filosófico, o estudo dos seres humanos está profundamente enraizado em métodos descritivos de ciência (...) Numa realidade humana como a enfermagem, é imperativo que os enfermeiros adotem uma tradição de investigação que forneça os modos mais significativos de descrever e compreender as experiências humanas (Streubert e Carpenter, (2002:2, 3).

Fortin, Côté e Fillion (2009:236) referem que” O estudo descritivo serve para identificar as características de um fenómeno de maneira a obter uma visão geral de uma situação ou de uma população”. Utilizamos questões de investigação em vez de hipóteses e não utilizaremos variáveis porque “Como se situam num primeiro nível de investigação, os estudos descritivos são geralmente baseados em questões de investigação ou objetivos e não em hipóteses (...). No estudo descritivo, não se trata de variáveis independentes e dependentes, nem de relações presumidas entre variáveis (*ibidem*). “As questões de investigação são utilizadas nos estudos descritivos (...) As variáveis chave são incluídas no objetivo, nas questões de investigação (...) e devem ser definidas de forma conceptual e operacional, num estudo” (Fortin, Côté e Fillion, 2009:174).

O estudo de caso envolve uma análise bastante aprofundada de um fenómeno em contexto real. Segundo Fortin (1999:166) as vantagens do estudo de caso são: “(...) a informação detalhada que se obtém sobre o fenómeno, (...) a análise completa que produz “. Este aprofundamento permite efetuar especificações, precisar detalhes, explicar particularidades. No entanto a autora refere também limites como: “(...) os resultados não podem ser generalizados a outras populações ou situações, (...) os dados podem ser incompletos

ou dificilmente comparáveis (...) no entanto estes inconvenientes são mínimos a considerar a pertinência de utilizar este método na exploração de novos fenómenos”.

No sentido de fortalecer a validade interna e externa e assegurar o valor científico do estudo e com base nas questões de investigação e nos objetivos do estudo, realizamos uma abordagem por triangulação, que consiste na utilização conjunta no mesmo estudo de métodos qualitativos e quantitativos.

“Os fenómenos em enfermagem são complexos e multifacetados. Raramente um método de investigação fornecerá compreensões completas” (Streubert e Carpenter 2002:341). Se diferentes tradições filosóficas e de investigação ajudam a responder a uma pergunta de investigação de modo mais completo, então os investigadores devem utilizar a triangulação.

A triangulação é a abordagem

(...) mais usual na prática de investigação social (...) Booth, por exemplo, na sua pesquisa Vida e trabalho dos habitantes de Londres (1889 -1891) complementa a utilização de dados disponíveis (censos da população, relatórios de escolas e delegações de saúde, dados policiais, de organizações de beneficência) com observação directa nos próprios bairros e entrevistas a homens de negócios (Moreira, 2007:60,61).

A triangulação torna um plano de investigação mais sólido porque a utilização em conjunto de métodos de investigação quantitativos e qualitativos aumenta a fiabilidade dos resultados do estudo (Fortin, Côté e Fillion, 2009). Contudo, na nossa investigação, para além da triangulação de métodos, também utilizamos a triangulação de dados, que consiste numa recolha de dados junto de diversas fontes de informação, a fim de estudar um mesmo fenómeno (Flick,2005). Ao utilizar múltiplas fontes de dados permite, por um lado, assegurar as diferentes perspetivas dos participantes no estudo e por outro, obter várias medidas do mesmo fenómeno, criando condições para uma triangulação dos dados durante a fase de análise dos mesmos.

Flick (2005:231) defende que “A triangulação pode ser um processo de enraizar melhor o conhecimento obtido com métodos qualitativos”. Segundo o autor o investigador é o principal instrumento de pesquisa e o rigor de um estudo qualitativo deriva da presença do pesquisador, da natureza da interação entre o pesquisador e os participantes, da triangulação dos dados, da interpretação das perceções e da descrição rica e abundante.

Fortin, Côté e Fillion, (2009:304), afirmam que, “A triangulação constitui um meio de aumentar a credibilidade”. Desta forma “(...) as perspetivas metodológicas de métodos diferentes complementam-se no estudo de um assunto, e isso é concebido como forma de compensar as fraquezas e dos pontos cegos de cada um dos métodos” Flick (2005:270). Miles

e Huberman citados por Streubert e Carpenter (2002:338) referem que “(...) um investigador qualitativo rigoroso confirma e volta a confirmar automaticamente os resultados e utiliza vários métodos de recolha de dados para assegurar o rigor e a integridade dos resultados”. Apesar desta abordagem por triangulação, o nosso estudo é predominantemente qualitativo, partindo duma perspetiva fenomenológica, incidindo sobre a realidade tal e qual como ela é vivida e experienciada pelos participantes da amostra em estudo. Tal como nos diz, Fortin, Côté e Filion (2009:36), “A fenomenologia é uma abordagem indutiva que tem por objeto o estudo de determinadas experiências, tais como são vividas e descritas pelas pessoas”. A este propósito também Rose, Beeby, e Parker citados por Streubert e Carpenter (2002:55), referem que a pesquisa fenomenológica tem como propósito, “(...) explicar a estrutura ou essência das experiências vividas de um fenómeno, na procura da unidade de significado o qual é a identificação da essência de um fenómeno e a sua descrição rigorosa, através de experiência vivida quotidiana”.

O debate apaixonado entre investigadores que defendem a abordagem quantitativa e qualitativa parece interminável, contudo para nós o mais importante é, sem dúvida, aproveitar os pontos fortes de ambos os métodos. Esta combinação é, de facto, uma forma de triangulação, a qual aumenta a validade e a fidedignidade de forma a responder às nossas questões de investigação.

Neste sentido, enveredamos por um Estudo de caso, seleccionando cuidadores de pessoas idosas dependentes inscritas na UCSP do concelho em estudo., através do qual procurámos entender a “(...) essência dos fenómenos (...) tal como é percebida pelos indivíduos (...)” (Fortin, 1999:148,149)).

O estudo de caso tem sido largamente usado em investigação em ciências sociais por ser um

(...) exame detalhado e completo de um fenómeno ligado a uma entidade social... é apropriado quando se dispõe de poucos dados sobre o acontecimento ou o fenómeno considerado,... não se confina à simples descrição de um caso reconhecido como sendo particular e único... pode preencher dois objectivos: aumentar o conhecimento que se tem de um individuo ou de um grupo e formular hipóteses a este propósito, ou estudar as mudanças susceptíveis de se produzirem ao longo do tempo no individuo ou no grupo (Fortin, Côté e Filion,2009:241).

Segundo os autores, no estudo de caso, o investigador qualitativo tem mais interesse no significado das experiências vividas pelos próprios indivíduos do que por juntar dados, com vista outros estudos ou uma generalização. Gauthier (2003:147), refere que o estudo de caso

carateriza-se por apresentar em simultâneo o “(...) número restrito de situações analisadas, a profundidade da análise e a importância acordada a uma abordagem indutiva, que alimentará uma fase de desenvolvimento de teorias ou de modelos (...)”. Permite explorar o suporte teórico á procura do caso desviante que force o refinamento ou a revisão da teoria.

1.1- A PROBLEMÁTICA, QUESTÕES E OBJETIVOS DE INVESTIGAÇÃO

A investigação começa sempre com base num ou mais problemas, que terão de ser convertidos num corpo de questões de investigação que “(...) são mais precisas que a questão preliminar” (Fortin, Côté e Fillion, 2009:164). Tal como nos dizem os autores (2009:295,296), “Numa investigação qualitativa, habitualmente são formuladas uma questão central e subquestões (...) que precisam os temas a explorar nas entrevistas e nas observações”.

As nossas vivências profissionais projetaram-nos á problemática do estudo e á questão central por nós levantada e com a qual iniciámos o processo de investigação: Quais as necessidades educativas do cuidador informal da pessoa idosa dependente em contexto domiciliário, num concelho da Beira Interior Norte?

Esta questão serviu de ponto de partida da nossa investigação e levou-nos à formulação de questões orientadoras estruturadas para a interrogação sobre os diferentes contextos que envolvem a prestação de cuidados informais ao idoso dependente no domicílio:

- Quais os determinantes que implicam a adoção do papel de cuidador informal principal?
- Quais as necessidades educativas do cuidador informal principal na sua tarefa de cuidar a pessoa idosa dependente?
- Quais os cuidados prestados ao idoso em que o cuidador informal tem mais dificuldade?
- Quais os apoios que o cuidador informal dispõe para cuidar a pessoa idosa dependente?
- Qual o processo de formação do cuidador informal?
- Qual a perceção do cuidador informal acerca do contributo da equipa de enfermagem na sua preparação para cuidar da pessoa idosa dependente no domicílio?

As questões por nós enunciadas são o resultado de conversas informais com experts no assunto, da nossa motivação para a temática em estudo, bem como do conhecimento que possuímos do assunto proveniente da experiência profissional, bem como da reflexão efetuada aquando da revisão bibliográfica, pois esta "(...) orienta o enunciado das questões de investigação (...) e serve de base à análise dos dados e à interpretação dos resultados" (Fortin, Côté e Fillion, 2009:51).

Com a formulação destas questões enunciámos os objetivos a atingir no sentido de explicitar as necessidades educativas que os cuidadores informais sentem quando prestam cuidados aos idosos dependentes no domicílio:

- Descrever sócio demograficamente a pessoa idosa dependente e o cuidador informal principal;
- Caracterizar a pessoa idosa dependente quanto ao nível e grau de dependência;
- Conhecer os determinantes da adoção do papel de cuidador informal principal;
- Identificar as dificuldades/necessidades educativas do cuidador informal relacionados com a prestação de cuidados;
- Identificar os apoios que o cuidador informal dispõe para cuidar do idoso;
- Conhecer o processo de formação do cuidador informal para cuidar da pessoa idosa dependente;
- Conhecer a opinião do cuidador informal acerca do contributo da equipa de enfermagem na sua preparação para cuidar da pessoa idosa dependente.

Com base nestes objetivos e na questão central da nossa investigação, procuramos conhecer, compreender e analisar esta realidade vivenciada no próprio ambiente real e natural, sendo esta a fonte direta dos dados, através das vivências narradas pelos participantes relativamente ao fenómeno a pesquisar. Pois tal como nos diz (Fortin, Côté e Fillion, 2009:298), a recolha de dados, na "Investigação qualitativa desenrola-se no meio natural dos participantes". Na investigação qualitativa o investigador exerce um papel ativo, porque "(...) se consagra a partilhar a experiência descrita pelos participantes, com vista a compreendê-la melhor (...). Esta interação, longe de constituir um enviesamento (...) faz parte integrante da investigação qualitativa" (Fortin, Côté e Fillion, 2009:299).

1.2- CONTEXTO DA PESQUISA E PARTICIPANTES

O presente estudo realizado num Concelho da Beira Interior Norte, situa-se na província da Beira Alta. Segundo o INE (2017) em 2016 no referido concelho dos 6 263 indivíduos recenseados, 392 tem de 0 a 14 anos de idade, 538,5 de 15 a 24 anos de idade, 3 070 de 25 a 64 anos de idade, 2 262,5 tem mais de 65 anos de idade e dentre destes 929 são homens e 1 333,5 são mulheres. O índice de envelhecimento no ano de 2011 neste Concelho foi de 436,2. Quase o quádruplo do índice de envelhecimento de Portugal no geral (125,8). Em 2014 o índice de envelhecimento de Portugal foi de 138,8 e o do referido concelho foi de 518,2. Em 2016 o índice de envelhecimento de Portugal foi de 148,7 e o do referido concelho subiu para 577,2 sendo o concelho com o maior índice de envelhecimento de toda a região Beiras e Serra da Estrela (INE,2017).

Neste concelho encontram-se inscritos na UCSP 6 946 indivíduos. Este é um valor ligeiramente superior ao número de indivíduos recenseados devido ao facto de algumas freguesias de concelhos limítrofes se encontrarem geograficamente mais perto e terem melhores acessos para este concelho, fatores esses que os levam a escolher o seu médico de família neste concelho. Destes 3 711 são do sexo feminino e 3 235 do sexo masculino. Com idade igual ou superior a 65 anos encontram-se inscritos 2 767 indivíduos e destes 1 621 são do sexo feminino e 1 146 do sexo masculino.

Privilegiando o modelo qualitativo, designámos os indivíduos do nosso estudo, por participantes por subscrever a nossa posição de que “(...) não se age nas pessoas que tomam parte da investigação, mas que estas são activas no estudo. O envolvimento ativo dos participantes no estudo permite a melhor compreensão das suas vidas e das suas interações sociais” (Streubert e Carpenter, 2002:25).

O nosso método de amostragem caracteriza-se por ser não probabilística, e por escolha racional. Numa amostragem por escolha racional “Trata-se de constituir uma amostra de indivíduos em função de um traço característico (...). Os indivíduos escolhidos são supostos representar bem o fenómeno raro ou inusitado em estudo e de ajudarem a compreendê-lo “(Fortin, Côté e Filion, 2009:322). A lógica e o poder deste tipo de amostragem está na seleção de casos ricos de informação e “Os casos ricos de informação são aqueles a partir de quem se pode aprender muito de assuntos de importância central para a finalidade da investigação (...)” (Patton, citado por Streubert e Carpenter, 2002: 66).

Segundo Fortin (2000:202) “A população alvo é constituída pelos elementos que satisfazem os critérios de selecção definidos antecipadamente e para os quais o investigador deseja fazer generalizações”. Desta forma ao fazermos a selecção dos participantes tivemos o cuidado de que estes se enquadravam aos objetivos da investigação. Neste sentido procuramos seleccionar os sujeitos que cumprissem aos seguintes critérios:

- Os cuidadores informais terem mais de 18 anos de idade, ser aquele que presta mais horas e a maior parte dos cuidados que a pessoa idosa necessita;
- Os cuidadores informais prestarem cuidadosa à pessoa idosa há mais de seis meses e não serem remunerados por isso;
- As pessoas idosas dependentes já estarem a usufruir da visita domiciliária de enfermagem.
- Os cuidadores informais quererem participar voluntariamente no estudo.

Tendo em conta os critérios de inclusão supracitados entrevistamos 18 cuidadores informais que reuniam os critérios de inclusão. Quanto à representatividade da amostra, Amyotte (1996) citado por Fortin, Côté e Filion (2009:313) diz-nos que na investigação qualitativa uma amostra é considerada representativa quando ela “(...) dá conta da diversidade da população de onde ela foi tirada e reproduz dela as principais características”. Geralmente, amostras com um número pequeno de participantes são suficientes para obter a informação necessária sobre o fenómeno estudado quando existe saturação dos dados não trazendo informação nova ao estudo, conforme refere Sandelowaki (1995) citado por Fortin, Côté e Filion (2009:299).

1.3- INSTRUMENTOS DE MEDIDA, PROCEDIMENTOS PARA A RECOLHA DE DADOS E PROCESSAMENTO DA INFORMAÇÃO

Para o desenvolvimento da investigação utilizámos vários instrumentos de recolha de dados, uma vez que se pretende recolher informação relativa ao perfil do cuidador informal e ao grau e nível de dependência do idoso dependente bem como as necessidades educativas do cuidador informal relativamente à permanência do idoso em contexto domiciliário. Para avaliar a capacidade funcional da pessoa idosa dependente utilizamos várias escalas já validadas.

Grande parte dos autores converge no sentido de considerar a autonomia como a capacidade ou o direito da pessoa se governar a si mesma e de fazer escolhas. Também a OMS citada por Imaginário (2008: 44) diz que “(...) como se avalia melhor a saúde dos idosos é através da função”.

Partindo destes pressupostos considerámos pertinente fazer a avaliação da funcionalidade através da Escala de Barthel, Índice de Lawton e Escala de Pfeiffer, sendo as duas primeiras aplicadas ao cuidador e a terceira aplicada à pessoa idosa dependente. Ao mesmo tempo como instrumento de recolha de dados utilizámos a entrevista semiestruturada aplicada aos cuidadores principais e um questionário de administração indireta ao cuidador. Em seguida, procedemos à descrição e justificação dos métodos utilizados como instrumentos de recolha de dados no nosso estudo.

A Escala de Barthel- Esta escala proposta por Mahoney e Barthel, 1965, consiste numa avaliação padronizada que mede o grau de dependência funcional em atividades básicas da vida diária (ABVD). “É um instrumento frequentemente utilizado na prática clínica e na investigação, mas desconhecem-se os estudos de validação para a população portuguesa (...) (Sequeira, 2010: 48). É composta por 10 ABVD. Cada atividade apresenta entre dois a quatro níveis de dependência em que a pontuação 0- corresponde a uma dependência total, sendo a independência pontuada com 5, 10 ou 15 pontos em função dos níveis de diferenciação. A cotação total é de 100 para independência, 90 em caso de ir com cadeira de rodas, maior ou igual a 60 corresponde a ligeiramente dependente, 40-55 corresponde a uma moderadamente dependente, 20-35 a severamente dependente e menor que 20 corresponde a totalmente dependente (Sequeira, 2010).

Cid-Ruzafa e Damián citados por Imaginário (2008:94) defendem que “(...) esta escala é de fácil aplicabilidade, com alto grau de fiabilidade e validade, fácil de interpretar, e a sua aplicação não é morosa”. Martins *et al* (2016:49) também confirmam através de Paixão e Reichenheim que esta escala é a que “(...) possui resultados de fidelidade e validade mais consistentes mesmo em contexto comunitário”. Escolhemos esta escala, porque, para além da avaliação do grau de dependência em cada AVD, permite-nos também identificar o tipo ou grau de dependência, o que constitui uma mais valia no sentido de “(...) estimar a necessidade de cuidados pessoais e permitir organizar melhor os serviços de ajuda domiciliária como também ajudar a orientar os esforços do cuidador informal” (Imaginário, 2008:95).

Índice de Lawton - O Índice de Lawton é um instrumento que permite fazer uma avaliação do grau de dependência das atividades da vida diária (AIVD) de forma global e

também de forma parcelada. É composto por oito atividades (cuidar da casa, lavar a roupa, preparação das refeições, ir às compras, utilização do telefone, utilização de transporte, gestão de dinheiro e da medicação). Cada item das atividades apresenta três, quatro ou cinco níveis diferentes de dependência, pelo que são pontuadas cada atividade de 1 a 3, de 1 a 4, ou de 1 a 5, em que a pontuação mais alta corresponde a um maior grau de dependência. Este índice varia de 8 a 30 pontos, correspondendo 8 a independente, de 9-20 moderadamente dependente, mas necessita de uma certa ajuda e a pontuação superior a 20 corresponde a severamente dependente e com necessidade de muita ajuda (Sequeira, 2010).

Escala de Pfeiffer- Esta escala permite-nos medir a função cognitiva ao nível da orientação espaço – temporal, da memória recente, da evocação e do cálculo. Para Paschoal citado por Imaginário (2010:95), a “(...) deterioração cognitiva é prevalente em idosos e leva à perda da autonomia e da independência”. Optámos por esta escala porque, a considerámos ajustada aos idosos que fazem parte da nossa investigação, já que a deterioração cognitiva tem como consequência uma maior perda de autonomia de independência e consequentemente torna o idoso dependente. É uma escala fácil é rápida de aplicar.

A pontuação é efetuada do seguinte modo:

0-2 erros: função intelectual normal

3-4 erros: deterioração cognitiva ligeira

5-7 erros: deterioração cognitiva moderada

8-10 erros: deterioração cognitiva grave

Através da associação destas três escalas medimos o nível e o grau de dependência do idoso, que terá como resultado uma informação no sentido de promover a manutenção do idoso no domicílio, a existência de menores dificuldades e uma maior satisfação por parte do cuidador informal. Possibilitando assim um melhor cuidado ao idoso, para que a dependência seja vivida com dignidade.

“A avaliação precoce e a monitorização das limitações/défices nos idosos possibilita a prescrição de intervenções, adaptadas às suas necessidades reais, o que revela um maior potencial terapêutico, ao nível da prevenção da deterioração (...) (Sequeira, 2018: 49). A utilização de instrumentos de medida como as escalas/índices são indispensáveis para fazer uma avaliação antecipada dessas limitações e défices, contudo não substituem a “(...) realização de uma entrevista para recolher dados mais subjectivos e mais específicos de cada caso, por vezes,

fundamentais para o planeamento das intervenções e para a continuidade dos cuidados prestados” (*Ibidem*).

Ao utilizarmos um estudo predominantemente qualitativo e fenomenológica, construímos um instrumento capaz de compreender os fenómenos na sua globalidade. Fortin, Côté e Filion (2009), referem que na perspetiva fenomenológica “(...) os dados são habitualmente colhidos com a ajuda de entrevistas ou de observações não estruturadas. Estas entrevistas são registadas e transcritas integralmente por escrito” (Fortin, Côté e Filion, 2009:36). Devido à natureza do nosso estudo, levou-nos a privilegiar a entrevista semiestruturada como fonte principal de informação, a qual passamos a justificar.

Entrevista semiestruturada aplicada aos cuidadores principais – a entrevista é “(...) o principal método de colheita de dados nas investigações qualitativas... é sobretudo utilizada nos estudos exploratórios (...)” (Fortin, Côté e Filion, 2009:375). Estabelece uma forma de comunicação verbal que tem lugar face a face, entre o investigador e os participantes do estudo. É semiestruturada e comporta questões abertas, estas “(...) permitem fazer ressaltar os pontos de vista dos participantes e ter uma ideia mais precisa do que constitui a sua experiência. Os participantes são convidados a colocar questões e a exprimir espontaneamente o seu pensamento” (Fortin, Côté e Filion, 2009: 300).

A entrevista tem como função examinar conceitos e compreender o sentido de um fenómeno tal como é percebido pelos participantes; servir como principal instrumento de medida e servir ainda de complemento aos outros métodos de recolha de dados (Fortin, Côté e Filion, 2009). Recorremos à entrevista semiestruturada porque nos permite “(...) obter mais informações particulares sobre um tema” (Fortin, Côté e Filion, 2009: 376).

De acordo com Fortin, Grenier e Nadeau citados por Imaginário (2008:99), as entrevistas semiestruturadas valem-se de “(...) um guião com as grandes linhas dos temas a explorar (...)”, pelo que arquitetámos um guião para nos servir de eixo orientador ao desenvolvimento da entrevista (APÊNDICE I). Na elaboração do guião tivemos como base os objetivos do estudo. Construímos perguntas abertas, proporcionado ao entrevistado desta forma maior liberdade e orientação das suas respostas.

Na sequência dos objetivos gerais do estudo, delineámos os seguintes objetivos específicos para a entrevista:

- Localizar no tempo a experiência do cuidador;
- Conhecer os determinantes da adoção do papel de cuidador informal principal;

- Analisar em que tipo de cuidados prestados á pessoa idosa dependente o cuidador informal tem mais dificuldades;
- Catalogar as necessidades educativas dos cuidadores informais;
- Identificar os apoios que o cuidador informal dispõe para cuidar do idoso;
- Conhecer a formação adquirida pelos cuidadores informais;
- Conhecer a opinião do cuidador informal acerca do contributo equipa de enfermagem na sua preparação para cuidar da pessoa idosa dependente em contexto domiciliário.

As entrevistas foram gravadas em áudio. O facto de termos parado a recolha de dados às dezoito entrevistas deveu-se ao facto de se ter atingido a saturação de dados, pois estes já não acrescentavam novas informações ao estudo. A determinação do número de participantes, ou seja, do tamanho da amostra numa investigação qualitativa faz-se através de ações que permitem alcançar o objetivo do estudo (Fortin, Côté e Fillion, 2009). Também Guest *et al* (2006) referem que a saturação dos dados é atingida quase sempre com doze entrevistas, e que a partir daí é menos provável que surjam novos temas.

Questionário de aplicação indireta ao cuidador – O questionário é um instrumento utilizado face a face investigador/cuidador. Questionário este, elaborado pelos investigadores que inclui informações acerca da pessoa a quem o cuidador presta cuidados (a idade, o sexo, situação conjugal, habilitações académicas, a atividade profissional que tinha, o tipo de família com que vive, a principal fonte de rendimentos e os apoios formais que tem), e informações acerca do prestador informal de cuidados (a idade, o sexo, situação conjugal, habilitações académicas, a atividade profissional, relação com a pessoa a quem presta cuidados, a distância entre a residência do cuidador e a pessoa a quem presta cuidados e há quanto tempo aproximadamente presta cuidados ao idoso), com vista à caracterização dos idosos e dos seus cuidadores informais.

Pré – teste – Realizámos um pré-teste da entrevista, num concelho a um grupo de pessoas, não incluída no estudo e com características similares às da população alvo. Este procedimento foi no sentido de avaliar se a mesma era de fácil compreensão e verificarmos a duração e as dificuldades na aplicabilidade dos instrumentos de recolha de dados, visando a validação dos mesmos para a população onde pretendemos realizar o nosso estudo. Trata-se desta forma de “(...) descobrir os defeitos (...) e fazer as correcções que se impõe”, para que o mesmo meça rigorosamente o que se pretende medir (Fortin, Côté e Fillion, 2009:386).

Para a aplicação destes instrumentos de recolha de dados pedimos as autorizações eticamente exigidas em investigação e que se encontram em anexo. A realização de qualquer investigação exige por parte do investigador o cumprimento de princípios e regras éticas e tem como objetivo não colocar em causa a validade dos resultados obtidos. Sem o cumprimento do código de ética a validade dos resultados obtidos pela investigação são colocados em dúvida pois é através desse conjunto de regras que é também imposta uma certa sistematização à investigação (Fortin, Côte e Fillion, 2009). Respeitando os códigos de ética, como o respeito pelo consentimento livre e esclarecido, pelos grupos vulneráveis como são os idosos dependentes, o respeito pela vida privada e pela confidencialidade das informações obtidas, pela justiça e pela equidade, o equilíbrio entre as vantagens e os inconvenientes, a redução dos inconvenientes, a otimização das vantagens, neste estudo prezámos o “(...) respeito pela dignidade humana, e em particular pela integridade corporal e pela integridade psicológica ou cultural” (Fortin, Côte e Fillion, 2009:186). Desta forma para recolha dos dados solicitamos autorização à ULS em causa e à comissão de ética da zona de abrangência, salvaguardado assim o conhecimento pela Comissão de Proteção de Dados da realização desta investigação. Garantimos o consentimento informado, anonimato e confidencialidade na obtenção e tratamento de dados. Foi considerado sempre de forma ética e tidos em conta os aspetos ético-deontológicos do Código Deontológico, que pautam a profissão de enfermagem na relação participante-investigador.

Tratamento dos dados –Após contacto, cada cuidador informal acordou qual seria o melhor momento para a realização da entrevista e aplicaram-se os instrumentos de recolha de dados no período de 11 de março de 2019 e o dia 22 de março de 2019, tendo uma duração média de 35 a 60 minutos. Para facilitar a condução da entrevista seguiu-se o guião com os vários tópicos correspondentes aos objetivos desta investigação. As entrevistas decorreram em ambiente domiciliar calmo e no habitat natural e habitual da pessoa idosa não se tendo verificado, de um modo geral, interrupções, o que nos permitiu recolher material com uma riqueza importante de conteúdo o qual iremos no capítulo seguinte apresentar na apresentação, interpretação e discussão dos resultados.

No decurso das entrevistas procuramos sempre ter uma atitude de total interesse e disponibilidade. Também tivemos a consciência de que nem todos os cuidadores entrevistados responderam com a mesma intensidade e riqueza de informação, mas temos presente que mesmo uma entrevista menos boa pode-nos proporcionar muita informação verdadeiramente útil e proveitosa para o nosso estudo. No fim de cada entrevista, agradecemos a cada cuidador

pela sua participação, disponibilidade e contributo no estudo. As entrevistas foram transcritas para documento word com o registo integral dos conteúdos expressos, incluindo tempos de pausa, expressão de sentimentos (ex.: chorar, rir). Atribuímos também um número a cada entrevista pela ordem que foram realizadas e procedemos á análise de dados, onde os cuidadores verbalizam aspetos relacionados com os objetivos do estudo.

Posteriormente demos início à pré análise, através de uma leitura flutuante de todos os documentos transcritos, efetuada várias vezes, para desta forma podermos estabelecer maior familiaridade e compreensão do material coletado. e estabelecermos as intervenções de codificação dos dados, a seleção das unidades de registo e a sua categorização. Após a codificação das unidades de registo, definimos as categorias e subcategorias (Bardin, 2014). Segundo o autor, esta codificação corresponde a uma transformação dos dados, transformação esta que sofreu muitos reajustes e aperfeiçoamentos, na tentativa de encontrar um melhor rumo para o conhecimento sobre a temática em estudo. Na definição de categorias e das unidades de registo, sempre que houve necessidade de adaptarmos determinada expressão, fizemos um retorno ao enquadramento teórico. Realizamos a técnica de análise de conteúdo descrita por Bardin (2014), com o auxílio da aplicação informática Nvivo 11. O tratamento dos resultados compreendeu a inferência e a interpretação.

Para uma apresentação mais simplificada dos resultados obtidos, optamos por apresentar os dados em quadros síntese, onde apresentamos as categorias, subcategorias e frequências apresentadas para cada questão da entrevista. Nas unidades de registo não transcritas na sua totalidade, assinalamos os discursos dos participantes a letra itálico. Distinguimos os cortes no discurso através da utilização de apenas reticências.

CAPÍTULO II – APRESENTAÇÃO E INTERPRETAÇÃO DOS RESULTADOS DE INVESTIGAÇÃO

1- O IDOSO DEPENDENTE EM CONTEXTO DOMICILIÁRIO

Se tratarmos as pessoas como elas devem ser, nós as ajudamos a se tornarem o que elas são capazes de ser (Johan Wolfgang Von Goethe).

O aumento da expectativa de vida, tem demonstrado um grande aumento da longevidade muito em parte devido á melhoria das condições socioeconómicas e á evolução da ciência médica entre outros fatores. Devido ao aumento da longevidade, a população em idade ativa tem vindo a diminuir à medida que a população idosa cresce. Assim, este aumento vai contribuir para um aumento dos rácios de dependência.

A par destas mudanças sociodemográficas verifica-se, ao nível da saúde, uma tendência ascensional de doenças crónico-degenerativas que atingem as pessoas idosas, fazendo-as perder autonomia e depender de terceiros para a satisfação das suas necessidades humanas básicas (Imaginário, 2008). Deste modo, tanto a dependência como a falta de autonomia constituem situações em que existem pessoas que precisam de ajuda de outros para realizar as AVD e AIVD.

É um facto que, tradicionalmente, eram as famílias que assumiam o papel de cuidadores informais, aos seus familiares dependentes, prestando todo o apoio necessário. Olson citado por Stanhope e Lancaster (1999:652) refere que “A prestação de cuidados a idosos tem-se tornado da responsabilidade familiar (...). Tanto os idosos como os membros da família resistem fortemente à colocação em lares de enfermagem e vêem o internamento como um insucesso pessoal”. “Consequentemente, os prestadores informais de cuidados são vistos como uma extensão dos enfermeiros “(DHHS citado por Stanhope e Lancaster,1999:652), cuja missão é a de lidar com a condição de fragilidade dos idosos com doença crónica no seu domicílio.

No nosso estudo a maioria das pessoas idosas (77,8%) reside em zonas rurais, e apenas um pequeno número de idosos reside em zonas urbanas (22,2%).

Num total de 18 pessoas idosas dependentes, 8 são do sexo masculino e 10 são do sexo feminino. A idade variou entre os 66 e os 99 anos, sendo a idade média de 85,7 anos e apurámos que a classe modal era o grupo etário dos 85 anos em diante. De acordo com Paul (1997) os nossos grupos etários de idosos assumem as seguintes categorias:

- “idosos- jovens”, dos 65 aos 74 anos – 2 idosos do sexo masculino.
- “idosos-idosos”, dos 75 aos 84 anos em diante – 5 idosos, sendo 1 do sexo masculino e 4 do sexo feminino.

- “Muito- idosos, dos 85 anos em diante- 11 idosos, sendo 5 do sexo masculino e 6 do sexo feminino.

Observamos que 61,1% das pessoas idosas se situa na faixa etária ≥ 85 e na categoria de Muito-idosos. Na faixa etária dos 75-84 anos de idade e na categoria de idosos-idosos encontramos 27,8% das pessoas idosas e no grupo etário dos 65-74 anos de idade e na categoria de idosos-jovens encontramos 11,1% das pessoas idosas (Quadro 2).

Quadro 2- Distribuição das pessoas idosas dependentes pelas categorias etárias e pelo sexo

Grupo etário	Sexo Masculino	Sexo Feminino	Total	%
65-74	2		2	11,1
75-84	1	4	5	27,8
≥ 85	5	6	11	61,1
Total	8	10	18	100,0

Estes resultados vão ao encontro da revisão da literatura feita e de acordo com as projeções do INE para 2060 em que observamos uma maior sobremortalidade masculina e maior longevidade nas mulheres, (INE, 2017). Os nossos dados corroboram igualmente vários estudos realizados por diversos autores junto da população idosa, que confirmaram diferenças relativamente ao sexo, ocorrendo uma superioridade do sexo feminino em relação ao sexo masculino (Imaginário, 2008; Andrade, 2009; Nascimento, 2014; Pereira, 2015). Também o retrato dos homens e das mulheres feito pela Pordata (2018), confirma que a esperança de vida á nascença é de 83 anos para as mulheres e de 78 anos para os homens. O mesmo estudo refere também que o índice de longevidade (indivíduos com 75 ou mais anos de idade por cada 100 com 65 ou mais anos de idade), é de 45% para os homens e de 52% para as mulheres.

Apresentamos no quadro 3 e 4, um resumo da distribuição das pessoas idosas dependentes do nosso estudo, pelas variáveis sociodemográficas: estado civil, habilitações académicas, atividade profissional anterior e tipo de família.

Quadro 3 - Distribuição das pessoas idosas dependentes pelas variáveis sociodemográficas: sexo, idade, estado civil, habilitações académicas, atividade profissional anterior e tipo de família.

Idosos	Sexo	Idade	Estado civil	Habilitações académicas	Atividade profissional anterior	Tipo de família
1	Masculino	86	Casado	Analfabeto	Agricultor	Nuclear
2	Feminino	78	Casada	Analfabeta	Agricultora	Nuclear
3	Masculino	90	Viúvo	1º Ciclo do ensino básico	Empregado fabril	Monoparental
4	Masculino	92	Casado	1º Ciclo do ensino básico	Agricultor	Nuclear
5	Masculino	94	Casado	1º Ciclo do ensino básico	Guarda-fiscal	Reconstruída
6	Masculino	66	Casado	3º Ciclo do ensino básico	Pedreiro	Nuclear
7	Feminino	95	Viúva	1º Ciclo do ensino básico	Agricultora	Monoparental
8	Feminino	78	Casada	3º Ciclo do ensino básico	Professora primária	Nuclear
9	Feminino	86	Viúva	1º Ciclo do ensino básico	Empresária de restauração	Alargada
10	Feminino	92	Viúva	Analfabeta	Agricultora	Monoparental
11	Feminino	92	Viúva	1º Ciclo do ensino básico	Doméstica	Monoparental
12	Feminino	99	Viúva	1º Ciclo do ensino básico	Doméstica	Monoparental
13	Masculino	73	Casado	1º Ciclo do ensino básico	Agricultor	Nuclear
14	Feminino	84	Casada	Sabe ler e escrever	Agricultora	Nuclear
15	Masculino	93	Viúvo	Analfabeto	Pastor	Monoparental
16	Feminino	91	Solteira	Analfabeta	Agricultora	Monoparental
17	Masculino	78	Casado	Analfabeto	Pedreiro	Nuclear
18	Feminino	75	Viúva	1º Ciclo do ensino básico	Doméstica	Monoparental

Quadro 4- Resumo da distribuição das pessoas idosas dependentes pelas variáveis sociodemográficas: estado civil, habilitações académicas, atividade profissional anterior e tipo de família

Caraterização sócio demográfica das pessoas idosas			
Variável	Categoria	F	%
Estado civil	Casado/União de facto	9	50,0
	Divorciado/Separado	0	0,0
	Viúvo	8	44,4
	Solteiro	1	5,6
	Outra Situação	0	0,0
	Total		18
Habilitações académicas	Analfabeto	6	33,3
	Sabe ler e escrever	1	5,6
	1º Ciclo do ensino básico ou equivalente	9	50,0
	2º Ciclo do ensino básico ou equivalente	0	0,0
	3º Ciclo do ensino básico ou equivalente	2	11,1
	Ensino secundário ou equivalente	0	0,0
	Ensino superior	0	0,0
Total		18	100,0
Atividade profissional anterior	Agricultor/a	8	44,4
	Doméstica	3	16,7
	Pastor	1	5,6
	Guarda fiscal	1	5,6
	Professor (a) primário (a)	1	5,6
	Empregado fabril	1	5,5
	Pedreiro	2	11,1
	Empresária de restauração	1	5,5
	Total		18
Tipo de família	Nuclear	8	44,4
	Alargada	1	5,6
	Monoparental	8	44,4
	Reconstruída	1	5,6
	Unitária	0	0,0
	Total		18

Quanto à caracterização das pessoas idosas dependentes pelas variáveis sociodemográficas: estado civil, habilitações académicas, atividade profissional anterior verificamos que:

- Em relação ao estado civil, as pessoas idosas casadas/união de facto representam 50% das pessoas idosas, seguido de 44,4% com o estado civil de viúvo/a, e por último com 5,6% as pessoas idosas solteiras. Não encontramos nenhuma pessoa idosa divorciada ou separada nem noutra situação de relação conjugal. Estas conclusões vão ao encontro dos resultados de outros estudos realizados com pessoas idosas dependentes, nos quais as situações de viúvos e casados

eram as que apresentavam igualmente maior frequência (Andrade,2009; Nascimento, 2014; Pereira, 2015).

- Em relação á habilitações académicas as pessoas idosas do nosso estudo, e á semelhança de outros estudos (Andrade, 2009; Nascimento, 2014; Pereira) na sua maioria (50,0%) possuem o 1º ciclo do ensino básico ou equivalente, 33,3% são analfabetas, 11,1% possuem o 3º ciclo do ensino básico ou equivalente e 5,6% sabe ler e escrever. As categorias do 2º ciclo do ensino básico, ensino secundário e ensino superior não apresentaram qualquer registo.

- Em relação á actividade profissional que exerciam, a maioria das pessoas idosas (44,4%) dedicou a sua vida a ser agricultor/a o que se justifica pela maioria residir em zonas rurais e também ao seu baixo nível de escolaridade e onde esta actividade seria o único recurso disponível destinando-se fundamentalmente a consumo próprio, sendo esta uma actividade presente tanto do sexo masculino como no sexo feminino; Verificámos que 16,7% pessoas idosas eram domésticas e 11,1% tinham como actividade profissional anterior, ser pedreiro; a atividade de pastor, guarda-fiscal, professor(a) primário(a), empregado fabril e empresária de restauração possuem 5,6% de pessoas idosas em cada atividade. Os nossos resultados poderão ser justificados devido ao facto de a maioria das pessoas idosas serem do sexo feminino e residirem numa zona rural onde as funções tradicionalmente atribuídas às mulheres são as de se dedicarem aos trabalhos domésticos, educação dos filhos e cultivo dos campos. Também Andrade (2009) no seu estudo com pessoas idosas dependentes verificou que a maioria das pessoas idosas exerceu durante a vida, ocupações ligadas ao sector primário.

- Em relação ao tipo de família, a maioria das pessoas idosas (44,4%) do nosso estudo, à semelhança das pessoas idosas de outros estudos (Araújo *et al* (2011),) vivem numa família nuclear constituída pelo casal de idosos e por um(a) filho (a) e 44,4% vive num tipo de família monoparental. O tipo de família reconstruída, e alargada apresentaram 5,6% das pessoas idosas cada um. O tipo de família unitária não apresentou qualquer registo. Estes resultados poderão ser justificados com o número elevado de pessoas idosas em que um membro do casal é o cuidador do outro e de pessoas idosas em situação conjugal de viuvez a viverem com os descendentes e a necessitarem da prestação de cuidados na satisfação das suas necessidades humanas básicas.

Na caracterização da pessoa idosa dependente, a avaliação dos recursos financeiros é essencial, na medida em que as pessoas idosas vivem numa situação de grande limitação, com dificuldades em pagar os medicamentos, consultas particulares, meios de diagnóstico,

deslocações com transportes e em coisas que elas gostariam de ter. Neste sentido, procuramos saber junto do cuidador informal qual a fonte de rendimentos principal das pessoas idosas dependentes.

A fonte de rendimentos principal das pessoas idosas é a reforma por velhice ou limite de idade, em que 33,3% pessoas idosas auferem essa reforma. Ainda 11,1% pessoas idosas possuem reforma por invalidez ou incapacidade, 11,1% pessoas idosas possuem a pensão de aposentação, 16,7% possuem uma reforma do estrangeiro. Verificamos ainda que a “Reforma da estrangeiro e reforma por incapacidade ou invalidez e complemento por dependência”, a “Pensão de sobrevivência, pensão de aposentação e complemento por dependência, a “Pensão de velhice, pensão de sobrevivência e reforma do estrangeiro”, a “ Pensão de velhice, pensão de sobrevivência”, e a “Pensão de sobrevivência e reforma por invalidez”, apresentam 1 pessoa idosa cada uma. Destaca-se ainda que não existe nenhum idoso sem pensão. Os resultados obtidos encontram-se no quadro nº 5 no qual podemos verificar que todas as pessoas idosas possuem pelo menos uma fonte de rendimentos.

Quadro 5 - Fonte de rendimentos principal das pessoas idosas dependentes

Fonte de rendimentos económicos do idoso	F	%
Pensão de velhice	6	33,3
Reforma por incapacidade ou invalidez	2	11,1
Pensão de aposentação	2	11,1
Reforma do estrangeiro	3	16,7
Reforma da estrangeiro e reforma por incapacidade ou invalidez e complemento por dependência	1	5,6
Pensão de sobrevivência, pensão de aposentação e complemento por dependência	1	5,6
Pensão de velhice, pensão de sobrevivência e reforma do estrangeiro	1	5,6
Pensão de velhice, pensão de sobrevivência	1	5,6
Pensão de sobrevivência e reforma por invalidez	1	5,6
Total	18	100,0

No nosso estudo 33,3%% das pessoas idosas tem como principal fonte de rendimentos a reforma por velhice ou limite de idade. Estes resultados vão ao encontro aos obtidos por Amaral e Vicente (2001), Sousa (1993), e Guedes (2011) nos seus estudos com pessoas idosas dependentes, já que em ambos a principal fonte de rendimentos das pessoas idosas era a pensão

por velhice com 75,8%, 61,6%, e 58, 5% das pessoas idosas, respetivamente. Conforme consta no artigo 25 da Carta dos Direitos Fundamentais da União Europeia todas as pessoas idosas têm direito a uma existência condigna e independente e à sua participação na vida social e cultural. Para tal, necessitam de serviços de apoio para a sua vida diária, que o Estado, segundo postulam as recomendações internacionais, deverá garantir.

As pessoas idosas, podem usufruir de serviços de apoio diversos, nomeadamente por instituições públicas ou por particulares como é o caso das instituições de solidariedade social com ou sem fins lucrativos. Devido ao facto de estes serviços se localizarem na zona geográfica de residência das pessoas idosas adaptam-se com maior celeridade às suas necessidades. Neste sentido, procuramos saber junto do cuidador quais os tipos de apoios a que a pessoa idosa costuma ter acesso. Dos resultados obtidos podemos vislumbrar que a visita domiciliária de enfermagem é o tipo de apoio que as pessoas idosas dependentes mais usufruem, atingindo a totalidade dos idosos, seguida de visita domiciliária médica e de enfermagem com 11,1% dos registos assim como o apoio domiciliário e Visita domiciliária de enfermagem. Todos os outros apoios são usufruídos por 5,6% das pessoas idosas. De salientar que o idoso 14 além de usufruir do apoio domiciliário de enfermagem também recebe apoio particular 2 vezes por semana para o autocuidado banho, limpeza da casa e tratamento da roupa, no total de 4 horas semanais. Constatamos ainda que não houve nenhum registo de nenhum idoso que receba o apoio da visita domiciliária da psicóloga (Quadro 6).

Quadro 6 - Tipos de apoios de que dispõem as pessoas idosas dependentes

Tipos de apoio que o idoso possui	F	%
Visita domiciliária de enfermagem	8	44,4
Apoio domiciliário e Visita domiciliária de enfermagem	2	11,1
Visita domiciliária de Enfermagem e da assistente social	1	5,6
Apoio domiciliário e médico e enfermagem	2	11,1
Visita domiciliária médica e de enfermagem	1	5,6
Apoio domiciliário, Visita domiciliária médica, visita domiciliária de enfermagem, Nutricionista, Assistente social	1	5,6
Fisioterapeuta, Enfermagem, Assistente Social	1	5,6
Fisioterapeuta e Enfermagem	1	5,6
Visita domiciliária de enfermagem e outro (particular)	1	5,6
Total	18	100,0

Os apoios às pessoas idosas através das visitas domiciliárias médicas, de enfermagem, da fisioterapeuta, da nutricionista e da assistente social, são todas provenientes da UCSP da área de residência. O apoio domiciliário é prestado através de instituições particulares de solidariedade social da área de residência. Os nossos dados vão ao encontro a um estudo realizado por Andrade (2009), sobre cuidadores informais de pessoas idosas dependentes, no qual a maior parte recebia ajuda d UCSP da área de residência.

A equipa da UCSP, presta um importante apoio ao idoso seja com a contribuição dos enfermeiros seja também com a contribuição de outro tipo de apoio como seja de fisioterapia, da nutricionista ou do apoio dos serviços sociais. Verificamos que no apoio incluído na coluna de Outros também se inclui a ajuda paga particularmente pelos idosos em serviços realizados de forma programada e regular durante a semana através de apoio no autocuidado banho, tratamento de roupa e limpeza da casa. O número reduzido de pessoas idosas que usufruem de apoio domiciliário ou do Centro de Dia, poderá dever-se à eficácia das redes de solidariedade primárias que envolvem a pessoa idosa e que conseguem dar resposta às suas necessidades, não precisando os seus cuidadores de recorrer a este tipo de serviços formais.

1.1- NÍVEL E GRAU DE DEPENDÊNCIA DO IDOSO DEPENDENTE

A dependência pode ser o reflexo de uma perda geral das funções fisiológicas derivadas do próprio processo de senescência, ou por uma ou várias doenças crónicas. Esta perda de função manifesta-se pela perda de autonomia e pela aparição de dependência, que progressivamente vão limitando o bem-estar e a qualidade de vida das pessoas idosas limitando a vida quotidiana. Imaginário (2004:49) concorda, ao afirmar que “(...) o grau de dependência é tanto maior quanto mais elevado for o grupo etário”. Capelo (2001, citado por Imaginário, 2004: 47) diz que as doenças crónicas que mais acometem a população idosa são a diabetes, as cardiopatias, os problemas ósseos, a hipertensão arterial, os tumores malignos, e ainda a marginalização social. Segundo Sequeira (2010: 305), “ O grau de dependência e as alterações cognitivas que o idoso revela são determinantes nos níveis de sobrecarga apresentados pelo cuidador, em virtude de estarem associados a uma maior necessidade de cuidados”. Imaginário (2004) confirma que a carga dos cuidadores está intimamente relacionada com o grau de dependência do idoso e com os apoios disponibilizados pelos serviços sociais e de saúde.

Neste sentido, procuramos saber junto do cuidador qual a causa da dependência da pessoa idosa. Analisando quais os motivos de dependência das pessoas idosas, o acidente vascular cerebral foi a doença mais prevalente, sendo responsável por 61,1% das situações de dependência, seguido por cancro com 16,7% das situações de dependência, as doenças neurológicas com 16,7%, e por fim temos o acidente como responsável de 5,6% dos casos de dependência conforme verificamos no quadro 7.

Quadro 7- Causa da dependência da pessoa idosa

Causa da dependência	F	%
AVC	11	61,1
Cancro	3	16,7
Doença neurológica	3	16,7
Acidente	1	5,6
Total	18	100,0

No nosso estudo em relação á causa da dependência, a maioria dos idosos ficou a necessitar de apoio, acompanhamento e supervisão de um cuidador devido a um acidente vascular cerebral. Os nossos resultados vão ao encontro das principais causas de limitação de atividade nas pessoas idosas apontadas por Berger e Mailloux-Poirier (1995), Andrade (2009), e Pereira (2015). Os tumores mais prevalentes foram o tumor cerebral com 2 registos e 1 registo de tumor da hipófise. As doenças neurológicas mais frequentes foram o Alzheimer, a demência e o Parkinson com 1 registo cada. De referir o acidente com 1 registo (idoso nº15) que lhe provocou um traumatismo craniano grave, sendo esta a causa da dependência. Todas estas doenças crónicas e situações encontram-se relacionadas com uma deterioração física, psicológica e social da pessoa idosa, comprometendo severamente a sua autonomia no autocuidado, requerendo a ajuda de outrem para o desempenho das atividades de vida diária, (Martins, 2006), impedindo a pessoa idosa de participar na vida comum, levando-a muitas vezes, à marginalização social.

Avaliação funcional- Atividades de vida diária (AVD)

Avaliar a capacidade funcional de uma pessoa significa medir a capacidade dela de desempenhar as atividades necessárias para cuidar de si mesma. Apresentamos os resultados por item da Escala de Barthel, por nós utilizada para avaliar a capacidade funcional básica da pessoa idosa dependente para realizar as AVD. Recorremos ao Índice de Barthel (1989) porque mede a independência funcional e a morbilidade da pessoa com patologia crónica, avaliando se

a pessoa idosa é capaz de desempenhar determinadas tarefas independentemente ou se necessita de cuidados de outros para as desempenhar.

Apuramos através do Índice de Barthel o nível de dependência nas AVD das pessoas idosas (Quadro 8). Verificámos que 7 (38,9%) eram totalmente dependentes, 3 (16,7%) severamente dependentes, 2 (11,1%) com dependência moderada e 6 (33,3%) ligeiramente dependentes.

Quadro 8 - Nível de dependência por grupo etário e sexo nas ABVD de acordo com o Índice de Barthel

Grupo etário Sexo	65-74		75-84		≥ 85		Total	
	Masc.	Fem.	Masc.	Fem.	Masc.	Fem.	Masc.	Fem.
Totalmente dependente (< 20 pontos)	1				3	3	4	3
Severamente dependente (20-35 pontos)				1	1	1	1	2
Moderadamente dependente (40-55 pontos)	1		1				2	
Ligeiramente dependente (60- 89 pontos)				3	1	2	1	5
Independente (90- 100 pontos)								
Total	2	0	1	4	5	6	8	10

Concluimos que a maioria das pessoas idosas é totalmente dependente em todos os itens do Índice de Barthel, sendo mais acentuada e com início em grupo etário mais baixo no sexo masculino. O idoso mais jovem do nosso estudo tem 66 anos é do sexo masculino e é totalmente dependente em todos os autocuidados. É no sexo masculino que verificamos o maior número de casos de idosos totalmente dependentes com 4 registos. É no sexo feminino que encontramos o maior número de casos de idosos ligeiramente dependentes com 5 registos. Verificámos também que não existe nenhum idoso do sexo feminino que seja moderadamente dependente nas atividades básicas de vida diária. Outros estudos que também identificaram o nível de dependência de idosos em contexto domiciliário concluíram que, a maioria era totalmente dependentes (Araújo, 2010; Pereira, 2015).

Passamos a apresentar no quadro 9, de forma mais detalhada a pontuação obtida no nível de dependência em cada item de cada atividade de vida diária por grupo etário e sexo de acordo com o Índice de Barthel.

Quadro 9- Nível de dependência em cada item de cada atividade de vida diária por grupo etário e sexo de acordo com o Índice de Barthel.

Grupo etário Sexo	65-74		75-84		≥ 85		Total	
	Masc.	Fem.	Masc.	Fem.	Masc.	Fem.	Masc.	Fem.
AVD Alimentação								
Independente (10)	1			2		1		
Ajuda (5)			1	2	4	2		
Dependente(0)	1				1	3		
Total	2	0	1	4	5	6	8	10
AVD Vestir e Despir								
Independente (10)						1		
Ajuda (5)	1		1	3		2		
Dependente (0)	1			1	5	3		
Total	2	0	1	4	5	6	8	10
AVD Banho								
Independente (5)								
Dependente (0)	2		1	4	5	6		
Total	2	0	1	4	5	6	8	10
AVD Higiene Corporal								
Independente (5)				4	2	2		
Dependente (0)	2		1		3	4		
Total	2	0	1	4	5	6	8	10
AVD Uso da Casa de Banho								
Independente (10)					1			
Ajuda (5)	1		1	3	1	2		
Dependente (0)	1			1	3	4		
Total	2	0	1	4	5	6	8	10
AVD Controle Intestinal								
Independente (10)					1			
Incontinência ocasional (5)	1		1	3	3	2		
Incontinente (0)	1			1	1	4		
Total	2	0	1	4	5	6	8	10
AVD Controle Vesical								
Independente (10)				1	2			
Incontinência ocasional (5)			1	2	1	2		
Incontinente (0)	2			1	2	4		
Total	2	0	1	4	5	6	8	10
AVD Subir e Descer Escadas								
Independente (10)				1				
Ajuda (5)				1	1	2		
Dependente (0)	2		1	2	4	4		
Total	2	0	1	4	5	6	8	10
AVD Transferência Cadeira - Cama								
Independente (15)								
Ajuda Mínima (10)	1			2	1	2		
Grande Ajuda (5)			1	2	3	1		
Dependente (0)	1				1	3		
Total	2	0	1	4	5	6	8	10
AVD Deambulação								
Independente (15)				2		1		
Ajuda (10)			1	1	2	1		
Independente em cadeira de rodas (5)				1		1		
Dependente (0)	1				3	3		
Total	2	0	1	4	5	6	8	10

Através da leitura do quadro verificamos os seguintes resultados nas atividades de vida diária:

- “AVD-Alimentação” - num total de 18 idosos do nosso estudo, 5 (27,8%) são dependentes, sendo destes 2 do sexo masculino e 3 do sexo feminino. A necessitar de algum tipo de ajuda na alimentação encontramos 9 idosos (50%) sendo 5 do sexo masculino e 4 do sexo feminino. Verificamos que 4 (22,2%) idosos são independentes na alimentação sendo apenas 1 idoso do sexo masculino e 3 idosos do sexo feminino. Apurámos que a dependência ocorre maioritariamente no grupo etário com idade \geq 85 anos e no sexo feminino com 3 registos contra 1 registo no sexo masculino. De salientar 1 idoso do sexo masculino no grupo etário dos 65-74 anos de idade dependente na alimentação. O maior grau de dependência do sexo feminino em relação ao sexo masculino, na alimentação, foi igualmente verificado por Imaginário (2004) e por Andrade (2009), nos seus estudos com pessoas idosas dependentes em contexto domiciliário. Sousa e Figueiredo (2002) e Amaral e Vicente (2001), ao avaliar a capacidade funcional das pessoas idosas nesta atividade de vida diária verificaram que apenas uma pequena parte delas necessitavam de ajuda, mas que essa dependência existente era também mais acentuada no sexo feminino.

- “AVD-Vestir e Despir” – constatamos que dos 18 idosos, 10 (55,5%) são dependentes, sendo destes 4 do sexo feminino e 6 do sexo masculino. Verificámos que 7 (38,9%) pessoas idosas necessitam de ajuda, sendo destes 5 do sexo feminino e 2 do sexo masculino. De salientar apenas 1 (5,6%) pessoa idosa do sexo feminino na faixa etária \geq 85 anos, independente nesta atividade da vida diária. Constata-se uma supremacia da dependência no sexo masculino a partir dos 85 anos. Estes resultados são semelhantes aos observados por Imaginário (2004), Andrade (2009) e Pereira (2014), mas diferentes dos observados por Sousa e Figueiredo (2002), e Gonçalves (2003), que no seu estudo sobre pessoas idosas, concluíram que apenas uma minoria necessitava de ajuda nesta atividade de vida diária.

- “AVD-Banho” - constatamos que todos os 18 idosos (100%) do nosso estudo são dependentes nesta atividade da vida diária, revelando uma grande dependência a nível deste autocuidado. Estes resultados poderão estar relacionados com o fato de esta atividade requerer uma certa maestria nos atos de agarrar e utilizar os objetos, em ensaboar, enxaguar e secar as diferentes zonas do corpo, em manter o equilíbrio no banho, na transferência para o banho e saída do banho. Este autocuidado requer maestria em habilidades motoras para as quais os idosos do nosso estudo revelam grande dependência. Vamos deste modo ao encontro dos

resultados obtidos por Gonçalves (2003), Imaginário (2004), Andrade (2009) e Pereira (2014). Ao contrário Franco e Costa (2001) no seu estudo sobre os níveis de dependência em idosos com idade igual ou superior a 65 anos, verificaram que a maioria dos idosos (84,7%) lavavam-se sozinhos, não precisando de ajuda.

- “AVD-Higiene-corporal” – verificamos que dos 18 idosos do nosso estudo, 10 (55,5%) são dependentes sendo destes 4 do sexo feminino e 6 do sexo masculino. Apurámos que 8 pessoas idosas (44,5%), 6 do sexo feminino e 2 do sexo masculino, são independentes nesta atividade da vida diária. Estes resultados estão de acordo com os obtidos por Imaginário (2004), Andrade (2009), e Pereira (2014), no entanto diferem dos obtidos por Franco e Costa (2001), que concluíram que a maioria das pessoas idosas (87,1%) efetuavam sozinhas a sua higiene.

- “AVD-Uso da casa de banho” - apurámos que dos 18 idosos do nosso estudo, 9 (50%) são dependentes no uso da casa de banho, sendo 5 do sexo feminino e 4 do sexo masculino. A necessitar de ajuda nesta atividade da vida diária encontramos 8 pessoas idosas (44,5%), sendo 5 do sexo feminino e 3 do sexo masculino. De salientar 1 idoso (5,5%) do sexo masculino na faixa etária \geq 85 anos independente neste autocuidado. Constatámos uma supremacia do sexo feminino em relação ao sexo masculino no que se refere á dependência nesta atividade da vida diária o que vai de encontro aos estudos de Imaginário (2004) e Andrade (2009). Ao contrário, Sousa e Figueiredo (2002), verificaram no seu estudo que 92,2% das pessoas idosas não necessitavam de ajuda para o uso da casa de banho.

- “AVD- Controlo intestinal” - constatamos que dos 18 idosos, 7 (39%) são incontinentes, sendo destes 5 do sexo feminino e 1 do sexo masculino. Verificámos que 10 pessoas idosas (55,5%) têm incontinência ocasional, sendo destes 5 do sexo feminino e 5 do sexo masculino. De salientar apenas 1 pessoa idosa (5,5%) do sexo masculino na faixa etária \geq 85 anos, independente nesta atividade da vida diária. Constata-se uma supremacia da dependência no sexo feminino em relação ao sexo masculino a partir dos 85 anos. Corrobamos os estudos de Imaginário (2004), e Andrade (2009) que concluíram igualmente serem as pessoas idosas do sexo feminino as que apresentavam maior dependência para esta atividade de vida diária. No entanto, Sousa e Figueiredo (2002), e Amaral e Vicente (2001), verificaram nos seus estudos que a maior percentagem de pessoas idosas era autónoma para esta atividade de vida diária, no entanto foi também no sexo feminino que os autores encontraram idoso com maior nível de dependência em relação ao sexo masculino.

- “AVD- Controlo vesical” – verificámos que dos 18 idosos, 9 (50%) são incontinentes, sendo destes 5 do sexo feminino e 4 do sexo masculino. Verificámos que 6 pessoas idosas

(33,4%) têm incontinência ocasional, sendo destes 4 do sexo feminino e 2 do sexo masculino. Encontramos 3 pessoas idosas (16,6%) independente nesta atividade da vida diária, sendo 1 do sexo feminino e 2 do sexo masculino. Constatamos uma supremacia da dependência no sexo feminino em relação ao sexo masculino. Corroboramos os estudos de Imaginário (2004), e Andrade (2009) que concluíram igualmente serem as pessoas idosas do sexo feminino as que apresentavam maior dependência para esta atividade de vida diária. No entanto, Sousa e Figueiredo (2002), e Amaral e Vicente (2001), verificaram nos seus estudos que a maior percentagem de pessoas idosas era autónoma para esta atividade de vida diária, não necessitando de ajuda, no entanto foi também no sexo feminino que os autores encontraram idosos com maior nível de dependência em relação ao sexo masculino. Verificamos que existe uma supremacia de idosos incontinentes na AVD-Controlo vesical com 9 registos, em relação à AVD-Controlo intestinal com um registo de 7 idosos incontinentes.

- “AVD-Subir e descer escadas” - apurámos que dos 18 idosos do nosso estudo, 13 (72,3%) são dependentes nesta atividade de vida diária, dos quais 6 são do sexo feminino e 7 são do sexo masculino. A necessitar de ajuda nesta atividade da vida diária encontramos 4 pessoas idosas (22,2%), sendo 3 do sexo feminino e 1 do sexo masculino. De salientar 1 pessoa (5,5%) do sexo feminino na faixa etária dos 75-84 anos independente neste autocuidado. Verificamos uma supremacia do sexo masculino com início a partir dos 65 anos, no que se refere à dependência neste autocuidado. No entanto a necessitar de ajuda já encontramos uma supremacia do sexo feminino a partir dos 75 anos. Verificamos que existe uma grande dependência nesta atividade de vida diária o que nos leva a concluir que as pessoas idosas do nosso estudo se encontram muito limitadas ao espaço onde se podem movimentar. Também Imaginário (2004) e Andrade (2009), observaram a mesma tendência em relação ao sexo esta atividade de vida diária, concluindo que as mulheres mais idosas eram mais dependentes. Por contrário Sousa e Figueiredo (2002), concluíram que a maioria das pessoas idosas (80,4%) do seu estudo não necessitavam de ajuda para esta atividade de vida diária.

- “AVD-Transferência cadeira/cama” – - constatamos que dos 18 idosos do nosso estudo, 5 (27,8%) são dependentes nesta atividade de vida diária, dos quais 3 são do sexo feminino e 2 são do sexo masculino. A necessitar de grande ajuda nesta atividade da vida diária encontramos 7 pessoas idosas (38,8%), sendo 3 do sexo feminino e 4 do sexo masculino. A necessitar de ajuda mínima nesta atividade de vida diária encontramos 6 pessoas idosas (33,4%), sendo 4 do sexo feminino e 2 do sexo masculino. De salientar que não encontramos

nenhuma pessoa idosa independente nesta atividade de vida diária. Verificamos uma supremacia do sexo masculino com início a partir dos 65 anos, no que se refere á dependência neste autocuidado. No entanto a necessitar de ajuda já encontramos uma supremacia do sexo feminino a partir dos 75 anos. Também Imaginário (2004), no seu estudo com pessoas idosas dependentes chegou a resultados parecidos com os nossos, tendo concluído também que as pessoas idosas do sexo feminino eram mais dependentes nesta atividade. No entanto e contrariamente em relação ao nosso estudo a autora concluiu que seriam as pessoas idosas do sexo feminino as que necessitariam de grande ajuda, enquanto que no nosso estudo concluímos que seriam as pessoas idosas do sexo masculino as que necessitavam de grande ajuda neste autocuidado. Andrade (2009) embora conclui-se que que é no sexo feminino que há mais pessoas idosas dependentes e a necessitar de ajuda mínima, também chegou a resultados diferentes dos nossos, tendo observado independentes neste autocuidado. Também Miranda (2013) conclui no seu estudo sobre pessoas idosas dependentes que 43,3% dos idosos necessitam de ajuda mínima e 30% está numa situação de dependência, não conseguindo exercer esta atividade. Sousa e Figueiredo (2002), e Gonçalves (2003), chegaram a resultados diferentes dos nossos, tendo concluído que a maioria das pessoas idosas (94,1% e 53% respetivamente) não necessitava de ajuda para realizar esta atividade.

- “AVD-Deambulação” - verificamos que dos 18 idosos do nosso estudo, 7 (38,9%) são dependentes nesta atividade de vida diária, dos quais 3 são do sexo feminino e 4 são do sexo masculino. Independentes em cadeira de rodas encontramos 3 idosos (16,7%), dos quais 2 do sexo feminino e 1 do sexo masculino. A necessitar de ajuda nesta atividade da vida diária encontramos 5 pessoas idosas (27,7%), sendo 2 do sexo feminino e 3 do sexo masculino. De salientar 3 pessoas idosas (16,7%) do sexo feminino na faixa etária acima dos 75 anos que é independente nesta atividade de vida diária. Verificamos uma supremacia do sexo masculino na dependência para a atividade de deambulação, com início a partir dos 65 anos. No entanto encontramos a uma supremacia do sexo feminino a partir dos 75 anos na independência em cadeira de rodas para esta atividade de vida diária. Constatamos que a partir dos 75 existem mais pessoas idosas do sexo masculino em relação ao sexo feminino, a necessitar de ajuda nesta atividade de vida diária. Pelo contrário, Imaginário (2004) e Andrade (2009), concluíram que existiam mais mulheres dependentes do que homens, enquanto outros autores concluíram nos seus estudos com pessoas idosas, que estas eram na sua maioria independentes para esta atividade de vida diária (Sousa e Figueiredo, 2002; Amaral e Vicente, 2001 e Franco e Costa, 2001). Verificamos que no nosso estudo existe uma grande dependência nesta atividade de vida

diária o que nos leva a concluir que as pessoas idosas do nosso estudo se encontram muito limitadas ao espaço onde se podem movimentar, estando na sua maioria limitadas ao espaço doméstico e familiar. Leva-nos a concluir que a vida social destes idosos é inexistente ou com uma interação mínima com os outros e a comunidade onde se encontram inseridos, conduzindo ao isolamento social, tristeza e apatia dos mesmos.

Concluimos no que concerne à avaliação geral das AVD inscritas no quadro 8, que as mulheres apresentam maior dependência para as atividades de vida diária da alimentação, uso da casa de banho, controlo intestinal, controlo vesical, e transferência cadeira/cama, mais presente no grupo etário a partir dos 75 anos. Os homens apresentam maior dependência para as atividades de vida diária de vestir e despir, higiene-corporal, subir e descer escadas, e deambulação com início no grupo etário a partir dos 65 anos. Na AVD banho, verificámos que a dependência foi igual para ambos os sexos.

Atividades instrumentais de vida diária (AIVD)

Para avaliarmos o nível de dependência nas atividades instrumentais de vida diária utilizámos o Índice de Lawton, o qual nos permitiu avaliar a autonomia das pessoas idosas para realizar as atividades necessárias para viver de forma independente na comunidade: Cuidar da casa, Lavar a roupa, Preparar as refeições, Fazer compras, Usar o telefone, Usar Transportes, Usar dinheiro, e responsabilizar-se pelos medicamentos.

Verificamos que dos 18 idosos do nosso estudo, severamente dependentes e a necessitarem de muita ajuda nas atividades instrumentais de vida diária, 10 são do sexo feminino e 8 são do sexo masculino. Apuramos que no grupo etário dos 65-74 anos os 2 idosos severamente dependentes e a necessitarem de muita ajuda nas AIVD são ambos do sexo masculino, o que nos revela o início da dependência mais cedo nos homens em relação às mulheres. No grupo etário dos 75-84 anos encontramos 5 idosos severamente dependentes e a necessitarem de muita ajuda nas AIVD, dos quais 4 são do sexo feminino e 1 do sexo masculino. No grupo etário ≥ 85 anos encontramos 11 idosos severamente dependentes e a necessitarem de muita ajuda nas AIVD, dos quais 6 são do sexo feminino e 5 do sexo masculino. Verificámos que no nosso estudo a totalidade das pessoas idosas encontram-se severamente dependentes, necessitando de muita ajuda para todas as atividades (Quadro 10).

Quadro 10 – Nível de dependência nas AIVD por grupo etário e sexo apresentados pelos de acordo com o Índice de Lawton

Grupo etário	Sexo	65-74		75-84		≥ 85		Total	
		Masc.	Fem.	Masc.	Fem.	Masc.	Fem.	Masc.	Fem.
Nível de dependência									
Severamente dependente, necessita de muita ajuda (> 20 pontos)		2		1	4	5	6	8	10
Moderadamente dependente, necessita de uma certa ajuda (9-20 pontos)									
Independente (8 pontos)									
Total		2	0	1	4	5	6	8	10

À semelhança dos resultados encontrados por Imaginário (2008) e Andrade (2009), também no nosso estudo a dependência para as AIVD recai mais nas pessoas idosas do sexo feminino.

Passamos a apresentar no quadro 11, de forma mais detalhada a pontuação obtida no nível de dependência em cada item de cada uma das atividades instrumentais de vida diária por grupo etário e sexo de acordo com o Índice de Lawton.

Quadro 11- Nível de dependência em cada item de cada nas atividades instrumentais de vida diária por grupo etário e sexo de acordo com o Índice de Lawton

Grupo etário Sexo	65-74		75-84		≥ 85		Total	
	Masc.	Fem.	Masc.	Fem.	Masc.	Fem.	Masc.	Fem.
AIVD Cuidar da Casa								
Cuida da casa sem ajuda (1)								
Faz tudo, exceto o trabalho pesado (2)								
Só executa tarefas leves (3)								
Necessita de ajuda para todas as tarefas (4)						1		
Incapaz de fazer alguma tarefa (5)	2		1	4	5	5		
Total	2	0	1	4	5	6	8	10
AIVD Lavar a Roupa								
Lava a sua roupa (1)								
Só lava pequenas peças (2)								
É incapaz de lavar a sua roupa (3)	2		1	4	5	6		
Total	2	0	1	4	5	6	8	10
AIVD Preparar as Refeições								
Planeia, prepara e serve sem ajuda (1)								
Prepara os ingredientes, se lhos derem (2)								
Prepara pratos pré-cozinhados (3)								
Incapaz de preparar as refeições (4)	2		1	4	5	6		
Total	2	0	1	4	5	6	8	10
AIVD Fazer as Compras								
Faz as compras sem ajuda (1)								
Só faz pequenas compras (2)								
Faz as compras acompanhado (3)								
É incapaz de ir às compras (4)	2		1	4	5	6		
Total	2	0	1	4	5	6	8	10
AIVD Usar o Telefone								
Usa-o sem dificuldades (1)								
Só telefona para lugares familiares (2)						1		
Necessita de ajuda para o usar (3)	1		1	3		1		
Incapaz de usar o telefone (4)	1			1	5	4		
Total	2	0	1	4	5	6	8	10
AIVD Usar o Transporte								
Viaja em transporte público ou conduz (1)								
Só anda de táxi (2)								
Necessita de acompanhamento (3)								
Incapaz de usar transportes (4)	2		1	4	5	6		
Total	2	0	1	4	5	6	8	10
AIVD Usar o Dinheiro								
Paga as contas, vai ao banco, etc. (1)								
Só em pequenas quantidades de dinheiro (2)								
Incapaz de utilizar o dinheiro (3)	2		1	4	5	6		
Total	2	0	1	4	5	6	8	10
AIVD Responsabilizar-se pelos Medicamentos								
Responsável pela sua medicação (1)								
Necessita que lhe preparem a medicação (2)								
Incapaz de se responsabilizar pela medicação (3)	2		1	4	5	6		
Total	2	0	1	4	5	6	8	10

- “AIVD-Cuidar da Casa” - verificamos que dos 18 idosos do nosso estudo, 17 (94,4%) são incapazes de fazer alguma tarefa, dos quais 9 são do sexo feminino e 8 são do sexo masculino. A necessitar de ajuda para todas as tarefas desta atividade instrumental da vida diária apenas encontramos 1 pessoa idosa (5,6%) do sexo feminino no grupo etário ≥ 85 anos de idade. De salientar a executar tarefas leves, a fazer tudo exceto o trabalho pesado e a cuidar da casa sem ajuda não apresentou nenhum registo nesta atividade instrumental da vida diária. Ricarte (2009), no seu estudo sobre idosos dependentes também concluiu que 73,1% eram incapazes de fazer alguma tarefa e 3,8% necessitava de ajuda nesta atividade instrumental da vida diária. No entanto o mesmo autor no seu estudo encontrou 9% dos idosos que cuidava da casa sem ajuda, 2,6% fazia tudo exceto o trabalho pesado e 11,5% que só fazia as tarefas leves. Concluimos que no nosso estudo existe uma grande dependência nesta atividade de vida diária o que nos leva a concluir que a maioria das pessoas idosas do nosso estudo não consegue por si cuidar da casa estando por isso dependentes da existência de outrem para esta atividade instrumental da vida diária.

- “AIVD- Lavar a Roupa” - verificamos que a totalidade dos 18 idosos (100%) do nosso estudo, são incapazes de lavar a sua roupa e, portanto, dependentes de terceiros. De salientar que não verificamos nenhum registo de pessoas idosas autónomas a lavar a sua roupa ou a só lavar pequenas peças. Também Ricarte (2009) concluiu que a maioria (94,9%) das pessoas idosas do seu estudo não consegue tratar da sua roupa e que, destes, 87,2% são totalmente dependentes de outrem e apenas 5,1% das pessoas idosas são independentes quanto à lavagem da roupa.

- “AIVD-Preparar as Refeições” – constatamos que a totalidade dos 18 idosos (100%), é incapaz de preparar as refeições, encontrando-se dependentes de terceiros. Também Ricarte (2009) no seu estudo concluiu que a maioria (88,5%) era incapaz de preparar uma refeição, no entanto 7,7% planeia, prepara e serve sem ajuda e 3,8% são auto-suficientes a preparar as refeições se lhe derem os ingredientes.

- “AIVD-Fazer as Compras” - verificamos que a totalidade dos 18 idosos (100%), é incapaz de ir às compras, encontrando-se dependentes de terceiros. Ricarte (2009) no seu estudo concluiu que a maioria das pessoas idosas (84,6%) era incapaz de ir às compras e apenas uma minoria (1,3%) faz as compras acompanhado, 3,8% só faz pequenas compras, e 10,3% faz as compras sem ajuda.

- “AIVD-Usar o Telefone” – podemos observar que das 18 pessoas idosas do nosso estudo, 11 (61,1%) são incapazes de usar o telefone, dos quais 5 são do sexo feminino e 6 são do sexo masculino. A necessitar de ajuda para usar o encontramos 6 pessoas idosas (33,3%), das quais 4 são do sexo feminino e 2 são do sexo masculino. De salientar que encontramos 1 pessoa idosa (5,5%) do sexo feminino no grupo etário ≥ 85 anos de idade que só telefona para lugares familiares, enquanto que, a usar o telefone sem dificuldades não encontramos nenhuma pessoa idosa. Ricarte (2009), no seu estudo também verificou que 57,7% dos idosos é incapaz de usar o telefone e 2,6 %, só liga para lugares familiares, mas ao contrário de nós encontrou 23,1% de idosos a usar o telefone sem dificuldade. Concluimos que a maioria das pessoas idosas do nosso estudo é incapaz de usar o telefone o que poderá contribuir para o sentimento de isolamento social e solidão, enquanto que aquelas que conseguem com ou sem ajuda usar o telefone poderão sentir essa capacidade, como um benefício positivo para sua independência e segurança, além de diminuir o seu isolamento social e solidão.

- “AIVD-Usar o Transporte” – apuramos que a totalidade dos 18 idosos (100%), é incapaz de usar os transportes, mesmo com acompanhamento. Ricarte (2009), no seu estudo também verificou que a maioria (64,1%) dos idosos era incapaz de usar os transportes, no entanto encontrou idosos que viajavam com acompanhamento (16,7%), de táxi (10,3%), e em transporte público ou que conduziam (9%). Concluimos que para esta atividade a totalidade das pessoas idosas do nosso estudo possui autonomia limitada e necessitam de apoio de outros o que poderá contribuir que se sintam mais fragilizados e dependentes.

- “AIVD-Usar o Dinheiro” – verificamos que também nesta atividade a totalidade dos 18 idosos (100%), é incapaz de utilizar o dinheiro, estando dependentes de outros para administrar o seu próprio dinheiro. Ricarte (2009), verificou no seu estudo que a maioria dos idosos (67,9%) era incapaz de utilizar o dinheiro, embora 17,9 % fosse capaz de pagar as contas, vá ao banco, etc. e 14,1% só utilizasse pequenas quantidades de dinheiro.

- “AIVD- Responsabilizar-se pelos Medicamentos” – verificamos que também nesta atividade a totalidade dos 18 idosos (100%), é incapaz de se responsabilizar pela medicação. Ricarte (2009) sobre esta atividade, no seu estudo observou que 70,5% das pessoas idosas eram incapazes de se responsabilizar pela sua medicação, enquanto 9,0% necessitava que lha preparassem e 20,5% era responsável pela sua medicação.

Outros autores ao estudarem a capacidade funcional das pessoas idosas para o desempenho das AIVD chegaram a resultados diferentes dos nossos, nomeadamente para

atividades: tarefas domésticas, preparação de refeições, compras, em que a maioria das pessoas idosas estudadas era independente e também não necessitavam de ajuda para administrar o próprio dinheiro, usar o telefone, tomar os medicamentos (Sousa e Figueiredo, 2002), lavar a roupa e usar meios de transporte (Franco e Costa, 2001).

Concluimos no que concerne à avaliação geral das AIVD inscritas no quadro 10, que os homens apresentam maior dependência para as atividades instrumentais da vida diária cuidar da Casa e usar o Telefone, com início no grupo etário dos 65-74 anos e presente em todas AIVD. no grupo etário a partir dos 75 anos. Nas AIVD lavar a Roupa, preparar as refeições, fazer as compras, usar o transporte, usar o dinheiro, e responsabilizar-se pelos medicamentos, verificámos que a dependência foi igual para ambos os sexos.

Avaliação Cognitiva

Como podemos observar durante a revisão da literatura, o declínio cognitivo próprio do envelhecimento, acarretam uma diminuição das capacidades físicas e das capacidades cognitivas, o que por sua vez implica uma diminuição da autonomia e da independência da pessoa idosa (Nunes, 2017). O desempenho físico e social do idoso depende da integridade de suas funções cognitivas e a perda de memória recente e a habilidade de cálculo são indicadores sensíveis de redução dessas funções levando ao isolamento.

Diante do exposto, torna-se imprescindível a avaliação cognitiva e da capacidade funcional dos idosos pois tem uma relevância fundamental para a participação da pessoa idosa na sociedade. Neste sentido, e após já termos feito a avaliação funcional, procuramos avaliar junto das pessoas idosas a sua função cognitiva através da Escala de Pfeiffer. Os resultados obtidos revelam que das 18 pessoas idosas, 9 (50,0%) apresentam deterioração intelectual grave, 6 (33,3%) deterioração intelectual moderada, 3 (16,7%) deterioração intelectual baixa. De salientar que não observamos nenhuma pessoa idosa com função intelectual intacta. Destacamos ainda que todas as pessoas idosas do nosso estudo, com função intelectual baixa pertencem ao sexo feminino (Quadro 12).

Quadro 12 - Grau de dependência na função cognitiva por grupo etário e sexo.

Grupo etário	65-74		75-84		≥ 85		Total	
Sexo	Masc.	Fem.	Masc.	Fem.	Masc.	Fem.	Masc.	Fem.
Dependência								
Função intelectual intacta (0-2 erros)								
Deterioração intelectual baixa (3-4 erros)				2		1		3
Deterioração intelectual moderada (5-7 erros)	1		1	1	3		5	1
Deterioração intelectual grave (8-10 erros)	1			1	2	5	3	6
Total	2	0	1	4	5	6	8	10

- “Função intelectual intacta” – no nosso estudo não observamos nenhum idoso com a função intelectual intacta.

- “Deterioração intelectual baixa” – verificamos que das 18 pessoas idosas do nosso estudo, 3 (16,7%), possuem deterioração intelectual baixa, são todas do sexo feminino, encontrando-se 2 pessoas idosas no grupo etário dos 75-84 anos de idade e 1 no grupo etário dos ≥ 85 anos de idade.

- “Deterioração intelectual moderada” – apuramos que das 18 pessoas idosas do nosso estudo, 6 (33,3%), encontram-se com deterioração intelectual moderada. Destas 1 é do sexo feminino e encontra-se no grupo etário dos 75-84 anos de idade, e 5 são do sexo masculino em que 1 se encontra no grupo etário dos 65-74 anos de idade, 1 no grupo etário dos 75-84 anos de idade e 3 no grupo etário dos ≥ 85 anos de idade.

- “Deterioração intelectual grave” – observamos que das 18 pessoas idosas do nosso estudo, 9 (50,0%), possuem deterioração intelectual grave. Destas 6 são do sexo feminino e destas 1 encontra-se no grupo etário dos 75-84 anos de idade e 5 no grupo etário dos ≥ 85 anos de idade. Das 10 pessoas idosas 3 são do sexo masculino em que 1 se encontra no grupo etário dos 65-74 anos de idade e 2 no grupo etário dos ≥ 85 anos de idade.

Verificamos que a maioria (50,0%) das pessoas idosas do nosso estudo possui uma deterioração intelectual grave mais predominante no sexo feminino no grupo etário dos ≥ 85

anos de idade, algumas (33,3%) possuem deterioração intelectual moderada mais predominante no sexo masculino no grupo etário dos ≥ 85 anos de idade, e uma pequena parte (16,7%) possui deterioração intelectual baixa sendo na sua totalidade do sexo feminino e predominante no grupo etário dos 75-84 anos de idade. De salientar que no nosso estudo não observamos nenhuma pessoa idosa com função intelectual intacta. Concluimos á semelhança de outros autores que é no sexo feminino que observamos a maioria das pessoas idosas com uma deterioração intelectual grave predominante nos grupos etários mais elevados, sendo esta observada nas categorias “idosos-idosos” e “muito-idosos” (Imaginário, 2008; Andrade, 2009). No nosso estudo não encontramos nenhuma pessoa idosa com função intelectual intacta, o que nos faz depreender que associado á sua dependência funcional, baixa autonomia, elevado déficit de autocuidado está associado a necessidade de ajuda de terceiros para a grande maioria das atividades e/ou autocuidados.

O déficit no autocuidado está relacionado com o individuo apresentar a função motora ou cognitiva alterada, causando assim uma diminuição significativa das suas capacidades. Salienta-se assim, a necessidade de cuidados, particularmente, intervenções de enfermagem que visam ajudar a pessoa, a família e /ou cuidador informal a conservar ou alcançar o máximo de independência e autonomia no desempenho das AVD's, tendo em conta a sua condição motora e/ou cognitiva.

É possível colocar em prática estratégias de adaptação, assim como ajudas técnicas com o objetivo de reduzir as incapacidades do mesmo, para que possa desempenhar as suas tarefas. O declínio da capacidade funcional na pessoa idosa tem influência na sua qualidade de vida, uma vez que a torna gradualmente menos ativa, mais dependente e afeta a sua capacidade de executar tarefas simples. A melhoria da qualidade de vida do individuo é uma forma de avaliar a eficácia das intervenções e dos cuidados prestados. Para aumentar a qualidade de vida como parte de uma intervenção, é imperativo avaliar cada ABVD individualmente, uma vez que existem atividades como a alimentação que podem ter mais impacto do que outras (Giebel *et al.*, 2015). Também a conservação de um ambiente familiar, com a preservação das rotinas diárias é bastante importante para a pessoa idosa dependente, uma vez que auxilia a preservar a sua orientação quotidiana.

1.2- O CUIDADOR INFORMAL DO IDOSO DEPENDENTE

Quando um membro de uma família por alguma razão se torna mais dependente e com perda de autonomia, a esfera familiar mobiliza apoia-o através da atribuição de um cuidador informal. A forma como em cada família, emerge o elemento que assume ou é escolhido o papel de cuidador informal do familiar idoso em situação de dependência, tal como nos refere Sequeira (2010:161) é algo “(...) muito subtil, influenciado pelas características e experiências pessoais de cada membro da família e pelo contexto em que se encontra”. Os resultados de estudos apontam para que o grau de parentesco (cônjuge, filhos, o género (mulher), a proximidade física (viver no mesmo domicílio e a proximidade afetiva (conjugal, filhos) são os principais critérios de seleção do cuidador informal que assume os cuidados da pessoa idosa dependente (Martins *et al*, 2016).

O elemento que emerge da esfera familiar como cuidador informal principal e sobre que recai a maior parte da prestação de cuidados ao idoso, desde que não apresente incapacidades é quem está melhor colocado para prestar cuidados á pessoa idosa dependente uma vez que este é sensível ao meio que o rodeia e às pessoas com quem se relaciona (Sequeira, 2010). No cuidado ao idoso, a família surge deste modo com um papel de destaque, principalmente a mulher. Contudo, as razões ou determinantes que os levam a assumir o papel de cuidador informal florescem por diversas razões. Durante a revisão da literatura verificamos vão desde sentimentos de obrigação ou dever a sentimentos de amor e carinho, sendo na sua maioria mulheres.

Neste ponto do trabalho pretendemos retratar o cuidador informal segundo uma caracterização sociodemográfica. Para facilitar a análise e permitir uma visão geral da sua caracterização os 18 cuidadores foram identificados de C1 a C18 como podemos observar através do quadro 13.

Quadro 13 - Distribuição dos cuidadores informais pelas variáveis sociodemográficas: sexo, idade, estado civil, habilitações académicas, atividade profissional anterior e grau de parentesco com a pessoa idosa dependente.

Idosos	Sexo	Idade	Estado civil	Habilitações académicas	Atividade profissional anterior	Grau de parentesco com a pessoa idosa
C1	Feminino	82	Casada	Analfabeto	Reformada	Esposa
C2	Masculino	75	Casada	1º Ciclo do ensino básico	Reformado	Marido
C3	Feminino	57	Casada	2º Ciclo do ensino básico	Desempregada	Filha
C4	Feminino	58	Solteira	Ensino superior	Empregada a tempo inteiro	Filha
C5	Feminino	72	Casada	Sabe ler e escrever	Reformada	Esposa
C6	Feminino	63	Casada	3º Ciclo do ensino básico	Doméstica	Esposa
C7	Feminino	71	Solteira	Ensino superior	Reformada	Filha
C8	Feminino	32	Casada	2º Ciclo do ensino básico	Desempregada	Filha
C9	Feminino	54	Casada	Ensino secundário	Empregada a tempo inteiro	Filha
C10	Feminino	53	Casada	2º Ciclo do ensino básico	Empregada a tempo parcial	Filha
C11	Feminino	66	Solteira	Ensino superior Línguas e literaturas modernas prof.	Reformada	Filha
C12	Masculino	64	Solteiro	Ensino superior engenheiro mecânico	Desempregado	Filho
C13	Feminino	74	Casada	Sabe ler e escrever	Reformada	Esposa
C14	Masculino	86	Casada	Analfabeto	Reformado	Marido
C15	Feminino	68	Viúva	1º Ciclo do ensino básico	Reformada	Filha
C16	Feminino	56	Casada	1º Ciclo do ensino básico	Empregada a tempo parcial	Nora
C17	Feminino	77	Casada	Sabe ler e escrever	Reformada	Esposa
C18	Feminino	50	Divorciada	2º Ciclo do ensino básico	Desempregada	Filha

No quadro 14 fazemos um resumo da caracterização sócio demográfica dos cuidadores informais pelas variáveis sociodemográficas: sexo, idade, estado civil, habilitações académicas, atividade profissional, relação com a pessoa idosa dependente, e coabitação.

Quadro 14- Resumo da caracterização sócio demográfica dos cuidadores informais pelas variáveis sociodemográficas: sexo, grupo etário, estado civil, habilitações académicas, atividade profissional, relação com a pessoa idosa dependente, e coabitação.

Caraterização sócio demográfica dos cuidadores informais			
Variável	Categoria	F	%
Sexo	Masculino	3	16,7
	Feminino	15	83,3
	Total	18	100,0
Grupo etário	$\geq 30 < 40$	1	5,6
	$\geq 40 < 50$	0	0,0
	$\geq 50 < 60$	6	33,3
	$\geq 60 < 70$	4	22,2
	$\geq 70 < 80$	5	27,8
	$\geq 80 \leq 90$	2	11,1
	Total	18	100,0
Estado civil	Casado (a)/União de facto	12	66,6
	Viúvo (a)	1	5,6
	Solteiro (a)	4	22,2
	Divorciado (a)	1	5,6
	Total	18	100,0
Habilitações académicas	Analfabeto	2	11,2
	Lê e escreve	3	16,7
	1º Ciclo do Ensino Básico ou equivalente	3	16,7
	2º Ciclo do Ensino Básico ou equivalente	4	22,2
	3º Ciclo do Ensino Básico ou equivalente	1	5,5
	Ensino secundário ou equivalente	1	5,5
	Ensino Superior	4	22,2
	Total	18	100,0
atividade profissional	Empregado (a) a tempo inteiro	2	11,1
	Empregado (a) a tempo parcial	2	11,1
	Reformado (a)	9	50,0

	Doméstica	1	5,6
	Desempregado (a)	4	22,2
	Total	18	100,0
Relação com a pessoa idosa dependente	Filha	9	50,0
	Filho	1	5,5
	Nora	1	5,5
	Esposa	5	27,8
	Marido	2	11,2
	Total	18	100,0
Coabitação	Porque já viviam juntos	10	55,5
	Porque o cuidador se mudou para a residência da pessoa idosa	5	27,8
	Porque a pessoa idosa se mudou para a residência do cuidador	3	16,7
	Total	18	100,0

Quanto à caracterização dos cuidadores informais pelas variáveis sociodemográficas: sexo, grupo etário, estado civil, habilitações académicas, atividade profissional, relação com a pessoa idosa dependente, e coabitação, podemos concluir a partir do quadro 13 e 14 que:

- Em relação ao sexo, a maioria (83,3%) dos cuidadores é do sexo feminino e, apenas 16,7% são do sexo masculino, o que vai de encontro com a revisão bibliográfica feita anteriormente em que além da maior longevidade das mulheres em relação aos homens, um dos determinantes de assunção do papel de cuidador é o fato de ser do sexo feminino devido ao papel tradicional que lhe é atribuído de cuidar da casa, das lidas domésticas e de ter mais tempo para cuidar da pessoa idosa dependente (Sousa, Figueiredo e Cerqueira, 2004).

- Em relação à idade, verificamos que apenas 5,6% dos cuidadores se encontra no grupo etário dos 30-39 anos de idade, 33,3% dos cuidadores encontram-se no grupo etário dos 50-59 anos de idade, 22,2% dos cuidadores encontram-se no grupo etário dos 60-69 anos de idade, 27,8% dos cuidadores encontram-se no grupo etário dos 70-79 anos de idade, e 11,1% dos cuidadores encontram-se no grupo etário dos 80-90 anos de idade. Não observámos nenhum cuidador no grupo etário dos 40-49 anos de idade e de salientamos o fato de a partir dos 70 anos de idade verificarmos ainda a existência de 38,9% dos cuidadores, o que nos faz depreender que a pessoa idosa ainda pode dar um grande contributo no seu papel de cuidar, talvez justificado pelos fortes laços familiares principalmente deveres conjugais e filiais. A idade

variou entre 32 anos como idade mínima e 86 anos como idade máxima, sendo a idade média de 64,3 anos, o que vai de encontro a estudos de outros autores sobre cuidadores informais (Cerqueira, 2005; Andrade, 2009; Ricarte, 2009; Guedes, 2011; Martins, 2013; Gonçalves, 2017).

- Em relação ao estado civil, observamos que 66,7% dos cuidadores são casados, 22,3% são solteiros, 5,5% são viúvos, e por último encontramos 5,5% com o estado civil de divorciado. Estes resultados estão de acordo com a literatura em que a maioria dos cuidadores tem como estado civil o facto ser casado e com os resultados obtidos noutros estudos do mesmo tipo (Cerqueira, 2005; Imaginário, 2008; Andrade, 2009; Ricarte, 2009; Guedes, 2011; Martins, 2013; Miranda, 2013; Martins, 2014; Pereira, 2015; Gonçalves, 2017; Ferreira, 2018).

- Em relação á habilitações académicas, reparamos que 22,2% dos cuidadores possuem o ensino superior, 22,2% possuem o 2º ciclo do ensino básico ou equivalente, 16,7% dos cuidadores sabem ler e escrever, 16,7% dos cuidadores possuem o 1º ciclo do ensino básico ou equivalente, 11,2% dos cuidadores são analfabetos, 5,5% dos cuidadores possuem o 3º ciclo do ensino básico ou equivalente, e por fim 5,5% dos cuidadores possuem o ensino secundário ou equivalente. A existência da maioria (88,9%) dos cuidadores com algum grau de escolaridade poderá dever-se ao facto de em Portugal terem sido implementados medidas de combate ao analfabetismo, podendo levar á continuação de estudos por um maior número de indivíduos. Também poderá dever-se a existirem filhos (as) que, tendo formação superior e que pelo facto de estarem reformados (as) alteraram a sua residência em função da necessidade de prestação de cuidados por parte da pessoa idosa. No nosso estudo existe uma distribuição variada pelas várias habilitações académicas, e verificamos que existem em proporções iguais cuidadores com o 2º ciclo do ensino básico e cuidadores com o ensino superior, ao contrário dos estudos efetuados por outros autores em que a maioria dos cuidadores possuíam o 1º ciclo do ensino básico ou equivalente, ou eram analfabetas (Andrade, 2009; Ricarte, 2009; Nascimento, 2014; Pereira, 2015; Ferreira, 2018).

- Em relação á atividade profissional, podemos constatar 77,8% dos cuidadores não exerce qualquer atividade profissional e apenas 22,2% tem alguma atividade profissional. Observamos que 50% dos cuidadores informais já se encontra reformado, o que poderá dever-se ao facto de já serem também eles idosos e deste modo terem mais tempo para cuidar da pessoa idosa dependente. Encontramos 22,2% dos cuidadores desempregados, o que poderá ser justificado pelo facto de a zona de estudo ser pouco industrializada e com escassas ofertas de e

emprego o que por outro lado lhes permite estarem mais disponíveis para prestarem cuidados á pessoa idosa dependente. Encontramos 11,1% dos cuidadores empregados a tempo inteiro, sendo que uma cuidadora (C4) faz parte de uma ordem religiosa e outra cuidadora (C9) é empresária por conta própria na área da restauração o que lhe permite levar a sua mãe para o local de trabalho. Encontramos 11,1% dos cuidadores empregados a tempo parcial. As cuidadoras C10 e C16 trabalham como empregadas de limpezas por conta própria o que lhes permite gerir o horário com a disponibilidade de apoio por parte da restante família. Apenas encontramos 5,6% dos cuidadores cuja atividade profissional é doméstica. Os nossos resultados vão ao encontro de outros estudos da área em que a maioria dos cuidadores informais era reformados (Araújo, 2010; Ramos,2012; Gonçalves, 2017; Ferreira, 2018). Grande parte das mulheres tem como atividade ser doméstica e não desempenha atividade profissional fora de casa, o que lhes permite maior disponibilidade no apoio ao cuidar do doente dependente em contexto domiciliário e familiar. Outros estudos, no entanto, apresentam dados diferentes em que os cuidadores na sua maioria estão empregados (Miranda, 2013; Martins,2013) ou têm profissões ligadas à lida doméstica ou desempregados (Andrade, 2009; Guedes, 2011; Nascimento, 2014; Martins, 2014).

- No que concerne á relação com a pessoa idosa dependente, a totalidade (100%) dos cuidadores informais do nosso estudo são familiares da pessoa idosa dependente. Observamos que 50% dos cuidadores são filhas, 27,8% são esposas, 11,2% são maridos, 5,5% são noras, e 5,5% são filhos. Das relações familiares a maioria (55,6%) dos cuidadores são descendentes, seguindo-se os cônjuges (38,9%), e por fim as noras (5,5%). O nosso estudo vai de encontro á revisão da literatura por nós efetuada em que na ausência do conjuge, o mais frequente é que uma filha ou filho assumam a responsabilidade na prestação de cuidados (Sequeira, 2010). Assim como a estudos de outros autores que concluíram que a família era o principal apoio e quem prestava cuidados á pessoa idosa dependente no domicílio (Araújo, 2010; Gonçalves, 2017; Nascimento, 2014).

- Em relação á coabitação, verificamos que todos (100%) os cuidadores coabitam com a pessoa idosa dependente. A coabitação de 55,6% cuidadores deve-se ao facto de já viverem juntos antes do estado de dependência da pessoa idosa. A coabitação de 27,8% dos cuidadores deve-se ao facto de o cuidador se ter mudado para a residência da pessoa idosa dependente pela necessidade de prestação de cuidados. A coabitação de 16,6% dos cuidadores deve-se ao facto de a pessoa idosa se ter mudado para a residência do cuidador pela necessidade de prestação de cuidados face á situação de dependência. A coabitação surge deste modo da necessária mudança

de residência, não só da pessoa idosa como também por parte do cuidador, em função da exigência da natureza do cuidado à pessoa idosa dependente. Os nossos resultados são semelhantes a outros estudos, com cuidadores informais de idosos dependentes no domicílio (Andrade, 2009; Araújo, 2010; Guedes,2011; Ramos,2012; Martins, 2013; Miranda, 2013; Martins, 2014; Nascimento, 2014; Pereira,2015; Monteiro, 2016).

Da análise geral da caracterização sócio demográfica dos cuidadores informais, podemos concluir que os nossos cuidadores emergem na sua totalidade da rede familiar, sendo na sua maioria filhas, casadas, com uma idade média de 64,3 anos de idade, com o 2º ciclo do ensino básico ou com o ensino superior, reformadas e que vivem em coabitação com a pessoa idosa dependente pelo facto de já viverem juntos antes do estado de dependência da pessoa idosa.

2- APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS DADOS DA ENTREVISTA REALIZADA AOS CUIDADORES INFORMAIS

As políticas públicas devem ser concebidas para avaliar o perfil e a necessidade de cuidadores (Anónimo).

No presente estudo e após a execução de cada entrevista, a transcrição das entrevistas realizou-se com o registo integral dos conteúdos expressos, incluindo tempos de pausa, expressão de sentimentos (ex.: chorar, rir). As entrevistas efetuaram-se entre os dias 11 de março de 2019 e o dia 23 de março de 2019, tendo uma duração média de 35 minutos. As entrevistas não foram transcritas para este documento na sua totalidade. Iniciamos a análise de dados após a transcrição das entrevistas onde os cuidadores verbalizam aspetos relacionados com os objetivos do estudo. Após a transcrição das entrevistas, utilizámos a leitura flutuante, efetuada várias vezes, para desta forma podermos estabelecer maior familiaridade e compreensão do material coletado, e estabelecermos as intervenções de codificação dos dados, a seleção das unidades de registo e a categorização. Segundo Bardin (2014), as categorias procuram apresentar de forma concentrada e simplificada o sentido dos dados em bruto. Nesta conceção, a codificação significa, pois, uma operação de decomposição em unidades de sentido das transcrições ou das notas extensivas do conteúdo das entrevistas. As categorias e as subcategorias da entrevista foram criadas *a priori* com base no enquadramento teórico e nos objetivos da investigação. Realizámos a técnica de análise de conteúdo descrita por Bardin (2014), com o auxílio da aplicação informática Nvivo 11.

Para uma melhor análise do conteúdo dos discursos dos cuidadores informais das pessoas idosas dependentes em contexto domiciliário e á semelhança de outros estudos (Imaginário, 2008; Andrade, 2009; Guedes, 2011; Martins,2014), iniciámos o processo de categorização com leituras e releituras, a partir das quais foram surgindo conceções dando lugar à definição das categorias e subcategorias, segundo as quais procedemos à organização da informação contida nos discursos dos entrevistados. Neste processo após separarmos as distintas unidades de registo conforme o seu significado e correspondentes a determinados fragmentos de texto, passámos a as agrupar de acordo com a sua afinidade. Da análise do conteúdo dos discursos dos dezoito (18) cuidadores entrevistados, emergiram vários temas, categorias e subcategorias. Elaboramos um quadro onde podemos visualizar de uma forma geral toda a nossa categorização (Quadro 15).

Quadro 15- Temas, subtemas, categorias e subcategorias identificadas a partir da análise de conteúdo das entrevistas

Tema	Categoria	Subcategoria
Experiência e determinantes da adoção do papel de cuidador informal.	Experiência do cuidador	Número de anos de prestação de cuidados Número de horas despendidas por dia na prestação de cuidados Ter outra pessoa dependente para cuidar
	Determinantes na adoção do papel de cuidador	Obrigação ou dever Necessidade Relação de parentesco Amor Decisão própria Bem-estar da pessoa idosa Econômica Respeito pela vontade da pessoa idosa Estar desempregada Coabitação anterior
	Determinantes na preferência para cuidar no domicílio e não numa instituição	Respeito pela vontade da pessoa idosa Bem-estar da pessoa idosa Companhia Econômica Inadaptação às regras Carinho e amor
Necessidades do cuidador informal	Cuidados em que sente mais dificuldade	Autocuidado banho Autocuidado higiene corporal Autocuidado alimentação Autocuidado eliminação Autocuidado vestir/despir Comunicação com a pessoa idosa Autocuidado mobilização e transferência
	Sentir necessidade de formação	Sente necessidade de formação
		Não sente necessidade de formação

	Necessidade educativas dos cuidadores informais	Aspiração de secreções Autocuidado alimentação Autocuidado banho Autocuidado mobilização e transferência Autovigilância da doença Comunicação com a pessoa idosa Cuidados com a sonda PEG Direitos e apoios sociais Gestão da terapêutica
Apoios informais que o cuidador dispõe para cuidar do idoso	Apoio familiar	Instrumental Serviços externos Sócio-afetivo Tarefas domésticas Nenhum
	Apoio de amigos e vizinhos	Instrumental Pequenos serviços externos Tarefas domésticas Sócio-afetivo Nenhum
	Alguém que realize as mesmas tarefas em períodos curtos de ausência	Família Pessoas amigas ou vizinhos Ninguém
	Alguém que realize as mesmas tarefas em períodos longos de ausência	Família Ninguém
	Gostar de ter mais apoio	Gostava de ter mais apoio Não gostava de ter mais apoio
Apoios formais que o cuidador dispõe para cuidar do idoso	Instituição ou serviço	Apoio domiciliário Serviço particular Centro de dia Sem ajuda
	Ajuda financeira	Com ajuda financeira do estado Sem ajuda financeira do estado
Formação informal adquirida pelos cuidadores informais	Construção da aprendizagem	Autodidata Tentativa e erro Experiência anterior Necessidade
	Procura de informação	Internet Suportes literários Profissionais de saúde Outras pessoas Em lado nenhum

	Com quem aprendeu	Autodidata Pessoas com experiência na área Com profissionais de saúde
Formação formal adquirida pelos cuidadores informais	Formação ou experiência específica	Formação específica Experiência específica Sem formação ou experiência específica
Percepção do cuidador informal acerca do contributo prestado pela equipa de enfermagem na sua preparação para cuidar do idoso no domicílio	Temáticas aprendidas	Autocuidado higiene corporal Autocuidado mobilização e transferência Trocar saco de dispositivos urinários Autocuidado alimentação Cuidados com a sonda PEG Não ensinaram nada Avaliação de sinais vitais Cuidados com a sonda nasogástrica Execução de pequenos tratamentos Integridade cutânea Gestão da medicação Gestão de conflitos
	Momentos de aprendizagem	Execução de tratamentos Vigilância do estado de saúde Internamento Não ensinaram nada
	Metodologia de aprendizagem	Exposição verbal Experimentação supervisionada Observação Não ensinaram nada

A interpretação dos resultados obtidos assentou numa atitude reflexiva de carácter qualitativo, e nas ideias e posições defendidas por outros autores acerca desta temática. Para facilitar a análise de conteúdo os nossos 18 cuidadores (n=18) foram identificados de C1 a C18 e seleccionamos alguns excertos das entrevistas que consideramos pertinentes para alcançar os objetivos desta investigação. De forma a ilustrarmos com mais nitidez os resultados que obtivemos e no sentido de atingirmos os objetivos inicialmente delineados, recorreremos a quadros para explicitar as categorias e as subcategorias que emergiram da leitura e análise das

entrevistas. Salientamos as unidades de registo mais significativas dos discursos. Vamos de seguida analisar os temas: Experiência e determinantes da adoção do papel de cuidador informal; Necessidades do cuidador informal; Apoios informais que o cuidador dispõe para cuidar do idoso; Apoios formais que o cuidador dispõe para cuidar do idoso; Formação informal adquirida pelos cuidadores informais; Formação formal adquirida pelos cuidadores informais; e Perceção do cuidador informal acerca do contributo prestado pela equipa de enfermagem na sua preparação para cuidar do idoso no domicílio.

2.1- EXPERIÊNCIA E DETERMINANTES DA ADOÇÃO DO PAPEL DE CUIDADOR INFORMAL

Após a apreciação das narrativas das entrevistas dos cuidadores, no que respeita ao tema “Experiência e determinantes da adoção do papel de cuidador informal “, emergiram três categorias: Experiência do cuidador, Determinantes na adoção do papel de cuidador, e Determinantes na preferência para cuidar no domicílio e não numa instituição.

Categoria: Experiência do cuidador

No que se refere á categoria “Experiência do Cuidador” emergiram três subcategorias: Número de anos de prestação de cuidados; Número de horas despendidas por dia na prestação de cuidados; e Ter outra pessoa dependente para cuidar.

Relativamente á pergunta “Há quanto tempo cuida do idoso?” e que nos permite dar resposta á subcategoria “Número de anos de prestação de cuidados”, apresentamos os resultados no quadro 16.

O quadro permite-nos verificar que 38,9% dos cuidadores encontra-se numa situação de prestação de cuidados que já se prolonga no intervalo de tempo de 6 a 10 anos. A prestação de cuidados com a duração de 1 a 5 anos foi referido por 33,3% dos cuidadores, seguindo-se de 16,6% dos cuidadores com uma duração entre 16 a 20 anos, 5,6% dos cuidadores com uma duração entre 11 a 15 anos e finalmente 5,6% com uma duração de prestação de cuidados que se prolonga por mais de 20 anos. Verificamos que predominam os tempos mais baixos de prestação de cuidados, e á medida que consideramos os tempos mais elevados, o número de cuidadores vai diminuindo. O tempo de prestação de cuidados variou entre 1 ano (ponto mínimo) e os 26 anos (ponto máximo), sendo a média de prestação de cuidados os 9,7 anos.

Quadro 16 - Distribuição dos cuidadores principais pelo número de anos de prestação de cuidados

Número de anos de prestação de cuidados	F	%
[1-5]	6	33,3
[6-10]	7	38,9
[11-15]	1	5,6
[16-20]	3	16,7
>20 anos	1	5,6
Total	18	100,0

Esta duração da prestação de cuidados poderá ser ainda maior pelo facto de estes terem-se iniciado ainda antes do início da dependência, por a maior parte dos idosos já estarem a coabitar com o prestador de cuidados e estes não se identificarem logo com o seu papel de cuidadores. Deste modo a entrada para o papel de cuidador pode ter uma data muito menor há que efetivamente o cuidador se sente nesse papel, o que nos faz pensar que provavelmente estes cuidadores já exercem o seu papel há mais tempo pelo facto de a maioria deles já se encontrar a coabitar com o seu familiar ainda antes do aparecimento da dependência, sendo deste modo a continuação de uma relação que já existia como podemos verificar na seguinte expressão da C16 *Há quarenta, já pode ver que estamos juntas ... Antes ... já eu tinha de fazê-la tomar banho*”.

Os nossos dados vão ao encontro ao constatado por outros autores em que a duração do tempo da prestação de cuidados pelo cuidador variava entre períodos de 1 ano e superior a 10 anos (Imaginário, 2008; Andrade,2009; Araújo, 2010; Guedes, 2011; Ramos, 2012; Martins, 2013; Miranda, 2013; Martins, 2014; Monteiro, 2016).

Relativamente á pergunta “Quantas horas despende por dia a tratar do idoso?” e que nos permite dar resposta á subcategoria “Número de horas despendidas por dia prestação de cuidados”, apresentamos os resultados no quadro 17.

Da análise do quadro verificamos que quanto ao tempo dispensado diariamente na prestação de cuidados, 55,6% dos cuidadores referem estar disponíveis para a assistência entre 18h a 24 horas por dia visível na expressão da C18 *É o dia todo praticamente que uma pessoa está em cima dela* e da expressão da C16 *É de noite e de dia, são 24 sobre 24 horas*”. No entanto 33,3% dos cuidadores referem estar disponíveis menos de 6 horas por dia e apenas 11,1% referem estar disponíveis entre 6 < 12 horas por dia. De salientar que não encontramos nenhum

cuidador disponível entre 12 h < 18 h diárias de prestação de cuidados á pessoa idosa dependente.

Quadro 17- Tempo dispensado diariamente nos cuidados prestados pelo cuidador informal

Número de horas despendidas por dia prestação de cuidados	F	%
< 6 horas	6	33,3
6 < 12 horas	2	11,1
12 < 18 horas	0	0,0
18- 24 horas	10	55,6
Total	18	100,0

Os nossos resultados vão de acordo aos encontrados por outros autores em que a maioria dos cuidadores referiam tempos elevados dispensados diariamente na prestação de cuidados á pessoa idosa dependente (Ricarte, 2009; Guedes, 2011).

Estão também em sintonia com o referido pela literatura. Jani-Le Bris (1994: 90) refere-nos que: “(...) os cuidados prestados vão desde tomar totalmente a seu cargo um inválido confinado ao leito, que necessite de uma presença de vinte e quatro horas por dia, a uma ajuda pontual aqui e ali (...)”.Sequeira (2010: 260) também nos refere que “ O numero de horas utilizadas na prestação de cuidados é habitualmente elevado...devido às alterações cognitivas manifestadas pelos receptores de cuidados” que por sua vez exigem uma vigilância quase constante por parte do cuidador informal.

Relativamente á pergunta “Tem outra pessoa dependente para cuidar?” e que nos permite dar resposta á subcategoria “Ter outra pessoa dependente para cuidar”, apresentamos os resultados no quadro 18. Da análise do quadro verificamos que 94,4% dos cuidadores não possui mais nenhuma outra pessoa dependente para prestar cuidados, e alguns referem mesmo nem querer conforme podemos verificar na expressão da C13 *Não... Oh! Nem quero*, o que nos faz deduzir ser um trabalho árduo e pesado para o cuidador. Apenas uma cuidadora (C18) possui um irmão a quem presta cuidados devido á sua deficiência, conforme podemos verificar na expressão *Tenho o meu irmão que também é igual ou pior*.

Quadro 18- Ter outra pessoa dependente para cuidar

Categoria	F	%
Sim	1	5,6
Não	17	94,4
Total	18	100,0

Concluimos que os cuidadores informais prestam cuidados em tempos elevados dispensados diariamente prolongando-se no tempo por uma média de 9,7 anos e que não possuem mais nenhuma outra pessoa dependente para prestar cuidados. Esta duração da prestação de cuidados poderá ser ainda maior pelo facto de estes terem-se iniciado ainda antes do início da dependência, por a maior parte dos idosos já estarem a coabitar com o prestador de cuidados e estes não se identificarem logo com o seu papel de cuidadores. Deste modo a entrada para o papel de cuidador pode ter uma data muito menor há que efetivamente o cuidador se sente nesse papel, o que nos faz pensar que provavelmente estes cuidadores já exercem o seu papel há mais tempo.

2.2- DETERMINANTES NA ADOÇÃO DO PAPEL DE CUIDADOR

Nesta parte do trabalho pretendemos dar a conhecer quais os determinantes que estão na origem da adoção do papel de cuidador, assim como as razões que determinam a preferência para cuidar no domicílio e não numa instituição. Neste sentido emergiram duas categorias: Determinantes na adoção do papel de cuidador e Determinantes na preferência para cuidar no domicílio e não numa instituição.

Categoria: Determinantes na adoção do papel de cuidador

Relativamente aos determinantes na adoção do papel de cuidador efetuada através da pergunta “Quais as razões que a(o) levaram a cuidar do idoso?”, emergiram oito subcategorias no âmbito da Obrigação, Relação de parentesco, Amor, Bem-estar da pessoa idosa, Económica, Respeito pela vontade da pessoa idosa, Estar desempregada, Coabitação anterior.

As razões que os cuidadores informais manifestaram como sendo as que os levaram a adotar e assumir o papel de cuidador da pessoa idosa dependente são apresentadas e sustentadas pelos seguintes excertos das entrevistas que reproduzimos no quadro 19.

Observamos que 28,7% dos cuidadores a relação de parentesco surge como uma das principais razões determinantes na adoção do papel de cuidador seguida da obrigação ou dever (17,9%). Outros motivos apresentados como um fator determinantes para a adoção do papel de cuidador são respetivamente por ordem crescente de registos a, a necessidade (10,7%), o amor, a coabitação anterior, razões económicas, estar desempregada (o) e respeito pela vontade da pessoa idosa (7,1% cada subcategoria respetivamente), e por fim surge como fator determinante na adoção do papel de cuidador a decisão própria e bem estar da pessoa idosa com 3,6% das referências respetivamente cada subcategoria.

Quadro 19 - Determinantes na adoção do papel de cuidador

Subcategorias	Unidades de registo	F	%
Amor	<i>E tenho amor por ele. C1</i>	2	7,1
Bem-estar da pessoa idosa	<i>Porque ele esta melhor. C5</i>	1	3,6
Coabitação anterior	<i>E sempre vivi com ela toda a vida. C16</i>	2	7,1
Decisão própria	<i>Decidi que ficaria comigo. C10</i>	1	3,6
Económica	<i>o ordenadinho dela fica... E se fosse para um lar não ficava. C16</i>	2	7,1
Estar desempregada	<i>Estava desempregada. C18</i>	2	7,1
Necessidade	<i>Então, porque precisava. C14</i>	3	10,7
Obrigação ou dever	<i>Eu tinha de obrigação de olhar por ele. C1</i>	5	17,9
Relação de parentesco	<i>Porque é meu marido. C17</i>	8	28,7
Respeito pela vontade da pessoa idosa	<i>Porque o meu pai só quer estar com as filhas. C3</i>	2	7,1
Total		28	100,0

Vimos que a maioria dos cuidadores são casados e possuem todos uma relação ou vinculo de parentesco, como de filhos e pais ou conjugues e que viviam com a pessoa idosa antes do aparecimento da dependência. Fruto desta relação de afetividade e face a uma situação de dependência do idoso familiar, surge no familiar a obrigação ou dever de cuidar encarada como forma de saldar dívidas e compromissos culturalmente definidos (Monteiro, 2016). Este é um valor transmitido pela educação ao longo da vida, como forma de retribuir os cuidados já prestados pelo idoso dependente ao cuidador ao longo do seu desenvolvimento pessoal. Trata-

se de cumprir com as funções básicas da família, entre elas as funções de saúde, que consiste em proteger a saúde dos seus membros e proporcionar cuidados quando eles necessitam. Deste modo aos laços familiares está subjacente a obrigatoriedade social de cuidar, a obrigação moral de prestar cuidados aos familiares dependentes. Também outros autores a relação de parentesco ou laços de consanguinidade e/ou conjugais e a obrigação, surgem como as principais razões para cuidar, e assim retribuir cuidados que já lhe foram prestados noutros tempos (Cerqueira, 2005; Imaginário, 2008; Guedes, 2011; Monteiro, 2016).

Categoria: Determinantes na preferência para cuidar no domicílio e não numa instituição

Como acabamos de ver a relação de parentesco é uma das principais razões determinantes na adoção do papel de cuidador seguida da obrigação ou dever, evitando deste modo gastos económicos que não possuem.

O domicílio oferece á pessoa idosa dependente a possibilidade de se manter rodeada de pessoas e recordações significativas além de lhe permitir a continuidade das suas rotinas de vida habituais, sendo deste modo o seu lugar de preferência e conforto. É no domicílio enquanto núcleo privilegiado para o equilíbrio e bem-estar da pessoa idosa que esta sente o apoio da família e amigos. Por isso o domicílio é considerado o que melhor atende as necessidades individuais da pessoa idosa fisicamente dependente, com todos os apoios formais necessários para o seu bem-estar.

Procuramos saber quais os determinantes dos cuidadores na preferência para cuidar no domicílio e não numa instituição através da pergunta “Porque é que optou por cuidar do idoso no domicílio e não pela institucionalização? Do discurso dos participantes emergiram seis subcategorias no âmbito do Bem-estar da pessoa idosa, Carinho e amor, Companhia, Económica, Inadaptação ás regras, e Respeito pela vontade da pessoa idosa.

Observamos através do quadro 20, que 30,8% dos cuidadores referem o respeito pela vontade da pessoa idosa em se querer manter no domicilio, como razão para preferir cuidar o idoso no domicilio e não numa instituição, como podemos observar na expressão da C1 *Ele pediu-me por favor que não o metesse num lar* . Outras razões emergiram por parte do discurso dos cuidadores, para justificar a preferência do domicilio como lugar de eleição para cuidar, tais como o bem-estar da pessoa idosa (23,0%), como podemos observar na expressão da C14 *...enquanto estiver em casa está melhor*; o carinho e amor (19,2%) visível na expressão da C8 *Tem mais mimo e sente-se em família*; razões económicas (11,6%), como podemos observar na

expressão da C 16 *Por motivos económicos. Eu não tinha possibilidades de a mandar para lá;* a companhia da pessoa idosa (7,7%), visível na expressão da C17 *...está ao pé de mim diariamente;* e inadaptação às regras institucionais por parte do idoso (7,7%) como podemos observar na expressão da C 10 *... a minha mãe é uma pessoa que gosta muito da cama...E ela, eu sei que claro ali há regras, o que é normal.*

Passamos a apresentar os resultados das frequências e percentagens que emergiram da análise das entrevistas.

Quadro 20 - Determinantes na preferência para cuidar no domicílio e não numa instituição

Subcategorias	Unidades de registo	F	%
Bem-estar da pessoa idosa	<i>Acho que está melhor em casa. C13</i>	6	23,0
Carinho e amor	<i>... os mimos que ela tem em casa ela não... tem em mais lado nenhum.C7</i>	5	19,2
Companhia	<i>... tê-lo em casa e vê-lo todos os dias.C6</i>	2	7,7
Económica	<i>Por falta de dinheiro.C2</i>	3	11,6
Inadaptação às regras	<i>... ele não se adaptava em nenhum lar e em nenhuma instituição... Não se sujeita às regras.C4</i>	2	7,7
Respeito pela vontade da pessoa idosa	<i>Porque ele quer estar em casa. C5</i>	8	30,8
Total		26	100,0

No processo de envelhecimento estão associadas varias perdas, como a perda do emprego, da vida social, dos amigos, dos filhos que partiram á procura de melhores condições de vida, e a própria perda da autonomia. Neste sentido o respeito pela vontade da pessoa idosa em querer ser cuidada em casa perto da família, torna-se uma maneira de garantir que o idoso preserve alguma dignidade, capacidade e vontade escolher para si o lugar onde deseja ser cuidado. Para os cuidadores decidir em contra da vontade do idoso é impor a este mais uma perda, a perda da sua autonomia. O domicílio torna-se para o idoso um lugar seguro, confortável, cheio de lembranças, aconchego e recordações de toda uma vida cheia de uma intensidade de vivências de toda uma vida.

Os nossos cuidadores são todos membros da família do idoso dependente e vivem maioritariamente em zonas rurais com marcados valores de tradição cultural, em que a coabitação de diferentes gerações na mesma habitação exerce um papel importante. Por isso numa altura em que um membro da família perde a sua autonomia, não é bem aceite moralmente

pela restante comunidade vizinha que seja institucionalizado depois de viver toda uma vida em conjunto com a restante família. Ao deixar o idoso dependente na sua casa, é permitir que ele se identifique no seu habitat natural, rodeado das pessoas que lhe são queridas e dos seus objetos preferidos e “(...) separá-lo disto é como se perdesse a sua identidade” e conseqüentemente o seu bem estar (Fernandes, 2000: 26). No domicílio o idoso encontra além do apoio formal, o apoio informal da família, amigos e vizinhos, revivendo recordações que lhe são familiares e queridas, contribuindo para elevar a autoestima do idoso, e o seu bem-estar. Neste sentido, Jani-Le Bris (1994:20) refere que, as políticas geronto-sociais têm de possuir os pilares “(...) para responder aos desejos afirmados pelas pessoas idosas que recusam terminantemente ser internadas em lares (...)” para que possam ser cuidadas no domicílio de forma a atender as suas necessidades.

Numa instituição os familiares e amigos do idoso dependente ficam restritos a horários de visitas e o idoso sujeito a regras de convívio e de rotinas diárias enquanto no domicílio esse aspeto formal não se verifica. Logo é no domicílio que o idoso recebe todo o carinho e afeto num convívio mais alargado com aqueles que lhe são queridos e que lhe fazem retroceder no tempo. Também outros autores de estudos da área concluíram que é no domicílio que a tarefa de cuidar é repleta de amor, carinho e conforto pondo de parte a institucionalização, salvo em situações de força maior (Rodríguez, Alvarez, e Cortés, 2001; Cerqueira, 2005; Andrade, 2009; Martins, 2013; Nascimento, 2014; Ferreira, 2017). Por isso consideramos que é fundamental proporcionar ao cuidador informal o desenvolvimento das competências necessárias para melhorar a vida do idoso e do cuidador.

2.3- NECESSIDADES DO CUIDADOR INFORMAL

Consideramos que a identificação das necessidades dos cuidadores informais é de extrema importância, atendendo a que é a primeira etapa para o diagnóstico da situação e posterior planeamento das intervenções de enfermagem. Desta forma procuramos saber junto dos cuidadores informais quais os cuidados em que sentem mais dificuldade e as necessidades educativas que consideram mais importantes para melhor saberem cuidar da pessoa idosa dependente.

Categoria: Cuidados em que sente mais dificuldade

Na categoria “Cuidados em que sente mais dificuldade” das expressões dos cuidadores emergiram sete subcategorias: Comunicação com a pessoa idosa, Autocuidado vestir e despir, Autocuidado mobilização e transferência, Autocuidado higiene corporal, Autocuidado eliminação, Autocuidado banho, Autocuidado alimentação.

Constatamos no quadro 21, que os cuidados em que os cuidadores sentem mais dificuldade são o autocuidado mobilização e transferência com uma percentagem de registos de 29,7%, como verificamos na expressão da C6 *E mudá-lo da cadeira para a cama e da cama para a cadeira...ele está muito paralisado e não ajuda nada*; Outras dificuldades foram referidas como o autocuidado banho com 16,2% de registos, conforme expressão C8 *Dar banho é o cuidado que sente mais dificuldade*; o autocuidado alimentação com 13,6% dos registos, conforme podemos verificar na expressão da C1 *A dar de comer porque tenho muita dor e não posso estar ... e depois debruço-me de cima dele e dou-lhe de comer*; o autocuidado higiene corporal com 13,5% dos registos conforme expressão da C7 *... e depois para lhe por a fralda uma pessoa só! Olhe não é fácil*; o autocuidado vestir e despir com 10,8% dos registos como verificamos na expressão da C1 *A vesti-lo tenho ... dificuldade...eu já tenho muita dor, tenho 82 anos*; o autocuidado eliminação com 8,1% dos registos como verificamos na expressão da C7 *... ela não consegue fazer na fralda. Não a conseguimos habituar que ela não consegue*; e a comunicação com a pessoa idosa com 8,1% dos registos como verificamos na expressão da C4 *É na comunicação com ele*.

Quadro 21 - Cuidados em que o cuidador sente mais dificuldade

Subcategorias	Unidades de registo	F	%
Comunicação com a pessoa idosa	<i>É na comunicação com ele. C4</i>	3	8,1
Autocuidado vestir e despir	<i>O mais difícil é para a vestir... Porque ela não alevanta um pé como deve ser... O peso é de tal maneira! C2</i>	4	10,8
Autocuidado mobilização e transferência	<i>Levanto-a e ponho-a na cadeirinha e já me custa... Mobilizá-la para os lados, ai isso já lhe digo custa-me. C16</i>	11	29,7
Autocuidado higiene corporal	<i>A limpá-lo e tudo tenho dificuldade porque sozinha não posso. C1</i>	5	13,5
Autocuidado eliminação	<i>... ela não consegue fazer na fralda. Não a conseguimos habituar que ela não consegue. C7</i>	3	8,1
Autocuidado banho	<i>... é o banho. Ele não colabora... e é mais custoso. C17</i>	6	16,2
Autocuidado alimentação	<i>Mais dificuldade é no comer, porque ele nunca tem apetite e nunca quer comer, e sempre a recusar a comida. C3</i>	5	13,6
Total		37	100,0

Quando questionados sobre quais os cuidados que apresentam mais dificuldade em realizar, concluímos que são essencialmente os cuidados instrumentais, apesar de uma minoria referir dificuldade nos cuidados expressivos. Como podemos analisar a partir das expressões supracitadas nas unidades de registo, os cuidadores revelaram mais dificuldades na prestação de cuidados instrumentais, nomeadamente no autocuidado mobilização e transferência, o autocuidado banho, o autocuidado alimentação, o autocuidado higiene corporal, o autocuidado vestir e despir, e autocuidado eliminação. Esta dificuldade poderá dever-se ao facto a maioria (61,1%) dos idosos se situar numa faixa etária ≥ 85 e na categoria de Muito-idosos com um elevado nível de dependência física e cognitiva exigindo um elevado esforço físico e pelos cuidadores. Salientamos ainda o facto de, a partir dos 70 anos de idade verificarmos ainda a existência de 38,9% dos cuidadores, o que nos faz depreender que a pessoa idosa ainda pode dar um grande contributo no seu papel de cuidar, talvez justificado pelos fortes laços familiares principalmente deveres conjugais e filiais.

Estas dificuldades podem dever-se ao á falta de empoderamento do cuidador, mas também a este ser também idoso e já revelar algumas dificuldades físicas nestes cuidados por

exigiram algum esforço da sua parte. Nos autocuidados expressivos os cuidadores revelam dificuldades essencialmente na comunicação com a pessoa idosa. Esta dificuldade pode dever-se ao facto de a pessoa idosa já ter adquirido hábitos que dificilmente o cuidador conseguirá que perca e também ao facto de o idoso dependente sentir que através da sua teimosia consegue ainda manter um pouco da sua autonomia e fazer valer a sua posição, como podemos verificar na expressão da C4 *É na comunicação com ele...É preguiçoso*. Estas dificuldades são igualmente referidas por outros autores em estudos realizados com cuidadores informais de idosos dependentes em contexto domiciliário (Imaginário, 2008; Andrade, 2009; Guedes, 2011; Costa, 2012; Martins, 2013; Miranda, 2013; Martins, 2014, Nascimento, 2014; Pereira, 2015).

Categoria: Sentir necessidade de formação

Na categoria “Sentir necessidade de formação” das expressões dos cuidadores emergiram duas subcategorias: Sente necessidade de formação e Não sente necessidade de formação.

Constatamos no quadro 22, que 83,3% dos cuidadores referem sentir necessidade de formação para melhor cuidar da pessoa idosa dependente em contexto domiciliário, como verificamos na expressão da C11 *A informação nunca é demais. O saber não ocupa lugar. E quanto mais informação tivermos melhor*. Apenas 16,7% dos cuidadores não sentem necessidade de formação e tem convicção de ter conhecimentos suficientes para cuidar a pessoa idosa dependente no seu domicílio, como é visível na expressão da C15 *Não sinto necessidade de formação*, pois esta cuidadora já cuida do pai há 6 anos e possui experiência anterior de cuidar da mãe durante 26 anos, tendo deste modo adquirido formação através de experiências anteriores.

Quadro 22 – Sentir necessidade de formação

Subcategorias	Unidades de registo	F	%
Sente necessidade de formação	<i>Claro que uma boa formação é tudo.C14</i>	15	83,3
Não sente necessidade de formação	<i>Não sinto necessidade de formação.C15</i>	3	16,7
Total		18	100,0

Observamos que a maioria (83,3%) dos cuidadores mesmo cuidando da pessoa idosa em estados avançados de dependência e por longos períodos de tempo os cuidadores referem

sentir necessidade de adquirir conhecimentos e destrezas associadas às necessidades que vão aparecendo no decurso da sua tarefa de cuidar de forma a fortalecer o cuidador e o tornar mais autoconfiante. Alguns (16,7%) dos cuidadores referem não sentir necessidade de formação o que poderá dever-se ao facto de poder estar associado às fortes raízes tradicionais e culturais que veem o cuidar como uma obrigação moral, bem vista pela restante comunidade, e por outro lado poderá também dever-se ao desconhecimento das suas próprias necessidades educativas.

Categoria: Necessidade educativas dos cuidadores informais

Na prestação de cuidados à pessoa idosa dependente, torna-se emergente a identificação das necessidades educativas dos cuidadores informais no sentido de contribuir para uma otimização da continuidade dos cuidados prestados ao idoso dependente em contexto domiciliário. Neste sentido procuramos saber junto dos cuidadores quais as necessidades educativas que consideram mais relevantes para saber como melhor prestar cuidados à pessoa idosa dependente. Na categoria “Necessidade educativas dos cuidadores informais” das expressões dos cuidadores emergiram nove subcategorias: Aspiração de secreções, Autocuidado alimentação, Autocuidado banho, Autocuidado mobilização e transferência, Autovigilância da doença, Comunicação com a pessoa idosa, Cuidados com a sonda PEG, Direitos e apoios sociais, e Gestão da terapêutica.

Constatamos no quadro 23, que 21,0% dos cuidadores referem necessidades educativas no autocuidado mobilização e transferência, conforme expressão da C5 *Levanta-lo da cadeira. De um lado para o outro (mobiliza-lo). De uma cadeira para a outra*; 15,8% dos cuidadores referem necessidades educativas no autocuidado alimentação, conforme podemos verificar na expressão da C2 *Era a alimentação* ; 15,8% dos cuidadores referem necessidades educativas na comunicação com a pessoa idosa, conforme expressão da C4 *Na comunicação*; 10,5% dos cuidadores referem necessidades educativas no autocuidado banho, conforme expressão da C17 *Só se for como dar banho*; 10,5% dos cuidadores referem necessidades educativas em matéria de direitos e apoios sociais, conforme expressão da C3 *Acho que de subsídios*; 10,5% dos cuidadores referem necessidades educativas na gestão da terapêutica da pessoa idosa, conforme expressão da C14 *Eu tenho uma caixinha da medicação para toda a semana, mas não a sei fazer, era importante também*; 5,3% dos cuidadores referem necessidades educativas na aspiração de secreções; 5,3% dos cuidadores referem necessidades educativas na autovigilância

da doença; e 5,3% dos cuidadores referem necessidades educativas em cuidados com a sonda PEG.

Quadro 23 - Necessidade educativas dos cuidadores informais

Subcategorias	Unidades de registo	F	%
Aspiração de secreções	<i>Agora as secreções era fundamental que eu soubesse como é que é a forma correta de aspirar. C11</i>	1	5,3
Autocuidado alimentação	<i>A alimentação era importante. C14</i>	3	15,8
Autocuidado banho	<i>Só se for como dar banho. C17</i>	2	10,5
Autocuidado mobilização e transferência	<i>... as técnicas de a por na cadeira e deitar. C7</i>	4	21,0
Autovigilância da doença	<i>... eu não sei ver o diabetes. C13</i>	1	5,3
Comunicação com a pessoa idosa	<i>Na área da comunicação. C9</i>	3	15,8
Cuidados com a sonda PEG	<i>Precisava de saber como movimentá-lo sem a sonda PEG (gastrostomia endoscópica percutânea), sair. C6</i>	1	5,3
Direitos e apoios sociais	<i>Se me tivessem informado dos meus direitos. C2</i>	2	10,5
Gestão da terapêutica	<i>Eu tenho uma caixinha da medicação para toda a semana, mas não a sei fazer, era importante também. C14</i>	2	10,5
Total		19	100,0

Observamos que os cuidadores referem várias necessidades educativas no sentido de melhor aperfeiçoarem a prestação de cuidados a pessoa idosa. As necessidades do cuidador poderão estar relacionadas com a falta de informação e de conhecimentos sobre como lidar da melhor forma com as limitações físicas e cognitivas decorrentes das doenças crónicas associadas ao envelhecimento. À semelhança de outros estudos sobre necessidades dos cuidadores informais de pessoa idosa dependente, também concluímos que os cuidadores manifestam necessidade em ter formação sobre estratégias nos cuidados de mobilização, posicionamentos e transferência de forma a prevenir lesões músculo esqueléticas em contexto de prestação de cuidados. Assim como necessidades educativas na alimentação com a pessoa idosa através de uma dieta adaptada às necessidades da pessoa idosa pela preocupação em manter o idoso nutrido e hidratado apesar da disfagia resultante do processo de envelhecimento. A aspiração de secreções, e cuidados com a sonda PEG também são necessidades educativas dos cuidadores informais pois as doenças neurológicas (AVC, Parkinson, Alzheimer)

decorrentes do processo de envelhecimento, podem levar a alterações na deglutição e acumulação de secreções as quais convém que sejam minimizadas (Potter, 1998). Os cuidadores informais manifestaram necessidades de gestão da terapêutica no sentido de administrar e gerir a terapêutica para toda a semana e diminuir as preocupações decorrentes da situação. Os cuidadores também referem que ao serem informados dos apoios formais por parte de organizações e profissionais “(...) acerca dos cuidados sociais e de saúde disponíveis, juntamente com a ajuda e o apoio emocionais, ajuda a aliviar os problemas “(Squire, 2005,97). Provavelmente devido ao elevado nível de alterações cognitivas a comunicação com a pessoa idosa foi outra necessidade educativa manifestada pelos cuidadores informais, no sentido de melhorar a qualidade de vida do idoso dependente, criando um clima de empatia, e reforçando laços afetivos. (Cerqueira, 2005; Imaginário, 2008; Andrade, 2009; Guedes, 2011; Machado, 2013; Martins, 2014; Gonçalves, 2014; Amado, 2016).

Concluimos que os cuidadores manifestam o desejo de aperfeiçoar os conhecimentos através de formação específica na área, “(...) por este motivo é necessário dotar os cuidadores de habilidades e conhecimentos que lhes permita amenizar as consequências negativas associadas ao lidar com estas situações” (Sequeira, 2010:251).

2.4- APOIOS INFORMAIS QUE O CUIDADOR DISPÕE PARA CUIDAR DO IDOSO

Na prestação de cuidados á pessoa idosa dependente, os apoios informais são um recurso fundamental de que o cuidador dispõe para a manutenção do idoso dependente no seu contexto domiciliário, no sentido de satisfação das suas necessidades e resolução dos seus problemas mais emergentes. Bushy citado por Imaginário (2008: 198) refere que “(...) os habitantes das zonas rurais procuram ajuda através das suas redes informais, tais como de vizinhos e de familiares”. Assim face ao exposto pareceu-nos essencial saber junto dos cuidadores quais os apoios informais de que dispõem para cuidar do idoso, atendendo a que estes apoios informais são um recurso valioso na promoção do bem-estar da pessoa idosa. Os apoios foram divididos em cinco categorias: Apoio familiar, Apoio de amigos e vizinhos, Alguém que realize as mesmas tarefas em períodos curtos de ausência, Alguém que realize as mesmas tarefas em períodos longos de ausência, e Gostar ter mais apoio.

Categoria: Apoio familiar

Na categoria “Apoio familiar” e das expressões dos cuidadores emergiram cinco subcategorias: Instrumental, Serviços externos, Sócio-afetivo, Tarefas domésticas, e Nenhum.

Constatamos no quadro 24, que 23,3% dos cuidadores referem que a família dá apoio instrumental tanto ao idoso como ao próprio cuidador quando este dele necessita conforme expressão da C12... *precisei de ajuda... e tomaram conta de mim e dela*, e os familiares C8 *ajudam ... O que for preciso*. A família ajuda também em serviços externos referido por 23,3% dos cuidadores. O apoio sócio-afetivo foi referido como um apoio familiar por 23,3% dos cuidadores como podemos ver na expressão da C9 *Falam com ela, a presença, o estar, a companhia, o carinho*. 23,3% dos cuidadores referem apoio nas tarefas domésticas por parte da família. E apenas 6,8% dos cuidadores refere não ter apoio nenhum por parte da família como podemos verificar na expressão da C2 *na família não tenho ninguém*, verificando-se um isolamento familiar e possível sobrecarga do cuidador.

Considerando segundo Relvas (1996) que, uma das principais funções da família é a solidariedade intergeracional, e da nossa análise das expressões referidas pelos cuidadores, podemos concluir que, a grande parte dos familiares surgem como um porto seguro um importante pilar de apoio sócio-afectivo tanto para o idoso dependente como para o cuidador informal. Desta forma e á semelhança de outros estudos concluímos que a família se organiza de forma a apoiar o cuidador nos cuidados instrumentais, em realizar serviços externos, em dar apoio sócio-afetivo, e em tarefas domésticas (Imaginário, 2008; Andrade, 2009; Guedes, 2011; Barbosa, Oliveira e Figueiredo, 2012, Martins, 2014).

Quadro 24 – Apoio familiar

Subcategorias	Unidades de registo	F	%
Instrumental	<i>... precisei de ajuda... e tomaram conta de mim e dela. C12</i>	14	23,3
Serviços externos	<i>E ajudam-me em tudo o que é preciso. C1</i>	14	23,3
Sócio-afetivo	<i>Falam com ela, a presença, o estar, a companhia, o carinho. C9</i>	14	23,3
Tarefas domésticas	<i>A minha irmã quando eu vou às vezes a Lisboa 2 dias ou 3. C7</i>	14	23,3
Nenhum	<i>... na família não tenho ninguém. C2</i>	4	6,8
Total		60	100,0

Categoria: Apoio de amigos e vizinhos

Na categoria “Apoio de amigos e vizinhos” e das expressões dos cuidadores emergiram cinco subcategorias: Instrumental, Pequenos serviços externos, Sócio-afetivo, Tarefas domésticas, e Nenhum.

Constatamos no quadro 25, que 21,4% dos cuidadores referem que os amigos e vizinhos dá apoio instrumental conforme expressão da C8 *Ajudam a levantar e em tudo no que for preciso*. O apoio sócio-afetivo foi referido como um apoio familiar por 21,4% dos cuidadores como podemos ver na expressão da C9 *Só se for em termos de ficar com ela*. 19,1% dos cuidadores referem apoio em tarefas domésticas por parte dos amigos e vizinhos com verificamos na expressão da C12 *Olhe a ... aqui também ajudou ... e passou a ferro*. O apoio em pequenos serviços externos foi referenciado por 19,1% dos cuidadores como verificamos na expressão da C9 *... tenho uma pessoa amiga que se eu precisar até me leva as cartas ao correio*. E 19,0% dos cuidadores refere que os vizinhos não dão nenhum apoio, como podemos constatar através da expressão da C13 *Os vizinhos, eles estão na casa deles e eu na minha*.

Da análise das expressões referidas pelos cuidadores, podemos concluir que, os amigos e vizinhos são também uma importante fonte de apoio informal no apoio instrumental nos cuidados á pessoa idosa dependente em contexto domiciliário. Também os amigos e vizinhos permitem ao idoso ter um convívio socio-afetivo através do apoio físico e emocional garantindo deste modo uma maior socialização e aumento do bem-estar do idoso. Corroborando esta perspectiva, Jones et. al. (1990), concluíram no seu estudo que, que os amigos contribuem para o bem-estar da pessoa idosa dependente, através de momento únicos e particulares de socialização permitindo-lhe sair da rotina diária a que está confinado devido ao seu estado de dependência. Também o apoio em tarefas domésticas e pequenos serviços externos surgem como um auxílio esporádico nas dificuldades e necessidades quotidianas do cuidador atenuando a sua exaustão. Em comparação com o apoio da família, esta rede de apoio informal constituída pelos amigos e vizinhos, prestam apoio de forma esporádica e em pequenas tarefas quando comparada com o cuidador informal. No entanto existem alguns (19,0%) cuidadores que não tem esta rede de apoio, o que talvez se deva ao facto de na maior parte das zonas rurais os habitantes serem escassos e os que existem serem também eles todos idosos com doenças crónicas e fragilidades associadas ao próprio processo de envelhecimento, como podemos verificar nas expressões da C2 *Onde é que eles estão? ... chegamos ate á ponta do povo fim do povo e não vemos quase uma pessoa, ninguém* e da C14 *Os que cá estão não podem*.

Desta forma e á semelhança de outros estudos concluímos que a maioria dos amigos e vizinhos prestam um importante apoio ao idoso dependente e ao cuidador nos cuidados instrumentais, em realizar pequenos serviços externos, em dar apoio sócio-afetivo, e em tarefas domésticas (Andrade, 2009; Araújo, 2010; Guedes, 2011; Martins, 2014).

Quadro 25 - Apoio de amigos e vizinhos

Subcategorias	Unidades de registo	F	%
Instrumental	<i>Ajudam a levantar e em tudo no que for preciso. C18</i>	9	21,4
Pequenos serviços externos	<i>... tenho uma pessoa amiga que se eu precisar até me leva as cartas ao correio. C9</i>	8	19,1
Tarefas domésticas	<i>Olhe a ... aqui também ajudou ... e passou a ferro. C12</i>	8	19,1
Sócio-afetivo	<i>Os vizinhos também ajudam. Estão sempre ali comigo. C18</i>	9	21,4
Nenhum	<i>Os que cá estão não podem. C14</i>	8	19,0
Total		42	100,0

Categoria: Alguém que realize as mesmas tarefas em períodos curtos de ausência

Ter alguém que substitua o cuidador por curtos períodos de tempo permite dar a quem cuida algum tempo para tratar de assuntos pessoais e ganhar um novo fôlego. Procuramos saber junto dos cuidadores se tinham alguém que realize as mesmas tarefas em períodos curtos de ausência, e das expressões dos cuidadores emergiram três subcategorias: Família, Pessoas amigas ou vizinhos, e Ninguém.

Verificamos no quadro 26, que quando precisam de alguém que realize as mesmas tarefas em períodos curtos de ausência, 65,0% dos cuidadores referem que contam com a família, conforme expressão da C12 *Sim tenho, a minha prima*; 20% contam com pessoas amigas ou vizinhos conforme expressão da C7 *Se esta senhora (vizinha) não tiver tempo de ficar aqui uma horinha ou duas enquanto eu vou ao cabeleireiro, eu não tenho mais ninguém*; e 15% não podem contar com ninguém, conforme expressão da C14 *não fica cá ninguém*.

Concluímos que a maioria dos cuidadores tem o apoio de alguém, que na sua maioria emerge da esfera familiar, para se for necessário realizar as mesmas tarefas em períodos curtos de ausência do cuidador. Também Araújo (2015) concluiu que a maioria (63%) dos cuidadores conta com a ajuda da família com uma média de 7.18 horas diárias, contribuindo para o alívio da sobrecarga do cuidador.

Quadro 26 - Alguém que realize as mesmas tarefas em períodos curtos de ausência

Subcategorias	Unidades de registo	F	%
Família	<i>... este meu irmão que está aqui. C11</i>	13	65,0
Pessoas amigas ou vizinhos	<i>Uma pessoa amiga que se eu precisar. C9</i>	4	20,0
Ninguém	<i>... não fica cá ninguém. C14</i>	3	15,0
Total		20	100,0

Categoria: Alguém que realize as mesmas tarefas em períodos longos de ausência

Ser cuidador informal não é uma tarefa fácil, exige dedicação constante e ininterrupta. Os cuidadores podem necessitar de se ausentar por períodos longos de tempo por diversos motivos como por exemplo por internamento hospitalar. Por isso considerámos pertinente saber se possuíam alguém que os pudesse substituir temporariamente e prestasse os mesmos cuidados á pessoa idosa durante esse período de tempo. Das respostas dos cuidadores emergiram duas subcategorias: Família, e Ninguém.

Verificamos no quadro 27, que quando precisam de alguém que realize as mesmas tarefas em períodos longos de ausência, 72,2% dos cuidadores referem que contam com a família, conforme expressão da C3 *Ja para a minha irmã*; 27,8% dos cuidadores não conta com ninguém conforme expressão da C14 *Não tenho ninguém*.

Verificamos que a maioria (72,2%) dos cuidadores pode contar com a família para prestar cuidados á pessoa idosa se precisar de se ausentar por períodos longos de ausência e que 27,8% dos cuidadores não têm ninguém que os substitua. Em comparação com períodos curtos de ausência quando este período se converte em longo o cuidador deixa de contar com o apoio dos amigos e vizinhos. Verificamos deste modo que a família é o grande suporte do cuidador informal e que aquela exerce a sua função protetiva em relação aos seus membros mais fragilizados quando as vivências familiares assim o exigem.

Quadro 27 - Alguém que realize as mesmas tarefas em períodos longos de ausência

Subcategorias	Unidades de registo	F	%
Família	<i>Tinha que uma irmã minha levá-lo. C15</i>	13	72,2
Ninguém	<i>Não. C12</i>	5	27,8
Total		18	100,0

Categoria: Gostar de ter mais apoio

Quando questionados sobre se gostavam de ter mais apoio, das expressões dos cuidadores emergiram duas subcategorias: Gostava de ter mais apoio, e Não gostava de ter mais apoio.

Observamos na tabela 28 que 66,7% referem que gostavam de ter mais apoio, conforme expressão da C8 *Sim ...Sempre alivia nas tarefas*; e 33,3% refere que está bem conforme está e que não gostava de ter mais apoio do que aquele que tem, conforme verificamos na expressão da C10 *Não...tenho a ajuda que preciso*.

Concluimos que a maioria dos cuidadores não está satisfeito com o apoio que tem e que gostaria de ter mais ajuda para cuidar da pessoa idosa dependente no domicílio, para atender a todas as necessidades do idoso.

Quadro 28 – Gostar de ter mais apoio

Subcategorias	Unidades de registo	F	%
Gostava de ter mais apoio	<i>Ora, nem por pouco que fosse, claro.C2</i>	12	66,7
Não gostava de ter mais apoio	<i>Não. Por enquanto ainda tenho arnazes para o cuidar.C13</i>	6	33,3
Total		18	100,0

2.5- APOIOS FORMAIS QUE O CUIDADOR DISPÕE PARA CUIDAR DO IDOSO

Os apoios formais de que o cuidador dispõe para cuidar do idoso possibilitam manter o idoso dependente no domicílio assistido com cuidados multiprofissionais que garantem o seu bem-estar. Vimos que as pessoas idosas recebiam apoios diversos de instituições da sua área de residência através das visitas domiciliárias médicas, de enfermagem, da fisioterapeuta, da nutricionista e da assistente social, todas provenientes da UCSP da área de residência. O apoio domiciliário é prestado através de instituições particulares de solidariedade social da área de residência. Este apoio visa colmatar as necessidades da pessoa idosa dependente contribuindo amenizar a prestação de cuidados do cuidador informal. Desta forma procuramos também saber se o cuidador informal dispõe de algum tipo de apoio de alguma instituição ou ajuda financeira do estado para cuidar do idoso. Os apoios foram divididos em duas categorias: Instituição ou serviço, e Ajuda financeira.

Categoria: Instituição ou serviço

Na categoria “Instituição ou serviço” e das expressões dos cuidadores emergiram quatro subcategorias: Apoio domiciliário, Serviço particular, Centro de dia, e Sem ajuda.

Constatamos no quadro 29, que 72,2% dos cuidadores referem que não têm qualquer tipo de apoio ou serviço formal institucional conforme expressão da C2 *Não* e da C7 *Não tenho ninguém*. O apoio domiciliário foi referido por 11,1% dos cuidadores. Este apoio reveste-se de extrema importância para o cuidador e traduz-se conforme expressão da C4 em *apoio na alimentação, higiene com um banho por semana, mas faz a barba duas vezes. E lavam e tratam da roupa* e C5 *Alimentação todos os dias. Quartas feiras tratam da roupa. Segunda e sexta limpam a casa*. Do Centro de dia recebem apoio 11,1% dos cuidadores sendo muitas vezes o único apoio que os cuidadores recebem conforme podemos verificar na expressão do C 2 *O centro de dia ... Eu pago 130 euros por o comer e por lhe darem banho e fazerem-me a limpeza e é tudo. É a única que tenho*. O apoio do Centro de dia também se traduz em empréstimos de ajudas técnicas conforme expressão da C6 *A cadeira, a cama, e a cadeirinha (sanitária), foi tudo o Centro de dia ... que me emprestou. O dia que eu não precisar entrego*. Estas ajudas são essenciais á qualidade de vida do idoso e no suporte á prestação de cuidados por parte do cuidador. A subcategoria Serviço particular foi referido por 5,6 % dos cuidadores, e este é um serviço pago e prestado por pessoas da confiança da família do idoso representando um gasto elevado na vida diária. A rede familiar recorre a este serviço pela idade avançada do idoso, o seu estado de saúde, e grau de dependência ou outro impedimento, e que não possam realizar o seu autocuidado e as atividades da vida diária. Trata-se de um apoio periódico e programado conforme expressão do C14 *Vem uma vez na semana cada uma. Uma senhora vem às sextas e outra aos sábados. Uma dá banho e lavo a casa de banho e mais nada e outra passa a ferro mais nada. É a única ajuda e pago*.

Corrobamos outros estudos na área em que também chegaram á conclusão que os apoios informais fornecidos no próprio domicílio da pessoa idosa dependente, por instituições se traduz em apoio instrumental á pessoa idosa a nível da alimentação, higiene, e tarefas domésticas (Andrade, 2009; Amado, 2016).

Quadro 29 – Apoios formais institucionais

Subcategorias	Unidades de registo	F	%
Apoio domiciliário	<i>Tenho apoio domiciliário. C4</i>	2	11,1
Serviço particular	<i>Uma senhora vem às sextas e outra aos sábados. C14</i>	1	5,6
Centro de dia	<i>O centro de dia. C2</i>	2	11,1
Sem ajuda	<i>Não tenho ninguém. C7</i>	13	72,2
Total		18	100,0

Categoria: Ajuda financeira

Na categoria “Ajuda financeira” e das expressões dos cuidadores emergiram duas subcategorias: Com ajuda financeira do estado, e Sem ajuda financeira do estado.

Constatamos no quadro 30, que 22,2% conta com ajuda financeira do estado para além da reforma. Esta ajuda traduz-se no complemento por dependência como podemos verificar na expressão da C4 *Tem o complemento* e C7 *Só são 90 euros do complemento de dependência*. Este apoio económico pode torna-se uma mais valia na ajuda para fazer face a despesas económicas que acarreta cuidar de uma pessoa idosa dependente no domicílio. Também Imaginário (2004) e Andrade (2009), nos seus estudos sobre o cuidador informal da pessoa idosa dependente em contexto domiciliário, referiram este tipo de apoio económico por parte dos serviços sociais como uma ajuda financeira para a prestação de cuidados ao idoso. No entanto, 77,8% dos cuidadores não tem ajuda financeira do estado como podemos verificar nas expressões do C2 *Nada...* e C14 *Não, não, não. A reforma mais nada*. Este facto pode dever-se á falta de informação ou conhecimento dos direitos a que tem a pessoa idosa dependente.

Quadro 30 – Apoio formal financeiro

Subcategorias	Unidades de registo	F	%
Com ajuda financeira do estado	<i>Só são 90 euros do complemento de dependência. C7</i>	4	22,2
Sem ajuda financeira do estado	<i>Não. Nisso não recebo nada. C8</i>	14	77,8
Total		18	100,0

2.6- FORMAÇÃO INFORMAL ADQUIRIDA PELOS CUIDADORES INFORMAIS

O cuidador é um herói sem capa, invisível que presta cuidados de uma forma contínua e ininterrupta à pessoa cuidada. Este ato de cuidar poupa muitos milhões de euros ao estado, e apesar disso, o cuidador ainda não possui uma legislação própria embora esteja a ser discutido e para aprovação o “Estatuto do Cuidador”. Esta tarefa de cuidar muitas vezes ocorre de forma inesperada e sem o cuidador estar preparado ou ter qualquer formação na área. E apesar de ser feita com dedicação, carinho e amor é considerada desgastante e árdua, devido ao nível de exigência de quantidade e intensidade de cuidados. Por isso e por muita boa vontade e dedicação que o cuidador possua precisa adquirir determinados conhecimentos e ferramentas necessárias á adequada tarefa de cuidar, sendo por isso muito importante avaliar que tipo de formação o cuidador possui para prestar cuidados.

Para Honoré (2004:171), “O homem existe em formação e em cuidado” pois o ensino e a formação ajudam o indivíduo na construção do seu percurso pessoal e na atualização das suas aprendizagens. Cerqueira (2005) acrescenta que as necessidades de formação são maiores á media que aumenta o grau de dependência dos idosos.

Neste sentido, quisemos saber como é que os cuidadores fizeram a construção e adquiriram a aprendizagem informal para cuidar da pessoa idosa fisicamente dependente no domicílio. Questionados sobre como aprenderam a cuidar do idoso dependente, os discursos proferidos pelos cuidadores centraram-se em torno de três categorias: Construção da aprendizagem, Procura de informação, e Com quem aprendeu.

Categoria: Construção da aprendizagem

Na categoria, “Construção da aprendizagem”, e de análise do discurso dos cuidadores emergiram quatro subcategorias: Autodidata, Tentativa e erro, Experiência anterior, e Necessidade.

Constatamos no quadro 31, que 40,9% dos cuidadores adquiriram a aprendizagem informal para cuidar da pessoa idosa fisicamente dependente no domicílio *por necessidade* (expressão da C14). Os cuidadores por vezes encontram-se sem apoio de ninguém o que os remete a um sentimento de aprendizagem forçada pelas necessidades que vão surgindo na sua tarefa de cuidar a pessoa idosa, conforme expressão da C1 Tive *de aprender. Com a necessidade que tinha de aprender*. A subcategoria formação informal adquirida pelos cuidadores informais

através de experiência anterior foi mencionado por um 27,3% dos cuidadores, conforme podemos verificar pela expressão da C3 *A minha mãe já estava muito dependente já há uns anos...E então ... tive de aprender*. Verificamos que o facto os cuidadores possuírem uma experiência anterior relacionada com a prestação de cuidados ao idoso dependente, está relacionado com um maior nível de perícia, desenvoltura, destreza, agilidade e conhecimentos, devido ao conhecimento e experiência acumulada influenciando deste modo os seus modos de agir e comportamentos na prestação de cuidados. Também outros estudos autores chegaram á conclusão de que experiências anteriores de cuidar são importantes, pois o cuidador teve desta forma a oportunidade de adquirir e desenvolver capacidades de cuidar o idoso dependente (Andrade, 2009; Guedes, 2011). A subcategoria formação informal adquirida pelos cuidadores informais através da tentativa e erro foi mencionada no relato de 18,2% dos cuidadores, conforme expressão da C8 *Conforme o que estava errado e tentava corrigir* e C18 *Fui vendo e tive que ir arreparando como é que era e como não era*. Igualmente a outros estudos (Andrade, 2009 e Guedes, 2011), constatámos que o cuidador informal, como não tem formação formal adequada vai desenvolvendo o seu processo de aprendizagem de novas habilidades e capacidades por si mesmo através de tentativas e erros que com o tempo melhora. A subcategoria formação informal adquirida pelos cuidadores informais através da sua capacidade autodidata foi mencionada no relato de 13,6% dos cuidadores, conforme expressão da C5 *Pela minha cabeça. Por intuição*.

Constatamos que a maioria dos cuidadores informais ao se verem confrontados com o inesperado e o desconhecido, faz com que reestruturem o seu pensamento e a sua ação permitindo-lhes a aquisição de conhecimentos e novas aprendizagens decorrentes da prática e experiência do dia a dia, sendo esta uma das formas de aprenderem a cuidar. Ao se confrontarem com os novos conhecimentos e com o tempo e a experiência os cuidadores informais tornam-se peritos, capazes de tomar decisões cruciais específicas para o cuidar (saber-fazer), baseando-se para isso no conhecimento acumulado. Também Andrade (2009), Guedes (2011) e Gonçalves, (2014) concluíram no seu estudo sobre cuidadores informais de idosos dependentes, que maioritariamente o processo de aprendizagem dos cuidadores faz-se a partir da prática e necessidades quotidianas dos cuidadores.

Quadro 31 – Construção da aprendizagem

Subcategorias	Unidades de registo	F	%
Autodidata	<i>Acho que sou autodidata. C11</i>	3	13,6
Tentativa e erro	<i>... pelo erro e tento novamente a ver se fica bem. C4</i>	4	18,2
Experiência anterior	<i>Porque tratei do meu pai primeiro. C9</i>	6	27,3
Necessidade	<i>A necessidade. C17</i>	9	40,9
Total		22	100,0

Categoria: Procura de informação

Na categoria, “Procura de informação”, e de análise do discurso dos cuidadores emergiram as subcategorias: Internet, Suportes literários, Profissionais de saúde, Outras pessoas, e Em lado nenhum.

Verificamos pela análise do quadro 32, que a maioria dos cuidadores (68,4%) não procura informação sobre como cuidar da pessoa idosa dependente em lado nenhum. Tal ocorrência pode dever-se ao facto de o cuidador ao assumir a responsabilidade de cuidar, experienciar dificuldades e necessidades que devido á falta de recursos e apoios na altura certa os obrigou a construir o processo de aprendizagem a partir da prática e necessidades quotidianas, como nos referencia o C14 *Aonde íamos a pedir uma informação?! Também poderá dever-se ao facto de como vimos anteriormente na construção da aprendizagem, alguns cuidadores terem já experiência anterior em cuidar de outras pessoas dependentes o que lhes permitiu adquirir/desenvolver capacidades e sentimentos de perícia para cuidar o idoso dependente, e considerar que não tem necessidade de procurar informação em lado nenhum, tal como podemos verificar pela expressão da C13 *Eu não preciso de nenhuma informação*, ou C15 *Também não preciso*. A procura de informação através do apoio dos profissionais de saúde foi relatada por 10,5% dos cuidadores. A visita domiciliária é um dos instrumentos utilizados no âmbito da enfermagem comunitária, na qual para além de prestar cuidados á pessoa idosa os cuidadores têm a oportunidade de expor as sua dificuldades e receios co o podemos verificar pela expressão da C16 *Sinto-me á vontade com a.... Enfermeira...* Os nossos resultados vão ao encontro aos de outros estudos (Castro, 2008; Guedes, 2011) em que os cuidadores informais não possuem qualquer tipo de formação formal e que os cuidadores informais aprendem com a prestação de cuidados efetuada pelos serviços de enfermagem aquando da visita domiciliária.*

A procura de informação através da internet foi mencionada no relato de 10,5% dos cuidadores, conforme expressão da C9 *Na internet, vou vendo*. A internet é como se fosse uma grande biblioteca e o facto de alguns dos cuidadores possuírem como habilitações literárias o ensino superior e residirem numa zona onde escasseiam as bibliotecas, pode ter facilitado o seu incentivo na procura da informação que careciam na internet. A procura de informação através de suportes literários foi mencionada no relato de 5,3% dos cuidadores, conforme expressão da C11 *Fui aprendendo assim, lendo, ... procurei informação nos livros*. A fraca referência dos cuidadores á procura de informação através de suportes literários como meios de construção da aprendizagem pode dever-se ao baixo nível de habilitações literárias dos cuidadores. Também Guedes (2011) no seu estudo sobre necessidades formativas dos familiares cuidadores de idosos dependentes, conclui que estes por vezes recorrem a suportes literários para adquirem conhecimentos relacionados com a sua tarefa de cuidar. A procura de informação através de outras pessoas foi mencionada no relato de 5,3% dos cuidadores, conforme expressão da C4 *... lá chamavam pessoas para nos dar formação*. Do discurso da C4, concluímos que o facto das funcionárias de um lar irem atenuando determinadas necessidades sentidas, interferiu positivamente na sua aprendizagem para cuidar do idoso dependente no domicílio de forma a garantir a continuidade dos cuidados prestados. Também, outros autores de estudos sobre cuidadores informais de idosos dependentes no domicílio, concluíram que esta formação interferia de forma positiva na tarefa de cuidar o idoso dependente. na vida do cuidador informal na sua tarefa de cuidar o idoso dependente (Andrade, 2009; Guedes, 2011; Monteiro, 2016).

Quadro 32 – Procura de informação

Subcategorias	Unidades de registo	F	%
Internet	<i>Na internet, vou vendo. C9</i>	2	10,5
Suportes literários	<i>... lendo, ... informação nos livros. C11</i>	1	5,3
Profissionais de saúde	<i>Qualquer coisa que preciso é só telefonar par lá para o centro de saúde. C18</i>	2	10,5
Outras pessoas	<i>... lá chamavam pessoas para nos dar formação. C4</i>	1	5,3
Em lado nenhum	<i>Em lado nenhum. C5</i>	13	68,4
Total		19	100,0

Categoria: Com quem aprendeu

Na categoria, “Com quem aprendeu”, e de análise do discurso dos cuidadores emergiram as seguintes subcategorias: Autodidata, Pessoas com experiência na área, e Com profissionais de saúde.

Verificamos pela análise do quadro 33, que a maioria dos cuidadores (66,6%) é autodidata, devido á necessidade decorrente do processo de cuidar, fazendo, errando e acertando, tornando o cuidador extremamente curioso, aprendendo de forma autónoma, pelo seu próprio esforço, através de procura e pesquisa de informação para tirar todas a suas dúvidas, como podemos verificar na expressão da C6 ... *foi a escola da vida ... que me ... ensinou e obrigou*, e C1 *Aprendi mesmo eu*, e C11 *Aprendi com a experiência*. A aprendizagem dos cuidadores através de pessoas com experiência na área foi referida por 16,7% dos cuidadores informais. Verificamos que os cuidadores recorrem a pessoas com experiência em cuidar de idosos dependentes para garantir o aumento da construção da sua aprendizagem, como podemos verificar na expressão da C3 *Quando tinha alguma dúvida, lá do lar.... eu telefonava*. A aprendizagem dos cuidadores através de profissionais de saúde foi referida por 16,7% dos cuidadores informais. Verificamos que os cuidadores recorrem a profissionais da saúde, nomeadamente a enfermeiras, para expor as suas dúvidas, receios e medos decorrentes da sua tarefa de cuidar, como podemos verificar na expressão da C16 *Com a Enfermeira*, e C15 ... *com duas vizinhas que eram enfermeiras*. Desta forma a enfermagem torna-se a profissão mais bem posicionada se encontra e a que mais de perto visualiza a realidade do cenário da prestação de cuidados informais, e a que mais de perto sente as dificuldades e necessidades dos cuidadores informais.

Quadro 33 – Com quem aprendeu

Subcategorias	Unidades de registo	F	%
Autodidata	<i>Aprendi comigo própria. C8</i>	12	66,6
Pessoas com experiência na área	<i>Quando tinha alguma dúvida, lá do lar... eu telefonava. C3</i>	3	16,7
Com profissionais de saúde	<i>Com as enfermeiras. C18</i>	3	16,7
Total		18	100,0

2.7- FORMAÇÃO FORMAL ADQUIRIDA PELOS CUIDADORES INFORMAIS

Ser cuidador de pessoas idosas em contexto domiciliário requer uma constante aprendizagem de conhecimentos e habilidades baseados tanto nas necessidades dos cuidadores como nas necessidades das pessoas idosas. O cuidador informal desconhece por quanto tempo o será, pelo que deverá estar preparado, ter apoio e capacitado para a função. A formação formal baseia-se numa formação específica com métodos de avaliação específicos e dada por profissionais habilitados. Esta formação formal tem como objetivo melhorar tanto a sua qualidade de vida como da pessoa cuidada, proporcionando conhecimento, novas aprendizagens e até sentir-se melhor a nível pessoal e emocional (Martins *et al*, 2016).

Neste sentido, quisemos saber como é que os cuidadores fizeram a construção e adquiriram a aprendizagem formal para cuidar da pessoa idosa fisicamente dependente no domicílio. Questionados sobre se possuíam formação formal, os discursos proferidos pelos cuidadores centraram-se em torno de uma categoria: Formação ou experiência específica.

Categoria: Formação ou experiência específica

Na categoria, “Formação ou experiência específica”, e de análise do discurso dos cuidadores emergiram as subcategorias: Formação específica, Experiência específica, e Sem formação ou experiência específica.

Verificamos pela análise do quadro 34, que a maioria dos cuidadores (83,3%) não possui qualquer tipo de formação ou experiência formal específica na área, conforme verificamos na expressão da C11 *Não tenho* o que vai de encontro ao que tínhamos observado aquando foram inquiridos sobre como tinham aprendido a cuidar do idoso em que a maioria dos cuidadores era autodidata. Com formação específica para cuidar de idosos constatamos 11,1% dos cuidadores, conforme verificamos na expressão da C4 *E ia pelo menos uma a fazer formação*. E nós ... íamos sempre. *E fiquei com umas luzes*. Com experiência específica para cuidar de idosos observamos 5,6% dos cuidadores conforme expressão da C4 *Eu vim de uma casa que era um lar*. Podemos concluir que os cuidadores do nosso estudo, à exceção de duas cuidadoras, não possuem formação formal específica para cuidar pessoas idosas e uma cuidadora possui experiência específica de ter trabalhado por longos períodos num lar de idosos, tendo por isso a maioria dos cuidadores como maior arma para prestar cuidados a disponibilidade e boa vontade.

Quadro 34 – Formação ou experiência específica

Subcategorias	Unidades de registo	F	%
Formação específica	<i>Eu ... tive uma formação de auxiliares de centros de dia. C6</i>	2	11,1
Experiência específica	<i>Eu vim de uma casa que era um lar. C4</i>	1	5,6
Sem formação ou experiência específica	<i>Não tenho nenhuma formação. C8</i>	15	83,3
Total		18	100,0

2.8- PERCEÇÃO DO CUIDADOR INFORMAL ACERCA DO CONTRIBUTO PRESTADO PELA EQUIPA DE ENFERMAGEM NA SUA PREPARAÇÃO PARA CUIDAR DO IDOSO NO DOMICÍLIO

A enfermagem através da visita domiciliária presta cuidados às pessoas que se encontram impedidas de saírem do seu domicílio, permitindo assim á pessoa receber apoio e ajuda no autocuidado contribuindo para a sua qualidade de vida e bem-estar pessoal e familiar.

Os cuidados de enfermagem no domicílio têm como objetivos a prevenção, a manutenção, a recuperação da saúde maximizando o bem-estar e promovendo até onde for possível a independência nas atividades de vida diária. A finalidade destes cuidados é manter o máximo tempo possível a pessoa no seu domicílio, em segurança, promovendo o seu autocuidado, perto dos seus entes queridos, das suas recordações, lembranças e de tudo com que se sinta identificado e lhe traga recordações e lembranças boas.

No sentido de os cuidados de enfermagem domiciliaries atingirem o seu expoente máximo em qualidade e eficácia consideramos necessário envolver o cuidador informal ou familiar cuidador assim como a família que presta cuidados ao idoso dependente.

Apesar de se generalizar que em contexto domiciliário os cuidados mais requisitados são os técnicos e curativos, o contributo do enfermeiro especialista em enfermagem comunitária é mais vasto e amplo. Neste contributo destacam-se a contribuição para o processo de capacitação dos cuidadores informais familiares ou não, promovendo a sua capacitação focando -se na família como um todo e nos seus membros individualmente ao longo do ciclo vital e nas suas transições (Regulamento de Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em

Enfermagem Comunitária). Tal como nos diz, Stanhope e Lancaster (1999:694), o enfermeiro na comunidade tem capacidade para identificar os fatores predisponentes, avaliar e intervir de forma a quebrar o “(...) ciclo da vulnerabilidade” como forma de promover a saúde individual e coletiva prevenindo situações de doença.

Neste sentido torna-se necessário capacitar e empoderar o cuidador informal familiar ou não familiar no autocuidado da pessoa idosa dependente no domicílio, já que verificamos pela tabela 31 do nosso estudo que alguns cuidadores atuam e prestam cuidados com falta de informação, desenvolvendo as suas capacidades pessoais por necessidade, de forma intuitiva e autodidata, através de experiências do dia a dia, com base em experiências anteriores e por tentativa e erro.

Sendo a enfermagem de cuidados domiciliários uma profissão de posição privilegiada por vivenciar as dificuldades e necessidades sentidas no seu ambiente real, parece-nos que a componente de educação para a saúde em cuidados domiciliários carece de uma maior desenvoltura por parte dos enfermeiros já que estes integram a principal fonte de informação para as pessoas idosas e seus cuidadores informais.

Estando as pessoas idosas do nosso estudo dependente no domicílio, este passou a ser o campo de ação para sabermos qual o contributo dos enfermeiros na capacitação dos cuidadores no seu processo de cuidar o idoso.

Do discurso dos cuidadores acerca do contributo dos enfermeiros na preparação dos cuidadores informais aquando das visitas domiciliárias realizadas pelos enfermeiros emergiram três categorias: Temáticas aprendidas, Momentos de aprendizagem, e Metodologia de aprendizagem.

Categoria: Temáticas aprendidas

Na categoria, “Temáticas aprendidas”, e de análise do discurso dos cuidadores emergiram doze subcategorias: Autocuidado higiene corporal, Autocuidado mobilização e transferência, Trocar saco de dispositivos urinários, Autocuidado alimentação, Cuidados com a sonda PEG, Não ensinaram nada, Avaliação de sinais vitais, Cuidados com a sonda nasogástrica, Execução de pequenos tratamentos, Integridade cutânea, Gestão da medicação, e Gestão de conflitos.

Da análise da tabela 35, verificamos que os cuidadores informais aprenderam várias temáticas com os enfermeiros durante a sua visita domiciliária: autocuidado higiene corporal (7,7%), autocuidado mobilização e transferência (15,4%), trocar saco de dispositivos urinários

(3,9%), autocuidado alimentação (15,4%), cuidados com a sonda PEG (3,9%), avaliação de sinais vitais (7,7%), cuidados com a sonda nasogástrica (3,9%), execução de pequenos tratamentos (7,7%), integridade cutânea (11,4%), gestão da medicação (7,7%), e gestão de conflitos (3,9%). Concluindo, 88,6% dos cuidadores referiram que os enfermeiros contribuíram com ações de educação para a saúde sobre variadas temáticas de acordo com as dificuldades manifestadas e apenas 11,4% dos cuidadores referiram que os enfermeiros não lhes ensinaram nada.

Como vimos durante a revisão bibliográfica, numa fase de dependência, o enfermeiro precisa preparar o mais precocemente possível o cuidador informal para exercer cuidados totais numa perspetiva holística e não ações fragmentadas, para que este possa desenvolver o mais precocemente, possíveis competências em cuidados básicos de suporte em relação á pessoa cuidada. No que concerne à promoção da saúde, o enfermeiro cria e aproveita oportunidades envolvendo o cuidador informal e a família no planeamento de cuidados à pessoa idosa dependente e capacitação dos cuidadores informais. Para autores como Stanhope e Lancaster (1999) e Moreira (2001) a prioridade e temáticas do ensino é fundamentada nas necessidades do cuidador informal pelo que o enfermeiro deve identificar primeiro quais os conhecimentos que o cuidador já possui, capacitando-o de seguida nas dificuldades encontradas de modo a adquirir as competências necessárias à sua tarefa de cuidar a pessoa idosa dependente. Desta forma o enfermeiro deverá educar os cuidadores informais para que estes promovam uma continuação do cuidado nas atividades da vida diária que se encontrem alteradas na pessoa idosa dependente.

A ausência de empowerment do cuidador pode conduzir a uma sobrecarga, “(...) com implicações ao nível físico, social, psicológico, resultantes nomeadamente da necessidade de descanso, de partilhar os cuidados com outros, de ter o apoio de equipas especializadas, das dúvidas e receios e outros factores” (Saraiva, 2011:30).

O nosso estudo vai de encontro a outros estudos sobre a mesma temática, em que, o contributo prestado pela equipa de enfermagem na preparação dos cuidadores, para cuidar do idoso no domicílio, se centraliza numa perspetiva de cuidados orientados para a dependência no autocuidado das atividades de vida diária como os cuidados de higiene, posicionamentos, levantes, administração de terapêutica (Cerqueira, 2005; Andrade, 2009).

Quadro 35 – Temáticas aprendidas

Subcategorias	Unidades de registo	F	%
Autocuidado higiene corporal	... a limpá-lo. C1	2	7,7
Autocuidado mobilização e transferência	... mudá-lo de posição e virá-lo... C17	4	15,4
Trocar saco de dispositivos urinários	... a mudar o saco da algália. C1	1	3,9
Autocuidado alimentação	Desfazer o comer que era para ele não se engasgar, que ele engasga-se. C13	4	15,4
Cuidados com a sonda PEG	... cuidados com a sonda. C6	1	3,9
Não ensinaram nada	Não me ensinaram nada. C7	3	11,4
Avaliação de sinais vitais	Só me disseram que...lhe controlasse a tensão...e apontar num livro. Ensinaram-me a andar com o aparelho. C10	2	7,7
Cuidados com a sonda nasogástrica	disse-me... como deveria dar sempre na final água para limpar a sonda. C11	1	3,9
Execução de pequenos tratamentos	Ensinou-me...que desse com um bocadinho de soro e depois com um bocadinho de betadine para não apanhar infeção. C15	2	7,7
Integridade cutânea	... disseram-se para hidratar a pele que era importante, por causa das feridas. C3	3	11,4
Gestão da medicação	... caixa da medicação...para toda a semana. E é um descanso. C8	2	7,7
Gestão de conflitos	Ensinaram-me a ter muita paciência com o meu pai. C4	1	3,9
Total		26	100,0

Categoria: Momentos de aprendizagem

Questionados relativamente quanto ao momento de aprendizagem, do discurso dos cuidadores emergiram quatro subcategorias: Execução de tratamentos, Vigilância do estado de saúde, Internamento, e Não ensinaram nada.

Do discurso dos cuidadores e da análise do quadro 36, verificamos que a maioria relata como principal momento de aprendizagem a execução de tratamentos com 55,5% dos relatos dos cuidadores, como podemos verificar pela expressão da C1 *Foram as enfermeiras do Centro de Saúde que me ensinaram quando vieram fazer os pensos*. Seguiu-se a vigilância do estado de saúde da pessoa idosa com 16,7% dos relatos dos cuidadores, conforme podemos verificar

pela expressão da C8 *Quando veem cá a medir a tensão é que me ensinaram*. Por fim surge o internamento como momento de aprendizagem com 11,1% dos relatos dos cuidadores. De salientar que 16,7% dos cuidadores referiu que não lhe tinha sido ensinado nada pela equipa de enfermagem na sua preparação para cuidar do idoso no domicílio, como podemos verificar pela expressão da C12 *Não disseram nada*.

Os nossos resultados vão ao encontro aos resultados de outros autores em que os cuidadores estão atentos e aproveitam o momento da visita domiciliária de enfermagem, seja ela com a finalidade de execução de tratamentos ou vigilância do estado de saúde para amadurecer e cimentar conhecimentos (Imaginário, 2008; Andrade, 2009). Também o enfermeiro durante a visita domiciliária seja ela de vigilância do estado de saúde da pessoa idosa dependente, ou, seja de execução de tratamentos, interage com toda a comunidade envolvente no processo de cuidar no domicílio, de forma a tentar detetar necessidades ou dificuldades que possam comprometer a qualidade de vida e o bem-estar da pessoa dependente e do seu cuidador. Neste contexto o cuidador pode expressar as suas preocupações, dúvidas e inquietações para que, em tempo útil possa ser ajudado na sua tarefa de cuidar a pessoa idosa dependente, estando os enfermeiros numa posição privilegiada para satisfazer essas necessidades. Neste campo o papel do enfermeiro é fundamental no ensino e aprendizagem do cuidador informal de forma a evitar atempadamente consequências negativas decorrentes do processo terapêutico do idoso fisicamente dependente.

Quadro 36 – Momentos de aprendizagem

Subcategorias	Unidades de registo	F	%
Execução de tratamentos	<i>Quando vieram fazer os pensos. C16</i>	10	55,5
Vigilância do estado de saúde	<i>Foi quando vieram a medir a tensão arterial. C4</i>	3	16,7
Internamento	<i>A parte da sonda ainda foi no Hospital. C11</i>	2	11,1
Não ensinaram nada	<i>Não disseram nada. C12</i>	3	16,7
Total		18	100,0

Categoria: Metodologia de aprendizagem

Questionados relativamente quanto à metodologia de aprendizagem utilizada pelos enfermeiros, do discurso dos cuidadores emergiram quatro subcategorias: Exposição verbal, Experimentação supervisionada, Observação, e Não ensinaram nada.

Do discurso dos cuidadores e da análise do quadro 37, verificamos que a maioria relata como principal metodologia de aprendizagem a exposição verbal com 36,4% dos relatos dos cuidadores, como podemos observar na expressão da C3 *Deixaram creme e disseram-se para hidratar a pele que era importante, por causa das feridas...* Falaram e explicaram *como havia de fazer*. Também Cerqueira (2005), referiu no seu estudo esta metodologia de aprendizagem, no entanto no seu estudo era importante a existência de complementaridade da informação oral com a escrita tornando-se essencial para mais tarde os cuidadores poderem recorrer a ela em caso de dúvida. Segue-se a observação com 31,8% dos relatos dos cuidadores, conforme podemos observar na expressão da C15 *Ela fez e eu vi e aprendi*. A observação dos cuidados prestados pelos enfermeiros à pessoa idosa dependente é uma metodologia de aprendizagem referida pelo cuidador informal, como contributo prestado pela equipa de enfermagem e como forma de desenvolver habilidades e desenvoltura na preparação para cuidar o idoso dependente no domicílio. “A ver também se aprende” ou “observar também educa”, são frases que todos nós aprendemos desde crianças, pois a observação é a primeira ferramenta de aprendizagem do ser humano, com posterior imitação. Também Araújo (2010) no seu estudo com cuidadores informais verificou que estes tinham também aprendido por observação dos profissionais de saúde. Por fim foi mencionada a experimentação supervisionada com 18,2% dos relatos dos cuidadores, como podemos verificar na expressão da C8 *Fizeram ... E depois eu vi e fiz a seguir. Eles viram que estava tudo bem ... e aprendi logo*. A experimentação supervisionada é uma metodologia de aprendizagem em que o enfermeiro como educador faz uso da prática para demonstrar as técnicas a ensinar. Também Andrade (2009:254) refere que através desta metodologia de aprendizagem usada pela equipa de enfermagem os cuidadores informais na sua preparação para cuidar dos idosos dependentes “(...) ganham a confiança, que lhes facilitará a continuidade da prestação desses cuidados no domicílio”. Este saber fazer através da demonstração prática consiste basicamente em ensino pela observação e treino, ou seja, o enfermeiro primeiro realiza o procedimento na presença do cuidador, e vai-lhe explicando e ensinando como deve fazer de maneira a que assimile mentalmente essa forma correta de fazer, para mais tarde e na presença supervisionada do enfermeiro, esse mesmo cuidador realize o mesmo procedimento, para ser avaliado de forma a identificar possíveis melhorias das suas

habilidades na tarefa de cuidar. De salientar que 13,6% dos cuidadores referiu que não lhe tinha sido ensinado nada pela equipa de enfermagem na sua preparação para cuidar do idoso no domicílio, como podemos verificar pela expressão da C12 *Não disseram nada*.

Todos os idosos dependentes do nosso estudo estão a ser cuidados no domicílio, e por este ser o ambiente aonde os cuidados são prestados, é o local de eleição para o cuidador expor dúvidas e a equipa de enfermagem o capacitar na prestação de cuidados à pessoa idosa. Alguns dos cuidados prestados no domicílio à pessoa idosa dependente exigem preparação e aprendizagem de novas habilidades por parte do cuidador, devido ao nível de exigência. É neste contexto que os enfermeiros assumem o papel de educadores e facilitadores deste processo, permitindo ao cuidador informal estar preparado para esta etapa e empoderando-o com novas habilidades e competências.

Quadro 37 – Metodologia de aprendizagem

Categorias	Unidades de registo	F	%
Exposição verbal	<i>Foi verbalmente. C5</i>	8	36,4
Experimentação supervisionada	<i>... eu fiz e eles viram se estava bem. C10</i>	4	18,2
Observação	<i>... e eu vejo como ela faz e aprendo. C16</i>	7	31,8
Não ensinaram nada	<i>Não disseram nada. C12</i>	3	13,6
Total		22	100,0

CAPÍTULO III – DISCUSSÃO DOS RESULTADOS E CONCLUSÕES

1- DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

“A função específica da enfermagem é assistir os indivíduos, sãos ou doentes, a realizar as atividades que contribuem para manter ou recuperar a saúde (ou para ter uma morte tranquila), que eles mesmo realizariam se tivessem a força e os conhecimentos necessários” (Virginia Henderson).

Pela análise dos dados obtidos, e não perdendo de vista os objetivos traçados para esta investigação, consideramos que atingimos os objetivos inicialmente delineados. Neste sentido tentaremos, nesta discussão, organizar os resultados e clarificá-los de forma detalhada. Desta investigação fizeram parte dezoito cuidadores informais que prestam cuidados a idosos dependentes em contexto domiciliário, numa região da Beira Interior Norte de Portugal. De seguida, apresentam-se as conclusões mais significativas que adquiriram maior expressividade no decurso do estudo.

Caracterização do idoso dependente em contexto domiciliário

Perfil sóciodemográfico

No nosso estudo a maioria das pessoas idosas (77,8%) reside em zonas rurais, e apenas um pequeno número de idosos reside em zonas urbanas (22,2%). Num total de 18 pessoas idosas dependentes, 44,4% são do sexo masculino e 55,6% são do sexo feminino. A idade variou entre os 66 e os 99 anos, sendo a idade média de 85,7 anos e apurámos que a classe modal era o grupo etário dos 85 anos em diante. Observamos que 61,1% das pessoas idosas se situa na faixa etária ≥ 85 e na categoria de Muito-idosos. Na faixa etária dos 75-84 anos de idade e na categoria de idosos-idosos encontramos 27,8% das pessoas idosas e no grupo etário dos 65-74 anos de idade e na categoria de idosos-jovens encontramos 11,1% das pessoas idosas. Estes dados revelam uma desigualdade e vão ao encontro dos dados por grupos etários da população idosa apresentados pelo Instituto Nacional de Estatística, os quais demonstram a feminização do envelhecimento demográfico (INE, 2017), devido ao facto da esperança de vida das mulheres ser superior à dos homens. A esperança média de vida, em 2016, situou-se nos 77,61 anos para o sexo masculino e nos 83,33 anos para o sexo feminino (INE, 2017). Este permanente envelhecimento da população aliado á baixa fecundidade, baixa natalidade e níveis elevados de emigração da população ativa conduzem a um maior envelhecimento populacional e a um maior aparecimento de situações de dependência.

Em relação ao estado civil, 50% das pessoas idosas dependentes são casadas/união de facto, seguido de 44,4% com o estado civil de viúvo/a, e por último com 5,6% as pessoas idosas solteiras. Não encontramos nenhuma pessoa idosa divorciada ou separada nem noutra situação de relação conjugal. Estas conclusões vão ao encontro dos resultados de outros estudos realizados com pessoas idosas dependentes, nos quais as situações de viúvos e casados eram as que apresentavam igualmente maior frequência (Andrade,2009; Nascimento, 2014; Pereira, 2015).

Em relação às habilitações académicas a maioria (50,0%) das pessoas idosas dependentes do nosso estudo possuem o 1º ciclo do ensino básico ou equivalente, 33,3% são analfabetas, 11,1% possuem o 3º ciclo do ensino básico ou equivalente e 5,6% sabe ler e escrever. As categorias do 2º ciclo do ensino básico, ensino secundário e ensino superior não apresentaram qualquer registo. Podemos concluir á semelhança de outros estudos, que estes idosos apresentam um baixo nível de escolaridade (Andrade, 2009; Nascimento, 2014).

- Em relação á atividade profissional que exerciam, constatamos que 44,4% das pessoas idosas dedicou a sua vida a ser agricultor/a, seguida de domésticas (16,7%), de pedreiro (11,1%), e por fim aparece a atividade de pastor, guarda-fiscal, professor(a) primário(a), empregado fabril e empresária de restauração com 5,6% de referências em cada atividade. As atividades mais referenciadas são as de agricultor (a) e doméstica. Os nossos resultados poderão ser justificados devido ao facto de a maioria das pessoas idosas residir em zonas rurais e também ao seu baixo nível de escolaridade e onde a atividade de agricultor (a) seria o único recurso disponível destinando-se fundamentalmente a consumo próprio, sendo esta uma atividade presente tanto do sexo masculino como no sexo feminino. Também se pode dever ao facto de a maioria das pessoas idosas serem do sexo feminino e residirem numa zona rural onde as funções tradicionalmente atribuídas às mulheres são as de se dedicarem aos trabalhos domésticos, educação dos filhos e cultivo dos campos. Também Andrade (2009) no seu estudo com pessoas idosas dependentes verificou que a maioria das pessoas idosas exerceu durante a vida, ocupações ligadas ao sector primário.

- Relativamente ao tipo de família, apurámos que a maioria das pessoas idosas (44,4%) do nosso estudo, à semelhança das pessoas idosas de outros estudos (Paúl, 1997; Araújo, 2010; Martins, 2011), vivem numa família nuclear constituída pelo casal de idosos e por um(a) filho (a) e 44,4% vive num tipo de família monoparental. O tipo de família reconstruída, e alargada apresentaram 5,6% das pessoas idosas cada um. O tipo de família unitária não apresentou

qualquer registo. Estes resultados poderão ser justificados com o número elevado de pessoas idosas em que um membro do casal é o cuidador do outro e de pessoas idosas em situação conjugal de viuvez a viverem com os descendentes e a necessitarem da prestação de cuidados na satisfação das suas necessidades humanas básicas.

Fonte de rendimentos

Relativamente à fonte de rendimento principal dos idosos dependentes, apuramos que 33,3% tem reforma por velhice ou limite de idade, 11,1% possuem reforma por invalidez ou incapacidade, 11,1% pessoas idosas possuem a pensão de aposentação, 16,7% possuem uma reforma do estrangeiro. Destaca-se ainda que não existe nenhum idoso sem pensão. Estes resultados vão ao encontro aos obtidos por Sousa (1993), Amaral e Vicente (2001), e Guedes (2011) em que a principal fonte de rendimentos da maioria das pessoas idosas era a reforma por velhice.

Tipos de apoio

As pessoas idosas do nosso estudo recebem apoios formais e informais. Quanto ao tipo de apoio, apuramos que a visita domiciliária de enfermagem é o tipo de apoio que as pessoas idosas dependentes mais usufruem, totalizando 100% dos idosos, seguida da visita domiciliária médica e de enfermagem com 11,1% dos registos assim como o apoio domiciliário e Visita domiciliária de enfermagem todas provenientes da UCSP da área de residência. Quanto ao apoio informal o apoio é exclusivamente da família, vizinhos e amigos e é prestado á totalidade dos idosos. Uma complementaridade destes dois tipos de apoios é essencial para a manutenção da pessoa idosa no domicílio, sem a qual não seria possível. Os nossos dados vão ao encontro a um estudo realizado por Rodríguez, Alvarez e Cortés (2001), sobre necessidades e ajudas dos cuidadores informais de pessoas idosas dependentes, no qual a maioria percentagem dos cuidadores (84,4%) recebia ajuda do sistema de saúde e de entre estes, a quase totalidade (93,5%) recebia ajuda do centro de saúde. Também Martins (2014) verificou no seu estudo sobre cuidadores que a maioria recebia apoio da família, vizinhos e amigos.

Nível e grau de dependência

Em relação á causa da dependência, a maioria dos idosos ficou a necessitar de apoio, acompanhamento e supervisão de um cuidador devido a um acidente vascular cerebral sendo responsável por 61,1% das situações de dependência, seguido por cancro com 16,7% das

situações de dependência, as doenças neurológicas com 16,7%, e por fim temos o acidente como responsável de 5,6% dos casos de dependência. Os nossos resultados vão ao encontro às principais causas de limitação de atividade nas pessoas idosas apontadas por Berger e Mailloux-Poirier (1995), Andrade (2009), e Pereira (2015). Também segundo o INE (2017) o AVC é a principal causa de morbidade em Portugal e está associado à perda da autonomia e capacidade funcional para o desempenho das atividades de vida diária, requerendo assim a ajuda de outros (Martins, 2006).

Relativamente à avaliação funcional das AVD, das pessoas idosas avaliada através da escala de Barthel, constatamos que 38,9% eram totalmente dependentes, 16,7% severamente dependentes, 11,1% com dependência moderada e 33,3% ligeiramente dependentes. Concluimos que a maioria das pessoas idosas é totalmente dependente em todos os itens do Índice de Barthel, sendo mais acentuada e com início em grupo etário mais baixo no sexo masculino. É no sexo masculino que verificamos o maior número de casos de idosos totalmente dependentes e é no sexo feminino que encontramos o maior número de casos de idosos ligeiramente dependentes. Outros estudos que também identificaram o nível de dependência de idosos em contexto domiciliário concluíram que, a maioria era totalmente dependentes e que o grau de dependência é tanto maior quanto mais elevado for o grupo etário (Araújo, 2010; Pereira, 2015).

No que concerne à avaliação geral das AVD inscritas no Índice de Barthel verificamos que as mulheres apresentam maior dependência para as atividades de vida diária da alimentação, uso da casa de banho, controlo intestinal, controlo vesical, e transferência cadeira/cama, mais presente no grupo etário a partir dos 75 anos. Os homens apresentam maior dependência para as atividades de vida diária de vestir e despir, higiene-corporal, subir e descer escadas, e deambulação com início no grupo etário a partir dos 65 anos. Na AVD banho, verificámos que a dependência foi igual para ambos os sexos.

Em relação à dependência nas AIVD avaliado através do índice de Lawton, constatamos todos os idosos do nosso estudo são severamente dependentes, sendo 44,4% do sexo masculino e 55,6% do sexo feminino, com idade entre os 66 e os 99 anos, sendo a idade média de 85,7 anos. Os homens apresentam maior dependência para as atividades instrumentais da vida diária cuidar da Casa e usar o Telefone, com início no grupo etário dos 65-74 anos e presente em todas AIVD. no grupo etário a partir dos 75 anos. Nas AIVD lavar a Roupa, preparar as refeições, fazer as compras, usar o transporte, usar o dinheiro, e responsabilizar-se pelos medicamentos,

verificámos que a dependência foi igual para ambos os sexos. Encontramos 1 caso no grupo etário dos ≥ 85 anos do sexo feminino que apresentava alguma independência para usar o telefone, usando-o para telefonar para lugares familiares.

Em relação à função cognitiva avaliada pela escala de Pfeiffer, os resultados obtidos revelam que 50,0% das pessoas idosas apresentam deterioração intelectual grave mais predominante no sexo feminino no grupo etário dos ≥ 85 anos de idade, 33,3% deterioração intelectual moderada mais predominante no sexo masculino no grupo etário dos ≥ 85 anos de idade, e 16,7% das pessoas idosas apresenta deterioração intelectual baixa sendo na sua totalidade do sexo feminino e predominante no grupo etário dos 75-84 anos de idade. De salientar que não observamos nenhuma pessoa idosa com função intelectual intacta. Destacamos ainda que todas as pessoas idosas do nosso estudo, com função intelectual baixa pertencem ao sexo feminino. Concluimos á semelhança de outros autores que é no sexo feminino que observamos a maioria das pessoas idosas com uma deterioração intelectual grave predominante nos grupos etários mais elevados (Imaginário, 2008; Andrade, 2009).

Caracterização do cuidador informal

Caraterização sociodemográfica

Relativamente à caraterização sociodemográfica dos cuidadores informais, os resultados por nós obtidos relativos às variáveis, sexo, grupo etário, estado civil, habilitações académicas e atividade profissional, relação com a pessoa idosa dependente, e coabitação. vão ao encontro de vários estudos e à literatura nacional e internacional (Rodríguez, Alvarez, e Cortés, 2001; Imaginário, 2008; Andrade, 2009; Guedes, 2011; Ramos, 2012; Martins, 2013; Miranda, 2013; Martins, 2014; Nascimento, 2014; Pereira, 2015; Gonçalves, 2017).

A amostra do nosso estudo revela que 83,3% dos cuidadores é do sexo feminino e, apenas 16,7% são do sexo masculino, o que vai de encontro com a revisão bibliográfica feita anteriormente em que além da maior longevidade das mulheres em relação aos homens, um dos determinantes de assunção do papel de cuidador é o fato de ser do sexo feminino devido ao papel tradicional que lhe é atribuído de cuidar da casa, das lidas domésticas e de ter mais tempo para cuidar da pessoa idosa dependente (Sousa, Figueiredo e Cerqueira, 2004; Sequeira, 2018).

Já quanto à idade, no nosso estudo a idade variou entre 32 anos como idade mínima e 86 anos como idade máxima, com predominância no grupo etário dos 40 aos 49 anos sendo a idade media de 64,3 anos, o que vai de encontro a estudos de outros autores sobre cuidadores informais (Cerqueira, 2005; Andrade, 2009; Ricarte, 2009; Guedes, 2011; Martins, 2013;

Gonçalves, 2017). Um dado que nos parece de extrema importância é a idade destes cuidadores já que a partir dos 70 anos de idade verificamos ainda a existência de 38,9% dos cuidadores, o que nos faz depreender que a pessoa idosa ainda pode dar um grande contributo no seu papel de cuidar, talvez justificado pelos fortes laços familiares principalmente deveres conjugais e filiais. De facto, a longevidade cada vez maior das pessoas idosas, pode explicar que “(...) a idade dos prestadores de cuidados é influenciada pela idade dos idosos, ou seja, quanto mais velha for a pessoa dependente, mais velho será o cuidador” (Pereira, 2015:100).

Relativamente ao estado civil, observamos que 66,7% dos cuidadores são casados, 22,3% são solteiros, 5,5% são viúvos, e por último encontramos 5,5% com o estado civil de divorciado. Também, noutros estudos da área, os cuidadores informais casados representam a maior proporção daqueles que prestam cuidados ao idoso dependente (Cerqueira, 2005; Imaginário, 2008; Andrade, 2009; Ricarte, 2009; Guedes, 2011; Sousa, 2011; Martins, 2013; Miranda, 2013; Martins, 2014; Pereira, 2015; Gonçalves, 2017; Ferreira, 2018).

No que se refere às habilitações académicas, os resultados apontam para 88,9% dos cuidadores com algum grau de escolaridade o que poderá dever-se ao facto de em Portugal terem sido implementadas medidas de combate ao analfabetismo, podendo levar á continuação de estudos por um maior número de indivíduos. Também poderá dever-se a existirem filhos (as) que, tendo formação superior e que pelo facto de estarem reformados (as) alteraram a sua residência em função da necessidade de prestação de cuidados por parte da pessoa idosa. Reparamos que 22,2% dos cuidadores possuem o ensino superior, 22,2% possuem o 2º ciclo do ensino básico ou equivalente, 16,7% dos cuidadores sabem ler e escrever, 16,7% dos cuidadores possuem o 1º ciclo do ensino básico ou equivalente, 11,2% dos cuidadores são analfabetos, 5,5% dos cuidadores possuem o 3º ciclo do ensino básico ou equivalente, e por fim 5,5% dos cuidadores possuem o ensino secundário ou equivalente. Aqui contrariamos outros estudos que mostram a baixa escolaridade dos cuidadores informais em que a maioria apenas termina o 1º ciclo (Andrade, 2009; Ricarte, 2009; Nascimento, 2014; Pereira, 2015; Veiga, 2016; Gonçalves, 2017; e Ferreira, 2018).

No que diz respeito à atividade profissional podemos constatar 77,8% dos cuidadores não exerce qualquer atividade profissional e apenas 22,2% tem alguma atividade profissional. Verificamos que 50% dos cuidadores informais já se encontra reformado, o que poderá dever-se ao facto de já serem também eles idosos e deste modo terem mais tempo para cuidar da pessoa idosa dependente. Com a situação profissional de desempregado (a) encontramos 22,2%

dos cuidadores, o que poderá ser justificado pelo facto de a zona de estudo ser pouco industrializada e com escassas ofertas de emprego o que por outro lado lhes permite estarem mais disponíveis para prestarem cuidados à pessoa idosa dependente. Encontramos 11,1% dos cuidadores empregados a tempo inteiro e 11,1% dos cuidadores empregados a tempo parcial. Apenas encontramos 5,6% dos cuidadores cuja atividade profissional é doméstica. Os nossos resultados vão ao encontro de outros estudos da área em que a maioria dos cuidadores informais era reformados (Araújo, 2010; Ramos, 2012; Gonçalves, 2017; Ferreira, 2018). Outros estudos, no entanto, apresentam dados diferentes em que os cuidadores na sua maioria estão empregados (Miranda, 2013; Martins, 2013) ou têm profissões ligadas à vida doméstica ou desempregados (Andrade, 2009; Guedes, 2011; Nascimento, 2014; Martins, 2014).

Quanto à relação com a pessoa idosa dependente, verificamos que todos os cuidadores pertencem à esfera familiar da pessoa idosa dependente. Destes, 50% dos cuidadores são filhas, 27,8% são esposas, 11,2% são maridos, 5,5% são noras, e 5,5% são filhos. Das relações familiares a maioria (55,6%) dos cuidadores são descendentes, seguindo-se os cônjuges (38,9%), e por fim as noras (5,5%). Atendendo aos resultados concluímos que quando a pessoa idosa se encontra dependente a tarefa e responsabilidade de cuidar incide habitualmente sobre os elementos da rede familiar que se encontram mais próximos, na sua maioria conjugues ou filhas. Vários autores atribuem como característica destes meios rurais a tradição cultural, em que o cuidar surge como uma obrigação moral atribuída ao sexo feminino, mais do que uma escolha voluntária (Martins *et al*, 2016; Sequeira, 2018). O número elevado de filhas que exercem o papel de cuidadoras informais pode dever-se ao facto de a maioria das pessoas idosas dependentes serem mulheres, verificando-se assim a tendência de as mães preferirem as filhas para cuidarem delas, porque têm uma história de relações mais intensa e íntima. A literatura também aponta para que o papel de cuidar é frequentemente transportado para as mulheres da família, normalmente, os cônjuges, filhas, noras, entre outras (Sequeira, 2010; Sequeira, 2018). Assim como estudos de outros autores que concluíram que a família era o principal apoio e quem prestava cuidados à pessoa idosa dependente no domicílio (Araújo, 2010; Gonçalves, 2017; Nascimento, 2014).

Dados da entrevista ao cuidador informal

Experiência do cuidador

No que respeita ao tempo de prestação de cuidados ao idoso dependente, o nosso estudo aponta para uma prestação de cuidados que variou entre 1 ano (ponto mínimo) e os 26 anos

(ponto máximo), sendo a média de prestação de cuidados os 9,7 anos, em que em 38,9% dos casos já se prolonga no intervalo de tempo de 6 a 10 anos. Esta duração da prestação de cuidados poderá ser ainda maior pelo facto de estes terem-se iniciado ainda antes do início da dependência, por a maior parte dos idosos já estarem a coabitar com o prestador de cuidados e estes não se identificarem logo com o seu papel de cuidadores. Deste modo a entrada para o papel de cuidador pode ter uma data muito menor há que efetivamente o cuidador se sente nesse papel, o que nos faz pensar que provavelmente estes cuidadores já exercem o seu papel há mais tempo pelo facto de a maioria deles já se encontrar a coabitar com o seu familiar ainda antes do aparecimento da dependência, sendo deste modo a continuação de uma relação que já existia. Os nossos dados vão ao encontro de outros estudos da área embora com prolongamento no tempo com frequências diferentes, no entanto todos revelam um longo e prolongado período de prestação de cuidados, chegando a ultrapassar os 15 anos (Imaginário, 2008; Andrade, 2009; Araújo, 2010; Guedes, 2011; Ramos, 2012; Martins, 2013; Miranda, 2013; Martins, 2014; Monteiro, 2016).

Relativamente ao tempo dispensado diariamente nos cuidados prestados pelo cuidador informal, verificamos que 55,6% dos cuidadores referem estar disponíveis tempos elevados para a assistência entre 18h a 24 horas por dia, 33,3% dos cuidadores referem estar disponíveis menos de 6 horas por dia e apenas 11,1% referem estar disponíveis entre 6 < 12 horas por dia. De salientar que não encontramos nenhum cuidador disponível entre 12 h < 18 h diárias de prestação de cuidados á pessoa idosa dependente. Estes tempos elevados despendidos pelos cuidadores na prestação de cuidados ao idoso dependente deve-se ao facto de este se encontrar num severo grau de dependência física e cognitiva o que faz aumentar a intensidade e frequência dos cuidados. Os nossos resultados vão de acordo aos encontrados por outros autores em que a maioria dos cuidadores referiam tempos elevados dispensados diariamente na prestação de cuidados á pessoa idosa dependente (Ricarte, 2009; Guedes, 2011).

Relativamente a ter outra pessoa dependente para cuidar verificamos que 94,4% dos cuidadores não possui mais nenhuma outra pessoa dependente para prestar cuidados, e alguns referem mesmo nem querer nos faz deduzir este ser um trabalho árduo e pesado para o cuidador. A literatura refere-nos que quando existe simultaneidade de prestação de cuidados existe um impacto negativo nos níveis de sobrecarga do cuidador (Marques, 2007).

Determinantes na adoção do papel de cuidador

Relativamente aos determinantes na adoção do papel de cuidador concluímos que 28,7% dos cuidadores a relação de parentesco surge como uma das principais razões determinantes na adoção do papel de cuidador seguida da obrigação ou dever (17,9%). Outros motivos apresentados como um fator determinantes para a adoção do papel de cuidador são respetivamente por ordem crescente de registos a, a necessidade (10,7%), o amor, a coabitação anterior, razões económicas, estar desempregada (o) e respeito pela vontade da pessoa idosa (7,1% cada subcategoria respetivamente), e por fim surge como fator determinante na adoção do papel de cuidador a decisão própria e bem estar da pessoa idosa com 3,6% das referências respetivamente cada subcategoria. Todas elas essencialmente devido à relação familiar e marcadas fortemente pela tradição, padrões e normas sociais vigentes numa região predominantemente rural. Também Relvas (1996:215) nos dá conta de que “(...) afinal os idosos não são tão abandonados pelas famílias quanto se pressupõe”. Também para outros autores a relação de parentesco ou laços de consanguinidade e/ou conjugais e a obrigação, surgem como as principais razões para cuidar (Cerqueira, 2005; Imaginário, 2008; Guedes, 2011; Monteiro, 2016).

Determinantes na preferência para cuidar no domicílio e não numa instituição

No que concerne ao domicílio como lugar de preferência para cuidar do idoso dependente, a totalidade dos cuidadores considera que o domicílio é o lugar de eleição para a pessoa idosa dependente viver os seus últimos dias com dignidade. Porque é na sua casa que o idoso quer ficar junto dos seus entes queridos, recordações que lhe são queridas, porque ai lhe são prestados os melhores cuidados com todo o afeto e carinho trazendo ao idoso sentimentos de felicidade e alegria pessoais. Apuramos que 30,8% dos cuidadores referem o respeito pela vontade da pessoa idosa em se querer manter no domicílio, como razão para preferir cuidar o idoso no domicílio e não numa instituição. Segue-se o bem-estar da pessoa idosa (23,0%), o carinho e amor (19,2%), razões económicas (11,6%), a companhia da pessoa idosa (7,7%), e inadaptação às regras institucionais por parte do idoso (7,7%). O domicílio oferece á pessoa idosa dependente a possibilidade de se manter rodeada de pessoas e recordações significativas além de lhe permitir a continuidade das suas rotinas de vida habituais, sendo deste modo o seu lugar de preferência e conforto. No domicílio o idoso encontra além do apoio formal, o apoio informal da família, amigos e vizinhos, revivendo recordações que lhe são familiares e queridas, contribuindo para elevar a autoestima do idoso, e o seu bem-estar. Numa instituição os

familiares e amigos do idoso dependente ficam restritos a horários de visitas e o idoso sujeito a regras de convívio e de rotinas diárias enquanto no domicílio esse aspeto formal não se verifica. Também outros autores de estudos da área concluíram que é no domicílio que a tarefa de cuidar é repleta de amor, carinho e conforto pondo de parte a institucionalização, salvo em situações de força maior (Rodríguez, Alvarez, e Cortés, 2001; Cerqueira, 2005; Andrade, 2009; Martins, 2013; Nascimento, 2014; Ferreira, 2017).

Cuidados em que sente mais dificuldade

Os cuidados em que os cuidadores sentem mais dificuldade são o autocuidado mobilização e transferência com uma percentagem de registos de 29,7%, o autocuidado banho com 16,2% de registos, o autocuidado alimentação com 13,6% dos registos, o autocuidado higiene corporal com 13,5% dos registos, o autocuidado vestir e despir com 10,8% dos registos, o autocuidado eliminação com 8,1% dos registos, e a comunicação com a pessoa idosa com 8,1% dos registos. Concluímos que 91,9% dos cuidadores dificuldade essencialmente em os cuidados instrumentais, nomeadamente no autocuidado mobilização e transferência, o autocuidado banho, o autocuidado alimentação, o autocuidado higiene corporal, o autocuidado vestir e despir, e autocuidado eliminação. Estas dificuldades podem dever-se ao á falta de empoderamento do cuidador, mas também a este ser também idoso e já revelar algumas dificuldades físicas nestes cuidados por exigiram algum esforço da sua parte. Nos autocuidados expressivos 8,1% dos cuidadores revelam dificuldades essencialmente na comunicação com a pessoa idosa. Esta dificuldade pode dever-se ao facto de a pessoa idosa já ter adquirido hábitos que dificilmente o cuidador conseguirá que perca e também ao facto de o idoso dependente sentir que através da sua teimosia consegue ainda manter um pouco da sua autonomia e fazer valer a sua posição. Estas dificuldades são igualmente referidas por outros autores em estudos realizados com cuidadores informais de idosos dependentes em contexto domiciliário (Imaginário, 2008; Andrade, 2009; Guedes, 2011; Costa, 2012; Martins, 2013; Miranda, 2013; Martins, 2014, Nascimento, 2014; Pereira, 2015).

Sentir necessidade de formação

Constatamos que 83,3% dos cuidadores referem sentir necessidade de formação para melhor cuidar da pessoa idosa dependente em contexto domiciliário. Sem necessidade de formação encontramos 16,7% dos cuidadores. Esta convicção de ter conhecimentos suficientes

para cuidar a pessoa idosa dependente no seu domicílio, poderá dever-se ao facto de existir experiência anterior e por outro lado poderá também dever-se ao desconhecimento das suas próprias necessidades educativas.

Necessidade educativas dos cuidadores informais

Relativamente às necessidades educativas sentidas pelos cuidadores informais decorrentes da tarefa de cuidar o idoso dependente, salienta-se com 21,0% dos registos as necessidades educativas no autocuidado mobilização e transferência, 15,8% no autocuidado alimentação, 15,8% na comunicação com a pessoa idosa, 10,5% dos cuidadores referem necessidades educativas no autocuidado banho, 10,5% dos cuidadores referem necessidades educativas em matéria de direitos e apoios sociais, 10,5% dos cuidadores referem necessidades educativas na gestão da terapêutica da pessoa idosa, 5,3% dos cuidadores referem necessidades educativas na aspiração de secreções, 5,3% dos cuidadores referem necessidades educativas na autovigilância da doença e 5,3% dos cuidadores referem necessidades educativas em cuidados com a sonda PEG. Observamos que os cuidadores referem várias necessidades educativas no sentido de melhor aperfeiçoarem a prestação de cuidados a pessoa idosa. As necessidades do cuidador poderão estar relacionadas com a falta de informação e de conhecimentos sobre como lidar da melhor forma com as limitações físicas e cognitivas decorrentes das doenças crónicas associadas ao envelhecimento. À semelhança de outros estudos sobre necessidades dos cuidadores informais de pessoa idosa dependente, também concluímos que os cuidadores manifestam necessidade em ter formação sobre estratégias nos cuidados a prestar á pessoa idosa (Cerqueira, 2005; Imaginário, 2008; Andrade, 2009; Guedes, 2011; Machado, 2013; Martins, 2014; Gonçalves, 2014; Amado, 2016).

Apoios informais

Quanto aos apoios informais de que os cuidadores e a pessoa idosa dependente possuem verificámos que estes são prestados essencialmente pela família, pelos amigos e/ou vizinhos. O apoio da família é prestado a 93,2% dos cuidadores e este é um tipo de apoio regular e voluntário e caracteriza-se essencialmente pelo apoio instrumental, serviços externos, sócio-afetivo, tarefas domésticas, Apenas 6,8% dos cuidadores refere não ter apoio nenhum por parte da família verificando-se um possível isolamento familiar e sobrecarga do cuidador. Desta forma e á semelhança de outros estudos concluímos que a família se organiza de forma a apoiar o cuidador nos cuidados instrumentais, em realizar serviços externos, em dar apoio sócio-afetivo,

e em tarefas domésticas (Imaginário, 2008; Andrade, 2009; Guedes, 2011; Barbosa, Oliveira e Figueiredo, 2012, Martins, 2014).

O apoio de amigos e vizinhos é prestado a 81% dos cuidadores e traduz-se em apoio instrumental, pequenos serviços externos, sócio-afetivo, e tarefas domésticas. Este é um tipo de apoio, que surge como um auxílio esporádico nas dificuldades e necessidades quotidianas do cuidador atenuando a sua exaustão e torna-se ao mesmo tempo uma importante fonte de apoio físico e emocional. Apenas 19% dos cuidadores refere não ter apoio nenhum por parte dos amigos e vizinhos o que talvez se deva ao facto de na maior parte das zonas rurais os habitantes serem escassos e os que existem serem também eles todos idosos com doenças crónicas e fragilidades associadas ao próprio processo de envelhecimento. Em comparação com o apoio da família, esta rede de apoio informal constituída pelos amigos e vizinhos, prestam apoio de forma esporádica e em pequenas tarefas quando comparada com o cuidador informal. Desta forma e á semelhança de outros estudos concluimos que a maioria dos amigos e vizinhos prestam um importante apoio ao idoso dependente e ao cuidador nos cuidados instrumentais, em realizar pequenos serviços externos, em dar apoio sócio-afetivo, e em tarefas domésticas (Andrade, 2009; Araújo, 2010; Guedes, 2011; Martins, 2014).

Quando precisam de alguém que realize as mesmas tarefas em períodos curtos de ausência, 65,0% dos cuidadores referem que contam com a família, 20% contam com pessoas amigas ou vizinhos, e 15% não podem contar com ninguém. Este apoio é essencial para o cuidador tratar de assuntos pessoais e ganhar um novo fôlego. Concluimos que 85% dos cuidadores tem o apoio de alguém, que na sua maioria emerge da esfera familiar, para se for necessário realizar as mesmas tarefas em períodos curtos de ausência do cuidador. Também Araújo (2015) concluiu que a maioria (63%) dos cuidadores conta com a ajuda da família, contribuindo para o alívio da sobrecarga do cuidador.

Quando precisam de alguém que realize as mesmas tarefas em períodos longos de ausência, verificamos que a maioria (72,2%) dos cuidadores pode contar com a família para prestar cuidados á pessoa idosa se precisar de se ausentar por períodos longos de ausência e que 27,8% dos cuidadores não têm ninguém que os substitua. Em comparação com períodos curtos de ausência quando este período se converte em longo, o cuidador deixa de contar com o apoio dos amigos e vizinhos. Verificamos deste modo que a família é o grande suporte do cuidador informal e que aquela exerce a sua função protetiva em relação aos seus membros mais fragilizados quando as vivências familiares assim o exigem.

No nosso estudo observamos que 66,7% referem que gostavam de ter mais apoio, e 33,3% refere que está bem conforme está e que não gostava de ter mais apoio do que aquele que tem. Concluímos que a maioria dos cuidadores não está satisfeito com o apoio que tem e que sente necessidade de ter mais ajuda para cuidar da pessoa idosa dependente no domicílio.

Apoios formais

Quanto aos apoios formais de que os cuidadores e a pessoa idosa dependente possuem, verificámos que estes são prestados essencialmente por uma instituição ou serviço e que para além dos apoios do serviço nacional de saúde e do apoio social mediante o pagamento da reforma, que já vimos anteriormente, os cuidadores recebem outros apoios formais. Verificamos que 72,2% dos cuidadores referem que não têm qualquer tipo de apoio ou serviço formal institucional. O apoio domiciliário foi referido por 11,1% dos cuidadores, traduzindo-se este em apoio na confeção da alimentação, higiene, tratamento da roupa e limpeza da casa. Do Centro de dia recebem apoio 11,1% dos cuidadores O apoio do Centro de dia também se releva importante no empréstimo de ajudas técnicas, essenciais á qualidade de vida do idoso e no suporte á prestação de cuidados por parte do cuidador. Verificamos que 5,6% dos cuidadores recorre ao serviço particular, periódico, programado e pago como forma de resposta ao défice de autocuidado da pessoa idosa dependente representando um gasto económico elevado na vida diária do cuidador.

Corrobamos outros estudos na área em que também chegaram á conclusão que os apoios informais fornecidos no próprio domicílio da pessoa idosa dependente, por instituições se traduz em apoio instrumental á pessoa idosa a nível da alimentação, higiene, ajudas técnicas e tarefas domésticas (Andrade, 2009; Amado, 2016).

Constatamos que 22,2% conta com ajuda financeira do estado para além da reforma. Esta ajuda traduz-se no complemento por dependência e que este apoio económico torna-se fundamental na ajuda para fazer face a despesas económicas que acarreta cuidar de uma pessoa idosa dependente no domicílio. No entanto 77,8% dos cuidadores não tem ajuda financeira do estado o que poderá dever-se á falta de informação ou conhecimento dos direitos a que tem a pessoa idosa dependente.

De uma forma geral tanto a pessoa idosa como o cuidador informal são apoiados quer através de apoios informais como apoios formais. O apoio informal tem uma ação que se caracteriza por se adaptar às necessidades do idoso, ser de carácter permanente, voluntária, gratuita, para todo o tipo de cuidados, cheia de sentimentos, enquanto o apoio formal se

caracteriza por regras, pode ser ou não remunerada, ser de carácter pontual e só para determinados atos. No entanto, uma complementaridade entre os dois apoios traz benefícios e alivia a sobrecarga do cuidador trazendo-lhe mais tempo para se dedicar á tarefa de cuidar o idoso dependente ou mesmo usar esse tempo para seu descanso ou atividades de lazer.

Formação informal

Quanto à maneira como aprenderam a cuidar da pessoa idosa dependente, 40,9% dos cuidadores referem ter desenvolvido as capacidades pessoais através da *necessidade*, 27,3% através de experiência anterior, 18,2% através de tentativa e erro, 13,6% dos cuidadores refere que é autodidata. Os cuidadores invocaram uma aprendizagem forçada pela necessidade sentida, pela prática decorrente de experiências anteriores, através de tentativas e erros e ao verem-se sozinhos confrontados com o inesperado e desconhecido referem serem autodidatas baseando-se no conhecimento acumulado. Também Andrade (2009), Guedes (2011) e Gonçalves, (2014) concluíram no seu estudo sobre cuidadores informais de idosos dependentes, que maioritariamente o processo de aprendizagem dos cuidadores faz-se a partir da prática e necessidades quotidianas dos cuidadores.

Verificamos, que a maioria dos cuidadores (68,4%) não procura informação sobre como cuidar da pessoa idosa dependente em lado nenhum, pois a falta de recursos e apoios na altura certa obrigou-os a construir o processo de aprendizagem a partir da prática e necessidades quotidianas. A procura de informação através do apoio dos profissionais de saúde ao efetuarem a visita domiciliária, foi relatada por 10,5% dos cuidadores. A procura de informação através da internet foi mencionada no relato de 10,5% dos cuidadores e a procura de informação através de suportes literários foi mencionada no relato de 5,3% dos cuidadores. A procura de informação através de outras pessoas que eram funcionárias de um lar, foi mencionada no relato de 5,3% dos cuidadores. Também, outros autores de estudos sobre cuidadores informais de idosos dependentes no domicílio, concluíram que esta formação interferia de forma positiva na tarefa de cuidar o idoso dependente. na vida do cuidador informal na sua tarefa de cuidar o idoso dependente (Andrade, 2009; Guedes, 2011; Monteiro, 2016).

Apuramos que 66,6% dos cuidadores é autodidata, pela necessidade advinda da tarefa de cuidar a pessoa idosa dependente, fazendo, errando e acertando, tornando o cuidador extremamente curioso, aprendendo de forma autónoma, pelo seu próprio esforço, e pela procura e pesquisa de informação para colmatar as suas dúvidas e medos. Verificamos que 16,7% dos

cuidadores recorrem a pessoas com experiência em cuidar idosos dependentes para fazer a sua construção de aprendizagem. Ainda apuramos que 16,7% dos cuidadores informais recorrem a profissionais da saúde, nomeadamente a enfermeiras, para adquirir formação e construir a sua aprendizagem.

Formação formal

Verificamos que, 83,3% a maioria dos cuidadores não possui qualquer tipo de formação ou experiência formal específica em cuidar de pessoas idosas dependentes, 11,1% dos cuidadores possuem algum tipo de formação específica para cuidar de pessoas idosas dependentes e 5,6% dos cuidadores possuem experiência específica na área. Podemos concluir que os cuidadores do nosso estudo, à exceção de duas cuidadoras, não possuem formação formal específica para cuidar pessoas idosas e uma cuidadora possui experiência específica devido ao facto de ter trabalhado num lar de idosos, tendo por isso a maioria dos cuidadores como maior arma para prestar cuidados a disponibilidade e boa vontade.

Temáticas aprendidas

Quanto às temáticas aprendidas pelos cuidadores no decorrer das visitas domiciliárias de enfermagem, constatamos que estas são diversificadas e centram-se em aquisição de competências no autocuidado higiene corporal (7,7%), autocuidado mobilização e transferência (15,4%), trocar saco de dispositivos urinários (3,9%), autocuidado alimentação (15,4%), cuidados com a sonda PEG (3,9%), avaliação de sinais vitais (7,7%), cuidados com a sonda nasogástrica (3,9%), execução de pequenos tratamentos (7,7%), integridade cutânea (11,4%), gestão da medicação (7,7%), e gestão de conflitos (3,9%). Constatamos que 88,6% dos cuidadores referem que os enfermeiros criam, aproveitam e incentivam o desenvolvimento de situações propícias, envolvendo o cuidador informal no sentido de aproveitar oportunidades que visem o seu empoderamento no planeamento de cuidados a prestar ao idoso dependente no domicílio, e apenas 11,4% dos cuidadores referiram que os enfermeiros não lhes ensinaram nada. Corrobamos outros estudos na área em que, o contributo prestado pela equipa de enfermagem na preparação dos cuidadores, para cuidar do idoso no domicílio, visa a preparação do cuidador para o autocuidado (Cerqueira, 2005; Andrade, 2009).

Momentos de aprendizagem

Os momentos de aprendizagem foram na sua totalidade em contexto domiciliar e verificamos que 55,5% dos cuidadores refere como principal momento de aprendizagem a execução de tratamentos. Já, 16,7% dos cuidadores relata com momento de aprendizagem a vigilância do estado de saúde da pessoa idosa pelos enfermeiros. Por fim com 11,1% dos cuidadores refere como momento de aprendizagem o internamento. De salientar que 16,7% dos cuidadores referiu que não lhe tinha sido ensinado nada pela equipa de enfermagem na sua preparação para cuidar do idoso no domicílio. Do atrás exposto verificamos que á semelhança de outros estudos, o domicílio é o local ideal para o cuidador poder expressar as suas dificuldades por ser o cenário real da prestação de cuidados, pelo que os enfermeiros munidos de competências e capacidades de comunicação, aproveitam esses momentos para promover e capacitar o cuidador informal no sentido de empoderar o cuidador e maximizar a autonomia e independência da pessoa idosa no domicílio (Imaginário, 2008; Andrade, 2009).

Metodologia de aprendizagem

Em relação aos métodos e/ou técnicas utilizadas pelos enfermeiros na aprendizagem dos cuidadores verificamos que 36,4% dos cuidadores refere como principal metodologia de aprendizagem a exposição verbal, seguindo-se com 31,8% dos relatos dos cuidadores a observação com posterior imitação. E por fim com 18,2% dos relatos dos cuidadores verificamos a experimentação supervisionada como metodologia de aprendizagem em que o enfermeiro como educador faz uso da prática para demonstrar as técnicas a ensinar. De salientar que 13,6% dos cuidadores referiu que não lhe tinha sido ensinado nada pela equipa de enfermagem na sua preparação para cuidar do idoso no domicílio. Também outros autores nos seus estudos verificaram as mesmas metodologias de aprendizagem. (Araújo, 2010; Andrade; 2009)

2- LIMITAÇÕES DO ESTUDO E SUGESTÕES PARA O FUTURO

Não se satisfaça com a limitação, procure mais, evolua mais, cresça e mude (Anónimo).

Como principal limitação do nosso estudo, salientamos a natureza e dimensão da amostra reduzida que tornam o estudo limitado e com impossibilidade de generalizar os resultados. No entanto consideramos que a qualidade dos cuidados prestados é importante na recuperação da autonomia e promoção ao máximo da independência da pessoa idosa.

Como sugestão para o futuro e face à evidência dos resultados obtidos consideramos importante desenvolver outros estudos na mesma área temática, para melhor podermos generalizar os resultados. Esta é uma sugestão que deixamos em aberto para trabalhos futuros, já que embora exista um número elevado e diversificado de estudos nesta área, nunca é demais investigar esta temática, pois empoderar os cuidadores informais de conhecimentos e habilidades, deve ser uma prioridade fundamental dos cuidados a prestar à pessoa idosa dependente. Neste sentido fica a sugestão para que também os organismos governamentais desenvolvem políticas sociais de apoio ao cuidador informal, que envolvam os poderes locais como as câmaras municipais e juntas de freguesia. O envolvimento conjunto de várias entidades sempre tem mais força junto do poder central, no sentido de forçar a publicação em diário da república do tão falado estatuto do cuidador informal. Também a criação de uma linha telefónica local de apoio ao cuidador informal ou promover o voluntariado de ajuda domiciliar ao cuidador informal da pessoa idosa dependente, ou ainda com a criação de um banco de ajudas técnicas para emprestar aos mais economicamente carenciados, tão necessárias à qualidade de vida e bem-estar tanto do idoso dependente como do cuidador informal. Todos nós devemos centrar os cuidados no cuidador informal, e não apenas no idoso dependente, uma vez que o bem-estar de um, depende do bem-estar do outro.

CONCLUSÕES

“Eu não sinto a idade, são os outros que a sentem em mim” (Satre).

No momento de concluirmos o nosso estudo, consideramos relevante fazer algumas considerações finais sobre o desenvolvimento e sobre as principais conclusões a que chegamos. O tema por nós escolhido afigura-se pertinente tendo em conta uma sociedade marcada pelo envelhecimento da população, com conseqüente aumento do aparecimento de doenças crónicas e incapacitantes, aumentando o sofrimento a vulnerabilidade e a dependência da pessoa idosa. Senda a família a principal célula da sociedade e atendendo ao facto de ser na família que tradicionalmente se encontram a maioria dos cuidadores informais afigura-se de primordial importância que se tente preservar o idoso dependente no domicílio. Para tal é necessário dotar os cuidadores de um conjunto de conhecimentos, de capacidades, habilidades e recursos da comunidade que lhes permitam manter a pessoa idosa dependente no seu domicílio com o melhor nível de qualidade de vida possível. Para tal também é fundamental que seja avaliada a qualidade de vida e saúde dos cuidadores informais começando por avaliar as suas necessidades e dificuldades, já que estes assumem um papel determinante na prestação de cuidados ao idoso dependente.

A vivência em contexto real da prestação de cuidados à pessoa idosa dependente permitiu confiança, confidencialidade e facilitou a empatia da díade Enfermeiro – Pessoa idosa dependente/Cuidador. Desta forma e no próprio ambiente natural colhemos na fonte direta os dados para contruirmos de uma forma sustentável e verdadeira quais as necessidades educativas do cuidador informal na sua tarefa de cuidar a pessoa idosa dependente em contexto domiciliário.

As conclusões que retiramos do nosso estudo despontam, dos objetivos inicialmente por nós propostos, do enquadramento teórico que apoiou a base estrutural da investigação, das questões inicialmente formuladas e da análise e interpretação dos dados obtidos. Passamos deste modo a apresentar de seguida as conclusões dos dados obtidos.

Relativamente às pessoas idosas dependentes, a idade varia entre os 66 e os 99 anos, maioritariamente do sexo feminino. Encontram-se na sua maioria a viver em zonas rurais, com o estado civil de casados/união de facto, com baixo nível de escolaridade, tendo a maioria como atividade profissional no passado profissões ligadas ao sector primário e encontrando-se a viver numa família nuclear. Relativamente à fonte de rendimento principal dos idosos dependentes, todos possuem alguma fonte de rendimentos, sendo a reforma por velhice a sua principal fonte

de rendimentos. Verifica-se uma complementaridade entre os apoios formais e informais em que todos recebem apoios formais dos serviços de saúde nomeadamente da equipa de enfermagem e quanto ao apoio informal o apoio é exclusivamente da família, vizinhos e amigos e é prestado á totalidade dos idosos.

A maior causa da dependência revelou ser o acidente vascular cerebral. Apresentam de uma forma geral um elevado grau de dependência nas AVD, nas AIVD e com uma deterioração intelectual grave.

Quanto aos cuidadores informais, a maioria é do sexo feminino, a idade varia entre os 32 e os 86 anos. Maioritariamente emergem na sua totalidade da rede familiar, sendo na sua maioria filhas, casadas, com uma idade média de 64,3 anos de idade, com o 2º ciclo do ensino básico ou com o ensino superior, reformadas e que vivem em coabitação com a pessoa idosa dependente pelo facto de já viverem juntos antes do estado de dependência da pessoa idosa.

A média de anos de prestação de cuidados pelos cuidadores informais variou entre 1 ano e os 26 anos, sendo a média de prestação de cuidados os 9,7 anos. Este prolongamento de cuidados no tempo do cuidador ao idoso dependente, deve-se ao facto de a mesma ter-se iniciado mesmo antes da dependência pelo facto ambos coabitarem, o que nos faz pensar que provavelmente estes cuidadores já exercem o seu papel há mais tempo pelo facto de a maioria deles já se encontrar a coabitar com o seu familiar ainda antes do aparecimento da dependência, sendo deste modo a continuação de uma relação que já existia. O elevado grau de dependência dos idosos, reclama da maioria dos cuidadores estar disponível para prestar assistência à pessoa idosa entre 18h a 24 horas por dia, pelo que a esmagadora maioria não possui mais nenhuma outra pessoa dependente para prestar cuidados.

Dos discursos dos cuidadores informais das pessoas idosas dependentes em contexto domiciliária, constatamos que os determinantes na adoção do papel de cuidador são predominantemente fruto da relação de parentesco, marcada pela tradição, padrões e normas sociais fortemente presentes nas zonas rurais. Outros motivos apresentados como um fator determinante para a adoção do papel de cuidador passam pelos sentimentos de obrigação ou dever, a necessidade, o amor, a coabitação anterior, razões económicas, estar desempregada (o), respeito pela vontade da pessoa idosa, a decisão própria, e bem-estar da pessoa idosa.

A totalidade dos cuidadores considera que o domicílio é o lugar de eleição para a pessoa idosa dependente viver os seus últimos dias com dignidade e no que concerne aos determinantes na preferência para cuidar no domicílio e não numa instituição, estes passam na sua maioria por

respeito pela vontade da pessoa idosa em se querer manter no domicílio. Outros, no entanto, referem que é no domicílio que reside o bem-estar da pessoa idosa, rodeado de carinho e amor, proporcionando-lhe deste modo um resto de vida digna e feliz na companhia das pessoas que lhe são queridas. Em menor número de registo, outros cuidadores referem razões económicas que impossibilitam o pagamento de um lar, e a inadaptação às regras institucionais por parte do idoso.

Concluimos que a maioria dos cuidadores sentem dificuldade essencialmente em cuidados instrumentais, nomeadamente no autocuidado mobilização e transferência, o autocuidado banho, o autocuidado alimentação, o autocuidado higiene corporal, o autocuidado vestir e despir, e autocuidado eliminação. Pensamos que estas dificuldades se possam justificar pela falta de empoderamento do cuidador, pela idade do cuidador também ele já com idoso e com doenças crónicas próprias da idade que lhe dificultam a prestação de cuidados pelo esforço que estes exigem. Em menor número de registos, outros cuidadores referem sentir dificuldade nos autocuidados expressivos essencialmente na comunicação com a pessoa idosa. Pensamos que o idoso com o passar dos anos adquire hábitos e costumes que faz fazer valer para reforçar alguma da sua autonomia e afirmar a sua posição, o que muitas vezes não é muito bem entendido pelos cuidadores, levando a conflitos e em problemas de comunicação entre ambos.

Apesar dos cuidadores já prestarem cuidados ao idoso há vários anos estes na sua maioria referem que ainda tem muito que aprender, e referem necessidades de formação. Salientam-se as necessidades educativas relacionadas com o autocuidado mobilização e transferência, no autocuidado alimentação, na comunicação com a pessoa idosa, no autocuidado banho, em matéria de direitos e apoios sociais, na gestão da terapêutica da pessoa idosa, na aspiração de secreções, na autovigilância da doença em cuidados com a sonda PEG.

Quanto aos apoios informais de que os cuidadores e a pessoa idosa dependente possuem verificámos que estes são prestados essencialmente pela família, pelos amigos e/ou vizinhos e caracterizam-se essencialmente por apoio instrumental, serviços externos, sócio afetivo, e tarefas domésticas. Em comparação com o apoio da família, o apoio dos amigos e vizinhos caracteriza-se por ser feito mais esporadicamente e em tarefas mais pequenas quando comparada com o apoio da família. Também é na sua maioria com a família que contam os cuidadores, quando precisam de alguém que realize as mesmas tarefas tanto em períodos curtos como em períodos longos de ausência, verificando-se que a família é o grande pilar de suporte e ajuda destes cuidadores. Mesmo assim e devido ao trabalho desgastante que representa cuidar de uma pessoa idosa dependente no domicílio, a maioria dos cuidadores refere que gostava de

ter mais apoio do que aquele que tem, para melhor cuidar da pessoa idosa dependente no domicílio.

Verificamos que os cuidadores e a pessoa idosa dependente, para além dos apoios do serviço nacional de saúde através da visita domiciliária, e do apoio social mediante o pagamento da reforma, os cuidadores na sua maioria não recebem do estado mais nenhum tipo de apoio formal e que apenas uma minoria tem apoio financeiro através do complemento por dependência, o qual se torna uma ajuda para fazer face a despesas mensais necessárias ao bem estar do idoso. Poucos recebem apoio domiciliário e do centro de dia, o que se traduz na confeção da alimentação, higiene, tratamento da roupa, limpeza da casa, e empréstimo de ajudas técnicas, essenciais á qualidade de vida do idoso e no suporte á prestação de cuidados por parte do cuidador. Constatamos ainda que uma minoria ainda recorre a serviços particulares, periódicos, programados e pagos como forma de apoio na prestação de cuidados á pessoa idosa, representando deste modo uma despesa económica acrescida no orçamento familiar.

A maioria não procura informação sobre como cuidar da pessoa idosa dependente no domicílio, construindo o seu processo de aprendizagem a partir das necessidades que foram aparecendo de forma inesperada no dia a dia decorrentes da sua tarefa de cuidar o idoso dependente, por vezes por tentativa e erro, e ainda por acharem-se autodidatas. A minoria que procura informação, fá-lo através dos profissionais de saúde nomeadamente da enfermagem aquando da visita domiciliária, da internet, de suportes literários, e através de outras pessoas com experiência.

A maioria dos cuidadores não possui qualquer tipo de formação ou experiência formal específica para cuidar pessoas idosas dependentes. E quanto à perceção dos cuidadores informais, acerca do contributo na preparação destes aquando das visitas domiciliárias realizadas pelos enfermeiros, verificamos que a maioria dos cuidadores relata como principal momento de aprendizagem a execução de tratamentos, seguida da vigilância do estado de saúde da pessoa idosa pelos enfermeiros. A maior parte dos cuidadores aprende por exposição verbal, seguindo-se a observação com posterior imitação e por fim a experimentação supervisionada. Nestes momentos os cuidadores fazem o desenvolvimento de várias temáticas. Estas são diversificadas e centram-se na aquisição de competências no autocuidado higiene corporal, autocuidado mobilização e transferência, trocar saco de dispositivos urinários, autocuidado alimentação, cuidados com a sonda PEG, avaliação de sinais vitais, cuidados com a sonda

nasogástrica, execução de pequenos tratamentos, integridade cutânea, gestão da medicação, e gestão de conflitos.

A falta de conhecimentos por parte dos cuidadores informais aumenta a insegurança no cuidar. Reconhecemos que ainda há um longo caminho a percorrer no sentido de colocar a educação para a saúde no centro das intervenções da enfermagem. Também pensamos ser relevante no campo da investigação conhecer melhor o envolvimento holístico da díade pessoa idosa/cuidador através da observação real e direta da prestação dos cuidados em contexto domiciliário, a fim de avaliar o envolvimento no cuidar durante a prestação de cuidados ao idoso dependente por parte do cuidador informal, confirmando se o dizer coincide com o fazer.

Os enfermeiros são o elemento chave de todo o processo de desenvolvimento de habilidades do cuidador no seu papel de prestador de cuidados á pessoa idosa dependente no domicílio. Apesar de algumas limitações que se verificaram ao longo da realização do estudo, nomeadamente questões temporais e organizacionais, é com satisfação que no final reconhecemos os objetivos traçados no início do estudo foram atingidos.

No final da elaboração deste estudo pretendemos contribuir para a aquisição de competências na área da Enfermagem de Saúde Comunitária, em que adquirimos as competências necessárias que nos permitam avaliação das necessidades educativas de um grupo ou comunidade como os cuidadores informais, contribuir para o processo de capacitação e empowerment desse grupo ou comunidades.

Consideramos que na sociedade atual é de todo pertinente a criação de programas de intervenção para cuidadores informais. Estes programas deverão fazer parte das políticas de saúde, pois para além de servirem como metodologia de aprendizagem, servem também de momentos para o grupo partilhar as suas experiências e emoções vividas.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Alarcão, M. (2002). *(Des) Equilíbrios familiares: uma visão sistémica*. Coimbra: Quarteto Editora.

Amado, Alda Maria Ferreira (2016). *Sintomatologia Psicopatológica, Desgaste e Qualidade de Vida dos Cuidadores Informais do Doente Dependente: O papel das Estruturas de Apoio Formal*. Dissertação de Mestrado em Psiquiatria Social e Cultural, sob orientação do Professor Doutor Manuel João Quartilho e da Doutora Ana Dias da Fonseca apresentada à Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra. Universidade de Coimbra. Acedido em junho 23, 2018 em: https://estudogeral.sib.uc.pt/bitstream/10316/37075/1/TESE_Alda%20Amado.pdf

Amaral, M. F. e Vicente, M. O. (2001). *Grau de dependência nos idosos*. Nursing. Ano 13, nº 158. Lisboa, pp. 8-14.

Andrade, Fernanda Maria Mendes de (2009). *O cuidado informal à pessoa idosa dependente em contexto domiciliário: Necessidades educativas do cuidador principal*. Tese de Mestrado em Ciências da Educação, Área de Especialização em Educação para a Saúde. Universidade do Minho: Instituto de Educação e Psicologia. Acedido em abril 23, 2018 em Repositório Institucional da Universidade do Minho: https://repositorium.sdum.uminho.pt/bitstream/1822/10460/1/Disserta%C3%A7%C3%A3o_Mestrado_Fernanda_%20Andrade-Vers%C3%A3o_final.pdf

Apóstolo, João Luís Alves (2012). *Instrumentos para Avaliação em Geriatria (Geriatric Instruments)*. Escola Superior de Enfermagem de Coimbra. Coimbra. Acedido em abril 26, 2018 em: https://webcache.googleusercontent.com/search?q=cache:VVXm0zA8UvsJ:https://web.e senfc. pt/v02/include/download.php%3Fid_ficheiro%3D20538%26codigo%3D688697509+&c d=1&hl=pt-PT&ct=clnk&gl=pt

Araújo, Isabel Maria Batista (2010). *Cuidar da família com um idoso dependente: Formação em enfermagem*. Tese de Candidatura ao grau de Doutor em Ciências de Enfermagem submetida ao Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar da Universidade do Porto.

- Porto. Acedido em abril 25, 2018 em Repositório Aberto: <https://repositorio-aberto.up.pt/bitstream/10216/45001/2/TeseDoutIsabel.pdf>
- Araújo, Isabel; Paúl, Constança; Martins, Manuela (2011). *Famílias cuidadoras de idosos: estrutura e desenvolvimento*. Ver. Cienc Cuid Saude 2011 Jul/Set; 10(3):452-458. DOI: 10.4025/cienc cuidsaude.v10i3.9754. Acedido em março 21, 2019 em Researchgate: https://www.researchgate.net/publication/270085962_Familias_cuidadoras_de_idosos_es_trutura_e_desenvolvimento
- Araújo, Anabela da Silva (2015). *Sobrecarga e satisfação com o suporte social do cuidador informal do idoso no concelho de vila nova de Famalicão*. Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiatria. Escola Superior de Enfermagem do Porto. Porto. Acedido em abril 25, 2018 em Repositório Comum: <https://comum.rcaap.pt/handle/10400.26/10726>
- Barbosa, Ana Luísa; Oliveira, Ana Lúcia e Figueiredo, Daniela (2012). *Rede informal de apoio à pessoa idosa dependente: motivações e fatores de stress em cuidadores primários e secundários*. Revista Temática Kairós Gerontologia, 15(1), ISSN 2176-901X. São Paulo (SP), Brasil, fevereiro 2012: 11-29. Acedido em julho 25, 2018 em: <https://revistas.pucsp.br/index.php/kairos/article/viewFile/12823/9311>
- Bardin, Lawrence. (2014). *Análise de conteúdo*. 7ª ed. Lisboa: Edições 70.
- Barros, Ana, et al. (2007). *Manual de boas praticas para a prevenção de quedas na UASII da rede de cuidados continuados*. Funchal: Citma - Centro de Ciência e Tecnologia da Madeira.
- Bento, A. (2012). *A Investigação quantitativa e qualitativa: Dicotomia ou complementaridade?* Revista JÁ, nº 64, ano VII (pp. 40-43).
- Bermejo, José Carlos (2010). *A relação de ajuda no encontro com idosos*. Trad. António Maia da Rocha. Prior Velho: Paulinas Editora.
- Berger e Mailloux-Poirier (1995). *Pessoas idosas. Uma abordagem global*. Trad. A. Madeira; F. A. Silva; L. Abecasis e M. C. Rosa. Lisboa: Lusodidacta.

- Bogdan, Robert; Biklen, Sari (1994). *Investigação qualitativa em educação: uma introdução à teoria e aos métodos*. Porto: Porto Editora, 1994.
- Calvário, Ascensão; Brito, Irma; Brito, Luísa (1999). *Necessidades de informação, educação e apoio nos cuidados a idosos dependentes*. Revista Referência nº3, novembro, 1999.
- Carta dos Direitos Fundamentais da União Europeia (2000). Acedido em Abril 28, 2018 em: http://www.europarl.europa.eu/charter/pdf/text_pt.pdf
- Carvalho, Graça Simões; Gonçalves, Artur; Rodrigues, Vítor e Albuquerque, Carlos. *O modelo biomédico e a abordagem de promoção da saúde na prevenção de comportamentos de risco*. Acedido em julho 7, 2018 em Repositorium Institucional da Universidade do Minho: <http://repositorium.sdum.uminho.pt/bitstream/1822/7640/1/BM%20%26%20HP%20comp- risco.pdf>
- Castro, Susana Cristina Pereira de (2008). *Como aprende o cuidador informal do doente oncológico em fase terminal a cuidar no domicílio*. Dissertação de Mestrado em Ciência de Enfermagem apresentada ao Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar, sob a orientação da Professora Doutora Célia Santos. Universidade do Porto instituto de ciências biomédicas de Abel Salazar. Porto. Acedido em Julho 2, 2018 em Repositório Aberto: <https://repositorio-aberto.up.pt/bitstream/10216/19379/2/TeseSusana.pdf>
- Central Intelligence Agency - The World Factbook (2018). Acedido em março 7, 2019 em <https://www.cia.gov/library/publications/the-world-factbook/>
- Cerqueira, Maria Manuela (2005). *O cuidador e o doente paliativo - Análise das necessidades/dificuldades do cuidador para o cuidar do doente paliativo no domicílio*. Coimbra: Formasau – Formação e Saúde, Lda.
- Collière, M. F. (1989). *Promover a Vida – Da prática das mulheres de virtude aos cuidados de enfermagem*. Trad. M. L. B. Abecasis. Lisboa: Sindicato dos Enfermeiros Portugueses.
- Correia, Cristina; Dias, Fernanda; Coelho, Manuela; Page, Paula e Vitorino, Paulo (2001). *Os enfermeiros em cuidados de saúde primários*. Revista Portuguesa de Saúde Pública, volume temático: 2, pag.75-82.

Costa, Maria Arminda Mendes e tal (1999). *O idoso. Problemas e realidades*. Coimbra: Formasau- Formação e Saúde, Lda.

Costa, Anabela (2012). *A família cuidadora perante a dependência do seu familiar idoso*. Tese submetida como requisito parcial para obtenção do grau de Mestre em Saúde e Envelhecimento. Orientadora: Professora Doutora Maria Amália Silveira Botelho. Faculdade de Ciências Médicas/ Universidade Nova de Lisboa. Lisboa. Acedido em julho 19, 2018 em Run: <https://run.unl.pt/bitstream/10362/8479/1/Costa%20Anabela%20TM%202012.pdf>.

Decreto-Lei n.º 161/96, de 4 de Setembro, Regulamento do Exercício Profissional do Enfermeiro, Acedido em maio 22, 2018 em <https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/AEnfermagem/Documents/REPE.pdf>

Decreto-lei nº 104/1998 de 21 de Abril, Cria a Ordem dos Enfermeiros e aprova o respectivo Estatuto, Ministério da Saúde, Diário da República n.º 93/1998, Série I-A, Acedido em maio 22, 2018 em DRE: <https://dre.pt/pesquisa/-/search/175784/details/maximized>

Decreto-Lei nº 101/2006 de 6 de Junho, Cria a Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados, Ministério da Saúde, Diário da República n.º 109/2006, Série I-A, Acedido em maio 22, 2018 em DRE: <https://dre.pt/pesquisa/-/search/353934/details/maximized>

Despacho n.º 9323-A/2018, Determina a estratégia de implementação de Unidades de Hospitalização Domiciliária no Serviço Nacional de Saúde (SNS), Gabinete da Secretária de Estado da Saúde, Diário da República n.º 191/2018, 1º Suplemento, Série II de 2018-10-03, Acedido em maio 22, 2018 em DRE: https://dre.pt/web/guest/home/-/dre/116587923/details/maximized?serie=II&parte_filter=31&dreId=116587921

Diogo, Maria José D'Elboux (2008). *Qualidade de vida e capacidade funcional na velhice*. Revista Nursing edição brasileira ano 10, edição 117, fevereiro 2008. pág. 66-99.

Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico da Guarda (2008). *Guia de Elaboração e Apresentação de Trabalhos Escritos*. Guarda.

Fernandes, Purificação C. (2000). *A depressão no idoso*. Coimbra: Quarteto Editora.

- Ferreira, Eunice Sofia dos Santos (2017). *Cuidar em parceria da pessoa idosa dependente*. Mestrado em Intervenção para um Envelhecimento Ativo. Instituto Politécnico de Leiria Escola Superior de Educação e Ciências Sociais Escola Superior de Saúde. Leiria. Acedido em agosto 7, 2018 em IC-Online IPLeiria https://iconline.ipleiria.pt/bitstream/10400.8/2652/1/Cuidar%20em%20parceria%20da%20pessoa%20idosa%20dependente_Disserta%C3%A7%C3%A3oMestrado_EUNICE.pdf
- Ferreira, Júlia Inês Moura (2018). *Cuidadores informais de pessoas idosas com demência: características e necessidades*. Dissertação do Curso de Mestrado de Enfermagem Comunitária. Escola Superior de Enfermagem do Porto. Porto. Acedido em abril 03, 2019 em Repositório Comum : <https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/25784/1/DISSERTA%C3%87%C3%83O%20FINAL%20J%C3%9ALIA.pdf>
- Figueiredo, D. (2007). *Prestação familiar de cuidados a idosos dependentes com e sem demência*. Tese de Doutoramento em Ciências da Saúde apresentada à Universidade de Aveiro. Aveiro: Universidade de Aveiro. Aveiro. Acedido em novembro 20, 2018 em Ria: <https://ria.ua.pt/bitstream/10773/4664/1/209832.pdf>.
- Flick, Uwe (2005). *Métodos Qualitativos na Investigação Científica* (1ª ed.) Trad.de Artur M. Parreira. Lisboa: Monitor.
- Fonseca, A. (2014). *Envelhecimento, saúde e bem-estar psicológico. Envelhecimento, saúde e doença - Novos desafios para a prestação de cuidados a idosos* (pág. 153-179). Lisboa: Coisas de Ler
- Fontaine, R. (2000) - *Psicologia do envelhecimento*. Lisboa: Climepsi.
- Fortin, M. (1999). *O processo de investigação: Da conceção à realização*. Loures: Lusociência.
- Fortin, M. (2000). *O processo de investigação: Da conceção à realização*. Loures: Lusociência.
- Fortin, Marie Fabienne, Côté, José e Filion, Françoise (2009). *Fundamentos e Etapas do processo de investigação*. Trad. De Nídia Salgueiro. Loures: Lusodidacta.

- Franco, I. e Costa, L. P. (2001). *Níveis de dependência dos idosos*. Nursing. Ano 14, nº 161. Lisboa, pp. 21-25.
- Gauthier, Benôit (2003). *Investigação social, da problemática à colheita de dados* (3ª ed.). Trad. de Nídia Salgueiro e Rui Pedro Salgueiro. Loures: Lusociência.
- Giebel, C., Sutcliffe, C. e Challis, D. (2015). Activities of daily living and quality of life across different stages of dementia: a UK study. *Aging & Mental Health*, 2015, vol. 19, Sub. 1, pp. 63-71.
- Gil, G. Piédrola (2016). *Medicina Preventiva y Salud Pública*. (12ª edición). Barcelona: Elsevier España. ISBN: 978-84-458-2605-8
- Gonçalves, P. R. C. (2003). *Envelhecer com autonomia*. Nursing. Ano 15, nº 173. Lisboa, pp. 20-24.
- Gonçalves, Rita Mónica Simplicio (2014). *Cuidadores Informais: A (in)formação no cuidado ao idoso*. Mestrado em Intervenção para um Envelhecimento Ativo. Instituto Politécnico de Leiria. Escola Superior de Educação e Ciências Sociais de Leiria e Escola Superior de Saúde de Leiria. Leiria. Acedido em Julho 8, 2018 em IC-Online do IPL: https://iconline.ipleiria.pt/bitstream/10400.8/2737/1/Disserta%C3%A7%C3%A3o_RitaGon%C3%A7alves14_FINAL.pdf
- Gonçalves, Paula Broeiro (2017). *Características dos cuidadores de idosos assistidos pelas equipas domiciliárias da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados na região de Lisboa e Vale do Tejo: estudo transversal observacional*. *Revista Saúde e Tecnologia*. Maio | 2017, P. 39-46. ISSN: 1646-9704. Acedido em junho 3, 2018 em Repositório Científico do IPL: <https://repositorio.ipl.pt/bitstream/10400.21/7320/1/Caracter%C3%ADsticas%20dos%20cuidadores%20de%20idosos%20assistidos%20pelas%20equipas%20domicili%C3%A1rias%20da%20RNCCI.pdf>
- Guedes, Sara Isabel Coelho Machado (2011). *Cuidar de idosos com dependência em contexto domiciliário: Necessidades formativas dos familiares cuidadores*. Dissertação de

- Mestrado em Enfermagem Comunitária. Escola Superior de Enfermagem do Porto. Porto. Acedido em maio 06, 2018 em Repositório Comum: <https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/9200/1/Disserta%C3%A7%C3%A3o%20de%20M%20estrado%20em%20Enfermagem%20Comunit%C3%A1ria.pdf>
- Guest, G. *et al.* (2006) – How Many Interviews Are Enough? An Experiment with Data Saturation and Variability. *Field Methods*, 2006, vol. 18, n.º1, p. 59- 82.
- Hanson, Shirley May Harmon (2005). *Enfermagem de cuidados de saúde à família. Teoria, prática e investigação* (2ª ed.). Trad. Isabel Ligeiro. Loures: Lusociência.
- Honoré, Bernard (2004). *Cuidar. Persistir em conjunto na existência*. Camarate: Lusociência
- Imaginário, C. (2008). *O idoso dependente em contexto familiar*. Coimbra: Formasau.
- INE- Instituto Nacional de Estatística (2017). Acedido em abril 27, 2018 em https://ine.pt/xportal/xmain?xpgid=ine_main&xpid=INE
- Jani-Le Bris, Hannelore (1994). *Responsabilidade familiar pelos dependentes idosos nos países das comunidades europeias*. Lisboa: Conselho económico e social. Acedido em julho 28, 2018 em Livrozilla: <http://livrozilla.com/download/1148404>
- Jones, D.C. & Vaughan, K. (1990). *Close friends among Senior Adults*. *Psychology and Aging*, 5 (3), 451-457.
- Lage, Maria Isabel Gomes de Sousa (2007). *Avaliação dos cuidados informais aos idosos: Estudo do impacte do cuidado no cuidador informal*. Dissertação de doutoramento em Ciências de Enfermagem. Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar. Universidade do Porto. Porto. Acedido em julho 28, 2018 em Repositório Aberto :<https://repositorioaberto.up.pt/bitstream/10216/7243/4/TESE%20DISCUSS%C3%83O%202008%20ABRIL.pdf>
- Machado, Paulo Alexandre Puga (2013). *Papel do Prestador de Cuidados- Contributo para promover competências na assistência do cliente idoso com compromisso do Autocuidado*. Dissertação de Candidatura ao Grau de Doutor em Enfermagem submetida ao Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica Portuguesa. Porto. Acedida em junho 23,

- 2018 em Repositório Institucional da Universidade Católica Portuguesa :
https://repositorio.ucp.pt/bitstream/10400.14/15344/1/TESE_Paulo%20Machado.pdf
- Marques, S. C. L. (2007) - *Os cuidadores informais de doentes com AVC*. Coimbra: Formasau.
- Martins, T. (2006). *AVC: Acidente vascular cerebral: Qualidade de vida e bem-estar dos doentes e familiares cuidadores*. Coimbra: Formasau, 2006
- Martins, Carla Susana Gonçalves (2013). *As dificuldades do cuidador informal na prestação de cuidados ao idoso. Um estudo desenvolvido no concelho do Sabugal*. Mestrado em Enfermagem Comunitária. Instituto Politécnico da Guarda. Escola Superior de Saude. Guarda. Acedido em julho 22, 2018 em Bdigital:<http://bdigital.ipg.pt/dspace/bitstream/10314/2253/1/E%20Com%20%20Carla%20S%20G%20Martins.pdf>
- Martins, Orlanda Sofia Parente (2014). *A família do idoso dependente – Análise das necessidades/dificuldades no cuidar no domicílio*. Mestrado em Enfermagem de Saúde Comunitária. Escola Superior de Saúde. Instituto Politécnico de Viana do Castelo. Viana do Castelo. Acedido em maio 06, 2018 em Repositório Científico : http://repositorio.ipvc.pt/bitstream/20.500.11960/1291/1/Orlanda_Martins.pdf
- Martins, Teresa; Araújo, Maria de Fátima; Peixoto, Maria José; Machado, Paulo Puga (2016). *A pessoa dependente e o familiar cuidador*. Porto: Escola Superior de Enfermagem do Porto. ISBN: 978-989-20-7135-0.
- Ministério da Saúde (2004). Direcção geral da Saúde. Circular Normativa Nº: 13/DGCG de 02/07/04. *Programa nacional para a saúde das pessoas idosas*. Acedido em Abril 28, 2018 em Portal da Saúde: <http://www.portaldasaude.pt/NR/rdonlyres/1C6DFF0E-9E74-4DED-94A9-F7EA0B3760AA/0/i006346.pdf>
- Ministério da Saúde (2014). *Manual do Cuidador Informal de Utentes Dependentes*. Acedido em Outubro 23, 2018 em: <https://biblioteca.sns.gov.pt/wp-content/uploads/2018/01/Manual-do-Cuidadpr-Informal-de-Utentes-Dependentes.pdf>

- Ministério da Saúde (2017). *Estratégia Nacional Para o Envelhecimento Ativo e Saudável 2017-2025*. Acedido em abril 22, 2018 em <https://www.sns.gov.pt/wp-content/uploads/2017/07/ENEAS.pdf>

Miranda, Liliana Sofia da Costa (2013). *Os Cuidadores Informais na Prestação de Cuidados a Pessoas Idosas em Situação de Dependência. Um estudo no Concelho do Montijo*. Dissertação para obtenção de grau de Mestre em Política Social sob orientação: Professora Doutora Ana Maria Alexandre Fernandes. Instituto Superior de Ciências Sociais e Políticas, Universidade de Lisboa. Lisboa. Acedido em maio 31, 2018 em Repository: <https://www.repository.utl.pt/bitstream/10400.5/6576/1/Disserta%C3%A7%C3%A3o%20Liliana%20Miranda.pdf>

Monteiro, Carla Patrícia Preto (2016). *Cuidadores informais de pessoas com demência - percepções e necessidades socioeducativas*. Dissertação apresentada à Escola Superior de Educação de Bragança para obtenção de Grau de Mestre em Educação Social. Instituto Politécnico de Bragança. Bragança. Acedido em Junho 05, 2018 em Biblioteca Digital : https://bibliotecadigital.ipb.pt/bitstream/10198/13909/1/CM_cuidadores-informais.pdf.

Moreira, I. (2001). *O doente terminal em contexto familiar: uma análise da experiência de cuidar vivenciada pela família*. Coimbra: Formasau. ISBN: 972-8485-22-0.

Moreira, Carlos Diogo (2007). *Teorias e práticas de investigação*. Lisboa: Universidade Técnica de Lisboa, Instituto Superior de Ciências Sociais e Políticas.

Nascimento, Miriam Silva (2014). *Avaliação das dificuldades e autoeficácia do cuidador informal de idosos dependentes no concelho de Mirandela*. Trabalho de projeto apresentado ao Instituto Politécnico de Bragança, Escola Superior de Saúde, para a obtenção do Grau Mestre em Enfermagem de Saúde Pública. Bragança. Acedido em maio 7, 2018 em Biblioteca Digital: <https://bibliotecadigital.ipb.pt/bitstream/10198/9936/1/Miriam%20S%C3%ADlvia%20Nascimento.pdf>

Nunes, Catarina Alexandra Neves (2017). *Impacto de um Programa de Treino Cognitivo em Idosos Institucionalizados*. Trabalho de projeto apresentado à Escola Superior de Saúde de Bragança para a obtenção do grau de mestre em Enfermagem de Reabilitação Orientado

por: Professora Doutora Ana Galvão e Professora Doutora Maria José Gomes. Bragança. Acedido em maio 31, 2018 em Biblioteca Digital : https://bibliotecadigital.ipb.pt/bitstream/10198/14620/1/TESE_treino_cognitivo_Enf.Rea b._Cat arina_Nunes.pdf

ONSA (2001). *MOCECOS- Uma observação dos cidadãos idosos no princípio do século XXI*. Lisboa. Acedido em maio 21, 2018 em http://www.associacaoamigosdagrandeidade.com/wp-content/uploads/proj_ecos_mocecos_onsa1.pdf

OPSS (2015) - *Relatório de Primavera de 2015*. Acedido em abril 25, 2018 em Observatório Português dos Sistemas de Saúde: <http://www.opss.pt/sites/opss.pt/files/RelatorioPrimavera2015.pdf>

Ordem dos Enfermeiros (2000). *Revista da Ordem dos Enfermeiros*. Nº0 de Julho de 2000, p.7-11

Organização Mundial de Saúde. (1978). *Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde. A Declaração de Alma-Ata*. Lisboa: Direcção Geral de Saúde.

Organização Mundial de Saúde - OMS (1986). *Promoção da Saúde. A carta de Ottawa*. Acedido em maio 6, 2018 em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/carta_ottawa.pdf

ONU (2017). *World Population Prospects The 2017 Revision*. Acedido em abril 22, 2018 em: https://population.un.org/wpp/Publications/Files/WPP2017_KeyFindings.pdf

Orem, Dorothea E. (2001) - *Nursing Concepts of Practice*. St. Louis, Mo.; Londres: Mosby, 2001. With a contributed chapter by Susan G. Taylor e Kathie McLaughlin Renpenning (Sixth Editon). ISBN: 032300864X.

Paúl, Maria Constança (1997). *Lá para o fim da vida - Idosos, família e meio ambiente*. Coimbra: Livraria Almedina.

Pereira, Soraia Cristina de Abreu (2014). *Formulário de avaliação da dependência no autocuidado - versão reduzida*. Dissertação de Mestrado em Enfermagem Médico-

Cirúrgica. Escola Superior de Enfermagem do Porto. Porto. Acedido em março 22, 2018 em <https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/9737/1/Formul%C3%A1rio%20de%20Avalia%C3%A7%C3%A3o%20da%20Depend%C3%Aancia%20no%20Autocuidado%20-%20Vers%C3%A3o%20Reduzida.pdf>

Pereira, Sofia Raquel Duarte (2015). *Cuidar de idosos dependentes. A sobrecarga dos cuidadores familiares*. II Ciclo de Estudos em Serviço Social. Orientador: Professor Doutor Eduardo Jorge Duque. Universidade Católica Portuguesa. Centro Regional de Braga. Faculdade de Filosofia e Ciências Sociais. Braga. Acedido em maio 31, 2018 em Repositório Científico Institucional da Universidade Católica Portuguesa: <https://repositorio.ucp.pt/bitstream/10400.14/20778/1/Tese%20Mestrado%20Sofia%20Pereira.pdf>

Petronilho, Fernando (2007). *Preparação do regresso a casa*. Coimbra: Formasau.

Phaneuf, Margot (2005). *Comunicação, entrevista, relação de ajuda e validação*, Loures: Lusociencia.

Pordata (2018). Retrato dos homens e das mulheres. Edição 2018. Fundação Francisco Manuel dos Santos. Acedido em março 19, 2019 em http://cite.gov.pt/pt/destaques/complementosDestqs2/Retrato_Homens_e_Mulheres.pdf

Potter, Patrícia A. (1998). *Grande Tratado de Enfermagem Prática: Clínica e Prática Hospitalar*. 3.ed. São Paulo: Santos 1998.

Queirós, P. J. (2010). *Autocuidado, transições e bem-estar*. Revista de Investigação em Enfermagem. 21. 5 – 7.

Ramos, Cláudia Pires (2012). *Dificuldades e necessidades de cuidadores informais de idosos dependentes da Beira Interior*. Dissertação para obtenção do grau de Mestre em Gerontologia (2º ciclo de estudos). Universidade da Beira Interior. Ciências da Saúde. Covilhã. Acedido em maio 06, 2018 em Ubibliorum: <https://ubibliorum.ubi.pt/bitstream/10400.6/1180/1/Dificuldades%20e%20Necessidades%20de%20Cuidadores%20Informais%20de%20Idosos%20Dependentes%20da%20Beira%20Interior.pdf>

Regulamento n.º 428/2018. Regulamento de Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária na área de Enfermagem de Saúde Comunitária e de Saúde Pública e na área de Enfermagem de Saúde Familiar, Ordem dos Enfermeiros, Diário da República, N.º 135, 2.ª série de 16 de julho de 2018. Acedido em setembro 08, 2018 em DRE: <https://dre.pt/pesquisa/-/search/115698616/details/normal?l=1>

- Regulamento n.º 126/2011 de 18 de fevereiro de 2011, Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Familiar, Ordem dos Enfermeiros, Diário da República n.º 35/2011, 2ª Série, Acedido em maio 22, 2018 em Ordem dos Enfermeiros: https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/legislacao/Documents/LegislacaoOE/Regulamento%20126_2011_CompeticenciasEspecifEnfSaudFamiliar.pdf

Regulamento n.º 128/2011 de 18 de fevereiro de 2011, Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública, Ordem dos Enfermeiros, Diário da República n.º 35/2011, Série II, Acedido em maio 22, 2018 em DRE: https://dre.pt/web/guest/pesquisa-avancada/-/asearch/3477017/details/maximized?serie=II&search=Pesquisar&ano=2011&parte_filtro=33&types=DR&dreId=741508

Regulamento n.º 348/2015 de 19 de junho de 2015, Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública, Ordem dos Enfermeiros, Diário da República n.º 118/2015, 2.ª série, Acedido em maio 22, 2018 em Ordem dos Enfermeiros: https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/legislacao/Documents/LegislacaoOE/RegulamentoPadQualidadeCuidEspecializEnfComunitariaSauPublica_DRJun2015.pdf

Regulamento n.º 367/2015 de 29 de junho de 2015, Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Saúde Familiar, Ordem dos Enfermeiros, Diário da República n.º 124/2015, 2.ª série, Acedido em maio 22, 2018 em Ordem dos Enfermeiros: https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8191/regulamento-2015_367-pqce-saudefamiliar-1.pdf

- Relvas, Ana Paula (1996). *O ciclo vital da família. Perspectiva sistémica*. Porto: Edições Afrontamento.
- Ricarte, Luis Filipe Caldeira Silva (2009). *Sobrecarga do cuidador informal de idosos dependentes no Concelho da Ribeira Grande*. Dissertação de Mestrado em Ciências de Enfermagem. Universidade do Porto. Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar. Porto. Acedido em março 24, 2019 em Repositório Aberto: <https://repositorio-aberto.up.pt/bitstream/10216/19131/2/ESCx.pdf>
- Rodrigues, Marisa (2012). *Necessidades educativas do cuidador informal da pessoa com doença mental*. Dissertação de Mestrado em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiatria, da Escola Superior de Saúde de Viseu. Acedido em Novembro 20, 2018 em Repositório Institucional do Instituto Politécnico de Viseu: <http://repositorio.ipv.pt/bitstream/10400.19/1490/1/RODRIGUES%20Marisa%20Isabel%20Paiva%2c%20Necessidades%20educativas%20do%20cuidador%20informal%20da%20pessoa%20com%20esquizofrenia.pdf>
- Rodríguez, B. E.; Alvarez, E. D. e Cortés, O. P. (2001). *Cuidadores Informales. Necesidades y ayudas*. Revista Rol de Enfermería. Vol. 24, nº 3. Barcelona, pp. 183-189.
- Santos, Dina Isabel Francisco Alberto (2008). *As vivências do cuidador informal na prestação de cuidados ao idoso dependente. Um estudo no concelho da Lourinhã*. Dissertação de Mestrado em Comunicação em Saúde. Universidade Aberta. Lisboa. Acedido em junho 20, 2018 em Repositório Aberto: https://repositorioaberto.uab.pt/bitstream/10400.2/732/1/TMCS_DinaSantos.pdf
- Saraiva, Dulce Maria Ferraz (2011). *O olhar dos e pelos cuidadores: Os impactos de cuidar e a importância do apoio ao cuidador*. Volume I. Tese de Mestrado em Intervenção Social, Inovação e Empreendedorismo, apresentada à Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação e à Faculdade de Economia, sob a orientação da Professora Doutora Cristina Albuquerque. Universidade de Coimbra. Coimbra. Acedido em maio 25, 2019 em: https://estudogeral.sib.uc.pt/bitstream/10316/17858/1/TESE_MISIE_SET2011.pdf
- Sequeira, C. (2007). *Cuidar de Idosos Dependentes*. Coimbra: Quarteto Editora.

- Sequeira, C. (2010). *Cuidar de Idosos com Dependência Física e Mental*. Lisboa: Lidel Edições Técnicas Lda.
- Sequeira, C. (2018). *Cuidar de Idosos com Dependência Física e Mental*. Lisboa: Lidel Edições Técnicas Lda. ISBN: 978-989-752-278-9
- Sousa, S. M. R. (1993). *Caracterização de idosos dependentes nas freguesias de Lordelo, Matosinhos e Leça da Palmeira*. Geriatria. Ano 6, vol. 6, nº 56. Lisboa, pp. 23-30.
- Sousa, L. e Figueiredo, D. (2002). *Quem são os prestadores de cuidados aos idosos?* Revista Sinais Vitais. Nº 40. Coimbra, pp. 45-48.
- Sousa, L., Figueiredo, D. e Cerqueira, M. (2004). *Envelhecer em família – Cuidados familiares na velhice*. Porto: Âmbar
- Squire, Anne (2005). *Saúde e bem-estar para pessoas idosas. Fundamentos básicos para a prática*. Trad. Hugo P. Godinho e Joana Pereira Barros. Loures: Lusociência.
- Stanhope, Márcia e Lancaster, Jeanette (1999). *Enfermagem comunitária. Promoção da saúde de grupos, famílias e indivíduos*. (1ª ed.). Lisboa: Lusociência.
- Streubert, Helen J.; Carpenter, Dona R. (2002). *Investigação Qualitativa em Enfermagem – Avançando o Imperativo Humanista* (2ª ed.). Trad. Ana Paula Sousa Santos. Loures: Lusociência.
- Teixeira, Mirna Barros (2002). *Empoderamento de idosos em grupos direccionados à promoção da saúde*. Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública. Acedido em abril, 26, 2018 em: <http://portaldesic.fiocruz.br/pdf/FIOCRUZ/2002/teixeirambm/capa.pdf>
- Teixeira et al (2017). *Medidas de intervenção junto dos cuidadores informais. Documento Enquadrador. Perspetiva Nacional e Internacional*. Acedido em junho 26, 2018 em : <http://app.parlamento.pt/webutils/docs/doc.pdf?path=6148523063446f764c324679626d56304c334e706447567a4c31684a53556c4d5a5763765130394e4c7a4577513152545579394562324e31625756756447397a51574e3061585a705a47466b5a554e7662576c7a633246764c7a597a4f54646c5a6a63784c5449304d7a63744e445a6b5a4330344e444e6a4c5752>

6a4e7a5a695a5749334e5451354e6935775a47593d&fich=6397ef71-2437-46dd-843c-dc76beb75496.pdf&Inline=true

Tyron Edwards. Acedido em maio 7, 2018 em http://www.pensador.info/autor/Tyron_Edwards/

Wright, Lorraine M.; Leahey, Maureen (2009). *Enfermeiras e Famílias. Um guia para Avaliação e Intervenção na Família*. (4ªed.). Editora Roca Ltda. ISBN: 978-85-7241-774-7

Veiga, Ana Isabel Oliveira (2016). *Sobrecarga do cuidador informal: satisfação familiar e percepção da importância da visita domiciliar de enfermagem*. Dissertação apresentada à Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Bragança para a obtenção do grau de Mestre em Enfermagem de Saúde Familiar. Bragança. Acedido em junho 23 2018 em Biblioteca Digital: <https://bibliotecadigital.ipb.pt/bitstream/10198/14029/1/TESE%20ANA%20VEIGA.pdf>

Zalenski, R; Raspa, R. (2006). *Maslow's Hierarchy of Needs: a Framework for Achieving Human Potential in Hospice*. *Journal of Palliative Medicine*, 9 (5), 112-127.

APÊNDICES

APÊNDICE I – Guião de Entrevista

GUIÃO DE ENTREVISTA

IDENTIFICAÇÃO DAS NECESSIDADES EDUCATIVAS NA PRESTAÇÃO DE CUIDADOS INFORMAIS À PESSOA IDOSA DEPENDENTE EM CONTEXTO DOMICILIÁRIO

ELABORADO POR: LAURA BARREIROS

**INSTITUTO POLITÉCNICO DA GUARDA
ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE DA GUARDA
CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM COMUNITÁRIA**

Necessidades educativas do cuidador informal da pessoa idosa dependente em contexto domiciliário

Guião da Entrevista ao Cuidador Informal

Estrutura das questões

Domínio temático	Objetivos	Questões
Legitimação da entrevista	-Posicionar e informar o entrevistado do contexto da investigação, objetivos e tema da entrevista.	Bom dia/Boa tarde, esta entrevista situa-se no âmbito de um trabalho de investigação do Mestrado de Enfermagem Comunitária. Tem como objetivo identificar as necessidades educativas do cuidador informal do idoso dependente em contexto domiciliário.
	-Garantir a confidencialidade da parte de informação e anonimato das respostas do discurso produzido.	Todos os dados recolhidos serão estritamente confidenciais e só serão usados no âmbito do estudo, pelo que não será identificado em momento algum. A sua participação não implica o pagamento de deslocações ou contrapartidas e é voluntária, ou seja, poderá abandonar o estudo assim que quiser, sem qualquer consequência. Fica ainda garantida a destruição da gravação áudio num prazo de 30 dias. Autoriza a realização da entrevista? Podemos gravar a sua voz?
	-Agradecer a participação no estudo.	Agradeço a sua participação Muito obrigada
Experiência e determinantes da adoção do papel de cuidador informal.	-Localizar no tempo a experiência do cuidador.	Há quanto tempo cuida do idoso? Quantas horas despende por dia a tratar do idoso? Tem outra pessoa dependente para cuidar?
	-Conhecer os Determinantes da adoção do papel de cuidador informal principal.	Quais as razões que a(o) levaram a cuidar do idoso? Porque é que optou por cuidar do idoso no domicílio e não pela institucionalização?
Epilogar as	-Analisar em que tipo	Quais os cuidados em que sente mais dificuldade?

necessidades do cuidador informal	de cuidados prestados á Pessoa idosa dependente o cuidador Informal tem mais dificuldades.	
	-Catalogar as necessidades educativas Dos cuidadores informais.	Acha que tem necessidade de receber (mais) formação para cuidar do idoso? Quais os temas em que sente mais necessidade de formação?
Apoios formais e informais	-Identificar os apoios Informais que o cuidador informal dispõe para cuidar do idoso.	Que ajuda prestam os familiares? Que ajuda prestam os amigos e vizinhos? Existe alguém que realize as mesmas tarefas caso precise de se ausentar por períodos curtos? E por períodos mais longos?
	-Identificar os apoios formais que o cuidador informal dispõe para cuidar do idoso.	Recebe alguma ajuda de alguma instituição ou serviço para prestar algum tipo de cuidados ao idoso? Recebe alguma ajuda financeira por parte do Estado?
Formação formal e informal	- Conhecer a formação Informal adquirida pelos cuidadores informais.	Como aprendeu a cuidar do idoso? Onde procurou informação? Com quem aprendeu?
	- Conhecer a formação formal adquirida pelos cuidadores.	Tem alguma formação específica dada por profissionais para cuidar do idoso?
	-Analisar a perceção do cuidador informal acerca do contributo prestado pela equipa de enfermagem na sua preparação para cuidar do idoso no domicílio.	Da intervenção dos enfermeiros recebeu algum tipo de formação para melhor cuidar do idoso? Em que momento da visita domiciliária os enfermeiros proporcionaram essa formação? E como o fizeram?

Guião de entrevista para a identificação das necessidades dos cuidadores informais

Entrevista nº _____

Data: ____/____/____

Local de Residência: Rural/Urbano: _____

- 1- Há quanto tempo cuida do idoso?
- 1.1- Quantas horas despende por dia a tratar do idoso?
- 1.2- Tem outra pessoa dependente para cuidar?
- 2- Quais as razões que a(o) levaram a cuidar do idoso?
- 2.1- Porque é que optou por cuidar do idoso no domicílio e não pela institucionalização?
- 3- Quais os cuidados em que sente mais dificuldade?
- 4- Acha que tem necessidade de receber (mais) formação para cuidar do idoso?
- 4.1- Quais os temas em que sente mais necessidade de formação?
- 5- Que ajuda prestam os familiares?
- 5.1- Que ajuda prestam os amigos e vizinhos?
- 5.2- Existe alguém que realize as mesmas tarefas caso precise de se ausentar por períodos curtos?
- 5.3- E por períodos mais longos?
- 6- Gostaria que ter mais ajuda por parte da família, amigos e vizinhos na sua tarefa de cuidar o idoso?
- 7- Recebe alguma ajuda de alguma instituição ou serviço para prestar algum tipo de cuidados ao idoso?
- 7.1- Recebe alguma ajuda financeira por parte do Estado?
- 8- Como aprendeu a cuidar do idoso?
- 8.1- Onde procurou informação?
- 8.2- Com quem aprendeu?
- 9- Tem alguma formação específica dada por profissionais para cuidar do idoso?
- 10- Da intervenção dos enfermeiros recebeu algum tipo de formação para melhor cuidar do idoso?
- 10.1- Em que momento da visita domiciliária os enfermeiros proporcionaram essa formação?
- 10.2- E como o fizeram?

APÊNDICE II – Pedido de autorização ao Exmo. Sr. Presidente do Conselho de Administração de uma ULS da região centro, para efetuar a recolha de dados

Exm^o. Sr^o. Presidente da ULS da Guarda

Eu, Laura Maria Vilhena Coelho da Costa Barreiros, Enfermeira, actualmente a desempenhar funções no Centro de Saúde de Almeida, Bairro da Trigueira 6350 - 209 Almeida, Mail: laura_barreiros@ulsguarda.min-saude.pt, e a frequentar o Mestrado em Enfermagem Comunitária na Escola Superior de Saúde da Guarda, vem muito respeitosamente solicitar a Vossa Ex.^a, e á Comissão de Ética da ULS da Guarda, no âmbito do desenvolvimento do seu plano de investigação do mestrado, autorização para:

- Aplicação dos instrumentos de recolha de dados no Centro de Saúde de Almeida
- Aplicação dos instrumentos de recolha de dados no Centro de Saúde de Figueira de Castelo Rodrigo para realização do pré-teste

O estudo que pretende realizar intitula-se "*Cuidado informal á pessoa idosa fisicamente dependente em contexto domiciliário, no concelho de Almeida: Necessidades educativas do cuidador informal*" sob a orientação do Professor Ezequiel Carrondo. E tem por finalidade contribuir para o aperfeiçoamento das práticas de enfermagem no âmbito da educação para a saúde realizada á dupla, pessoa idosa fisicamente dependente – cuidador principal, de forma a imprimir ganhos em saúde nesta população.

Os instrumentos de colheita de dados consistem em:

- Realizar uma entrevista semi-estruturada e um questionário aos cuidadores principais das pessoas idosas fisicamente dependentes, inscritas na sede do Centro de Saúde e que farão parte da amostra;
- Aplicar a Escala de Barthel, o Índice de Lawton e a Escala de Pfeiffer .

Os dois primeiros instrumentos têm por objectivos: conhecer as dificuldades que o cuidador principal manifesta/demonstra na prestação de cuidados á pessoa idosa dependente no domicílio e conhecer a opinião do cuidador principal acerca do apoio prestado pela equipa de enfermagem. A aplicação das escalas têm por objectivo classificar a pessoa idosa quanto ao nível e grau de dependência.

Junto anexa :Anexo:

- Consentimento Informado
- Cópia do plano de investigação já assinado pela candidata e orientador
- Aprovação pelo Conselho Técnico- científico da Escola Superior de Saúde da Guarda, do tema e respectivo orientador da dissertação.

Agradece desde já a atenção dispensada a este pedido de colaboração.

Pede deferimento

Laura Maria Vilhena Coelho da Costa Barreiros



Almeida, 19/06/2018

APÊNDICE III - Pedido de alteração aos instrumentos de recolha de dados

Ex.ª Sr.ª Presidente da ULS da Guarda,

Laura Maria Vilhena Coelho da Costa Barreiros, Enfermeira, atualmente a desempenhar funções na UCSP de Almeida, Bairro da Trigueira 6350 - 209 Almeida, Mail: laura.barreiros@ulsguarda.min-saude.pt, e a frequentar o Mestrado em Enfermagem Comunitária na Escola Superior de Saúde da Guarda, vem por este meio e muito respeitosamente informar Vossa Ex.ª que houve necessidade de proceder a alguns ajustes nos instrumentos de colheita de dados no âmbito do desenvolvimento do seu plano de investigação do Mestrado em Enfermagem Comunitária, e o qual já tinha sido aprovado por Vossa Ex.ª, e pela Comissão de Ética da ULS da Guarda. Também o tema do estudo que se pretende realizar "*Cuidado informal à pessoa idosa fisicamente dependente em contexto domiciliário, no concelho de Almeida: Necessidades educativas do cuidador informal*" teve uma pequena alteração e passou a intitular-se: "*Necessidades educativas do cuidador informal da pessoa idosa dependente em contexto domiciliário*", pelo que houve também a necessidade de fazer esta pequena alteração no consentimento informado.

O estudo encontra-se sob a orientação do Professor Doutor Ezequiel Carrondo e coorientação da Professora Hermínia Barbosa. Tendo finalidade contribuir para o aperfeiçoamento das práticas de enfermagem no âmbito da educação para a saúde realizada à dupla, pessoa idosa dependente – cuidador informal.

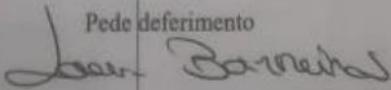
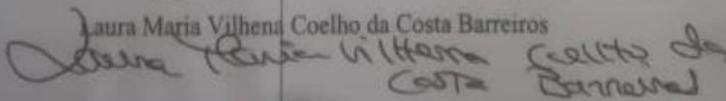
Anexo os instrumentos de colheita de dados com os ajustes efetuados.

Solicita-se a autorização para aplicação do pré-teste na UCSP de Saúde de Figueira de Castelo Rodrigo e dos instrumentos de colheita de dados com as alterações efetuadas na UCSP de Almeida.

Agradece desde já a atenção dispensada a este pedido de colaboração.

Almeida, 20 de fevereiro de 2019

Pede deferimento


Laura Maria Vilhena Coelho da Costa Barreiros


U L S G A R D A 2 0 1 9 0 2 2 0

APÊNDICE IV – Consentimento informado e esclarecido

CONSENTIMENTO INFORMADO, LIVRE E ESCLARECIDO PARA PARTICIPAÇÃO EM INVESTIGAÇÃO

de acordo com a Declaração de Helsínquia e a Convenção de Oviedo

Consentimento informado

Por favor, leia com atenção a seguinte informação. Se achar que algo está incorreto ou que não está claro, não hesite em solicitar mais informações. Se concorda com a proposta que lhe foi feita, queira assinar este documento.

Caro (a) participante:

Este questionário e a entrevista inserem-se num estudo no âmbito da Dissertação de Mestrado em Enfermagem Comunitária da Escola Superior de Saúde da Guarda. A investigação encontra-se sob a orientação do Professor Doutor Ezequiel Carrondo e sob a coorientação da Professora Herminia Barbosa. O objetivo é identificar as necessidades educativas do cuidador informal da pessoa idosa dependente em contexto domiciliário. Este estudo mereceu parecer favorável da Comissão de Ética para a Saúde. Como instrumento de recolha de dados utilizaremos a entrevista semiestruturada aplicada aos cuidadores informais. Ao mesmo tempo, será aplicado um questionário de administração indireta ao cuidador. O questionário é para preencher e a entrevista será gravada em cassete áudio, ambos no domicílio do idoso dependente durante uma visita domiciliária em ambiente de privacidade. Fica garantida a destruição das gravações áudio num prazo de 30 dias.

O questionário inclui informações acerca da pessoa a quem o cuidador presta cuidados (a idade, o sexo, situação conjugal, habilitações académicas, a atividade profissional que tinha, o tipo de família com que vive, a principal fonte de rendimentos, os apoios formais que tem e o tipo e grau de dependência), e informações acerca do prestador informal de cuidados (a idade, o sexo, situação conjugal, habilitações académicas, a atividade profissional, relação com a pessoa a quem presta cuidados, a distância entre a residência do cuidador e a pessoa a quem presta cuidados e há quanto tempo aproximadamente presta cuidados ao idoso), com vista à caracterização dos idosos e dos seus cuidadores informais.

A entrevista tem como finalidade a identificação das necessidades educativas do cuidador informal da pessoa idosa dependente em contexto domiciliário, experiência e determinantes da adoção do papel de cuidador informal, identificar os apoios que o cuidador informal dispõe para cuidar do idoso; Conhecer a formação adquirida pelos cuidadores informais; Analisar a perceção do cuidador informal acerca do contributo prestado pela equipa de enfermagem na sua preparação para cuidar do idoso no domicílio.

Todos os dados recolhidos serão estritamente confidenciais e só serão usados no âmbito do estudo, pelo que não será identificado em momento algum. A sua participação não implica o pagamento de deslocações ou contrapartidas e é voluntária, ou seja, poderá abandonar o estudo assim que achar pertinente, sem que essa decisão tenha qualquer consequência.

A realização do questionário e da entrevista obedece à condição de anonimato de Vossa Ex.^a e reveste-se de primordial importância para a investigação

Desde já, agradeço a sua colaboração!

(A Mestranda)

Enfermeira Laura Maria Vilhena Coelho da Costa Barreiros

Assinatura/s: _____

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

O cuidador informal:

Nome: _____

Assinatura: _____

Data: ____ / ____ / ____

SE NÃO FOR O PRÓPRIO A ASSINAR POR IDADE OU INCAPACIDADE

NOME:

BI/CD Nº: DATA OU VALIDADE / /

GRAU DE PARENTESCO OU TIPO DE REPRESENTAÇÃO:

ASSINATURA

A pessoa idosa dependente:

Nome: _____

Assinatura: _____

Data: ____ / ____ / ____

SE NÃO FOR O PRÓPRIO A ASSINAR POR IDADE OU INCAPACIDADE

NOME:

BI/CD Nº: DATA OU VALIDADE / /

GRAU DE PARENTESCO OU TIPO DE REPRESENTAÇÃO:

ASSINATURA

**ESTE DOCUMENTO É COMPOSTO DE 2 PÁGINAS E FEITO EM DUPLICADO:
UMA VIA PARA O/A INVESTIGADOR/A, OUTRA PARA A PESSOA QUE CONSENTE**

ANEXOS

ANEXO I – Questionário

**Questionário de identificação das necessidades do cuidador informal na prestação de
à pessoa idosa dependente em contexto domiciliário**

Questionário nº _____

Data da avaliação: ____/____/____

Local de Residência: Rural Urbano:

Parte I – Pessoa dependente

1) **Idade:** _____

2) **Sexo:**

Masculino

Feminino

3) **Estado Civil:**

Casado/a / União de facto Divorciado/a / Separado/a

Viúvo/a Solteiro/a

Outra Situação

4) **Habilitações académicas:**

Analfabeto Sabe ler e escrever

1º Ciclo do Ensino Básico 2º Ciclo do Ensino Básico

3º Ciclo do Ensino Básico Ensino Secundário

Ensino Superior

5) **Atividade profissional exercida no passado** _____

6) **Com quem vive em casa:** _____

7) **Qual as fontes de rendimentos económicos que possui:**

Pensão de velhice Reforma por incapacidade ou invalidez

Pensão de sobrevivência Pensão de aposentação

Sem Pensão Complemento por dependência

Outro

Qual: _____

8) **Tem algum destes tipos de apoio:**

Apoio Domiciliário Centro de Dia

Visita Domiciliária Médica Visita Domiciliária de Enfermagem

Visita Domiciliária da Fisioterapeuta Visita Domiciliária da Nutricionista

Visita Domiciliária da Psicóloga Visita Domiciliária da Assistente Social

Outro

Qual? _____

Parte II – Escala de Barthel

ITENS	AVD	COTAÇÃO
ALIMENTAÇÃO	INDEPENDENTE (Capaz de usar qualquer instrumento. Come num tempo razoável)	10
	NECESSITA DE AJUDA (Necessita de ajuda para cortar, levar á boca, etc.)	5
	DEPENDENTE	0
VESTIR/DESPIR	INDEPENDENTE (Veste-se, despe-se e ajusta a roupa. Aperta os sapatos, etc.)	10
	NECESSITA DE AJUDA (Pelo menos em metade das tarefas, mas realiza-as num bom tempo)	5
	DEPENDENTE	0
BANHO	INDEPENDENTE (Toma banho geral no duche ou banheira. Entra e sai do banho sem ajuda de terceiros)	5
	DEPENDENTE	0
HIGIENE CORPORAL	INDEPENDENTE (Lava a face, mãos e dentes. Faz a barba)	5
	DEPENDENTE	0
USO DA CASA DE BANHO	INDEPENDENTE (Usa-a sem ajuda, senta-se, levanta-se e arranja-se sozinho)	10
	NECESSITA DE AJUDA (Para manter o equilíbrio, limpar-se e ajustar a roupa)	5
	DEPENDENTE	0
CONTROLO INTESTINAL	INDEPENDENTE (Não apresenta episódios de incontinência. Se necessita de enemas ou clisteres, fá-lo sozinho)	10
	INCONTINENTE OCASIONAL (Episódios ocasionais de incontinência e necessita de ajuda para enemas ou clisteres)	5
	INCONTINENTE FECAL	0
CONTROLO VESICAL	INDEPENDENTE (Não apresenta episódios de incontinência. Se necessita de sonda ou coletor, fá-lo sozinho)	10
	INCONTINENTE OCASIONAL (Episódios ocasionais de incontinência e necessita de ajuda para uso de sonda ou coletor)	5
	INCONTINENTE OU ALGALIADO	0

SUBIR ESCADAS	INDEPENDENTE (Sobe e desce escadas. Pode usar um instrumento de apoio)	10
	NECESSITA DE AJUDA (Necessita de ajuda física ou supervisão para subir/descer escadas)	5
	DEPENDENTE	0
TRANSFERÊNCIA CADEIRA-CAMA	INDEPENDENTE (Não necessita de qualquer ajuda. Se usa a cadeira de rodas, transfere-se sozinho)	15
	NECESSITA DE AJUDA MINIMA (ajuda mínima e supervisão)	10
	NECESSITA DE GRANDE AJUDA (è capaz de se sentar, mas necessita de muita ajuda para a transferência)	5
	DEPENDENTE	0
DEAMBULAÇÃO	INDEPENDENTE (Caminha pelo menos 50 metros sozinho ou com ajuda de andarilho, canadianas)	15
	NECESSITA DE AJUDA (Caminha 50 metros com ajuda ou supervisão)	10
	INDEPENDENTE COM CADEIRA DE RODAS (Anda pelo menos 50 metros)	5
	DEPENDENTE	0

Pontuação	Nível de dependência
< 20.....	Totalmente dependente
20-35.....	Severamente dependente
40-55.....	Moderadamente dependente
60- 89.....	Ligeiramente dependente
90- 100.....	Independente

Escala de Barthel elaborado por Mahoney e Barthel, (1965). Acesso livre para fins não comerciais. Fonte: Sequeira (2010:46-47).

Parte III – Índice de Lawton

AIVD (ÍNDICE DE LAWTON)		
AIVD	ITENS	Cotação
CUIDAR DA CASA	Cuida da casa sem ajuda	(1)
	Faz tudo, exceto o trabalho pesado	(2)
	Só executa tarefas leves	(3)
	Necessita de ajuda para todas as tarefas	(4)
	Incapaz de fazer alguma tarefa	(5)
LAVAR A ROUPA	Lava a sua roupa	(1)
	Só lava pequenas peças	(2)
	É incapaz de lavar a sua roupa	(3)
PREPARAR AS REFEIÇÕES	Planeia, prepara e serve sem ajuda	(1)
	Prepara os ingredientes, se lhos derem	(2)
	Prepara pratos pré-cozinhados	(3)
	Incapaz de preparar as refeições	(4)
FAZER COMPRAS	Faz as compras sem ajuda	(1)
	Só faz pequenas compras	(2)
	Faz as compras acompanhado	(3)
	É incapaz de ir às compras	(4)
USAR TELEFONE	Usa-o sem dificuldades	(1)
	Só telefona para lugares familiares	(2)
	Necessita de ajuda para o usar	(3)
	Incapaz de usar o telefone	(4)
USAR TRANSPORTE	Viaja em transporte público ou conduz	(1)
	Só anda de táxi	(2)
	Necessita de acompanhamento	(3)
	Incapaz de usar transportes	(4)
USAR DINHEIRO	Paga as contas, vai ao banco, etc.	(1)
	Só em pequenas quantidades de dinheiro	(2)
	Incapaz de utilizar o dinheiro	(3)

RESPONSABILIZAR-SE PELOS MEDICAMENTOS	Responsável pela sua medicação	(1)
	Necessita que lhe preparem a medicação	(2)
	Incapaz de se responsabilizar pela medicação	(3)

Pontuação Nível de dependência

8..... Independente

9-20..... Moderadamente dependente, necessita de uma certa ajuda

> 20..... Severamente dependente, necessita de muita ajuda

Índice de Lawton elaborado por Lawton e Brody (1969). Acesso livre. Fonte: Sequeira (2010:53-54).

Parte IV – Escala de Pfeiffer

Avaliação Cognitiva: Escala de Pfeiffer Short Portable. Mental status questionnaire (spmsq)

Pergunta	Resposta	Respostas Incorrectas
1- Em que dia mês e ano estamos?		
2- Em que dia da semana estamos?		
3- Como se chama este lugar?		
4- Qual o número do seu telefone? Se não tem telefone, qual é a direção da sua casa?		
5- Que idade tem?		
6- Quando nasceu? (dia, mês e ano)		
7- Como se chama o atual Presidente da República?		
8- Como se chamava o anterior Presidente?		
9- Qual o nome de solteira da sua mãe?		
10- Consegue contar de três em três de vinte para um?		

PONTUAÇÃO:

0-2 ERROS: FUNÇÃO INTELLECTUAL NORMAL

3-4 ERROS: DETERIORAÇÃO COGNITIVA LIGEIRA

5-7 ERROS: DETERIORAÇÃO COGNITIVA MODERADA

8-10 ERROS: DETERIORAÇÃO COGNITIVA GRAVE

Escala de Pfeiffer Short Portable. Mental status questionnaire (spmsq), elaborado por Pfeiffer (1975). Acesso livre. Fonte: Apóstolo (2012: 90).

Parte V – Classificação da dependência da pessoa idosa

Classificação da dependência:

- 1- Causa da dependência: _____
- 2- Pontuação na Escala de Barthel _____
- 3- Pontuação na Escala de Lawton _____
- 4- Pontuação na Escala de Pfeiffer Short Portable Mental Status Questionary (SPMSQ)

(as duas primeiras escalas são preenchidas a partir da informação fornecida pelo cuidador principal informal e a última é preenchida a partir da informação fornecida pela pessoa idosa dependente).

Parte VI – Cuidador informal

1) **Idade:** _____

2) **Sexo:**

Masculino

Feminino

3) **Estado Civil:**

Casado/a / União de facto

Divorciado/a / Separado/a

Viúvo/a

Solteiro/a

Outra Situação

4) **Habilitações académicas:**

Analfabeto (sem escolaridade)

Sabe ler e escrever

1º Ciclo do Ensino Básico (4ª classe)

2º Ciclo do Ensino Básico (ensino preparatório)

3º Ciclo do Ensino Básico (9º ano)

Ensino Secundário (12º ano)

Ensino Superior

5) **Situação profissional:**

Desempregado/a

Doméstica

Reformado/a

Outra.

Qual? _____

Empregado/a

Qual a sua profissão? _____

- A tempo inteiro

- A tempo parcial

- Quantas horas trabalha por dia _____

6) Grau de parentesco que tem com a pessoa a quem presta cuidados

- | | | | |
|------------|--------------------------|--------|--------------------------|
| Filha | <input type="checkbox"/> | Filho | <input type="checkbox"/> |
| Nora | <input type="checkbox"/> | Genro | <input type="checkbox"/> |
| Esposa | <input type="checkbox"/> | Marido | <input type="checkbox"/> |
| Outra | <input type="checkbox"/> | | |
| Qual _____ | | | |

7) Vive atualmente na mesma habitação da pessoa idosa

- Sim
- Não

7.1) Se não vive na mesma habitação, a que distância vive

- | | | | |
|-----------|--------------------------|----------------------|--------------------------|
| Ao lado | <input type="checkbox"/> | Até 200 m | <input type="checkbox"/> |
| Até 50 m | <input type="checkbox"/> | Na mesma terra | <input type="checkbox"/> |
| Até 100 m | <input type="checkbox"/> | Em terras diferentes | <input type="checkbox"/> |
| Até 150 m | <input type="checkbox"/> | | |

7.2- Vivia com a pessoa idosa anteriormente ao estado de dependência

- Sim
- Não

7.3- Alterou a sua residência face à situação de dependência da pessoa idosa

- Sim
- Não

7.4- Alteração de residência pela pessoa idosa face à necessidade de ser cuidado

- Sim
- Não

ANEXO II - Parecer da Comissão de Ética de uma ULS da região centro e autorização do Exmo. Conselho de Administração para prosseguir com o estudo e a respetiva recolha de dados



Exma. Senhora
Enf.ª Laura Maria Vilhena C. Barreiros
Enfermeira
Centro de Saúde de Almeida
Bairro da Trigueira
6350-209 Almeida

SUA REFERÊNCIA	SUA COMUNICAÇÃO DE	NOSSA REFERÊNCIA N.º: PROC. N.º:	DATA 20.07.2018
----------------	--------------------	--	--------------------

ASSUNTO: Pedido de autorização para realização do estudo subordinado ao tema "Cuidado informal à pessoa idosa fisicamente dependente em contexto domiciliário, no concelho de Almeida: Necessidades educativas do cuidador informal"

Em referência ao assunto mencionado em epígrafe e conforme solicitado por V. Exa., vimos informar que, de acordo com o parecer da Comissão de Ética para a Saúde, da ULS da Guarda, E.P.E., nada temos a opor ao desenvolvimento do trabalho.

Com os melhores cumprimentos,

A Presidente do Conselho de Administração

(Dra. Isabel Coelho)

9114 07835 *180723 1116

IC/IM

ANEXO III - Parecer da Comissão de Ética de uma ULS da região centro e autorização do Exmo. Conselho de Administração para a alteração aos instrumentos de recolha de dados



Exma. Senhora
Enfermeira Laura Maria Vilhena Barreiros
UCSP de Almeida
Bairro da Trigueira
6350-209 Almeida

SUA REFERÊNCIA

SUA COMUNICAÇÃO DE

NOSSA REFERÊNCIA
N.º:
PROC. N.º:

DATA
04-03-2019

ASSUNTO: Pedido de autorização para alteração do título e no instrumento de colheita de dados, no âmbito do estudo "Necessidades educativas do cuidador informal da pessoa idosa dependente em contexto domiciliário"

Em referência ao assunto mencionado em epígrafe e conforme solicitado por V/Exa., vimos informar que, de acordo com o parecer da Comissão de Ética para a Saúde, da ULS da Guarda, E.P.E., nada temos a opor à realização do estudo e que o mesmo se encontra autorizado.

Com os melhores cumprimentos,

A Presidente do Conselho de Administração


Dr.ª Isabel Coelho
Presidente do Conselho de Administração
(Dr.ª Isabel Coelho)

saída 02328 *19:03:04 11:15

