

INSTITUTO SUPERIOR MIGUEL TORGA

Escola Superior de Altos Estudos

IMPACTE DO CUIDADO NO CUIDADOR INFORMAL:

Estudo sobre o impacte na vida pessoal, profissional e socioeconómica
do cuidado no cuidador informal de idosos em serviço de apoio
domiciliário e centro de dia



SOFIA MARINA LETRA DOS REIS

Dissertação de Mestrado em Serviço Social

Coimbra, 2011



Impacte Do Cuidado no Cuidador Informal:

Estudo sobre o impacte na vida pessoal, profissional e socioeconómica do cuidado no cuidador informal de idosos em serviço de apoio domiciliário e centro de dia

SOFIA MARINA LETRA DOS REIS

Dissertação Apresentada ao ISMT para Obtenção do Grau de
Mestre em Serviço Social

Orientadora: Professora Doutora Sónia Guadalupe

Coimbra, Setembro de 2011

À minha família

**Não há futuro sem os nossos idosos,
Se eles não nos legam saber,
Legam-nos seguramente o afecto e
Nós projectamo-nos em cada ruga deles,
Como que ao espelho, somos nós próprios
E é toda a nossa cultura que olhamos**

Constança Paúl (1997:7)

Resumo

A família continua a ser considerada a principal fonte de suporte dos idosos, sendo neste sistema que encontramos a maioria dos cuidadores informais. Cuidar é um processo complexo e exige muito tempo e dedicação, sendo que muitos cuidadores consideram-no como algo gratificante, no entanto é incontestável que também acarreta consequências negativas. Assim, o presente estudo tem como objectivo analisar o impacte pessoal, profissional e socioeconómico nos cuidadores informais de idosos que se encontram em centro de dia ou em serviço de apoio domiciliário, em instituições situadas na zona do Baixo Mondego. Para a avaliação das variáveis em estudo foram utilizados um inquérito por questionário para a caracterização sociodemográfica dos cuidadores e a versão portuguesa do MHI-5 (Mental Health Inventory) para avaliar o *distress* e o bem-estar psicológico dos cuidadores dos idosos.

A amostra é constituída por 60 cuidadores sendo, na sua maioria mulheres (65%). Mais de metade da amostra dos cuidadores são casados (76,7%), predominantemente com idades entre os 56 e os 65 anos de idade, sendo estes, na generalidade, filhos (48,7%) e cônjuges dos idosos (21,7%). A amostra deste estudo vive na mesma casa (56,7%) ou perto do idoso de quem cuida, tendo metade uma actividade profissional (50%), sendo o número de horas diárias que dispensa na prestação de cuidados ao idoso entre 1 a 4 horas. Constatou-se que os cuidadores informais destes idosos sentem um impacte baixo a moderado principalmente nas áreas do trabalho e da saúde, no entanto, as mulheres inquiridas consideram que o maior impacte é ao nível económico pelas despesas feitas com o idoso, principalmente com os medicamentos. A maioria dos cuidadores apontam que um dos motivos pelos quais decidiram cuidar do idoso foi por amor e ternura, já o motivo que menos pesou para os cuidadores foi a possibilidade de herdar mais.

Sendo os cuidadores informais um grupo importante na prestação de cuidados, é necessário reflectir sobre as políticas de cuidados existentes e políticas sociais, assim como sobre a sua informação e formação, considerando ser fundamental definir estratégias de assegurar-lhes direitos sociais associados à missão que assumem e capacitá-los para prevenirem impactes negativos e o seu agravamento eventual.

Palavras-chave: Idoso, cuidado informal, cuidador informal, impacte na vida

Abstract

Family continues to be considered the main source of support for the elderly, since it is this system that we find most of informal caregivers. Caring is a complex process and requires time and dedication, and many caregivers consider it as something rewarding, however it is indisputable that also has negative consequences. Thus, this study aims to assess the impact personally, professionally and economically in the informal caregivers of seniors who are in day care or home help service in institutions located in the area of the Lower Mondego in Portugal. For the evaluation of the variables used in the study were a questionnaire for sociodemographic characteristics of caregivers and the Portuguese version of the MHI-5 (Mental Health Inventory) to assess the distress and psychological well-being of caregivers of the elderly.

The participants are 60 caregivers, mostly women (65%). More than half of the sample of caregivers are married (76,7%), predominantly aged between 56 and 65 years old, which are, in general sons or daughters (48,7%) and spouses of the elderly (21,7%). Our sample lives in the same house (56.7%) or near the elderly, half have a professional activity (50%), and the number of daily hours of caregiving is between 1 and 4 hours. It was found that informal caregivers of seniors feel low to moderate impact mainly at the level of work and health, however, women consider an higher impact on economic area, especially with medication. The majority of caregivers indicated that one of the reason for caregiving was love and tenderness, the reason that weighed less was to be able to inherit more.

Being informal caregivers an important group in care, it is necessary to think about the existing care policies and social policies, as well as on its information and training, considering it essential to define strategies to ensure their social rights associated with their mission and enable them to prevent negative impacts and their possible worsening.

Keywords: elderly; informal care; informal caregiver; life impact

ÍNDICE

1. Introdução	8
1.1. Objectivos	14
2. Material e Métodos.....	15
Instrumentos	16
Amostra	19
3. Resultados	21
4. Discussão dos Resultados	35
5. Conclusões.....	40
Bibliografia	44
APÊNDICES.....	48

ÍNDICE DE TABELAS

Tabela 1: Características dos cuidadores informais.....	19
Tabela 2: Prestação de cuidados.....	21
Tabela 3: Cuidados prestados.....	21
Tabela 4: Motivos importantes na decisão de cuidar	22
Tabela 5: Prestação e sobreposição de cuidados	23
Tabela 6: Nível de impacte nas diferentes áreas da vida pessoal do principal cuidado	24
Tabela 7: Pontuações dos itens e do total do MHI-5	25
Tabela 8: Impacte percebido na vida profissional e conciliação com o cuidado	25
Tabela 9: Conciliação do cuidado com outras actividades.....	26
Tabela 10: Despesas acrescidas com o cuidado.....	26
Tabela 11: Nível de impacte segundo o género e a situação profissional do cuidador.....	27
Tabela 12: Nível de impacte na vida pessoal segundo o vínculo relacional e a prestação de cuidados a mais alguém além do idoso	28
Tabela 13: Nível de impacte na vida afectiva segundo a possibilidade de ter alguém que cuide do idoso quando necessitar de realizar tarefas	29
Tabela 14: Correlação do nível de impacte na vida pessoal com a satisfação no apoio e com o nível de impacte das despesas no orçamento familiar.....	30
Tabela 15: Nível de concordância dos motivos pelos quais os cuidadores decidiram cuidar segundo o género e a situação profissional	31
Tabela 16: Nível de concordância dos motivos para a decisão de cuidar segundo o vínculo relacional	33
Tabela 17: Correlação do nível de concordância dos motivos para a decisão de cuidar segundo a satisfação pelo apoio de pessoas e instituições e o nível de impacte das despesas com o cuidado.....	34

1. INTRODUÇÃO

A preocupação com a velhice e com o envelhecimento é tão antiga quanto a civilização. O envelhecimento da população é o resultado de uma profunda mudança demográfica que se iniciou na Europa industrializada, em meados do século XVIII, e que hoje se expandiu a quase todos os países, embora com evoluções diferentes (Gonçalves, 2009:15). Este é um processo inevitável que se caracteriza por um conjunto complexo de factores fisiológicos, psicológicos e sociais próprios de cada indivíduo e dá-se de forma gradual, tornando-se mais evidente quando as capacidades de adaptação do organismo ao meio envolvente ficam mais diminuídas.

Nos últimos anos o número de idosos tem aumentado significativamente devido não só ao aumento da esperança média de vida mas também pelo declínio da fecundidade que provoca um aumento da importância relativa dos idosos na velhice (Paúl, 1997:9). A população portuguesa começou a apresentar uma estrutura envelhecida, e pela primeira vez na sua história, na viragem do século, a população idosa tornou-se mais numerosa que a população jovem (Moreira, 2008: 10). De acordo com os dados do Instituto Nacional de Estatística, verificou-se que em 2009 existiam 100 jovens para 116 idosos e estima-se que existam 190 idosos por cada 100 jovens em 2050 (INE, 2003:4).

Com o actual cenário demográfico, no final do século XX foi criado pela Organização Mundial de Saúde, em 1997, o conceito de envelhecimento activo, reconhecendo que as pessoas idosas devem continuar a trabalhar ou a exercer outras actividades socialmente produtivas. Deste modo, foram desenvolvidas políticas e programas de envelhecimento activo, para que as pessoas continuem a participar na actividade económica, de acordo com as suas capacidades e preferências, e também para prevenir e retardar incapacidades e doenças crónicas que representam custos financeiros elevados para os indivíduos, as famílias e os sistemas de saúde (Daniel, 2006:117).

No entanto, o envelhecimento é caracterizado como um momento em que o declínio se torna mais visível e acentuado, podendo surgir doenças crónicas ou a perda geral das funções fisiológicas que levam à necessidade de ajuda (Grelha, 2009:30). Deste modo, o processo de envelhecimento pode-se caracterizar como sendo autónomo ou dependente.

Impacte do Cuidado no Cuidador Informal

No que se refere ao idoso autónomo, define-se como “aquele que prescinde de qualquer ajuda ou supervisão, considerando que ainda tem capacidade de manter as habilidades físicas e mentais necessárias para uma vida independente e autónoma” (Rodrigues, Watanabe & Derntl, 2005: 497). Segundo Grelha (2009:30), a autonomia dos idosos classifica-se em três grandes grupos: baixa autonomia, quando os idosos manifestam alta dependência para realizar as actividades de vida diária e com escassas relações sociais, média autonomia, quando resolvem a maior parte dos problemas do dia-a-dia, mas contam com o apoio dos familiares, quando revelam perdas sensoriais e baixa actividade intelectual e autonomia elevada, quando têm uma percepção de qualidade de vida, com atitudes activas face à vida.

Já para alguns idosos, o envelhecimento é caracterizado por um conjunto de modificações que culminam com uma crescente dependência (Ferreira, Maciel, Silva, Santos & Moreira, 2010: 1066). De acordo com Camargo (2010:235), 40% dos indivíduos com 65 anos ou mais de idade precisam de algum tipo de ajuda para realizar pelo menos uma tarefa, como fazer compras, cuidar das finanças, preparar refeições e limpar a casa. Já uma percentagem menor, 10%, requer auxílio para realizar tarefas básicas como tomar banho, vestir-se, alimentar-se, sentar e levantar de cadeiras e camas. Assim, pode-se afirmar que o conceito de dependência consiste na necessita de ajuda a fim de realizar as actividades básicas da vida diária, por razões ligadas à perda de autonomia física, cognitiva e/ou intelectual (Carvalho, 2009: 68). Desta forma, a dependência tem sido classificada em três níveis: baixa ou ligeira, média ou moderada e elevada ou severa. A dependência baixa indica que o idoso apenas necessita de supervisão, já que possui alguma autonomia e consegue realizar determinadas actividades básicas da vida diária. O idoso com dependência média necessita não só de supervisão como também de apoio de terceiros para o desempenho de algumas actividades específicas. Já o idoso com dependência elevada necessita de ajuda permanente no seu dia-a-dia, ou seja, não tem capacidade para executar tarefas elementares (Grelha, 2009:33). Segundo dados dos Censos de 2001, a dependência nos idosos é maior no grupo dos 85 e mais anos, com 19,45%, seguindo-se o grupo entre os 75 e os 84 anos com 14,2%, sendo que o grupo com menor dependência é o dos 65 aos 74 anos com 10,8% (Carvalho, 2009:69).

Impacte do Cuidado no Cuidador Informal

Com a perda de autonomia dos idosos, é necessário que se crie uma rede de apoio. Sem uma rede de suporte, cuidar em casa é uma tarefa impossível, já que o êxito dos cuidados domiciliários não depende apenas da disponibilidade das famílias ainda que ela seja importante, mas também dos serviços de apoio necessários para realizar essa prestação sem criar novas discriminações. Na realidade, o desejável seria que, desde que estejam asseguradas as condições necessárias formais e informais, a pessoa idosa permaneça no seu domicílio. (Andrade, 2009:74).

A família tem sido considerada, ao longo da história, um factor básico de apoio, sendo uma das suas funções internas assumir o cuidado aos seus membros. É na família que frequentemente os idosos têm encontrado o seu meio de sustentação e pertença. A família tem sido a principal responsável pela manutenção da autonomia dos seus membros, o que implica a prestação de cuidados em determinados contextos (Sequeira, 2007:99).

Segundo Collière (1999 *cit in* Imaginário, 2008:77) cuidar é “um acto individual que prestamos a nós próprios desde que adquirimos autonomia mas é igualmente, um acto de reciprocidade que somos levados a prestar a toda a pessoa que, temporária ou definitivamente, tem necessidade de ajuda para assumir as suas necessidades vitais”. A iniciação do processo de cuidar raramente surge de um processo livre e consciente de escolha. A determinação do papel de cuidador informal pode dar-se através de um processo sub-reptício, onde ocorre uma perda progressiva de autonomia do idoso. O cuidador começa a prestar cuidados sem ter tomado consciência não conseguindo datar o início do processo de cuidar. Ou em consequência de um incidente inesperado, como doença ou acidente, viuvez e demissão ou morte da pessoa que prestava cuidados (Ferreira, 2008:75).

Cuidar obedece a determinadas regras que estão relacionadas. Segundo Diogo, Ceolim & Cintra (2005: 98) estas regras estão fundamentadas em três factores: o parentesco, o género e a co-residência. O parentesco parece assumir um papel determinante neste processo. Um estudo de Ferreira (2008:77) indica que, sendo que na maioria das vezes o idoso é casado, o cônjuge assume-se como cuidador (50%) ou no caso de ausência deste, assume o papel do principal prestador de cuidados um filho, geralmente do sexo feminino (34%), sendo apenas uma pequena parte filhos homens (7%). O género apresenta uma predominância para a mulher. A literatura é unânime ao atribuir o papel de cuidar à mulher (Ferreira, 2008:139;

Impacte do Cuidado no Cuidador Informal

Imaginário, 2008:79). Historicamente, as mulheres têm como requisito do papel feminino o cuidado da saúde da família, apesar das mudanças na sua educação e na sua participação no trabalho, continua a ser da sua responsabilidade cuidar (Reyes, 2001:8). Este papel segue normas culturais que esperam do homem o sustento, a sobrevivência material da família e a autoridade moral e da mulher a organização da vida familiar, o cuidado dos idosos e tudo o que se relacione à casa. As mulheres que trabalham fora, caso não assumam o cuidado, tornam-se alvo de pressão social e familiar, surgindo conflitos e sentimentos de culpa (Camargo, 2010:237). Segundo o Instituto de Segurança Social (ISS, 2008: 51), o papel de cuidador cabe às mulheres, 70% dos cuidadores informais são mulheres. Estas desempenham mais horas na prestação de cuidados do que os homens. Verifica-se que as mulheres prestam mais cuidados pessoais e relacionados com as tarefas domésticas, já os homens prestam mais cuidados relacionados com os transportes e a gestão financeira (Sequeira, 2007:102). A co-residência, pela proximidade física que existe entre o cuidador e a pessoa que necessita de cuidados. Segundo Ferreira (2008:77) a coabitação é necessária para a prestação de cuidados de carácter instrumental, uma vez que o cuidado emocional parece não estar dependente da proximidade física. Assim, pode afirmar-se que habitualmente, os prestadores de cuidados vivem próximos do idoso dependente e é mais frequente quando se trata de cônjuges e entre os descendentes. Isto vai permitir que o papel do cuidador seja desempenhado de forma mais eficaz, sobretudo em situação de dependência (Figueiredo, 2007:111).

Assim, o cuidado informal é geralmente assumido e prestado por um membro da família ou alguém próximo do idoso. Este assume tarefas de cuidado atendendo às necessidades do idoso e responsabilizando-se por elas (Fernandes, 2008:2). As tarefas prendem-se com actividades da vida diária, actividades instrumentais e cuidados psicológicos e afectivos, sendo que os cuidados relacionados com as actividades da vida diária correspondem à maioria dos cuidados prestados.

Neri (2000 *cit in* Pereira, 2007:35) considera quatro domínios nos quais se enquadram os cuidados prestados pelos cuidadores informais: suporte nas actividades instrumentais da vida diária, como por exemplo cuidar da casa, preparar as refeições, ir às compras, pagar as contas; assistir nas dificuldades funcionais de auto-cuidado, como dar banho, vestir,

Impacte do Cuidado no Cuidador Informal

alimentar, posicionar e deambular; apoiar emocionalmente o doente, fazer companhia e conversar; e lidar com as pressões resultantes de cuidar. Também Paúl (1997: 131) define cinco categorias distintas de cuidados prestados pelos cuidadores informais: antecipatórios, preventivos, de supervisão, instrumentais e protectores. Salienta-se o facto de apenas uma destas cinco categorias, os cuidados instrumentais, integrarem aquilo que habitualmente é considerado cuidar de alguém, ou seja, as tarefas e os comportamentos de cuidar. As restantes quatro categorias não traduzem comportamentos observáveis mas são processos fundamentais do cuida. Assim, os cuidados antecipatórios integram comportamentos ou decisões baseadas na antecipação das necessidades, traduzem um acontecimento mental sendo intencionalmente invisível; os cuidados preventivos têm como objectivo evitar a doença, as complicações e a deterioração física e mental, são mais activos e de supervisão quando comparados com os cuidados antecipatórios, incluindo, por exemplo, as modificações do ambiente físico com vista a melhorar a segurança; os cuidados de supervisão são habitualmente reconhecidos como o olhar pelo doente, implicam um envolvimento directo e activo; os cuidados instrumentais estão relacionados com o bem-estar e com o corpo, integram o fazer por ou assistir com o objectivo de assegurar a integridade física e o estado de saúde da pessoa; os cuidados protectores estão relacionados com a protecção relativa ao que não se pode evitar e tem a ver com as ameaças à auto-imagem, à identidade e ao bem-estar emocional, como por exemplo evitar que a pessoa doente se aperceba da inversão de papéis. Os familiares consideram que o cuidado protector é o mais importante, já os profissionais escolhem o preventivo e o instrumental (Paúl, 1997: 131).

Uma característica fundamental dos cuidados prestados por cuidadores informais é a diversidade, pois as actividades desenvolvidas visam assegurar a satisfação de um conjunto de necessidades que contribuem para o bem-estar dos doentes, seja ao nível do suporte emocional, psicológico, financeiro, de assistência nas actividades instrumentais e básicas da vida diária (Lage, 2007:162)

Desta forma, pode-se afirmar que prestar cuidados exige muito tempo e dedicação e quando um cuidador primário ou principal assume cuidar de alguém, fá-lo também em função de um conjunto de motivações. Segundo o estudo do Instituto de Segurança Social (2005:69) as razões de ordem afectiva, o amor, a obrigação, o dever de cuidar são os

Impacte do Cuidado no Cuidador Informal

principais motivos. Para alguns, a missão de cuidar é entendida como uma responsabilidade moral, assumindo também que não querem sentir-se culpados mais tarde, para outros significa um sentimento do dever cumprido, ou seja, um acto de reciprocidade (Andrade, 2009:56).

Apesar de muitos cuidadores considerarem a tarefa de prestação de cuidados de um familiar como algo gratificante, tal tarefa arrasta consigo consequências negativas na sua saúde e bem-estar físico, psicológico e social (Figueiredo, 2007: 113; Pereira, 2009:47; Paúl, 1997:128). Assim, o cuidador informal pode apresentar uma série de necessidades que podem ser de ordem material, emocional ou informativa, dependendo do grau de dependência do idoso, o pouco conhecimento sobre a patologia do idoso, o estado de saúde física e mental do cuidador, a presença ou não de um segundo prestador de cuidados, a falta de recursos financeiros, a existência ou não de uma actividade laboral, entre outros factores (Ferreira, 2008:87).

Desta forma, o cuidador informal dever receber mais atenção tanto por parte do Estado como dos assistentes sociais, é necessário fomentar algumas medidas que ajudem os cuidadores informais a melhorar a prestação de cuidados e prevenir consequências nefastas à sua saúde e qualidade de vida. Assim, é importante a investigação nesta área, de modo a que o assistente social contribua para a melhoria da qualidade dos cuidados prestados, com o objectivo de minorar as dificuldades do cuidador informal, assegurando-lhe os seus direitos enquanto cidadão e enquanto cuidador, aumentando a sua satisfação e a possibilidade de melhor cuidar.

Impacte do Cuidado no Cuidador Informal

1.1. Objectivos

O **nosso objectivo geral** é analisar o nível de impacte do cuidado ao idoso na vida pessoal, profissional e económica do cuidador. Os nossos **objectivos específicos são os seguintes**: caracterizar sociodemograficamente os cuidadores informais; analisar os motivos pelos quais os cuidadores decidiram cuidar; analisar as áreas da vida do cuidador informal afectadas pela prestação de cuidados; identificar o nível de impacte económico, no orçamento familiar, associado à prestação de cuidados; analisar o impacte na vida profissional do prestador de cuidados.

2. MATERIAL E MÉTODOS

Cada investigador tem a sua própria forma de investigar. Segundo Bessa (1997, *cit in Santos, 2008:104*) “nenhuma bengala anda sozinha é necessário adaptá-la à situação, às necessidades dos seus utilizadores”. Assim, a investigação é um caminhar para um melhor conhecimento e deve ser aceite como tal, com todas as hesitações, desvios e incertezas que isto implica (Quivy & Campenhoudt, 1998). Desta forma, é necessário que os métodos de investigação se harmonizem com os diferentes fundamentos que apoiam as inquietações e as linhas orientadoras de uma investigação. Um método implica a recolha de dados, a organização e a sistematização da informação, através da análise e interpretação do material de pesquisa recolhido. Na realidade, 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 respectiva análise. A partir do momento em que se tornou clara a problemática do estudo, tornou-se evidente que o método de pesquisa teria de reflectir, de forma nítida, o modo como é vivida a experiência pelos cuidadores informais e de que forma o cuidar altera a sua vida.

No presente estudo foi usado o método quantitativo através do inquérito por questionário, direccionado aos cuidadores informais de idosos. Optou-se pelo inquérito por questionário pois pode ser definido como uma interrogação particular acerca de uma situação englobando indivíduos, com o objectivo de generalizar (Ghiglione & Matalon, 2001:7) e comparar os dados com outras amostras.

Adoptou-se um desenho de investigação de tipo descritivo transversal, já que se procura conhecer os resultados da aplicação de um inquérito por questionário, num único momento e a uma única amostra da população em estudo.

A recolha de informação decorreu durante o período compreendido entre Janeiro e Abril de 2011, junto dos cuidadores informais de idosos utentes do Centro de Dia e do Serviço de Apoio Domiciliário da Santa Casa da Misericórdia de Montemor-o-Velho e de Pereira.

Impacte do Cuidado no Cuidador Informal

Instrumentos

Utilizámos o Inquérito para Avaliação Psicossocial dos Cuidadores Informais de Idosos sob Resposta Social de Centro de Dia e de Serviço de Apoio Domiciliário (Apêndice I), designado assim por uma equipa de investigação sob a orientação da Prof. Doutora Sónia Guadalupe que integrei juntamente com as licenciadas em Psicologia Sandra Oliveira e Márcia Vieira. Este bateria é composta por 42 questões, na sua maioria fechadas e inclui instrumentos de avaliação estandardizados. De seguida apresentamos as partes desta bateria que utilizámos, sendo que os restantes instrumentos incluídos na bateria não foram usados no âmbito desta dissertação.

Parte da bateria foi baseado no Inquérito do Relatório Social da responsabilidade do Instituto de Solidariedade e Segurança Social, I.P. do Ministério da Segurança Social e do Trabalho e da Associação Portuguesa de Familiares e Amigos de Doentes de Alzheimer e do Instrumento de Avaliação e Diagnóstico dos Contextos, Condições e Necessidades dos Cuidadores Informais, assim como o instrumento CUIDE.

O estudo exploratório utilizado como base para a construção do questionário foi apresentado em 2005, como a “Situação Social dos doentes de Alzheimer em Portugal”, tinha como objectivos específicos caracterizar a situação social dos doentes de Alzheimer, o que implicou saber onde se encontram geograficamente no território nacional, quais os principais problemas e necessidades que assolam o quotidiano dos doentes e analisar o impacte social que a doença de Alzheimer produz nos cuidadores, pretendiam conhecer quem são, que cuidados prestam, quais as suas principais necessidades e que apoios formais e informais recebem (ISS, 2005:5).

Um outro instrumento utilizado foi o MHI-5 – *Mental Health Inventory*. Este instrumento começou a ser desenvolvido em 1975 como uma medida destinada a avaliar o *distress* psicológico e o bem-estar da população em geral e não somente nas pessoas com doença mental. Foi um dos instrumentos desenvolvidos para o *Rand Health Insurance Experiment*, um trabalho de campo desenhado para avaliar a saúde da população geral, concebida segundo a organização Mundial de Saúde (WHO, 1948 *cit in* Ribeiro, 2001: 79). O MHI foca sintomas psicológicos de humor e ansiedade e de perda de controlo sobre os sentimentos,

Impacte do Cuidado no Cuidador Informal

pensamentos e comportamentos. Posteriormente, foram desenvolvidas versões mais reduzidas, como o MHI-5, passando a integrar questionários de avaliação de saúde ou de qualidade de vida, ou utilizados individualmente (Ribeiro, 2001: 79).

O MHI-5 é um questionário de auto-resposta, inclui cinco itens, em que a escala de resposta pode variar entre “sempre”, “quase sempre”, “a maior parte do tempo”, “durante algum tempo”, “quase nunca” e “nunca”. Trata-se de uma versão rápida que, tanto é utilizada isoladamente, como teste de rastreio (*screening*), como é incluída em outras escalas tal como o SF-36 (Ware, Snow, Kosinski, & Gandek, 1993 *cit in* Ribeiro, 2001:86). Inclui os itens 11, 17, 19, 27 e 34, do MHI em que três itens pertencem à escala de *Distress* e dois à escala de Bem-Estar Positivo. O MHI-5 foi desenvolvido para um questionário de avaliação de saúde utilizado no *Medical Outcomes Study*. Este é constituído por cinco itens que representam quatro dimensões de saúde mental: Ansiedade, Depressão, Perda de Controlo Emocional-Comportamental, e Bem-Estar Psicológico (Ribeiro, 2001: 86).

A recolha de dados foi realizada com a autorização da direcção da Santa Casa da Misericórdia de Montemor-o-Velho e da Santa Casa da Misericórdia de Pereira, tendo ambas as valências de Serviço de Apoio Domiciliário e Centro de Dia.

Convém realçar que qualquer investigação que inclua pessoas levanta questões de ordem moral e ética e estas estão presentes desde que se determina o problema até à conclusão do estudo. Santos (2008: 100) refere que a investigação aplicada a seres humanos pode, por vezes, causar danos aos direitos e liberdades das pessoas. Por conseguinte, é importante tomar todas as disposições necessárias para proteger os direitos e liberdades das pessoas que participam nas investigações. Deste modo, foi apresentado um pedido de autorização às instituições (Santa Casa da Misericórdia de Montemor-o-Velho e Pereira) para que nos facultassem os dados referentes aos idosos, de forma a contactar os cuidadores informais. Após as autorizações das instituições foram contactados os cuidadores dos idosos para esclarecer os objectivos do estudo aos participantes, garantir a confidencialidade dos dados recolhidos, explicando que a participação era voluntária e que lhes cabia o direito de a qualquer momento desistir da pesquisa. Este processo foi, na sua maioria de contacto directo e através de contacto telefónico.

Impacte do Cuidado no Cuidador Informal

A análise estatística dos dados foi efectuada com recurso ao programa *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS, para o Windows XP versão 17.0). Para a análise dos dados, recorreu-se à estatística descritiva, com o cálculo de distribuições de frequência, medidas de tendência central (média) e medidas de dispersão (desvio-padrão). Foi também utilizada a estatística inferencial. Assim, utilizaram-se os Testes de Mann Whitney, Kruskal Wallis e de Correlação de Spearman. Estes procedimentos implicaram um nível de significância que teve como critério $p < 0,05$. Para a realização das análises principais foi feita a avaliação da normalidade através do Teste de Kolmogorov-Smirnov. Após realizados os testes de normalidade, optou-se pelos testes paramétricos ou não paramétricos, dependendo o teste do número de variáveis independentes.

Impacte do Cuidado no Cuidador Informal

Amostra

A amostra é constituída por 60 cuidadores informais principais de idosos, sendo 37 cuidadores de utentes que beneficiam de apoio das valências de Centro de Dia ou Apoio Domiciliário da Santa Casa da Misericórdia de Montemor-o-Velho e de 23 cuidadores de utentes da Santa Casa da Misericórdia de Pereira.

Tabela 1: Características dos cuidadores informais

N=60		n	%	Medidas descritivas
Género	Feminino	39	65,0	Moda: Feminino
	Masculino	21	35,0	
Idade	≤ 45 anos	13	21,7	M = 58,12 DP ± 14,35 Moda = 59 Min = 30 Max = 59
	46 – 55 anos	13	21,7	
	56 – 65 anos	15	25,0	
	66 – 74 anos	7	11,7	
	≥ 75 anos	12	20,0	
Estado Civil	Solteiro	7	11,7	Moda: Casado
	Casado	46	76,7	
	União de Facto	4	6,7	
	Separado/ Divorciado	3	5,0	
Habilitações Literárias	Sem escolaridade	5	8,3	Moda: 1º ciclo do ensino básico
	1º ciclo do ensino básico	30	50,0	
	3º ciclo do ensino básico	12	20,0	
	Ensino Secundário	8	13,3	
	Curso Superior	5	8,3	
Situação profissional	Reformado	20	33,3	Moda: Reformado
	Trabalhadores não qualificados	18	30,0	
	Operadores de instalações e máquinas	2	3,3	
	Pessoal administrativo	3	5	
	Técnicos e profissões de nível intermédio	5	8,3	
	Trabalhadores de serviços pessoais, de protecção e segurança	1	1,7	
	Agricultores e trabalhadores qualificados	3	5	
	Trabalhadores qualificados da indústria	4	6,7	
	Desempregado	4	6,7	
Rendimento	Trabalho	30	50,0	Moda: Trabalho
	Subsídio de doença	1	1,7	
	Pensão de reforma/aposentação	20	33,3	
	Rendimentos próprios	2	3,3	
	Subsídio de desemprego	4	6,7	
	Sem rendimentos	3	5,0	
Concelho de Residência	Montemor-o-Velho	51	85,0	Moda: Montemor-o-Velho
	Coimbra	7	11,7	
	Figueira da Foz	2	3,3	
Relação	Cônjuge	13	21,7	Moda: Filho/ Filha
	Filho/ Filha	29	48,3	
	Irmão/ Irmã	7	11,7	
	Outra relação	11	18,3	
Com quem vive	Sozinho	2	3,3	Moda: Cônjuge
	Cônjuge	19	31,7	
	Filhos	2	3,3	
	Outros familiares	9	15	
	Cônjuge+Filhos+outros	8	13,3	
	Cônjuge+Filhos	11	18,3	
	Cônjuge+Outros familiares	9	15	
Distância de Residência do Cuidador relativamente ao idoso	Na mesma casa	34	56,7	Moda: Na mesma casa
	A uma distância que percorre a pé	15	25	
	Até 10 minutos de carro ou outro transporte	7	11,7	
	Até 30 minutos de carro ou outro transporte	3	5	
	Até uma hora de carro ou outro transporte	1	1,7	

Fonte: Inquérito para avaliação psicossocial dos cuidadores informais de idosos sob resposta social de centro de dia e apoio domiciliário, 2010

Legenda: n (número de casos da amostra); F (Frequência); % (percentagem); M (Média); DP (Desvio Padrão)

Impacte do Cuidado no Cuidador Informal

Na análise do Tabela 1, verifica-se que a amostra é constituída por 60 cuidadores informais de idosos, sendo que 39 são do sexo feminino, enquanto 29 são do sexo masculino, sendo na sua maioria casados (76,7%). Apenas 7 cuidadores são solteiros, 4 estão em união de facto e 3 são separados.

Os cuidadores informais provêm de todos os grupos etários, mas o grupo etário dos 56-65 anos é o predominante, sem esquecer os grupos com menos de 45 anos e dos 46-55 anos com 21,7%, assim como o grupo dos 66-74 anos e com mais de 75 anos, com 11,7 e 20%, respectivamente.

A população presente neste estudo, a sua maioria (50%) tem o 1º ciclo do ensino básico, apenas uma pequena percentagem (8,3) não tem escolaridade ou tem um curso superior. Existem também cuidadores com o 3º ciclo do ensino básico (20%) e com Ensino Secundário (13,3%).

Relativamente ao rendimento do cuidador, metade dos cuidadores (50%) têm como fonte de rendimento o Trabalho, existindo também um predomínio de cuidadores com Pensão de Reforma/ Aposentação (30 cuidadores). Os restantes cuidadores vivem do subsídio de doença (1), de rendimentos próprios (2), do subsídio de desemprego (4) ou não têm rendimentos (2 cuidadores).

Os cuidadores deste estudo são maioritariamente do Concelho de Montemor-o-Velho (85%), os restantes são do Concelho de Coimbra e da Figueira da Foz. Estes vivem com o cônjuge (31,7%), com o cônjuge e os filhos (18,3%) ou até mesmo com outros familiares (15%).

São os filhos (filho/filha) que cuidam quase na sua maioria dos idosos (48,3%), seguindo-se o cônjuge com 21,7%, também os irmãos ou irmãs cuidam do idoso (11,7), sendo que os restantes, 11 cuidadores, apresentam outro vínculo relacional, como sejam genros ou noras, amigos ou vizinhos.

Os cuidadores informais e o idoso vivem predominantemente (56,7%) na mesma casa, 25% vivem perto, numa distância que percorrem a pé, ou até 10 minutos de carro (11,7). Numa percentagem menor existem cuidadores que vivem a 30 minutos de casa do idoso de quem cuidam (5%), e 1 cuidador vive a 1 hora de casa do idoso.

Impacte do Cuidado no Cuidador Informal

3. RESULTADOS

De seguida apresentamos os resultados principais obtidos na presente investigação.

Tabela 2: Prestação de cuidados

N=60	n	%	Medidas descritivas
Anos a cuidar do idoso	< 1 ano	9	15,0
	1-4 anos	32	53,3
	5-9 anos	11	18,3
	10-19 anos	5	8,3
	>20 anos	3	5,0
Horas de prestação de cuidados	1-4 horas	28	46,7
	5-9 horas	14	23,3
	10-14 horas	4	6,7
	>15 horas	14	23,3
Número de dias de prestação de cuidados por semana	1 dia	2	3,3
	3 dias	1	1,7
	4 dias	4	6,7
	5 dias	7	11,7
	7 dias	46	76,7

Fonte: Inquérito para avaliação psicossocial dos cuidadores informais de idosos sob resposta social de centro de dia e apoio domiciliário, 2010
Legenda: n (número de casos da amostra); F (Frequência); % (percentagem); M (Média); DP (Desvio Padrão)

A tabela 2 permite-nos observar que os cuidadores normalmente apoiam o idoso todos os dias (76,7%), em média há cerca de 5 anos. Ainda que com um valor muito baixo, é de assinalar que existem 2 cuidadores que cuidam do seu idoso há 40 anos. Quanto ao número de horas, 46,7% dos cuidadores presta entre 1 a 4 horas diárias.

Tabela 3: Cuidados prestados

N=60	n	%	
Apoio pessoal	Presta	40	66,7
	Não presta	20	33,3
Apoio na mobilidade	Presta	37	61,7
	Não presta	23	38,3
Efectuar os trabalhos domésticos	Presta	44	73,3
	Não presta	16	26,7
Tomar conta dos medicamentos	Presta	49	81,7
	Não presta	11	18,3
Fazer a gestão do dinheiro	Presta	47	78,3
	Não presta	13	21,7
Ir às compras	Presta	46	76,7
	Não presta	14	23,3
Acompanhar/transportar a uma consulta médica e/ou tratar de assuntos burocráticos	Presta	50	83,3
	Não presta	10	16,7
Passear, actividades de lazer	Presta	24	40
	Não presta	36	60

Fonte: Inquérito para avaliação psicossocial dos cuidadores informais de idosos sob resposta social de centro de dia e apoio domiciliário, 2010
Legenda: n (número de casos da amostra); F (Frequência); % (percentagem)

No que se refere ao apoio prestado pelos cuidadores informais, na tabela 3 verifica-se o apoio nas diversas áreas: no apoio pessoal, na mobilidade, nos trabalhos domésticos, na toma

Impacte do Cuidado no Cuidador Informal

dos medicamentos, na gestão do dinheiro, na ida às compras e no acompanhamento a consultas. A menor participação ocorre nas actividades de lazer (40%).

Tabela 4: Motivos importantes na decisão de cuidar

N=60		n	%	Medidas descritivas
Por amor e ternura	Discordo Totalmente	3	5,0	Moda: Concordo Totalmente
	Concordo Pouco	5	8,3	
	Concordo moderadamente	17	28,3	
	Concordo muito	11	18,3	
	Concordo Totalmente	24	40,0	
Por obrigação e dever	Discordo Totalmente	7	11,7	Moda: Concordo pouco/ concordo moderadamente
	Concordo Pouco	16	26,7	
	Concordo moderadamente	16	26,7	
	Concordo muito	7	11,7	
	Concordo Totalmente	14	23,3	
Por não querer colocar num lar	Discordo Totalmente	12	20,0	Moda: Concordo Totalmente
	Concordo Pouco	11	18,3	
	Concordo moderadamente	13	21,7	
	Concordo muito	5	8,3	
	Concordo Totalmente	19	31,7	
Por proximidade geográfica	Discordo Totalmente	8	13,3	Moda: Concordo Totalmente
	Concordo Pouco	8	13,3	
	Concordo moderadamente	11	18,3	
	Concordo muito	11	18,3	
	Concordo Totalmente	22	36,7	
Para evitar que os outros pensem mal de mim	Discordo Totalmente	42	70,0	Moda: Discordo Totalmente
	Concordo Pouco	11	18,3	
	Concordo moderadamente	6	10,0	
	Concordo muito	1	1,7	
Por não existirem estruturas de apoio residencial na zona	Discordo Totalmente	55	91,7	Moda: Discordo Totalmente
	Concordo Pouco	1	1,7	
	Concordo moderadamente	2	3,3	
	Concordo muito	2	3,3	
Porque as mensalidades num lar são muito caras	Discordo Totalmente	27	45,0	Moda: Discordo Totalmente
	Concordo Pouco	7	11,7	
	Concordo moderadamente	12	20,0	
	Concordo muito	3	5,0	
	Concordo Totalmente	11	18,3	
Porque não encontra uma pessoa de confiança	Discordo Totalmente	28	46,7	Moda: Discordo Totalmente
	Concordo Pouco	11	18,3	
	Concordo moderadamente	9	15,0	
	Concordo muito	8	13,3	
	Concordo Totalmente	4	6,7	
Por ser muito caro pagar a uma pessoa (empregada)	Discordo Totalmente	19	31,7	Moda: Discordo Totalmente
	Concordo Pouco	9	15,0	
	Concordo moderadamente	14	23,3	
	Concordo muito	11	18,3	
	Concordo Totalmente	7	11,7	
Porque vive com o seu familiar há muito tempo	Discordo Totalmente	21	35,0	Moda: Discordo Totalmente
	Concordo Pouco	4	6,7	
	Concordo moderadamente	9	15,0	
	Concordo muito	15	25,0	
	Concordo Totalmente	11	18,3	
Porque a reforma do doente contribui para o sustento familiar	Discordo Totalmente	48	80,0	Moda: Discordo Totalmente
	Concordo Pouco	5	8,3	
	Concordo moderadamente	5	8,3	
	Concordo muito	2	3,3	
Porque a pessoa que cuida terá a possibilidade de herdar mais	Discordo Totalmente	57	95,0	Moda: Discordo Totalmente
	Concordo Pouco	2	3,3	
	Concordo muito	1	1,7	
Por ter sido sempre a vontade do seu familiar ou amigo	Discordo Totalmente	13	21,7	Moda: Concordo moderadamente
	Concordo Pouco	10	16,7	
	Concordo moderadamente	17	28,7	
	Concordo muito	8	13,3	
	Concordo Totalmente	12	20,0	

Fonte: Inquérito para avaliação psicossocial dos cuidadores informais de idosos sob resposta social de centro de dia e apoio domiciliário, 2010

Legenda: n (número de casos da amostra); F (Frequência); % (percentagem)

No que diz respeito aos motivos (Tabela 4) pelos quais o cuidador decidiu cuidar, o principal motivo apontado relaciona-se com o amor e ternura (24 cuidadores), por

Impacte do Cuidado no Cuidador Informal

proximidade geográfica (22), por não querer colocar o idoso num lar (19), assim como por obrigação e dever (14). Os motivos menos relevantes são a possibilidade de herdar mais (57 cuidadores), por não existirem estruturas de apoio residencial na zona (55), porque a reforma contribui para o sustento familiar (48), assim como para evitar que os outros pensem mal de mim (42)

Tabela 5: Prestação e sobreposição de cuidados

N=60		n	%	Medidas descritivas
Há mais alguém a quem tenha de prestar apoio	Sim	18	30,0	Moda: Não
	Não	42	70,0	
Se sim, a quem presta cuidados? (n=18)	Filho(s) menores	7	11,7	Moda: Outro familiar
	Filho(s) com problemas de dependência	1	1,7	
	Outro familiar	8	13,3	
	Outra pessoa	2	3,3	
	Total	18	30%	
Quem também cuida frequentemente do idoso?	Outro familiar	35	58,3	Moda: Outro familiar
	Um não familiar	4	6,7	
	Empregada doméstica	3	5,0	
	Não tem mais ninguém disponível para prestar cuidados	17	28,3	
	Outro familiar + empregada doméstica	1	1,7	
Tipo de serviços de apoio social quem tem acesso	Serviços de apoio domiciliário	37	61,7	Moda: Serviços de apoio domiciliário
	Centro de dia	23	38,3	
De que tem tido um apoio mais satisfatório?	Familiares + Amigos	42	70,0	Moda: Familiares + Amigos
	Amigos	5	8,3	
	Vizinhos	10	16,7	
	Familiares + Vizinhos	3	5,0	
Do apoio que tem tido, sente-se satisfeito com esse apoio?	Nada satisfeito	1	1,7	Moda: Satisfeito
	Pouco satisfeito	4	6,7	
	Satisfeito	40	66,7	
	Muito satisfeito	12	20,0	
	Muitíssimo satisfeito	3	5,0	

Fonte: Inquérito para avaliação psicossocial dos cuidadores informais de idosos sob resposta social de centro de dia e apoio domiciliário, 2010

Legenda: n (número de casos da amostra); F (Frequência); % (percentagem)

De acordo com a Tabela 5, dos 60 cuidadores informais questionados, 18 deles cuidam de uma outra pessoa, tanto de filhos menores como de outro familiar. A maioria, 58,3% tem outro familiar que o ajuda no processo de cuidar do idoso.

A maior parte dos cuidadores (40), estão satisfeitos com o apoio prestado a estes, tanto por parte de outras pessoas como de instituições, sendo estes serviços o apoio domiciliário ou o centro de dia.

Impacte do Cuidado no Cuidador Informal

Tabela 6: Nível de impacte nas diferentes áreas da vida pessoal do principal cuidado

N=60		n	%	Medidas descritivas
Nível de impacte na vida afectiva	Nenhum impacte	18	30,0	Moda: Impacte Baixo
	Impacte baixo	20	33,3	
	Impacte moderado	18	30,0	
	Impacte elevado	2	3,3	
	Impacte muito elevado	2	3,3	
Nível de impacte no trabalho	Nenhum impacte	20	33,3	Moda: Nenhum impacte e impacte moderado
	Impacte baixo	17	28,3	
	Impacte moderado	20	33,3	
	Impacte elevado	2	3,3	
	Impacte muito elevado	1	1,7	
Nível de impacte nos hábitos familiares do dia-a-dia	Nenhum impacte	14	23,3	Moda: Impacte moderado
	Impacte baixo	17	28,3	
	Impacte moderado	24	40,0	
	Impacte elevado	5	8,3	
Nível de impacte nas relações familiares	Nenhum impacte	21	35,0	Moda: Impacte baixo
	Impacte baixo	23	38,3	
	Impacte moderado	13	21,7	
	Impacte elevado	3	5,0	
Nível de impacte nas relações sociais	Nenhum impacte	27	45,0	Moda: Nenhum impacte
	Impacte baixo	24	40,0	
	Impacte moderado	6	10,0	
	Impacte elevado	2	3,3	
	Impacte muito elevado	1	1,7	
Nível de impacte nos momentos de tempo livre e lazer	Nenhum impacte	14	23,3	Moda: Impacte baixo
	Impacte baixo	21	35,0	
	Impacte moderado	20	33,3	
	Impacte elevado	4	6,7	
	Impacte muito elevado	1	1,7	
Nível de impacte na realização pessoal e nos planos para o futuro	Nenhum impacte	22	36,7	Moda: Impacte baixo
	Impacte baixo	23	38,3	
	Impacte moderado	12	20,0	
	Impacte elevado	3	5,0	
Nível de impacte no estado de humor	Nenhum impacte	8	13,3	Moda: Impacte baixo
	Impacte baixo	25	41,7	
	Impacte moderado	18	30,0	
	Impacte elevado	6	10,0	
	Impacte muito elevado	3	5,0	
Nível de impacte no estado de saúde	Nenhum impacte	10	16,7	Moda: Impacte moderado
	Impacte baixo	15	25,0	
	Impacte moderado	23	38,3	
	Impacte elevado	10	16,7	
	Impacte muito elevado	2	3,3	
Nível de impacte económico	Nenhum impacte	21	35,0	Moda: Nenhum impacte
	Impacte baixo	20	33,3	
	Impacte moderado	12	20,0	
	Impacte elevado	6	10,0	
	Impacte muito elevado	1	1,7	

Fonte: Inquérito para avaliação psicossocial dos cuidadores informais de idosos sob resposta social de centro de dia e apoio domiciliário, 2010
 Legenda: n (número de casos da amostra); F (Frequência); % (percentagem)

Pode-se afirmar que todas as áreas da vida pessoal do cuidador são afectadas com a prestação do cuidado, de forma baixa a moderada, sendo que as áreas mais afectadas são o trabalho e o estado de saúde, assim como o nível de impacte nos hábitos familiares do dia-a-dia e nos momentos de tempo livre e lazer.

Impacte do Cuidado no Cuidador Informal

Tabela 7: Pontuações dos itens e do total do MHI-5

Descrição do item	Média	Desvio padrão	Min- Max	Medidas descritivas para o total
11 – muito nervoso	3,52	1,408	1-6	$\alpha = 0,876$ M= 16,7 DP \pm 5,13
27 – triste e em baixo (sem animar)	3,83	1,380	1-5	
19 – triste e em baixo	3,60	1,278	1-6	
17 – calmo e em paz	2,88	1,151	1-6	
34 – pessoa feliz	2,87	1,016	1-5	

Fonte: RIBEIRO, Pais. (2001). "Mental Health Inventory: Um estudo de adaptação à população portuguesa". *Psicologia, Saúde & Doenças*.
Legenda: α (Alfa de Cronbach); M (Média); DP (Desvio Padrão)

A tabela 7 mostra os resultados por dimensão e por item. Pode-se verificar a consistência interna (Alfa de Cronbach) e afirmar que este contém valores satisfatórios.

Tabela 8: Impacte percebido na vida profissional e conciliação com o cuidado

N=60		n	%	Medidas descritivas
Actividade profissional	Sim	27	45,0	Moda: Não
	Não	33	55,0	
Vínculo profissional (n=27)	Trabalhador por conta própria	3	5,0	Moda: Trabalhador por conta de outrem (função pública)
	Trabalhador por conta de outrem (função pública)	16	26,7	
	Trabalhador por conta de outrem (empresa privada)	6	10,0	
	Outra	2	3,3	
Horário laboral	Tempo parcial	4	6,7	Moda: Tempo inteiro
	Tempo inteiro	23	38,3	
Faltas ao trabalho	Nunca	9	15,0	Moda: Raramente (uma falta a cada 2 meses)
	Raramente	15	25,0	
	Às vezes	2	3,3	
	Frequentemente	1	1,7	
Número de faltas	0 faltas	15	25,0	Moda: 0 faltas
	1 falta	6	10,0	
	2 faltas	3	5,0	
	4 faltas	2	3,3	
	+ 5 faltas	1	1,7	
Mecanismos que recorre no caso de faltar	Licença por assistência à família	9	15,0	Moda: Tira dias de férias
	Tira dias de férias	7	11,7	
	Trabalha mais horas	8	13,3	
	Outra situação	3	5	
Vencimento afectado pelas faltas	Sim	1	1,7	Moda: Vencimento não é afectado pelas faltas
	Não	26	43,3	
Deixou ou tem intenção de deixar alguma actividade	Sim	4	6,7	Moda: Não
	Não	23	38,3	

Fonte: Inquérito para avaliação psicossocial dos cuidadores informais de idosos sob resposta social de centro de dia e apoio domiciliário, 2010
Legenda: n (número de casos da amostra); F (Frequência); % (percentagem)

No que se refere ao impacte percebido na vida profissional e a conciliação com o cuidado, a Tabela 8 permite observar que a maioria dos cuidadores informais não exerce uma actividade profissional, apenas 27 cuidadores exercem-na, fazendo-o a tempo inteiro, sendo que faltam em média 1 vez em cada 2 meses (15 pessoas) e quando o fazem, 15% tira dias de férias. Desta forma, consideram que o seu vencimento não é afectado.

Impacte do Cuidado no Cuidador Informal

Tabela 9: Conciliação do cuidado com outras actividades

N=60		n	%	Medidas descritivas
Tem alguém que cuide do sr. se precisar de ir às compras	Sim	34	56,7	Moda: Sim
	Não	26	43,3	
Tem alguém que cuide do sr. se quiser ir passear	Sim	34	56,7	Moda: Sim
	Não	26	43,3	
Tem alguém que cuide do sr. se quiser tirar umas férias	Sim	33	55,0	Moda: Sim
	Não	27	45,0	

Fonte: Inquérito para avaliação psicossocial dos cuidadores informais de idosos sob resposta social de centro de dia e apoio domiciliário, 2010

Legenda: n (número de casos da amostra); F (Frequência); % (percentagem)

Tabela 10: Despesas acrescidas com o cuidado

N=60		n	%	Medidas descritivas
Despesas acrescidas no agregado familiar por cuidar do idoso	Sim	56	93,3	Moda: Sim
	Não	4	6,7	
O idoso beneficia do Complemento por Dependência	Sim	16	26,7	Moda: Não
	Não	44	73,3	
Além dos membros do agregado mais alguém contribui para as despesas	Sim	8	13,3	Moda: Não
	Não	52	86,7	
Alimentação	Sim	19	31,7	Moda: Não
	Não	41	68,3	
Medicamentos	Sim	39	65,0	Moda: Sim
	Não	21	35,0	
Consultas médicas	Sim	26	43,3	Moda: Não
	Não	34	56,7	
Internamentos	Sim	9	15	Moda: Não
	Não	51	85,0	
Análises e exames médicos	Sim	5	8,3	Moda: Não
	Não	55	91,7	
Transporte para ir a consultas	Sim	12	20	Moda: Não
	Não	48	80	
Comparticipações com serviços de apoio social	Sim	30	50,0	Moda: Sim/ Não
	Não	30	50,0	
Serviços de reabilitação	Sim	4	6,7	Moda: Não
	Não	56	93,3	
Ajudas técnicas	Sim	12	20	Moda: Não
	Não	48	80	
Fraldas	Sim	18	30	Moda: Não
	Não	42	70	
Contratação de uma empregada doméstica	Sim	4	6,7	Moda: Não
	Não	56	93,3	
Outras despesas	Sim	1	1,7	Moda: Não
	Não	59	98,3	
De entre estas despesas, qual a maior?	Medicamentos	20	33,3	Moda: Medicamentos
	Alimentação + Medicamentos	2	3,3	
	Fraldas	5	8,3	
	Medicamentos + Fraldas	5	8,3	
	Centro de dia + Medicamentos	3	5,0	
	Empregada doméstica + serviços de apoio social	2	3,3	
	Consultas	2	3,3	
	Ajudas técnicas	2	3,3	
	Serviços de reabilitação	1	1,7	
	Medicamentos + consultas	2	3,3	
	Consultas + participações de apoio social	1	1,7	
	Empregada	2	3,3	
	Não respondeu	13	21,7	
Nível de impacte das despesas	Muito Baixo	9	15,0	Moda: Nível de impacte moderado
	Baixo	11	18,3	
	Moderado	29	48,3	
	Elevado	10	16,7	
	Muito elevado	1	1,7	

Fonte: Inquérito aos familiares, amigos dos doentes de Alzheimer

Legenda: n (número de casos da amostra); F (Frequência); % (percentagem)

Impacte do Cuidado no Cuidador Informal

Segundo a Tabela 9, se o cuidador informal necessitar de se ausentar, por motivos de lazer ou de compromissos tem alguém que pode ficar a cuidar do seu idoso.

Pela análise da Tabela 10, verifica-se que 93,3% dos cuidadores têm despesas com o idoso de quem cuidam, sendo que as despesas mais acrescidas são a medicação (65%) e os serviços de apoio social (serviço de apoio domiciliário ou centro de dia), com 50%. Dos 60 cuidadores entrevistadas apenas 8 tem ajuda de outros membros para as despesas, sendo estas ajudas proporcionadas por filho(a) e sobrinhas.

Os cuidadores informais questionados consideram que tem um impacte moderado (48,3%) as despesas associadas à prestação de cuidados no orçamento familiar.

Tabela 11: Nível de impacte segundo o género e a situação profissional do cuidador

	Género			Vínculo profissional		
	Masculino	Feminino	U	Activos	Não Activos	U
Nível de impacte na vida pessoal:	M (DP)	M (DP)	p	M (DP)	M (DP)	p
	PMO	PMO		PMO	PMO	
Na vida afectiva	2,67 (0,9666) 39,07	1,90 (0,940) 25,88	229,500 0,003	2,33 (1,109) 32,57	2,03 (0,918) 28,80	389,500 0,383
No trabalho	2,48 (0,928) 37,10	1,92 (0,957) 26,95	271,000 0,024	2,44 (0,934) 36,04	1,85 (0,939) 25,97	296,000 0,019
Nos hábitos familiares do dia-a-dia	2,67 (0,960) 36,24	2,15 (0,875) 27,41	289,000 0,049	2,33 (0,920) 30,09	1,97 (0,918) 30,83	434,500 0,863
Nas relações familiares	2,29 (0,956) 35,95	1,79 (0,801) 27,56	295,000 0,060	1,96 (0,854) 30,63	1,91 (1,011) 30,39	442,000 0,956
Nas relações sociais	1,90 (0,889) 33,52	1,69 (0,893) 28,87	346,000 0,284	1,59 (0,694) 27,94	2,27 (1,069) 32,59	376,500 0,264
Nos momentos de tempo livre e lazer	2,29 (0,902) 31,17	2,28 (0,999) 30,14	395,500 0,820	2,30 (0,823) 30,43	2,27 (1,069) 30,56	443,500 0,975
Na realização pessoal e nos planos futuros	2,00 (0,837) 32,10	1,90 (0,912) 29,64	376,000 0,581	2,11 (0,892) 33,91	1,79 (0,857) 27,71	353,500 0,147
No estado de humor	2,57 (1,076) 31,38	2,49 (0,997) 30,03	391,000 0,762	2,44 (1,050) 28,98	2,58 (1,001) 24,37	404,500 0,520
No estado de saúde	2,90 (0,889) 35,21	2,51 (1,121) 27,96	310,500 0,109	2,30 (1,137) 24,37	2,94 (0,899) 35,52	280,000 0,010
No estado económico	2,99 (1,030) 32,26	2,05 (1,075) 29,55	372,500 0,548	1,96 (1,055) 28,00	2,21 (1,053) 32,55	378,000 0,293

Legenda: M (Média); DP (Desvio Padrão); PMO (Pontuação Média das Ordens); U (Teste de Mann Whitney); p (Nível de significância)

Na análise das diferenças do nível de impacte (avaliado entre 1 e 5, numa escala de Likert, significando maior impacte quanto mais o valor) segundo o género verificou-se que as mulheres consideram que há maior nível de impacte no nível económico M= 2,99, já os homens consideram que existe um maior nível de impacte no estado de saúde M=2,51. No que se refere ao menor impacte percebido consideram que é nas relações sociais com uma média de 1,90 e 1,69, respectivamente.

Pode-se afirmar que há tendência para que o nível de impacte percebido seja sempre maior nos homens do que nas mulheres, comparando as médias destes, embora através da

Impacte do Cuidado no Cuidador Informal

utilização do teste de Mann Whitney não se verificarem diferenças significativas, apenas na vida afectiva ($p=0,003$); no trabalho ($p=0,024$) e nos hábitos familiares do dia-a-dia ($p=0,049$).

Tendo os cuidadores informais sido agrupados em activos e não activos, verificou-se que os activos, em geral, tem uma maior nível de impacte do que os não activos, atribuindo maior importância ao nível de impacte no trabalho e no estado de humor, ambos com a $M=2,44$, os não activos consideram o estado de saúde o mais importante $M=2,94$. Através do teste de Mann Whitney verificou-se que não há diferenças significativas entre os activos e não activos relativamente ao impacte no cuidado, apenas com os aspectos relacionados com o trabalho ($p=0,019$) e no estado de saúde ($p=0,010$)

Tabela 12: Nível de impacte na vida pessoal segundo o vínculo relacional e a prestação de cuidados a mais alguém além do idoso

	Vínculo Relacional				KW p	Cuida de mais alguém para além do idoso?		U p
	Cônjuge	Filho/ Filha	Irmão/Irmã	Outra relação		Cuida	Não Cuida	
Nível de impacte na vida pessoal:	M (DP) PMO	M (DP) PMO	M (DP) PMO	M (DP) PMO		M (DP) PMO	M (DP) PMO	
Na vida afectiva	2,15 (0,987) 30,73	2,55 (1,021) 36,88	1,57 (0,787) 20,36	1,55 (0,688) 19,80	11,344 0,010	1,89 (1,079) 24,94	2,29 (0,970) 32,88	278,000 0,091
No trabalho	1,85 (1,068) 25,58	2,45 (0,910) 36,19	1,57 (0,787) 21,07	1,91 (0,944) 27,32	7,213 0,065	2,11 (1,132) 29,69	2,12 (0,916) 30,85	363,500 0,806
Nos hábitos familiares do dia-a-dia	2,31 (1,032) 30,38	2,55 (0,910) 34,17	2,00 (1,000) 25,14	2,00 (0,775) 24,36	3,665 0,300	2,39 (0,916) 31,75	2,31 (0,950) 29,96	355,500 0,702
Nas relações familiares	2,00 (1,000) 30,69	2,15 (0,848) 34,59	1,57 (0,787) 23,00	1,64 (0,809) 24,27	4,804 0,187	1,61 (0,778) 23,78	2,12 (0,889) 33,38	257,000 0,039
Nas relações sociais	1,92 (1,256) 30,77	1,90 (0,772) 34,31	1,29 (0,488) 21,29	1,55 (0,820) 26,00	4,813 0,186	1,33 (0,485) 22,50	1,95 (0,962) 33,93	234,000 0,011
Nos momentos de tempo livre e lazer	2,00 (1,080) 25,73	2,48 (0,829) 33,90	2,43 (1,272) 32,21	2,00 (0,874) 26,09	3,124 0,373	2,39 (1,092) 31,69	2,24 (0,906) 29,99	356,500 0,716
Na realização pessoal e nos planos futuros	1,54 (0,967) 21,69	2,24 (0,830) 36,67	1,57 (0,535) 24,36	1,82 (0,874) 28,55	8,949 0,030	2,11 (1,079) 32,89	1,86 (0,783) 29,48	335,000 0,461
No estado de humor	2,85 (1,281) 36,12	2,55 (0,985) 30,72	2,00 (1,000) 21,07	2,36 (0,674) 29,27	3,837 0,280	2,50 (1,098) 29,36	2,52 (0,994) 30,99	357,500 0,727
No estado de saúde	3,00 (1,080) 36,42	2,69 (1,105) 31,17	2,29 (1,113) 24,93	2,36 (0,809) 25,27	3,521 0,318	2,56 (1,097) 28,50	2,69 (1,047) 31,36	342,000 0,545
No estado económico	2,38 (1,044) 35,54	2,15 (1,071) 31,62	1,71 (0,951) 24,36	1,82 (1,079) 25,50	3,258 0,354	1,83 (1,043) 25,75	2,21 (1,048) 32,54	292,500 0,149

Legenda: M (Média); DP (Desvio Padrão); PMO (Pontuação Média das Ordens); KW (Teste de Kruskal Wallis); p (Nível de significância)

Da análise da Tabela 12, pode-se constatar que existem diferenças significativas no nível de impacte na vida afectiva ($KW=11,3444$; $p=0,010$), na realização pessoal e nos planos

Impacte do Cuidado no Cuidador Informal

futuros segundo o vínculo relacional ($KW=8,949$; $p=0,030$). O cônjuge, o filho(a) e outras relações (genro/nora, amigo e vizinho) atribuem maior nível de importância ao estado de saúde e na prestação de cuidados, já o irmão(ã) considera que são mais afectados os momentos de tempo livre e lazer ($M=2,43$). As áreas da vida pessoal que atribuem menor importância, para o cônjuge é a realização pessoal e nos planos futuros ($M=1,54$), já as restantes relações (filho, irmão e outra relação) consideram as relações sociais.

Pode-se afirmar que o filho/a têm um maior nível de impacte na maioria das diversas áreas da vida pessoal do que os restantes familiares.

Dos 60 cuidadores informais questionados, 18 deles prestam cuidado a mais alguém, sendo que o maior impacte que sentem é ao nível do seu estado de saúde ($M=2,56$), o mesmo consideram os restantes 42 cuidadores que não cuidam de mais ninguém ($M=2,69$). Pode-se afirmar que o nível de impacte nas pessoas que não cuidam de mais ninguém é maior, na maioria das áreas da vida pessoal. No que se refere ao nível de significância e depois de ter sido realizado o teste de Mann-Whitney, verificam-se diferenças estatisticamente assinaláveis no impacte nas relações familiares e nas relações sociais.

Tabela 13: Nível de impacte na vida afectiva segundo a possibilidade de ter alguém que cuide do idoso quando necessitar de realizar tarefas

	No caso de querer ir às compras ou realizar outra tarefa fora de casa, tem alguém que cuide do idoso?			No caso de querer ir passear, tem alguém que cuide do idoso?			No caso de querer tirar umas férias, tem alguém que cuide do idoso?		
	Tenho	Não tenho	U	Tenho	Não tenho	U	Tenho	Não tenho	U
Nível de impacte na vida pessoal:	M (DP)	M (DP)	p	M (DP)	M (DP)	p	M (DP)	M (DP)	p
	PMO	PMO		PMO	PMO		PMO	PMO	
Na vida afectiva	2,09 (0,933) 29,41	2,27 (1,116) 31,92	405,000 0,503	2,18 (0,968) 30,82	2,15 (1,084) 30,08	431,000 0,863	2,21 (0,960) 31,47	2,11 (1,086) 29,31	413,500 0,618
No trabalho	2,03 (0,834) 29,54	2,23 (1,142) 31,75	409,500 0,610	2,09 (0,900) 30,41	2,15 (1,084) 30,02	439,000 0,962	2,18 (0,846) 32,14	2,04 (1,126) 28,50	391,500 0,399
Nos hábitos familiares do dia-a-dia	2,26 (0,864) 29,43	2,42 (1,027) 31,90	405,500 0,566	2,35 (0,884) 30,91	2,31 (1,011) 29,96	428,000 0,826	2,39 (0,864) 31,62	2,26 (1,023) 29,13	408,500 0,562
Nas relações familiares	1,88 (0,769) 29,29	2,08 (1,017) 32,08	401,000 0,517	1,91 (0,753) 29,94	2,04 (1,038) 31,23	423,000 0,764	1,94 (0,747) 30,52	2,00 (1,038) 30,48	445,000 0,994
Nas relações sociais	1,76 (0,699) 31,96	1,77 (1,107) 28,60	392,500 0,422	1,71 (0,676) 30,76	1,85 (1,120) 30,15	433,000 0,884	1,76 (0,663) 32,05	1,78 (1,121) 28,61	394,500 0,409
Nos momentos de tempo livre e lazer	2,32 (0,768) 31,82	2,23 (1,177) 28,77	397,000 0,481	2,32 (0,768) 31,82	2,23 (1,177) 28,77	397,000 0,481	2,33 (0,645) 32,11	2,22 (1,251) 28,54	392,500 0,408
Na realização pessoal e nos planos futuros	1,97 (0,758) 32,01	1,88 (1,033) 28,52	390,500 0,415	2,00 (0,739) 32,68	1,85 (1,047) 27,65	368,000 0,241	2,05 (0,728) 33,32	1,81 (1,039) 27,06	352,500 0,142
No estado de humor	2,26 (0,751) 26,72	2,85 (1,223) 35,44	313,500 0,043	2,24 (0,699) 26,37	2,88 (1,243) 35,90	301,500 0,027	2,24 (0,708) 26,53	2,85 (1,231) 35,35	314,500 0,040
No estado de saúde	2,41	2,96	308,000	2,41	2,96	308,000	2,39	2,96	311,500

Impacte do Cuidado no Cuidador Informal

	(0,857) 26,56	(1,216) 35,65	0,037	(0,857) 26,56	(1,216) 35,65	0,037	(0,849) 26,44	(1,160) 35,46	0,038
No estado económico	1,91 (0,793) 28,43	2,36 (1,294) 33,21	371,500 0,271	1,91 (0,793) 28,43	2,35 (1,294) 33,21	371,500 0,271	1,85 (0,755) 27,36	2,41 (1,279) 34,33	342,000 0,107

Legenda: M (Média); DP (Desvio Padrão); PMO (Pontuação Média das Ordens); U (Teste de Mann Whitney); p (Nível de significância)

As três questões presentes na Tabela 13, relativamente ao nível de impacte referem-se há possibilidade do cuidador informal realizar outras tarefas, como ir às compras, passear ou ir de férias e que tenha alguém que cuide do idoso. Todos os cuidadores nas três questões referem que o estado de saúde é que tem maior importância. Relativamente ao nível de significância, as variáveis em estudo que têm maiores diferenças significativas são o impacte no estado de humor e de saúde. No que se refere à questão de ter alguém que cuide do idoso para ir as comprar é atribuído um nível de significância de $p=0,043$ e $p=0,037$ para o estado de humor e saúde, respectivamente. No caso de querer ir passear e ter alguém que cuide os valores são de $p=0,027$ e $p=0,037$. A última questão, se o cuidador quiser tirar férias, o nível de significância é de $p=0,040$ e $p=0,038$, respectivamente. Todas as restantes variáveis não registam diferenças significativas, desta forma pode-se afirmar que ainda que não se revelem diferenças estatisticamente assinaláveis há uma constante em que os níveis de impacte são mais elevados em quem não tem ninguém que fique com o idoso.

Tabela 14: Correlação do nível de impacte na vida pessoal com a satisfação no apoio e com o nível de impacte das despesas no orçamento familiar

	Pensando no apoio que tem tido (pessoas e instituições) sente-se satisfeito com esse apoio?	Qual o nível de impacte que entende que as despesas associadas à prestação de cuidados tem no orçamento familiar?
Nível de impacte na vida pessoal	rho p	rho p
Na vida afectiva	-0,429 0,001	0,101 0,441
No trabalho	-0,326 0,011	0,046 0,729
Nos hábitos familiares do dia-a-dia	-0,398 0,002	0,193 0,141
Nas relações familiares	-0,415 0,001	0,109 0,408
Nas relações sociais	-0,008 0,954	0,113 0,391
Nos momentos de tempo livre e lazer	-0,331 0,010	0,224 0,085
Na realização pessoal e nos planos futuros	-0,266 0,040	0,300 0,020
No estado de humor	-0,249 0,055	0,354 0,006
No estado de saúde	-0,252 0,052	0,499 0,00
No nível de económico	-0,203 0,121	0,529 0,00

Legenda: ρ (Correlação de Spearman); p (Nível de significância)

Impacte do Cuidado no Cuidador Informal

Associando os valores do nível de impacte com a satisfação dos cuidadores relativamente ao apoio de pessoas e instituições, encontram-se correlações negativas e significativas, na maioria dos níveis de impacte. Através da realização da Correlação de Spearman os níveis de significância variam entre $p=0,001$ e $p=0,055$: Apenas o nível de impacte nas relações sociais e no estado económico não apresenta valores significantes entre o nível de impacte e a satisfação com o apoio no cuidado. Assim, existe uma correlação inversamente proporcional, em que quanto maior satisfação houver no apoio de pessoas e/ou instituições, menor nível de impacte há.

Relativamente ao nível de impacte nas várias áreas da vida pessoal segundo o nível de impacte das despesas no orçamento familiar, existe uma correlação positiva, considerando-se que quando maior for a média da Correlação de Spearman maior são as diferenças significativas existentes, relativamente ao impacte na realização pessoal e nos planos futuros ($p=0,020$), no estado de humor ($p=0,006$) e no estado de saúde e nível económico ($p=0,00$).

Tabela 15: Nível de concordância dos motivos pelos quais os cuidadores decidiram cuidar segundo o género e a situação profissional

	Género			Situação profissional		
	Homens	Mulheres		Activos	Não activos	
Nível de concordância dos motivos para a decisão de cuidar	M (DP) PMO	M (DP) PMO	U p	M (DP) PMO	M (DP) PMO	U p
Por amor e ternura	3,71 (1,23) 29,24	3,85 (1,20) 31,18	383,000 0,666	3,96 (1,126) 32,48	3,69 (1,267) 28,88	392,000 0,404
Por obrigação e dever	3,10 (1,37) 30,43	3,08 (1,34) 30,54	408,000 0,981	3,19 (1,241) 32,07	3,00 (1,436) 29,21	403,000 0,516
Por não querer colocar o idoso num lar	3,05 (1,24) 29,76	3,18 (1,68) 30,90	394,000 0,805	3,00 (1,468) 29,09	3,24 (1,601) 31,65	407,500 0,561
Por proximidade geográfica	3,29 (1,31) 27,17	3,64 (1,51) 32,29	339,500 0,262	3,07 (1,517) 25,61	3,88 (1,293) 34,50	313,500 0,042
Para evitar que os outros pensem mal de mim	1,33 (0,66) 28,62	1,49 (0,79) 31,51	370,000 0,448	1,63 (0,926) 33,33	1,27 (0,517) 28,18	369,000 0,159
Porque não existem estruturas de apoio residencial na minha zona	1,10 (0,44) 28,62	1,23 (0,74) 29,40	386,500 0,457	1,19 (0,681) 30,26	1,18 (0,635) 30,70	439,000 0,840
Porque as mensalidades num lar são muito caras	2,62 (1,56) 32,98	2,28 (1,54) 29,17	357,500 0,394	1,89 (1,090) 26,17	2,82 (1,758) 34,05	328,500 0,066
Porque não encontra uma pessoa de confiança que possa tratá-lo	2,10 (1,37) 29,76	2,18 (1,31) 30,90	394,000 0,799	2,00 (1,177) 29,11	2,77 (1,442) 31,64	408,000 0,554
Por ser muito caro pagar a uma pessoa	2,57 (1,40) 29,79	2,67 (1,42) 30,88	394,500 0,811	2,22 (1,155) 25,65	2,97 (1,510) 34,47	314,500 0,045
Porque vive com o seu familiar há muito tempo	2,76 (1,61) 29,50	2,90 (1,57) 31,04	388,500 0,736	2,33 (1,519)	3,27 (1,506)	300,500 0,026

Impacte do Cuidado no Cuidador Informal

				25,13	34,89	
Porque a reforma do idoso contribui para o sustento da família	1,43 (0,87) 31,69	1,31 (0,73) 29,86	384,500 0,579	1,15 (0,456) 27,63	1,52 (0,939) 32,85	368,000 0,099
Porque a pessoa que cuida terá a possibilidade de herdar mais	1,00 (0) 29,0	1,13 (0,52) 31,31	378,000 0,196	1,19 (0,622) 32,33	1,00 (0) 29,00	396,000 0,051
Por ter sido sempre a vontade do seu familiar	2,71 (1,31) 28,0	3,05 (1,47) 31,85	357,000 0,404	2,41 (1,248) 24,15	3,36 (1,410) 35,70	274,000 0,009

Legenda: M (Média); DP (Desvio Padrão); PMO (Pontuação Média das Ordens); U (Teste de Mann Whitney); p (Nível de significância)

Na análise dos motivos (avaliado entre 1 e 5, numa escala de *Likert*, significando maior concordância quanto mais o valor) que foram importantes para decidir cuidar do idoso com o género, tanto as mulheres como os homens consideram que a razão principal porque cuidam é pelo amor e ternura, as mulheres apresentam $M=3,85$ e os homens $M=3,71$. Já no que se refere ao motivo que menos peso teve na decisão de cuidar é a possibilidade de herdar mais.

Através do teste de Mann Whitney foi possível comprovar que não há diferenças que se consideram significativas entre os grupos.

Relativamente à situação profissional dos cuidadores, os activos consideram que a principal razão de cuidarem é pelo amor e ternura ($M=3,96$), considerando que razões como não existirem estruturas de apoio na zona ou a possibilidade de herdar mais não são consideradas válidas. No que se refere aos cuidadores não activos, a razão principal porque cuidam é pela proximidade geográfica ($M=3,88$) e pelo amor e ternura que têm ao idoso ($M=3,69$). Comparando os valores obtidos nos motivos com a situação profissional, pelo teste de Mann Whitney, pode-se afirmar que existem diferenças significativas em vários motivos: pela proximidade geográfica ($p=0,042$), por ser muito caro pagar a uma pessoa ($p=0,045$), porque vive com o seu familiar há muito tempo ($p=0,026$), porque a pessoa que cuida terá a possibilidade de herdar mais ($p=0,051$) e por ter sido sempre a vontade do seu familiar ou amigo ($p=0,009$).

Impacte do Cuidado no Cuidador Informal

Tabela 16: Nível de concordância dos motivos para a decisão de cuidar segundo o vínculo relacional

Nível de concordância dos motivos para a decisão de cuidar	Vínculo Relacional				KW <i>p</i>
	Cônjuge M (DP) PMO	Filho/Filha M (DP) PMO	Irmão/Irmã M (DP) PMO	Outra relação M (DP) PMO	
Por amor e ternura	3,38 (1,39) 25,46	4,07 (1,07) 33,97	4,43 (0,79) 39,00	3,18 (1,25) 21,91	7,218 0,065
Por obrigação e dever	3,15 (1,21) 31,73	2,76 (1,33) 26,38	4,29 (0,95) 45,71	3,09 (1,45) 30,28	7,390 0,060
Por não querer colocar o idoso num lar	3,31 (1,49) 32,38	3,07 (1,36) 29,84	3,86 (1,95) 38,29	2,64 (1,75) 25,05	2,815 0,421
Por proximidade geográfica	3,92 (1,11) 34,19	3,38 (1,50) 29,14	4,43 (1,51) 43,07	2,82 (1,33) 21,73	7,667 0,053
Para evitar que os outros pensem mal de mim	1,31 (0,48) 29,65	1,48 (0,83) 31,02	1,43 (0,79) 30,29	1,45 (0,82) 30,27	0,091 0,993
Porque não existem estruturas de apoio residencial na minha zona	1,15 (0,55) 30,27	1,21 (1,13) 30,17	1,14 (0,38) 32,00	1,18 (0,60) 30,68	0,284 0,963
Porque as mensalidades num lar são muito caras	3,31 (1,84) 38,88	2,00 (1,13) 27,16	3,86 (1,68) 44,71	1,45 (0,82) 20,36	13,885 0,003
Porque não encontra uma pessoa de confiança que possa tratá-lo	1,77 (1,23) 25,42	2,38 (1,26) 34,02	2,29 (1,89) 29,86	1,91 (1,22) 27,64	2,911 0,406
Por ser muito caro pagar a uma pessoa	2,62 (1,66) 29,92	2,69 (1,20) 31,48	3,79 (1,60) 43,00	1,82 (1,08) 20,64	7,623 0,054
Porque vive com o seu familiar há muito tempo	3,54 (1,56) 37,92	2,52 (1,35) 26,76	4,57 (0,53) 49,43	1,82 (1,47) 19,55	17,416 0,001
Porque a reforma do idoso contribui para o sustento da família	2,00 (1,22) 39,19	1,17 (0,47) 28,33	1,29 (0,76) 29,00	1,09 (0,30) 26,91	8,596 0,035
Porque a pessoa que cuida terá a possibilidade de herdar mais	1,00 (0) 29,00	1,14 (0,58) 31,09	1,00 (0) 29,00	1,09 (0,30) 31,68	1,617 0,656
Por ter sido sempre a vontade do seu familiar	3,62 (0,96) 39,04	2,52 (1,18) 25,40	4,00 (1,41) 43,43	2,55 (1,86) 25,64	10,787 0,013

Legenda: M (Média); DP (Desvio Padrão); PMO (Pontuação Média das Ordens); KW (Teste de Kruskal Wallis); *p* (Nível de significância)

Comparando as médias dos motivos pelos quais o cuidador decidiu cuidar segundo o vínculo relacional do cuidador com o idoso pode-se verificar que são os irmãos que mostram um maior nível de concordância com os motivos para cuidar. Pode-se afirmar que o cônjuge considera o motivo principal a proximidade geográfica ($M=3,92$), os filhos e as outras relações, constituídas pelos genro/nora, amigo e vizinho, consideram que a principal razão é o amor e ternura que sentem pelo idoso, $M= 4,07$ e $M=3,18$, respectivamente. Já o irmão considera que o motivo principal é viver com o seu familiar há muito tempo ($M=4,57$).

Através do teste de Kruskal Wallis encontraram-se diferenças significativas nos motivos da proximidade geográfica ($p=0,053$), por as mensalidades num lar serem muito caras ($p=0,003$), por ser muito caro pagar a uma pessoa ($p=0,054$), porque vive com o seu familiar há muito tempo ($p=0,001$), porque a reforma do idoso contribui para o sustento da família ($p=0,035$) e por ter sido sempre a vontade do seu familiar ou amigo ($p=0,013$).

Impacte do Cuidado no Cuidador Informal

Tabela 17: Correlação do nível de concordância dos motivos para a decisão de cuidar segundo a satisfação pelo apoio de pessoas e instituições e o nível de impacte das despesas com o cuidado

Nível de concordância dos motivos para a decisão de cuidar	Pensando no apoio que tem tido (pessoas e instituições) sente-se satisfeito com esse apoio?	Qual o nível de impacte que entende que as despesas associadas à prestação de cuidados tem no orçamento familiar?
	rho <i>p</i>	rho <i>p</i>
Por amor e ternura	0,173 0,185	-0,098 0,456
Por obrigação e dever	0,084 0,525	0,117 0,373
Por não querer colocar o idoso num lar	0,093 0,479	-0,111 0,401
Por proximidade geográfica	-0,064 0,628	-0,104 0,428
Para evitar que os outros pensem mal de mim	-0,065 0,620	0,270 0,037
Porque não existem estruturas de apoio residencial na minha zona	-0,104 0,428	0,231 0,075
Porque as mensalidades num lar são muito caras	0,097 0,460	0,250 0,054
Porque não encontra uma pessoa de confiança que possa tratá-lo	0,020 0,877	0,126 0,336
Por ser muito caro pagar a uma pessoa	-0,085 0,518	0,392 0,002
Porque vive com o seu familiar há muito tempo	-0,147 0,263	-0,014 0,918
Porque a reforma contribui para o sustento da família	-0,028 0,833	0,151 0,249
Porque a pessoa que cuida terá a possibilidade de herdar mais	-0,079 0,546	0,154 0,239
Por ter sido sempre a vontade do seu familiar ou amigo	0,070 0,597	-0,044 0,740

Legenda: rho (Correlação de Spearman); *p* (Nível de significância)

O nível de concordância dos motivos pelos quais o cuidador decidiu cuidar do idoso com a satisfação do apoio prestado por pessoas ou instituições, pode-se afirmar que há uma maior satisfação no apoio que prestam ao idoso quando o motivo da escolha é por amor e ternura ($r=0,173$), não havendo diferenças significativas.

No que se refere à relação entre o nível de impacte das despesas no orçamento familiar com os motivos de cuidar, o maior motivo é por considerar ser muito caro pagar a uma pessoa ($r=0,392$), registando-se diferenças significativas nos motivos: para evitar que os outros pensem mal de mim ($p=0,037$), porque as mensalidades num lar são muito caras ($p=0,054$) e por ser muito caro pagar a uma pessoa ($p=0,002$).

Pode-se afirmar que existe uma correlação significativa baixa entre as variáveis.

4. DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

A discussão baseia-se na análise dos objectivos, assim o primeiro objectivo é a caracterização sociodemográfica dos cuidadores informais, verificando-se que o papel de cuidador, apesar de ser cada vez mais exercido por sujeitos de ambos os sexos, é assumido maioritariamente pelas mulheres. (Pereira, Carmo, Silva, Papoila, Mateos & Zarit, 2009: 277; Pimentel, 2001:94). De facto, confirmando a literatura, esposas, filhas ou noras são as que se encontram mais envolvidas na experiência do cuidar. Cuidar é considerada socialmente uma função inerente ao sexo feminino, transmitida de mães para filhas (Ferreira, 2008:139; Giraldo, Clara, Franco, Gloria, Correa, Stella, Salazar, Olanda, Tamayo & Marí, 2005:9; Medinal, Fernández, Fuentes, Hernández, Pérez & Grupo de alumnos de Trabajo Social, 1998:15; Pimentel & Albuquerque, 2010: 256), mesmo se ao assumir esse papel possa estar a por em causa a sua estabilidade pessoal e profissional. De acordo com o estudo realizado pelo ISS (2005:52) e indo ao encontro do nosso estudo, a maioria dos cuidadores são mulheres, relativamente idosas, elas próprias em risco de dependência, que apoiam os seus cônjuges, enquanto que as filhas são pessoas com menos de 50 anos, eventualmente com filhos e algumas a exercer uma actividade profissional.

Uma das explicações que leva a que a maioria dos cuidadores informais sejam mulheres terá a ver com a sua socialização e com a construção social das suas funções, que favoreceu a concepção de que as mulheres estão melhor preparadas que os homens e têm maior capacidade de abnegação, sofrimento e são mais voluntárias (Imaginário, 2008:79; Reyes, 2001:8). No entanto, através do estudo realizado nota-se que os homens sentem maior impacte nas várias áreas da vida pessoal do que as mulheres. Pode-se especular que tal aconteça pelas razões de socialização referidas atrás, sendo que o papel de cuidador obriga o homem a tarefas para as quais não se sentiu motivado ou preparado ao longo da sua vida. Mas o facto de no nosso estudo os homens revelarem sentir mais impacte na vida pessoal, a todos os níveis, deve fazer-nos pensar. Isto porque são discutidas na literatura diferenças de género relativamente à morbilidade e à procura de serviços na área da saúde, com maior expressão por parte das mulheres, especulando-se que tal se deva à sua maior capacidade de expressão emocional e iniciativa na procura de ajuda, características apontadas numa revisão

Impacte do Cuidado no Cuidador Informal

de Guadalupe (2008:292), acontecendo neste caso o contrário, ou seja uma maior expressão de mal-estar por parte dos homens, o que pode reflectir a percepção de um maior impacte e de eventual falta de assimilação do papel de cuidador.

Os cuidadores informais encontram-se maioritariamente activos, sendo que os restantes encontram-se reformados ou desempregados. Estamos perante uma população com baixa escolaridade (geralmente ao nível 1º ciclo do ensino básico), em conformidade com outros estudos (Pereira, 2007:141; ISS, 2005:53).

No nosso estudo constatou-se que, ainda que os cuidadores provinham de todos os grupos etários, o grupo dos 55 aos 65 anos é o predominante, sendo que estes são na sua maioria casados (76,7%). Outros estudos (Figueiredo, 2007:111; Pereira, 2007: 95) indicam que a idade dos cuidadores é influenciada pela idade do idoso, assim quanto mais velha for a pessoa, mais velho será o cuidador, sendo os cuidadores cônjuges geralmente da mesma faixa etária de quem cuidam.

Os nossos resultados vêm confirmar que a responsabilidade pelo cuidado recai habitualmente sobre os familiares mais próximos. A proximidade geográfica e a importância determinante da coabitação, parecem constituir-se como factores que facilitam a assunção da responsabilidade de cuidar. De acordo com Horiguchi (2010:58) morar com o idoso traz benefícios pelo facto do idoso ter apoio mais rápido e ininterruptamente, tanto nas suas actividades da vida diária, como na gestão do dinheiro ou até mesmo, e mais raro, nas actividades de lazer, como passear.

Relativamente à duração dos cuidados, este estudo refere que em média são de 5,6 anos. Verificou-se que os resultados coincidem com os estudos realizados (Horiguchi, 2010:59; Pereira, 2007:97; ISS, 2005: 55). Já as horas diárias de prestação de cuidados são em média de 8,9 horas, sendo que alguns cuidadores referem que cuidam 24 horas, pois alguns consideravam mesmo necessária a vigilância durante o período de sono do idoso, podendo este cuidado estar relacionado com as características da dependência (Rocha, 2009: 101; Pereira, 2007: 142). Mas estes valores raramente espelham a realidade, pois os cuidadores, principalmente as mulheres, cuidam de várias pessoas ao longo da sua vida, filhos, pais idosos, marido, tudo isto ao longo de vários anos (Figueiredo, 2007:113). De acordo com o nosso estudo existem cerca 18 cuidadores, de uma amostra de 60 que cuidam de mais

Impacte do Cuidado no Cuidador Informal

alguém além do idoso, o que provoca nesses cuidadores um acréscimo de responsabilidades e um maior impacte na sua saúde. De um modo geral, estas características assemelham-se às encontradas na maioria dos estudos que têm por alvo os cuidadores informais (Figueiredo, 2007:111; Ferreira, 2008: 94). No entanto, atendendo às alterações que se começam a verificar nas famílias, o perfil do cuidador possivelmente sofrerá alterações no futuro. De facto, as alterações que têm ocorrido nas estruturas familiares – o aumento do número de famílias nucleares e do número de divórcios, casamentos tardios, famílias monoparentais, diminuição da taxa de natalidade e do número de filhos por casal, participação crescente da mulher no mercado de trabalho, a imposição da distância geográfica dos elementos da família por motivos profissionais – implicarão provavelmente alterações no perfil do cuidador no futuro.

Um outro objectivo do estudo visa a análise dos motivos pelos quais os cuidadores decidiram cuidar. Os motivos de natureza afectiva, ligados ao amor e à ternura que o cuidador tem pela pessoa idosa são os motivos mais apontados pelos cuidadores no nosso estudo. Assim como, a obrigação e o dever, por não querer colocar o idoso num lar e pela proximidade geográfica. O estudo realizado pelo Instituto de Segurança Social (2005:69) vai ao encontro do nosso estudo, que refere que as razões principais no que concerne aos motivos para a decisão de cuidar são de ordem afectiva.

A noção de obrigação e dever da família pela prestação de cuidados ao idoso dependente é tipicamente predominante dos países do sul da Europa (Itália, Espanha, Grécia e Portugal), nos quais as políticas de cuidados se caracterizam pela responsabilização da família na prestação de cuidados e pelo desinvestimento do Estado. Contrariamente, nos países nórdicos, assiste-se a uma grande responsabilização do Estado, não sendo atribuída à família a obrigação de cuidar dos idosos dependentes, sendo o processo de cuidar na família uma escolha decorrente de um compromisso afectivo (Carvalho, 2010:275).

Para os cuidadores, também um dos motivos pelos quais cuidam reside em evitar a institucionalização. Ainda há uma representação muito negativa das instituições, nomeadamente dos lares, vistos como a última solução possível nestas situações, raramente é uma escolha voluntária, mas sim uma imposição aceite como último recurso. De facto, apesar da qualidade das instituições ser cada vez mais uma realidade, os cuidadores manifestam a vontade de manter o idoso dependente no seu ambiente familiar, considerando que a

Impacte do Cuidado no Cuidador Informal

institucionalização se associa aos conceitos de abandono, irresponsabilidade, perda e deslealdade (Oliveira, 2009:50; Pereira, 2007:143). No entanto, através do nosso estudo pode-se afirmar que existe uma maior satisfação com o apoio das instituições (centro de dia e/ ou serviço de apoio domiciliário) quando a decisão de cuidar foi por amor e ternura.

Relativamente ao motivo pelo qual os inquiridos manifestaram mais discordância refere-se à possibilidade de herdar mais, à recompensa material. Provavelmente este facto vem ao encontro da literatura analisada, que constata que pelo seu carácter “indigno”, a recompensa material raramente é assumida (Figueiredo, 2007:107).

Para além da herança, outros motivos são considerados pouco ou nada importantes pelos cuidadores, como a reforma do idoso contribuir para o sustento familiar, para evitar que os outros pensem mal do cuidador, porque não encontram uma pessoa de confiança para deixar o idoso ou mesmo pela mensalidade do lar ser cara. Este facto fundamenta mais uma vez a ideia de que os cuidadores mantêm o idoso no seu domicílio por opção, realçando as relações afectivas existentes e sentindo-se orgulhosos por poderem cumprir esta decisão. Reforça-se aqui mais uma vez o papel da afectividade em todo este processo.

Mas a literatura é unânime, embora haja consequências positivas no processo de cuidar, também existem negativas (impactes), tanto ao nível de saúde, como trabalho, económico ou até mesmo nas actividades de lazer e nos tempos livres (Sun, Hilgeman, Durkin, Allen & Burgio 2009:177; Losada, Márquez-González, Peñacoba & Romero-Moreno, 2010: 650).

No que se refere ao estado de saúde os cuidadores começam a sentir cansaço físico e o sentimento de deterioração geral do estado de saúde. Um factor importante quando falamos do impacte na prestação de cuidados é a idade, pois quanto mais velho for o cuidador, mais evidente serão os seus impactes físicos. No nosso estudo, pode-se afirmar que o cônjuge apresenta mais impactes negativos no processo de cuidar, principalmente ao nível da saúde pois o processo de envelhecimento vai ser um factor de agravamento desses mesmos impactes (Rocha, 2009: 71; Pereira, 2007:146). Já outros familiares consideram mais importantes impactes que sofrem ao nível dos momentos de tempo livre e lazer ou no estado de humor, como se pode constatar no presente estudo.

A prestação de cuidados pode, também, estar conciliada com uma actividade profissional, desenvolvida a tempo inteiro ou parcial (Koerin, Harrigan & Secret, 2008: 143),

Impacte do Cuidado no Cuidador Informal

como acontece com metade dos participantes da nossa amostra, o que pode acarretar consequências negativas pelo facto de que quanto maior for a necessidade de cuidados por parte da pessoa idosa maiores serão as dificuldades de conciliação de ambas as actividades e maior será o acréscimo de responsabilidades, podendo mesmo levar ao abandono da actividade profissional, o que pode provocar graves consequências financeiras.

Contrariamente ao esperado, o nosso estudo vem demonstrar que os cuidadores activos apresentam níveis de impacte mais baixos nas relações sociais, no estado de humor, saúde e económico do que os não activos. Este facto pode dever-se ao número reduzido da amostra, o que pode provocar um enviesamento, mas também podemos pensar que relativamente a estas áreas o trabalho (e as relações sociais associadas ao trabalho) pode constituir-se como um “escape” pela diversificação de actividade que proporciona, assim como uma fonte de rendimento que provavelmente proporciona um menor impacte na esfera económica.

Em consonância com o estudo realizado, a literatura afirma que um dos maiores impactes sofridos pelos cuidadores é ao nível dos momentos de tempos livres e lazer, em que o cuidador deixa de ter tempo para si e vê-se numa situação de quase exclusividade para o idoso e quando tem algum tempo é, frequentemente assolado por um sentimento de culpa por ter deixado a pessoa idosa sem os seus cuidados (Sequeira, 2007:113; Rocha, 2009:72; Losada, Márquez-González, Peñacoba & Romero-Moreno, 2010:650).

Segundo o nosso estudo, existe a disponibilidade de outra pessoa (71,7%), familiar, amigo ou empregada, para cuidar do idoso, podendo o cuidador principal realizar outras tarefas como ir às compras, passear ou tirar férias. No entanto, os cuidadores que não têm mais ninguém que possa cuidar do idoso na sua ausência sofre impactes elevados no seu estado de saúde.

5. CONCLUSÕES

O actual cenário demográfico ou a ideia de que as sociedades estão a envelhecer é um tema insistentemente popularizado. Havendo cada vez um maior envelhecimento populacional, aumentam também as situações de dependência, o que torna os idosos num grupo de risco, necessariamente heterogéneo, tendo as sociedades de se questionar no modo como as políticas públicas de cuidados (nas áreas da saúde e da protecção social) respondem às necessidades das pessoas idosas e dos cuidadores informais.

Na verdade, a atenção social e política relativamente a tal problemática tem vindo a acentuar-se nas últimas décadas, em Portugal, com um conjunto de serviços para os idosos, podendo optar-se pelos mais tradicionais, como os lares, centros de dia e de convívio, assim como por respostas sociais mais inovadoras como o apoio domiciliário, acolhimento familiar, colónias de férias, termalismo, universidade sénior, programa de apoio integrado a idosos, cuidados continuados, acesso a ajudas técnicas, ou até mesmo a instalação em casa dos idosos dos *HelpPhones*, entre outros recursos e medidas (Joël, Dufour-Kippelen & Samitca, 2010:2).

Para além destes serviços, em Portugal, a população idosa, assim como os seus cuidadores gozam de outro tipo de apoios, tais como a Rede Nacional de Cuidados Integrados a Idosos, através do Decreto-Lei nº 101/2006, que vem prestar cuidados a pessoas em situação de dependência, prestando apoio e acompanhamento à pessoa dependente, assim como apoio aos familiares e/ou cuidadores informais na sua qualificação e na prestação de cuidados (Decreto-Lei nº 101/2006, de 6 de Junho). Podem ser também apoios a nível da protecção social, tais como a Pensão Social, Complemento por Dependência, Complemento Solidário para Idosos, Subsídio por Assistência à Terceira Pessoa, sendo este último destinado aos cuidadores, pois é um subsídio mensal que compensa o acréscimo de encargos resultantes da situação de dependência do idoso.

Assim, as orientações actuais no nosso país têm-se centrado na definição de uma política de envelhecimento que se consubstancia no reforço das parcerias, na melhoria da qualidade, na consolidação dos direitos sociais e na afirmação do grupo das pessoas com mais idade

Impacte do Cuidado no Cuidador Informal

como um forte potencial social, económico e cultural. Sendo por isto de reforçar a actuação na prevenção, participação e autonomia dos idosos (Bugalho, 2005:18).

Segundo o Programa Nacional para a Saúde das Pessoas Idosas (DGS, 2004: 15), é necessário pensar no envelhecimento numa atitude mais preventiva e promotora da saúde e da autonomia, reduzir as incapacidades, numa atitude de recuperação global precoce e adequada às necessidades individuais e familiares, envolvendo a comunidade, numa responsabilidade partilhada. O envelhecimento não é um problema nem pode assim ser encarado, mas uma parte natural do ciclo de vida, sendo desejável que constitua uma oportunidade para viver de forma saudável e autónoma o maior tempo possível, o que implica uma acção integrada ao nível da mudança de comportamentos e atitudes da população em geral e da formação dos profissionais de saúde e de intervenção social, uma adequação dos serviços de saúde e apoio social às novas realidades sociais e familiares que acompanham o envelhecimento individual e demográfico e um ajustamento do ambiente às fragilidades que mais frequentemente, acompanham a idade avançada. Também Espanha, criou em 2006 uma Lei de Promoção da autonomia pessoal e cuidados para pessoas que vivem em dependência (Lei nº 39/2006) que tem como objectivo regular as condições básicas para a promoção da autonomia pessoal e cuidados para as pessoas em situação de dependência, para que os idosos possam retardar a sua institucionalização, “envelhecendo em casa” (Losada, Márquez-González, Peñacoba, Gallaher-Thompson & Knight, 2007: 61).

No entanto, segundo López e Crespo (2007:73), é necessário desenvolver programas mais adaptados às necessidades dos cuidadores de forma a fornecer estratégias para o processo de cuidar. Portugal apresenta um sistema de respostas formais que apresenta lacunas, apesar da evolução das medidas e recursos nas últimas décadas, o que traz frequentemente exigências acrescidas ao sistema informal de suporte, essencialmente constituído pela família. Desta forma, Pimentel (2001:94) afirma que se deve apostar em respostas coordenadas, que se baseiem na complementaridade, para que a família se envolva na prestação de cuidados, não comprometendo a sua estabilidade, complementando-se com as respostas institucionais.

Segundo Sousa e Figueiredo (2004: 48), a família continua a ter a maior responsabilidade na prestação de cuidados aos idosos. Mas o que acontece é que os cuidadores informais pelo seu défice de poder e pela sua invisibilidade não têm sido favorecidos do ponto de vista das

Impacte do Cuidado no Cuidador Informal

políticas sociais, laborais e fiscais, embora tenha vindo a ser cada vez mais reclamada uma maior intervenção das famílias no apoio aos idosos. O que acontece é que este discurso não tem sido acompanhado por medidas, como a conciliação entre a vida familiar e o trabalho, quer em termos de apoios financeiros (benefícios fiscais), flexibilidade no trabalho (horários de trabalho, justificação de faltas), ou em licenças de assistência à família mais alargada e compatíveis com a temporalidade das doenças crónicas. Por outro lado, não existe uma política que proteja todos aqueles que saem do mercado de trabalho, por livre iniciativa, para cuidarem a tempo inteiro (Pimentel & Albuquerque, 2010: 261).

Neste sentido, o Serviço Social devia intervir advogando a criação de um sistema para apoiar os cuidadores informais, de forma a integrar a família no processo de cuidar. Tal pode concretizar-se através da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados, mas é necessário continuar a defender a sua extensão para cobertura do território nacional equitativamente e incrementar processos de intervenção diversos no sentido de prevenir o impacte negativo do cuidado informal, quando este é uma opção.

Portugal poderia optar também por modalidades implementadas em outros países, como o *community care*, muito próxima do nosso apoio domiciliário, que é uma rede de organizações sociais que têm como objectivo manter o idoso em casa, mas em contrapartida oferecem suporte ao cuidador, através da substituição do cuidador informal por um profissional ou através da distribuição de refeições (Karsch, 2003:863). Talvez as modalidades de apoio domiciliário implementadas pelas IPSS devessem apostar um pouco mais no apoio ao cuidador não apenas através de formas instrumentais, devendo reforçar a aposta na formação e informação aos cuidadores, relativamente a procedimentos técnicos que facilitem o desempenho de tarefas, adequação e divulgação dos equipamentos de apoio existentes na comunidade, podendo apostar também na criação de centros de institucionalização temporária, que permitam o descanso dos principais cuidadores, proposta com a qual concordamos. Apesar de estar prevista a medida no âmbito dos cuidados continuados integrados, e de alguns lares residências já preverem um conjunto de camas para este fim, ainda muito há a fazer neste domínio.

Nesta perspectiva, o assistente social deve aumentar as suas responsabilidades para “cuidar de quem cuida” (Ribeirinho, 2005: 171). O assistente social deve posicionar-se de

Impacte do Cuidado no Cuidador Informal

forma a ser o elo fundamental entre os idosos, os seus cuidadores e a comunidade, para intervir nas mais diversas áreas relacionadas com a intervenção social com estas populações, partindo das suas necessidades, sempre com um foco propositivo face à criação de políticas e programas que visem a satisfação das necessidades dos cuidadores, defendendo os seus direitos, assim como de serviços de apoio e de medidas de protecção social dos idosos dependentes (Rowan, Faul, Birkenmaier & Damron-Rodrigues, 2011: 189; Nacional Association of Social Work, 2010:9).

BIBLIOGRAFIA

- Andrade, F. (2009). *O cuidador informal à pessoa idosa dependente em contexto domiciliário: necessidades educativas do cuidador principal*. Dissertação de Mestrado. Universidade do Minho – Instituto de Educação e Psicologia, Braga.
- Camargo, R. (2010). Implicações na saúde mental de cuidadores de idosos: uma necessidade urgente de apoio formal. *Revista Electrónica Saúde Mental, Álcool e Drogas*, 6(2), 231-54.
- Carvalho, M. (2009). A política de cuidados domiciliários em instituições de solidariedade social: risco ou protecção efectiva? *Locus Social*, 2, 67-80.
- Daniel, F. (2006). O conceito de velhice em transformação. *Interacções*, 10, 113-122.
- Decreto-Lei nº 101/2006 de 6 de Junho. *Diário da República nº 109 – I Série*. Ministérios da Saúde e do Trabalho e da Solidariedade Social. Lisboa.
- DGS. (2004). *“Plano Nacional para a Saúde das Pessoas Idosas 2004-2010”*. Lisboa: Ministério da Saúde.
- Diogo, M., Ceolim, M. & Cintra, F. (2005). Orientações para idosas que cuidam de idosos no domicílio: relato de experiência. *Revista Escolar de Enfermagem*, 39, 97-102.
- Fernandes, P. (2007). O idoso e a assistência familiar: uma abordagem da família cuidadora economicamente dependente do idoso. *Novo Enfoque*, 5, 1-13.
- Ferreira, O., Maciel, S., Silva, A., Santos, W. & Moreira, M. (2010). O envelhecimento ativo sob o olhar de idosos funcionalmente independentes. *Revista Escolar de Enfermagem USP*, 44, 1065-1069.
- Ferreira, S. (2008). *Papel dos cuidadores informais ao idoso com doença de Alzheimer*. Dissertação de Mestrado. Universidade de Aveiro, Aveiro.
- Figueiredo, D. (2007). *Cuidados familiares ao idoso dependente*. Lisboa: Cadernos Climepsi de Saúde.
- Giraldo, M., Clara, I., Franco, A., Gloria, M., Correa, B., Stella, L., Salazar, H., Olanda, M., Tamayo, V. & Marí, A. (2005). Cuidadores familiares de ancianos: quiénes son y cómo asumen este rol. *Revista de la facultad Nacional de Salud Pública*, 2, 7-15

Impacte do Cuidado no Cuidador Informal

- Guadalupe, S. (2008). *A saúde mental e o apoio social na família do doente oncológico*. Dissertação de Doutoramento. Universidade do Porto – Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar, Porto.
- Ghioglione, R. & Matalon, B. (2001). *O inquérito: teoria e prática*. (4ª Edição). Oeiras: Celta Editora.
- Gonçalves, V. (2009). *O conhecimento da doença de Alzheimer e do Acidente Vascular Cerebral apresentado por pessoas com mais de 60 anos*. Dissertação de Mestrado. Universidade de Lisboa – Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação, Lisboa.
- Grelha, P. (2009). *Qualidade vida dos cuidadores informais de idosos dependentes em contexto domiciliário*. Dissertação de Mestrado. Universidade de Lisboa – Faculdade de Medicina, Lisboa.
- Horiguchi, A. (2010). *Alzheimer: stress e qualidade de vida de cuidadores informais*. Dissertação de Mestrado. PUC- Campinas, Campinas.
- Imaginário, C. (2008). *O idoso dependente em contexto familiar: uma análise da visão da família e do cuidador principal*. Coimbra: Edição Formasau – Formação e Saúde Lda.
- Instituto Nacional de Estatística. (2003). *Projeções de população residente em Portugal 2000-2050. Destaques*.
- Instituto da Segurança Social. (2005). *Situação social dos doentes de Alzheimer – um estudo exploratório*. Lisboa: Fundação Montepio Geral.
- Joël, M., Dufour-Kippelen, S. & Samitca, S. (2010). *Long-term care in Portugal: Some elements of context*. Projecto Ancien – Assessing Needs of Care in European Nations
- Karsch, U. (2003). Idosos dependentes: famílias e cuidadores. *Caderno de Saúde Pública*, 19, 861-866.
- Koerin, B., Harrigan, M. & Secret, M. (2008). Eldercare and employed caregivers: a public/private responsibility?. *Journal of Gerontology Social Work*, 1-2, 143-161.
- Lage, M. (2007). *Avaliação dos cuidados informais aos idosos: estudo do impacte do cuidado no cuidador informal*. Dissertação de Doutoramento. Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar – Universidade do Porto, Porto.
- López, J. & Crespo, M. (2007). Intervenciones con cuidadores de familiares mayores dependientes: una revisión. *Psicothema*, 1, 71-80.

Impacte do Cuidado no Cuidador Informal

- Losada, A. Márquez-González, M., Peñacoba, C., Gallaher-Thompson, D. & Knight, B. (2007). Reflexiones en torno a la atención a los cuidadores informales de personas con demencia y propuesta de una intervención interdisciplinar. *Psicología Conductual*, 1, 57-76
- Losada, A. Márquez-González, M., Peñacoba, C. & Romero-Moreno, R. (2010). Development and validation of the Caregiver Guilt Questionnaire. *Internacional psychogeriatrics*, 22, 650-660.
- Medinal, M., Fernández, J., Fuentes, M., Hernández, M., Pérez, R. & Grupo de alumnos de Trabajo Social. (1998). Evaluación del impacto en cuidadores de usuarios del Servicio de Ayuda a Domicilio. *Anales de Psicología*, 1, 105-126.
- Moreira, M. (2008). *O envelhecimento da população e o seu impacto na habitação, prospectiva até 2050*. Dissertação de Mestrado. Instituto Superior de Estatística e Gestão de Informação da Universidade Nova de Lisboa, Lisboa.
- National Association of Social Workers. (2010). *Family caregivers of older adults*.
- Oliveira, A. (2009). *Cuidados informais ao idoso dependente: motivos e gratificações*. Dissertação de Mestrado. Universidade de Aveiro – Secção Autónoma de Ciências da Saúde.
- Paúl, C. (1997). *Lá para o fim da vida: idosos, família e meio ambiente*. Coimbra: Livraria Almedina.
- Pereira, M. (2007). *Cuidadores informais de doentes de Alzheimer: sobrecarga física, emocional e social e psicopatologia*. Dissertação de Mestrado. Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar – Universidade do Porto, Porto.
- Pereira, M., Carmo, I., Silva, J., Papoila, A., Mateos & Zarit, S. (2009). Caregiving experiences and knowledge about dementia in portuguese clinical outpatient settings. *Internacional Psychogeriatrics*, 22, 270-280.
- Pimentel, L. (2001). *O lugar do idoso na família: contextos e trajetórias*. Coimbra: Quarteto Editora
- Pimentel, L & Albuquerque, C. (2010). Solidariedades familiares e o apoio social a idosos. Limitações e Implicações. *Textos & Contextos*, 2, 251-263.
- Quivy, R. & Campenhoudt, L. (2005). *Manual de investigação em ciências sociais*. Lisboa: Gradiva.

Impacte do Cuidado no Cuidador Informal

- Reyes, M. (2001). *Construyendo el concept cuidador de ancianos*. IV Reunion de Antropologia do Mercosul, Curitiba, Brasil.
- Ribeiro, J. (2001). Mental Health Inventory: Um estudo de adaptação à população portuguesa. Porto: Universidade do Porto – Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação. *Revista de Psicologia, Saúde & Doenças*, 2, 77-99.
- Ribeirinho, C. (2005). *Concepções e práticas de intervenção social em cuidados sociais no domicílio*. Dissertação de Mestrado. Instituto Superior de Serviço Social de Lisboa, Lisboa.
- Rocha, V. (2009). *O impacte dos cuidados informais: uma perspectiva diferente*. Dissertação de Mestrado. Universidade Fernando Pessoa, Porto.
- Rodrigues, S., Watanabe, H. & Derntl, A. (2006). A saúde de idosos que cuidam de idosos. *Revista Escolar de Enfermagem*, 40, 493-500.
- Rowan, N., Faul, A., Birkenmaier, J. & Damron-Rodrigues, J. (2011). Social Work Knowledge of community – based services for older adults: an educational model for social work students. *Journal of Gerontological Social Work*, 2, 189-202.
- Santos, D. (2008). *As vivências do cuidador informal na prestação de cuidados ao idoso dependente – um estudo no concelho da Lourinhã*. Dissertação de Mestrado. Universidade Aberta, Lisboa.
- Sequeira, C. (2007). *Cuidar de idosos dependentes: diagnósticos e intervenções*. Coimbra: Editora Quarteto.
- Sousa, L. & Figueiredo, D. (2004). *Services for Supporting Family Carers of Elderly People in Europe: Characteristics, Coverage and Usage*. EUROFAMCARE.
- Sun, F., Hilgeman, M., Durkin, D., Allen, R. & Burgio, L. (2009). Perceived income inadequacy as predictor of psychological distress in Alzheimer’s caregivers. *Psychology and Aging*, 1, 177-183.

APÊNDICES

APÊNDICE I

Inquérito para avaliação psicossocial dos cuidadores informais de idosos sob resposta social de centro de dia e apoio domiciliário