



Instituto Politécnico  
de Castelo Branco  
Escola Superior  
de Educação

# Os Impactos do cuidar de idosos dependentes em contexto domiciliário e a importância do apoio do cuidador.

Mestrado em Gerontologia Social

Mariana Clarinha Pires Alves

**Orientadores**

Professora Doutora Maria João Guardado Moreira

Abril 2015





Instituto Politécnico  
de Castelo Branco  
Escola Superior  
de Educação

# **Os Impactos do cuidar de idosos dependentes em contexto domiciliário e a importância do apoio do cuidador.**

Mariana Clarinha Pires Alves

## **Orientadores**

Professora Doutora Maria João Guardado Moreira

Trabalho de Projeto apresentado à Escola Superior de Educação do Instituto Politécnico de Castelo Branco para cumprimento dos requisitos necessários à obtenção do grau de Mestre em Gerontologias Social, realizada sob a orientação científica da Professora Doutora Maria João Guardado Moreira, do Instituto Politécnico de Castelo Branco.

**Abril 2015**



## **Dedicatória**

Dedico este trabalho aos meus pais, pelo que me ensinaram e por participarem ativamente no percurso da minha vida, ao meu namorado pelas palavras ternurentas e por sempre acreditar em mim e aos meus amigos pelo apoio incondicional.



## Agradecimentos

O meu mais profundo agradecimento vai para meus maravilhosos pais, que foram o alicerce desta conquista, pelo incentivo constante e pelo apoio incondicional em todas as alturas da minha vida, ajudaram-me e trabalharam em prol da minha educação. Pela paciência que tiveram comigo nos momentos mais difíceis, quando estive mais impaciente. Sem eles nunca teria conseguido.

Ao meu Namorado, pela compreensão e carinho que suportou nesta minha caminhada; por fazer acreditar que era capaz e pela força que me deu ao longo de todos estes anos e pela sua tolerância nos momentos mais complicados deste meu percurso.

A todos os idosos dependentes e aos cuidadores informais que gentilmente e com toda a sua presteza aceitaram participar neste estudo para a recolha de dados, contribuindo com informações preciosas para a concretização do mesmo, sem eles a realização deste trabalho não seria possível.

À professora Doutora Maria João Guardado Moreira, orientadora científica deste trabalho, pela disponibilidade, dedicação, incentivo, apoio e simpatia com que me orientou e pela mais-valia das suas sugestões e exigência desde o primeiro dia, bem como pela oportunidade de me fazer crescer enquanto investigadora e pessoa.

Um agradecimento em especial à Dr.<sup>a</sup>. Maria Luís pela paciência em rever todo o meu trabalho.

Aos meus amigos pelo apoio nesta jornada.

**A todos, um BEM HAJA e um MUITO OBRIGADA!**





## Resumo

A sociedade portuguesa tem sido palco de um conjunto de mudanças reveladoras de uma forte dinâmica de transformações sociais, na qual a estrutura populacional portuguesa é caracterizada por um crescente envelhecimento demográfico, em que a necessidade de apoio às pessoas idosas dependentes emerge como um problema prioritário, o qual nos interrogamos sobre a necessidade de dar mais atenção à prestação de cuidados informais à pessoa idosa dependente em contexto domiciliário.

Este estudo teve como objetivo analisar os impactos sentidos pelos cuidadores informais em contexto domiciliário, no âmbito da atividade de cuidar, identificar as principais dificuldades na prestação de cuidados aos idosos dependentes e em que medida o apoio prestado aos cuidadores informais corresponde às suas expectativas.

Para a realização deste estudo enveredamos por um estudo exploratório, o qual utilizamos uma amostra não probabilística de conveniência, o qual fizeram parte da nossa amostra 36 cuidadores informais, residentes no conselho de Abrantes, que se disponibilizaram para responder ao nosso inquérito, no seu domicílio, nos meses de abril e maio de 2014 e que foram selecionados através de uma amostragem de “bola de neve”.

Como instrumento de recolha de dados utilizamos um inquérito por questionário, partindo de uma breve caracterização da pessoa dependente e do cuidador informal, incluindo também uma breve caracterização dos cuidados prestados, o qual procuramos compreender o fenómeno de prestação de cuidados, nomeadamente os impactos, aos apoios no cuidar, como os encara e quais as suas expectativas. Pretendemos também avaliar a sobrecarga do cuidador, onde nos possibilita analisar aspetos relacionados com a saúde física e psicológica, os recursos económicos, o trabalho, as relações sociais e a relação com o “recetor de cuidados”.

Reconhecemos que o cuidado informal é essencial para o bem-estar dos idosos dependentes que preferem manter-se no seu ambiente e junto das suas redes relacionais, no entanto, este deve ser desenvolvido em articulação com medidas sociais integradas de apoio formal, para que de forma mais abrangente se possam assegurar respostas adaptadas às suas necessidades.

As principais dificuldades sentidas pelos cuidadores são: tristeza por verem os idosos em sofrimento; falta de capacidade física para o moverem; dificuldade em conciliar papéis; problemas depressivos; e, dificuldades em gerir conflitos com a pessoa cuidada. Desta forma, estas dificuldades encontram-se por sua vez, associadas a uma sobrecarga, que tem repercussões a nível pessoal, social e económico.

Quanto à sobrecarga, observamos que os cuidadores apresentam níveis elevados (sobrecarga intensa). Assim sendo, considera-se que os cuidadores que têm de cuidar do idoso dependente e também, prestar apoiam ao restante agregado familiar, são os que registam uma sobrecarga intensa.

## **Palavras-chave**

Cuidadores informais, sobrecarga, idosos e dependência.

## **Abstract**

Portuguese society has staged a series of revealing changes in a highly dynamic social transformations, in which the Portuguese population structure is characterized by a growing aging population, where the need to support dependent older people emerges as a priority problem, which we ask ourselves about the need to pay more attention to providing informal care for the elderly dependent on home context.

This study aimed to analyze the impacts experienced by informal caregivers in home context, under the care activity, identify the main difficulties in providing care for dependent elderly and to what extent the support provided to informal caregivers up to par.

For this study we set out exploratory study, which used a non-probability convenience sample, which were part of our sample 36 informal caregivers, residents on the board of Abrantes, who agreed to answer our survey, in your home in the months of April and May 2014 and who were selected through a sampling of "snowball".

For data collection the instrument used was a survey, based on a brief characterization of the dependent person and the informal caregiver, including also a brief characterization of care, which seek to understand the phenomenon of care, including impacts to support in care, such as faces and what their expectations. We also intend to evaluate caregiver burden, which enables us to analyze aspects related to the physical and psychological health, economic resources, work, social relationships and the relationship with the "receiver of care."

We recognize that informal care is essential for the dependent elderly welfare who prefer to remain in their environment and with their relational networks, however, this should be developed in conjunction with integrated social measures of formal support, so that the more broadly it can ensure responses tailored to their needs.

The main difficulties encountered by caregivers are sad to see the elderly suffering; lack of physical ability to move; difficulty reconciling roles; depressive problems; and difficulties in managing conflicts with careful person. Thus, these difficulties are in turn associated with an overload, which has an impact on personal, social and economic level.

As for the overhead, we found that caregivers have high levels (severe overload). Therefore, it is considered that caregivers who have to take care of dependent elderly and also provide support for family members remaining, are those which have an intense overload.

## **Keywords**

Informal caregivers, overload, elderly and dependency.



## Índice geral

Dedicatória .....	III
Agradecimentos .....	V
Resumo.....	VII
Abstract.....	IX
Índice geral .....	XI
Índice de gráficos .....	XIII
Lista de tabelas.....	XIV
Lista de abreviaturas, siglas e acrónimos.....	XV
CAPÍTULO I - Introdução.....	1
CAPÍTULO II - Revisão da Literatura .....	5
2.1. Envelhecimento e dependência .....	5
2.2. O papel da Família prestadora de cuidados informais .....	7
2.3. O Cuidador Informal.....	11
2.4. Impacto da tarefa de cuidar nas relações familiares .....	15
2.5. A importância das redes de apoio social .....	19
2.6. Respostas sociais de apoio ao idoso dependente .....	20
CAPÍTULO III - Metodologia da Investigação .....	23
3.1. Enquadramento da pesquisa, pertinência, problemática e objetivos .....	23
3.2. Metodologia .....	26
3.3. Amostra .....	27
3.4. Instrumentos de recolha de dados .....	28
3.5. Procedimentos e Tratamento da recolha dos dados .....	30
CAPÍTULO IV - Apresentação dos resultados.....	33
4.1. Caracterização sociodemográfica dos idosos dependentes.....	33
4.2. Caracterização Sociodemográfica dos cuidadores informais.....	35
4.3. Análise da sobrecarga dos cuidadores .....	48
4.4. Cotação global da escala de sobrecarga do cuidador .....	53
4.5. Sobrecarga objetiva dos cuidados informais de idosos dependentes .....	53
4.6. Sobrecarga subjetiva dos cuidados informais de idosos dependentes .....	55
CAPÍTULO V - Discussão dos Resultados .....	57
CAPÍTULO VI - Projeto de intervenção .....	65

CAPITULO VII - Conclusões e recomendações .....	69
Referências Bibliográficas .....	71

## Índice de gráficos

Gráfico 1 - Cuidadores. ....	35
Gráfico 2- Filhos a cargo. ....	39
Gráfico 3 - Carta de condução. ....	39
Gráfico 4 - Classificação do cuidador - habitação e espaço de manobra. ....	41
Gráfico 5 - Proveniência dos rendimentos. ....	42
Gráfico 6 - Principais dificuldades que o cuidador enfrenta. ....	43
Gráfico 7 - Aspetos que provocam mais stress. ....	44
Gráfico 8 - Tomada de decisões respeitantes ao idoso dependente. ....	46
Gráfico 9 - Ajuda nos cuidados prestados. ....	46

## Lista de tabelas

Tabela 1 - Características sociodemográficas do idoso dependente.....	34
Tabela 2 - Distribuição dos cuidadores informais de acordo com a faixa etária.....	35
Tabela 3 - Distribuição dos cuidadores segundo o grau de escolaridade.....	36
Tabela 4 - Cuidadores por profissão.....	36
Tabela 5 - Profissão atual ou última.....	37
Tabela 6 - Cuidadores por parentesco.....	37
Tabela 7 - Local de residência.....	38
Tabela 8 - Principais motivos que cuida.....	39
Tabela 9 - Tempo que presta cuidados.....	39
Tabela 10 - Horas a prestar cuidados.....	40
Tabela 11 - Distância física entre o idoso e o cuidador.....	40
Tabela 12 - Condições de habitação.....	41
Tabela 13 - Alteração das rotinas dos cuidadores.....	42
Tabela 14 - Outras atividades que os cuidadores deixaram de fazer.....	43
Tabela 15 - Principais impactos enquanto cuidador.....	45
Tabela 16 - Cuidadores que mantém uma situação profissional.....	45
Tabela 17- Tipo de apoio que deveria existir.....	47
Tabela 18 - Medidas que podem facilitar o papel de cuidador informal.....	47
Tabela 19 - Escala de sobrecarga do cuidador.....	49
Tabela 20 - Impacto da prestação de cuidados e níveis de sobrecarga.....	50
Tabela 21 - Relação interpessoal e níveis de sobrecarga.....	51
Tabela 22 - Expetativas face ao cuidador e níveis de sobrecarga.....	52
Tabela 23 - Percepção de autoeficácia e níveis de sobrecarga.....	52
Tabela 24 - Cotação global da escala de sobrecarga do cuidador.....	53
Tabela 25 - Média da sobrecarga objetiva dos cuidadores informais de idosos dependentes.....	54
Tabela 26 - Score médio da sobrecarga subjetiva dos cuidadores de idosos dependentes.....	55



## **Lista de abreviaturas, siglas e acrónimos**

**ABVD** - Atividades Básicas de Vida Diária

**ACES** - Agrupamentos de Centros de Saúde

**AIVD** – Atividades Instrumentais da Vida Diária

**AVD** – Atividades da Vida Diária

**ECCI** – Equipas de Cuidados Continuados Integrados

**IPSS** – Instituição Particular de Solidariedade Social

**RNCCI** – Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados

**SAD** - Serviço de Apoio Domiciliário



## CAPITULO I - Introdução

No limiar do século XXI, o rápido envelhecimento demográfico, as modificações da estrutura etária da população e as mudanças na organização da sociedade constituem importantes desafios para os indivíduos, famílias, comunidades e nações no mundo inteiro. Este fenómeno tem-se vindo a acentuar nas últimas décadas e torna-se imperativo refletir sobre o seu impacto nas sociedades atuais.

A esperança de vida conheceu um aumento extraordinário nas últimas décadas devido, essencialmente, aos progressos da medicina, melhoria dos cuidados de saúde, mais higiene e uma melhor nutrição. A par do aumento da esperança de vida assistimos também a um aumento da morbilidade, nomeadamente, doenças crónicas e incapacitantes, como a dependência física e mental dos idosos, havendo um maior grau de dependência em idades mais avançadas, constituindo um motivo de particular preocupação (Gil, 2010).

As necessidades em saúde e proteção social dos idosos dependentes coexistem com as dificuldades económicas que o país atravessa e, se por um lado, temos a pressão social que reclama mais respostas sociais que satisfaçam as necessidades decorrentes do progressivo aumento de idosos dependentes, por outro, temos o estado social com menos capacidade para as implementar. Desta forma, tem-se atribuído às doenças crónicas uma grande dose de responsabilidade pela crise dos sistemas de saúde e de proteção social, por exigir elevados gastos com a necessidade crescente de cuidados de saúde e apoio social às pessoas idosas dependentes.

Por sua vez, a alteração estrutural das famílias faz com que estas apresentem uma menor capacidade de resposta. Na década de 80 do século passado, a substituição de gerações (2,1 filhos por mulher) deixou de estar assegurada e, os anos 90 destacam-se pela nuclearização e individualização das estruturas domésticas e pelo enfraquecimento da dimensão da família, contrapondo-se à larga percentagem de famílias numerosas que se vislumbravam em 1960 (Alboim, 2003, citado por Luís, 2012:12).

Este conjunto de alterações tem vindo a modificar o panorama dos cuidados, que se traduz numa maior pressão sobre as famílias, que por sua vez, se debatem com uma diminuição do número de familiares disponíveis para cuidar e também com o aumento do número de idosos a necessitar de apoio. Ainda a acrescentar os serviços de apoio formal das áreas social e de saúde disponíveis na comunidade têm um papel fundamental de apoio às famílias, o problema é que continuam insuficientes relativamente às necessidades reais.

Ao longo da história a família tem sido a principal responsável pela prestação de cuidados aos seus membros, no entanto, o seu papel de prestadora de cuidados deve ser reorganizado de acordo com o contexto atual e complementado com respostas

sociais que lhes permitam continuar a cuidar dos seus idosos dependentes em contexto domiciliário.

Desta forma, pode considerar-se que os cuidados informais são fundamentais para a saúde do indivíduo doente, já que se dá um grande valor aos hábitos e costumes de quem os recebe, incorporando formas personalizadas de cuidar. Sendo assim, é necessário considerar os sistemas informais de saúde como recurso importante, tanto para as pessoas doentes como para comunidades e instituições de saúde (Estratégia para o desenvolvimento do Programa Nacional de Cuidados Paliativos, 2010).

O cuidador informal é a pessoa sobre a qual recai a responsabilidade pela prestação da maioria dos cuidados ao idoso dependente e que não é remunerada. Normalmente, a escolha do cuidador recai sobre aquele que se encontra afastado da sua atividade laboral, que exerce um trabalho menos diferenciado, ou que apresenta uma situação social mais vulnerável (Martins, 2006).

As investigações têm demonstrado que a sobrecarga do cuidador familiar é influenciada pelo tipo de doença e pelo grau de incapacidade da pessoa idosa. No entanto, cuidadores de um familiar idoso com elevado grau de dependência, podem apresentar níveis de sobrecarga pouco significativos, enquanto outros a prestar cuidados a um idoso com incapacidade moderada ou baixa podem apresentar elevados níveis de sobrecarga.

O conhecimento sobre esta problemática é fundamental para encontrar soluções formais, capazes de criar melhores condições para obtenção de ganhos em saúde, melhorando a qualidade de vida dos que recebem e dos que prestam cuidados informais.

O presente estudo empírico assenta numa pesquisa realizada no concelho de Abrantes, orientada para os cuidadores informais de idosos, através do efeito “bola de neve”. Como objetivo geral do estudo propusemo-nos avaliar os impactos sentidos pelos cuidadores informais em contexto domiciliário, no âmbito da atividade de cuidar.

Além do objetivo geral, delineámos os seguintes objetivos específicos que facilitaram a compreensão do nosso estudo tais como: caracterizar socioeconomicamente a pessoa idosa dependente e o cuidador principal; analisar o tipo de cuidados que o cuidador informal presta ao idoso dependente; identificar as principais dificuldades/necessidades percecionadas pelos cuidadores informais; avaliar os níveis de sobrecarga objetiva e subjetiva apresentados pelo cuidador informal idosos dependentes; identificar os motivos do cuidador principal para assumir o cuidado da pessoa idosa dependente; conhecer as alterações que ocorrem na vida do cuidador informal resultantes da tarefa de cuidar; verificar se usufruem de algum serviço de apoio; identificar em que medida o apoio prestado corresponde às suas expectativas; verificar se os cuidadores conhecem as respostas sociais adequadas.

Este trabalho encontra-se dividido em duas partes. Na primeira parte fizemos o enquadramento teórico através da pesquisa bibliográfica para enquadrar o problema, como a identificação dos temas mais relevantes para o seu desenvolvimento, nomeadamente: o papel da família e do cuidador informal, os impactos da prestação de cuidados na família e no cuidador, bem como, a importância das redes sociais de apoio. A segunda parte consiste na conceptualização do estudo empírico, onde se descreveu e justificou a metodologia utilizada e as principais etapas de recolha e tratamento de dados. Como instrumento de recolha de dados, utilizámos um inquérito por entrevista que submetemos a uma amostra de cuidadores informais, bem como uma escala de sobrecarga do cuidador, de modo a avaliar a sobrecarga objetiva e subjetiva do cuidador informal.

Descrevemos e interpretámos os resultados da investigação e destacámos os resultados mais evidentes. Por fim apontámos as principais conclusões e algumas sugestões que em nosso entender poderiam complementar as existentes, de modo a auxiliar a o cuidador informal na prestação de cuidados.



## CAPÍTULO II - Revisão da Literatura

### 2.1. Envelhecimento e dependência

Nos últimos anos, temos vindo a assistir a um crescente envelhecimento da população e, conseqüentemente, a um aumento de pessoas em situação de dependência. O envelhecimento demográfico apresenta-se como um processo dinâmico, em que a proporção de população idosa aumenta na população total, como resultado da perda de importância relativa da população jovem ou da população em idade ativa, ou de ambas (Gonçalves, 2007).

Fontaine refere-se ao envelhecimento não como um estado, mas como o decorrer de um processo de degradação gradual e diferencial, que afeta todos os seres vivos e que apresenta o seu término natural com a morte. Defende ainda que o seu início, assim como a sua velocidade e a sua gravidade, são variáveis que diferem de indivíduo para indivíduo, pois dependem de fatores biopsicossociais inerentes a cada um (Fontaine, 2000).

Segundo Jacob o envelhecimento é um “processo biológico progressivo e natural” caracterizado pela diminuição das capacidades mentais e físicas, que difere do contexto social em que o idoso está inserido (Jacob, 2008). Este processo envolve uma degradação progressiva que comporta modificações morfo-fisiológicas e psicológicas que conduzem a repercussões sociais, atingindo a pessoa a nível biológico, psicológico e social (Fontaine, 2000). Caracteriza-se pela perda de capacidades funcionais, o que compromete a autonomia da pessoa na satisfação das necessidades do dia-a-dia.

O aumento da longevidade na sociedade atual coloca novos desafios ao nível da saúde, porque esta constitui um recurso adaptativo e essencial para o idoso ter um envelhecimento normal; e ao nível da prestação de cuidados, dado que o avançar da idade implica um maior risco de doença e, conseqüentemente, um maior índice de dependência.

Jacob entende a dependência como a situação em que se encontra a pessoa que, por falta ou perda de autonomia física, psíquica ou intelectual (resultante ou agravada por doença crónica, demência orgânica, sequelas pós-traumáticas, deficiência, doença severa e ou incurável em fase avançada, ausência ou escassez de apoio familiar ou de outra natureza) não consegue, por si, realizar as atividades da vida diária (Jacob, 2007). Para este autor a dependência das pessoas não se deve apenas à incapacidade física, mas também às dificuldades familiares e escassez de apoios sociais.

A legislação portuguesa também realça a ausência de apoio social como fator de risco, já que define dependência como um estado no qual se encontram as pessoas que, por razões ligadas à falta ou perda de autonomia física, psíquica ou social, necessitam de uma assistência e ou ajuda de outra pessoa.

Para Quaresma, o conceito de dependência é uma construção social que tem vindo a sustentar as medidas de proteção social, destinadas às pessoas que necessitam de ajuda nas atividades diárias para satisfação das suas necessidades básicas (Quaresma, 1996).

Segundo as orientações da intervenção articulada de apoio social e dos cuidados de saúde continuados, pode dizer-se que uma pessoa é dependente quando apresenta uma perda mais ou menos importante da sua autonomia funcional e necessita de ajuda para poder desenvolver a sua vida diária. Normalmente, as causas de dependência de uma pessoa são múltiplas e variam bastante de pessoa para pessoa.

Por sua vez, o Conselho da Europa, define dependência como “um estado em que se encontram as pessoas que por razões ligadas à perda de autonomia física, psíquica ou intelectual têm necessidade de assistência e/ou ajudas importantes a fim de realizar os atos concorrentes da vida diária e, de modo particular, os referentes ao cuidado pessoal” (Conselho da Europa, 1998, citado por Figueiredo, 2007).

De acordo com o Ministério do Trabalho e Solidariedade Social, o grau de dependência, pode variar conforme as necessidades de cada um. Assim, os idosos com baixa dependência apenas necessitam de alguma supervisão, pois possuem autonomia no que respeita à mobilidade e à realização das atividades básicas de vida diária. Os idosos com média dependência necessitam além da supervisão, o apoio de uma terceira pessoa para o desempenho de algumas atividades diárias. Por último, os idosos com elevada dependência requerem de um apoio extensivo e intensivo (Ministério do Trabalho e Solidariedade Social, 2009).

Embora a maioria dos idosos não seja dependente, a verdade é que o avançar da idade conduz à perda de autonomia e faz com que alguns deles necessitem de ajuda. Não é apenas a incapacidade que cria a dependência, mas sim o somatório da incapacidade com a necessidade. A dependência pode não ser um estado permanente, em alguns casos, é um processo dinâmico cuja evolução pode modificar-se e até ser prevenida ou reduzida, de acordo com o ambiente e cuidados adequados.

Segundo Lage (2005) o aumento da longevidade desencadeia a ocorrência de situações crónicas incapacitantes, com problemas de dependência e/ou défice funcional que acabam por requerer a médio ou a longo prazo suporte familiar, social, mas também de saúde.

A associação entre envelhecimento e dependência assenta em atitudes negativas em relação à velhice. A tendência habitual é de ver o envelhecimento como uma luta entre independência e dependência, mais do que olhar para a capacidade, a autonomia e a independência que potencie as capacidades da pessoa.

Para a Direção Geral de Saúde, o termo incapacidade reporta-se a “deficiências, limitações de atividade e restrições na participação, o qual indica os aspetos negativos da interação entre um indivíduo (com uma condição de saúde) e os seus fatores contextuais como o ambiente e os pessoais” (DGS, 2006).



Assim, a família e o meio ambiente social mais próximo têm de ser considerados desde o início como parte do processo de intervenção. O domicílio é o lugar onde os doentes em fase terminal passam a maior parte do seu tempo e, é aí que os familiares prestam 80 a 90% dos cuidados, embora os doentes possam vir a morrer no hospital (Estratégia para o desenvolvimento do Programa Nacional de Cuidados Paliativos, 2010).

Os cuidadores representam um dos maiores desafios a ser superado, envolvendo longos períodos de tempo dispensados ao idoso, como o desgaste físico, custos financeiros, sobrecarga física, emocional e socioeconómica para os cuidadores informais (Paúl, 1997).

A tradição cultural portuguesa atribui às famílias, particularmente aos seus membros do sexo feminino, a responsabilidade de cuidar dos elementos mais idosos e com laços mais chegados (Figueiredo, 2007). A família tem sido a opção mais adotada e continua a ser a alternativa mais considerada para enfrentar esta etapa da vida, com tudo o que esta acarreta (Sequeira, 2007).

De acordo com Sequeira “a família constitui um grupo primário básico de apoio e que tem o papel mais relevante no cuidado a longo prazo, como é o caso da dependência associada à doença crónica. Assim, o cuidador informal é habitualmente, um membro da família ou alguém muito ‘próximo’ do doente que, na maioria das vezes, se responsabiliza de forma direta pela totalidade dos cuidados” (Sequeira, 2007:100).

Culturalmente, o papel de cuidador informal já está previamente atribuído a determinados membros, habitualmente o principal cuidador é do sexo feminino, é uma filha adulta e, em alguns casos o conjugue também ela idosa, com um nível de instrução baixo, economicamente desfavorecida, sem profissão ou reformada (Paúl, 1997; Brito, 2002; Lage, 2005; Martín, 2005).

Geralmente quem passa a cuidar destes idosos são os seus familiares, amigos ou vizinhos, denominados de cuidadores informais.

## **2.2. O papel da Família prestadora de cuidados informais**

Ao longo dos tempos a família tem-se assumido como a principal responsável pelo sustento da autonomia dos membros que a constituem, o que implicava uma prestação de cuidados em determinados aspetos e contextos.

No entanto, a família sofreu alterações estruturais que limitam a sua capacidade de cuidar. A família numerosa foi progressivamente dando lugar à família de filho único ou sem filhos. Assim, cabe ao Estado e à sociedade civil, a implementação e dinamização de políticas sociais que incentivem e apoiem as famílias que cuidam dos seus idosos.

Ao longo do tempo as estruturas que fazem parte de uma sociedade vão-se inevitavelmente alterando, sendo que o papel do idoso na família não é exceção. Atualmente existem muitos idosos que não têm possibilidades de ingressar num lar de idosos, pois as baixas reformas não conseguem pagar as elevadas mensalidades e os familiares também não conseguem suportar esses encargos. Desta forma, resta-lhes ficar nas suas casas ou na de familiares.

Na nossa sociedade, a família é incontestavelmente, um pilar de apoio, sendo a primeira unidade social onde a pessoa se insere, e também a primeira instituição que contribui para o seu desenvolvimento e socialização (Sequeira, 2010).

A família representa o maior contexto para a promoção e manutenção da independência e da saúde dos seus membros e a principal entidade prestadora de cuidados em situação de dependência dos seus familiares (Anderson, 1992).

A função do cuidar está vinculada essencialmente à família (Lage, 2005, citado por Sequeira, 2010). Segundo Zimerman, a família deve ajudar o idoso a viver mais e melhor, não sendo este um peso para si, mas sim, uma pessoa integrada no meio familiar, dentro de um sistema. A família é um sistema ativo em constante mudança, isto é, um organismo complexo que se modifica com o passar do tempo, contudo, assegurando o crescimento dos seus membros no seu meio familiar (Zimerman, 2005).

O ato de cuidar é um fenómeno comum, embora assuma formas distintas de expressão consoante a cultura (Barbosa, 2003), sendo que é possível a identificar algumas ideias semelhantes à noção de cuidado, como é o caso da presença de sentimentos como a empatia, a compaixão, o alívio, a presença, o suporte, o estímulo, a proteção e a confiança (Barbosa, 2003).

A família deve ser analisada numa perspetiva holística, que nos permita conhecer a sua evolução e identificar as alterações que limitam a sua capacidade para dar resposta aos problemas complexos com que atualmente se depara.

Ao longo da história, verificou-se uma evolução da estrutura da família com mudanças sociais e culturais, económicas e religiosas que a têm submetido a fortes tensões e transformações. O modelo de família numerosa de outros tempos evoluiu para um modelo de família nuclear com predominância do “filho único” e, o casamento tipicamente formal, foi sendo substituído pela informalização das relações conjugais (Relvas, 2004).

A entrada da mulher no mercado de trabalho e os avanços das ciências médicas que lhe permitem controlar a sua natalidade, são dois fatores relevantes que vieram alterar o papel da mulher na família e na sociedade. A mulher é hoje um elemento produtivo na sociedade, sendo que, o seu papel reprodutivo também foi sofrendo alterações que de certa forma limitam a sua disponibilidade enquanto prestadora de cuidados (Relvas, 2004).

A família é a base da estrutura social e assume um papel peculiar em duas etapas da vida humana: na infância e adolescência, em que assume um papel de cariz educativo; e na velhice, em que o seu papel é mais assistencialista (no sentido de prestar suporte ao idoso, procurando manter o seu equilíbrio afetivo e físico) (Lemos, 2000).

Imaginário defende mesmo, que a família pode ser considerada como o mais antigo e mais utilizado serviço de assistência da humanidade (Imaginário, 2004).

Nas últimas décadas do século XX, assistimos a um período de maior generosidade do estado social. Os idosos permaneciam nos hospitais para lá da estabilização da crise aguda que originava os internamentos, e por outro lado, a Segurança Social participava os lares das misericórdias de forma a que estas só cobrassem uma percentagem do valor da sua pensão ao utente. Assim, qualquer idoso, por mais baixa que fosse a sua pensão de velhice tinha capacidade económica para custear a mensalidade do lar.

Atualmente, a pensão de velhice da maioria dos idosos não chega para custear o lar, o que leva de novo a uma alteração do paradigma, em que a família reassume o papel de principal responsável pela prestação de cuidados aos idosos dependentes, apesar das transformações a que tem estado exposta (Sequeira, 2010).

Alarcão entende a família como um sistema composto por um conjunto de elementos em interação, pelo que, qualquer modificação num deles provoca uma alteração em todos os outros (Alarcão, 2006).

Significa isto, que o processo de dependência, ou doença, desencadeado por um dos membros da família, altera conseqüentemente toda a dinâmica familiar e os papéis até aí assumidos pelos seus membros (Caldas, 2003).

Não é só o indivíduo dependente sofre, mas toda a família, ao tentar interiorizar a responsabilidade de cuidar e /ou dar continuidade aos cuidados.

A família (tradicional ou não) deve responder às mudanças externas e internas de modo a atender às novas circunstâncias sem, no entanto, perder a continuidade, proporcionando sempre um esquema de referência para os seus membros. Assim sendo, a família tem uma dupla responsabilidade, a de dar resposta às necessidades dos seus membros e da sociedade (Figueiredo, 2007).

É no contexto familiar, que se processa a apropriação do papel de cuidador, sendo que a mulher continua a ter o papel principal.

Sampaio e Gameiro consideram a família como um sistema, um agregado de elementos aliados por um conjunto de relações, em contínua ligação com o exterior, ou uma rede complexa de relações e emoções na qual se passam sentimentos e comportamentos (Sampaio e Gameiro, 1985).

O suporte familiar é um dos mecanismos mais importantes para a minimização dos impactos, físicos, sociais, e sobretudo, emocionais, aos quais o cuidador principal está sujeito (Pimentel, 2010).

Os idosos sentem-se mais satisfeitos se puderem viver no lar familiar e rodeados pela comunidade onde passaram a maior parte da vida. Contudo, os prestadores informais de cuidados deparam-se com alguns constrangimentos quando têm a seu cargo um idoso, e mais ainda, se este for dependente. Estes constrangimentos podem ser ao nível profissional, financeiro, das alterações demográficas e da estrutura familiar, entre outros (Osório, 1996).

A nível profissional, é urgente toda uma série de mudanças, com o objetivo de apoiar as famílias com idosos a seu cargo: licenças, folgas, reduções do horário laboral, pois muitas vezes, os prestadores de cuidados renunciam a outras atividades, tanto de trabalho como de ócio, o que pode afetar desde o valor da reforma até às perspetivas de promoção laboral ou de melhoria económica (Osório, 1996).

Trabalhar e prestar cuidados são tarefas que podem entrar em conflito direto: enquanto estão no emprego, os cuidadores preocupam-se com o bem-estar dos seus familiares; por outro lado, as pressões relacionadas com o trabalho interferem na prestação de cuidados (Figueiredo, 2007).

Ao nível financeiro também podem surgir problemas pelas despesas que os cuidados acarretam, e mais grave se tornará se forem acompanhados pela cessação de um trabalho remunerado (Figueiredo, 2007).

Também existem constrangimentos causados pelas alterações demográficas e da estrutura familiar. A urbanização, a redução da extensão da família e da área das habitações, o surgimento de novos modelos familiares, a baixa da natalidade, a entrada da mulher no mercado de trabalho e a elevação dos níveis culturais das populações vão repercutir-se na capacidade da família para desempenhar o seu papel tradicional como única e imprescindível prestadora de cuidados (Sequeira, 2010).

Figueiredo defende mesmo que a disponibilidade dos prestadores de cuidados informais, em particular, a família, irá declinar futuramente (Figueiredo, 2007).

Por sua vez, Pimentel entende que o papel das famílias e o seu contributo começa a ser cada vez mais reconsiderado, na produção de bem-estar social e individual, devido a duas lógicas de sentidos contrários. A primeira, de sentido positivo, prende-se com o reconhecimento da importância dos laços familiares para o bem-estar e estabilidade emocional dos indivíduos, e para a manifesta vontade e direito que as pessoas mais velhas têm em permanecerem integradas nos seus contextos de vida e nas suas redes relacionais. A segunda, de sentido negativo, está relacionada com a necessidade de responsabilizar as famílias pelos cuidados aos seus elementos dependentes, devido à perda de sustentabilidade dos sistemas públicos de proteção social e à escassez de soluções de apoio face às necessidades e às exigências crescentes (Pimentel, 2001).

Paúl e Fonseca defendem que cuidar de idosos não é distinto de outras situações de cuidados familiares, sendo frequentemente a continuação de uma relação anterior de cuidados, suporte e assistência (Paúl, 2005).

Sequeira acrescenta que em cada família é “possível identificar de forma diferenciada o papel esperado de cada membro” e, portanto, a identidade do cuidador estará intrinsecamente ligada à “história pessoal e familiar, com base em contextos sociais e culturais, pelo que o cuidar constitui um aspeto normativo da vida de alguns dos membros da família”. As características pessoais, valores culturais e o seu posicionamento face à velhice e ao cuidado, também influenciam na escolha do cuidador (Sequeira, 2010:161).

Por outro lado, não se pode ignorar que muitos dos cuidadores pertencem à designada geração sanduíche, uma vez que se vêem “entalados” entre os filhos e os pais dependentes. Os primeiros porque ainda não ganharam autonomia (principalmente financeira) e os segundos porque a perderam por motivos de saúde.

A família é chamada a desempenhar o papel de prestadora de cuidados ao indivíduo dependente, tanto para o manter no seu ambiente, como tendo em vista a uma melhor gestão dos recursos existentes. No entanto, quando o cuidador coabita com o idoso dependente, a sua vida fica restringida, ficando todo o seu tempo preenchido, esquecendo-se que também é uma pessoa e que tem necessidades físicas, emocionais e sociais. Por esta razão estes cuidadores apresentam maior sobrecarga física, emocional e social do que aqueles que habitam em casas separadas.

### **2.3. O Cuidador Informal**

Existem diversas definições e tipologias de cuidadores, presentes na literatura gerontológica. O cuidador é visto como aquele que cuida, que presta cuidados e assistência a um indivíduo que se encontra numa situação de dependência, podendo ser uma dependência temporária ou definitiva (Fonseca, 2005).

Os cuidados informais apresentam-se como uma verdadeira e importante resposta social para os idosos, pois nem todos têm recursos para uma institucionalização e se não fossem os cuidadores informais decerto que viveriam ao abandono e na solidão (Sequeira, 2010).

No âmbito do cuidado informal, a prestação de cuidados é executada preferencialmente no domicílio e habitualmente é da responsabilidade de elementos da família, amigos, vizinhos, sendo designados por cuidadores informais (Anderson, 1992). É importante que o cuidador saiba qual o seu papel e que faça uma avaliação da sua disponibilidade pois terá de despende de uma grande parte do seu tempo para cuidar do outro. Ser cuidador não quer dizer ser responsável por tudo, sendo importante que o doente seja encorajado a fazer o máximo possível por si próprio, isto contribuirá para manter a sua independência e dignidade.

Segundo Lage cuidar consiste na relação com o outro, dar resposta às necessidades, transmitindo segurança e atenção, através da partilha e articulação das dificuldades durante a prestação do cuidado (Lage, 2005). O cuidador é a pessoa que dá resposta às necessidades de vida do idoso, assumindo a responsabilidade do mesmo, através da proximidade física e afetiva. O cuidado ao idoso não é estático, envolve uma dinâmica em prole das necessidades e expectativas da pessoa dependente no domicílio, bem como sentimentos, desejos, atitudes e comportamentos.

A prestação de cuidados pode ser proporcionada pelos seguintes tipos de cuidadores: formais ou informais mediante o carácter profissional ou não profissional e remuneratório da prestação de cuidados.

Lage define cuidador informal, como o prestador de cuidados a pessoas dependentes, realizados pela família, amigos, vizinhos, não sendo remunerado por quaisquer tipos de serviço prestados (Lage, 2005).

Cuidar de um idoso dependente pressupõe um envolvimento emocional, um esforço físico e um dispêndio de tempo e energia, que dificilmente pode ser entendido como algo insignificante na vida dos indivíduos, acarretando, habitualmente, custos elevados para a saúde e para o bem-estar do cuidador, como tem sido comprovado por diversas pesquisas nacionais e internacionais (Reinard et al., 1999; Brito, 2002; Musil et al., 2003; Sousa; Figueiredo; Cerqueira, 2004; Lage, 2005; Martin, 2005; citado por Pimentel, 2010:259).

A disponibilidade para cuidar nem sempre é tomada de forma consciente, sobretudo quando se encontra ao abrigo de familiares porque, muitas vezes, é considerada como uma extensão da relação que a díade “cuidador / idoso dependente” possuía anteriormente (Lage, 2005).

Definir quem será o cuidador informal de um idoso dependente, por vezes é uma tarefa difícil e requer uma reorganização familiar, bem como a negociação de algumas possibilidades que incluem identificar, consoante o parentesco, a disponibilidade temporal e o desejo pessoal de quem poderá assumir essa tarefa.

Atualmente, verifica-se novamente o enfoque na manutenção dos idosos que necessitam de cuidados no domicílio, como estratégia para a promoção da autonomia e da dignidade (Joel, 2002, citado por Sequeira, 2010:160).

Neri e Carvalho explicam que “a identidade do cuidador está intrinsecamente ligada à história pessoal e familiar, com base em contextos sociais e culturais, pelo que o cuidar constitui um aspeto normativo da vida de alguns dos membros da família, principalmente do sexo feminino e dos mais velhos” (Neri e Carvalho, 2002, citado por Sequeira, 2007:100-101)

O cuidador informal é toda a pessoa que assume como função a assistência a uma outra pessoa que, por razões tipologicamente diferenciadas, foi atingido por uma incapacidade, de grau variável, que não lhe permite cumprir, sem a ajuda do outro,

todos os aspetos necessários à sua existência enquanto ser humano (Oliveira et al., 2007).

A abordagem ao papel do cuidador informal é bastante complexa, tornando-se necessário definir novas políticas de intervenção para reforçar a sua disponibilidade, criando e desenvolvendo infraestruturas na comunidade que o possam acompanhar e ajudar.

O apoio às famílias com idosos dependentes a seu cargo é fundamental, quer para a melhoria da qualidade de vida dos idosos incapacitados e dos próprios cuidadores familiares, quer para a continuidade da disponibilidade familiar para cuidar.

Os cuidados informais apresentam-se como uma verdadeira e importante resposta social para os idosos dependentes, nomeadamente, na realização das atividades básicas de vida diária (AVD) como: higiene, alimentação, locomoção, entre outras; nas atividades instrumentais da vida diária (AIVD) como: arrumar e limpar a casa, preparar refeições, fazer compras, etc. e, no apoio emocional ao familiar doente.

O papel do cuidador informal é complexo, devido ao número de funções inerentes à tarefa de cuidar. A prestação de cuidados vai para além de responder às necessidades básicas do ser humano no momento em que se encontra debilitado. A atividade de cuidar é um compromisso que interfere também com a cidadania daquele que cuida, bem como, com a sua autoestima e autovalorização (Caldas, 2003).

Por outro lado, quem cuida usufrui de uma oportunidade de desenvolvimento pessoal que o ajuda a compreender melhor o mundo que o rodeia (Caldas, 2003).

Segundo Guedes os “cuidadores são definidos como pessoas que se ocupam de indivíduos com incapacidades funcionais e sérias perdas de autonomia.” (Guedes, 2000, citado por Santos, 2008).

Neri e Carvalho diferenciam o cuidador informal em principal, secundário e terciário, sugerindo assim, a existência de uma rede de cuidadores e não apenas um único cuidador.

Segundo estes autores, o cuidador principal é aquele sobre quem é depositada a responsabilidade integral de supervisionar, orientar, acompanhar e/ou cuidar diretamente a pessoa idosa que necessita de cuidados (Neri e Carvalho, 2002, citado por Sequeira, 2010:156-157).

O cuidador secundário é alguém que ajuda na prestação de cuidados de forma ocasional, ou seja, não tem a responsabilidade de cuidar diariamente. Habitualmente são os familiares que dão apoio ao cuidador principal e que o substituem nas suas ausências ou em situações de emergência (Penrod, Kane, Kane e Finch, 1995; Neri e Carvalho, 2002, citado por Sequeira, 2010:158). Segundo Martín estes cuidadores proporcionam tarefas como o apoio emocional, nas compras e auxílio nos transportes (Martín, 2005).

O cuidador terciário é alguém familiar, amigo ou vizinho próximo que ajuda muito esporadicamente ou apenas quando solicitado, mas não tem qualquer responsabilidade pelo cuidar (Neri e Carvalho, 2002, citado por Sequeira, 2010:158).

A prestação de cuidados não se reparte de forma equitativa, dado que existe um cuidador principal, sobre o qual recaem as maiores responsabilidades e o maior número de tarefas de apoio. De acordo com o contexto do cuidar, os cuidadores têm sido caracterizados em dois tipos diferentes: os cuidadores primários e os cuidadores secundários, não sendo casual a sua distinção em todos os estudos (Martín, 2005).

Segundo Oliveira, o cuidador principal é aquele que tem a total ou a maior parte da responsabilidade pelos cuidados prestados ao idoso dependente, dado que os cuidadores secundários correspondem aos familiares, vizinhos e voluntários que prestam cuidados complementares (Oliveira, 2009). Os amigos e vizinhos apenas assumem a responsabilidade pelo cuidar devido à inexistência da família ou quando não existe um elemento capaz de assumir o papel de cuidador (Imsero, 1995; De La Cuesta, 2004, citado por Sequeira, 2007). No entanto, na maior parte das vezes o cuidador não possui qualquer formação e preparação para essa prestação de cuidados (Sequeira, 2010).

Em termos do perfil do cuidador informal verifica-se que a responsabilidade de cuidar recai no elemento feminino mais próximo, embora se constate que os homens cada vez mais participam nos cuidados, principalmente aos cônjuges (Figueiredo, 2007).

Paúl defende que os cuidados ao indivíduo dependente podem ser de carácter antecipatório, preventivo, de supervisão, instrumental e protetor (Paúl, M., cit. por Martins, 2006).

A prestação de cuidados implica todo um conjunto de componentes subtis, ligadas à gestão do quotidiano e de ordem afetiva que contribuem de forma mais importante para a qualidade de vida do idoso dependente do que propriamente os aspetos físicos e instrumentais dos cuidados, contudo, apesar do esforço contínuo que requer a nível cognitivo, emocional e físico, muito deste trabalho não é reconhecido nem adequadamente recompensado (Brito, 2002).

Segundo Sequeira “um outro aspeto, que merece destaque no papel de cuidador, está relacionado com a perceção de autoeficácia relativamente às estratégias de coping utilizadas, pelo que a experiência e o treino ao nível destas, estão associadas ao sucesso/insucesso, influenciam a sua adaptação ou rejeição e determinam a forma como uma situação é percecionada” (Sequeira, 2007:108).

Sequeira apresenta-nos três exemplos de áreas de competências: a primeira está relacionada com o saber – centrada nas sínteses de informação necessárias para cuidar, ou seja, saber como aprender, como adquirir e/ou desenvolver o conhecimento; a segunda está relacionada com a habilidade instrumental, ou seja, o saber fazer (desenvolvimento de perícias, mestria na prestação de cuidados, no



comunicar, no posicionar, no alimentar, etc.; por último, a área de competências, centradas no saber ser, ou seja no desenvolvimento pessoal, envolvendo o saber relacionar-se e o saber cuidar-se (Sequeira, 2010).

Para este autor, o desempenho do papel do cuidador depende essencialmente do tipo/frequência da necessidade de cuidados em função da saúde, estado funcional, estado cognitivo, alterações psicocomportamentais, alterações da comunicação/relação; o contexto em que o idoso dependente está inserido, condições habitacionais (segurança, conforto), tipo de ajudas (suporte formal e informal), dos meios económicos de que dispõe e o contexto do cuidador, que inclui um elevado número de variáveis que vão desde a sua saúde física, disponibilidade, sensibilidade, condições psicológica e relação afetiva (Sequeira, 2007:107).

A maioria os cuidados são prestados por mulheres de meia-idade ou já idosas que acumulam funções de cuidadoras de um familiar mais velho e da sua própria família e emprego. De acordo com a maioria dos estudos realizados a faixa etária destas cuidadoras situa-se entre os 45 e os 60 anos. Por outro lado, a idade da pessoa que presta cuidados é influenciada pela idade do recetor dos cuidados, ou seja, quanto mais velho for o idoso dependente, mais velho será o cuidador (Figueiredo, 2007).

Cuidar do outro pode constituir uma condição temporária e circunstancial uma vez que o idoso pode apenas necessitar de cuidado durante um período da sua vida pela perda de alguma funcionalidade. Durante esse cuidado, não se pode deixar de referir, que existe descobertas de potencialidades mútuas e capacidades, o que leva à promoção da autonomia e melhoramento do seu autocuidado (Sousa, 2004).

A disponibilidade do membro familiar cuidador é determinada pela relação afetiva vivenciada entre ambos, anterior à condição de dependência (Cruz et al, 2004, citado por Araújo, 2009).

## **2.4. Impacto da tarefa de cuidar nas relações familiares**

Vários estudos europeus reforçam a ideia de que o grande fornecedor de prestadores informais é a rede familiar. Cuidar envolve um conjunto de variáveis que são co-responsáveis e potenciam alterações positivas e negativas (Figueiredo, 2007).

A sobrecarga do papel do cuidador é um conceito-chave na investigação sobre o cuidado familiar às pessoas idosas e, um dos mais sistematicamente referenciados no âmbito da literatura gerontológica. Porém, a sua definição não é consensual, trata-se de um construto multifacetado, referente aos constantes problemas existentes numa situação de prestação de cuidados (Borgermans, Nolan e Philp, 2001, citado por Figueiredo, 2007).

A sobrecarga é um fenómeno multidimensional, dado que envolve um conjunto de problemas físicos, psicológicos, sociais e financeiros que conduzem à tensão e conflito durante o desempenho de papéis (Paúl e Fonseca, 2005).

O conceito “sobrecarga” está associado aos “problemas físicos, psicológicos ou emotivos, sociais e financeiros que podem ser experienciados por membros da família que olham por idosos incapacitados” (Paúl, 1997:136).

Também é frequente associar sobrecarga à “preocupação, ansiedade, frustração, depressão, fadiga, fraca saúde, culpabilidade e ressentimento” (Paúl, 1997:136).

Apesar de todos os problemas físicos que podem advir do ato de cuidar, a dimensão emocional da sobrecarga, é aquela que mais impacto tem sobre o cuidador (Brito, 2002; Sequeira, 2010).

Os investigadores distinguem duas dimensões da sobrecarga: a objetiva e a subjetiva. A dimensão objetiva engloba as atividades diretamente associadas ao desempenho do cuidador, nomeadamente, no apoio às tarefas diárias e exigências dos cuidados e, consequências ou impactos na situação familiar, social, económica e profissional do cuidador. A dimensão subjetiva do cuidar, por sua vez, está relacionada com as respostas emocionais relacionadas com as exigências do papel de cuidar. A distinção entre estas duas dimensões permite à investigação analisar separadamente as tarefas da prestação de cuidados e as respostas emocionais do cuidador familiar (Figueiredo 2007).

Para além do grau de dependência se revelar determinante nos níveis de sobrecarga, vários estudos e autores referem existir relação entre os níveis de sobrecarga e outras variáveis como o grau de parentesco entre o cuidador e o idoso dependente. Os cônjuges cuidadores relatam maiores sintomas de depressão, sobrecarga física, psicológica e financeira. São os que apresentam pior qualidade de vida e mais ansiedade em comparação com os outros cuidadores informais (Sequeira, 2010). Os conjugues, parecem estar expostos a maiores níveis de sobrecarga comparativamente a outros parentes, dado que assumem um conjunto de tarefas que estavam a cargo do doente, sendo também mais velhos (Figueiredo, 2007; Martins, 2006 e Sequeira, 2010).

Também o género do cuidador é uma ponderação importante neste contexto, na medida em que a mulher tem herdado a incumbência de cuidar dos familiares doentes. Além disso, a mulher continua a obter a unanimidade na literatura como cuidadora por excelência. As mulheres são as que mais se dedicam ao ato de cuidar, o que implica um maior envolvimento emocional que pode originar níveis superiores de sobrecarga em comparação com os homens. Também são as mulheres que reportam mais problemas de saúde decorrentes da prestação de cuidados (Figueiredo, 2007).

Para além destas variáveis, a idade também é tida em consideração como variável direta na perceção da sobrecarga, sendo esta maior nos cuidadores mais velhos, já

que os mais jovens apresentam menor dificuldade de aprender a lidar com os problemas específicos do doente (Marques, 2007; Sequeira, 2010).

Outra variável a ter em conta é a classe social está relacionada com a escolaridade, rendimentos, condições habitacionais e profissão do cuidador. Quando existe poder económico, verifica-se que, na maioria das vezes, os cuidadores procedem à contratação de uma empregada para os ajudar nas tarefas, atenuando a sobrecarga inerente aos cuidados do idoso dependente (Barbosa e Matos, 2008).

Os custos financeiros com o cuidar têm repercussões ao nível dos rendimentos da família e podem desencadear maiores níveis de stress, preocupação, repercussões na saúde física e mental e conseqüentemente o aparecimento de situações de sobrecarga (Sequeira, 2007). A situação de prestação de cuidados é exigente também a nível financeiro, pelas despesas acrescidas que os cuidados acarretam, o que pode tornar-se mais grave se o cuidador abandonar a profissão. A situação profissional é considerada como um fator importante, sendo os cuidadores sem atividade profissional os que atingem níveis mais elevados de sobrecarga (Brito, 2002 e Sequeira, 2010).

As dificuldades no cuidar englobam todas as dificuldades sentidas e identificadas pelos cuidadores familiares. Vários autores também apontam as dificuldades que o cuidador tem na prestação de cuidados como as principais responsáveis pelo aparecimento de sobrecarga, nomeadamente: sobreposição de tarefas, tristeza, diminuição do tempo livre, responsabilidade, expectativas e exigências do cuidar, falta de privacidade, medo, cansaço, fadiga, frustração, ansiedade, stress, esforço físico, ausência de melhorias, falta de reconhecimento dos familiares, entre outros fatores (Sequeira, 2007).

A duração e intensidade do cuidado são proporcionais à sobrecarga (Sequeira, 2010). Também Martins defende que “maiores cuidados e mais tempo de assistência estão associados a maior sobrecarga do cuidador” (Martins, 2006, p.81). Por sua vez, Santos refere que uma vigilância de 16 horas por dia, leva a uma sobrecarga física e psicológica (Santos, 2008).

A qualidade da relação entre cuidador e idoso influencia os níveis de sobrecarga, sendo que conflitos entre o idoso e o cuidador tornam-se numa dificuldade para prestar os cuidados, associando-se ao aparecimento de situações de sobrecarga. Os cuidadores que tinham uma relação de proximidade anterior ao aparecimento da dependência, relatam menores níveis de sobrecarga, do que aqueles em cuja relação já existiam conflitos (Lage, 2005).

Também as restrições sociais, sendo a exigência da prestação de cuidados retira tempo ao cuidador para as suas atividades sociais, o que o pode conduzir ao isolamento social, levando a situações de crise e ao aparecimento de sintomatologia depressiva, que conseqüentemente tem implicações ao nível da sua qualidade de vida e da qualidade dos cuidados que presta (Pereira e Carvalho, 2012; Sequeira, 2007). Com o acréscimo de tarefas a desempenhar, o cuidador não dispõe de tempo para si e

quando se dedica a cuidar de si, fica com sentimentos de culpa associados a deixar o idoso ao abandono. A diminuição das atividades sociais é frequente porque tem menos tempo, logo estabelece menos relações sociais, por outro lado, as que já tinha são afetadas e também perde a oportunidade de encontrar apoio social (Figueiredo, 2006).

A coabitação é outro fator que também pode determinar diferentes níveis de sobrecarga nos cuidadores. Alguns autores defendem que os cuidadores que coabitam com a pessoa dependente tem mais sobrecarga, no entanto, também existem estudos que não encontraram qualquer relação entre coabitação e sobrecarga (Lemos, 2012). A coabitação submete as famílias a definir e redefinir as relações, obrigações e capacidades, havendo por vezes dificuldade em chegar a um acordo no que diz respeito à contribuição de cada um dos membros nos cuidados à pessoa idosa, podendo, por isso, constituir uma experiência física e emocionalmente stressante para o membro mais diretamente envolvido e para toda a família.

Por fim, a afetação da atividade laboral - um doente dependente com necessidade de cuidados permanentes, leva a que o cuidador principal opte muitas vezes pela redução de horários de trabalho, que se ausente frequentemente ou que rescinda da atividade. Quando não existe apoio da entidade empregadora, a redução da atividade laboral, pode levar à perda do emprego e conseqüentemente à redução significativa de recursos económicos da família e das atividades sociais, levando ao aumento dos níveis de stress e insegurança face ao futuro (Fernandes, 2009; Sequeira, 2007). A interferência na carreira profissional é tanto maior quanto mais dependente for a pessoa idosa e o apoio for considerado inadequado (Paúl, 1997). O despedimento é mais provável se a pessoa tem uma saúde frágil e percebe que tem pouco apoio.

A torrente de emoções negativas que se repercute nos diversos domínios da vida do prestador de cuidados perturba a sua atividade profissional e a relação com os restantes familiares. Além disso, também contribui para que este perceçione o seu papel como pouco gratificante e insatisfatório (Marques, 2005).

É natural que o ato de cuidar tenha conseqüências negativas, apesar de ser considerado um trabalho gratificante e de enriquecimento pessoal. Por outro lado, também existe uma satisfação na prestação de cuidados que pode ter várias origens e coexistir a par com as dificuldades.

Os principais impactos positivos no cuidador estão relacionados com a satisfação de ver a pessoa de quem se cuida bem tratada e feliz, contribuir para a manutenção da sua dignidade, ter a consciência de que se dá o melhor, encarar a prestação de cuidados como uma oportunidade, como um facilitador de crescimento e enriquecimento pessoal, sentimento de realização e desenvolvimento de novos conhecimentos e competências (Figueiredo, 2006).

Estas competências devem ser orientadas por profissionais competentes, principalmente nas situações mais complexas, tanto ao nível da prestação de cuidados como na utilização de estratégias de coping que lhe permitam preservar a

sua própria saúde física e mental. Contudo, o cuidador familiar nem sempre dispõe destas estratégias (Sequeira, 2007).

## **2.5. A importância das redes de apoio social**

O Homem, como ser bio-psico-social, tem necessidades de diversa ordem, as quais se fazem sentir ao longo dos diferentes estádios do ciclo vital.

O conceito “rede social” permite-nos inscrever o idoso, enquanto Ser Humano, não só no contexto familiar como no leque mais alargado dos diferentes sistemas sociais.

As redes sociais de apoio formal e informal têm um papel importante relativamente às situações que os idosos enfrentam diariamente, independentemente de serem ou não dependentes. As redes informais são, as que estão mais presentes e, neste sentido, a família continua a ter um papel preponderante.

A rede social pode definir-se como “um conjunto de unidades sociais (indivíduos ou grupos, formais ou informais) e de relações diretas ou indiretas entre essas unidades” (Portugal, 2006:139).

As redes sociais de apoio surgem ligadas a um resultado em termos de bem-estar da pessoa. São relativas às forças sociais, no ambiente natural, contribuindo para a manutenção e promoção da saúde das pessoas (Gotlieb, 1981 citado in Paúl, 1997).

O apoio social representa assim um processo dinâmico e complexo, que envolve trocas entre os indivíduos e as suas redes sociais, visando a satisfação das necessidades sociais, promovendo e completando os recursos pessoais que possuem, no sentido de enfrentar novas exigências e atingir novos objetivos (Pimentel, 2010).

No grupo constituído pelas redes de apoio formal, inserem-se os serviços estatais, de segurança social e os organizados pela sociedade civil e pelo poder local a nível concelhio ou de freguesia, criados para servir a população idosa, sejam eles lares, serviço de apoio domiciliário, centros de dia ou centros de convívio (Paúl, 1997).

Figueiredo define como necessidades sociais a afiliação, o afeto, a pertença, a identidade, a segurança e a aprovação, podendo estas ser satisfeitas mediante a prestação de ajuda a dois níveis distintos: sócio emocional (que engloba sentimentos de afeto, simpatia, compreensão, aceitação e estima por parte de conviventes significativos); e instrumental (que compreende conselho, informação, ajuda com a família ou com o trabalho e ainda ajuda económica) (Figueiredo, 2007).

O apoio social, nas suas diferentes vertentes, relaciona-se positivamente com o bem-estar psicológico e a saúde mental, associando-se à redução do risco de mortalidade, estando negativamente relacionado com depressão e stress e com a sintomatologia física.

As redes sociais mudam com os contextos familiares de trabalho, de vizinhança, entre outros. Acontecimentos como a reforma ou alteração de residência alteram profundamente a rede social (Paúl, 2005).

Quando acontece o óbito de um dos cônjuges (principalmente em casais idosos), o cônjuge sobrevivente fica com menos amigos, as redes reorganizam-se ou degradam-se, facilitando ou não a permanência dos idosos na comunidade. Através das relações sociais, os indivíduos podem afastar-se ou aproximar-se. Esta dinâmica designa-se de processo social, sendo que um aspeto fundamental deste processo é o contato social.

Se é certo que os apoios familiares e dos amigos são muito importantes, especialmente, do ponto de vista dos afetos e segurança, são as redes de vizinhança, que desempenham um papel crucial no quotidiano das pessoas que vivem longe dos familiares.

As relações de comunidade e vizinhança tendem a perder importância, especialmente nas zonas urbanas, onde nem sempre há raízes comuns, onde os indivíduos se cruzam sem se conhecerem e onde é difícil manter e reproduzir estilos de vida associados a formas de solidariedade baseadas no parentesco (Pimentel, 2001).

As redes de apoio social informal promovem a adaptação dos indivíduos, quando estes são confrontados com situações normativas, contribuindo assim para o seu bem-estar físico e psicológico.

As redes sociais de apoio revestem-se de importância crucial nos idosos dado que o sentimento de ser amado e valorizado, a pertença a grupos de comunicação e obrigação recíprocas, levam os indivíduos a escapar ao isolamento e ao anonimato (Pimentel, 2001).

## **2.6. Respostas sociais de apoio ao idoso dependente**

A população idosa constitui um grupo significativo da população, pelo que cada vez mais se torna necessário encontrar e desenvolver mecanismos, de forma a equilibrar a relação envelhecimento/qualidade de vida. É importante que se associe o envelhecimento cada vez mais ao prolongamento da vida com qualidade, sendo que ocorre um aumento da população idosa aumentando também as necessidades de infraestruturas e serviços de apoio a idosos, que apoiem a população com situações de dependência, sendo que estas infraestruturas tornam-se fundamentais para a sustentação dos cuidados nesta população.

Neste sentido, no âmbito do Ministério da Saúde e do Ministério da Solidariedade, Emprego e Segurança Social existem medidas e respostas sociais especificamente destinadas a pessoas dependentes que visam reforçar a sua proteção social e assegurar as suas necessidades básicas, quer por via direta e quer em parceria com Instituições Particulares de Solidariedade Social (IPSS), das quais destacamos:

Lar de Idosos é um estabelecimento que desenvolve atividades de apoio social a pessoas idosas através do alojamento coletivo, de utilização temporária ou

permanente, fornecimento de alimentação, cuidados de saúde, higiene e conforto, fomentando o convívio e propiciando a animação social e a ocupação dos tempos livres dos utentes. Permite o alojamento do idoso quando as famílias manifestam não ter condições para o ter no seu domicílio (Despacho Normativo 12/98 de 25 de Fevereiro).

As famílias que cuidam dos seus idosos no domicílio recorrem frequentemente à resposta social apoio domiciliário, tendo como objetivo a prestação de cuidados no domicílio, visa minimizar a sobrecarga do cuidador familiar e permite que o idoso se mantenha no seu domicílio (Silva, 2001). Esta resposta social proporciona um conjunto de serviços, em função das necessidades dos indivíduos, tais como: cuidados de higiene e conforto pessoal; manutenção de limpeza da habitação; confeção de alimentos no domicílio e/ou distribuição de refeições; tratamento de roupas; colaboração na prestação de cuidados de saúde sob a supervisão de pessoal de saúde qualificado. Pode ainda assegurar atividades de animação e; nomeadamente, o acompanhamento do utente ao exterior; a orientação ou acompanhamento de pequenas modificações no domicílio que permitam mais segurança e conforto ao utente, e apoio em situações de emergência, como o serviço de telealarque.

Complemento por dependência: Caracteriza-se por uma prestação pecuniária que visa compensar o acréscimo de encargos dos cuidadores familiares resultantes da situação de dependência, independentemente da idade da pessoa dependente. Para efeitos de acesso a esta prestação estabelecem-se dois graus de dependência. O 1º grau é relativo a indivíduos que não podem praticar com autonomia as ações necessárias à satisfação das AVD, designadamente, alimentação, locomoção ou cuidados de higiene pessoal. O 2º grau, por sua vez, é relativo aos indivíduos que acumulem situações de dependência referidas no 1º grau e que se encontrem acamados ou com quadros de demência grave.

Atualmente este complemento apenas é atribuído (no que se refere ao 1º grau) a pessoas dependentes cuja pensão seja igual ou inferior a 600 euros.

Em 1998, surgiu o Despacho Conjunto nº. 407/98 do Ministério da Saúde e do então designado Ministério do Trabalho da Solidariedade com orientações para as pessoas idosas dependentes. Mais tarde, em 2005 iniciou-se uma reforma dos Cuidados de Saúde Primários que incluía a criação de Unidades na Comunidade e por fim, em 2006, surgiu a Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI).

A Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados é a mais recente resposta público-privada no âmbito do apoio às pessoas em situação de dependência e é tutelada pelo Ministério da Saúde e pelo Ministério da Solidariedade, Emprego e Segurança Social.

A prestação de cuidados continuados é assegurada por Unidades de Internamento (Curta duração/Convalescença; de Média Duração e Reabilitação; de Longa Duração e Manutenção; e, de Cuidados Paliativos), Unidades de Ambulatório (Unidades de Dia e

Promoção de Autonomia), Equipas Hospitalares e Equipas Domiciliárias (Plano Nacional de Saúde, 2012-2016; Decreto-Lei 101/2006).

Os objetivos da RNCCI incluem o desenvolvimento de um “continuum” de cuidados, desde a alta hospitalar até ao domicílio do doente. “Constitui objetivo geral da Rede a prestação de cuidados continuados integrados a pessoas que, independentemente da idade, se encontrem em situação de dependência”.

Com o objetivo de apoiar as famílias cuidadoras, a RNCCI também possui uma medida designada por “Descanso do Cuidador” que possibilita o internamento em Unidades de Curta Duração, em situações temporárias, decorrentes de dificuldades de apoio familiar ou necessidade de descanso do principal cuidador. Este internamento contempla períodos máximos de 30 dias que podem ir até 90 dias por ano.

As respostas sociais que prestam apoio institucional de forma parcial, para além de proporcionarem condições mais favoráveis à permanência da pessoa na sua casa, vêm dar resposta à satisfação nas necessidades básicas, bem como a prestação de cuidados de saúde, de ordem física e psicossocial e ajudar na prevenção do isolamento e solidão, através da dinamização lúdica e cultural (Casanova, et al., 2001).

O Ministério da Solidariedade, Emprego e Segurança Social é a instituição oficial de proteção social que se descentraliza através dos centros regionais. Aos Centros Regionais de Segurança Social compete assegurar, a nível regional, a concessão de prestações da Segurança Social e a presença de modalidades de ação social.

Apesar da descentralização da Segurança Social através dos centros regionais ainda existem algumas respostas sociais que por desconhecimento são pouco utilizadas, nomeadamente, o internamento temporário de curta duração para “descanso do cuidador”. Por desconhecimento ou falta de capacidade para aceder a esta resposta social, alguns cuidadores passam anos seguidos sem qualquer folga, o que conduz a graves consequências para a sua própria saúde física e mental (Luís, 2012).

Torna-se necessário equacionar medidas e divulgar os recursos existentes para possibilitar que as famílias continuem a prestar apoio aos seus parentes (Figueiredo, 2007).



## **CAPÍTULO III - Metodologia da Investigação**

### **3.1. Enquadramento da pesquisa, pertinência, problemática e objetivos**

A sociedade portuguesa tem sido palco de um conjunto de mudanças reveladoras de uma forte dinâmica de transformações sociais, na qual a estrutura populacional portuguesa é caracterizada por um crescente envelhecimento demográfico e por alterações nas relações dos idosos com o seu meio familiar.

As pessoas vivem mais anos e a faixa etária da população com mais de 80 anos, a necessitar de cuidados, não pára de aumentar. Temos a composição familiar com menos efetivos e, em muitos casos, são os idosos que estão em maior número. Este problema social ganha particular relevância para os próprios e para as famílias quando os idosos deixam de executar as atividades da vida diária por ausência de capacidades.

Embora a maioria dos idosos não seja nem doente nem dependente, a verdade é que com o avançar da idade os idosos perdem autonomia, fazendo com que alguns necessitem de ajuda para a realização das suas atividades básicas de vida diária.

A realidade mostra-nos que nos últimos anos os idosos são frequentemente acompanhados por um aumento de situações de doenças e perda da funcionalidade física, psíquica e social, bem como pelo acumular de doenças crónicas, ou pela perda gradual de funções fisiológicas decorrentes do próprio processo de envelhecimento (DGS, 2006).

Apesar de algumas doenças incapacitantes não serem específicas da velhice, acabam por ter maior prevalência nas faixas etárias mais elevadas, o que contribui para o aumento da taxa de idosos dependentes com necessidade de apoio familiar, social e de saúde.

O rápido envelhecimento da sociedade, principalmente nos países desenvolvidos é acompanhado por mudanças dramáticas nas estruturas familiares e no papel da família. Em comparação com o passado, hoje há menos familiares potencialmente disponíveis para prestar cuidados devido a uma diminuição da taxa de fecundidade e ao aumento do índice de dependência de idosos (Wall, 2005).

Esta diminuição do número de familiares disponíveis para prestar cuidados e do aumento do número de idosos a necessitar de cuidados tem influenciado os cuidados informais, pelo que cada vez mais, é importante equacionar a nível dos apoios formais, medidas que permitam às famílias continuar a cuidar dos idosos (Figueiredo, 2006).

Apesar de todas as transformações, em Portugal, a família continua a ser a principal fonte de apoio nos cuidados diretos, no apoio psicológico e nos contactos sociais à pessoa idosa (Paúl, 1997). No entanto, nem sempre o papel desempenhado pelos cuidadores informais e as perturbações que acarretam têm sido devidamente

reconhecidos. Tendo em conta as transformações que têm vindo a ocorrer na organização e na estrutura familiar, a insuficiência e a inadequação das respostas sociais e de saúde às necessidades das famílias pode ser encarada como um obstáculo na manutenção do seu papel enquanto principal fonte de apoio ao idoso (Figueiredo, 2007).

A família surge como o grupo primário básico de apoio e o mais antigo e mais utilizado serviço de assistência da humanidade, sendo cada vez mais chamada para desempenhar o papel de principal de pilar de apoio ao indivíduo dependente (Imaginário, 2004; Sequeira, 2007). Tradicionalmente é no seio familiar que se desenvolve a natureza dos cuidados aos idosos, cuja função é, na grande maioria das vezes, assumida por um cuidador principal, determinado pelo grau de parentesco, género, disponibilidade, proximidade geográfica, pela competência ou por ausência de outras respostas (Karsh, 2003).

A partir do aumento imponente do número de idosos dependentes e face à incapacidade institucional de suprir essas necessidades, surge o cuidador informal, como uma peça chave na promoção da qualidade e da dignidade da vida da pessoa em situação de dependência.

Cuidar de um idoso dependente no domicílio não é uma tarefa fácil, e apesar de poder trazer benefícios, é comum as famílias vivenciarem esta situação como um problema devido às exigências que implica uma situação de cuidado informal e as repercussões que delas advém (Sequeira, 2007).

As famílias são as principais prestadoras de cuidados e hoje em dia deparam-se com crescentes dificuldades relacionadas com a tarefa de cuidar, que se refletem no aumento da complexidade dos problemas que acompanham a longevidade humana, a par da diminuição dos recursos da família e da sociedade.

O cuidador informal é confrontado com problemas de ordem interna (estabilidade profissional, financeira, idade), mas também problemas mais gerais (conjuntura sócio-política-económica), o que faz de cada história de cuidar um percurso singular. Apesar destas dificuldades, ainda é a família que assume maior importância na satisfação das necessidades do idoso dependente, embora em certas circunstâncias, cuidar de um idoso dependente possa levar ao esgotamento de recursos físicos, económicos e emocionais dos familiares.

As investigações revelam que é necessário prestar atenção e cuidar dos cuidadores, dado que os cuidadores revelam uma qualidade de vida mais baixa e uma saúde mais debilitada do que o geral da população, o qual constitui uma ameaça à saúde do cuidador principal (Paúl, 1997, cit. por Imaginário, 2004: 214).

O sucesso da prestação dos cuidadores informais passa necessariamente pelos apoios que o cuidador recebe, provenientes de redes informais ou de redes formais, já que o êxito de uma política de desinstitucionalização, não reside somente na disponibilidade das famílias para cuidar, mas nos serviços de apoio necessários para

realizá-las eficazmente (Figueiredo, 2007: 25). Por estas razões, é necessário intervir junto dos cuidadores minimizando as dificuldades e o sofrimento que os podem levar à exaustão, desenvolvendo competências técnicas e relacionais que lhes permitem o alívio da sobrecarga, melhorando a sua qualidade de vida.

Constatada a necessidade de cuidar de quem cuida, considerámos pertinente questionar os tipos de apoio que o cuidador usufrui e quais os impactos que a tarefa de cuidador tem na qualidade de vida do cuidador. A investigação começa sempre com um problema ou grupo de problemas preliminares. Deste modo, há que converter os problemas num corpo de questões, que estão na base da orientação do nosso estudo:

- Quais os impactos na vida do cuidador informal decorrentes da prestação do ato de cuidar?

- Que tipos de apoio o cuidador usufrui?

Nesta investigação tivemos como objetivo geral avaliar os impactos sentidos pelos cuidadores informais em contexto domiciliário, no âmbito da atividade de cuidar, delimitando como área geográfica o Concelho de Abrantes.

Além do objetivo geral, delineámos alguns objetivos específicos que irão facilitar a compreensão do nosso estudo:

- Caracterizar socioeconomicamente a pessoa idosa dependente e o cuidador principal;
- Analisar o tipo de cuidados que o cuidador informal presta ao idoso dependente;
- Identificar as principais dificuldades/necessidades percecionadas pelos cuidadores informais;
- Identificar os motivos do cuidador principal para assumir o cuidado da pessoa idosa dependente;
- Conhecer as alterações adversas na vida do cuidador informal decorrentes da tarefa de cuidar;
- Verificar se os cuidadores usufruem de algum serviço de apoio;
- Verificar se os cuidadores conhecem a Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI).
- Identificar em que medida a RNCCI corresponde às expectativas do cuidador;
- Identificar se o cuidador tem sobrecarga;
- Avaliar os níveis de sobrecarga objetiva e subjetiva apresentados pelo cuidador informal.

Tendo em conta o objetivo geral e os objetivos específicos, procurámos analisar a realidade dos cuidadores informais de idosos, tendo em conta que um maior conhecimento dos fatores envolvidos na prestação de cuidados informais facultará

intervenções mais adaptadas e eficazes, com benefícios tanto para o cuidador como para o idoso cuidado.

### **3.2. Metodologia**

No enquadramento metodológico torna-se imprescindível a qualquer trabalho de pesquisa, descrever todas as etapas que se vão desenvolver (Fortin, 2003). Desta forma, a definição de um método para a realização de um estudo é sempre importante, porque ao definir, o investigador terá uma linha de orientação, o que lhe facilita a recolha de informação e a sua respetiva análise e interpretação.

Após identificarmos a problemática que queríamos aprofundar, orientámos a nossa pesquisa para a perspetiva do cuidado informal de idosos em contexto domiciliário, valorizando os seus impactos e os apoios orientados neste processo. Tendo em conta os objetivos e as características do estudo, enveredamos por um estudo exploratório fazendo um levantamento da dinâmica (família/SAD) de quem cuida de um familiar idoso dependente, para identificar quais as suas dificuldades e as estratégias desenvolvidas.

Para dar resposta à questão de partida que enunciámos, optámos por uma abordagem de tipo qualitativa-quantitativo, descritivo, exploratório e transversal, com vista a obter resultados válidos à questão colocada, sendo este um esquema fundamental que orienta a perspetiva que o investigador dá ao seu estudo (Quellet, cit. in Fortin, 1999).

Trata-se de uma investigação descritiva, de carácter exploratório, na qual utilizamos o método qualitativo que implicou a recolha de dados para responder às questões pretendidas, o qual predomina para a observação em pesquisas deste tipo (Fortin, 1999). Esta investigação é de carácter transversal, porque a avaliação é feita num dado momento temporal (Fevereiro a Maio).

Um estudo descritivo tem como objetivo a rigorosa descrição das características de uma determinada população ou fenómeno, assim como o estabelecimento de relações entre as variáveis, e exploratório no sentido que tem também o intuito de criar uma nova visão sobre o problema (Carmo, 2008).

A investigação descritiva assimila etapas idênticas a outros tipos de investigação, como a definição do problema, a revisão da literatura, a formulação das hipóteses ou das questões de investigação, a definição da população alvo e a escolha da técnica de recolha de dados, determinação da amostra, seleção da técnica de amostragem adequada e seleção ou desenvolvimento de um instrumento de recolha de dados (Carmo, 2008:231).

O investigador deverá ter presente que “estilos, tradições ou abordagens diferentes recorrem a métodos de recolha de informação igualmente diferentes, mas não há abordagem que prescreva ou rejeite uniformemente qualquer método em particular” (Carmo, 2008).

O investigador procura compreender os sujeitos a partir dos seus próprios “quadros de referência”, tenta com empatia, colocar-se no papel dos sujeitos e procura identificar-se com eles, para tentar compreender as suas perspetivas (Carmo, 2008:198).

Neste sentido, pretendeu-se nesta investigação recolher dados que permitissem uma análise descritiva acerca da compreensão dos inquiridos sobre o fenómeno em estudo. Desta forma, escolhemos o inquérito por questionário para a obtenção de dados descritivos no sentido de definir algumas regularidades estatísticas.

Na investigação qualitativa, a validade e fiabilidade dos dados depende muito da sensibilidade, conhecimento e experiência do investigador. Nesse sentido, a questão da objetividade de quem investiga constitui o principal problema deste método.

A preocupação central da investigação qualitativa não é saber se os resultados são suscetíveis de generalização, mas que outros contextos e sujeitos a ela podem ser generalizados (Bogdan & Biklen, 1994 cit. por Carmo, 2008:198-199). Deste modo, tivemos que ser objetivos na interpretação dos dados recolhidos, uma vez que não podemos fazer generalizações. Os dados obtidos referem-se à amostra em estudo, podendo apenas servir como orientação em amostras semelhantes.

A utilização do método qualitativo permitiu-nos obter uma compreensão abrangente do contexto da prestação de cuidados informais à pessoa idosa dependente, referida pelo cuidador informal.

No entanto, este trabalho de projeto baseou-se, também, num estudo comparativo, na medida em que procuramos estabelecer diferenças entre os grupos, relativamente a determinadas variáveis. Todavia, esta pesquisa regeu-se segundo questões práticas, critérios de confidencialidade, objetividade e fidelidade, mas também para critérios de ordem social, como a pertinência profissional e princípios éticos para a contextualização e justificação da pertinência da investigação.

Ao nível da escala de sobrecarga baseamo-nos na metodologia utilizada por Ricarte (2009).

### **3.3. Amostra**

Para se realizar um trabalho com rigor científico há que definir com precisão a população a estudar, ou seja, os elementos que a compõem, uma vez que todo o estudo de investigação complementa uma população ou universo.

Fortin (2003) refere que uma população é uma coleção de elementos ou de sujeitos que partilham características comuns, definidas por um conjunto de critérios.

Por sua vez, a amostra é um subgrupo da população alvo. Uma vez que é selecionada para obter informações relativas às características dessa população, deve necessariamente ter as mesmas características dessa população de modo a que o grupo escolhido seja representativo da população alvo (Fortin, 2003).

A nossa população foi selecionada através de uma amostragem não probabilística de conveniência. Neste tipo de amostra os elementos são selecionados pela sua conveniência (Fortin, 2003). Para fazer parte da nossa amostra considerámos todos os cuidadores de idosos dependentes em contexto domiciliário, residentes no concelho de Abrantes. A amostra foi obtida através do efeito “bola de neve”, ou seja, os primeiros cuidadores foram identificados através de conhecimentos pessoal e os seguintes foram indicados por estes primeiros cuidadores e assim sucessivamente. Desta forma, a amostra cresce como uma bola de neve, daí esta designação.

O local para a recolha dos dados foi feito na residência dos idosos e dos cuidadores. No sentido de aumentar o rigor e a credibilidade do nosso estudo, definimos alguns critérios de seleção da amostra, nomeadamente:

- Ser cuidador informal do idoso dependente e simultaneamente gestor dos cuidados, ou seja, pessoa responsável pelos cuidados e que simultaneamente orienta e supervisiona o serviço de apoio domiciliário.
- Ter 18 anos ou mais de idade;
- Possuir capacidades para compreender/responder verbalmente ao instrumento de recolha de dados;
- Residir no concelho de Abrantes.

Como critérios de exclusão apenas considerámos os potenciais inquiridos que manifestamente mostraram algum constrangimento em colaborar voluntariamente na pesquisa.

Na nossa amostra participaram 36 cuidadores informais, que voluntariamente se disponibilizaram a colaborar no nosso estudo, sendo que 25 são do sexo feminino e 11 são do sexo masculino, sendo que, o mais novo tem 70 anos e o mais velho tem 104 anos.

### **3.4. Instrumentos de recolha de dados**

A seleção do instrumento metodológico deve adequar-se ao problema a ser estudado, à natureza dos fenómenos, ao objetivo da pesquisa, às hipóteses levantadas e que se querem confirmar, ao tipo de informantes com que se vai entrar em contacto, aos recursos financeiros e ainda à equipa humana e outros elementos que possam surgir no campo de investigação (Lakatos, 1996, cit. por Santos, 2008).

Para dar resposta às questões de investigação, torna-se necessário tratar os dados recolhidos com vista ao sucesso da investigação. Segundo Fortin “o método de análise deve ser congruente em relação aos objetivos e ao desenho do estudo” (Fortin, 2003).

Como instrumento de recolha de dados, elaborámos um inquérito por questionário (anexo I) que aplicámos aos cuidadores informais de idosos dependentes em contexto domiciliário e utilizamos a escala de sobrecarga do cuidador desenvolvida por Sequeira, 2007 (anexo II).

Desenvolvemos o inquérito a partir do utilizado por Luís (2012) com o objetivo de obter um número significativo de respostas às mesmas questões, com o intuito de as descrever, comparar e relacionar. As restantes questões foram elaboradas com base na análise da literatura exploratória.

O inquérito é composto por várias questões que nos permitiram obter a perspetiva do cuidador sobre o cuidar de alguém dependente, partindo de uma breve caracterização de si próprio, bem como da pessoa dependente e dos cuidados prestados, incluindo também a sua perceção sobre a atividade de cuidar.

Além das questões de índole pessoal, relativas ao cuidado e ao cuidador, o inquérito é composto maioritariamente por itens de resposta múltipla, seguindo-se alguns de resposta fechada mas com opções de resposta aberta.

As questões distribuíram-se por secções distintas, através das quais pudemos fazer a caracterização da pessoa idosa dependente, assim como do cuidador informal na atividade de cuidar, remetendo para aspetos tão diversos quanto os motivos para cuidar, o tempo de experiência e disponibilizado na prestação de cuidados, o tipo de cuidados prestados e a necessidade de apoio.

Na elaboração do inquérito por questionário, tivemos sempre em atenção que provavelmente encontraríamos pessoas que têm dificuldades, mas que não as sabem verbalizar. Assim, optamos por introduzir poucas questões de resposta aberta.

No sentido de verificar as dificuldades na aplicabilidade do instrumento para a população em estudo, realizámos um pré-teste a um grupo de 3 pessoas, não pertencentes à amostra, mas cujas características eram similares ao dos elementos da amostra. Com a realização deste pré-teste avaliámos a eficácia e a precisão das questões, bem como a sua sequência e encadeamento, o que nos permitiu introduzir algumas correções de pormenor, nomeadamente ajustar e reformular algumas questões, de modo a existir uma melhor compreensão das mesmas.

Para avaliar a sobrecarga dos cuidadores aplicámos uma escala de sobrecarga do cuidador (Sequeira, 2007) (anexo II). Esta escala tinha como objetivo identificar os fatores que induzem de maior sobrecarga. Esta escala, na versão original, era constituída por 29 questões, onde se incluíam aspetos relacionados com a saúde física e psicológica, os recursos económicos, o trabalho, as relações sociais e a relação com o “recetor de cuidados”. Posteriormente, este instrumento foi revisto e reduzido o número de questões para 22 (Zarit e Zarit, 1983; Martin, 1996; Scazufca, 2002 cit in Ricarte, 2009).

É um instrumento que permite avaliar a sobrecarga objetiva e subjetiva do cuidador informal e que inclui informações sobre quatro fatores:

- “Impacto de prestação de cuidados”: agrupa os itens que se referem à sobrecarga relacionada com a prestação de cuidados diretos, em que se destacam a alteração do estado de saúde, o elevado número de cuidados, a alteração das relações sociais e familiares, a falta de tempo, o desgaste físico e mental. Os itens relativos ao

impacto dos cuidados diretos no contexto de cuidar, são o: 1,2,3,6,9,10,11,12,17 e o 22.

- “Relação interpessoal”: apresenta e agrupa os itens que relacionam a sobrecarga entre cuidador e a pessoa dependente alvo de cuidados. Estes avaliam o impacto interpessoal resultante da relação da prestação de cuidados, principalmente associados às dificuldades inter-relacionais. Esta relação é avaliada por cinco itens, sendo estes o: 4,5,16,18 e o 19.

- “Expectativas face ao cuidar”: estas expectativas relacionam-se com a prestação de cuidados relativos ao cuidador, no que diz respeito aos medos, receios e disponibilidades, sendo constituído por quatro itens: 7, 8, 14 e 15.

- “Perceção de auto-eficácia”: relaciona-se com a opinião do cuidador face ao seu desempenho e, é constituído por dois itens, o 20 e o 21.

Cada item é pontuado de forma qualitativa/quantitativa, da seguinte forma: nunca = (1); quase nunca = (2); às vezes = (3); muitas vezes = (4) e quase sempre = (5). Nesta versão (1 a 5), obtém-se um *score* global que varia entre 22 e 110, em que um maior *score* corresponde a uma maior perceção de sobrecarga, de acordo com os seguintes pontos de corte:

- **Inferior a 46:** Sem sobrecarga;
- **Entre 46 a 56:** Sobrecarga ligeira;
- **Superior a 56:** Sobrecarga intensa.

### 3.5. Procedimentos e Tratamento da recolha dos dados

A primeira etapa para a recolha dos dados foi a elaboração do inquérito por questionário e da aplicação da escala de sobrecarga do cuidador (Sequeira, 2007).

No que respeita à aplicação de inquéritos esta foi realizada através de contactos com cuidadores já conhecidos pessoalmente, e partindo de outros anteriores inquiridos, pelo efeito “bola de neve”.

Os inquéritos por questionário decorreram no domicílio dos cuidadores. O cuidador foi claramente informado do direito de recusar a participação ou desistir durante a mesma, sem que isso trouxesse qualquer implicação ou consequência.

De seguida, informámos os inquiridos das técnicas de recolha de dados que iríamos utilizar, bem como os objetivos a que se destinava este estudo, mostrando-lhes o valor que as suas respostas podiam trazer à nossa investigação (Carmo, 2008:151).

Durante a aplicação dos inquéritos, os inquiridos foram informados sobre toda a garantia, anonimato e confidencialidade das suas respostas, destinando-se apenas para a realização do trabalho académico, mantendo o sigilo profissional. No entanto, de forma a garantir o anonimato dos inquiridos, foi atribuído a cada indivíduo um código que apenas é do conhecimento da investigadora.



Quanto ao tempo de duração para a realização do inquérito e da escala foi aproximadamente de 30 minutos. Na aplicação do inquérito e da escala, coube-nos a nós preencher as respostas dadas a cada item.

A colheita dos dados decorreu nos meses de Fevereiro e Maio de 2014. Por fim, para tratar as respostas do nosso inquérito, recorreremos ao programa Excel do Microsoft Office 2007, no qual elaborámos tabelas e gráficos que nos facilitaram a apresentação dos dados e a análise dos resultados.

Os dados resultantes do fenómeno observado no decorrer da recolha de dados são analisados e apresentados de forma a facultar uma ligação lógica com o objeto de estudo e do problema proposto, segundo se trate de explorar ou de descrever os fenómenos (Vaz Freixo, 2011).



## **CAPÍTULO IV - Apresentação dos resultados**

Neste ponto serão apresentados os dados sociodemográficos, os resultados do inquérito que se adaptou de uma tese de mestrado (Luís, 2012) tendo como objetivo perceber a perspetiva do cuidador sobre o cuidar de alguém dependente. Para além deste instrumento, também serão evidenciados os resultados da Escala de Zarit (Sequeira, 2007) com o objetivo de avaliar a sobrecarga dos cuidadores. A apresentação dos resultados será feita através de tabelas e gráficos, onde serão evidenciados os dados mais relevantes do estudo.

### **4.1. Caracterização sociodemográfica dos idosos dependentes**

Na tabela 1 estão patentes as características dos idosos ao cuidado dos cuidadores informais do presente estudo. A amostra de idosos é composta por 36 idosos, sendo que 11 (31%) pertencem ao género masculino e 25 (69%) ao feminino.

O grupo mais representado é o dos 70- 79 anos (n=12; 33%). Segue-se o dos 80-89 anos (n=11; 31%). Realça-se ainda a existência de 17% (n=6) de idosos com idades compreendidas entre os 100-104 anos de idade.

Os viúvos constituem o grupo mais representado (n=30; 83%), seguindo-se os casados (n=6; 17%). Em relação ao nível de escolaridade das pessoas dependentes consideradas, observou-se uma grande concentração nos níveis mais baixos. Observou-se que 50% da amostra não sabe ler nem escrever e apenas 36% sabem ler e escrever, mas não têm a 4ª classe.

Dos 36 dependentes que trabalharam, 15 estiveram empregados (10 agricultores, 1 sapateiro, 1 bate-chapas, 1 motorista, 1 padeiro, 1 fiscal de obras da câmara) e 21 desempenharam um trabalho não remunerado de natureza doméstica.

Quanto ao tipo de dependência, 24 idosos dependem de outrem para satisfazer as suas necessidades devido à prevalência de doenças físicas e mentais. Os idosos que apenas possuem doença física são 11 (30%), e apenas 1 idosos apresenta apenas doença mental (3%) do total da amostra.

Tabela 1 - Características sociodemográficas do idoso dependente.

Variável		Fi	%
Sexo	Masculino	11	31%
	Feminino	25	69%
	<b>Total</b>	<b>36</b>	<b>100%</b>
Idade	70-79	12	33%
	80-89	11	31%
	90-99	7	19%
	100-104	6	17%
	<b>Total</b>	<b>36</b>	<b>100%</b>
Estado civil	Casado	6	17%
	Viúvo	30	83%
	<b>Total</b>	<b>36</b>	<b>100%</b>
Grau de escolaridade	Não sabe ler nem escrever	18	50%
	Sabe ler e escrever mas não completou a 4ª classe	13	36%
	1º Ciclo do ensino básico (4ª classe)	5	14%
	<b>Total</b>	<b>36</b>	<b>100%</b>
Profissão anterior à reforma	Trabalho agrícola	10	28%
	Doméstica	21	58%
	Sapateira	1	3%
	Bate chapas	1	3%
	Motorista	1	3%
	Padeiro	1	3%
	Fiscal obras da câmara	1	3%
	<b>Total</b>	<b>36</b>	<b>100%</b>
Tipo de dependência	Física	11	31%
	Mental	1	3%
	Física e Mental	24	67%
	<b>Total</b>	<b>36</b>	<b>100%</b>

## 4.2. Caracterização Sociodemográfica dos cuidadores informais

Relativamente à idade dos cuidadores, segundo a análise da tabela 2, podemos verificar que a maior percentagem dos cuidadores situa-se na classe etária dos 62 -71 anos, com um valor de 53%, em contraste com a menor percentagem com 3%, dos cuidadores que se situa na classe etária dos 82-91 anos. A média encontrada foi de 64 anos. O envelhecimento da população tem conduzido a outra realidade: a existência de cuidadores informais também eles idosos, como são exemplo 36 dos entrevistados deste estudo.

Tabela 2 - Distribuição dos cuidadores informais de acordo com a faixa etária.

Cuidadores por grupos de idades		
Grupos	Fi	%
[52-61[	12	33%
[62-71[	19	53%
[72-81[	4	11%
[82-91[	1	3%
<b>Total</b>	36	100%

Quanto ao sexo, a nossa amostra é constituída apenas por cuidadores do sexo feminino (100%). Várias pesquisas nacionais e internacionais referem que compete às mulheres todos os cuidados, sendo estas a maior parte de meia-idade, ou já idosas, e desempenham a função de cuidadores de um familiar mais velho (Sequeira, 2010).

Relativamente ao estado civil, verifica-se segundo o gráfico 1 que dos 36 inquiridos, 31 são casados (86%), 3 são viúvos (8%) e 2 (6%) são divorciados.

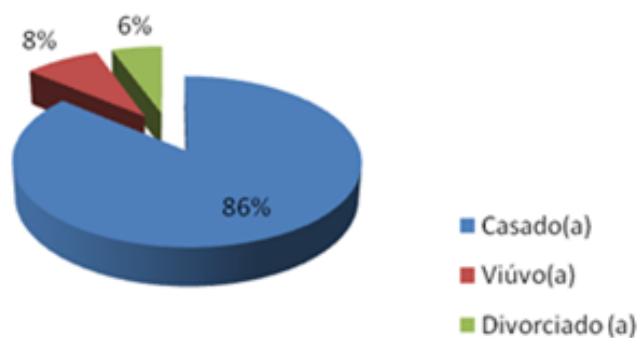


Gráfico 1 - Cuidadores.

No que diz respeito ao grau de escolaridade, pode-se constatar na tabela 4, que a grande maioria (69%) frequentou a 4ª classe, sendo que o menos habilitado não sabe ler nem escrever.

**Tabela 3** - Distribuição dos cuidadores segundo o grau de escolaridade.

<b>Escolaridade</b>	<b>Fi</b>	<b>%</b>
Não sabe ler nem escrever	1	3%
Saber ler e escrever mas não completou o ensino básico	4	11%
1º ciclo do ensino básico (4ª classe)	25	69%
2º ciclo do ensino básico (6º ano)	1	3%
3º ciclo do ensino básico (9º ano) ou 5º do antigo liceu	3	8%
Ensino secundário (12ºano) ou 7º ano do antigo liceu	2	6%
<b>Total</b>	<b>36</b>	<b>100%</b>

Entre os cuidadores que se encontram em idade ativa, apenas 8% são empregados a tempo inteiro, 11% encontram-se desempregados a receber a respetiva prestação social, 50% são reformados e 6% são reformados por invalidez. Podemos ainda observar que 25% são domésticas não remuneradas (Tabela 4).

**Tabela 4** - Cuidadores por profissão.

<b>Cuidadores por profissão</b>	<b>Fi</b>	<b>%</b>
Empregado a tempo inteiro	3	8%
Reformado/pensionista	18	50%
Desempregado	4	11%
Reformado por Invalidez	2	6%
Doméstica	9	25%
<b>Total</b>	<b>36</b>	<b>100%</b>

Dos 3 cuidadores que se encontram ainda a trabalhar, 2 são empregadas de balcão e 1 é operária fabril. A grande percentagem de cuidadores era doméstica, sendo 67% (Tabela 5).

**Tabela 5 - Profissão atual ou última.**

<b>Profissão atual ou última</b>	<b>Fi</b>	<b>%</b>
Doméstica	24	67
Agricultora	1	3
Empregada de balcão	4	11
Assistente profissional	1	3
Padeira	2	5
Administração	1	3
Auxiliar de Educação	2	5
Operária fabril	1	3
<b>Total</b>	<b>36</b>	<b>100</b>

A maioria dos cuidados é prestada por filhas (56%) e noras (31%), seguindo-se as esposas (8%) e, por último, os vizinhos com 2 observações (tabela 6).

A participação dos vizinhos está associada a cuidados esporádicos, como a companhia, compras e efetuar ajudas pontuais em situação de emergência.

**Tabela 6 - Cuidadores por parentesco.**

<b>Cuidadores por parentesco</b>		
<b>Parentesco</b>	<b>Fi</b>	<b>%</b>
Conjuge	3	8
Filha	20	56
Nora	11	31
Vizinho	2	5
<b>Total</b>	<b>36</b>	<b>100</b>

Relativamente ao local de residência (tabela 7), 58% dos cuidadores vivem em meio rural e 42% em meio urbano.

Tabela 7 - Local de residência.

Local de residência	Fi	%
Rural	21	58
Urbano	15	42
<b>Total</b>	100	100

No que respeita a ter, ou não, filhos a cargo, 19% dos cuidadores responderam ter filhos a cargo (gráfico 2), situando-se a média de idades dos filhos nos 22 anos. Através das respostas aos inquéritos podemos verificar que a média de indivíduos por agregado familiar dos cuidadores é de 1,7.

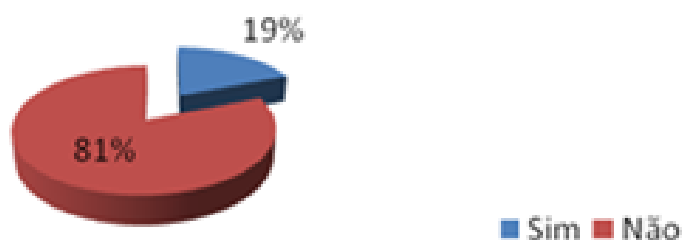


Gráfico 2- Filhos a cargo.

À questão sobre a habilitação para conduzir automóveis, 10 dos cuidadores (28%) responderam ter carta de condução e 26 (72%) responderam não ter.

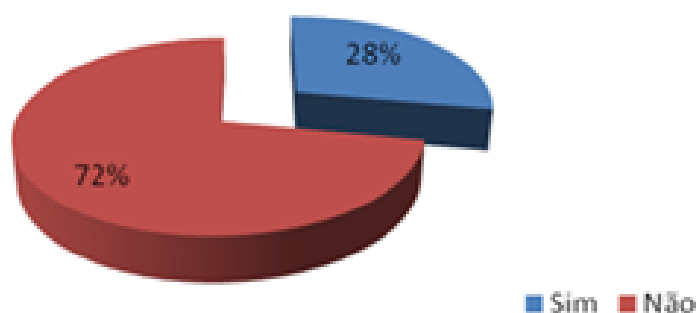


Gráfico 3 - Carta de condução.

Na terceira parte do nosso inquérito, realizamos uma breve caracterização dos cuidados, sendo que na primeira questão quisemos saber quais eram os principais motivos que levavam os cuidadores a cuidar dos seus idosos. Esta questão possibilitava mais do que uma resposta.

Todos os cuidadores (100%) apontaram sobretudo a motivação afetiva, o amor e o carinho sentido pela pessoa dependente. O modelo tradicional da família, no qual prevalece a ideia de que os pais cuidam dos filhos enquanto estes necessitam e dos



avós quando já se encontram debilitados, os filhos crescem e mais tarde invertem-se os papéis e cuidam dos pais, é um modelo assumido e definido por 100% dos cuidadores inquiridos. No entanto, 13 cuidadores responderam também, que recorriam a um lar privado se tivessem rendimentos suficientes; 2 cuidadores responderam como um dos motivos por ser compensado financeiramente pelo idoso e 1 cuidador respondeu que se houvesse resposta adequada e disponível preferia que o seu idoso estivesse num lar (tabela 8).

**Tabela 8 - Principais motivos de quem cuida.**

<b>Principais motivos que levam a cuidar do seu familiar idoso</b>	<b>Fi</b>	<b>%</b>
Por amor	36	100
Por não haver resposta social adequada e disponível	1	3
Por falta de rendimentos suficientes para pagar um lar privado	13	36
Por ser compensado financeiramente pelo idoso	2	6

Relativamente ao número de anos de desempenho do papel de cuidar, constata-se que 20 cuidadores (55% da amostra) já presta cuidados há mais de 5 anos, 11 dos cuidadores (31%) desempenha o papel entre 3 a 5 anos, 3 dos respondentes (8%) é cuidador entre 1 a 2 anos, 2 cuidadores (6%) são-no há menos de 1 ano (tabela 9).

**Tabela 9 - Tempo que presta cuidados.**

<b>Há quanto tempo presta cuidados</b>	<b>Fi</b>	<b>%</b>
Entre 6 meses e 1 ano	2	6
Entre 1 a 2 anos	3	8
Entre 3 a 5 anos	11	31
Mais de 5 anos	20	55
<b>Total</b>	<b>36</b>	<b>100</b>

Quanto à frequência com que prestam cuidados é bastante significativa, verifica-se que 31 dos cuidadores inquiridos apontaram como tempo despendido na prestação de cuidados mais de 41 horas, correspondendo a 86% da amostra. Entre 21 a 40 horas assinalou apenas 1 cuidador. Os que referiram entre 8 a 20 horas registaram-se apenas 2. Os que assinalaram contactos pontuais foram apenas 2 e que referiram que cuidam entre 4 a 8 horas (tabela 10).

O tempo que os cuidadores despendem ao prestar os cuidados diretos e as horas que passam diretamente com o idoso dependente levam a um aumento dos níveis de sobrecarga e como consequência uma má Qualidade de Vida (Sequeira, 2007).

**Tabela 10** - Horas a prestar cuidados.

<b>Quantas horas por semana ocupam a prestar cuidados</b>	<b>Fi</b>	<b>%</b>
4 a 8 horas	2	5,5
8 a 20 horas	2	5,5
21 a 40 horas	1	3
Mais de 41 horas	31	86
<b>Total</b>	<b>36</b>	<b>100</b>

No que diz respeito à coabitação com o idoso dependente, verifica-se segundo os resultados apresentados na tabela 11, que 23 (64%) dos cuidadores vivem na sua própria habitação; 8 (22%) vivem na casa do idoso; 4 (11%) vivem na mesma rua e apenas 1 (3%) cuidador vive entre 10 a 20 km de distância (tabela 11).

**Tabela 11** - Distância física entre o idoso e o cuidador.

<b>Distância Física</b>	<b>Fi</b>	<b>%</b>
Casa do cuidador	23	64
Casa do idoso	8	22
Vivem na mesma rua	4	11
Vivem entre 10 a 20 km	1	3
<b>Total</b>	<b>36</b>	<b>100</b>

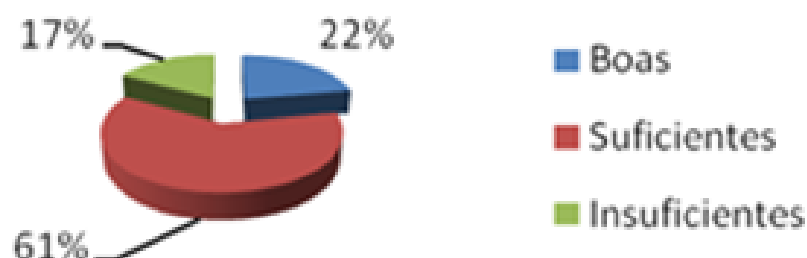
Todos os cuidadores referiram possuir um quarto disponível para o idoso dependente (tabela 12). No entanto, nenhum dos cuidadores utiliza tecnologia assistiva para facilitar a prestação de cuidados, de modo a proporcionar mais conforto aos idosos dependentes.

**Tabela 12** - Ajudas técnicas disponíveis na habitação

Ajudas técnicas disponíveis	Fi	%
Andarilho	11	31
Cama articulada	15	42
Cadeira de rodas	9	25
Quarto para o idoso	36	100
Rampa	3	8
Casa de banho equipada com chuveiro	9	25
Assento na banheira ou duche	4	11
Apoio na sanita	2	6
Bengala	4	11

Pedimos ainda aos cuidadores, que classificassem as condições da residência habitual do idoso, relativamente às acessibilidades e espaço de manobra.

Conforme podemos observar no gráfico 4, as classificações variam entre insuficientes e boas, registando-se de forma geral uma avaliação positiva de 83%, comparativamente com os que consideraram as condições insuficientes que representam 17%.

**Gráfico 4** - Classificação do cuidador - habitação e espaço de manobra.

Relativamente à proveniência dos rendimentos dos cuidadores (gráfico 5), a maioria provém do apoio do Estado (Complemento solitário para idosos) e de pensões. Temos ainda duas domésticas não remuneradas que vivem apenas da pensão do idoso.



**Gráfico 5** - Proveniência dos rendimentos.

Perante a questão: “Considera os seus rendimentos suficientes para se dedicar exclusivamente aos cuidados do idoso?”, 9 (25%) responderam que sim, enquanto 27 (75%) responderam não. Pretendemos saber, através de uma questão que permitia respostas múltiplas, quais foram as alterações das rotinas do cuidador, desde que o idoso passou a depender de cuidados.

Tendo em conta a tabela 13, verificamos que 92% dos cuidadores deixaram de cuidar da sua saúde, 75% deixou de fazer compras e tratar de assuntos pessoais e 44% deixou de ter tempo para descansar.

Os cuidadores informais vivenciam alterações no seu estilo de vida que podem reduzir, modificar e gerar insatisfações na sua vida social. Assim sendo, o resultado do desempenho do seu papel leva a que o cuidador sofra de um isolamento social, fruto da falta de tempo para si e para as suas atividades sociais habituais.

Desta forma, cuidar de um idoso afeta necessariamente o dia-a-dia de quem assume a responsabilidade, passam a ter menos tempo para a própria família, tendem a descansar menos e a trabalhar mais, privando-se da sua atividade social.

**Tabela 13** - Alteração das rotinas dos cuidadores.

Alteração das rotinas dos cuidadores	Sim	%	Não	%
Cuidar da saúde	33	92	3	8
Cuidar de si	6	17	30	83
Fazer compras/assuntos pessoais	27	75	9	25
Ler	5	14	31	86
Descansar	16	44	20	56
Praticar exercício físico	4	11	32	89
Ver televisão	2	6	34	94

Além das hipóteses de escolha por nós enunciadas, quisemos saber que “outras” atividades os cuidadores elegeram que tivessem deixado de fazer. Registamos algumas respostas significativas representadas na tabela 14, onde 20 dos cuidadores referiram ter deixado de poder ir à missa, 12 deixaram de passar férias, 9 deixaram de brincar com os netos e 7 referiram que deixaram de almoçar com a família e/ou amigos.

Tabela 14 - Outras atividades que os cuidadores deixaram de fazer.

Existem outras atividades que tenham deixado de fazer desde que é cuidador(a)?	Sim
Fazer bordados	3
Ir à missa	20
Almoçar com a família/amigos	7
Ir para as termas	2
Ir às compras	2
Passear aos fins de semana	4
Brincar com os netos	9
Disponibilidade para a família muito reduzida	4
Férias	12
Exames médicos	1
Tratar da horta	4

Relativamente às dificuldades que os cuidadores enfrentam, verifica-se (gráfico 6) que 97% dos cuidadores sentem tristeza pelo sofrimento do idoso, seguindo-se a dificuldade em conciliar papéis e a falta de capacidade física para mover o idoso (94%), problemas depressivos pelo desgaste físico e psicológico prolongado (86%), dificuldade em gerir conflitos (56%), e a falta de conhecimentos para lidar com a doença e a dependência do idoso (36%).

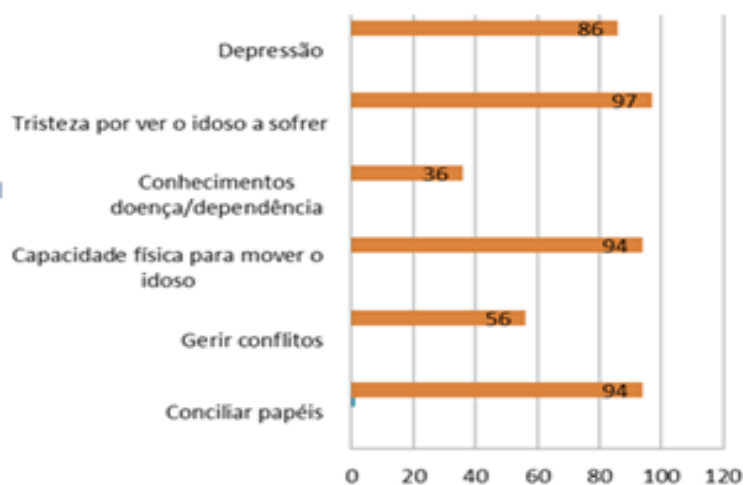
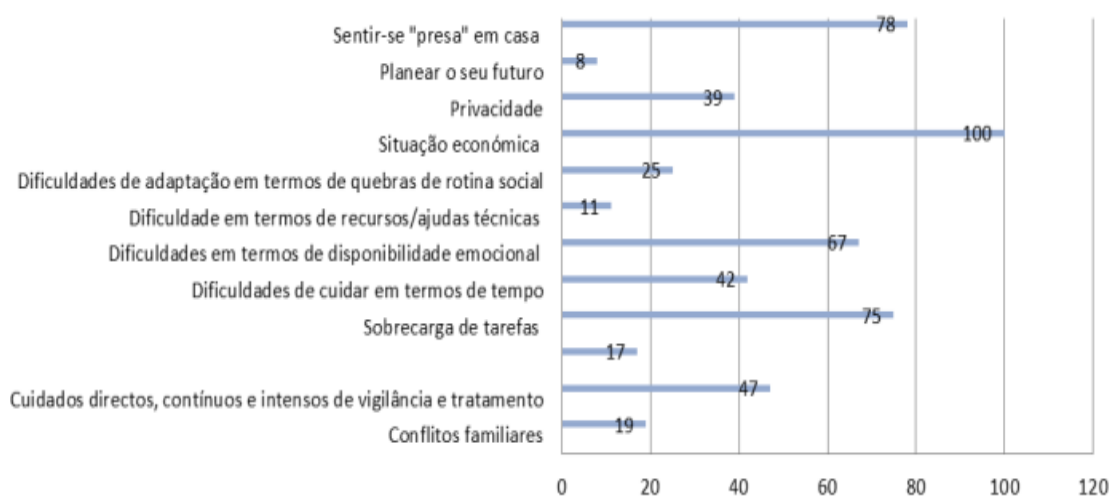


Gráfico 6 - Principais dificuldades que o cuidador enfrenta.

Na questão relativa aos aspetos que provocam mais stress para o cuidador, 23 cuidadores assumiram a prestação de cuidados como uma função geradora de stress. Assim sendo, 100% dos cuidadores referem que a sua situação económica é um aspeto que provoca mais stress, segue-se o facto da grande maioria dos cuidadores (78%) se sentir “preso” em casa, 75% dos cuidadores assumem como stressante o aspeto relacionado com a sobrecarga das tarefas e os restantes 47% referem que está relacionado com a prestação dos cuidados diretos, contínuos e intensos de vigilância e tratamento (gráfico 7). Esta análise vai ao encontro de diversos autores (Sequeira, 2007; Pereira e Carvalho, 2012) que apontam as dificuldades que o cuidador tem na prestação de cuidados como as principais responsáveis pelo aparecimento de sobrecarga, nomeadamente: sobreposição de tarefas, tristeza, diminuição do tempo livre, responsabilidade, expectativas e exigências do cuidar, falta de privacidade, medo, cansaço, fadiga, frustração, ansiedade, stress, esforço físico, ausência de melhorias, falta de reconhecimento dos familiares, entre outros fatores.

A dependência do idoso e as solicitações do mesmo podem absorver de tal forma o tempo do cuidador informal, podendo surgir como consequência uma sobrecarga emocional, que conduz a um isolamento e diminuição dos contactos sociais por parte do cuidador.



**Gráfico 7** - Aspetos que provocam mais stress.

Os principais impactos sentidos pelos cuidadores informais são essencialmente a nível financeiro, devido à sobrecarga dos encargos financeiros (100%), a fadiga (94%), ansiedade (86%), o isolamento social (83%), receio pelo futuro (75%), o stress (64%), a depressão (56%), problemas de sono (31%) e as mudanças familiares (39%) (tabela 15). Neste sentido, estes resultados revelam, e vão de acordo com a linha de pensamento de Brito (2002), que a situação de prestação de cuidados é exigente a nível financeiro, pelas despesas acrescidas que os cuidados acarretam, o que pode tornar-se mais grave se o cuidador abandonar a profissão, e muitas vezes

quando desempregados, dependem apenas das pensões que o idoso recebe da segurança social.

**Tabela 15** - Principais impactos enquanto cuidador.

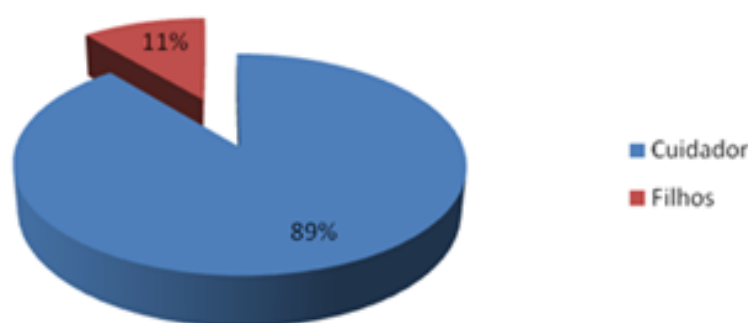
<b>Principais impactos que sentiu enquanto cuidador</b>	<b>Fi</b>	<b>%</b>
Problemas de sono	11	31
Fadiga	34	94
Isolamento social	30	83
Stress	23	64
Depressão	20	56
Ansiedade	31	86
Conflitos familiares	6	17
Mudanças na estrutura familiar	14	39
Receio pelo futuro	27	75
Perda de emprego ( por despedimento)	1	3
Sobrecarga dos encargos financeiros	36	100
Lidar com a iminência da morte do dependente	1	3
Ser confrontado com decisões difíceis	5	14

Dos 3 cuidadores que mantêm uma situação profissional, ambos revelaram ter mais preocupação com o idoso enquanto estão no trabalho e sentiram-se com menos energia (tabela 16).

**Tabela 16** - Cuidadores que mantêm uma situação profissional.

<b>Cuidadores que mantêm uma situação profissional</b>	<b>Fi</b>	<b>%</b>
Preocupa-se com o seu familiar enquanto está no trabalho	3	8
Recebe telefonemas do seu familiar que interrompem o seu trabalho	1	3
Sentiu-se com menos energia	3	8

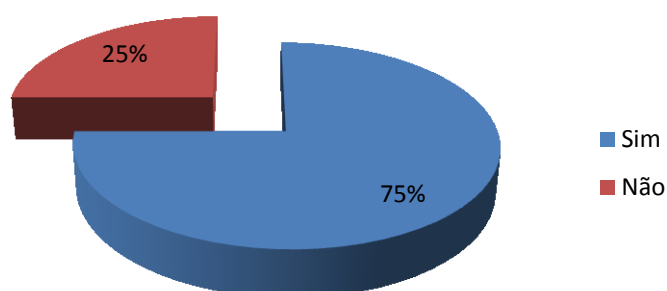
Na tomada de decisões respeitantes à vida dos idosos, 89% são da responsabilidade dos cuidadores e 11% são os filhos (gráfico 8).



**Gráfico 8** - Tomada de decisões respeitantes ao idoso dependente.

Na quarta e última parte do nosso inquérito por questionário, quisemos saber que tipo de apoio os cuidadores informais conhecem e usufruem.

Na questão relacionada com a ajuda dos cuidados prestados, 75% dos cuidadores responderam que tinham ajuda para cuidar do idoso dependente (gráfico 9), dos quais 20 (56%) usufruem do SAD, 5 têm a colaboração da família na prestação de cuidados (14%), e 2 cuidadores têm ajuda de uma auxiliar que presta cuidados de higiene (5%).



**Gráfico 9** - Ajuda nos cuidados prestados.

Apenas 15 (42%) cuidadores afirmaram já conhecer a RNCCI, e apenas dois já recorreram à resposta social “Descanso do Cuidador”, por se sentirem cansados.

No entanto, não chegaram a usufruir desse apoio, devido à falta de vagas e a quantia era muito elevada.

Na questão relacionada com “o tipo de apoio que deveria existir para além dos já existentes que acharia que deveria ser melhorado”, 100% dos cuidadores referiram que deveria existir assistência gratuita por parte de assistentes sociais, psicólogos que acompanhassem a pessoa que cuida e o doente, 83% referiu que o subsídio ao cuidador deveria aumentar e 53% referiu que deveria existir uma RNCCI em cada



hospital de cada concelho para o descanso do cuidador e cuidados de enfermagem para o idoso (tabela 17).

**Tabela 17-** Tipo de apoio que deveria existir.

<b>Tipo de apoio que deveria existir para além dos já existentes que deveria ser melhorado</b>	<b>Fi</b>	<b>%</b>
Assistência gratuita por parte de assistentes sociais, psicólogos que acompanhassem a pessoa que cuida e o doente	36	100
Deveria existir mais vagas no apoio de cuidados continuados	10	28
Deveria existir uma RNCCI em cada hospital de cada concelho para o descanso do cuidador e cuidados de enfermagem para o idoso	19	53
Apoio de animosidade, alívio e companhia para os cuidadores	4	11
A segurança social deveria pagar uma percentagem na RNCCI e o cuidador pagava outra	17	47
Aumento do subsídio ao cuidador	30	83

No final do nosso questionário colocámos a pergunta: “Se pudesse propor ao Governo uma medida que tornasse mais fácil o seu papel de cuidador, o que propunha?” Enunciamos cinco medidas concebidas por nós, que se assinalavam com um “X”, nos casos em que os inquiridos achavam ser as mais vantajosas para facilitarem o seu papel de cuidadores e, na opção “outros os cuidadores podiam indicar mais uma medida (tabela 17).

**Tabela 18 -** Medidas que podem facilitar o papel de cuidador informal.

<b>Enunciação de medidas que podem facilitar o papel do cuidador informal</b>	<b>Fi</b>	<b>%</b>
Internamento pontual do idoso na RNCCI (4/6 dias por mês) consoante as necessidades do cuidador e da sua família.	19	53
Criação de equipas coordenadas pela RNCCI que, conhecendo devidamente o idoso e o seu estado de saúde, dessem formação ao cuidador e o substituíssem pontualmente horas por semana) no domicílio.	21	58
"Comida sobre rodas" que tem como objetivo confeccionar e distribuir as refeições programadas para os idosos.	5	14
Criação de um "Banco de Empréstimo de Tecnologia Assistiva" (ex: cadeira de rodas, camas articuladas), para as famílias com baixos recursos.	3	8
Criação de uma compensação para o cuidador informal idêntica à atribuída aos lares convencionados, para as famílias de idoso com	29	81

baixos recursos.		
<b>Outras medidas</b>		
Houvesse transportes gratuitos para quem cuida de idosos	1	3

### 4.3. Análise da sobrecarga dos cuidadores

Neste trabalho, a sobrecarga é avaliada com o recurso à escala de sobrecarga do cuidador (tabela 19), traduzida e adaptada para a população portuguesa por Sequeira a partir da Burden Interview Scale (Sequeira, 2010).

Na sua versão original, esta escala era constituída por 29 questões, onde se incluíam aspetos relacionados com a saúde física e psicológica, os recursos económicos, o trabalho, as relações sociais e a relação com a pessoa alvo de cuidados. Posteriormente, este instrumento foi revisto reduzindo-se o número de questões para 22 (Zarit e Zarit, 1983; Martin, 1996; Scazufca, 2002).

Este instrumento permite avaliar a sobrecarga objetiva e subjetiva do cuidador informal e inclui informação sobre quatro fatores: Impacto de prestação de cuidados; relação interpessoal; expetativas face ao cuidar e perceção de autoeficácia.

Cada item é pontuado de forma qualitativa/quantitativa da seguinte forma: nunca = (1); quase nunca = (2); às vezes = (3); muitas vezes = (4) e quase sempre = (5) com o qual se obtém um score global que varia entre 22 e 110, em que um maior score corresponde a uma perceção de sobrecarga, de acordo com os seguintes pontos de corte: se às 22 questões só houvesse respostas (nunca=1)  $1 \times 22 = 22$ . Se às 22 questões só houvesse respostas (sempre = 5)  $5 \times 22 = 110$  do mesmo respondente.

- Inferior a 46 Sem sobrecarga;
- Entre 46 a 56 Sobrecarga ligeira;
- Superior a 56 Sobrecarga intensa.

Para sistematizar e salientar a informação fornecida pelos dados recolhidos, utilizou-se a estatística descritiva, nomeadamente as frequências absolutas ( $n^{\circ}$ ) e as relativas (%), dependendo dos dados em questão.

Na tabela seguinte (tabela 19, Escala de sobrecarga do cuidador) podemos observar que os cuidadores não consideram causador de sobrecarga em relação aos itens 1 (sente que o seu familiar solicita mais ajuda do que aquela que realmente necessita), 4 (sente-se envergonhado(a) pelo comportamento do seu familiar), 18 (desejaria poder entregar o seu familiar aos cuidados de outra pessoa), 19 (sente-se inseguro acerca do que deve fazer com o seu familiar), 20 (considera que poderia cuidar melhor do seu familiar) e 21 (considera que poderia cuidar melhor do seu familiar).

Os cuidadores consideram os restantes itens causadores de sobrecarga intensa, sendo que a sobrecarga atinge o número mais elevado (63,88%) nos itens 14

(acredita que o seu familiar espera que você cuide dele como se fosse a única pessoa com quem ele(a) pudesse contar) e 22 (em geral sente-se muito sobrecarregado por ter de cuidar do seu familiar).

Tabela 19 - Escala de sobrecarga do cuidador.

Nº	Item	% n= 36				
		Nunca	Quase nunca	Às vezes	Muitas vezes	Quase sempre
1	Sente que o seu familiar solicita mais ajuda do que aquela que realmente necessita?	69,44	5,56	2,78		22,22
2	Considera que devido ao tempo que dedica ao seu familiar não dispõe de tempo suficiente para as suas tarefas?	22,22	22,22	30,56	5,56	19,44
3	Sente-se tenso(a) quando tem de cuidar do seu familiar e ainda tem outras tarefas por fazer?	13,89	13,89	8,33	13,89	50
4	Sente-se envergonhado(a) pelo comportamento do seu familiar?	58,34	8,33	22,22	8,33	2,78
5	Sente-se irritado(a) quando está junto do seu familiar?	22,22	13,9	22,22	5,56	36,1
6	Considera que a situação atual afeta de uma forma negativa a relação com os seus amigos/familiares?	11,1	25	5,56	5,56	52,78
7	Tem receio pelo futuro destinado ao seu familiar?	8,33	19,44	13,89	5,56	52,78
8	Considera que o seu familiar está dependente de si?	11,11	19,44	5,56	5,56	58,33
9	Sente-se esgotado quando tem de estar junto do seu familiar?	11,1	19,4	16,7	8,3	44,5
10	Vê a sua saúde ser afetada por ter de cuidar do seu familiar?	11,11	22,22	13,89	5,56	47,22
11	Considera que não tem uma vida privada como desejaria devido ao seu familiar?	8,33	22,22	5,56	5,56	58,33
12	Pensa que as suas relações sociais são afetadas negativamente por ter de cuidar do seu familiar?	13,9	22,22	8,33	8,33	47,22
13	Sente-se pouco à vontade em convidar amigos para o(a) visitar devido ao seu familiar?	25	19,44	13,89	16,67	25
14	Acredita que o seu familiar espera que você cuide dele como se fosse a única pessoa com quem ele(a) pudesse contar?		27,78	5,56	2,78	63,88
15	Considera que não dispõe de economias suficientes para cuidar do seu familiar e para o resto das despesas que tem?	8,33	16,67	11,11	11,11	52,78
16	Sente-se incapaz de cuidar do seu familiar por muito mais tempo?	5,56	19,44	11,11	33,33	30,56
17	Considera que perdeu o controle da sua vida depois da doença do seu familiar se manifestar?	22,22	5,56	11,11	8,33	52,78
18	Desejaria poder entregar o seu familiar aos cuidados de outra pessoa?	63,88	5,56	13,89	5,56	11,11
19	Sente-se inseguro acerca do que deve fazer com o seu familiar?	63,89	2,78	16,67	5,56	11,1
20	Considera que poderia fazer mais pelo seu familiar?	63,9	8,33	8,33	8,33	11,11

21	Considera que poderia cuidar melhor do seu familiar?	69,44	5,56	8,33	2,78	13,89
22	Em geral sente-se muito sobrecarregado por ter de cuidar do seu familiar?	19,44	8,33	5,56	2,78	63,89

Impacto de prestação de cuidados - agrupa os itens que se referem à sobrecarga relacionada com a prestação de cuidados diretos, em que se destacam a alteração do estado de saúde, o elevado número de cuidados, a alteração das relações sociais e familiares, a falta de tempo, o desgaste físico e mental. O impacto da prestação de cuidados é representado pelos itens (1,2,3,6,9,10,11,12,13,17 e 22) da Tabela 20. À exceção do item 1 que só 25% dos cuidadores consideram causador de sobrecarga, os restantes itens apresentam níveis de sobrecarga intensa. Estes resultados vão ao encontro do referido por Brito (2002) e Sequeira (2010) que afirmam que apesar de todos os problemas físicos que podem advir do ato de cuidar, a dimensão emocional da sobrecarga, é aquela que mais impacto tem sobre o cuidador.

Tabela 20 - Impacto da prestação de cuidados e níveis de sobrecarga.

N.º	Impacto da prestação de cuidados  Item	Níveis de sobrecarga % n=36				
		1	2	3	4	5
		Nunca	Quase nunca	Às vezes	Muitas vezes	Quase sempre
1	Sente que o seu familiar solicita mais ajuda do que aquela que realmente necessita?	69,44	5,56	2,78		22,22
2	Considera que devido ao tempo que dedica ao seu familiar não dispõe de tempo suficiente para as suas tarefas?	22,22	22,22	30,56	5,56	19,44
3	Sente-se tenso(a) quando tem de cuidar do seu familiar e ainda tem outras tarefas por fazer?	13,89	13,89	8,33	13,89	50
6	Considera que a situação atual afeta de uma forma negativa a relação com os seus amigos/familiares?	11,1	25	5,56	5,56	52,78
9	Sente-se esgotado quando tem de estar junto do seu familiar?	11,1	19,4	16,7	8,3	44,5
10	Vê a sua saúde ser afetada por ter de cuidar do seu familiar?	11,11	22,22	13,89	5,56	47,22
11	Considera que não tem uma vida privada como desejaria devido ao seu familiar?	8,33	22,22	5,56	5,56	58,33
12	Pensa que as suas relações sociais são afetadas negativamente por ter de cuidar do seu familiar?	13,9	22,22	8,33	8,33	47,22
13	Sente-se pouco à vontade em convidar amigos para o(a) visitar devido ao seu familiar?	25	19,44	13,89	16,67	25
17	Considera que perdeu o controle da sua vida depois da doença do seu familiar se	22,22	5,56	11,11	8,33	52,78

	manifestar?					
22	Em geral sente-se muito sobrecarregado por ter de cuidar do seu familiar?	19,44	8,33	5,56	2,78	63,89

Relação interpessoal - agrupa os itens que relacionam a sobrecarga entre cuidador e a pessoa dependente alvo de cuidados. Estes avaliam o impacto interpessoal resultante da relação da prestação de cuidados, principalmente associados às dificuldades interrelacionais. Esta relação é avaliada pelos cinco itens (4,5,16,18 e 19) da tabela 21.

Na tabela 21 podemos observar que os itens (4,18 e 19) não são causadores de sobrecarga enquanto os itens (5 e 16) são causadores de sobrecarga intensa (às vezes, muitas vezes ou quase sempre - nível 3 a 5 em termos quantitativos). Estes resultados evidenciam que o cuidador não dispõe de tempo para si e quando se dedica a cuidar de si, fica com sentimentos de culpa associados a deixar o idoso ao abandono. A diminuição das atividades sociais é frequente porque tem menos tempo, logo estabelece menos relações sociais (Figueiredo, 2006).

Tabela 21 - Relação interpessoal e níveis de sobrecarga.

N.º	Relação interpessoal Item	Níveis de sobrecarga % n=36				
		1	2	3	4	5
		Nunca	Quase nunca	Às vezes	Muitas vezes	Quase sempre
4	Sente-se envergonhado(a) pelo comportamento do seu familiar?	58,34	8,33	22,22	8,33	2,78
5	Sente-se irritado(a) quando está junto do seu familiar?	22,22	13,9	22,22	5,56	36,1
16	Sente-se incapaz de cuidar do seu familiar por muito mais tempo?	5,56	19,44	11,11	33,33	30,56
18	Desejaria poder entregar o seu familiar aos cuidados de outra pessoa?	63,88	5,56	13,89	5,56	11,11
19	Sente-se inseguro acerca do que deve fazer com o seu familiar?	63,89	2,78	16,67	5,56	11,1

**Expetativas face ao cuidar** - Relacionam-se com a prestação de cuidados relativos ao cuidador, no que diz respeito aos medos, receios e disponibilidades, que são avaliados pelos quatro itens (7,8,14 e 15) da tabela 22.

Nesta tabela podemos observar que todos os itens são causadores de sobrecarga intensa. Estes resultados vão ao encontro da linha de pensamento de Marques (2007) que diz que a corrente de emoções negativas que se repercute nos diversos domínios

da vida do prestador de cuidados perturba a sua atividade profissional e a relação com os restantes familiares. Sequeira (2007) acrescenta ainda que os custos financeiros com o cuidar têm repercussões ao nível dos rendimentos da família e podem desencadear maiores níveis de stress, preocupação, repercussões na saúde física e mental e consequentemente o aparecimento de situações de sobrecarga.

Tabela 22 - Expetativas face ao cuidador e níveis de sobrecarga.

N.º	Expetativas face ao cuidador Item	Níveis de sobrecarga % n=36				
		1	2	3	4	5
		Nunca	Quase nunca	Às vezes	Muitas vezes	Quase sempre
7	Tem receio pelo futuro destinado ao seu familiar?	8,33	19,44	13,89	5,56	52,78
8	Considera que o seu familiar está dependente de si?	11,11	19,44	5,56	5,56	58,33
14	Acredita que o seu familiar espera que você cuide dele como se fosse a única pessoa com quem ele(a) pudesse contar?		27,78	5,56	2,78	63,88
15	Considera que não dispõe de economias suficientes para cuidar do seu familiar e para o resto das despesas que tem?	8,33	16,67	11,11	11,11	52,78

**Perceção de autoeficácia** - relaciona-se com a opinião do cuidador face ao seu desempenho e é constituído por dois itens (20 e 21) da tabela 23.

Como podemos observar na tabela seguinte nenhum dos itens se apresenta como causador de sobrecarga (nunca, quase nunca – nível 1 e 2 em termos quantitativos). Estes resultados corroboram o que Marques (2007) afirma que contribui para que este percecion o seu papel como pouco gratificante e insatisfatório.

Tabela 23 - Perceção de autoeficácia e níveis de sobrecarga.

N.º	Perceção de autoeficácia Item	Níveis de sobrecarga % n=36				
		1	2	3	4	5
		Nunca	Quase nunca	Às vezes	Muitas vezes	Quase sempre
20	Considera que poderia fazer mais pelo seu familiar?	63,9	8,33	8,33	8,33	11,11
21	Considera que poderia cuidar melhor do seu	69,44	5,56	8,33	2,78	13,89

familiar?				
-----------	--	--	--	--

#### 4.4. Cotação global da escala de sobrecarga do cuidador

Na tabela 24, verificamos a análise dos níveis de sobrecarga, de acordo com os pontos de corte para a Escala de Sobrecarga do Cuidador, o qual, constatamos que estamos perante uma população de cuidadores informais com elevados níveis, já que 75% dos cuidadores informais apresentam níveis de sobrecarga, sendo que 63,89% deste apresentam uma sobrecarga intensa.

Tabela 24 - Cotação global da escala de sobrecarga do cuidador.

Níveis de sobrecarga Cotação global	N	%	Frequência acumulada
Sem sobrecarga (<46)	9	25	25
Sobrecarga ligeira (47-55)	4	11,11	36,11
Sobrecarga intensa (>56)	23	63,89	100
<b>Total</b>	36	100	

#### 4.5. Sobrecarga objetiva dos cuidados informais de idosos dependentes

A sobrecarga objetiva dos cuidadores baseia-se na análise conjunta dos fatores referentes ao “Impacto da prestação de cuidados” e à “Relação interpessoal”. Assim, podemos constatar que o score médio da sobrecarga objetiva traduz-se por níveis elevados de sobrecarga (às vezes, muitas vezes ou quase sempre – nível 3 a 5 em termos quantitativos), referentes aos itens (2,3,6,9,10,11,12,13,17,22) (tabela 25), sendo estes assinalados com mais de 50%:

- “Sente-se esgotado quando tem de estar junto do seu familiar”, [item 9];
- “Vê a sua saúde ser afetada por ter de cuidar do seu familiar”, [item 10];
- “Sente-se incapaz de cuidar do seu familiar por muito mais tempo”, [item 16];
- “Considera que perdeu o controle da sua vida depois da doença do seu familiar se manifestar”, [item 17];
- “Em geral sente-se muito sobrecarregado por ter de cuidar do seu familiar”, [item 22].

Em geral os itens (9,10,17 e 22) referem-se ao fator “Impacto da prestação de cuidados”, sendo que apenas o item 16, se refere à “Relação interpessoal”. No entanto,

podemos observar que apenas o item 1, 4, 18 e 19 apresentam baixos níveis de sobrecarga (nunca – nível 1).

Podemos referir que, ao nível da sobrecarga objetiva dos cuidadores, estes apresentam níveis de sobrecarga elevada, sendo que a maioria se refere aos “Impactos da prestação de cuidados” (tabela 25).

Face às “relações interpessoais”, podemos depreender que em relação aos idosos dependentes, os cuidadores sentem-se mais irritados quando estão junto dos seus familiares e sentem-se incapazes de cuidar por muito mais tempo, no entanto, mantêm sentem o seu dever cumprido, pois não são capazes de entregar o seu familiar aos cuidados de outra pessoa, demonstrando sempre uma atual reciprocidade de amor.

**Tabela 25** - Média da sobrecarga objetiva dos cuidadores informais de idosos dependentes.

N.º	Sobrecarga objetiva dos cuidadores  Item	Níveis de sobrecarga				
		%				
		1	2	3	4	5
		Nunca	Quase nunca	Às vezes	Muitas vezes	Quase sempre
1	Sente que o seu familiar solicita mais ajuda do que aquela que realmente necessita?	69,44	5,56	2,78		22,22
2	Considera que devido ao tempo que dedica ao seu familiar não dispõe de tempo suficiente para as suas tarefas?	22,22	22,22	30,56	5,56	19,44
3	Sente-se tenso(a) quando tem de cuidar do seu familiar e ainda tem outras tarefas por fazer?	13,89	13,89	8,33	13,89	50
4	Sente-se envergonhado(a) pelo comportamento do seu familiar?	58,34	8,33	22,22	8,33	2,78
5	Sente-se irritado(a) quando está junto do seu familiar?	22,22	13,9	22,22	5,56	36,1
6	Considera que a situação atual afeta de uma forma negativa a relação com os seus amigos/familiares?	11,1	25	5,56	5,56	52,78
9	Sente-se esgotado quando tem de estar junto do seu familiar?	11,1	19,4	16,7	8,3	44,5
10	Vê a sua saúde ser afetada por ter de cuidar do seu familiar?	11,11	22,22	13,89	5,56	47,22
11	Considera que não tem uma vida privada como desejaria devido ao seu familiar?	8,33	22,22	5,56	5,56	58,33
12	Pensa que as suas relações sociais são afetadas negativamente por ter de cuidar do seu familiar?	13,9	22,22	8,33	8,33	47,22
13	Sente-se pouco à vontade em convidar amigos para o(a) visitar devido ao seu familiar?	25	19,44	13,89	16,67	25
16	Sente-se incapaz de cuidar do seu familiar por muito mais tempo?	5,56	19,44	11,11	33,33	30,56
17	Considera que perdeu o controle da sua vida depois da doença do seu familiar se manifestar?	22,22	5,56	11,11	8,33	52,78



18	Desejaria poder entregar o seu familiar aos cuidados de outra pessoa?	63,88	5,56	13,89	5,56	11,11
19	Sente-se inseguro acerca do que deve fazer com o seu familiar?	63,89	2,78	16,67	5,56	11,1
22	Em geral sente-se muito sobrecarregado por ter de cuidar do seu familiar?	19,44	8,33	5,56	2,78	63,89
<b>Score médio da sobrecarga objetiva</b>		27,6	14,7	13	8,7	36

#### 4.6. Sobrecarga subjetiva dos cuidados informais de idosos dependentes

A subjetividade da sobrecarga dos cuidadores é analisada através da junção de fatores referentes às “Expectativas face ao cuidar” e à “Perceção de autoeficácia”. Assim constatamos que o score médio da sobrecarga subjetiva apresenta níveis elevados de sobrecarga (às vezes, muitas vezes ou quase sempre – nível 3 a 5 em termos quantitativos), referentes aos itens (7,8,14 e 15), correspondendo a 100% em ambos os itens (tabela 26).

Os quatro itens que apresentam maior percentagem são:

- “Sentem receio pelo futuro do seu familiar” (72%);
- “Consideram que o seu familiar está dependente de si” (69%);
- “Acredita que o seu familiar espera que você cuide dele como se fosse a única pessoa com quem ele(a) pudesse contar” (72%);
- “Considera que não dispõe de economias suficientes para cuidar do seu familiar e para o resto das despesas que tem” (75%);

Estes itens referem-se ao fator “Expectativas face ao cuidador”. Por oposição, 100% dos cuidadores referem que “não poderiam cuidar melhor do seu familiar”. Barbosa e Matos (2008) afirmam que quando existe poder económico, verifica-se que, na maioria das vezes, os cuidadores procedem à contratação de uma empregada para os ajudar nas tarefas, atenuando a sobrecarga inerente aos cuidados do idoso dependente.

**Tabela 26** - Score médio da sobrecarga subjetiva dos cuidadores de idosos dependentes.

N.º	Sobrecarga subjetiva dos cuidadores Item	Níveis de sobrecarga %				
		1	2	3	4	5
		Nunca	Quase nunca	Às vezes	Muitas vezes	Quase sempre
7	Tem receio pelo futuro destinado ao seu familiar?	8,33	19,44	13,89	5,56	52,78
8	Considera que o seu familiar está dependente de si?	11,11	19,44	5,56	5,56	58,33
14	Acredita que o seu familiar espera que você cuide dele como se fosse a única pessoa com quem ele(a) pudesse contar?		27,78	5,56	2,78	63,88

15	Considera que não dispõe de economias suficientes para cuidar do seu familiar e para o resto das despesas que tem?	8,33	16,67	11,11	11,11	52,78
20	Considera que poderia fazer mais pelo seu familiar?	63,9	8,33	8,33	8,33	11,11
21	Considera que poderia cuidar melhor do seu familiar?	69,44	5,56	8,33	2,78	13,89
<b>Score médio da sobrecarga subjetiva</b>		27	16	9	6	42

## CAPÍTULO V - Discussão dos Resultados

Pela análise dos dados obtidos, e não perdendo de vista os objetivos traçados para esta investigação, considera-se que se atingiram os objetivos delineados. Neste sentido tentaremos, nesta discussão, organizar os resultados e clarificá-los, de modo a dar-lhes “luz” que nos permita visualizar respostas com implicação teórica e, fundamentalmente, prática.

Desta investigação fizeram parte trinta e seis cuidadores informais que prestam cuidados a idosos dependentes em contexto domiciliário, no concelho de Abrantes.

No que se refere à idade do idoso dependente, obteve-se uma idade mínima de 70 anos e uma máxima de 104 anos. Quanto ao sexo do idoso dependente, apurou-se que 69% eram do sexo feminino e 31% do sexo masculino. Estes dados revelam uma desigualdade na repartição por sexos dos idosos e vão ao encontro dos dados por grupos etários da população idosa apresentados pelo Instituto Nacional de Estatística, os quais demonstram a feminização do envelhecimento demográfico (INE, 2012), devido ao facto da esperança de vida das mulheres ser superior à dos homens.

Na verdade, segundo dados do Eurostat, os homens portugueses que em 2007 atingiram os 65 anos, podiam esperar viver em média mais 1,5 anos de vida saudável que as mulheres com a mesma idade. Assim, apesar da esperança de vida das mulheres ser superior, a sua esperança de vida saudável é inferior ao sexo masculino (Eurostat, 2010:208). Assim, a esperança média de vida, em 2012, situa-se nos 76,9 anos para o sexo masculino e nos 82,8 anos para o sexo feminino (Pordata, 2012), elas vivem em média mais anos e com mais incapacidades.

Este permanente envelhecimento da população aliado ao maior aparecimento de situações de dependência levanta desafios sociais, económicos e de proteção social.

Relativamente ao grau de dependência, constatou-se que 67% dos idosos possuem dependência física e mental, 30% possuem apenas dependência física e apenas 3% possuem dependência mental.

De acordo com a revisão da literatura, segundo Sarmento, Pinto e Monteiro, “os últimos anos de vida são, muitas vezes, acompanhados de situações de fragilidade e de incapacidade que, frequentemente, estão relacionadas com situações de perda de autonomia e dependência” (2010:14). Na mesma linha de pensamento, Imaginário afirma que “o grau de dependência é tanto maior quanto mais elevado for o grupo etário” (Imaginário, 2004: 49).

No entanto, independentemente do grau de dependência que o idoso apresenta, a partir do momento em que a sua capacidade funcional se encontra comprometida, este irá necessitar da ajuda de outros e, conseqüentemente, a sua qualidade de vida será influenciada pela qualidade dos cuidados que lhe são prestados.

Quando o idoso em situação de dependência é casado, a responsabilidade dos cuidados parece pertencer invariavelmente ao conjugue, principalmente nas famílias unigeracionais, sendo muitas vezes também ele próprio já idoso. Os descendentes assumem este papel em segundo lugar. Esta ideia é expressa nos resultados deste estudo e também corroborada por Figueiredo ou por Sequeira, que referem que a

responsabilidade pelo cuidado recai habitualmente sobre os familiares mais próximos, na sua maioria conjugues ou filhas (Figueiredo, 2007 Sequeira, 2010).

Os cônjuges idosos, segundo Lage (2005), são uma das maiores garantias de suporte na velhice, prestam mais horas de assistência e têm mais probabilidade de fornecer cuidados pessoais, tolerando maiores incapacidades e por mais tempo, com menor ajuda externa e mais custos pessoais.

Perante a insuficiência de respostas formais, tanto a nível dos cuidados de saúde como de apoio social, os idosos dependentes têm como recurso os cuidadores informais que representam o principal enfoque deste estudo.

Torna-se imprescindível proporcionar recursos de forma a aliviar a sobrecarga da família/cuidador principal com a criação e implementação de dispositivos financeiros, sociais e políticos para o apoio de quem cuida de pessoas dependentes.

Em relação ao sexo dos cuidadores, os resultados confirmam dados de outros estudos portugueses (Figueiredo, 2006 e Sequeira, 2007) quando revelam que a generalidade da amostra é do sexo feminino, colocando a mulher também na linha da frente na prestação de cuidados aos idosos no concelho de Abrantes.

Um dado que nos parece de extrema importância é a idade destes cuidadores. Mais de metade da amostra são cuidadores com 65 anos de idade, ou mais, ou seja, são cuidadores idosos a cuidarem de idosos. A média de idades é de 64 anos, sendo que cuidado recai maioritariamente sobre a faixa etária entre os 62 e os 71 anos. Segundo o estudo de Oliveira na sua amostra, o cuidador informal correspondia a uma média de idades de 64,38 anos, que o mesmo classificou de “bastante elevada”. (2007:116). A idade mínima da nossa amostra situa-se nos 52 anos de idade (4 cuidadores) e a máxima de 91 anos (1 cuidador). Torna-se, assim, pertinente referir que a idade pode ser um fator agravante no que se refere à sobrecarga dos cuidadores, pois existe uma forte tendência para que estes sintam efeitos físicos relacionados com o esforço (Brito, 2002).

No que se refere à distribuição do sexo verificamos, que tal facto está de acordo com o papel histórico, social e cultural que é atribuído à mulher face ao cuidar (Brito, 2002) uma vez que a prestação de cuidados é assumida sobretudo apenas pelas mulheres.

Podemos depreender que a população estudada apresenta um cariz de natureza maioritariamente rural. Neste sentido podemos estabelecer um paralelo com as ideias veiculadas por diferentes autores (Figueiredo, 2006 e Sequeira, 2007) que atribuem como característica destes meios rurais em que o cuidar surge como uma obrigação, mais do que um ato sentido ou do que uma escolha. Para além da proximidade familiar que os cuidadores têm com o idoso.

Assim sendo, estes indicadores adaptam-se ao nosso estudo, na medida em que todos os cuidadores são familiares próximos dos idosos dependentes. Observou-se neste sentido quanto ao grau de parentesco que 56% era filha, 31% nora, 3% conjugue e os restantes 2% eram vizinhos. A partir destes resultados pode concluir-se que o principal agente de cuidados à pessoa idosa dependente é a família e, dentro desta, o conjugue ou a filha, por norma a coabitar com a pessoa idosa. De acordo com

Santos (2005), os principais cuidadores são os próprios familiares que geralmente coabitam com o idoso dependente ou que moram bastante próximos. Brito (2003) também refere que praticamente todos os estudos apontam para o facto da maior parte dos cuidadores de idosos dependentes serem prestados pelas filhas.

Contudo, parece-nos que estes dados merecem um olhar crítico, porque, apesar de o cuidar estar inerente a uma das funções primordiais da família (Relvas, 2004), isso não deve conduzir a uma indiferença e/ou desresponsabilização por parte da sociedade e, em particular, do sistema de saúde público.

Em relação à situação conjugal a maioria são casados (86%), situação esta idêntica aos resultados apresentados a nível nacional (Nunes, 2000; Quaresma, 2000, e Almeida, 2005).

Em relação à escolaridade dos cuidadores deste estudo, os resultados apontam para baixos níveis de literacia. Assim, a maioria (69%) dos cuidadores concluiu o 1º ciclo do ensino básico. Situação ao qual também é referida por Santos (2008).

Figueiredo (2007) refere que quando um cuidador de idoso é também ele um idoso é esperado que o seu nível de escolaridade seja baixo, normalmente com apenas quatro anos de ensino (equivalente ao 1º ciclo do ensino básico). Quando o cuidador é de meia-idade (entre 45 e 55 anos) já é esperado uma escolaridade de seis anos (correspondente ao 2º ciclo do ensino básico).

Os cuidadores referem que, ao nível profissional, 50% são reformados/pensionistas e 25% são domésticas sem qualquer fonte de rendimento. Com uma ocupação remunerada, “empregados” apresentam-se 8%. A questão da idade dos cuidadores reflete-se igualmente no resultado encontrado em relação à sua situação profissional, mais de metade está reformada, tal como nos afirma Figueiredo (2007) no seu estudo.

A maioria dos cuidadores não possui carta de condução, sendo que alguns verbalizaram alguns constrangimentos para se puderem deslocar com os idosos, indo a consultas e tratar das compras e medicamentos urgentes.

Sinalizaram-se como razões ou motivações relevantes para o cuidar: a motivação afetiva, ao amor e carinho sentido pela pessoa dependente, o modelo tradicional de família e a história individual de relacionamento com a pessoa cuidada.

Segundo afirma Imaginário (2004), a família é considerada como o mais antigo e utilizado serviço de assistência da humanidade e que a principal motivação para assumir o papel de prestador de cuidados ao idoso dependente prende-se com os laços familiares, bem como a necessidade de cuidados por parte de um familiar, conforme os resultados obtidos neste estudo. Os resultados obtidos nesta nossa intervenção corroboram a revisão da literatura, já que os laços familiares e o sentimento de reciprocidade e gratidão de filhos para com os pais, ou entre conjugues, é apontada por muitos estudos como o principal motivo para a assunção do papel de cuidador (Figueiredo, 2007; Paúl & Fonseca, 2005).

No que respeita ao tempo de prestação de cuidados ao idoso dependente, o nosso estudo aponta para que 55% dos cuidadores exerçam esta atividade há mais de cinco anos, enquanto apenas 6% destes só prestam cuidados entre seis meses e um ano.

Estes dados são oscilantes nos vários estudos, embora seja concordante que a atividade de cuidar seja em todos uma atividade de longa duração, podendo ultrapassar os 15 anos (Imaginário, 2004).

Relativamente ao número de horas de cuidados disponibilizados por dia aos idosos dependentes, verificamos que a maioria dos indivíduos despense mais de quarenta e uma horas por semana. Muitas vezes os conjugues idosos, segundo Lage (2005) são uma das maiores garantias de suporte na velhice, prestam mais horas de assistência e têm mais probabilidade de fornecer cuidados pessoais, permitindo maiores incapacidades e por mais tempo, com menor ajuda externa e mais custos pessoais.

Nesta investigação observa-se que a grande maioria dos cuidadores (31%) não recebe qualquer apoio ou ajuda na prestação do cuidado. No que diz respeito à atividade profissional, 50% são reformados/pensionistas.

Relativamente à coabitação ou proximidade geográfica com o idoso apurou-se que 64% dos idosos vivem na casa do cuidador, 22% destes vive na sua casa, 11% vive na mesma rua. Frequentemente, a coabitação surge da necessária mudança de residência da pessoa idosa e de cuidador, em função da exigência da natureza do cuidado (Marote e tal., 2005).

No que respeita às ajudas técnicas, apenas 9 idosos têm uma cama ou uma cadeira de rodas e 15 têm uma cama articulada. Os cuidadores e idosos dependentes vivem maioritariamente em casas rurais, com uma média de 5 divisões, com uma tipologia das habitações de vivendas. No entanto, o registo de dificuldades em gerir o espaço foi residual, mesmo nos casos em que os idosos vivem com os cuidadores e estes ainda têm filhos a cargo. A maioria dos cuidadores atribui uma classificação suficiente às condições das suas habitações.

Os rendimentos dos cuidadores provêm maioritariamente do complemento solitário para idosos (89%) e de pensões (86%), no entanto, a maioria dos cuidadores (91%) auferem o salário mínimo nacional. Através da nossa análise, consideramos os rendimentos da maioria dos cuidadores baixos, sendo que 75% responderam que os seus rendimentos não são suficientes para se dedicarem exclusivamente aos cuidados do idoso(a), no entanto alguns justificaram que contavam com os rendimentos do idoso(a) para fazer face às despesas, e apenas 25 % consideraram suficientes os rendimentos para de dedicarem exclusivamente aos cuidados.

Os cuidadores do nosso estudo abdicaram em primeiro lugar das atividades relacionadas com o lazer, seguindo-se as atividades de satisfação pessoal e, por último, descansar, fazer compras, tratar de assuntos pessoais e cuidar da própria saúde. Na opção “outras” obtivemos respostas significativas de 20 dos cuidadores que deixaram de ter disponibilidade para ir à missa, 12 deixaram de passar férias, 9 deixaram de brincar com os netos e 7 referiram que deixaram de almoçar com a família e/ou amigos.

Relativamente às dificuldades manifestadas pelos cuidadores, 97% verbalizaram sentir tristeza pelo sofrimento dos idosos, seguindo-se a falta de capacidade física para mover o idoso e dificuldades em conciliar papéis (94%), 86% manifestam ter

problemas depressivos pelo desgaste físico e psicológico prolongado, 56% em gerir conflitos e 36% têm falta de conhecimento para lidar com a doença. A falta de capacidade física para mover os idosos está relacionada com o tipo e grau de dependência que esses idosos apresentam e representa uma grande dificuldade para a maioria dos cuidadores. Os conflitos que foram relatados são essencialmente com a família e as queixas prendem-se com a falta de privacidade em casa e não ter tempo para passear com o conjugue. No entanto, os cuidadores também manifestaram um sentimento de isolamento social a que está sujeito pela tarefa de cuidar.

Santos (2008) na investigação que desenvolveu junto de 30 cuidadores salienta que as principais dificuldades sentidas pelos cuidadores assentam no cansaço físico, doença e agravamento do estado de dependência do idoso, nos problemas psicológicos devidos à não-aceitação do estado de dependência quer pelo cuidador quer pelo idoso, e que podem conduzir a sentimentos de solidão, tristeza e angústia. Os cuidadores referem ainda dificuldades nos relacionamentos sociais e problemas financeiros.

Um grande número de cuidadores considera que a função de cuidar e as atividades inerentes constituem uma fonte de stress, comportando riscos para o próprio cuidador. São referidos como aspetos mais stressantes: a sobrecarga de encargos financeiros, sentir-se “presa” em casa, a sobrecarga de tarefas e a exigência de disponibilidade emocional. Para Sequeira (2010) uma maior ajuda externa, mais saúde física e emocional do cuidador e mudança de atitude por parte do idoso são três respostas a categorias que explicitamente podem contribuir para aliviar a sobrecarga física e emocional e não contribuir, efetivamente e necessariamente para o incremento da dimensão positiva do ato de cuidar.

Na presente investigação mais de 50% dos cuidadores percebe que há riscos e identifica como principais impactos negativos: a sobrecarga de encargos financeiros, fadiga, ansiedade, receio pelo futuro do dependente na sua ausência, nomeadamente pela perda de capacidade em prestar cuidados, por questões de saúde ou falecimento. Por sua vez, Paterson e Burgess (2009), no estudo realizado a 607 cuidadores, afirmam que as dificuldades apresentadas pelos cuidadores são emocionais, falta de tempo para eles mesmos e o stress, tal como os resultados obtidos no presente estudo, dado que os cuidadores estudados salientaram que prestar cuidados é difícil por falta de disponibilidade, pois ao iniciarem a prestação do cuidado ficaram muitas vezes sem tempo para eles.

Salienta-se ainda que 89% dos cuidadores tomam decisões respeitantes à vida do idoso, sendo que 11% são as filhas que tomam as decisões, no entanto consultam sempre os pais. A grande maioria dos sujeitos da amostra demonstrou ter ajuda de mais alguém para cuidar do idoso.

A maioria dos cuidadores não conhece a RNCCI, muitas vezes a falta do conhecimento e a falta de divulgação e explicação de instituições aos cuidadores ainda é evidente. Sequeira (2010) afirma ser relevante mencionar que os idosos e cuidadores necessitam de estratégias que possibilitem ter uma vida mais satisfatória.

Os cuidadores empregados têm mais conhecimentos acerca da doença que afeta os seus idosos, têm mais facilidade em movê-los, conseguem gerir melhor os conflitos e sofrem menos de depressões. Por outro lado, têm mais dificuldades económicas, em gerir o tempo e em conciliar papéis. Estudos recentes demonstram que é sobre o cuidador informal que recai a maior sobrecarga associada ao cuidar (Brito, 2002; Santos, 2003), pelo que este deverá ser alvo de privilegiada atenção, de modo a que quem cuide não fique por cuidar, evitando situações que possam levar ao aparecimento de níveis elevados de sobrecarga.

No que se refere à sobrecarga do cuidador, utilizámos a Escala de sobrecarga do cuidador (Sequeira, 2007), adaptada para a realidade portuguesa e que avalia a sobrecarga objectiva e a sobrecarga subjectiva do cuidador informal.

Em relação à sobrecarga objectiva, podemos constatar que o score médio da sobrecarga objectiva apresenta níveis elevados de sobrecarga (às vezes, muitas vezes ou quase sempre) referente aos itens (2,3,5,6,9,10,11,12,13,16,17,22), sendo estes assinalados por mais de 50% dos mesmos: “Já não dispõe de tempo suficiente para as suas tarefas” (referente ao item 2); “Sente-se tensa quando tem de cuidar do seu familiar e ainda tem outras tarefas por fazer” (item 3); “Sente-se irritada quando está junto do seu familiar” (item 5); “Sente que a sua situação actual afeta de uma forma negativa a sua relação com os seus familiares” (item 6); “Sente-se esgotado quando está junto do seu familiar” (item 9); “Vê a sua saúde ser afetada por ter de cuidar do seu familiar” (item 10); “Considera que não tem uma vida privada como desejaria devido ao seu familiar” (item 11); “Pensa que as suas relações sociais são afectadas negativamente por ter de cuidar do seu familiar” (item 12); “Sente-se um pouco à vontade em convidar amigos para a visitarem devido ao seu familiar” (item 13); “Sente-se incapaz de cuidar do seu familiar por muito mais tempo” (item 16); “Considera que perdeu o controlo da sua vida depois da doença do seu familiar se manifestar” (item 17); “Em geral sente-se muito sobrecarregada por ter de cuidar do seu familiar” (item 22).

Podemos observar, também, que os cuidadores apresentam baixos níveis de sobrecarga (nunca ou quase nunca), nos itens (1,4,18 e 19), sendo estes assinalados por mais de 50% dos cuidadores. Para este facto, os três itens que apresentam menor sobrecarga são: “Sente que o seu familiar solicita mais ajuda do que aquela que realmente necessita” (69,44%); “Sente-se envergonhada pelo comportamento do seu familiar” (58,34%); “Desejaria poder entregar o seu familiar aos cuidados de outra pessoa” (63,88%); “Sente-se inseguro sobre do que deve fazer com o seu familiar” (63,89%).

Podemos referir que, ao nível da sobrecarga objectiva os cuidadores, apresentam poucos níveis de sobrecarga, sendo que a maioria refere-se ao factor das “relações interpessoais”. Desta forma, podemos depreender que os cuidadores não são afetados face às relações interpessoais, podendo mesmo retirar daí sentimentos positivos em relação ao cuidar.

No que diz respeito à sobrecarga subjectiva, constatamos que o score médio de sobrecarga apresenta, níveis elevados de sobrecarga (às vezes, muitas vezes e quase



sempre), referente aos itens (7,8,14 e 15), sendo estes assinalados por mais de 50% dos cuidadores, apresentando uma maior percentagem nos itens (7,8 e 15): “Tem receio pelo futuro destinado ao seu familiar” (72,23%); “Considera que o seu familiar está dependente de si” (69,45%); “Acredita que o seu familiar espera que cuidem deles como se fossem a única pessoa com quem eles possam contar” (72,22%).

Por oposição, 72,23% dos cuidadores referiu que “não poderia fazer mais pelo seu familiar” e 75% mencionou que “não poderiam cuidar melhor do seu familiar”.

Ao nível da cotação global da escala de sobrecarga do cuidador de acordo com os pontos de corte, verificamos que 25% dos cuidadores não apresentam sobrecarga, sendo que 11,11 apresentam sobrecarga ligeira, e 63,89% apresentam sobrecarga intensa.

Salienta-se que a natureza e dimensão da amostra tornam o estudo limitado e com impossibilidade de generalizar resultados, contudo o seu valor deve ser considerado ainda que circunscrito à amostra aplicada e às nossas inferências a partir das reflexões cruzadas da literatura e dos resultados que obtivemos com o estudo que realizámos.



## CAPITULO VI - Projeto de intervenção

Perante o impacto do envelhecimento demográfico, as respostas sociais existentes para promover o envelhecimento bem-sucedido, assentam no princípio de que a melhor qualidade de vida dos idosos se verifica sempre que o indivíduo se mantém no seu domicílio.

Com o aumento da esperança média de vida e, conseqüentemente, o envelhecimento da população, cada vez mais surgem pessoas dependentes a necessitar de cuidados. Cuidar de uma pessoa dependente implica repercussões no cuidador a múltiplos níveis, quer físicos, psicológicos e socioeconómicos.

Segundo Silva (2009) o desenvolvimento e a avaliação de programas de intervenção dirigidos aos familiares cuidadores é fundamental para prevenir ou reduzir a sobrecarga associada à prestação de cuidados. Os cuidadores que recebem informações, aconselhamento e suporte, estarão assim, melhor preparados para encontrar resultados satisfatórios para si e para os familiares doentes.

Após o levantamento de necessidades retratadas na aplicação dos instrumentos neste estudo, é de todo considerável um projeto que seria a criação de uma associação de apoio aos cuidadores informais, que se intitula de **“Cuidar de quem Cuida”**. Esta associação independente, seria regida por princípios de solidariedade social, que teria como objetivo apoiar pessoas idosas bem como os seus cuidadores, através da prestação de cuidados de apoio social, saúde, reabilitação e bem-estar no domicílio, quer na comunidade, promovendo o envelhecimento ativo e estilos de vida saudáveis.

Importa referir que esta associação seria formada através de uma equipa multidisciplinar, com formação superior nas áreas de gerontologia, psicologia, nutrição, enfermagem e fisioterapia, tendo como intuito criar um serviço de proximidade aos clientes e aos cuidadores informais.

Esta associação teria: **i) Consulta gerontológica** que seria direcionada à pessoa idosa, realizada por um especialista em gerontologia; **ii) Intervenção Psicoeducativa**, que consiste nas acções de formação, com o intuito de prestar apoio na sobrecarga sentida pelos cuidadores informais; **iii) Intervenção no domicílio**, no qual se pretende realizar uma intervenção individualizada, centrada na pessoa e no contexto de vida, de forma a corresponder às suas necessidades; bem como o acompanhamento ao exterior (médico, farmácia, cabeleireiro, compras), serviço de “Oldsitter”, ou seja, se o cuidador precisa de sair a associação disponibiliza acompanhamento e cuidado do idoso; **iv) a criação do espaço de informações**, com o desenvolvimento de um site informativo, com respectivos panfletos, com informações sobre a gerontologia e o processo de envelhecimento, para toda a comunidade.

As três áreas de intervenção, apesar de distintas remetem para um mesmo denominador comum: potenciar a qualidade do serviço prestado aos cuidadores, uma

vez que os cuidadores têm um elevado índice de depressão que por sua vez, leva a que eles não se sintam capazes de prestar apoio.

Quanto à **consulta gerontológica** seria direccionada à pessoa idosa. Conforme Veríssimo (2006:489) “os idosos apresentam problemas e limitações relacionados com o próprio envelhecimento fisiológico, com as doenças que comumente os atingem e com a sociedade onde estão inseridos. Estes problemas obrigam à utilização de métodos e estratégias que permitam uma avaliação correta e completa, bem como uma visão global do complexo bio-psico-social que é o idoso”.

Com base nesta referência, a avaliação multidimensional do idoso é definida como um processo de avaliação multidisciplinar e interdisciplinar, direccionada para detetar patologias, problemas psicossociais e funcionais do idoso, com o objetivo de desenvolver um plano de desenvolvimento individual (plano de tratamento e acompanhamento) (Veríssimo, 2006).

A avaliação multidimensional do idoso identifica quais as dimensões da funcionalidade da pessoa que estão afetadas e que a empurram para a dependência e, quais as necessidades de ajuda (informal) que podem ser utilizadas para suprir as necessidades básicas da pessoa idosa (Sequeira, 2010).

Por vezes, a capacidade de recuperação e de reposição de equilíbrio dos idosos é mais lenta e difícil, o padrão patológico destes é, muitas vezes, múltiplo e, por fim, as soluções para os problemas da pessoa idosa têm um carácter multidimensional e interdisciplinar, o que envolve esforços de várias esferas profissionais (Veríssimo, 2006).

Torna-se assim necessário utilizar instrumentos de avaliação adequados nas diversas áreas de atuação – funcional, físico, psicológico e social –, enquadrando-os na realidade social e familiar do idoso (Veríssimo, 2006).

Após realizada esta avaliação, deve ser feita uma análise estruturada e fundamentada, de forma a realizar um plano de desenvolvimento individual que incida na intervenção não farmacológica, mantendo o máximo da autonomia da pessoa idosa e evitando a hospitalização e institucionalização. Este plano também proporciona efeitos positivos na autoestima e bem-estar, melhora os hábitos de vida diária e orienta o idoso e família para a situação específica em que se encontram.

O apoio ao cuidador informal é outra área de intervenção e, neste âmbito, preconiza-se a **Intervenção Psicoeducativa**. Muitos estudos referem que cuidar de um idoso dependente pode constituir uma experiência física e emocional stressante, para o cuidador (Sequeira, 2010). Esta intervenção subdivide-se numa componente psico (intervir na sobrecarga emocional dos cuidadores informais, através ações de formação), com o intuito de prestar apoio a cuidadores em situação de sobrecarga. Estas formações deveriam incidir na formação técnica (processo de envelhecimento, conceitos de saúde/doença, nutrição, higiene, cuidados a ter para com o idoso

dependente, medicação/riscos da polimedicação, entre outros temas a abordar) e na formação comportamental (gestão de conflitos, gestão do stress, estratégias de *coping*, lidar com a morte / processo de luto, entre outras temáticas), de forma a melhorar a qualidade do serviço prestado à pessoa idosa. Desta forma, aumentar-se-á o conhecimento dos cuidadores, desenvolver-se-á competências, atitudes, valores, comportamentos e novos conceitos (Paulos, 2010).

Por fim, a **criação do Espaço de informações** que irá ser um pilar informativo, tendo por base a construção de um *site* informativo e desenvolvimento de panfletos. Este *site* divulgará dicas práticas, promoverá o acesso a novas informações na área gerontológica e notícias. Os panfletos também fazem parte das funções deste gabinete, com o intuito de divulgar informações sobre a gerontologia e difundir dicas práticas úteis sobre a área do envelhecimento.

Como profissional na área de gerontologia teria um papel fundamental e integrante na criação desta associação, na medida em que esta iria apresentar um olhar holístico sobre a pessoa idosa e a avaliando ao nível multidimensional, incrementa planos de intervenção e dá a conhecer aos cuidadores, técnicas importantes, como o desenvolvimento de competências instrumentais (saber-fazer) e competências pessoais (saber lidar com).

Ao ser posto em prática, este projeto irá contribuir em muito para a inovação da cultura institucional, com uma resposta social responsável e multidisciplinar. Pretendemos desta forma, potenciar-lhes os mecanismos de *coping*, desenvolvendo competências para o cuidar.

Silva (2009) refere que estas intervenções devem preferencialmente, facilitar a prestação de cuidados, prevenir conflitos e/ou ajudar à sua resolução, melhorar a auto-estima e significado da vida das pessoas envolvidas.

Assim esta associação propõe-se a retardar ao máximo o envelhecimento patológico, evitar a institucionalização, promover um envelhecimento saudável na esfera familiar, proporcionar efeitos positivos na autoestima e bem-estar dos cuidadores, melhorando os seus hábitos da vida diária, aliviando a sua sobrecarga.



## CAPITULO VII - Conclusões e recomendações

Com a elaboração deste estudo, foram retiradas algumas conclusões pertinentes nas matérias dos cuidados informais aos idosos dependentes, que vieram reforçar os conhecimentos já existentes, bem como vieram trazer mais-valias no conhecimento e gerar a necessidade de novas investigações.

Como tem sido apresentado em trabalhos semelhantes, foi caracterizado o perfil da amostra de cuidadores informais e idosos dependentes através de um inquérito por questionário. Considerando os conhecimentos teóricos de partida e as informações recolhidas, verificou-se, de facto, que dentro das redes sociais e relações privilegiadas, a família é percebida como o principal apoio ao cuidador e, nesta, os cuidados são sobretudo prestados por cuidadores femininos. Mesmo na pequena amostra considerada, apesar de não se considerar representativa da população, se evidencia a grande proporção de cuidadoras do sexo feminino.

Registou-se a prevalência de cuidadores com uma idade superior aos 45 anos, sendo o maior número deles pertencentes à faixa etária acima dos 65 anos de idade. São principalmente cuidadores do sexo feminino. A proximidade ao meio rural e a idade parecem determinar um nível de escolaridade relativamente baixo, ou seja, inferior à escolaridade mínima obrigatória (12<sup>o</sup> ano).

Tendo por base os conhecimentos produzidos verificou-se a diferença entre o conformismo e resignação presentes sobretudo nos cuidadores mais velhos que assumem com naturalidade o cuidar, enquanto os mais jovens o sentem como forma de obrigação imposta por pressão social e ponderam e aceitam mais facilmente soluções alternativas.

Embora os cuidadores façam tudo que está ao seu alcance para promover o envelhecimento saudável dos seus idosos, o ato de cuidar influencia o quotidiano e o seu próprio contexto de vida.

Realizamos também uma escala de sobrecarga do cuidador (Sequeira, 2007), adotada para a realidade portuguesa que avalia a sobrecarga objetiva e subjetiva do cuidador informal. Desta forma, observamos que os cuidadores apresentam níveis elevados de sobrecarga intensa (63,89%). Contudo, estes cuidadores têm de cuidar do idoso dependente e também, prestar apoio ao restante agregado familiar. No entanto, a maioria dos cuidadores refere que não poderia fazer mais do que faz em relação à promoção da qualidade de vida do idoso.

Torna-se necessário o reconhecimento das responsabilidades que estes assumem, através de um maior apoio, motivação e valorização pelo trabalho desenvolvido. Assim, sugerimos que estes sejam alvo de intervenção por parte de uma associação que propomos criar, por profissionais visando a potencialização das suas capacidades, através, por exemplo, do reforço das estratégias de coping, contribuindo para a diminuição dos riscos de morbilidade.

Não é suficiente apresentar só serviços de cuidados básicos, sendo também importante intervir na dimensão psicológica com o objetivo de melhorar a sua qualidade de vida e, por fim, a vida da pessoa idosa dependente.

Acreditamos que a criação de um espaço multidisciplinar de apoio ao cuidador informal, possa vir a melhorar o desempenho do cuidador, contribuindo para a existência cada vez menor de níveis de sobrecarga, ao possibilitar a entrada dos cuidadores no sistema de saúde e o seu acompanhamento precoce. Só assim poderemos garantir que quem cuida não fique por cuidar.

Este estudo torna-se de grande relevância por respaldar iniciativas como a criação de uma associação gerontológica que tem por objetivo a atenuação e prevenção de problemas de saúde nos cuidadores informais oriundos de sobrecarga e stress na sua interação com o idoso.

Deste modo, o projeto de intervenção apresentado, surge como uma estratégia de cuidar daqueles que cuidam, através de um processo educativo formal, de carácter multidisciplinar, que visa não só o aumento de competências do cuidador informal e formal relacionadas com o saber, como também a sua integração num grupo que, tendo em comum a experiência de cuidar, promova a entreajuda, beneficiando simultaneamente de uma rede de apoio social.

Com a implementação desta associação gerontológica, espera-se que esta possa contribuir para a obtenção de ganhos em saúde, através da otimização de competências, autonomia e autoestima dos cuidadores informais e consequente satisfação das necessidades das pessoas com dependência, por eles cuidadas.



## Referências Bibliográficas

- Alarcão, M. (2006). (Des)equilíbrios familiares. Coimbra: Quarteto.
- Anderson, R. (1992). Prestação de cuidados informais. O papel da família. In: Monteiro, A. (Coord). *As pessoas idosas e a família: Solidariedade entre gerações*. Lisboa: Comissão Nacional para a Política da Terceira Idade, pp. 50-54.
- Araújo, I.; Paúl, C.; Martins, M. M. (2009). Cuidar de idosos dependentes no domicílio: desabafos de quem cuida", in *Ciência, Cuidado e Saúde*, Vol. 8, n.º 2, p.191-197.
- Barbosa, A. (2003). *Pensar a morte nos cuidados de saúde*. *Análise Social*, Vol. XXXVIII, 35-49.
- Brito, L. (2002). *A saúde mental dos prestadores de cuidados a familiares idosos*. Coimbra: Quarteto Editora.
- Caldas, C. (2003). Envelhecimento e dependência: responsabilidades e demandas da família. *Cadernos de Saúde Pública*.
- Carmo, H. (2008). *Metodologia da Investigação – Guia para auto-aprendizagem*. Lisboa: Universidade Aberta.
- Casanova, L. (2001). *Quadros sociais de envelhecimento*. Lisboa: CIES/SCML.
- Direção Geral de Saúde. (2006). *Programa Nacional para a Saúde das Pessoas Idosas*. Lisboa: Autor – Divisão de Doenças Genéticas, Crónicas e Geriátricas.
- Figueiredo, D. (2006). Cuidados Familiares: Cuidar e ser Cuidado na família. *Envelhecer em família – Cuidados familiares na velhice*, Âmbar, Porto, pp. 51-80.
- Figueiredo, D. (2007). *Cuidados familiares ao idoso dependente*. Lisboa: Climepsi Editores.
- Fonseca, A. M. (2005). *Desenvolvimento humano e envelhecimento*. Lisboa: Climepsi Editores.
- Fontaine, R. (2000). *Psicologia do envelhecimento*. Lisboa: Climepsi Editores.
- Fortin, M. F. (2003). O processo de investigação – da concepção à realização. 3ª ed. Loures: Lusociência.
- Gil, A. (2010). *Heróis do quotidiano - Dinâmicas familiares na dependência*. Fundação Calouste Gulbenkian, Fundação para a ciência e tecnologia, ministério da ciência, tecnologia e ensino superior.
- Gonçalves, C., Carrilho, M. J. (2007). Envelhecimento crescente mas espacialmente desigual. *Revista de Estudos Demográficos*, 40, 21-37.
- Imaginário, I. M.C. (2004). *O idoso dependente em contexto familiar: uma análise da visão da família e do cuidador principal*. Coimbra: Editora Formasau.
- Jacob, L. (2008). Animação de idosos. Lisboa: Ambar.
- Lage, I. (2005). Cuidados familiares a idosos. In Paúl, C., Fonseca, A. M. (coord). *Envelhecer em Portugal*. Lisboa: Climepsi.
- Lemos, J. (2012). *Avaliação das dificuldades dos cuidadores informais de idosos dependentes*. Trabalho de Projeto apresentado à Escola Superior de Saúde de Bragança para a obtenção do grau de Mestre em Envelhecimento Ativo.
- Lemos, M. (2000). *Os idosos dependentes – o caso das misericórdias das Regiões Norte e Centro*. Maia: União das Misericórdias Portuguesas.

Luís, M., A. A. D. T. (2012). *Dificuldades das famílias cuidadoras de idosos dependentes numa zona interior do país*. Dissertação de Mestrado em Política Social. Lisboa: I.S.C.S.P.

Marques, S. (2007). *Os cuidados informais de doentes com AVC*. Coimbra: Formasau.

Martín, I. (2005). O cuidado informal no âmbito social, in C. Paúl & A. Fonseca (coord.), *Envelhecer em Portugal*, Lisboa, Climepsi Editores, pp. 179-202.

Martins, R. M. (2006), Envelhecimento e políticas sociais, in *Millenium - Revista do ISPV*, Vol. 32, pp.126-140.

Ministério do Trabalho e Solidariedade Social (2009). *A Dependência: o apoio informal, a rede de serviços e equipamentos e os cuidados continuados integrados*. Lisboa: Autor – Centro de Informação e de Documentação.

Oliveira, P. (2007), Viver cada vez mais: um “retorno ao éden? –impactos do envelhecimento demográfico na qualidade de vida dos mais velhos, in *Revista Fórum Sociológico*, Vol. n.º 17 (2ª série), pp.81-88.

Osório, L. (1996). *Família Hoje*. Porto Alegre: Artes Médicas.

Paúl, C. (2005). *Envelhecimento activo e redes de suporte social*. Sociologia, Série I, 15, 275-287.

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

Paúl, C. & Fonseca, A. (2005). *Envelhecer em Portugal*. Lisboa: Climepsi Editores.

Pimentel, L. (2001). O lugar do idoso na Família: Contextos e Trajectórias. Coimbra: Quarteto.

Pimentel, L. G., Albuquerque, C. P. (2010). *Solidariedades familiares e o apoio a idosos. Limites e implicações*. Textos & Contextos (Porto Alegre), Volume 9, n.º 2, 251-263.

Portugal, S. (2006). *Novas famílias, modos antigos. As redes sociais na produção de bem estar*. Tese de Doutoramento, FEUC, Coimbra. Recuperado em 29 de Setembro, 2014, de: <https://woc.uc.pt/feuc/class/getmaterial.do?idclass=1299&idyear=6>

Quaresma, M. (1996). *Cuidados familiares às pessoas muito idosas*. Lisboa: Direcção geral da acção social/núcleo de Documentação Técnica e Divulgação.

Relvas, A. P. (2004). *O ciclo vital da família - Perspectiva sistémica*. 4ª Edição. Porto: Edições Afrontamento.

Ricarte, L.F.C.S. (2009). Sobrecarga do cuidador informal de idosos dependentes no Concelho da Ribeira Grande. Dissertação de Mestrado em ciências de Enfermagem. Porto. I.C.B. Abel Salazar: Universidade do Porto.

Sampaio, D., Gameiro, J. (1985). *Terapia Familiar*. Porto. Edições Afrontamento.

Santos, D. (2008). *As vivências do Cuidador Informal na prestação de Cuidados ao Idoso Dependente*. Tese de Mestrado em Comunicação em Saúde. Lisboa: Universidade Aberta.

Sequeira, C. (2007). *Cuidar de idosos dependentes*. Coimbra: Quarteto Editora.

Sequeira, C., (2010). *Cuidar de idosos com dependência física e mental*. Porto: Lidel.

Vaz Freixo, M. (2011). *Metodologia Científica: Fundamentos, Métodos e Técnicas*. 3.ª Ed. Lisboa: Instituto Piaget.

Wall, K. (2005). *Famílias em Portugal percursos, interações, redes sociais*. Lisboa: Instituto de Ciências Sociais.

Zimmerman, G. I. (2005). *Velhice – Aspectos biopsicossociais*. Porto Alegre: Artmed.

## **Legislação Consultada**

Diário da República, 2ª Série – nº 138, de 18 de junho de 1998. Despacho conjunto nº 407/98. Consultado em: [http://www4.seg-social.pt/documents/10152/35243/Desp\\_C\\_407\\_98](http://www4.seg-social.pt/documents/10152/35243/Desp_C_407_98) em 29 de Janeiro de 2015

Diário da República – 1.ª Série, nº 109 de 6 de Junho de 2006. Decreto-Lei nº. 101/2006, de 6 de Junho. Consultado em: <http://www.dre.pt/> em 29 de janeiro de 2015.

## **Webbibliografia**

Programa Nacional de Cuidados Paliativos. (2010). Consultado em: [http://www.portugal.gov.pt/pt/GC18/Documentos/MS/Programa\\_Nacional\\_Cuidados\\_Paliativos.pdf](http://www.portugal.gov.pt/pt/GC18/Documentos/MS/Programa_Nacional_Cuidados_Paliativos.pdf) em 17 de setembro de 2011.

Instituto Nacional de Estatística, I.P. [INE] (2012). Estimativas de população residente (provisórias) por sexo e grupos etários. Portugal, Cedido em 22 de Janeiro, 2015, [www.ine.pt](http://www.ine.pt).

Pordata. (2012). Indicadores População. Consultado em: [www.pordata.pt](http://www.pordata.pt) em 5 de dezembro de 2014.



## **ANEXOS**



## **ANEXO A - Inquérito a Cuidadores Informais do concelho de Abrantes**





## Inquérito

### “Os Impactos das Famílias Cuidadoras de Idosos Dependentes em Contexto Domiciliário”

Inquérito a Cuidadores Informais do concelho de Abrantes

O presente inquérito destina-se à realização de um estudo sobre “**Os Impactos nas Famílias Cuidadoras de Idosos Dependentes em Contexto Domiciliário**”, que decorre no âmbito de um trabalho de pesquisa, do Mestrado em Gerontologia Social do Instituto Politécnico de Castelo Branco, o qual se pretende a sua colaboração.

Com as informações recolhidas, temos como objectivo analisar os impactos sentidos pelos cuidadores informais, no âmbito da tarefa de cuidar de idosos dependentes em contexto domiciliário, partindo de uma breve caracterização de si próprio, da pessoa dependente e dos cuidados prestados; incluindo também a sua perceção sobre a atividade de cuidar, sobre os apoios que o cuidador usufrui.

Todas as informações recolhidas são estritamente confidenciais e anónimas, destinando-se apenas à realização deste trabalho académico.

A sua colaboração é muito importante.

Obrigada pela atenção e colaboração dispensadas.

#### Parte I: Dados sociodemográficos da Pessoa Dependente

**Género:** 1  Masculino

2  Feminino

Qual a sua **idade**? \_\_\_\_\_

Qual o seu **estado civil**?

1  Solteiro/a

2  Casado/a

3  Divorciado/a

4  Viúvo/a

5  União de facto

6  Outra.

Qual?

\_\_\_\_\_

Qual o seu **grau de escolaridade**?

- 1  Não sabe ler nem escrever
- 2  Sabe ler e escrever mas não completou o ensino básico (4<sup>a</sup> classe)
- 3  1<sup>o</sup> Ciclo do ensino básico (4<sup>a</sup> classe)
- 4  2<sup>o</sup> Ciclo do ensino básico (6<sup>o</sup> ano)
- 5  3<sup>o</sup> Ciclo do ensino básico (9<sup>o</sup> ano) ou 5<sup>o</sup> ano antigo liceu
- 6  Ensino Secundário (12<sup>o</sup> Ano) ou 7<sup>o</sup> ano do antigo liceu
- 7  Curso médio
- 8  Ensino Superior
- 10  Outro. Qual? \_\_\_\_\_
- 11  NS

Qual era a sua **profissão anterior à reforma**? \_\_\_\_\_

Qual o seu tipo de **dependência**:

- Dependência Física    Dependência Mental    Dependência Física e Mental

## Parte II: Breve caracterização do Cuidador Informal

**Género:** 1  Masculino                      2  Feminino

**Qual a sua idade?** \_\_\_\_\_

**Local de residência?** \_\_\_\_\_     Rural                       Urbano

Qual o seu **estado civil**?

- 1  Solteiro/a   2  Casado/a   3  Divorciado/a
- 4  Viúvo/a   5  União de facto   6  Outra. Qual? \_\_\_\_\_

Qual o seu **grau de escolaridade**?

- 1  Não sabe ler nem escrever
- 2  Sabe ler e escrever mas não completou o ensino básico (4<sup>a</sup> classe)
- 3  1<sup>o</sup> Ciclo do ensino básico (4<sup>a</sup> classe)
- 4  2<sup>o</sup> Ciclo do ensino básico (6<sup>o</sup> ano)
- 5  3<sup>o</sup> Ciclo do ensino básico (9<sup>o</sup> ano) ou 5<sup>o</sup> ano antigo liceu
- 6  Ensino Secundário (12<sup>o</sup> Ano) ou 7<sup>o</sup> ano do antigo liceu
- 7  Licenciatura
- 8  Mestrado
- 10  Outro. Qual? \_\_\_\_\_

Qual a sua **situação profissional**?

- Empregado(a) a tempo inteiro
- Empregado(a) a tempo parcial
- Reformado(a)/pensionista
- Desempregado(a)
- Estudante a tempo inteiro
- Doméstica
- Outra
- Especificar: \_\_\_\_\_

Qual a sua **profissão** (actual ou última)? \_\_\_\_\_

Qual é o seu **grau de parentesco** com a pessoa a quem presta cuidados?

- Cônjuge/companheiro(a)
- Filho(a)
- Irmão(ã)
- Nora/genro
- Outro membro da família
- Amigo

Vizinho

Quem? \_\_\_\_\_

Tem algum **filho a cargo**?

Sim  Quantos? \_\_\_\_\_ Idades? \_\_\_\_\_

Não

Tem a **carta de condução**? Sim  Não

### Parte III: Breve caracterização dos Cuidados

1. Quais são os principais motivos que o(a) levam a cuidar do seu familiar?

(assinale com X uma ou várias opções)

Por amor	<input type="checkbox"/>
Por não haver resposta social adequada e disponível	<input type="checkbox"/>
Por falta de rendimentos suficientes para pagar um lar privado	<input type="checkbox"/>
Por ser compensada(o) financeiramente pelo idoso	<input type="checkbox"/>

2. **Há quanto tempo** presta cuidados a esta pessoa?

Entre 6 meses e 1 ano  Entre 1 a 2 anos

Entre 3 a 5 anos  Mais de 5 anos

Outro: \_\_\_\_\_

3. Em média, **quantas horas por semana ocupa a prestar cuidados ao idoso?**

0 a 4 horas  4 a 8 horas  8 a 20 horas  21 a 40 horas

Mais de 41 horas (cuidadores permanentes)

4. Qual a **distância física** entre si e a pessoa a quem presta cuidados?

Vivem na mesma casa  Do idoso ou do cuidador? \_\_\_\_\_

Vivem na mesma rua

Vivem entre 10 a 20 km de distância?

Vivem a mais de 30 km de distância  Outra situação?

\_\_\_\_\_

(assinale com X uma ou várias opções)

<b>5. Na sua residência habitual (própria ou do cuidador) o idoso tem:</b>	Sim	Não
Elevador		
Rampa		
Um quarto disponível só para si		
Cama articulada		
Cadeira de rodas		
Andarilho		
Casa de banho equipada com apoio de chuveiro		
Assento de banheira ou duche		
Apoio de sanita		
Outros: Quais? _____ _____		

6. Relativamente às acessibilidades e espaço de manobra (ex.: para utilização de andarilhos e cadeiras de rodas), **como classifica as condições de habitação:**

(assinale com X uma opção)

Muito boas 5	Boas 4	Suficientes 3	Insuficientes 2	Más 1

7. Os seus **rendimentos** provêm:

(assinale com X duas opções que mais se adequa à sua situação)

Bens próprios	
Actividade profissional remunerada	
Pensões	
Apoio do Estado (Complemento Solitário para Idosos)	
Apoio do Estado (Rendimento Social de Inserção)	
Ajudas Familiares	
Outros: _____	

8. Considera que os seus rendimentos lhe permitem dedicar-se exclusivamente aos cuidados do seu idoso dependente? Sim  Não
9. Quais foram as **principais alterações nas suas rotinas** e da sua família desde que o seu familiar passou a depender de si?

(assinale com X uma ou várias opções)

A sua família também colabora na prestação de cuidados ao idoso?	SIM	NÃO
Continua a exercer uma profissão remunerada?		
Tem tempo disponível para ir ao médico e realizar exames de		

diagnóstico?		
Tem tempo disponível para cuidar de si?		
Tem tempo disponível para fazer compras e tratar de assuntos pessoais?		
Tem tempo disponível para passear com a família?		
Tem tempo disponível para assistir a eventos culturais?		
Tem tempo disponível para ler?		
Tem tempo para descansar?		
Tem tempo para praticar algum tipo de exercício físico?		
Tem tempo para ver aos seus programas favoritos na televisão?		
Existem outras actividades que tenham deixado de fazer parte da rotina diária da sua família, desde que passou a ser cuidador(a)?		
Quais?		
Outras causas ☐		
_____		

10. Quais são as **principais dificuldades** que enfrenta no seu papel de cuidador?

(assinale com X uma ou várias opções)

<b>Principais dificuldades</b>	SIM	NÃO
Económicas		
Gerir o tempo (conciliar as necessidades do idoso com os da família)		
Gerir o espaço (partilha do espaço com o idoso)		
Conciliar o papel de cuidador com os outros papeis (esposo(a), mãe/pai)		
Gerir conflitos familiares (devido à sobrecarga de tarefas, falta de privacidade e de disponibilidade, entre outros)		

Capacidade física para mover o idoso		
Conhecimentos para lidar com a doença e com a dependência do idoso		
Tristeza (por ver o idoso a sofrer)		
Depressão (pelo desgaste psicológico prolongado)		
Dificuldades na prestação de cuidados diretos, como o vestir, os cuidados de higiene, posicionamentos, bem como a mobilização do idoso.		
Outras: Quais? _____		

11. Quais os **aspectos que para si provocam mais stress** na actividade de cuidar?

(assinale com X uma ou várias opções)

As relações com a sua família /conflitos familiares	
As relações com os técnicos de saúde	
Cuidados diretos, contínuos e intensos de vigilância e tratamento	
Falta de informação sobre como cuidar/tratar/lidar com a dependência e o dependente	
Sobrecarga de tarefas como cuidador principal: esforço físico/emocional	
Dificuldades de adaptação às exigências do cuidar em termos de tempo	
Dificuldade de adaptação às exigências do cuidar em termos de disponibilidade emocional	
A sua situação económica	
Dificuldade de adaptação às exigências em termos de recursos/ajudas técnicas	



Dificuldade de adaptação às exigências de cuidar em termos de quebras de rotina diária social	
A sua privacidade	
Planear o seu futuro	
Outro. Qual? _____	

12. Quais os **principais impactos** que enquanto cuidador sentiu na tarefa da cuidar?

Problemas de sono	
Fadiga	
Isolamento social	
Stress	
Depressão	
Conflitos familiares	
Mudanças na estrutura familiar (mudança de papéis)	
Perda de emprego (por despedimento)	
Perda de emprego (por ter que se despedir)	
Sobrecarga dos encargos financeiros	
Lidar com a iminência da morte do dependente	
Ser confrontado com decisões difíceis e imprevisíveis	

13. Esta questão apenas se destina aos cuidadores que mantêm uma **situação profissional!** Pela sua própria experiência pessoal, qual a situação que mais se adequa tendo em conta a situação em que se encontra:

Faltou ao trabalho demasiados dias.	
Preocupa-se com o seu familiar enquanto está no trabalho.	
Recebe telefonemas do seu familiar ou dos seus familiares que interrompem o seu trabalho.	
Sentiu-se com menos energia.	
Tem-se sentido insatisfeito com a qualidade do seu trabalho.	

14. Quem toma as decisões respeitantes à vida do seu familiar dependente?  
(assinale com X uma ou várias opções)

O próprio idoso	
O cuidador	
Os filhos	
Outros: _____	

#### Parte IV: Os Apoios no Cuidar

1. **Tem ajuda** de mais alguém para cuidar do idoso?

Sim  Não

**Se respondeu “Sim”,** Indique quem?

**Familiar**

**Vizinha**

**Instituição**  Qual? \_\_\_\_\_

**Outra**  \_\_\_\_\_

2. Conhece a **Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI)** e a sua de intervenção nos cuidados continuados de saúde e de apoio social para pessoas em situação de dependência?

Sim  Não

(se respondeu **Não** passe à pergunta 7)

3. “**O Descanso do Cuidador** é uma resposta da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados que possibilita o internamento (por períodos máximos de 30

dias, podendo ir até 90 dias por ano), em situações temporárias, decorrentes de dificuldades de apoio familiar ou necessidade de descanso do principal cuidador”. Já alguma vez recorreu a esta resposta social?      Sim       Não

Se respondeu sim, quantas vezes? \_\_\_\_\_

4. Em que circunstância recorreu à resposta social da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados “O Descanso do Cuidador”?

(assinale com X uma ou várias opções)

Por motivos da sua própria saúde	
Por se sentir cansado(a)	
Para poder ir de férias	
Outras causas: _____	

5. Em que medida o apoio prestado corresponde às suas expectativas?

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

6. Que tipo de apoio deveria existir para além dos já existentes que acharia que deveria ser melhorado?

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

7. Se puder propor ao Governo uma medida que tornasse mais fácil o seu papel de cuidador, o que propunha?

(assinale com X uma ou várias opções)

Disponibilizar cuidados de repouso: internamento pontual do idoso na RNCCI (4/6 dias por mês) consoante as necessidades do cuidador e da família, de modo, a permitir uma disponibilidade de tempo por parte do cuidador principal, diminuindo o seu próprio isolamento causado pelas funções e responsabilidades que assume, de modo a ter tempo livre para as suas próprias necessidades e descanso;	
Criação de equipas coordenadas pela RNCCI que, conhecendo devidamente o idoso e o seu estado de saúde, dessem formação ao cuidador e o substituíssem pontualmente (3-4 horas por semana) no domicílio, que os acompanhassem nas actividades básicas de vida diária, facilitando o cuidador;	
"Comida sobre Rodas", já produzida em alguns países, que tem como objetivo confeccionar e distribuir as refeições programadas para os idosos dependentes e incapacitados, poupando o cuidador da tarefa de cozinhar todos os dias;	
Criação de um banco de teleassistência, de modo, a permitir ajudas ao nível técnico, abrangendo artigos que permitem uma maior autonomia aos idosos dependentes, facilitando a ajuda do prestador de cuidados, como as camas articuladas, cadeira de rodas, andarilhos, bengalas, entre outros.	
Criação de uma compensação para o cuidador informal idêntica à atribuída aos lares convencionados, para as famílias de idosos com baixos recursos.	
Outras medidas: _____	

## **ANEXO B - Escala de Sobrecarga do cuidador**



**Escala de Sobrecarga do cuidador (Sequeira, 2007)**

Nº	Item	Nunca	Quase nunca	Às vezes	Muitas vezes	Quase sempre
1	Sente que o seu familiar solicita mais ajuda do que aquela que realmente necessita?					
2	Considera que devido ao tempo que dedica ao seu familiar não dispõe de tempo suficiente para as suas tarefas?					
3	Sente-se tenso(a) quando tem de cuidar do seu familiar e ainda tem outras tarefas por fazer?					
4	Sente-se envergonhado(a) pelo comportamento do seu familiar?					
5	Sente-se irritado(a) quando está junto do seu familiar?					
6	Considera que a situação atual afeta de uma forma negativa a relação com os seus amigos/familiares?					
7	Tem receio pelo futuro destinado ao seu familiar?					
8	Considera que o seu familiar está dependente de si?					
9	Sente-se esgotado quando tem de estar junto do seu familiar?					
10	Vê a sua saúde ser afetada por ter de cuidar do seu familiar?					
11	Considera que não tem uma vida privada como desejaria devido ao seu familiar?					
12	Pensa que as suas relações sociais são afetadas negativamente por ter de cuidar do seu familiar?					
13	Sente-se pouco à vontade em convidar amigos para o(a) visitar devido ao seu familiar?					
14	Acredita que o seu familiar espera que você cuide dele como se fosse a única pessoa com quem ele(a) pudesse contar?					
15	Considera que não dispõe de economias suficientes para cuidar do seu familiar e para o resto das despesas que tem?					
16	Sente-se incapaz de cuidar do seu familiar por muito mais tempo?					
17	Considera que perdeu o controle da sua vida depois da doença do seu familiar se manifestar?					
18	Desejaria poder entregar o seu familiar aos cuidados de outra pessoa?					
19	Sente-se inseguro acerca do que deve fazer com o seu familiar?					
20	Considera que poderia fazer mais pelo seu familiar?					
21	Considera que poderia cuidar melhor do seu familiar?					
22	Em geral sente-se muito sobrecarregado por ter de cuidar do seu familiar?					