



Instituto Superior
de Ciências Sociais e Políticas
UNIVERSIDADE DE LISBOA

U LISBOA

UNIVERSIDADE
DE LISBOA

“Os Cuidadores Informais na Prestação de Cuidados a Pessoas Idosas em Situação de Dependência”

Um estudo no Concelho do Montijo

Mestrando: Liliana Sofia da Costa Miranda

Orientação: Professora Doutora Ana Maria Alexandre Fernandes

Dissertação para obtenção de grau de Mestre em Política Social

LISBOA, 2013

VALORIZAMOS PESSOAS



Instituto Superior de Ciências Sociais e Políticas
UNIVERSIDADE DE LISBOA

“Os Cuidadores Informais na Prestação de Cuidados a Pessoas Idosas em Situação de Dependência”

Um estudo no Concelho do Montijo

Mestrando: Liliana Sofia da Costa Miranda

Orientação: Professora Doutora Ana Maria Alexandre Fernandes

Dissertação de Mestrado apresentada ao Instituto Superior de Ciências Sociais e Políticas,
da Universidade de Lisboa

Prova Pública de Defesa da Dissertação de Mestrado

9 de Dezembro de 2013

Elementos do Júri:

- **Presidente:** Professora Doutora Ana Maria Alexandre Fernandes, ISCSP, Universidade de Lisboa
- **Vogal:** Professora Doutora Paula Campos Pinto, ISCSP, Universidade de Lisboa
- **Vogal:** Professora Doutora Ana Paula Martins Gil, Investigadora do Instituto Nacional de Saúde, Doutor Ricardo Jorge

AGRADECIMENTOS

Quero, desde já, deixar os meus sinceros e profundos agradecimentos a todos aqueles que, de alguma forma, fizeram parte do meu caminho e educação.

Agradeço, com sinceridade, aos meus pais, Manuel e Lucília, pelo apoio e esforço, sem os quais não seria possível realizar o meu caminho.

À minha avó Maria Germana, agradeço por ensinar-me o caminho do amor, vividos com sabedoria, humildade e verdade.

Ao Carlos Miguel, agradeço por dedicar-me palavras de esperança, fé, carinho e amor. Agradeço, ainda, toda a força que me dê para terminar este trabalho com humildade e sentido de responsabilidade.

A toda a minha família e amigos agradeço profundamente, pois em tantos momentos difíceis, me animaram e incentivaram.

À Professora Doutora Ana Maria Alexandre Fernandes, agradeço com carinho a dedicação e orientação neste trabalho.

À Instituição colaboradora e familiares das pessoas idosas agradeço com verdade e coração, pois sem a ajuda destas pessoas este trabalho não teria qualquer significado;

A todos, remeto os meus sinceros agradecimentos.

RESUMO

Os valores do envelhecimento da população portuguesa têm vindo a aumentar nos últimos anos, quer devido à diminuição da natalidade, quer ao aumento do número de pessoas idosas e da esperança média de vida (Rosa, 2012). Por esse facto, acresce a ocorrência de situações de doenças crónicas e incapacidades, que levam à dependência da pessoa idosa.

Assim, o cuidado às pessoas idosas, assegurado pela família, coloca um leque de desafios e dificuldades ao cuidador, fruto das exigências da prestação de cuidados e das alterações na estrutura familiar. O trabalho tem o objectivo de *identificar as dificuldades sentidas por cuidadores familiares de pessoas idosas em situação de dependência, de modo a contribuir para o conhecimento e promoção de respostas adequadas.*

Este estudo, baseado no método quantitativo e de âmbito descritivo, usou o inquérito por entrevista, aplicando um inquérito sócio-demográfico e os Índices Barthel e CADI. O tratamento de dados foi efectuado no programa Statistical Package for Social Sciences.

Ao nível dos resultados, verificou-se que os idosos receptores de cuidados são na sua maioria do sexo feminino (80%), sendo que 46,7% têm entre 75 e 84 anos, com um grau de dependência entre o ligeiramente (30%) e o totalmente (26,6%) dependente.

Face aos prestadores de cuidados, estes são na sua maioria mulheres (77%) - sobretudo filhas (20%). Cerca de 36,7% têm entre 61 e os 70 anos de idade. A maioria encontra-se numa situação de empregabilidade (63,3%), prestando cuidados há mais de 5 anos (36,7%), e dedicando, sem partilha desta responsabilidade (56,7%), entre 6 a 9 horas por dia (60%).

Mais de 50% dos cuidadores informais de pessoas idosas em situação de dependência no domicílio identificaram sentir dificuldades ao nível das *“reações à prestação de cuidados”*, *“exigências de ordem física na prestação de cuidados”*, *“restrições na vida social”* e ao nível dos *“problemas financeiros”*.

Em conclusão, a implementação de políticas sociais de apoio para a minimização das dificuldades dos cuidadores deve ser um primeiro passo para garantir a permanência das pessoas idosas no seu domicílio e para garantir a qualidade de vida dos cuidadores e dos idosos, de forma a assegurar o futuro da prestação de cuidados, num momento em que a família sofre constantes mudanças.

Palavras-chave: Envelhecimento; Dependência; Cuidado Informal; Necessidades; e Dificuldades.

ABSTRACT

The aging indicators of the Portuguese population has been increasing in recent years, due to declining birth rates and the increasing number of elderly people and the average life expectancy (Rose, 2012). For that reason, the occurrence of chronic diseases and disabilities increases, leading to the dependency of the elderly.

Thus, the care for the elderly, provided by the family, poses a range of challenges and difficulties for the caregiver, as a result of care-giving demands and changes in the family structure. This study aims to *identify the difficulties experienced by family caregivers of older people who are dependent, in order to contribute to the knowledge and promotion of appropriate responses.*

This study, based on the quantitative method and descriptive framework, used the interview survey, applying a socio-demographic inquiry and the Barthel and CADI Indexes. Data processing was performed using the Statistical Package for Social Sciences.

In terms of results, it was found that the elderly care receivers are mostly female (80%), and that 46.7% are between 75 and 84 years of age, with a dependency degree between the slightly (30%) and completely (26,6%) dependent.

About the caregivers, they are mostly women (77%) - mainly daughters (20%). Approximately 36,7% are between 61 and 70 years of age. The majority is in a situation of employability (63,3%), providing care for more than 5 years (36,7%), and dedicating, without sharing this responsibility (56,7%), between 6 to 9 hours a day (60%).

Over 50% of informal carers of older people who are dependent in the household identified difficulties on the level of "*reactions to care*", "*demands physical order in care*", "*restrictions on social life*" and "*financial problems*".

In conclusion, the implementation of social support policies to minimize the informal caregivers' difficulties should be a first step to ensure the elderly permanency in their homes and, above all, to ensure caregiver's quality of life, in order to guarantee the future of care-giving, in a time when the family undergoes constant changes.

Keywords: Ageing; Dependency; Informal Care; Needs; and Difficulties.

ÍNDICE GERAL

| | |
|--|-----------|
| Índice de Tabelas | IX |
| Índice de Gráficos..... | X |
| Índice de Abreviaturas | XI |
| INTRODUÇÃO | 12 |
| Capítulo I. Envelhecimento demográfico e individual | |
| 1. Envelhecimento Demográfico..... | 15 |
| 2. Envelhecimento Demográfico na Europa e em Portugal | 16 |
| 3. Implicações do Envelhecimento Individual | 18 |
| 3.1. Envelhecimento biológico..... | 20 |
| 3.2. Envelhecimento psicológico/ cognitivo | 21 |
| 3.3. Envelhecimento e contexto social e familiar | 21 |
| Capítulo II. A problemática da vulnerabilidade e da dependência associada ao processo de envelhecimento | |
| 1. Funcionalidade, vulnerabilidade e dependência | 23 |
| 2. Dependência e emergência de necessidades | 25 |
| Capítulo III. Os cuidados familiares a pessoas idosas em situação de dependência | |
| 1. Tipologia de Prestação de Cuidados..... | 28 |
| 2. Prestação de Cuidados Informais..... | 29 |
| 2.1. Processo de iniciação e motivação | 30 |
| 2.2. Perfil do cuidador | 32 |
| a) Sexo e Idade | 32 |
| b) Grau de Parentesco | 33 |

| | |
|---|----|
| c) Estado Civil | 33 |
| d) Proximidade Geográfica | 33 |
| e) Emprego | 33 |
| f) Duração dos Cuidados | 34 |
| 2.3. Tarefas desempenhadas pelo na prestação de cuidados..... | 34 |
| 3. Impacto da Prestação de Cuidados no Cuidado Informal | 36 |
| 3.1. Impactos negativos | 36 |
| a) Sobrecarga..... | 36 |
| b) Saúde física e mental do cuidador | 37 |
| c) Relações familiares e sociais | 37 |
| d) Actividade profissional e situação financeira | 38 |
| e) Tempo livre e lazer | 39 |
| 3.2. Impactos positivos..... | 39 |
| 4. As Dificuldades e Necessidades do Cuidador Informal | 40 |

Capítulo IV. Problemática de investigação e metodologia adoptada

| | |
|--|----|
| 1. Problemática | 43 |
| 2. Metodologia..... | 45 |
| 2.1. O Concelho do Montijo..... | 46 |
| 2.2. Selecção da população-alvo | 47 |
| 2.3. Instrumentos de avaliação | 47 |
| 2.3.1. Elaboração do inquérito | 47 |
| 2.3.2. Avaliação e utilização de instrumentos de avaliação/ medida | 48 |
| 2.3.3. Modelo de análise das variáveis e instrumentos de avaliação/ medida | 49 |
| 2.4. Procedimento de recolha de dados | 51 |

| | |
|---|-----|
| 2.5. Previsão de tratamento de dados..... | 52 |
| 2.6. Questões éticas | 53 |
| Capítulo V. Apresentação, análise e discussão dos resultados | |
| 1. A pessoa idosa receptora de cuidados informais | 54 |
| 2. A capacidade funcional da pessoa idosa na execução das ABVD | 56 |
| 3. Os cuidadores informais e a prestação de cuidados | 61 |
| 4. As dificuldades sentidas pelos cuidadores informais | 67 |
| 5. Análise das relações entre as características sócio-demográficas da pessoa idosa e do cuidador informal para a dinâmica de prestação de cuidados que influenciam as dificuldades sentidas pelo cuidador informal | 77 |
| CONCLUSÃO | 82 |
| LIMITAÇÕES E RECOMENDAÇÕES | 87 |
| BIBLIOGRAFIA | 88 |
| ANEXOS | 96 |
| Anexo I. Inquérito..... | 97 |
| Anexo II. Índice de Barthel | 101 |
| Anexo III. Índice CADI..... | 104 |

ÍNDICE DE TABELAS

| | |
|---|-------|
| Tabela 1. Caracterização das variáveis e instrumentos de avaliação/ medida..... | 50-51 |
| Tabela 2. Estado civil do idoso em situação de dependência | 55 |
| Tabela 3. Situação patológica do idoso em situação de dependência | 55 |
| Tabela 4. Grau de dependência..... | 56 |
| Tabela 5. Habilitações literárias do cuidador..... | 63 |
| Tabela 6. Situação profissional do cuidador..... | 64 |
| Tabela 7. Habilitações literárias do cuidador e índice CADI..... | 79 |
| Tabela 8. Horas de prestação de cuidados e índice CADI | 80 |

ÍNDICE DE GRÁFICOS

| | |
|--|----|
| Gráfico 1. Idade do idoso em situação de dependência..... | 54 |
| Gráfico 2. Alimentação..... | 57 |
| Gráfico 3. Vestir..... | 57 |
| Gráfico 4. Higiene corporal..... | 58 |
| Gráfico 5. Uso da casa de banho..... | 58 |
| Gráfico 6. Controlo intestinal e vesical..... | 59 |
| Gráfico 7. Subir escadas..... | 59 |
| Gráfico 8. Transferência cadeira-cama..... | 60 |
| Gráfico 9. Deambulação..... | 60 |
| Gráfico 10. Idade do cuidador..... | 62 |
| Gráfico 11. Estado civil do cuidador..... | 62 |
| Gráfico 12. Grau de parentesco do cuidador face ao idoso..... | 64 |
| Gráfico 13. Tempo de prestação de cuidados (em anos)..... | 65 |
| Gráfico 14. Horas de prestação de cuidados (diária)..... | 66 |
| Gráfico 15. Problemas relacionais com o idoso..... | 68 |
| Gráfico 16. Reacções à prestação de cuidados..... | 69 |
| Gráfico 17. Exigências da ordem física da prestação de cuidados..... | 71 |
| Gráfico 18. Restrições na vida social..... | 72 |
| Gráfico 19. Deficiente apoio familiar..... | 73 |
| Gráfico 20. Deficiente apoio profissional..... | 74 |
| Gráfico 21. Problemas financeiros..... | 75 |

ÍNDICE DE ABREVIATURAS

AVD – Actividades de Vida Diária

ABVD – Actividades Básicas de Vida Diária

AIVD – Actividades Instrumentais de Vida Diária

AVC – Acidente Vascular Cerebral

CADI – Índice para a Avaliação das Dificuldades dos Prestadores de Cuidados

IMSERSO - Instituto de Mayores y Servicios Sociales

INE – Instituto Nacional de Estatística

IPSS – Instituição Particular de Segurança Social

ISS – Instituto da Segurança Social

EUA – Estados Unidos da América

EU – União Europeia

EU27 – União Europeia dos 27 países

SAD – Serviço de Apoio Domiciliário

SPSS – Statistical Package for Social Sciences

INTRODUÇÃO

A população portuguesa está em constante processo de envelhecimento, associado a alterações na estrutura demográfica, como a baixa taxa de natalidade e o aumento progressivo de pessoas idosas acima dos 65 anos de idade (Rosa, 2012).

Actualmente, o número de pessoas idosas com idades avançadas é superior ao número de jovens com menos de 14 anos. Este facto conduz à modificação da estrutura demográfica do país (duplo envelhecimento – envelhecimento no topo e na base da pirâmide da estrutura etária) e coloca em causa a renovação de gerações.

À questão do aumento do envelhecimento e do número de pessoas idosas, acresce a questão das necessidades, pois como afirma Brito (2002) *“(...) o aumento da longevidade surge quase invariavelmente associado a um aumento substancial das necessidades de apoio e cuidados pessoais e de saúde”* (p.23). Cuidados estes que na história da população portuguesa se encontram enraizados no suporte familiar no domicílio (Sequeira, 2007).

O Papa João Paulo II (1991) referiu que *“(...) o lugar mais natural para viver a condição de ancianidade continua a ser aquele ambiente onde ele é «de casa», entre parentes, conhecidos e amigos”* (s/p). A família continua a desempenhar um papel fundamental junto dos idosos, embora se coloquem numerosos desafios, num momento em que o número de pessoas idosas em situação de dependência e a necessitar de cuidados de longa duração aumenta.

As actuais políticas sociais apelam à permanência dos idosos no domicílio. Contudo, a família encontra-se sujeita a alterações sociais e demográficas que limitam a sua capacidade de assegurar os cuidados, nomeadamente devido à entrada da mulher no mercado de trabalho e à redução das redes familiares (Figueiredo, 2007b).

Para além destes factos, um leque de estudos tem vindo a realçar que os prestadores de cuidados a idosos em situação de dependência tendem a sofrer alterações na vida familiar, causando dificuldades na vida do cuidador, que suporta um maior nível de sobrecarga física, emocional e social (Andrade, 2009). O cuidado a um idoso em situação de dependência pode traduzir-se numa sobrecarga que afecta a saúde, a vida social, o bem-estar psicológico, a relação com os outros e a sua situação financeira.

A prestação de cuidados é uma tarefa de exigência, que acarreta dificuldades diárias para o cuidador. Segundo Gonçalves (2011) a *“(...) inexistência de um cuidador substituto quando este tem que sair de casa, a deterioração das actividades pessoais e sociais pela assistência contínua, a tensão de não saber o que se vai passar no futuro com o idoso, preocupação*

quanto ao tempo que vai durar a situação e aumento das despesas económicas” (p.14), são situações que geram no cuidador momentos de sobrecarga e de dificuldades, que colocam em causa a sua qualidade de vida e a continuidade da prestação de cuidados.

Vários autores referem nos seus estudos que a prestação de cuidados informais acarreta a existência de impactos negativos na vida do cuidador informal (Figueiredo, 2007b; Brito, 2002). Para além da referência à sobrecarga e à saúde mental e/ou física do cuidador que são afectadas, Ribeiro & Paúl (2006) referem que na tarefa do cuidador existem dificuldades que acentuam os impactos negativos e colocam em causa a qualidade de vida dos envolvidos na prestação de cuidados.

Pelo exposto, o propósito deste estudo é identificar as dificuldades do cuidador relacionadas com a prestação de cuidados a idosos em situação de dependência no domicílio. Pretende-se que este trabalho seja mais um contributo para os responsáveis pelos sistemas de saúde e apoio social, no sentido de poderem identificar as dificuldades, prioridades e formas de intervenção adequadas à manutenção e promoção da saúde e qualidade de vida dos cuidadores informais e das pessoas idosas em situação de dependência.

Assim, o principal objectivo deste *trabalho identificar as dificuldades sentidas por cuidadores familiares de pessoas idosas em situação de dependência, de modo a contribuir para o conhecimento e promoção de respostas adequadas*. Sendo que, para tal, o trabalho assenta numa questão fundamental: *“quais as dificuldades sentidas pelos cuidadores informais de pessoas idosas em situação de dependência no domicílio?”*.

Neste sentido, o presente trabalho está estruturado em cinco capítulos:

- O primeiro capítulo apresenta uma breve revisão da literatura sobre o envelhecimento demográfico e as implicações do envelhecimento individual (biológico, psicológico/ cognitivo e contexto social e familiar).
- O segundo capítulo aborda uma revisão da problemática da vulnerabilidade e da dependência associada ao processo de envelhecimento, onde se destaca as necessidades resultantes da emergência de situações de dependência.
- O terceiro capítulo realça a questão dos cuidados familiares a pessoas em situação de dependência, desde a tipologia dos cuidados, passando pelo cuidado informal, pelo perfil do mesmo, as suas tarefas, impactos negativos e positivos e a questão das necessidades e dificuldades resultantes da sua responsabilidade.
- O quarto capítulo enaltece a problemática e a sua pertinência para o campo da política social. Apresenta, para além dos objectivos, a metodologia seleccionada, os

instrumentos de avaliação/medida utilizados para recolher dados que possibilitem a compreensão da problemática em estudo e o modelo de análise.

- O quinto capítulo diz respeito à apresentação, análise e discussão dos resultados. Neste capítulo, compreende-se as determinadas características sócio-demográficas da pessoa receptora de cuidados; o grau da capacidade funcional da pessoa idosa na execução de actividades básicas de vida diária; as características sócio-demográficas do cuidador informal; a compreensão de determinadas características da prestação de cuidados; e a percepção das dificuldades sentidas na prestação de cuidados.

Por último, o trabalho finda com uma conclusão, onde são apresentadas as linhas da literatura e os resultados mais importantes para a compreensão deste trabalho e dos objectivos propostos. Apresenta-se, ainda, as limitações e recomendações para estudos futuros, de forma a enriquecer o campo da prestação de cuidados.

Capítulo I.

Envelhecimento demográfico e individual

1. Envelhecimento Demográfico

O envelhecimento da população mundial é um dos maiores desafios da actualidade. Nas sociedades modernas o envelhecimento constitui-se como uma situação inevitável, em consequência do aumento do índice de longevidade¹, do declínio da taxa da natalidade² e do aumento da esperança de vida à nascença³ (Rosa, 2002).

O fenómeno do envelhecimento demográfico, “(...) *entendido como o aumento relativo de indivíduos com 65 e mais anos no total de população*” (António, 2008, p.1), até ao século XVIII apresentava um índice baixo de crescimento populacional, mas com o final do século XX e inícios do XXI ocorreram alterações reais, que provocaram diversas alterações na estrutura da população (António, 2008).

Na história demográfica Nazareth (2009) identifica a ocorrência de três transições demográficas:

- Pré-transição demográfica: caracteriza-se por níveis de mortalidade e fecundidade elevados, que levaram a um crescimento lento da população;
- Transição demográfica: é caracterizada por duas etapas. A primeira etapa diz respeito ao declínio da mortalidade, devido às melhores condições de saúde, em que a natalidade continua a apresentar um nível elevado (aumento da população). A segunda etapa está ligada à mortalidade, em que este indicador continua em declínio, mas em que a natalidade também inicia um processo de decrescimento;
- Pós-transição demográfica: caracteriza-se por um equilíbrio da natalidade e mortalidade, embora com níveis baixos, que corresponde à situação da estrutura demográfica nos dias de hoje, ou seja, a um duplo envelhecimento na base e no topo da pirâmide etária da população.

¹ Corresponde à relação entre a população mais idosa e a população idosa, expressa pelo quociente entre o número de pessoas com 75 ou mais anos e o número de pessoas com 65 ou mais anos (INE, 2012a).

² Diz respeito ao número de nados-vivos que ocorre durante um determinado período de tempo, geralmente um ano civil (Metainformação, in <http://smi.ine.pt/>, 31-01-2013).

³ Caracteriza-se pelo número médio de anos que um indivíduo, à nascença, pode esperar viver, não se alterando as taxas de mortalidade por idades observadas no momento (Metainformação, in <http://smi.ine.pt/>, 31-01-2013).

Nazareth (2009) refere que a transição demográfica teve início na Europa. A partir do século XIX verifica-se a transição demográfica na mortalidade, em que este indicador começa o seu processo de declínio. No final do século XIX e princípio do XX ocorreu a transição demográfica na natalidade, com o declínio progressivo deste indicador.

As alterações demográficas resultam de um progressivo aumento da população idosa e uma diminuição da população jovem (Pinto, 2006). Assim, a pirâmide etária da população é caracterizada por um duplo envelhecimento no topo e na base, que começou a ser observado desde os finais dos anos 90 (INE, 2002).

Para Rosa (2002), as transformações na estrutura etária da população demográfica resultam de duas causas:

- a) De uma evidente redução da taxa de natalidade, onde se verifica que o número de adultos e idosos ganha importância, deixando de existir uma renovação de gerações;
- b) Do aumento da esperança de vida, em resultado de melhores condições de vida, nomeadamente de saneamento, habitação, nutrição, saúde e protecção social (Rosa, 2002; Fernandes, 2007).

Com o aumento da longevidade e do número de pessoas com idades avançadas, ocorrem consequências. Segundo Barros de Oliveira (2010) as consequências ocorrem ao nível: social, onde se verifica a existência de várias gerações na mesma família, com o aumento de idosos; saúde, em que a necessidade de um maior número de serviços se torna crucial, implicando um gasto superior nas despesas, ao nível dos cuidados; e económico, em que o aumento dos idosos, a redução do número de jovens e a diminuição da população activa coloca em causa o futuro do sistema de pensões.

2. Envelhecimento Demográfico na Europa e em Portugal

A Europa é uma das regiões do Mundo que se encontra mais envelhecida (Eurostat, 2011). A União Europeia - UE dos 27 tem a sua população cada vez mais envelhecida, considerando os dados entre 1985 e 2010. Em Janeiro de 1985 as pessoas idosas com 65 ou mais anos de idade representavam 12,8% da população, e em Janeiro de 2010, tinha aumentado para 17,4% (Eurostat, 2012).

Segundo o Eurostat (2012), o peso relativo dos idosos na população tem-se intensificado, tal como o número de nascimentos que baixou, em comparação com o aumento da longevidade da população.

Assim, as projecções do Eurostat (2012) indicam que o número de pessoas com mais de 65 anos aumentará em cerca de 2 milhões nas próximas décadas. Segundo Giannakouris (2008) do ano 2008 ao 2060 a UE27 irá continuar a envelhecer. Nas próximas décadas o número de pessoas idosas irá aumentar consideravelmente, devido à chegada da actual população activa à reforma e pela continuação da baixa natalidade.

Para o Eurostat (2011), na UE27, a proporção da população no grupo etário dos 0-14 anos tem vindo a diminuir desde 2001 (17,0%), sendo no ano de 2011 de 15,6%. Relativamente à proporção da população com 65 anos ou mais, verifica-se um sentido contrário ao da população jovem, tendo sido em 2001 de 15,8% e em 2011 de 17,5%.

O rácio de dependência na UE27 tem aumentado. Em 1990 era de 20,6%, em 2000 de 23,2% e em 2011, de 26,2%. Estes dados indicam que na UE27 o valor continuará a aumentar, podendo ser em 2020 igual a 31,37% e em 2060 de 52,55% (Eurostat, 2011).

Segundo a Comissão Europeia (2012), *“(...) o desafio do envelhecimento é, muitas vezes, ilustrado pela duplicação do rácio de dependência dos idosos (ou seja, a relação entre a população com 65 ou mais anos e a população na faixa etária dos 15-64 anos), que passará de 26 % em 2010 para 50 % em 2050”* (p.7). Nesta linha de pensamento, o Eurostat (2012) indica que o rácio de dependência para a população mais velha é significativo nos seguintes quatro países da UE27: Alemanha (31,2%); Itália (30,9%); Grécia (29,0%); e Portugal (28,9%).

Segundo Rosa (2012) *“(...) em 1980, Portugal apresentava uma população menos envelhecida do que a maioria dos actuais países da UE27. Hoje, é um dos países mais envelhecidos do espaço europeu e, como tal, do mundo”* (p.16). Este facto ocorre porque a população portuguesa sofreu na última década um abrandamento de 2% no seu crescimento, tendo em consideração o crescimento de 5% na década de 90 (INE, 2012a).

O INE (2012a) realça que *“(...) na última década, Portugal perdeu população em todos os grupos etários quinquenais entre os 0-29 anos. A partir dos 30 anos a situação inverte-se e verifica-se um crescimento de 9% da população para o grupo dos 30-69 anos e de 26% para idades superiores a 69 anos”* (p.20), o que vem justificar um envelhecimento com base no aumento da longevidade da população (Fernandes, 1997).

Com base nos Censos 2011 (INE, 2012a) este fenómeno é verificável desde 2001 a 2011, em que ocorreu uma diminuição do número de jovens e um aumento do número de idosos, colocando em causa a renovação de gerações e acentuando o duplo envelhecimento da população. Para o INE (2012a) *“(...) na última década agravou-se o fosso entre jovens e idosos. A percentagem de jovens recuou de 16% em 2001 para 15% em 2011. Na*

população idosa assistiu-se ao movimento inverso tendo passado de 16% em 2001 para 19% em 2011” (p.21).

Com base nos dados do INE (2012a), no ano de 2001 o Índice de Envelhecimento⁴ era de 102,23. Actualmente, o valor aumentou para 127,84, o que significa que, para cada 100 jovens existe, em Portugal, 128 idosos (INE, 2012a). Estes valores indicam um aumento da importância das pessoas com 65 ou mais anos de idade entre 2001 e 2011, com um aumento de 25,61%, sendo mais evidentes nas mulheres (aumento de 30,02%).

Também o Índice de Longevidade tem vindo a evoluir, sendo que “(...) *já ultrapassa os 50, o que significa que a maioria da população idosa já tem mais de 75 anos*” (INE, 2012a, p.23). Assim, no ano 2001 o índice era de 41,42%, sendo em 2011 de 47,86. Verifica-se que para as mulheres o índice aumentou 6,74% (em 2001 era de 44,05% e em 2011 era de 50,79%), enquanto para os homens o índice é menor (21,21%).

Rosa & Chitas (2010) referem que “(...) *quem nasceu em Portugal de 1960 podia esperar viver 60,7 anos se fosse homem e 66,4 anos se fosse mulher. Mas quem nasceu em 2007, podia esperar viver 75,5 anos (homens) e 81,7 anos (mulheres). Este ganho de «vidas» à nascença de cerca de 15 anos em cinco décadas, praticamente ininterrupto, é uma das mudanças mais estruturantes do panorama demográfico nacional que, também aqui, acompanha uma tendência bastante nítida dos países desenvolvidos*” (p.20).

Ao facto de as pessoas esperarem viver mais anos de vida, é importante ter em consideração que nem sempre estes anos de longevidade são vividos pela pessoa idosa com plena autonomia e independência (Imaginário, 2008). O processo de envelhecimento individual pode ser um fenómeno agressivo e associado, por vezes, a situações patológicas graves e de longa duração, pois o aumento de situações de incapacidade e de dependência ocorrem com maior incidência nas pessoas com idades avançadas (Gil, 2010).

3. Implicações do Envelhecimento Individual

O envelhecimento é um processo contínuo, não se restringindo a uma característica da velhice, mas a um acontecimento que ocorre ao longo do ciclo de vida do ser humano. Soeiro (2010) realça que o envelhecimento individual corresponde à redução das capacidades funcionais, associado à fragilidade do organismo.

Esta redução leva a que os idosos passem por um processo associado a questões de redução de competências funcionais. Para Fonseca (2006), a competência relaciona-se com

⁴ Corresponde à relação entre a população idosa e a população jovem, expressa pelo quociente entre o número de pessoas com 65 ou mais anos e o número de pessoas com idades entre os 0 e os 14 anos (INE, 2012a),

a capacidade do indivíduo para realizar as actividades que são habituais, sendo que este “(...) depende de pessoa para pessoa (da sua vivência passada, hábitos, estilos de vida, género, condicionantes genéticos e da própria sociedade em que se vive). Por isso, cada pessoa manifesta os sinais de envelhecimento de modo singular” (Rosa, 2012, p.20).

Segundo Spar & La Rue (2005) “(...) uma definição útil de envelhecimento foi proposto por Birren e Zarit (1985): «envelhecimento biológico, senescência, é o processo de mudança no organismo, que com o tempo diminui a probabilidade de sobrevivência e reduz a capacidade biológica de auto-regulação, reparação e adaptação às exigências ambientais»” (p.58).

O envelhecimento é compreendido como uma ameaça que atinge as capacidades funcionais, cognitivas e sociais do indivíduo, por levar à diminuição das capacidades/competências do indivíduo e do seu organismo (Fernandes, 2005).

Este processo está associado ao “(...) conjunto das modificações que decorrem do avançar na idade para além da fase da maturidade” (Barreto, 1991, p.290). Quando se aborda o envelhecimento é necessário ter em atenção a distinção entre senescência e senilidade. Segundo Sequeira (2007), a senescência é um “conjunto de alterações orgânicas, morfológicas e funcionais que ocorrem em consequência do processo de envelhecimento” (p.19). Já o conceito de senilidade “(...) entende-se como o conjunto de modificações determinadas pelas afecções que as pessoas idosas apresentam” (p.20).

O envelhecimento subdivide-se em três tipos (Lima, 2010):

- O primário associa-se a um envelhecimento sem incapacidade e dependência. E é “considerado um processo normal, mais ou menos semelhante em todos os indivíduos da mesma espécie, gradual e previsível, e considera-se geralmente que está na dependência de factores genéticos” (Barreto, 1991, p.291).
- O secundário caracteriza-se pela ocorrência de doenças por diversos factores. Para Barreto (1991) resulta “(...) da acção de causas diversas e as suas manifestações irão variar consideravelmente de indivíduo para indivíduo. Ele vai derivar na maioria dos casos de alterações do ambiente, e é portanto em grande parte inevitável” (p.291).
- O terciário caracteriza-se por uma acentuada deterioração física. Segundo Figueiredo (2007b) é “(...) caracterizado por mudanças súbitas em diversas capacidades cognitivas e funcionais, ou seja, uma deterioração dos níveis prévios de capacidade diferente das modificações normais associados à idade” (p.33).

Fonseca (2006), Fontaine (2000) e Paúl (1997) evidenciam no processo de envelhecimento a existência de três tipos de idades: a idade biológica; psicológica e sociocultural. Segundo os autores, a idade biológica relaciona-se com o funcionamento do organismo, mantendo uma relação com os problemas de saúde que afectam o indivíduo; a idade psicológica relaciona-se com as competências do indivíduo para se adaptar ao meio; e a idade sociocultural, diz respeito ao papel social que o indivíduo desempenha na comunidade.

Segundo Berger & Mailloux-Poirier (1995), “(...) a velhice é um processo inelutável caracterizado por um conjunto complexo de factores fisiológicos, psicológicos e sociais específicos de cada indivíduo” (p.99). Assim, considera-se o envelhecimento como um processo complexo, individual e colectivo. A velhice não pode ser identificada como uma doença, embora com o avançar da idade possam surgir limitações que levam à vivência de situações patológicas.

3.1. Envelhecimento biológico

O envelhecimento biológico encontra-se associado à diminuição da eficiência do funcionamento do corpo, devido à insuficiência do sistema orgânico para renovar as células. Segundo Figueiredo (2007b) “(...) o processo de envelhecimento biológico refere-se às transformações físicas que reduzem a eficiência dos sistemas orgânicos e funcionais do organismo, traduzindo-se numa diminuição progressiva da capacidade de manutenção do equilíbrio homeostático que, em condições normais, não será suficiente para produzir perturbações funcionais” (p.32).

Este envelhecimento está associado a mudanças que colocam o idoso em situação de vulnerabilidade. Figueiredo (2007b) identifica no processo de envelhecimento as seguintes características: aumento da morbidade; modificações químicas do organismo; transformações morfológicas (deterioração funcional do organismo); aumento da vulnerabilidade da ocorrência da vivência de patologias; e diminuição da capacidade de resposta do organismo. Estas mudanças ocorrem devido à diminuição das capacidades dos órgãos para funcionar correctamente.

Paúl et al., (2001), num estudo realizado em Portugal identificam que após os 65 anos ocorre uma diminuição da capacidade de exercer força e diminui a capacidade respiratória. Sequeira (2007) realça que “(...) devido às alterações ocorridas em vários sistemas, com destaque para o sistema cardiovascular, o idoso encontra-se mais propenso ao aparecimento de diversas patologias (hipertensão, AVC, diabetes mellitus, hipercolesterolémia, obesidade, etc.), que também podem condicionar a sua independência e autonomia” (p.22).

Segundo Martins (2003) a partir dos 30 anos, por cada ano, o indivíduo perde cerca 1% da função do sistema. Figueiredo (2007b), realça que as alterações do envelhecimento primário (envelhecimento sem dependência) ocorrem ao nível das alterações estruturais (células e tecidos; composição global do corpo; músculos, ossos e articulações; pele e tecido subcutâneo) e das alterações funcionais (sistema cardiovascular; sistema respiratório; sistema renal e urinário).

3.2. Envelhecimento psicológico/ cognitivo

O envelhecimento psicológico/ cognitivo relaciona-se com as mudanças que ocorrem ao nível cognitivo e emocional. Paúl, et al., (2005) realçam as influências do envelhecimento ao nível das competências cognitivas, ou seja, ao nível da memória, raciocínio abstracto e da resolução de problemas.

Barros de Oliveira (2010) refere que a memória, com a idade, começa a diminuir a sua capacidade, sendo que *“(..) as causas da diminuição de uma certa memória nos idosos (lembrando que cada pessoa é um caso) podem ser vários, como o estado emocional, o nível cultural e instrumental, a situação sócio-económica, o stress, e principalmente causas neuronais (declínio no número e na eficiência dos neurónios), relacionados com mudanças anatómicas e funcionais”* (p.52-53).

Segundo Figueiredo (2007b), ao nível do envelhecimento psicológico, no que diz respeito ao funcionamento cognitivo, ocorrem grandes investigações. Ao nível do funcionamento cognitivo tem sido estudado as alterações ao nível da inteligência, memória e aprendizagem. Segundo Berger et al., (1995) *“(..) a diminuição de certas funções cognitivas é normal no envelhecimento, pelo que representa um dos medos mais frequentes”* (p.170).

As principais características que podem influenciar o grau do envelhecimento cognitivo que os idosos vão apresentando podem resumir-se a factores genéticos, saúde, actividade mental e física, personalidade e humor, meio social e cultural, treino cognitivo, efeitos de coortes, entre outros factores (Spar & La Rue, 2005).

3.3. Envelhecimento e contexto social e familiar

Os idosos com o avanço da idade começam a diminuir as suas redes sociais. Fonseca (2004) realça este processo de envelhecimento como sendo influenciado por um conjunto de factores culturais e sociais que *“(..) exercem um impacto especial e desempenham um papel primordial na vida dos indivíduos à medida que envelhecem”* (p.133).

Spar & La Rue (2005), face ao contexto social do envelhecimento, referem que a *“(..) terceira-idade é acompanhada por mudanças de papéis e, muitas vezes, por perda de*

papéis. A maioria das pessoas pode esperar transformações nos papéis ocupacionais, familiares e comunitários e para muitas o número de papéis diferentes diminui na idade avançada” (p.52).

As redes sociais têm uma importância significativa na vida do indivíduo, não se limitando às relações familiares, mas também nas relações sociais. Segundo Figueiredo (2007b) “(...) por norma, os membros da família são quem providencia os tipos de apoio para os quais são considerados como os únicos capazes, enquanto os outros elementos da rede ampliam a provisão de suporte na forma que unicamente se ajusta às suas capacidades” (p.59).

Segundo Sousa et al., (2004) “(...) a restrição das redes sociais é um facto normal do envelhecimento, uma vez que à velhice se associam uma série de barreiras que dificultam a manutenção de relações” (p.44). As redes sociais diminuem devido às perdas relacionais (morte de familiares e amigos); vulnerabilidade física e social (envelhecimento biológico e psicológico/ cognitivo); ou existência de barreiras económicas.

Com a redução das redes sociais os idosos passam a sentir-se isolados. Figueiredo (2007b) refere que “(...) a solidão está associada à temática da redução das redes sociais” (p.61). É importante distinguir o conceito de isolamento social, que está “(...) intimamente colado à solidão, refere-se à integração de pessoas e grupos com a comunidade e caracteriza-se pela falta de comunicação e manutenção de contactos mínimos” (Sousa et al., 2004, p.45).

A entrada na reforma contribui para o surgimento dos sentimentos de inutilidade, que se caracteriza pela “(...) perda de determinados papéis sociais activos (principalmente, o profissional) e apresenta-se como um marco de entrada na velhice, sobretudo porque o estatuto de reformado é associado à perda de importância social e de poder em sociedades fortemente marcadas por regras económicas e orientadas para e pelo produtivismo, onde quem não produz não é considerado como socialmente útil” (Figueiredo, 2007b, p.54).

A reforma implica um rendimento económico menor, a diminuição de contactos sociais e a existência de mais tempo livre. Estas novas alterações exigem que o indivíduo idoso reorganize o seu dia-a-dia e procure dar um sentido de utilidade à sua vida (Sousa et al., 2004). Para Sequeira (2007), a reforma muitas vezes tão desejada, torna-se uma etapa de desvinculação, em que se constitui como um processo de transição e adaptação que implica alterações e consequências no bem-estar psicológico e social do indivíduo idoso.

Capítulo II.

A problemática da vulnerabilidade e da dependência associada ao processo de envelhecimento

1. Funcionalidade, vulnerabilidades e dependência

Uma parte significativa dos idosos não apresenta limitações funcionais na realização de actividades básicas⁵ (ABVD) e instrumentais⁶ (AIVD) de vida diária. Segundo Gil (2010) “(...) a doença, a incapacidade e a dependência, não são uma consequência do envelhecimento humano; muito embora o risco destas ocorrerem aumente com a idade, pois a idade avançada, se é ganho em longevidade, também pode surgir associada a fragilidade física e mental” (p.25).

A perda de funcionalidade na velhice está “(...) na maioria dos casos associados a uma diminuição da capacidade das estruturas ou funções do organismo (compromisso da mobilidade, da capacidade articular, capacidade instrumental, capacidade mental, etc.), como acontece no caso de uma demência” (Sequeira, 2007, p.40). Muitas vezes, o surgimento da incapacidade resulta de uma patologia, acidente, doença crónica, da má nutrição ou das más condições ambientais.

Capelo (2001 cit., por Imaginário, 2008), verificou num estudo realizado em Lisboa, que as doenças crónicas são as que mais comprometem os idosos, nomeadamente por serem uma doença de longa duração, progressiva e que altera as funções físicas, psicológicas e sociais (Rocha, 2007).

Figueiredo (2007b) realça que 80% dos indivíduos com 65 ou mais anos sofrem de uma doença crónica, o que muitas vezes leva os idosos a viver situações extremas de dependência. A autora refere que “(...) quer se revista de carácter físico e mental (ou de ambos), a doença crónica é uma das maiores causas de incapacidade, significando a perda de independência e, muitas vezes, da própria autonomia” (p.64).

⁵ Segundo Sequeira (2007) as ABVD são um “(...) conjunto de actividades primárias da pessoa, relacionadas com o autocuidado e a mobilidade, que permitem ao indivíduo viver sem precisar de ajuda de outros, ou seja, com autonomia e independência elementares, incluindo actividades como: comer, uso da casa de banho, arranjar-se, vestir-se” (p.46), entre outras actividades.

⁶ Para Sequeira (2007) as AIVD são um grupo é constituído por “(...) actividades que possibilitem à pessoa adaptar-se ao meio e manter a sua independência na comunidade. Estão directamente correlacionadas com o estado cognitivo e incidem sobre o cozinhar, o uso de transportes, o uso de dinheiro” (p.53), entre outras actividades.

Para Quaresma et al., (2004) o conceito de dependência é uma construção social, que necessita da compreensão das noções de incapacidade e de risco de perda de autonomia. Segundo Gil (2010), “(...) a dependência é, assim, definida como aquele indivíduo que não pode desempenhar sozinho as actividades da vida diária” (p.97). Já Baltes & Sivelberg (1995 cit., por Figueiredo, 2007b) “(...) definem a autonomia como a capacidade do indivíduo em manter o seu poder de decisão” (p.64).

Assim, o indivíduo pode ser dependente e não deixar de ser autónomo, pois pode necessitar de ajuda para executar tarefas do quotidiano, mas não deixa de ter capacidade de decidir como e o que quer. Contudo, quando associada a dependência a situações patológicas de foro mental, a autonomia do indivíduo pode estar comprometida (Gil, 2010).

Relativamente à avaliação da autonomia dos idosos, Saura Hernández & Sangüesa Giménez (2000, cit., por Imaginário, 2008), identificam três níveis de autonomia:

- Baixa autonomia: verifica-se quando o indivíduo idoso apresenta uma alta dependência para realizar as actividades de vida diária, estando dependente de terceiros;
- Média autonomia: os indivíduos conseguem “(...) resolver a maior parte dos seus problemas quotidianos, mas contam com um importante apoio dos familiares, quando revelam perdas sensoriais e baixa actividade intelectual” (p.44);
- Autonomia elevada: os indivíduos “(...) têm boa percepção de QDV, com atitudes activas face à vida” (p.44), não necessitante do auxílio de terceiros.

Spar & La Rue (2005) referem que nos Estados Unidos da América (EUA), em 1994, existiam aproximadamente 21% de indivíduos mais velhos que estavam incapacitados devido a problemas de saúde. Destacam que “(...) cerca de 4% tinham limitações apenas nas actividades mais importantes da vida diária (por exemplo, gestão dos seus recursos, transportes, toma de medicamentos), 6% tinham défice em 1 ou 2 actividades básicas da vida diária (por exemplo, comer, tomar banho, vestir), outros 6% tinham incapacidades entre 3 e 6 actividades da vida diária e 5% estavam internados em instituições” (p.21).

Segundo Sousa et al., (2004), num estudo realizado em Portugal, com 1747 idosos com 75 anos ou mais, que se encontravam a viver na comunidade, sozinhos, com a família ou estavam institucionalizados, foi possível concluir que “(...) 12,5% eram “totalmente dependentes”, 14,7% “muito dependentes”, 54% “complementarmente independentes” e 15,8% apenas com limitações nas AIVD” (p.49). Assim, embora nem sempre a velhice

signifique a existência de dependência, com a idade regista-se a prevalência de uma percentagem significativa de pessoas a necessitar de auxílio/ apoio.

Para o INE (cit., por Fonseca, 2006), existe um *“(...) agravamento progressivo das condições e queixas de saúde dos portugueses com o avançar da idade”* (p.127). Segundo Oliveira et al., (2010) no *“Estudo do Perfil do Envelhecimento da População Portuguesa”*, a população com mais de 75 anos apresenta uma dependência funcional duas vezes superior aos outros grupos etários, sendo *“(...) que a maior tendência de resultados desfavoráveis se concentrou consistentemente nos mais idosos e nas mulheres”* (p.55).

Com base neste estudo é possível verificar a dependência funcional do idoso ao nível das características da locomoção, da autonomia física e da autonomia instrumental. Destaca-se, ao nível da locomoção à medida que a idade avança as pessoas vão perdendo capacidades motoras e em alguns casos a capacidade para se movimentarem autonomamente.

Já no que diz respeito à autonomia física, como vestir-se/ despir-se, sentar-se/ levantar-se e comer/ alimentar-se, verifica-se o mesmo facto, ou seja, uma percentagem de indivíduos que necessitam de ajuda de alguém para exercer estas actividades.

Por último, numa análise ao nível da autonomia instrumental, como preparar refeições, realizar tarefas domésticas e fazer compras, verifica-se uma prevalência de situações em que o indivíduo é incapaz de realizar estas tarefas (Oliveira et al., 2010).

Para além das reduções da funcionalidade que se observa com o aumento da idade, ao nível mental podem ocorrer alterações que levam à dependência. No campo das doenças mentais, destaca-se a prevalência da depressão e da demência, em que surge o caso particular da doença de Alzheimer, que *“(...) representa entre 60% e 70% dos casos totais de demência e incide sobretudo nos grupos mais idosos, pelo que se considera uma patologia do envelhecimento”* (Sequeira, 2007, p.89).

2. Dependência e emergência de necessidades

O homem tem necessidades básicas que se manifestam de várias formas ao longo da vida, desde o nascimento até à morte. Para Imaginário (2008) *“(...) a satisfação dessas necessidades é feita ao longo da vida de uma forma dependente e independente, sendo que numa primeira fase da vida são satisfeitas por terceiros, e o mesmo acontece à medida que a idade vai avançado”* (p.46).

Com o avançar da idade e com a velhice as capacidades físicas e, muitas vezes, mentais começam a declinar e o indivíduo começa a apresentar dificuldades para satisfazer as suas necessidades (Quaresma, et al., 2004). A este respeito Figueiredo (2007b) realça que *“(...) ”*

a maioria das pessoas com 65 ou mais anos de idade padece de, pelo menos, uma doença crónica, que poderá limitar a sua autonomia e qualidade de vida” (p.30). Assim, as fragilidades físicas, os problemas de mobilidade e as doenças tornam a velhice dependente, estando o idoso dependente de terceiros.

Imaginário (2008) realça que “(...) os idosos têm necessidades de ordem social, estas emergem do facto de nas sociedades industrializadas o idoso ficar sujeito ao isolamento, à solidão e à diminuição das redes de amizade” (p.47). As necessidades surgem, também, devido à falta de contactos sociais, que levam à solidão, isolamento e, em casos mais complicados, à depressão e declínio da saúde mental.

Segundo Guerreiro (2008) todos os indivíduos apresentam necessidades básicas, sejam elas físicas, intelectuais, emocionais ou mesmo sociais e espirituais. As necessidades em questão são expressas da seguinte forma:

- Necessidades físicas: expressam-se na necessidade de alimentação, higiene corporal, saúde e segurança;
- Necessidades intelectuais: resultam na necessidade de comunicação e capacidade de raciocinar e resolver problemas;
- Necessidades emocionais: são expressas na capacidade de auto-estima e na capacidade de amar e ser amado;
- Necessidades sociais: relacionam-se com a manutenção das relações familiares e com as redes sociais, nomeadamente as de amigos e vizinhos;
- Necessidades espirituais: são caracterizadas pelo pensamento de si próprio e das suas crenças religiosas.

Para Henderson (cit., por Imaginário, 2008) as necessidades dos indivíduos passam por “(...) respirar; beber; comer; eliminar; mover-se e manter uma posição adequada; dormir e descansar; vestir-se e despir-se; manter a temperatura corporal; estar limpo e asseado; evitar os perigos do meio; comunicar com as outras pessoas; praticar a sua religião e actuar segundo as suas crenças; ocupar-se de maneira que se sinta útil; participar em actividades recreativas; aprender; descobrir e satisfazer a sua curiosidade” (pp.48-49).

As necessidades dos idosos em situação de dependência resultam da incapacidade para satisfazer as suas necessidades ao nível das ABVD e AIVD. Ao nível destes dois conjuntos de actividades, Sequeira (2007) realça um leque de actividades específicas onde os indivíduos idosos necessitam de auxílio para a sua execução:

- ABVD: alimentação, vestir, higiene corporal, uso da cadeira de banho, controle intestinal, controle vesical, subir escadas, transferência cadeira-cama, e deambulação;
- AIVD: cuidar da casa, lavar roupa, preparar as refeições, fazer compras, usar transporte, usar dinheiro, e responsabilizar-se pelos medicamentos.

Segundo José et al., (2002), tendo em consideração a situação de dependência do idoso, nomeadamente o grau, é possível compreender o nível de necessidades e apoio que o idoso apresenta:

- Se o idoso apresentar um baixo nível de dependência, apenas necessita de alguma supervisão, manifestando necessidades ao nível da mobilidade e, também, ao nível da higiene pessoal;
- Se o idoso apresentar um nível médio de dependência, então irá necessitar de uma supervisão mais constante, nomeadamente no apoio para a realização de actividades específicas, no tomar banho e gerir a sua medicação;
- Se o idoso tiver um nível elevado de dependência, então a necessidade de supervisão é constante, pois não terá capacidade para realizar tarefas básicas, como comer ou mesmo ao nível do controlo esfinteriano (da bexiga e do intestino).

No âmbito das situações de dependência a necessidade de cuidados torna-se real e fundamental, nomeadamente ao nível das necessidades decorrentes do apoio familiar, social e de saúde (Mestre, 2010).

Segundo Guerreiro (2008), *“(...) quando as funções deterioram, surgem as dificuldades e a necessidade por cuidados cada vez mais intensos, abrangentes e constantes”* (p.29). Assim, a urgência de colmatar estas necessidades encontra-se subjacente a uma carência de apoio, resultante do auxílio de terceiros, muitas vezes provenientes da família mais próxima – nomeadamente os descendentes, que se tornam cuidadores informais.

Capítulo III.

Os cuidados familiares a pessoas idosas em situação de dependência

1. Tipologia de Prestação de Cuidados

Quando nos reportamos à prestação de cuidados é necessário ter em consideração duas formas de cuidados distintas: a prestação formal e/ou prestação informal (Bookman & Kimbrel, 2011).

O cuidado formal relaciona-se com a execução de uma actividade profissional. Segundo Sequeira (2007), “(...) este tipo de prestação de cuidados é habitualmente executado por profissionais devidamente qualificados (médicos, enfermeiros, psicólogos, assistentes sociais, etc.)” (p.156). Estes cuidados estão associados ao sector público e/ou privado, sendo executado por profissionais que trabalham em hospitais, lares e outros serviços de prestação de cuidados, por exemplo o apoio domiciliário (Augusto & Carvalho, 2002).

O cuidado informal tem por base a execução não remunerada e não profissional de cuidados a indivíduos que necessitam de auxílio no domicílio (Grácia et al., 2005). Assim, os cuidados informais são assegurados pela família, nomeadamente por um único elemento, que assume a responsabilidade da prestação de cuidados ao familiar idoso em situação de dependência (Dunbrack, 2005).

Este cuidado informal é definido por Domínguez-Alcón (1997, cit., por Imaginário, 2008) “(...) como a assistência proporcionada pela família pelos amigos, ou pelos vizinhos a pessoas com necessidade de cuidados instrumentais, ou pessoais, nas actividades de vida quotidiana (...) trata-se de uma fonte de cuidados não remunerados, para que a pessoas idosas em situação de fragilidade ou dependência, as pessoas incapacitadas ou outros grupos continuem a viver no seu lar, ou na comunidade e não sejam institucionalizados” (p.73).

Surge na literatura a designação de três tipos de cuidadores (Martín, in Paúl & Fonseca, 2005). Segundo Lopes et al., (in Pocinho, 2012a) “(...) o cuidador principal é a pessoa que proporciona a maior parte dos cuidados e é sobre quem recai a responsabilidade pelo cuidar. O cuidador secundário é alguém que ajuda na prestação de cuidados de forma ocasional, ou regular, mas não tem a responsabilidade de cuidar. (...) o cuidador terciário pode ser um familiar, um amigo ou um vizinho próximo que presta apoio esporadicamente ou apenas quando solicitado” (pp.174-175).

Augusto et al., (2002) refere que “(...) *uma das vantagens das redes de apoio informal prende-se essencialmente com a possibilidade da pessoa dependente poder ser cuidada no seu lar, no seio dos que lhe são próximos, sem ter que se desenraizar do seu meio com todos os benefícios psicossociais subjacentes*” (p.51). O domicílio é o espaço de memórias e objectos, que reflectem a história pessoal da pessoa idosa, ideal para a vivência da sua velhice (Bonfim, et al., 1996).

O cuidado no domicílio aos idosos em situação de dependência faz parte da função da família, porque cuidar faz parte da sua história, experiência e valores culturais. Este facto é enaltecido por Sipilä et al., (2003), em que refere que as famílias portuguesas mas, também, as italianas, entendem a institucionalização como o último recurso para os seus familiares.

2. Prestação de Cuidados Informais

A prestação de cuidados ocorre no âmbito de valores culturais inscritos na sociedade portuguesa e, também, nos países do Sul da Europa. Segundo Figueiredo (2007b) “(...) *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*” (p.99).

Segundo Sequeira (2007) “(...) *a família constitui o 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*” (p.160). Ao longo da história tem sido a família a responsável pela manutenção da autonomia dos seus familiares idosos em situação de fragilidade, apesar das transformações que a família tem vindo a sofrer – por exemplo: a entrada da mulher no mercado de trabalho vem colocar alterações na estrutura da familiar e na sua disponibilidade para prestar e assegurar os cuidados básicos (Pereira et al., 2011).

A maior parte dos cuidados a adultos doentes e idosos incapacitados é prestado no âmbito informal, nomeadamente em países como Finlândia, França, Reino Unido, Itália e Portugal. Segundo Sipilä et al., (2003), cerca de 6% dos cidadãos parecerem realizar cuidados diários a idosos na maioria dos Estados-membros da UE. A família é o garante da solidariedade necessária para os mais velhos (Fernandes, 1997).

Segundo estudos internacionais, onde Portugal é incluído nas estatísticas, citados por Romão et al., (2008), entre 70% a 80% dos cuidados a idosos em situação de dependência são prestados no âmbito informal. Sequeira (2007), realça que nos EUA, na Inglaterra e no Japão, entre 75% e 90% dos cuidados são prestados pelo cuidador informal no domicílio.

A prestação de cuidados é compreendida como o auxílio directo na concretização de AVD. Lopez & Crespo (2007 cit., por Mata & Rodrigues, *in* Pereira, 2012) “(...) *realçam que o papel do cuidador informal é essencial, dado que contribui para colmatar lacunas e carências das redes sociais e sanitárias e também porque constitui o eixo fundamental das políticas sociais de apoio aos idosos*” (p.196).

Contudo, é mais do que a satisfação das necessidades básicas, pois a prestação de cuidados envolve uma componente de apoio emocional e social, fundamentais para o bem-estar da pessoa idosa (André, et al., 2010).

Segundo Gomes & Mata (*in* Pereira, 2012) “(...) *o cuidado familiar pode ser caracterizado como sendo um conjunto de acções dirigidas a uma pessoa que necessita de saúde e de outros apoios desenvolvidas no domicílio*” (p.168). Assim, aquando do surgimento de uma doença ou incapacidade, os cuidados ganham uma força diferente, pois deixam de ocorrer na base de uma troca de ajudas, obrigando a uma reconstrução das relações familiares e a uma dedicação contínua por parte do cuidador ao seu familiar idoso em situação de dependência.

2.1. Processo de iniciação e motivação

O início da prestação de cuidados raramente decorre de um processo de escolha livre. Segundo Morris (s/d, cit., por Mata & Rodrigues, *in* Pereira, 2012) “(...) *não existe ninguém que tenha algum dia planeado tornar-se cuidador de algum familiar. Não existe ninguém que comece a poupar dinheiro, a organizar-se em termos de tempo para tal ocupação, ou a iniciar-se na aprendizagem de possíveis tarefas inerentes ao processo de cuidar, apesar de o cuidador informal a pessoas com incapacidades e dependências ter constituído desde sempre uma realidade em todas as sociedades*” (p.195).

Segundo Bris (1994), existem duas formas para se tornar prestador de cuidados informais:

- “*O processo sub-reptício, com toda a evidência, é lento e progressivo, geralmente em função da lenta progressão da perda de autonomia (uma má acuidade visual transformar-se em cegueira: as perturbações de memória tornarem-se em desorientação e incontinência, etc.)*” (p.60). Este processo tem um início difícil, em que a pessoa passa a prestar cuidados sem ter a noção disso. Todo o processo torna-se natural e as tarefas passam a fazer parte do quotidiano da pessoa;
- “*O acontecimento súbito pode, de um modo geral, ter três origens: uma doença, um acidente (fractura do colo do fémur, acidente cardíaco ou cardiovascular, etc.), seguidos de uma saída do hospital que exclui o retorno do domicílio, se o doente*

vive sozinho; a viuvez; a demissão ou o falecimento da pessoa que anteriormente prestava cuidados” (p.61). Neste processo o início é fácil, em que a pessoa começa a prestar cuidados de forma consciente da situação que a envolve.

As motivações que estão associadas à decisão de prestar cuidados são diversificadas. No estudo desenvolvido por Gil (2010) foram identificadas quatro tipos de ordens justificativas:

- Cuidar/dádiva: o acto de cuidar baseia-se no amor. Resulta num acto desinteressado e gratuito, em que a decisão de cuidar surge de forma natural. A decisão de cuidar inscreve-se numa relação familiar. *“O cuidar é algo natural, onde o amor assume o carácter central”* (Gil, 2010, p.248);
- Cuidar/dever (justeza): a prestação de cuidados baseia-se no dever conjugal. Segundo Gil (2010), *“(...) enquanto que o primeiro grupo de motivações é perspectivado como um acto de amor, a justeza surge com um imperativo; ou seja, como algo que tem que ser feito, porque existem normas, valores que regem as relações familiares e que necessitam de ser cumpridas”* (p.280). A razão para cuidar está subjacente ao dever conjugal e à reciprocidade hipotética, em que o pensamento base é o de que o outro faria o mesmo por mim;
- Cuidar/justiça: este modelo baseia-se numa visão crítica da realidade, em que a decisão de ser cuidador surge por exclusão de partes. Segundo Gil (2010) *“(...) a decisão torna-se num processo complexo, ambivalente, onde coexistem valores, obrigações, afectos, responsabilidades singulares e constrangimentos sociais”* (p.302). A autora identifica, neste modelo, três sub-ordens justificativas: a indisponibilidade da família directa; a ausência do ciclo familiar directo; e a existência de uma visão negativa sobre o mundo institucional;
- Cuidar/violência: neste modelo encontra-se patente a decisão de obrigatoriedade, imposição, a prestação de cuidados é forçada pelo laço conjugal. Geralmente não existe laço afectivo e os cuidados são vistos como uma sobrecarga. *“Este modelo de justificação assente na disputa, permite aos indivíduos julgarem a situação social em que se encontram, interpretada e vivida como injusta, alicerçada numa trajetória familiar conturbada. No desamor do discurso, subentende-se a disputa das práticas; e a formulação dos julgamentos familiares servem para justificar a experiência interpretada como sacrificio devido à ausência de afectos, a desencontros e conflitos familiares, e à rejeição face à doença”* (Gil, 2010, p.347).

Pimental (2001) identifica três razões para cuidar, nomeadamente quando o cuidador é um descendente – sobretudo os filhos. O autor refere que o cuidado pode ter por base uma

lógica de afectividade em que não tem em consideração as necessidades e exigências, sendo que acolher o familiar é a única solução; cuidar numa lógica do constrangimento, em que o idoso é acolhido por obrigação, resultando da pressão de alguém; e o cuidado numa lógica da dependência, que tem na sua origem uma relação doentia, “(...) em que a pessoa que cuida tem uma ligação extrema com aquela que necessita de cuidados” (p.93).

Fonseca (2010) também realça que o cuidador assume este papel por uma questão de pressão social, de qualidade das relações afectivas, pela falta de equipamentos adequados ou para evitar a institucionalização.

Também num estudo desenvolvido por Custódio et al., (in Pocinho, 2012a) averiguaram que quando questionaram os cuidadores face às suas motivações, 95,7% referem que é cuidador por obrigação familiar, 32,6% são cuidadores para evitar a institucionalização do idoso e que 4,3% são porque consideram as respostas institucionais insuficientes.

2.2. Perfil do cuidador

Sequeira (2007) refere 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 aspecto normativo da vida de alguns dos membros da família” (p.161). Neste âmbito, diversos estudos descrevem um perfil do cuidador, que apresentam características semelhantes entre si.

a) Sexo e Idade

Um leque diversificado de obras afirmam que a tarefa de prestação de cuidados recai sobre o elemento feminino mais próximo do idoso (Paúl, 1997; Ribeiro & Paúl, 2006).

A literatura enaltece este facto pela predominância do sexo feminino nos modelos de divisão do trabalho, em “(...) que situa a prestação familiar de cuidados como mais uma tarefa doméstica, à semelhança do cuidado com a casa e os filhos” (Figueiredo, 2007b, p.110). Embora se verifique um predomínio das mulheres na prestação de cuidados, a presença dos homens é crescente, tanto como cuidadores principais como secundários (Romão et al., 2008).

Relativamente à idade, evidencia-se que várias investigações indicam que maioritariamente os cuidadores encontram-se entre os 45 e os 60 anos de idade (Pereira, 2011). Segundo Sousa et al., (2004), “(...) a idade dos cuidadores é influenciada pela idade da pessoa que necessita de cuidados, isto é, quanto mais velha for a pessoa dependente, mais velho será o cuidador” (p.70).

b) Grau de Parentesco

A principal fonte de assistência às necessidades do idoso em situação de dependência é o cônjuge. A descendência assegura a segunda fonte de apoio (Brito, 2002). Romão et al., (2008) afirma, com base na investigação desenvolvida com 493 cuidadores, que 47,1% são filhas e 20,9% são cônjuges do idoso.

Segundo Figueiredo (2007b), “(...) *na ausência do cônjuge, é a filha quem assume a responsabilidade de prestação de cuidados. No caso da inexistência de uma filha, será o filho quem assume tal responsabilidade mas, quase sempre, acaba por transferi-la para a esposa*” (p.111). Paúl (1997) refere que esta desresponsabilização ocorre devido à noção de que o cuidado é da responsabilidade do sexo feminino.

Na ausência da família são os amigos e/ou vizinhos que assumem a prestação de cuidados ao idoso em situação de dependência (Sousa et al., 2004).

c) Estado Civil

Face ao estado civil, a maioria dos prestadores de cuidados são casados (Brito, 2002; IMSERSO, 2006). Figueiredo (2007a) refere, na sua obra, que 70% dos cuidadores informais estão casados, 11% são solteiros ou divorciados/separados. Imaginário (2008), na sua investigação, verificou que de 16 cuidadores entrevistados, 9 eram casados, 1 divorciado e 6 solteiros. Marques (2005), num estudo com 50 cuidadores, verificou que 76% dos cuidadores são casados; 12% são solteiros; e 10% são viúvos. Assim, verifica-se a prevalência de cuidadores informais casados, maioritariamente com o receptor de cuidados.

d) Proximidade Geográfica

Maioritariamente os cuidadores informais vivem próximo ou no mesmo domicílio que o idoso que recebe cuidados (Bris, 1994). Um estudo norte-americano, citado por Figueiredo (2007b) evidencia que em 1509 cuidadores, 20% vive no mesmo domicílio e 55% vive muito próximo. Romão et al., (2008), no estudo desenvolvido em Lisboa, com 493 cuidadores, verificou que 48,1% vivem com o cuidador e 51,3% não habita o mesmo domicílio, mas está próximo. Bris (1994) destaca que quando os cuidadores são os cônjuges, a coabitação é evidente.

e) Emprego

Segundo Figueiredo (2007b) “(...) *a acumulação de um trabalho assalariado e da tarefa de prestação informal de cuidados não constitui um modelo predominante na União Europeia, nem mesmo nos países centrais ou nórdicos*” (p.112).

Imaginário (2008) constatou na sua investigação que dos 16 cuidadores, 10 exerciam um trabalho não remunerado, 2 estavam desempregados e 4 exerciam uma tarefa remunerada. Contudo, esta conciliação é difícil, nomeadamente quando acresce o cuidado dos filhos menores de idade (Romão & Pereira, 2008).

Um estudo citado por Sousa et al., (2004) evidência que 64% dos cuidadores informais norte-americanos desempenham uma tarefa remunerada, (52% a tempo inteiro e 12% a tempo parcial) e que 16% estão reformados.

Romão et al., (2008) verificou que uma percentagem elevada dos cuidadores está reformada (46,5%), muito devido à sua idade avançada. Seguidamente, verificou que os cuidadores empregados representam 37% e que 11,6% encontram-se em situação de desemprego. Os autores destacam que 52,2% dos trabalhadores está empregado a tempo inteiro e sem qualquer flexibilidade de trabalho.

f) Duração dos Cuidados

A prestação de cuidados geralmente é uma tarefa de longa duração. Imaginário (2008) observou na sua investigação que dos 16 cuidadores, 8 prestavam cuidados entre um a cinco anos; 3 de seis a dez anos; 2 de onze a quinze anos; e 3 de dezasseis a vinte anos. Os cuidadores podem estar envolvidos na prestação de cuidados por um período meses ou anos, tendo em consideração a dependência ou patologia do idoso (Dunbrack, 2005).

Bris (1994) afirma que 40% a 50% dos cuidadores exercem a sua função há somente cinco anos. Verificou, ainda, 26% dos britânicos prestavam cuidados há cinco ou nove anos. No Canada, o autor refere que 22% dos cuidadores prestam cuidados há mais de 10 anos.

Segundo Lage (2005, cit., por Romão et al., 2008) *“(...) ser cuidador nem sempre é uma actividade consciente, visto que “(...) a entrada subjectiva no papel de cuidador pode ter um tempo diferente do começo objectivo da prestação de cuidados”, momento este que se torna ainda mais difícil de determinar quando o cuidado ocorre entre o cônjuge”* (p.84).

2.3. Tarefas desempenhadas na prestação de cuidados

A prestação de cuidados é caracterizada por uma diversidade de tarefas desenvolvidas pelos cuidadores, a fim de garantir a satisfação de um conjunto de necessidades fundamentais para o bem-estar dos idosos (Gomes & Mata, *in* Pereira, 2012).

Os cuidadores asseguram o suporte psicológico, financeiro e a realização de AVD, fundamentais para a qualidade de vida dos idosos.

Segundo Lopes et al., (in Pocinho, 2012a), os cuidados prestados dizem respeito a cuidados pessoais, domésticos, apoio psicológico, social e financeiro. Imaginário (2008) no seu estudo concluiu que as ajudas que os cuidadores fornecem ao familiar idoso em situação de dependência são maioritariamente: auxílio nos cuidados de higiene; auxílio para vestir e despir; auxílio para comer e beber; acompanhamento a consultas médicas; auxílio na tomada de medicação; e auxílio e incentivo na realização de actividades de lazer.

As tarefas desempenhadas pelo cuidador relacionam-se com a orientação, vigilância e auxílio (Sequeira, 2007). O cuidador tem a função de promover a autonomia e independência do idoso; promover um ambiente seguro no domicílio; supervisionar a actividade do idoso; promover a comunicação e a socialização; supervisionar e incentivar as actividades físicas e de lazer; e ajudar ou substituir o idoso na realização de AVD.

Noutros estudos, os autores operacionalizam as tarefas da seguinte forma:

- Os cuidados são apresentados em quatro categorias: serviços directos; suporte emocional; mediação com organizações formais e apoio financeiro (Horowitz, 1985, cit., por Sousa et al., 2004);
- Os cuidados são definidos em três componentes dos cuidados: trabalho físico, com a ajuda na realização das ABVD e AIVD; trabalho emocional; e gestão e organização (James, 1992, cit., por Sousa et al., 2004);
- Os cuidados podem ser classificados da seguinte forma: cuidados práticos (ajuda às necessidades básicas); orientação externa (compreende o acompanhamento a serviços); informação/ defesa de direitos; supervisão regular; integração social; envolvimento afectivo; e confidenciais (Sinclair et al., 1990, cit., por Sousa et al., 2004);
- Os cuidados podem apresentar cinco categoriais: antecipatórios (onde se destaca a tomada de decisões na antevisão das necessidades do idoso); supervisão (que se baseia no envolvimento directo de olhar pelo idoso); instrumentais (que se refere com o facto de ter que assistir às necessidades físicas e ao estado de saúde do idoso); e protectores (que se baseia na “(...) *protecção relativa ao que não pode ser evitado e tem a ver com as ameaças à auto-imagem, identidade, bem-estar emocional*”) (Paúl, 1997, p.131).

A frequência e intensidade da prestação de cuidados a um familiar idoso estão associadas a um conjunto de factores como “(...) o grau (*baixa, moderada ou severa*) e tipo de

dependência (física, mental ou ambas), proximidade geográfica, situação sócio-económica, apoio intra e extra-familiar, sexo do cuidador, etc.” (Paúl, 1997, p.75).

3. Impacto da Prestação de Cuidados no Cuidador Informal

Nos últimos anos tem sido desenvolvido um leque diversificado de estudos que abordam os impactos da prestação de cuidados na vida do cuidador, quer ao nível dos impactos positivos, como negativos (Lage, 2006). Contudo, segundo Figueiredo (2007b) “(...) nos últimos anos, a investigação tem dado especial atenção às consequências negativas que a prestação informal de cuidados exerce sobre a saúde e bem-estar físico, psicológico e social dos cuidadores” (p.118).

3.1. Impactos negativos

A prestação de cuidados provoca alterações na vida familiar e social (Lage, 2006). Com a incidência e frequência da prestação de cuidados, o cuidador é alvo de um aumento de situações de sobrecarga. Segundo Lopes et al., (in Pocinho, 2012a) “(...) as alterações demográficas não trouxeram apenas consequências negativas para a pessoa idosa, mas também para os cuidadores de pessoas dependentes, que acabaram por se tornar “vítimas ocultas” do envelhecimento” (p.173).

Um leque diversificado de estudos refere que o cuidador informal enfrenta desafios diários, que se reflectem na vida ao nível da saúde física e emocional. Segundo Gomes & Mata (in Pereira, 2012) as consequências da prestação de cuidados diários tem implicações que se reflectem ao nível social e económico.

a) Sobrecarga

Uma das principais consequências da prestação de cuidados é a sobrecarga (*burden*), que corresponde a uma resposta psicossocial do cuidador à prestação de cuidados. Para George & Gwyther (1986, cit., por Figueiredo, 2007b), a sobrecarga é uma resposta aos “(...) problemas físicos, psicológicos, emocionais, sociais e financeiros que podem ser experienciados pelos membros da família que cuidam de idosos incapacitados” (p.119).

De forma a melhor compreender a noção e implicação da sobrecarga, importa distinguir duas noções da sobrecarga: a objectiva e a subjectiva (Mata et al., 2012). Segundo Sequeira (2007) a sobrecarga objectiva “(...) está relacionada com os acontecimentos e actividades concretas e refere-se à alteração em parâmetros da vida do cuidador” (p.194). Relativamente à sobrecarga subjectiva, o autor refere que esta “(...) é entendida enquanto sentimentos, atitudes e reacções emocionais face à experiência do cuidar, ou seja, como cada um avalia a sobrecarga objectiva” (Sequeira, 2007, p.194).

Para Gil (2010), a sobrecarga objectiva é observável e relaciona-se com as alterações familiares no trabalho, na vida social e no tempo livre, que sofre implicações devido à doença do familiar. Por outro lado, a sobrecarga subjectiva, traduz-se na percepção do cuidador acerca dos impactos emocionais da prestação de cuidados na sua vida.

b) Saúde física e mental do cuidador

Os cuidados de longa duração a idosos podem diminuir o estado de saúde físico do cuidador, sendo a tarefa de prestação de cuidados psicologicamente desgastante. Segundo Figueiredo (2007b) “(...) *as consequências da prestação informal de cuidados têm sido descritas em termos de mal-estar psicológico e de morbilidade física*” (p.121).

Segundo Custódio et al., (in Pocinho, 2012a) no estudo que desenvolveu relativamente à percepção do estado de saúde dos cuidadores, concluiu que 37% dos cuidadores descrevem o seu estado de saúde como fraco e 19,6% como muito fraco. Assim, os cuidadores apresentam com frequência cansaço físico, devido a perturbações do sono e a problemas associados às necessidades do idoso.

Num estudo desenvolvido por Sequeira (2007) a cuidadores de idosos com dependência mental e física, concluiu que os cuidadores de idosos com dependência mental têm uma percepção fraca do seu estado de saúde, comparativamente com os cuidadores de idosos com dependência física.

O autor refere, ainda, que os cuidadores de idosos com dependência física apresentam queixas ao nível da saúde física, como cansaço (45,5%). Face aos cuidadores de idosos com dependência mental, estes apresentam queixas ao nível da sua própria saúde mental, destacando-se a tensão nervosa (59%), irritabilidade (46,9%) e tristeza (44,6%).

O *stress* é outro elemento que afecta a saúde física e mental do cuidador. É entendido como uma reacção a acontecimentos que provocam alterações no indivíduo, por exemplo: agitação; alterações de humor; fadiga; impaciência; e intolerância (Paúl et al., 2001). Também a depressão e a ansiedade são problemas que a maioria dos cuidadores apresenta. Paúl (1997) refere que “(...) *a depressão é um aspecto que acompanha muito frequentemente a prestação de cuidados a idosos*” (p.142).

c) Relações familiares e sociais

Assumir o papel de cuidador informal envolve uma série de consequências (José et al., 2002). As implicações ao nível das relações familiares destacam-se na relação do cuidador com o idoso, nas relações conjugais e filiais e ao nível das relações sociais com os amigos, que sendo reduzidas levam ao isolamento social (Figueiredo, 2007b).

A relação do cuidador com o idoso surge com uma conotação de conflito. Para o idoso surge esta conotação porque a incapacidade está associada à impossibilidade de realizar as suas actividades básicas e para o cuidador corresponde à exigência da satisfação das necessidades do seu familiar (Bris, 1994). Acresce aqui, nesta relação de conflito, a questão da intimidade, em que o idoso perde a sua privacidade e o cuidador tem de lidar com a realização de tarefas íntimas (Gil, 2010).

Quando o idoso passa a viver em casa do cuidador, cria, por vezes, situações de conflito, pois os restantes membros da família passam a sentir-se afectados por uma situação não desejada, não se encontrando disponível para cuidar ou aceitar a presença daquela pessoa. Assim, ocorrem situações em que *“(..) a ausência de acordo entre os diferentes familiares relativamente à definição e gravidade da doença e/ou incapacidade e de como prestar os cuidados, ao número de elementos da família que devem cuidar da pessoa dependente e ao modo de apoiar o cuidador principal”* (Figueiredo, 2007b, p.125).

O afastamento da família tem um efeito negativo, pois Gil (2010) refere que muitas vezes os familiares deixam de fazer visitas, diminuindo o seu apoio ao cuidador. A autora afirma que *“(..) as visitas ocorrem com menor frequência e são raras as situações em que a família ou os amigos se oferecem para ajudar ou intervir na cena dos cuidados”* (pp.409-410).

d) Actividade profissional e situação financeira

A prestação de cuidados para alguns cuidadores é uma tarefa a tempo inteiro, mas para outros é uma tarefa que se acumula com a actividade profissional.

Segundo Imaginário (2008), quando a necessidade de prestação de cuidados é exigente, devido a uma dependência grave e o cuidador exerce uma actividade profissional, surge um dilema: trabalhar ou cuidar. Este facto leva a que surjam dificuldades económicas, devido ao abandono do emprego e ao acréscimo de gastos com os cuidados (Colombo et al., 2011).

Sequeira (2007) afirma que face à situação financeira, ocorre um aumento efectivo das despesas, incluindo despesas com a saúde (consultas, medicamentos, tratamentos, fraldas, etc.), necessidades de modificação do ambiente domiciliar, entre outras necessidades que possibilitem manter a qualidade de vida ao idoso.

Para Figueiredo (2007b) *“(..) o tempo despendido no trabalho tanto pode ser benéfico como nefasto para o cuidador”* (p.126). O trabalho pode ser benéfico no sentido em que este torna-se um escape à prestação de cuidados. Para além de um escape, contribui para atenuar as dificuldades económicas. O trabalho permite ao cuidador manter algumas relações sociais, nomeadamente com os colegas de trabalho.

José et al., (2002) num estudo desenvolvido, sobre a conciliação do trabalho e a prestação de cuidados, verificou que “(...) os impactos referidos com mais frequência traduzem-se na necessidade de alteração dos horários de trabalho e na diminuição da concentração para o desempenho das actividades” (p.32).

e) Tempo livre e lazer

A prestação de cuidados constitui-se como uma tarefa que exige muito tempo e dedicação, levando a que o cuidador se aperceba de que não tem tempo para si e para realizar as suas actividades de lazer (Imaginário, 2008). Segundo Sousa et al., (2004) o cuidador “(...) quando se decide a cuidar de si, surgem sentimentos de culpa associados à ideia de deixar o idoso abandonado” (p.82).

A diminuição das actividades de lazer produz no cuidador um sentimento de tristeza e de isolamento. Figueiredo (2007b) afirma que a redução do tempo livre leva a uma ausência ou inexistência de apoio, sobretudo social, contribuindo para a existência de necessidades e dificuldades na vida do cuidador.

3.2. Impactos positivos

A grande maioria dos estudos tem centrado a sua abordagem na análise dos impactos negativos. Contudo, o cuidado informal tem repercussões positivas, nomeadamente obtidas através da “(...) felicidade que advém de tornar mais doce o fim da vida de quem nos é querido, são razões de sobra para tornar positiva a eventual sobrecarga e desgaste físico que a prestação de cuidados a um idoso acarreta” (Paúl, 1997, p.129).

Segundo Sousa et al., (2004) as satisfações mais frequentes da prestação de cuidados são “(...) a manutenção da dignidade da pessoa idosa, ver a pessoa de quem se cuida bem tratada e feliz, ter a consciência de que se dá o melhor, encarar a prestação de cuidados como uma oportunidade de expressar amor e afecto, afastar a possibilidade de institucionalização, encarar a prestação de cuidados como uma possibilidade de crescimento e envolvimento pessoal, sentido de realização, desenvolvimento de novos conhecimentos e competências” (p.83).

Saraiva (2010) e Loureiro (2009) salientam nos seus estudos algumas satisfações, nomeadamente: sensação de estar a cumprir o seu dever; desenvolvimento de novas competências e capacidades; crescimento pessoal; auto-estima; e orgulho na capacidade em lidar com situações difíceis.

Pereira (2011) no seu estudo refere a existência de três tipos de satisfações: interpessoais (em que reforça os laços entre o idoso e o cuidador); intrapessoais (em que se destaca a

capacidade de resolver problemas) e decorrentes das consequências (recompensa económica directa ou indirecta).

4. Dificuldades e Necessidades do Cuidador Informal

Cada cuidador é único, encara e organiza a prestação de cuidados ao seu familiar de forma distinta. A qualidade dos cuidados está dependente do quão o cuidador está preparado. Assim, a forma de encarar este novo papel, o de cuidar de outra pessoa, e a própria realidade e necessidade do idoso, leva a que o cuidador apresente dificuldades no seu dia-a-dia (Gomes & Mata, *in* Pereira, 2012).

Segundo Ribeiro & Paúl (2006) “(...) *grande parte dos cuidadores reporta a presença de dificuldades na realização das tarefas do cuidar e de gestão do quotidiano devido às vulnerabilidades do seu próprio processo de envelhecimento*” (p.525), pois os cuidadores são, também, cada vez mais envelhecidos.

O estudo do IMSERSO (2006) refere que os cuidadores apresentam dificuldades na prestação de cuidados, e que estes têm repercussões na saúde física e psicológica. As dificuldades que os cuidadores sentem no cuidado relacionam-se, fundamentalmente, com a falta de conhecimento para ajudar o doente na sua mobilização (ao nível dos posicionamentos e transferências) e nos cuidados de higiene.

Bonfim et al., (1996) enumeram algumas dificuldades: de ordem material (stress físico e mental; conflitos; falta de informação e formação); de ordem familiar (conflitos familiares graves); dificuldades de ordem económica (encargos financeiros); de integração social e profissional (falta de legislação que permita conciliar o trabalho e a prestação de cuidados); e decorrentes da inexistência de apoios (nomeadamente ajudas técnicas).

André et al., (2011) realça as carências dos cuidadores, que se reflectem ao nível material (recursos financeiros, transporte, acesso a serviços de saúde); emocionais (suporte emocional, rede de cuidados que ligue a família a serviços de apoio); e informação (necessita de informação sobre como realizar os cuidados).

Na questão da necessidade de informação, Imaginário (2008), recorrendo a um estudo desenvolvido na Escócia, evidência que os cuidadores referem que desejam que os profissionais facultem informação sobre a forma de prestar cuidados. A este respeito, Koenig et al., (2011) realça que informar os cuidadores é fundamental para orientar a sua tarefa e facilitar a permanência dos mesmos na execução da prestação de cuidados.

As literaturas no campo do cuidado informal têm-se manifestado sobre a existência de alguns tipos de necessidades, sendo que estão dependentes de vários factores, como as

situações individuais do cuidador e do seu contexto social (Bris, 1994). O tipo e grau de dependência do idoso, o estado de saúde do cuidador, o nível económico, o isolamento geográfico e social, a ausência de pessoas que prestem auxílio e a participação ou não no mercado de trabalho do cuidador são razões que influenciam o tipo de necessidades.

Figueiredo (2007b) identifica alguns tipos de necessidades que são agrupadas em cinco grupos: necessidades de ajudas práticas e técnicas; necessidades de apoio financeiro; necessidades de apoio psicossocial; necessidade de tempo livre; e *necessidade de informação e formação*. Estas necessidades são expressas, também, por outros autores nos seus estudos, como Imaginário (2008) e Sequeira (2007).

As necessidades de ajudas práticas e técnicas baseiam-se na assistência ao domicílio ao nível dos cuidados de enfermagem, higiene e na ajuda na realização de trabalhos domésticos (Ramos, 2012). Figueiredo (2007b) realça a necessidade de “(...) *material técnico adequado, como, por exemplo, cadeiras de rodas, andarilhos, cama de hospital e/ou arrastadeiras, facilita consideravelmente as tarefas do cuidador*” (p.140).

Relativamente às necessidades de apoio financeiro, destaca-se que cuidar de um idoso tem elevados custos. Ao nível dos encargos económicos salienta-se a necessidade de “(...) *apoio para despesas médicas e medicamentosas, internamento e equipamentos. As necessidades de ajuda financeira resultam da escassez de rendimentos, fruto dos baixos valores das pensões e/ou reformas, a par das elevadas despesas com a assistência médica, medicamentos e ajudas técnicas*” (Figueiredo, 2007b, p.140).

Face às necessidades de apoio psicossocial, os cuidadores apresentam situações de isolamento social e necessidade de falar e expressar as suas dificuldades (Ramos, 2012). Os cuidadores sentem necessidade que alguém os reconheça, ou seja, necessitam de ser valorizados pelo esforço e dedicação na prestação de cuidados ao seu familiar em situação de dependência.

A possibilidade de receber ou participar em grupos de apoio social é destacada na literatura como positiva para o cuidador. Os autores Augusto & Carvalho (2002) referem que 51,25% dos cuidadores indicam necessitar deste apoio. Figueiredo (2007b) afirma que “(...) *os grupos de apoio podem ser uma fonte de informação e aconselhamento acerca da doença e das suas consequências, técnicas e ajudas disponíveis*” (p.141). Estes grupos podem facilitar a quebra de isolamento, favorecendo a integração social e resolução de problemas.

No que diz respeito às necessidades de tempo livre, Bris (1994) salienta que os cuidadores têm necessidade de ser substituídos, temporariamente, das suas funções de cuidador, possibilitando-lhe ter algum tempo para si. A substituição pode corresponder apenas a

algumas horas ou dias, sendo que é referido a necessidade de substituição por um fim-de-semana ou no período longo de férias (Figueiredo, 2007b).

Por último, nas necessidades de informação e formação, Bris (1994) e Sousa et al., (2004) afirmam que os cuidadores têm necessidade de informação sobre os serviços e subsídios/apoios directos ao idoso dependente, nomeadamente de um ensino prático sobre cuidados e a aquisição de conhecimentos acerca da doença ou dependência do seu familiar dependente (Koenig et al., 2011).

Dunbrak (2005) refere que as pesquisas mostram que as famílias que estão bem informadas são mais capazes de ser cuidadoras e experienciar menos ansiedade e sobrecarga. O autor salienta que pesquisas recentes realçam que os cuidadores devem estar envolvidos nas decisões e tratamento do seu familiar, para não se sentirem usados e compreenderem as necessidades do seu familiar.

Acresce a este facto a importância de ir ao encontro das dificuldades e necessidades do cuidador, pois colmatar estas insatisfações e desejos é um facto para melhorar a qualidade de vida dos cuidadores e facilitar a sua tarefa como prestador de cuidados a familiares idosos em situação e dependência (Cerqueira, 2005, cit., por Andrade, 2009).

Capítulo IV.

Problemática de investigação e metodologia adoptada

1. Problemática

O envelhecimento demográfico constitui-se como um problema social que tem já e terá um profundo impacto em Portugal e nos países demograficamente envelhecidos (Eurostat, 2012). Segundo o INE (2012b), “(...) o peso da população idosa mantém a tendência crescente, em consequência das tendências de diminuição da fecundidade e de aumento da longevidade” (p.1).

A UE encontra-se cada vez mais envelhecida, registando em 2010 uma proporção de 17,4% de pessoas com mais de 65 anos de idade. Portugal não foge a esta evidência demográfica, apresentando valores estatísticos cada vez mais elevados de indivíduos a vivenciar a velhice, que coloca verdadeiros desafios às questões da saúde e da protecção social (Rosa, 2012).

“Com o aumento progressivo da população idosa, a exigência real e potencial de cuidados a longo prazo não para de crescer. Embora ser velho não seja sinónimo de ser dependente, a tendência para o envelhecimento da população acarreta frequentemente um aumento de situações crónicas incapacitantes, com problemas de dependência e/ou défice funcional que requerem a médio ou a longo prazo suporte familiar, social e de saúde” (Paúl & Fonseca, 2005, p.203).

Actualmente, o reconhecimento do papel dos cuidados informais a pessoas idosas em situações de dependência é de extrema importância, considerando as alterações demográficas descritas e a complexa exigência da prestação de cuidados a longo prazo, em que a família ganha relevo no auxílio aos seus familiares idosos (Brito, 2002). Contudo, a dependência no meio familiar pode ser percebida de várias formas, devido às exigências e às necessidades dos idosos em situação de dependência.

A prestação de cuidados é vivenciada pelo cuidador no quotidiano como uma tarefa que apresenta necessidades e dificuldades, que tornam difícil ou impossível a sua tarefa. A este facto acresce o aumento do número de pessoas idosas a necessitar de cuidados básicos, constitui-se como um desafio compreender as dificuldades dos cuidadores, de forma auxiliá-los na prestação de cuidados e a reduzir os impactos negativos, nomeadamente a

sobrecarga física e emocional. Abrindo, também, caminho para um futuro de implementação de políticas sociais de apoio aos cuidadores informais (Paúl & Fonseca, 2005).

Assim, este estudo de investigação centra a sua problemática no campo da *identificação das dificuldades sentidas pelos prestadores de cuidados a pessoas idosas em situação de dependência no domicílio*. Tendo por base esta problemática foi elaborada a seguinte questão de investigação: “*Quais as dificuldades sentidas pelos cuidadores informais de pessoas idosas em situação de dependência no domicílio?*”.

Definiu-se como objectivo geral do trabalho: *identificar as dificuldades sentidas por cuidadores familiares de pessoas idosas em situação de dependência, de modo a contribuir para o conhecimento e promoção de respostas adequadas*.

Igualmente foram elaborados os seguintes objectivos específicos:

- Caracterização sócio-demográfica da população idosa em situação de dependência num concelho em estudo;
- Caracterização da dependência funcional da pessoa idosa numa amostra de conveniência;
- Caracterização dos respectivos cuidadores informais;
- Caracterização da dinâmica da prestação de cuidados;
- Identificação das dificuldades sentidas pelos cuidadores informais;
- Análise das relações entre as características sócio-demográficas da pessoa idosa e do cuidador informal para a dinâmica de prestação de cuidados que influenciam a percepção das dificuldades.

A compreensão e identificação das dificuldades sentidas pelos prestadores de cuidados a pessoas idosas é uma mais-valia. Este tipo de estudos são um forte contributo para que se possam criar e implementar políticas sociais⁷ e cuidados de proximidade⁸, que

⁷ Segundo Esgaio (in Carmo, 2011) “(...) as políticas sociais visam corresponder às necessidades de bem-estar social, através da defesa dos direitos humanos e da promoção do desenvolvimento, operacionalizando-se em políticas sectoriais – políticas de qualificação do capital humano (educação e formação), e políticas de coesão e de fomento do capital social (segurança social e saúde) – e as políticas sociais transversais (ambiente e cultura)” (p.159);

⁸ Os cuidados de proximidade caracterizam-se “(...) como os que envolvem a concretização de uma série de actividades ligadas à vida quotidiana e familiar, estando implantados numa determinada unidade territorial e implicando o estabelecimento de uma relação de confiança entre prestador e cliente, no sentido de construir respostas adequadas a necessidades individuais e comunitárias específicas, o que lhe confere um carácter de utilidade social” (Esgaio, in Carmo, 2011, pp.177-178).

correspondam às necessidades e às dificuldades dos cuidados, de forma a garantir o futuro da prestação de cuidados no domicílio, evitando a institucionalização e contribuindo para a qualidade de vida do prestador de cuidados e dos idosos em situação de dependência.

2. Metodologia

Considerando os métodos e ferramentas de investigação usuais em ciências sociais, destaca-se que o presente trabalho encontra-se associado a uma metodologia quantitativa (Espírito Santo, 2010). A metodologia seleccionada caracteriza-se por ser um processo de colheita de dados que são observáveis e quantificáveis.

Segundo Gonçalves (2010) esta metodologia reflecte-se na observação dos factos. Sarmiento et al., (2010) refere que este método “(...) visa o desenvolvimento e a validação dos conhecimentos, faculta também a possibilidade de generalizar os resultados, de prever e de controlar os acontecimentos” (p.81). Segundo a definição de Pocinho (2012b), esta metodologia caracteriza-se por um “(...) processo de inquirição para a compreensão de um problema, enquadrado por uma teoria composta por variáveis medidas com números e análise através de procedimentos estatísticos” (p.60).

Tendo em consideração a metodologia quantitativa, poderá entender-se a presente investigação como sendo um estudo baseado no método descritivo. Um dos objectivos da investigação descritiva é “(...) estudar, compreender e explicar a situação actual do objecto de investigação” (Carmo & Ferreira, 2008, p.231), em que a recolha de dados serve para responder às questões formuladas.

Além de se considerar este estudo como descritivo, é possível ponderar que o mesmo poderá assumir, também, um âmbito exploratório, analítico e transversal.

É considerado como exploratório porque se pretende conhecer uma realidade num determinado contexto (Sarmiento et al., 2010). Pode considerar-se analítico porque “(...) permite compilar os dados disponíveis para se poder analisar e compreender o fenómeno” (Sarmiento et al., 2010, p.82). Por último, pode definir-se como transversal, “(...) porque se pretende determinar as dificuldades dos familiares cuidadores num determinado momento temporal, ou seja, na altura da aplicação do instrumento de colheita de dados” (p.83).

Definido o método e tipo de investigação, é importante delinear a técnica de observação. Neste sentido, destaca-se a utilização do inquérito por entrevista e a utilização de instrumentos de avaliação/ medida da capacidade funcional do idoso e das dificuldades dos cuidadores informais. A aplicação da técnica e dos instrumentos permite a interacção directa dos dois interlocutores, o investigador e o inquirido (Carmo & Ferreira, 2008).

2.1. O Concelho do Montijo

O trabalho decorreu no Concelho do Montijo, que se situa na Península de Setúbal. O Montijo é banhado pelo Rio Tejo, onde reside os vestígios históricos do desenvolvimento e crescimento da sua população (Almeida, 2004).

O Concelho tem uma grande extensão geográfica. É constituído por oito freguesias, encontrando-se dividido em duas subáreas: zona este - freguesias de Santo Isidro, Pegões e Canha - e zona oeste - freguesias de Afonsoeiro, Atalaia, Alto Estanqueiro/Jardia, Montijo e Sarilhos Grandes (Almeida, 2004). O Concelho possui uma área total de 348km², sendo 56,3 pertencentes ao núcleo ocidental e 297,7 ao núcleo oriental.

Segundo os Censos 2011, o Concelho do Montijo tem 51.222 habitantes, sendo que destes 8.661 têm 65 ou mais anos e 8.507 indivíduos têm 14 ou menos anos de idade (INE, 2012a). Comparativamente com os Censos de 2001 (INE, 2002a) verifica-se que só na última década a Cidade aumentou em 30% a sua população (a população total em 2001 era de 38.168 habitantes). Relativamente ao número de idosos por cada 100 jovens, o PORDATA⁹, demonstra que em 2001 existiam 116 e em 2011 diminuiu para os 101.

Segundo a base de dados do PORDATA¹⁰ o índice de envelhecimento¹¹ no Concelho de Montijo em 2011 era de 100,7%, que comparativamente com o ano 2001 (115,5%) diminuiu 14,8 pontos percentuais. Relativamente ao índice de longevidade¹², este por seu lado, aumentou de 39,5% de 2001 para 46,3% em 2011.

Os dados indicam que entre 2001 e 2011 ocorreu um aumento do número de pensionistas da ISS. Em 2001 existiam 9.929 e em 2011 aumentaram para 12.239 pensionistas, o que indica que existe um número crescente de indivíduos a atingir os 65 anos de idade.

Face às questões de dependência, em 1960 registou-se uma percentagem de 8,8, mas em 2011 atingiu um valor igual a 25,1%, muito devido ao aumento da longevidade dos indivíduos idoso, que nem sempre é acompanhada por uma qualidade de vida, autonomia e independência. Assim, considerando que tem aumentado no Concelho o número de pessoas idosas a atingir idades avançadas e que o número de dependência aumentou,

⁹ in <http://www.pordata.pt/Municipios> (02-07-2013);

¹⁰ in <http://www.pordata.pt/Municipios/Ambiente+de+Consulta/Tabela> (18-06-2013);

¹¹ Diz respeito à relação entre a população idosa e a população jovem, expressa pelo quociente entre o número de pessoas com 65 ou mais anos e o número de pessoas com idades entre os 0 e os 14 anos (INE, 2012a),

¹² Corresponde à relação entre a população mais idosa e a população idosa, expressa pelo quociente entre o número de pessoas com 75 ou mais anos e o número de pessoas com 65 ou mais anos (INE, 2012a).

torna-se fundamental compreender este fenómeno e intervir para a prevenção das necessidades que advém deste problema social.

2.2. Selecção da população-alvo

Na investigação é fundamental seleccionar a população de estudo. A amostra seleccionada neste estudo caracteriza-se por ser não probabilística. A técnica centra-se numa amostragem de conveniência.

Segundo Carmo & Ferreira (2008) “(...) *na amostragem de conveniência utiliza-se um grupo de indivíduos que esteja disponível ou um grupo de voluntários. Poderá tratar-se de um estudo exploratório cujos resultados obviamente não podem ser generalizados à população à qual pertence o grupo de conveniência, mas do qual se poderão obter informações preciosas*” (p.215).

A amostra de 30 cuidadores informais foi seleccionada através de uma Instituição Particular de Solidariedade Social – IPSS, do Concelho do Montijo, através da inscrição nos Serviços de Apoio Domiciliário – SAD.

Considerou-se como ponto central para a identificação e selecção dos cuidadores informais de idosos em situação de dependência, os seguintes critérios: existência de um familiar idosos em situação de dependência no domicílio; que o cuidador fosse o responsável por parte da prestação de cuidados a este familiar; e a residência do cuidador deveria ser no concelho em estudo.

2.3. Instrumentos de avaliação

Para o desenvolvimento da investigação foi necessário elaborar e/ou utilizar instrumentos de avaliação/medida, pois pretendia-se atingir vários objectivos deste trabalho. Assim, com o intuito de obter uma breve dados que correspondam aos objectivos específicos deste trabalho, apresenta-se a justificação das escolhas ao nível dos instrumentos de avaliação/medida do presente trabalho de investigação.

2.3.1. Elaboração do inquérito

O inquérito foi o método seleccionado. É um método “(...) *adequado no conhecimento de uma população enquanto tal: as suas condições e modelos de vida, os seus comportamentos, os seus valores ou as suas opiniões. É também relevante na análise de um fenómeno social que se julga ser mais bem apreendido a partir de informações relativas aos indivíduos*” (Pocinho, 2012b, p.95).

Face ao tipo de entrevista, destaca-se a escolha de uma entrevista com perguntas fechada, que se foca nos conhecimentos adquiridos ao longo da revisão da literatura, de forma a direccionar a recolha de dados para a compreensão da problemática (Carmo & Ferreira, 2008, p.147).

O inquérito (anexo I) foi construído com o objectivo de possibilitar recolher informações úteis para atingir os objectivos deste trabalho. Assim, foi elaborado um inquérito, pelos factos apresentados, que possibilita-se adquirir informações que possibilitassem recolher informações para compreender os objectivos específicos do trabalho.

Desta forma, com o objectivo de caracterizar a pessoa idosa em situação de dependência foram construídas cinco questões fechadas, que permitem a obtenção de informações sobre: sexo, idade, estado civil, situação patológica e dependência do idoso.

Relativamente ao cuidador informal, o inquérito é constituído por doze questões fechadas, que possibilitam a caracterização do cuidador. Por exemplo, foram incluídas questões como: sexo, idade, estado civil, habilitações literárias, situação profissional e situação económica.

O inquérito procura, ainda, compreender a dinâmica de prestação de cuidados, nomeadamente ao nível das relações de parentesco, tempo e da duração dos cuidados, coabitação e partilha da responsabilidade dos cuidadores.

2.3.2. Avaliação e utilização de instrumentos de avaliação/ medida

Considerando a pertinência da avaliação da competência funcional do idoso receptor de cuidados, projectou-se a utilização de um instrumento que possibilita-se adquirir conhecimentos sobre o nível da sua funcionalidade na realização de actividades. Assim, foi seleccionado o Índice de Barthel (anexo II). Este instrumento permite avaliar a competência funcional para realizar as ABVD, sendo que tem sido considerado por alguns autores como a escala mais adequada para avaliação da competência (Andrade, 2009).

O índice é composto por 10 ABVD, nomeadamente: comer; tomar banho; vestir e despir; higiene pessoal; controlo de fezes e controlo de urina; uso da casa de banho; transferência da cadeira para a cama; deambular e subir e descer escadas.

Destaca-se que “(...) cada actividade apresenta entre dois a quatro níveis de dependência, em que a pontuação 0 corresponde à dependência total, sendo a independência pontuada com 5, 10 e 15 pontos em função dos níveis de diferenciação” (Sequeira, 2007, p.46). A pontuação global pode variar entre 0-100 pontos. Assim, quanto menor for a pontuação maior é o grau de dependência do idoso, seguindo os critérios de classificação: 90-100

(independente); 60-89 (ligeiramente dependente); 40-55 (moderadamente dependente); 20-35 (severamente dependente); e <20 (totalmente dependente).

Relativamente à pertinência de identificar as dificuldades sentidas pelos prestadores de cuidados, considerou-se relevante utilizar a versão portuguesa do Índice para Avaliação das Dificuldades do Prestador de Cuidados – CADI (anexo III), com o objectivo de identificar as dificuldades sentidas pelos cuidadores.

A versão portuguesa do Índice CADI foi elaborada pelo Professor Doutor João Barreto, da Faculdade de Medicina da Universidade do Porto, e pela Professora Luísa Brito, da Escola Superior de Enfermagem Dr. Ângelo da Fonseca em Coimbra.

É composto por 30 itens que descrevem um leque de dificuldades que os cuidadores podem sentir. Estes itens são classificados em quatro situações (1 - não aconteceu no meu caso; 2 - não me perturba; 3 - causa-me alguma perturbação; 4 - perturba-me muito).

Para Marques (2007) *“(...) o conjunto das potenciais dificuldades listadas no CADI inclui questões acerca das implicações da prestação de cuidados na vida social do cuidador, sobre a sua saúde, as repercussões económicas da situação, os problemas de relacionamento com a pessoa dependente e outros membros da família e também sobre a forma como o apoio profissional e da família são encarados pelo prestador de cuidados”* (p.108).

2.3.3. Modelo de análise das variáveis e instrumentos de avaliação/ medida

Um modelo de análise é fundamental para a compreensão da problemática em estudo e para a definição e construção das técnicas e/ou instrumentos para a obtenção de dados/ resultados. A construção/selecção de técnicas ou instrumentos de avaliação/ medida permite *“(...) articular da forma operacional as teorias que serão, finalmente, retidas para orientar o trabalho de observação e de análise”* (Pocinho, 2012b, p.27).

Segundo Félix (2008) *“(...) a explicação das variáveis e das suas relações são importantes na definição do modelo de análise”* (p.112). Assim, a caracterização das variáveis tem um impacto importante, tendo em consideração que estas são fortes indicadores para obtenção de informações, para a compreensão do estudo.

Na tabela 1 é possível identificar as variáveis que constituem as cinco dimensões de análise do estudo, tendo sido construídas e/ou seleccionadas com base na fundamentação teórica/ revisão da literatura, na questão de investigação e nos objectivos, de forma a obter conclusões viáveis para a compreensão do estudo.

Tabela 1. Caracterização das variáveis e instrumentos de avaliação/ medida

| Dimensão de análise | Caracterização das variáveis | Técnica/ Instrumento |
|--|--|---------------------------------|
| Pessoa idosa em situação de dependência | Sexo (independente, qualitativa nominal) | Inquérito |
| | Idade (independente, qualitativa ordinal) | |
| | Estado civil (independente, qualitativa nominal) | |
| | Situação patológica (independente, qualitativa nominal) | |
| | Dependência (independente, qualitativa nominal) | |
| Cuidador Informal | Sexo (independente, qualitativa nominal) | Inquérito |
| | Idade (independente, qualitativa ordinal) | |
| | Estado civil (independente, qualitativa nominal) | |
| | Habilitações (independente, qualitativa ordinal) | |
| | Situação profissional (independente, qualitativa nominal) | |
| | Situação económica (dependente, qualitativa nominal) | |
| Prestação de cuidados | Parentesco (independente, qualitativa nominal) | Inquérito |
| | Coabitação (independente, qualitativa nominal) | |
| | Tempo (independente, qualitativa ordinal) | |
| | Horas (independente, qualitativa ordinal) | |
| | Partilha (independente, qualitativa nominal) | |
| Grau de funcionalidade da pessoa idosa em situação de dependência | Alimentação (independente, quantitativa de razão) | Índice Barthel |
| | Vestir (independente, quantitativa de razão) | |
| | Banho (independente, quantitativa de razão) | |
| | Higiene Corporal (independente, quantitativa de razão) | |
| | Uso da casa de banho (independente, quantitativa de razão) | |
| | Controlo intestinal (independente, quantitativa de razão) | |
| Controlo vesical (independente, quantitativa de razão) | | |

| | | |
|---|---|--------------------|
| | Subir escadas (independente, quantitativa de razão) | |
| | Transferência cadeira-cama (independente, quantitativa de razão) | |
| | Deambulação (independente, quantitativa de razão) | |
| Dificuldades sentidas pelos cuidadores informais | Problemas relacionais com o idoso (dependente, quantitativa intervalar) | Índice CADI |
| | Reacções à prestação de cuidados (dependente, quantitativa intervalar) | |
| | Exigências de ordem física (dependente, quantitativa intervalar) | |
| | Restrições na vida social (dependente, quantitativa intervalar) | |
| | Deficiente apoio familiar (dependente, quantitativa intervalar) | |
| | Deficiente apoio profissional (dependente, quantitativa intervalar) | |
| | Problemas financeiros (dependente, quantitativa intervalar) | |

As dimensões de análise estabelecem uma relação entre si para a obtenção de conclusões. A recolha de informação através das variáveis independentes, que constituem o inquérito e, inclusive, o índice Barthel, possibilita conhecer a influência ou impacto das mesmas nas variáveis dependentes, ou seja, nos sub-grupos do índice CADI (Maroco & Bispo, 2005).

Assim, considera-se neste trabalho a possível influência das características do idoso em situação de dependência, o seu grau de capacidade funcional, as características do próprio cuidador informal e da dinâmica de prestação de cuidados na identificação das dificuldades sentidas na prestação de cuidados, analisadas através da aplicação do Índice CADI e, nomeadamente, nos seus sub-grupos.

2.4. Procedimento de recolha de dados

Com o intuito de verificar a viabilidade dos instrumentos, realizou-se um pré-teste junto de quatro cuidadores informais, com características semelhantes aos que constituem a amostra de conveniência. Assim, após o pré-teste foram realizadas alterações no inquérito ao nível da forma como estavam colocadas as questões e como estavam organizada, com o objectivo de tornar o inquérito mais acessível para os cuidadores informais.

A investigação desenvolveu-se em três momentos. O primeiro momento diz respeito ao primeiro contacto que foi realizado junto da IPSS do Concelho do Montijo, com a finalidade de apresentar e explicar o trabalho, desde a sua problemática aos objectivos e contributo do mesmo para a prestação de cuidados.

Após aprovação e disponibilidade da Instituição, decorreu o segundo momento. Neste momento decorreu o contacto com os cuidadores, identificados através da base de dados de idosos a beneficiar dos serviços de apoio domiciliário - SAD, no domicílio. Neste contacto os cuidadores foram informados do meu objectivo e, ainda, agendada a entrevista no domicílio;

Por último, no terceiro momento, foram realizadas as entrevistas, em contexto domiciliário. Antes da entrevista, os cuidadores foram informados, pessoalmente, da confidencialidade dos dados e dos objectivos. Após o consentimento, a entrevista realizou-se com a duração média de vinte minutos, onde foi possível, ainda, contactar com as pessoas idosas receptoras de cuidados.

2.5. Previsão do tratamento de dados

O tratamento de dados é uma fase importante na investigação, assim o seu tratamento foi processado no programa SPSS - Statistical Package for the Social Sciences (versão 20, para o Windows Vista).

Os resultados do inquérito foram analisados através de tabelas de frequência relativas e absolutas, das medidas de tendência central e de gráficos de barras. A análise encontra-se associada ao tipo de escala em que as variáveis são medidas (qualitativas nominais e ordinais).

Os resultados da aplicação do Índice de Barthel foram analisados na globalidade e individualmente, sendo as actividades do índice consideradas como variáveis contínuas, pelo facto de terem sido consideradas as pontuações totais. Esta análise foi realizada através de tabelas de frequência relativas e absolutas, das medidas de tendência central e de gráficos de barras.

No que respeita ao Índice CADI, procedeu-se à elaboração das tabelas de frequências relativas e absolutas, segundo as sub-escalas (Brito, 2002). Segundo Brito (2002) no caso da CADI *“(...) fará sentido do ponto de vista conceptual, utilizar as pontuações totais do questionário, podendo assim tratar-se os dados obtidos como uma variável contínua”* (p.71). Assim, os sub-grupos foram classificados neste estudo, também, como variáveis contínuas, por serem consideradas as pontuações totais.

Através do teste de Shapiro-Wilk (indicado para amostras iguais ou inferiores a 30), verificou-se que a distribuição das pontuações obtidas no CADI global e sub-grupos não têm distribuição normal. No entanto, foram utilizados testes paramétricos, ou seja, utilizou-se no estudo das relações do CADI e sub-grupos com as diversas variáveis o teste t-student para a diferença entre médias independentes e a ANOVA para a análise de variância. Relativamente à análise das relações entre as variáveis, calculou-se o coeficiente de correlação de Spearman (teste não paramétrico).

Embora o teste t-student e a ANOVA sejam testes indicados para quando se verifica o pressuposto da normalidade, no caso do t-student este é um “(...) teste robusto, o que significa que pequenos desvios das condições de aplicabilidade (normalidade, homogeneidade das variâncias) não afectam notoriamente os resultados, designadamente quando as dimensões dos grupos não são muito diferentes” (Coelho et al., 2008, p.148).

Relativamente à ANOVA “quando a variável em estudo não possui distribuição normal e/ou quando as variâncias não são iguais, o erro de tipo I (nível de significância) pode não ser exactamente igual ao risco teórico fixado. No entanto, no que diz respeito à normalidade, desde que as amostras sejam suficientemente grandes (teorema do limite central), as distribuições das variáveis em estudo não estejam muito distantes, a ANOVA é um método bastante robusto quer quanto ao nível de significância quer quanto à potência de teste” (Maroco, 2005, p.203). Assim, a ANOVA é um teste bastante robusto relativamente ao nível de significância e da potência de teste.

Em todos os testes estatísticos foi utilizado um alfa (α) de 0.05 como nível de significância.

2.6. Questões éticas

Quando se realiza uma investigação no campo das ciências sociais encontra-se implícito o envolvimento de seres humanos, levando à existência de questões de ordem moral e ética, que devem ser respeitadas (Grelha, 2009).

Assim, considerou-se fundamental assegurar os direitos dos entrevistados envolvidos na investigação, assegurando a cada entrevistado a privacidade, o anonimato e a confidencialidade das suas respostas.

Relativamente à utilização do índice CADI foi solicitada, por correio electrónico, à Professora Doutora Maria Luísa Brito, a autorização de aplicação da escala, sendo que a mesma foi obtida. Foi solicitado, por parte da autora da escala, a cedência dos dados obtidos neste trabalho, de forma a refazer e a reforçar a validação da escala CADI na população portuguesa.

Capítulo V.

Apresentação, análise e discussão dos resultados

1. A pessoa idosa receptora de cuidados informais

Das 30 pessoas idosas em situação de dependência que se encontraram envolvidos neste estudo, por serem receptores de cuidados informais no domicílio, face ao sexo, verifica-se que 24 são do sexo feminino e 6 do sexo masculino.

Esta tendência é constatado noutros estudos, como o de Imaginário (2008), que verificou numa amostra de 16 pessoas idosas que 9 eram do género feminino. Ramos (2012) concluiu no seu estudo que 80% dos idosos são do sexo feminino e 20% do sexo masculino.

Verifica-se, assim, um predomínio das mulheres em idades cada vez mais avançadas e a vivenciar situações de dependência e a receber cuidados informais. Segundo Fontaine (2000) na população global a proporção de mulheres é superior à dos homens, pois “(...) as mulheres têm uma longevidade maior do que os homens” (p.49).

Relativamente à idade das pessoas idosas em situação de dependência, conclui-se que a maioria está no intervalo dos 75 aos 84 anos de idade (46,7%). Conclui-se, ainda, que 30% têm idades iguais ou superiores a 85 anos, sendo menor a percentagem de idosos com idades entre os 65 e os 74 anos de idade (23,3%). Estes dados são encontrados noutros estudos (Sarmiento et al., 2010; Andrade, 2009).

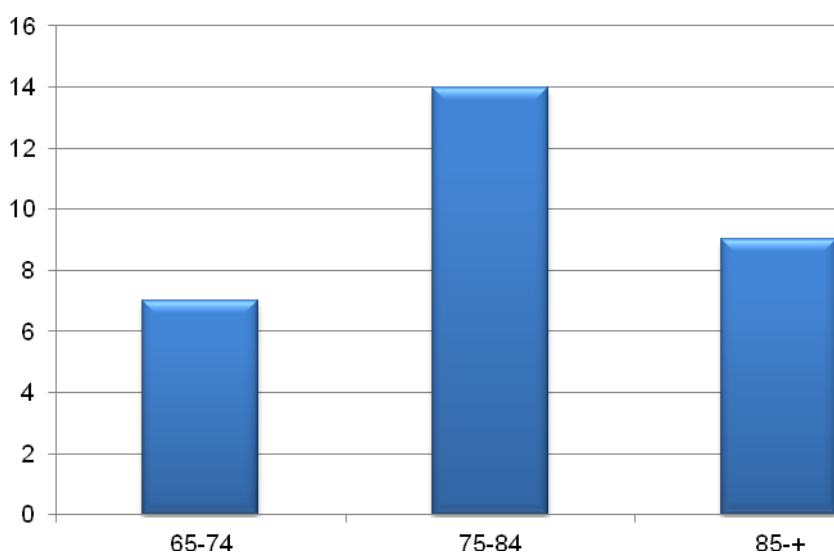


Gráfico 1. Idade do idoso em situação de dependência.

No estudo de Sarmiento et al., (2010) constatou-se que 36% dos idosos em situação de dependência têm entre 65 e 74 anos; 46% encontram-se entre os 74 e os 84 anos; e 18% tem 85 anos ou mais. Já no estudo de Andrade (2009) a maioria tem entre 75 e 84 anos.

No que diz respeito ao estado civil, verifica-se uma prevalência de idosos em situação de dependência numa situação de viuvez. A grande maioria (60%) mencionou ser viúvo, seguidamente casados/ união de facto (36,7%), sendo que somente um mencionou ser solteiro (3,3%).

Tabela 2. Estado civil do idoso em situação de dependência.

| | Frequency | Percent | Valid Percent | Cumulative Percent |
|---------------------------|-----------|---------|---------------|--------------------|
| Valid Solteiro(a) | 1 | 3,3 | 3,3 | 3,3 |
| Casado(a)/ União de facto | 11 | 36,7 | 36,7 | 40,0 |
| Viúvo(a) | 18 | 60,0 | 60,0 | 100,0 |
| Total | 30 | 100,0 | 100,0 | |

Esta tendência é confirmada no estudo de Gonçalves (2010), em que 51,2% dos idosos são viúvos, seguindo-se 30,2% casados/ união de facto.

Brito (2002) apresenta resultados semelhantes no estudo desenvolvido por si, onde verificou que 65,9% são viúvos; 31,7% são casados/ união de facto; e somente 2,4% são solteiros.

Face à situação patológica, verifica-se a prevalência de limitações físicas (46,67%) (apurou-se que são resultado de quedas e acidentes vasculares cerebrais). Seguidamente, evidencia-se a prevalência de doenças crónicas (20%) (nomeadamente a prevalência de cancro); e situações de demência (16,7%).

Realça-se, ainda, que 13,3% sofre de doença de Alzheimer e que 3,3% de Parkinson.

Tabela 3. Situação patologia do idoso em situação de dependência.

| | Frequency | Percent | Valid Percent | Cumulative Percent |
|--------------------------------|-----------|---------|---------------|--------------------|
| Valid Doença crónica | 6 | 7,9 | 20,0 | 20,0 |
| Doença de Alzheimer | 4 | 5,3 | 13,3 | 33,3 |
| Doença de Parkinson | 1 | 1,3 | 3,3 | 36,7 |
| Demência | 5 | 6,6 | 16,7 | 53,3 |
| Limitações físicas (fracturas) | 14 | 18,4 | 46,7 | 100,0 |
| Total | 30 | 39,5 | 100,0 | |
| Missing System | 46 | 60,5 | | |
| Total | 76 | 100,0 | | |

Estas situações patológicas estão referenciadas nos estudos de Gonçalves (2010), Sarmiento et al., (2010) e Brito (2002). No estudo de Gonçalves (2010) verifica-se que a demência tem uma representatividade de 4,7%, Parkinson e Alzheimer de 1,2%, e o cancro de 11,6%. Já Brito (2002) enuncia que 21,9% dos idosos do seu estudo sofre de demência.

Em suma, os dados estatísticos obtidos com a caracterização sócio-demográfica da pessoa idosa em situação de dependência são semelhantes aos encontrados em vários estudos (Imaginario, 2008; Ramos, 2012; Andrade, 2009; Brito, 2002; e Gonçalves, 2010).

2. A capacidade funcional da pessoa idosa na execução das ABVD

Os resultados obtidos com o Índice de Barthel vão ser apresentados de duas formas: primeiro na globalidade, com a soma global dos valores; e num segundo momento, com uma análise detalhada da capacidade funcional na execução de cada ABVD.

Considerando o grau de dependência do idoso receptor de cuidados, verifica-se que 30% são ligeiramente dependentes (60-89 pontos); 20% são moderadamente dependentes (40-55 pontos); 23,3% severamente dependentes (20-35 pontos); e 26,7% são totalmente dependentes (menor de 20 pontos). Estes dados são semelhantes aos encontrados nos estudos de Félix (2008), Gonçalves (2010), Lemos (2012) e Sarmiento et al., (2010).

Tabela 4. Grau de dependência do idoso.

| | | Frequency | Percent | Valid Percent | Cumulative Percent |
|---------|--------------------------|-----------|---------|---------------|--------------------|
| Valid | Ligeiramente dependente | 9 | 11,8 | 30,0 | 30,0 |
| | Moderadamente dependente | 6 | 7,9 | 20,0 | 50,0 |
| | Severamente dependente | 7 | 9,2 | 23,3 | 73,3 |
| | Totalmente dependente | 8 | 10,5 | 26,7 | 100,0 |
| | Total | 30 | 39,5 | 100,0 | |
| Missing | System | 46 | 60,5 | | |
| Total | | 76 | 100,0 | | |

Por exemplo, no estudo de Gonçalves (2010) 5,8% dos idosos encontra-se numa situação de total dependência; outros 5,8% apresentam uma situação severa; 5,8% estão numa situação moderada de dependência; e 82,6% apresentam uma situação ligeira de dependência.

No estudo de Figueiredo (2007a), numa amostra de 99 idosos, conclui-se que 12,1% têm uma dependência ligeira; 17,2% apresentam uma dependência moderada; 19,2% têm dependência severa; e 51,5% têm uma dependência total. Também no estudo de Ramos (2012) são retiradas as seguintes conclusões: “(...)40,0% dos idosos cuidados possuem

uma dependência leve e, numa mesma percentagem de 20,0%, surgiram os idosos com dependência total, grave e moderada” (p.43).

Na actividade básica alimentação, verifica-se que 50% dos idosos receptores de cuidados necessita de ajuda. Contacta-se que 26,67% é dependente, não conseguindo alimentar-se sem o auxílio do cuidador informal ou dos serviços sociais de que é receptor.

Na capacidade para se vestir, verifica-se que 53,33% os idosos necessitam de ajuda em metade das tarefas que constituem a capacidade de se vestir. Seguidamente, verifica-se que 36,67% são dependentes, ou seja, não se conseguem vestir sozinhos, necessitando da ajuda total. Só uma percentagem de 10% é que é independente nesta actividade, não necessitando de auxílio ou supervisão.

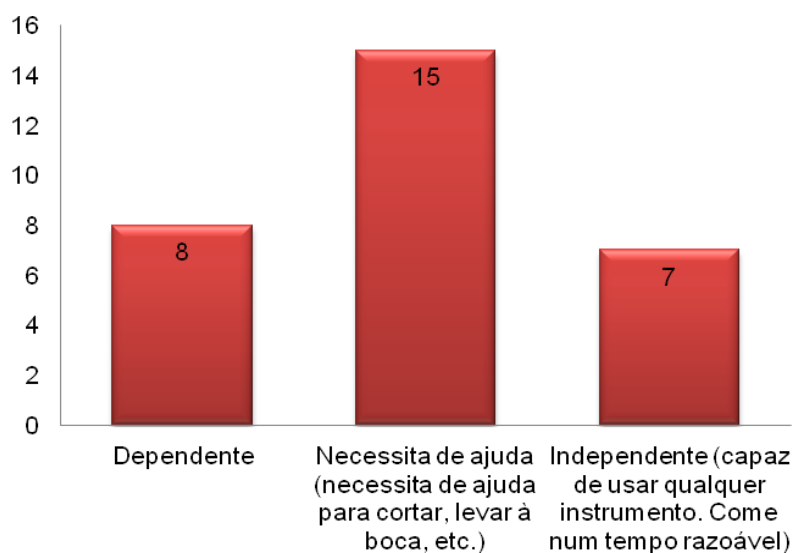


Gráfico 2. Alimentação.

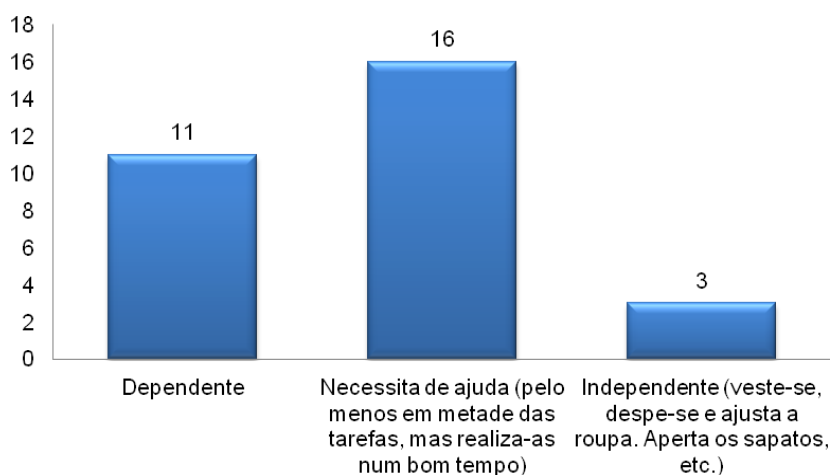


Gráfico 3. Vestir.

Face às actividades de higiene, verifica-se que no banho existe uma total dependência por parte dos idosos receptores de cuidados, sendo que necessitam sempre de ajuda para a executar. Já no que diz respeito à higiene corporal, a maioria encontra-se numa situação de dependência (56,7%), sendo que 43,3% são independentes, executando pequenas acções sem ajuda.

Por último, face ao uso da casa de banho, destaca-se que nesta actividade 50% dos idosos necessita de ajuda (para manter o equilíbrio, limpar-se e ajustar a roupa). Seguidamente, 26,7% é totalmente dependente, necessitando de ajuda. Somente 23,3% é independente, exercendo esta actividade sem auxílio ou supervisão.

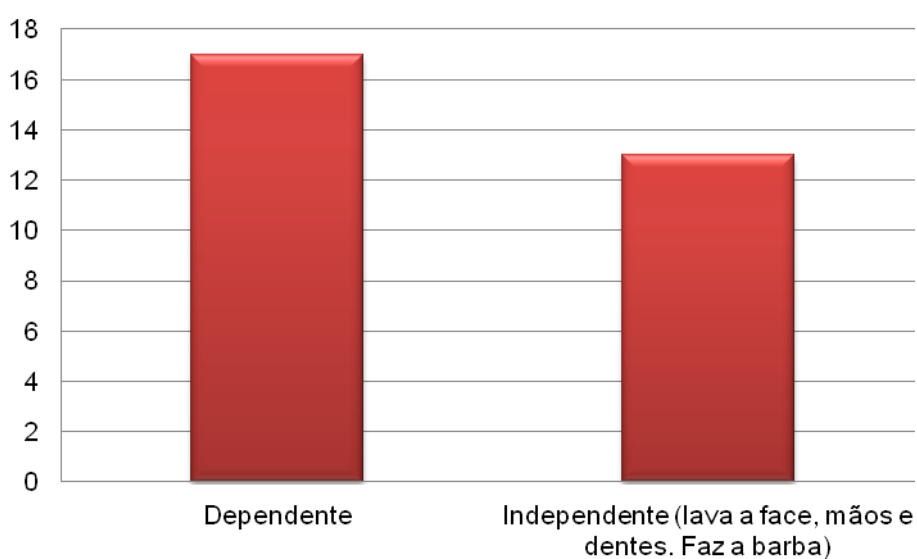


Gráfico 4. Higiene corporal.

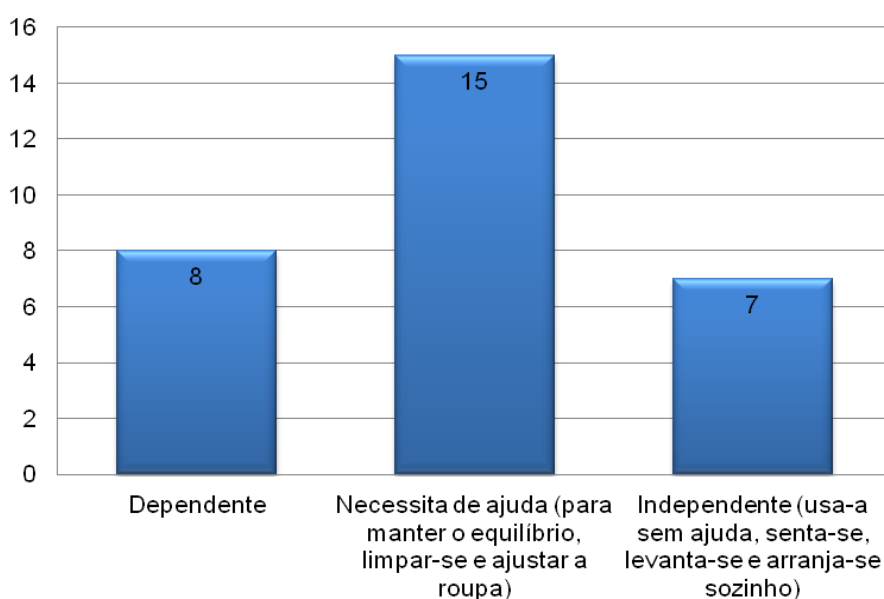


Gráfico 5. Uso da casa de banho.

Face ao controlo intestinal, verifica-se que 46,7% dos idosos é incontinente ocasional, ou seja, somente apresenta episódios ocasionais de incontinência. Constata-se uma igual percentagem, 26,67%, para a existência de idosos com incontinência fecal e numa situação de independência. O controlo vesical apresenta percentagens idênticas, verificando-se os mesmos níveis/ graus de dependência que no controlo intestinal.

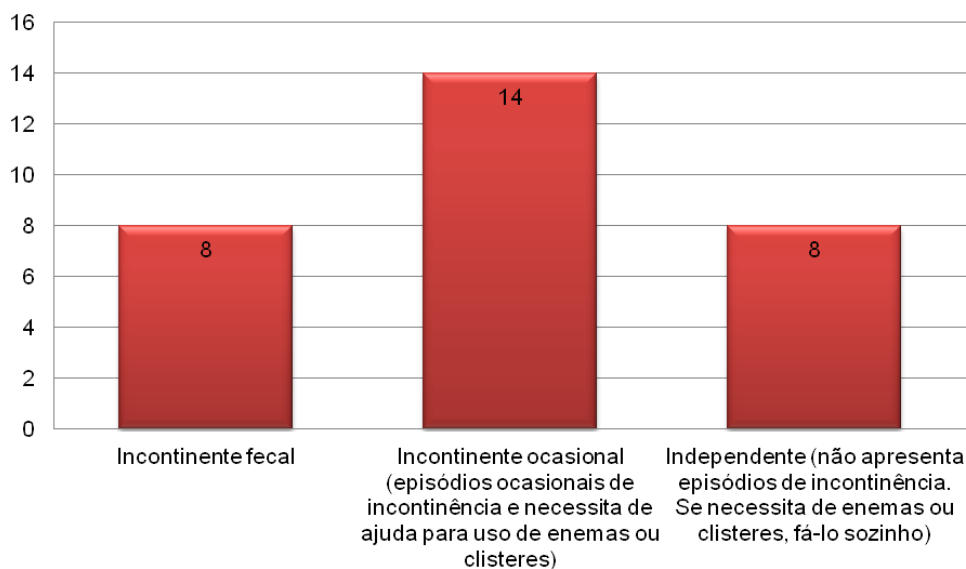


Gráfico 6. Controlo intestinal e vesical.

No que diz à mobilidade, verifica-se que na actividade subir escadas 50% dos idosos receptores de cuidados encontra-se numa situação de dependência. Em segundo lugar, 46,7% necessita de ajuda (necessidade de ajuda física ou supervisão). Por último, 3,3% estão numa situação de independência, não necessitando de ajuda para a executar esta acção de mobilidade.

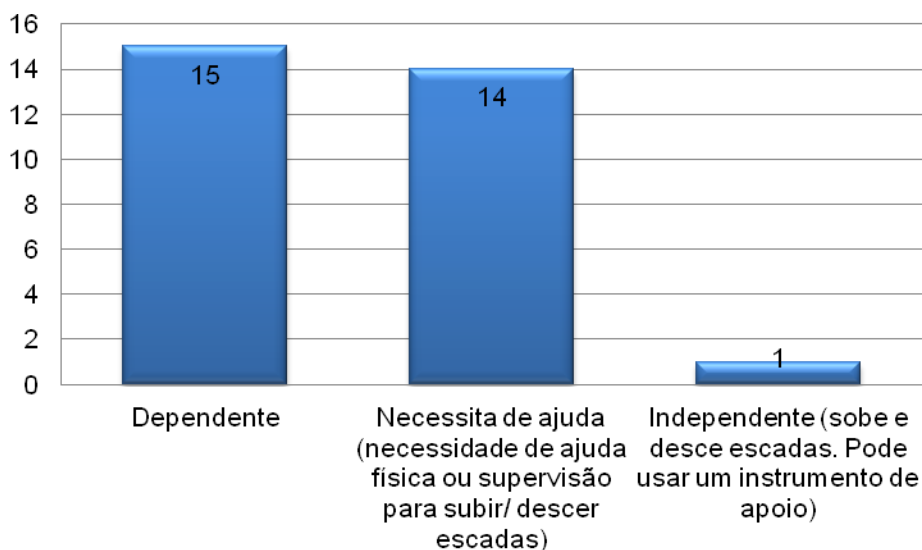


Gráfico 7. Subir escadas.

Na actividade de transferência cadeira-cama, verificou-se que 43,3% dos idosos necessitam de ajuda mínima. Seguidamente, 30% está numa situação de dependência, não conseguindo exercer esta actividade. Importa referenciar que 26,7% necessita de muita ajuda, não se registando a existência de independência na execução desta actividade.

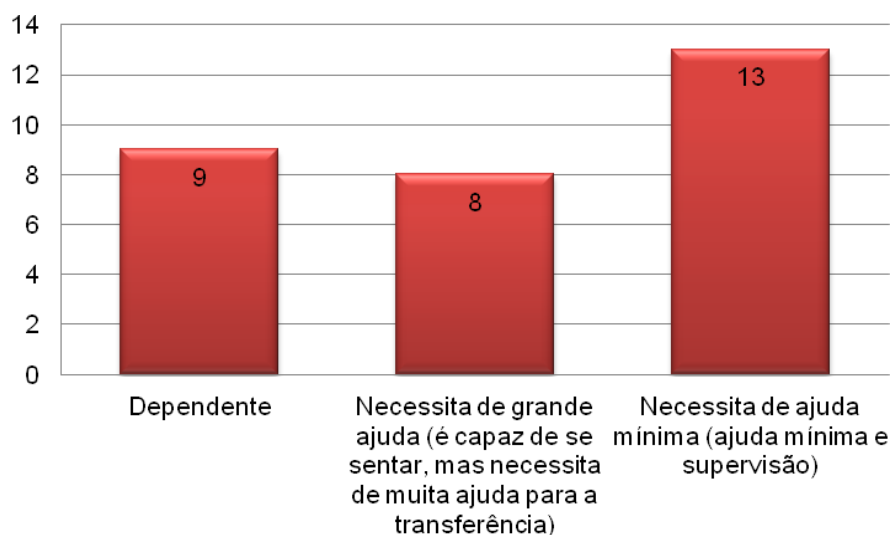


Gráfico 8. Transferência cadeira-cama.

Por último, na actividade deambulação, 40% dos idosos receptores de cuidados são dependentes. Seguidamente, 36,7% necessitam de ajuda mínima (por exemplo: supervisão); 13,33% é independente, necessitando do auxílio de uma cadeira de rodas. Somente 10% são independentes, conseguindo caminhar pelo menos 50 metros sozinhos.

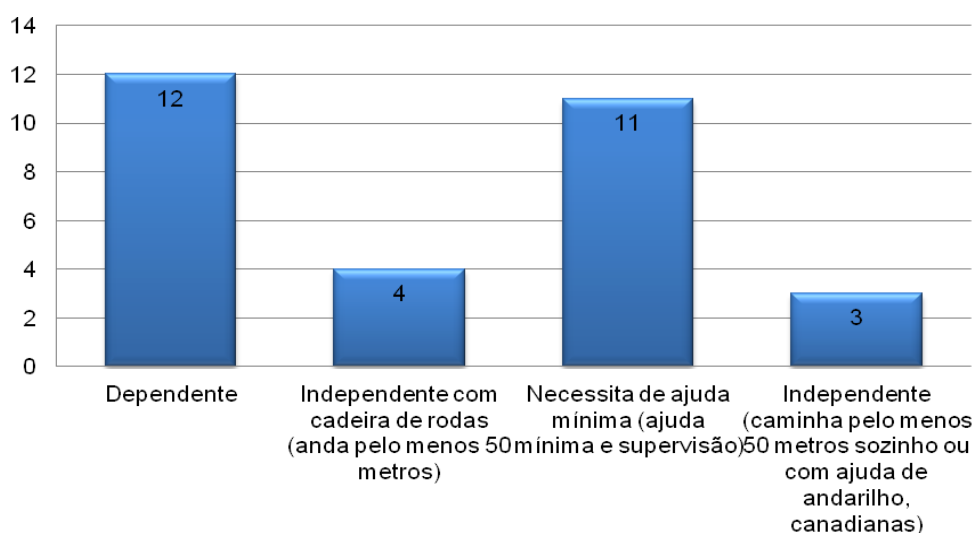


Gráfico 9. Deambulação.

Em suma, com a soma das frequências das situações “dependente” e “necessita de ajuda” (máxima ou mínima), verifica-se que as actividades em que os idosos apresentam maior dependência e necessitam da ajuda são: “alimentação” (76,7%); “vestir” (60%); “banho”

(100%); “uso da casa de banho” (76,7%); “controlo intestinal e vesical” (73,4%); “subir escadas” (96,7%); “transferência cadeira-cama” (100%); e “deambulação” (90%).

Gonçalves (2010) também aplicou o Índice de Barthel no seu estudo, tendo retirado algumas conclusões semelhantes às do presente estudo. As actividades em que as pessoas idosas apresentaram maior dependência foram: “vestir” (77,9%); “banho” (93%); “controlo intestinal e vesical” (100%); e “subir escadas” (51,2%).

Nos estudos de Sequeira (2007) e Félix (2008) também se verificam algumas actividades em que os idosos apresentam maior dependência. No estudo de Sequeira (2007) os idosos apresentam maior dependência ao nível do “banho” (81,2%); na “higiene corporal” (75,2%); na acção de “vestir” (83,2%); no “uso da casa de banho” (71,3%); e na acção de “subir escadas” (97,1%). Já no estudo de Félix (2008) os idosos apresentam maior dependência na “alimentação” (81,1%); no “banho” (88,9%); na “higiene corporal” (76,7%); no “controlo vesical” (72,2%); na acção de “transferência cadeira-cama” (84,5%); e na acção de “subir escadas” (78,5%).

3. Os cuidadores informais e a prestação de cuidados

Participaram neste trabalho 30 cuidadores informais, sendo que relativamente à sua distribuição por sexo, verifica-se que 23 são do sexo feminino e 7 do masculino. Este facto é verificado em outros estudos (Bris, 1996; Sarmiento et al., 2010; ISS, 2005).

Num estudo da Santa Casa da Misericórdia, elaborado por Romão et al., (2008), os cuidadores do sexo feminino tiveram uma representatividade de 64,9%, o que vem evidenciar a prevalência do sexo feminino como o responsável pelo auxílio aos mais velhos.

Também no estudo de Brito (2002) se verificou uma participação de 92,7% de mulheres e 7,3% de homens. A representatividade da mulher na prestação de cuidados “(...) *vai ao encontro da tradicional atribuição do papel do cuidador da família ao sexo feminino, tradição esta que tem atravessado largas gerações*” (Sarmiento et al., 2010, p.140). O predomínio do sexo feminino encontra-se associado a uma questão de divisão do trabalho, pois a prestação de cuidados é considerada como mais uma tarefa doméstica (Figueiredo, 2007b).

Relativamente à idade do prestador de cuidados, verificou-se que 36,7% tem entre os 61 e os 70 anos; 33,3% têm entre os 51 e os 60 anos; 26,7% estão entre os 41 e os 50 anos; e 3,3% dos cuidadores está entre os 71 e os 80 anos de idade.

Vários estudos apresentam valores semelhantes. Custódio et al., (*in* Pocinho, 2012a) destaca que 76% dos cuidadores têm entre 40 a 70 anos de idade. Romão et al., (2008)

também verificou no seu estudo que a prevalência dos cuidadores encontra-se acima dos 50 anos de idade (77,69%).

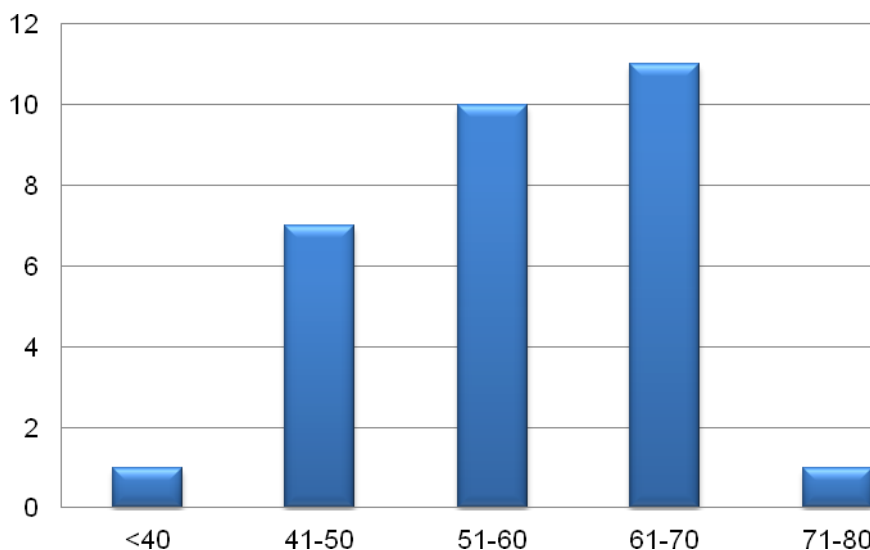


Gráfico 10. Idade do cuidador.

Face ao estado civil, os cuidadores enunciaram serem maioritariamente casados/ união de facto (26 cuidadores). Seguidamente, verifica-se uma equivalência de cuidadores viúvos e divorciados/separados (2 viúvos e 2 divorciados/ separados). Estes dados são comprovados em outros estudos, como o de Sarmiento et al., (2010), que verificou uma participação de 88% de cuidadores casados, seguindo-se por 8% de solteiros e 4% de viúvos. Também Brito (2002) salienta que no seu estudo que 78% dos cuidadores são casados, 17% solteiros e 4% são viúvos.

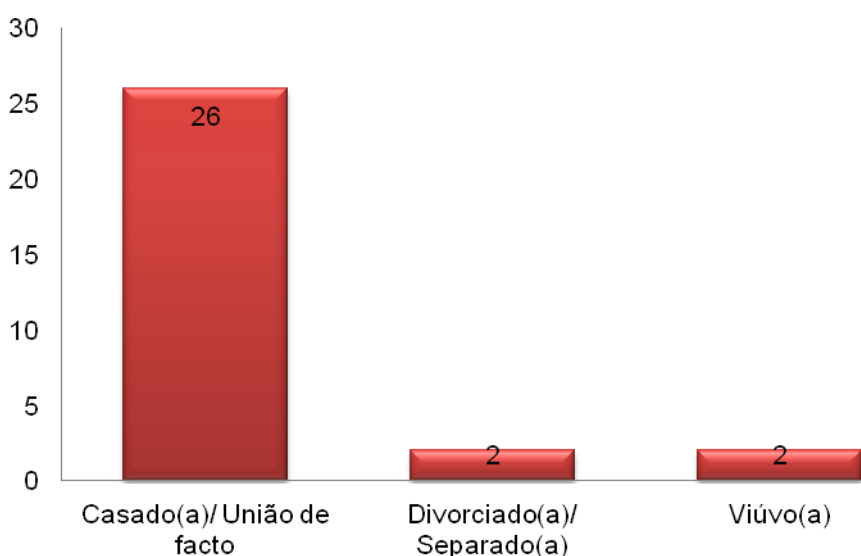


Gráfico 11. Estado civil do cuidador.

Relativamente às habilitações literárias dos cuidadores, verifica-se que a maioria tem o 3º ciclo do ensino básico (36,7%). Seguidamente, 20% não frequentou a escola, não possuindo habilitações literárias; e outros 20% têm o 1º ciclo do ensino básico. Com um menor valor, verifica-se que 13,3% dos cuidadores têm o 2º ciclo e, somente, 10% possuem habilitações ao nível secundário ou superior.

Nenhum dos estudos consultados apresenta uma prevalência de cuidadores com habilitações literárias como as encontradas neste estudo. Contudo, no estudo de Sarmiento et al., (2010) existem algumas semelhanças: numa amostra de 50 cuidadores, 7 não frequentaram a escola e 9 tem o 3º ciclo do ensino básico.

Já no trabalho desenvolvido por Gonçalves (2010), com 61 cuidadores, 32,8% têm os estudos universitários. Este facto vem comprovar que existem cuidadores com um nível de escolaridade superior ao encontrado em outros estudos, o que vem justificar, em parte, os resultados do presente trabalho de investigação.

Tabela 5. Habilitações literárias do cuidador.

| | | Frequency | Percent | Valid Percent | Cumulative Percent |
|---------|-------------------------------|-----------|---------|---------------|--------------------|
| Valid | Não frequentou a escola | 6 | 7,9 | 20,0 | 20,0 |
| | 1º Ciclo do ensino básico | 6 | 7,9 | 20,0 | 40,0 |
| | 2º Ciclo do ensino básico | 4 | 5,3 | 13,3 | 53,3 |
| | 3º Ciclo do ensino básico | 11 | 14,5 | 36,7 | 90,0 |
| | Ensino Secundário ou superior | 3 | 3,9 | 10,0 | 100,0 |
| | Total | 30 | 39,5 | 100,0 | |
| Missing | System | 46 | 60,5 | | |
| Total | | 76 | 100,0 | | |

No que diz respeito à situação profissional dos cuidadores, a maioria está empregado (muito devido ao facto de terem o seu próprio negócio e exercerem a função de comerciantes no Concelho em estudo). Assim, 19 cuidadores trabalham; 7 estão reformados; e 4 estão desempregados. Estes dados são comprovados por vários estudos, em que a maior parte dos cuidadores conciliam o seu emprego com a prestação de cuidados aos seus familiares idosos em situação de dependência.

Por exemplo, no estudo de Brito (2002), estes dados são comprovados, pois a maioria (43,9%) dos prestadores de cuidados encontra-se empregado, seguindo-se o grupo dos reformados (19,5%). Também 7,3% dos cuidadores está na situação de desempregado. No trabalho de Figueiredo (2007a), num estudo desenvolvido junto de 99 cuidadores, verificou que 28,3% são reformados; 22,2% estão empregados; e 6,1% estão desempregados.

Tabela 6. Situação profissional do cuidador.

| | | Frequency | Percent | Valid Percent | Cumulative Percent |
|---------|------------------------------|-----------|---------|---------------|--------------------|
| Valid | Empregado(a) a tempo inteiro | 19 | 25,0 | 63,3 | 63,3 |
| | Reformado(a) | 7 | 9,2 | 23,3 | 86,7 |
| | Desempregado(a) | 4 | 5,3 | 13,3 | 100,0 |
| | Total | 30 | 39,5 | 100,0 | |
| Missing | System | 46 | 60,5 | | |
| Total | | 76 | 100,0 | | |

A situação económica dos cuidadores está relacionada com a situação profissional, pois o facto de a maioria dos cuidadores estarem empregados, faz com que o seu rendimento/ situação económica, seja assegurado pelo fruto do seu trabalho. Assim, 19 cuidadores obtêm o rendimento do seu trabalho; 7 da pensão reforma/ aposentação; e 4 recebem o subsídio de desemprego.

A relação de parentesco do cuidador face ao idoso dependente vem evidenciar que maioritariamente os cuidadores são filhos, sobretudo filhas (22). Seguidamente, os cuidadores são o próprio cônjuge (6); ou representam outros tipos de relações familiares (2), nomeadamente: sobrinho/ sobrinha (1) e amigo/ vizinho (1).

Os resultados obtidos neste estudo face ao cuidador informal encontram-se comprovados por outros (Romão et al., 2008; Brito, 2002; Gonçalves, 2010; Andrade, 2009). Assim, no presente estudo verificou-se a prevalência da segunda fonte de apoio – os filhos. Como refere Figueiredo (2007b), na ausência dos cônjuges, são os filhos que asseguram e assumem a responsabilidade pela prestação de cuidados aos seus pais.

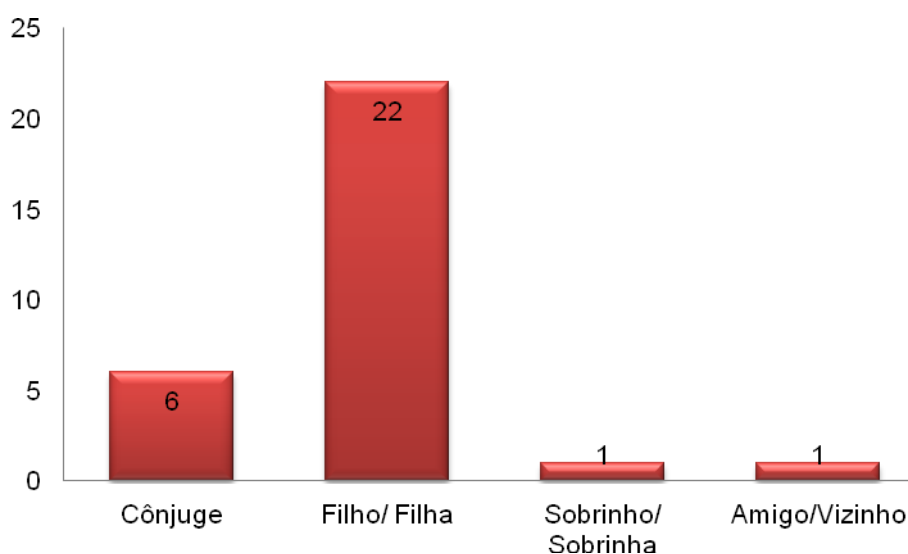


Gráfico 12. Grau de parentesco do cuidador face ao idoso.

Os resultados obtidos na variável coabitação indicam que 23 cuidadores partilham o mesmo domicílio com o idoso receptor de cuidados e, somente, 7 não partilham o mesmo espaço. Contudo, os cuidadores que não coabitam com o idoso realçam que vivem muito próximos (mesma rua ou bairro).

Este facto é semelhante a outros estudos, como de Brito (2002), IMSERSO (2006) e Ramos (2012). Por exemplo, Figueiredo (2007a) verificou no seu estudo que 82,8% dos cuidadores vivem no mesmo domicílio que o idoso e que 14,1% vivem no mesma rua/bairro.

A prestação de cuidados a idosos em situação de dependência caracteriza-se por ser uma tarefa de longa duração (é assegurada durante muitos anos). Assim, verifica-se com base nas respostas que o cuidado é de longa duração, pois dos 30 cuidadores inquiridos, 11 prestam cuidados há mais de 5 anos; 9 cuidam entre 3 a 5 anos; 8 entre 1 a 2 anos; e somente 2 cuidadores prestam cuidados entre 6 meses a 1 ano.

Estes dados são confirmados por Dunbrack (2005), no sentido em que a prestação de cuidados pode estar envolvida por um período de meses a anos, nomeadamente porque não se consegue determinar a data em que se inicia a prestação de cuidados, sobretudo quando se trata de uma doença/ patologia de longa duração.

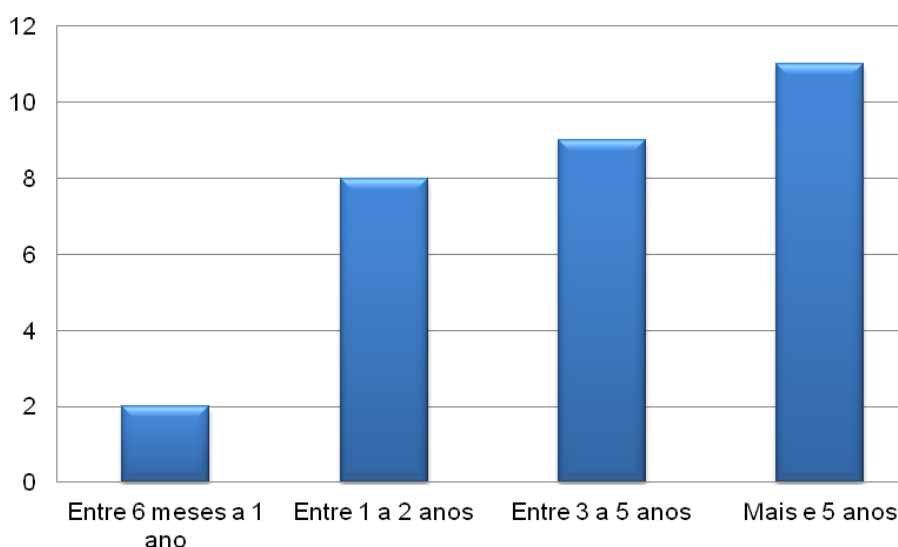


Gráfico 13. Tempo de prestação de cuidados (em anos).

No estudo de Andrade (2009) a prestação de cuidados varia num intervalo de 6 a 10 anos. Já no estudo de Romão et al., (2008), 43,8% presta cuidados entre a 1 a 5 anos e 24,3% há mais de 10 anos. Embora os dados encontrados não sejam similares aos dos estudos enunciados, o facto é que “(...) a elevada longevidade na prestação de cuidados poderá dever-se ao facto da prestação de cuidados ter começado antes do aparecimento da dependência” (Andrade, 2009, p.159).

Face às horas que dedicam à prestação de cuidados, diariamente, os cuidadores informais inquiridos relatam dedicar entre 6 a 9 horas de atenção ao idoso sem situação de dependência (18 cuidadores). De seguida, 6 dedicam entre 9 a 12 horas; 3 cuidadores entre 2 a 6 horas; e os restantes 3 prestam cuidados durante mais de 12 horas.

O predomínio da prestação de cuidados neste estudo recai entre as 6 e as 9 horas diárias. No estudo de Ramos (2012) os cuidadores que prestam cuidados neste intervalo é de 60%. Sequeira (2007) refere que “(...) o número de horas utilizadas na prestação de cuidados é habitualmente elevado. Cerca de 46,7% dos cuidadores utilizam mais de 12 horas por dia nesta actividade” (p.260). No estudo do ISS (2005) 42% presta cuidados de forma permanente durante 24h, e somente 12% presta cuidados entre 1 a 4 horas diárias.

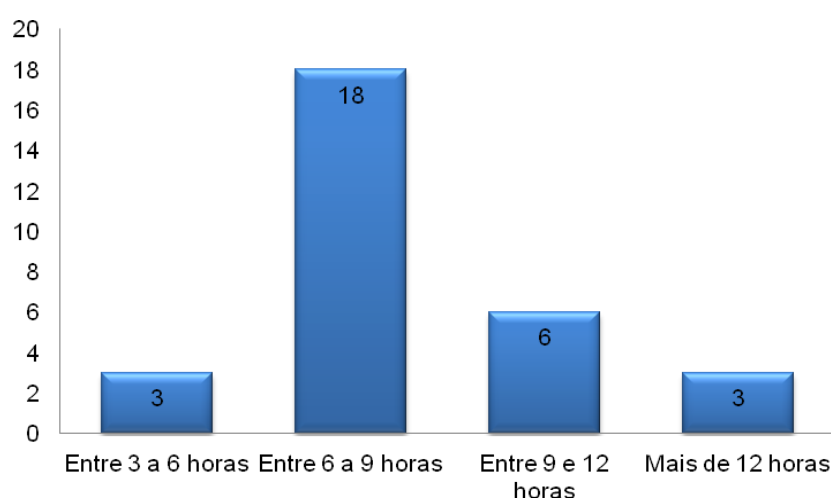


Gráfico 14. Horas de prestação de cuidados (diária).

Na questão da partilha da responsabilidade dos cuidados, verifica-se que a maior parte dos cuidadores inquiridos não partilham a responsabilidade da prestação de cuidados com outra pessoa (56,7%). Contudo, muito próximo, se verifica que 43,3% partilha esta responsabilidade, nomeadamente com outros familiares: filhos ou cônjuges dos idosos.

No estudo de Lemos (2012), verificou-se que 69,9% dos cuidadores não partilham os cuidados. Em outros estudos, como o de Brito (2002) a partilha já é evidente, pois 61% partilha os cuidados com outros familiares. Também no estudo de Figueiredo (2007a), quando questionados os 99 cuidadores do seu estudo, face à ajuda regular que recebiam, 97 cuidadores responderam que recebem esta ajuda e só 2 cuidadores não recebem apoio.

Assim, pode-se conjecturar que este facto ocorre devido ao facto dos cuidadores inquiridos serem beneficiários de um apoio remunerado (SAD); porque uma parte manifestou não ter familiares próximos com quem possam partilhar esta tarefa, nomeadamente irmãos; e porque outra parte manifestam ter uma relação familiar conflituosa.

4. As dificuldades sentidas pelos cuidadores informais

O índice CADI foi analisado tendo em consideração o agrupamento das questões proposta por Nolan et al., (1998, cit., por Brito, 2002), ou seja, os sete sub-grupos propostos pelos autores: *problemas relacionais com o idoso* (5, 11, 12, 14, 22, 25 e 26); *reações à prestação de cuidados* (1, 2, 9, 17, 19, 20 e 30); *exigências de ordem física da prestação de cuidados* (6, 10, 13, 15, 23 e 24); *restrições na vida social* (8, 18 e 20); *deficiente apoio familiar* (16 e 28); *deficiente apoio profissional* (7 e 27); e *problemas financeiros* (4 e 21).

No sub-grupo dos problemas relacionais com o idoso, destaca-se as seguintes questões:

- Questão 5: A pessoa de quem eu cuido chega a pôr-me fora de mim;
- Questão 11: Por vezes a pessoa de quem estou a cuidar exige demasiado de mim;
- Questão 12: Deixou de haver o sentimento que havia na minha relação com a pessoa de quem cuido;
- Questão 14: A pessoa de quem cuido nem sempre ajuda tanto quanto poderia;
- Questão 22: A pessoa de quem cuido nem sempre dá valor ao que eu faço;
- Questão 25: O comportamento da pessoa de quem cuido causa problemas;
- Questão 26: Cuidar desta pessoa não me dá qualquer satisfação.

Relativamente a este sub-grupo, verifica-se com a soma das frequências das respostas “*não aconteceu no meu caso*” e “*não me perturba*”, que em cada questão deste sub-grupo, as situações não constituem dificuldades para o cuidador (mais de 50% evidenciaram não ter dificuldades nestas sete situações).

Realça-se que na questão 5 (*a pessoa de quem eu cuido chega a pôr-me fora de mim*), considerando a soma das frequências, “*causa-me alguma perturbação*” e “*perturba-me muito*”, 33,3% dos cuidadores considera esta questão uma dificuldade. Também na questão 11 (*por vezes, a pessoa de quem estou a cuidar exige demasiado de mim*), 36,6% considera esta questão uma dificuldade.

Os dados apresentados são comprovados por outros estudos. Por exemplo, Sarmiento et al., (2010) verificou no seu estudo que, relativamente aos problemas relacionais com os idosos, os cuidadores não identificaram, na maioria das questões, uma fonte de dificuldade (só a questão 11 (*por vezes a pessoa de quem estou a cuidar exige demasiado de mim*) e 14 (*a*

peessoa de quem cuida nem sempre ajuda tanto quanto poderia) foram declaradas como dificuldades no seu estudo).

Figueiredo (2007a) afirma no seu estudo de investigação que “(...) os dados indicam que cada situação considerada pelo CADI no âmbito dos problemas relacionais com a pessoa dependente é perspectivada como inexistente por mais de metade dos cuidadores” (p.223), dados que confirmam os dados apresentados nesta investigação.

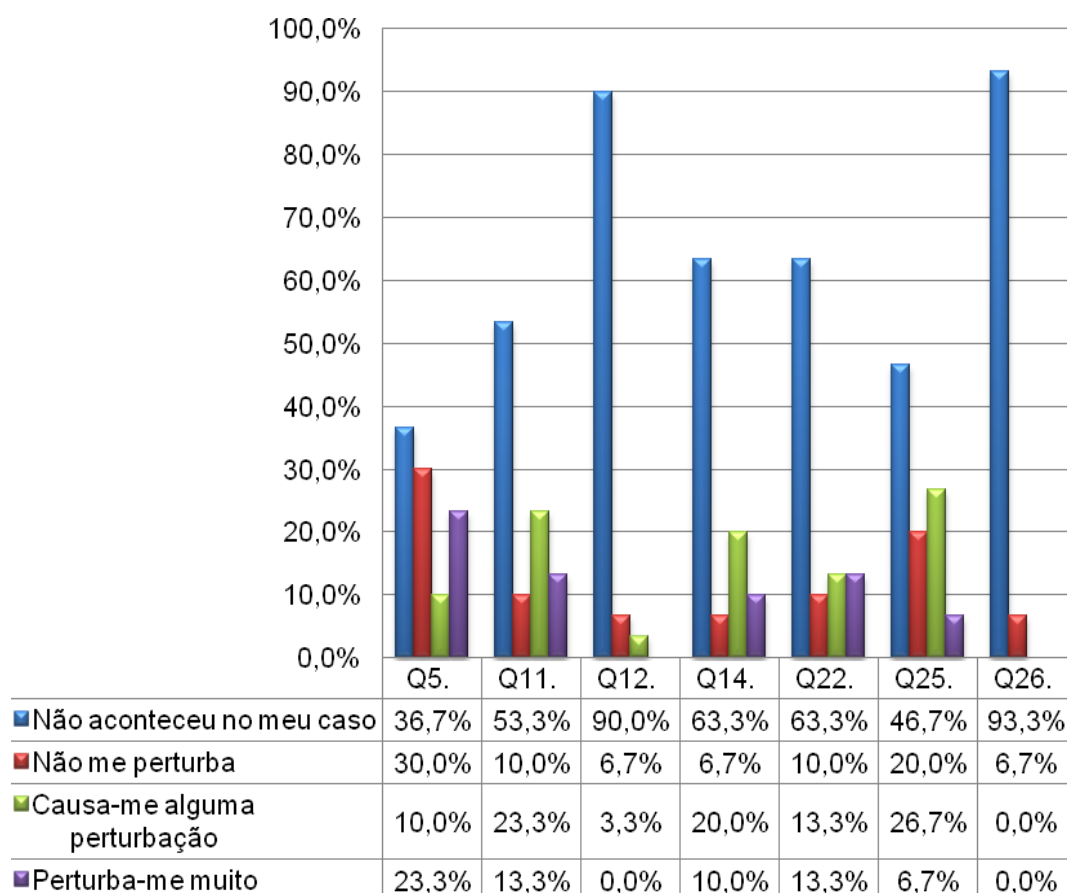


Gráfico 15. Problemas relacionais com o idoso.

Face ao sub-grupos das reacções à prestação de cuidados, este é constituído pelas seguintes questões:

- Questão 1: Não tenho tempo suficiente para mim próprio(a);
- Questão 2: Por vezes sinto-me “de mãos atadas/ sem poder fazer nada para dominar a situação;
- Questão 9: Chega a transtornar as minhas relações familiares;
- Questão 17: Esta situação faz-me sentir irritado(a);

- Questão 19: Esta situação está a transtornar-me os nervos;
- Questão 29: Não consigo sossegar por estar preocupado(a) com os cuidados a prestar;
- Questão 30: Esta situação faz-me sentir culpado(a).

Neste sub-grupo verificou-se que com a soma das frequências das respostas “*não aconteceu no meu caso*” e “*não me perturba*” nas questões 9 (*chega a transtornar as minhas relações familiares*), 17 (*esta situação faz-me sentir irritado(a)*), 19 (*esta situação está a transtornar-me os nervos*) e 30 (*esta situação faz-me sentir culpado(a)*), não são sentidas como difíceis ou como factor de dificuldade para os cuidadores informais.

Nas questões 1 (*não tenho tempo suficiente para mim próprio(a)*), 2 (*por vezes sinto-me “de mãos atadas/ sem poder fazer nada para dominar a situação*) e 29 (*não consigo sossegar por estar preocupado(a) com os cuidados a prestar*), verificou-se, com a soma das frequências “*causa-se alguma preocupação*” e “*perturba-me muito*”, que estas são evidenciadas como difíceis por mais de 70% dos cuidadores.

Destaca-se que a questão 30 (*esta situação faz-me sentir culpado*) não foi identificada como perturbadora pelos prestadores de cuidados, situação encontrada noutros estudos (Brito, 2002).

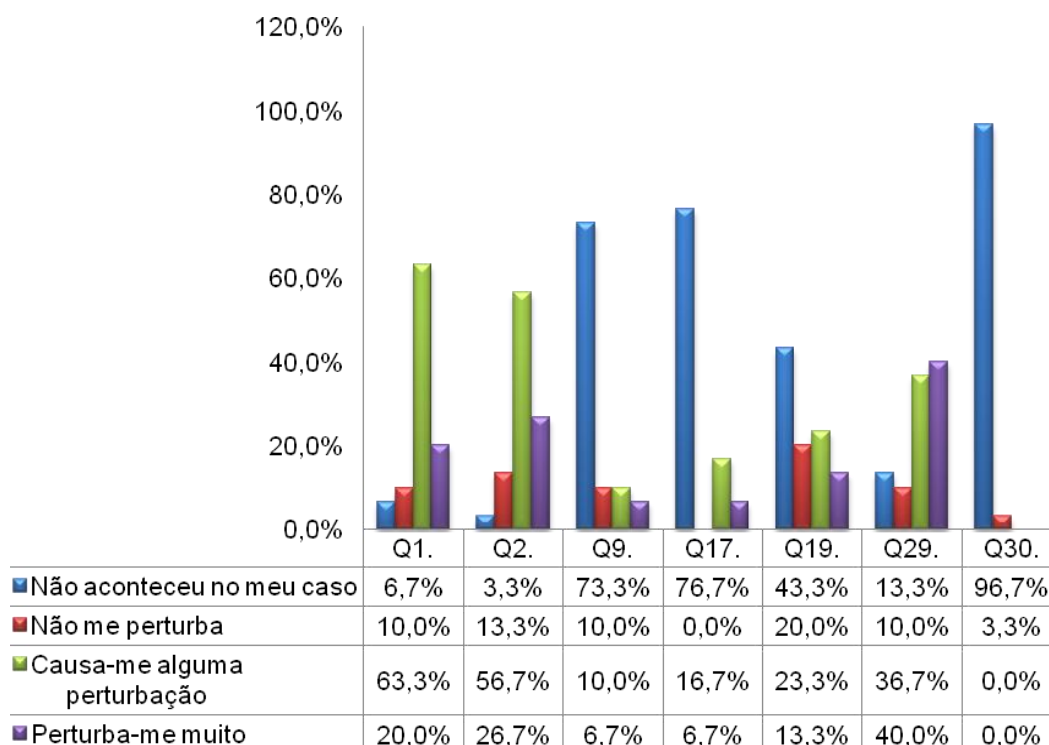


Gráfico 16. Reacções à prestação de cuidados.

Estas conclusões são semelhantes às de outros estudos. Figueiredo (2007a) refere que a questão 2 e 29 é declarada como dificuldade por mais de 50% dos cuidadores de pessoas idosos em situação de dependência.

Sarmiento et al., (2010) afirma que “(...) nas questões 1, 2 e 29 proposta em CADI como relacionadas com reacções à prestação de cuidados são efectivamente consideradas como difíceis por mais de 54% dos prestadores de cuidados” (p.122). Também no estudo de Félix (2008) e Brito (2002) estas questões são sentidas como dificuldades, menos a questão 30, como acontece no presente estudo.

O sub-grupo das exigências de ordem física da prestação de cuidados é constituído pelas seguintes questões:

- Questão 6: A pessoa de quem eu cuido depende de mim para se movimentar;
- Questão 10: Deixa-me muito cansado(a) fisicamente;
- Questão 13: A pessoa de quem cuido necessita de muita ajuda nos seus cuidados pessoais;
- Questão 15: Ando a dormir pior por causa desta situação;
- Questão 23: A minha saúde ficou abalada;
- Questão 24: A pessoa de quem cuido sofre de incontinência (não controla as necessidades).

No que diz respeito a este sub-grupo, destaca-se que nas questões 6, 10, 13, 15 e 23 os cuidadores apresentam dificuldades, tendo estas sido enunciadas como causadoras de perturbação por mais de 50% dos cuidadores.

Pelo contrário, a questão 24 (*a pessoa de quem cuido sofre de incontinência - não controla as necessidades*) é referida como não causadora de perturbação por 60% dos cuidadores.

Realça-se que na questão 10 (*deixa-me muito cansado(a) fisicamente*), com recurso à soma das frequências destas respostas, verifica-se que 80% dos cuidadores indicaram que esta situação causava-lhe alguma perturbação.

Os dados obtidos neste estudo são iguais aos do estudo de Brito (2002) e Sarmiento et al., (2010). Também no estudo de Figueiredo (2007a) a semelhança encontra-se nas questões 10 e 23, que são declaradas por mais de 50% dos cuidadores como perturbadoras.

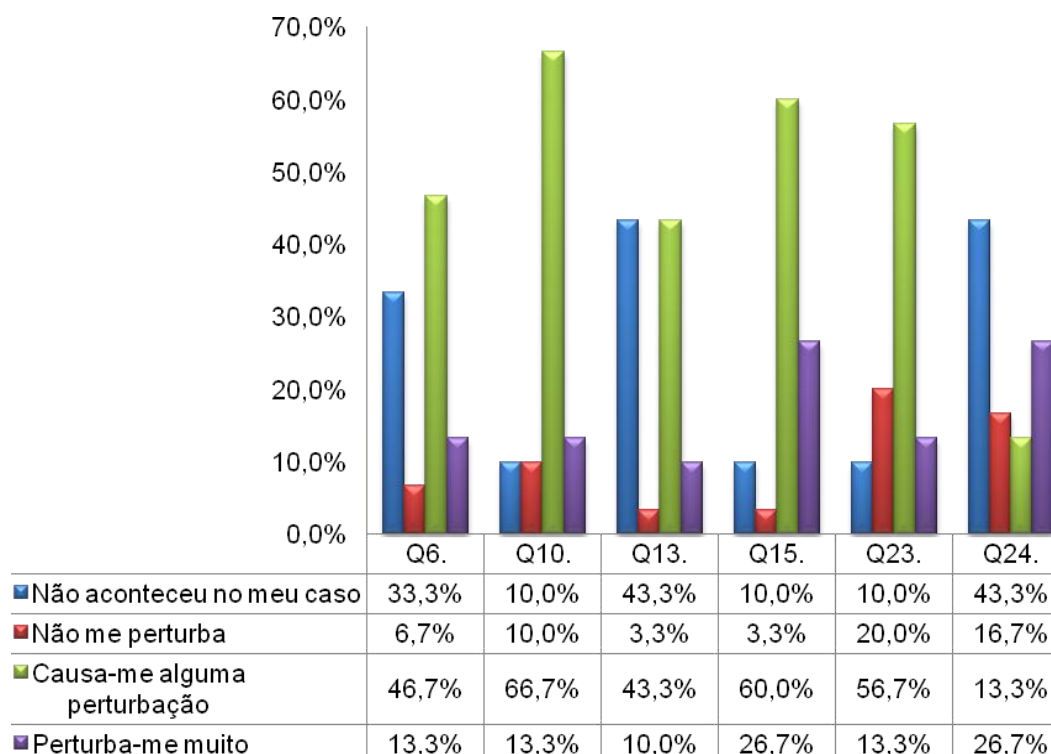


Gráfico 17. Exigências da ordem física da prestação de cuidados.

No que diz respeito às restrições na vida social, destaca-se as seguintes questões que constituem o sub-grupo:

- Questão 8: Afasta-me do convívio com outras pessoas e de outras coisas de que gosto;
- Questão 18: Não estou com os meus amigos tanto quanto gostaria;
- Questão 20: Não consigo ter um tempo de descanso, nem fazer uns dias de férias.

Neste sub-grupo, o das restrições na vida social, destaca-se que todas as questões que constituem este sub-grupo são evidenciadas como dificuldades para os cuidadores informais. Assim, é possível constatar que nas respostas “*causa-me alguma perturbação*” e “*perturba-me muito*”, as questões apresentam percentagens superiores a 50% (questão 8 apresenta 63,3%; 18 tem 80%; e a 20 tem 93,3%).

Relativamente às situações “*não aconteceu no meu caso*” e “*não me perturba*”, as respostas não superam os 36%, o que nos indicada, efectivamente, que este sub-grupo é perturbador. Assim, este sub-grupo apresenta situações de dificuldade para os cuidados, facto justificado no estudo de Brito (2002), onde refere que “*(...) as restrições na vida social são sentidas como dificuldades pela maioria (mais de 65%) dos prestadores de cuidados inquiridos*” (p.92).

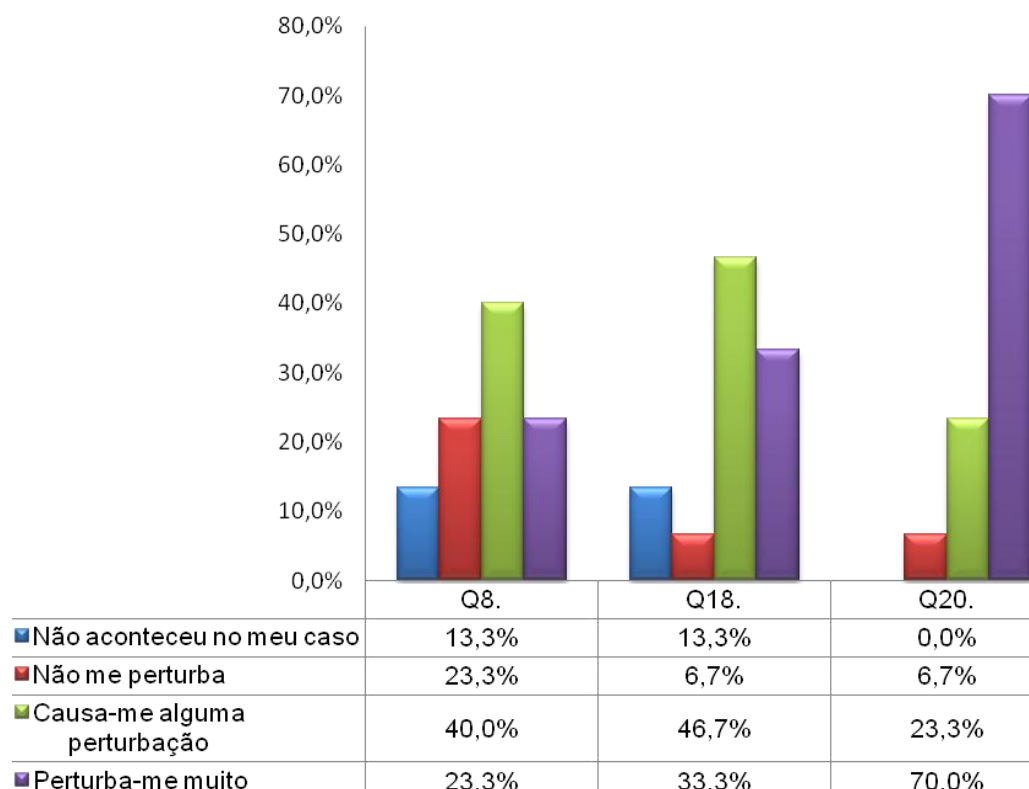


Gráfico 18. Restrições na vida social.

As questões que constituem o sub-grupo do deficiente apoio familiar são:

- Questão 16: As pessoas da família não dão tanta atenção como eu gostaria;
- Questão 28: Alguns familiares não ajudam tanto quanto poderiam.

Verificou-se que neste sub-grupo, com a análise da soma das frequências “*não acontece no meu caso*” e “*não me perturba*”, que estas situações não são sentidas como dificuldade por mais de 50% dos cuidadores informais na sua tarefa de prestação de cuidados.

Analisando as respostas “*não aconteceu no meu caso*” e “*não me perturba*”, na questão 16 (*as pessoas da família não dão tanta atenção como eu gostaria*), regista-se uma percentagem de 83,3 de cuidadores a identificarem como não sendo uma fonte de dificuldade.

Na questão 28 (*alguns familiares não ajudam tanto quanto poderiam*), o valor é de 63,3%, relativo a cuidadores que não percebem esta situação como dificuldade.

Figueiredo (2007a) refere que “(...) os dados sugerem que as situações consideradas não constituem fonte de dificuldade ou perturbação para a maioria dos cuidadores” (p.225). Os estudos de Félix (2008) e Sarmiento et al., (2010) comprovam que o *deficiente apoio familiar* não é uma dificuldade ou perturbação para os cuidadores, facto verificável neste estudo.

Brito (2002) verificou “(...) também que o deficiente apoio familiar é sentido como causa de dificuldade pela maioria (mais de 56%) dos prestadores de cuidados inquiridos” (p.92). Verifica-se que os dados de Brito (2002) apresentam uma maior incidência da dificuldade do que no presente trabalho.

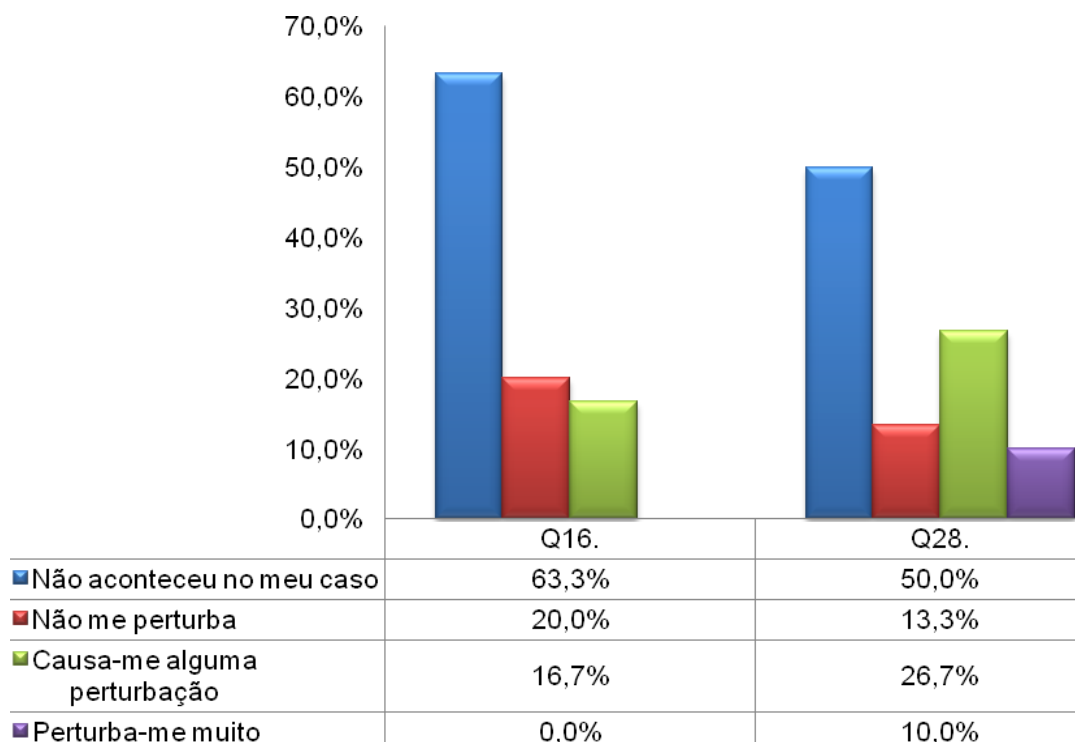


Gráfico 19. Deficiente apoio familiar.

O sub-grupo deficiente apoio profissional é constituído pelas seguintes duas questões:

- Questão 7: Parece-me que os técnicos de saúde (médicos, enfermeiros, assistentes sociais, etc.) não fazem bem ideia dos problemas que os prestadores de cuidados enfrentam;
- Questão 27: Não recebo apoio suficiente dos serviços de saúde e dos serviços sociais.

Com a análise das questões que constituem este sub-grupo, verifica-se a existência de diferenças. Na questão 7, com a soma das frequências nas situações “*causa-me alguma perturbação*” e “*perturba-me muito*”, observa-se que 53,3% dos cuidadores a consideram como uma dificuldade.

Já na questão 27 a percentagem difere. Os cuidadores realçam que esta situação não constitui dificuldade, ou seja, 63,3% consideram que recebem apoio suficiente, sendo esta situação uma fonte de dificuldade.

No estudo de Félix (2008), verifica-se uma aproximação aos dados encontrados, pois este autor concluiu que 60,5% dos cuidadores não têm falta de apoio profissional, mas 49,4% considera que os técnicos de saúde não sabem ou desconhecem os seus problemas. Este estudo vem comprovar as diferenças obtidas neste estudo nas duas questões (7 e 27).

Os estudos de Sarmiento et al., (2010) e Brito (2002) apresentam percentagens que identificam estas duas situações como perturbadores com maior intensidade, contrariamente ao presente estudo.

No estudo de Brito (2002) destaca-se que “(...) as questões referentes ao deficiente apoio profissional foram sentidas como causa de dificuldade por mais de 53,7% dos prestadores de cuidados” (p.93). Também no estudo de Sarmiento et al., (2010) “(...) pode observar-se que mais de 56% da população inquirida refere que o deficiente apoio profissional lhe causa perturbação” (p.152).

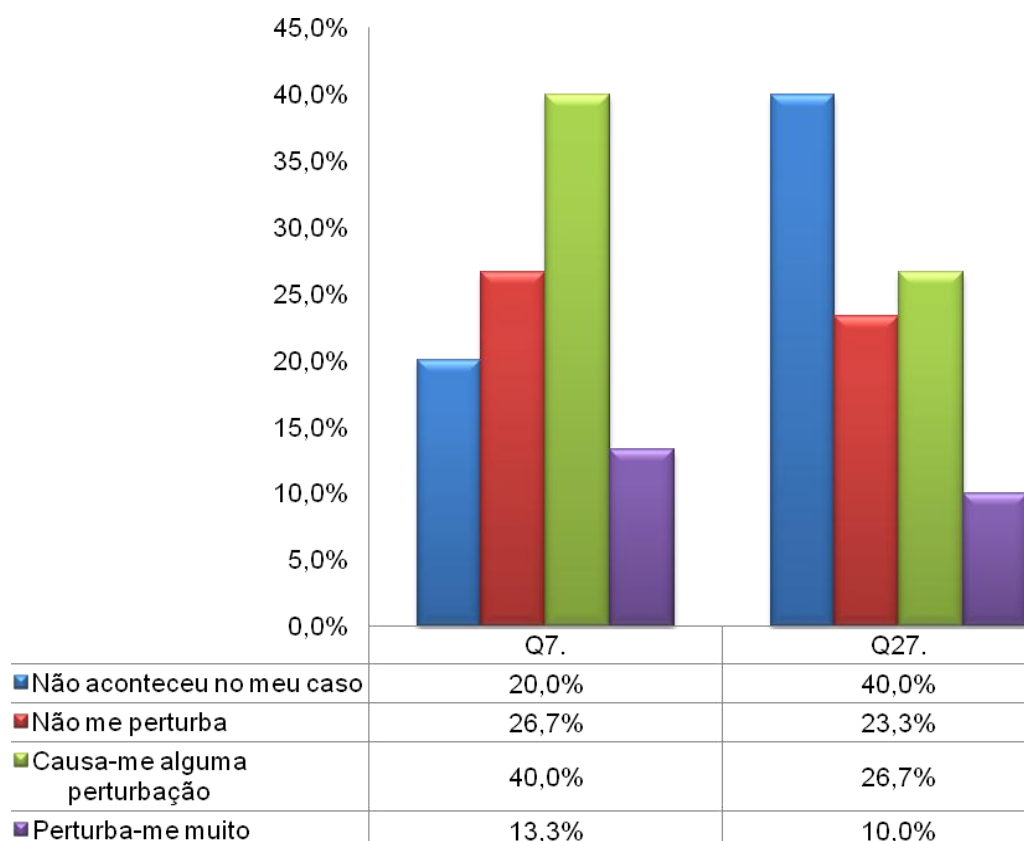


Gráfico 20. Deficiente apoio profissional.

As questões que constituem o sub-grupo dos problemas financeiros são:

- Questão 4: Traz-me problemas de dinheiro;
- Questão 21: A qualidade da minha vida piorou.

No sub-grupo não existem diferenças. Com recurso ao gráfico 21, destaca-se que as duas questões constituem-se como dificuldades para os cuidadores, tendo sido sentidas como dificuldade por 75% dos cuidadores.

Na questão 4 (*traz-me problemas de dinheiro*), existe uma percentagem de 83,3% dos cuidadores que assinalaram esta questão como dificuldade. Com menor percentagem, 76,7%, consideraram a situação da questão 21 (*a qualidade da minha vida piorou*), também uma dificuldade na sua tarefa de cuidador.

Os estudos de Sarmiento et al., (2010) e Brito (2002) comprovam estes resultados. Brito (2002) afirma que “(...) os aspectos financeiros são também sentidos pela maioria dos prestadores de cuidados (mais de 63,4%) como causadores de dificuldades” (p.93). No estudo de Félix (2008) e no de Figueiredo (2007a) os prestadores de cuidados a idosos em situação de dependência declaram que a questão 21 é a mais perturbadora.

Especificamente, no estudo de Sarmiento et al., (2010), destaca-se que os autores concluíram com a aplicação do índice CADI, face ao sub-grupo dos *problemas financeiros*, que estes “(...) são também sentidos pela maioria dos prestadores de cuidados (mais de 63,4%) como causadores de dificuldades” (p.93).

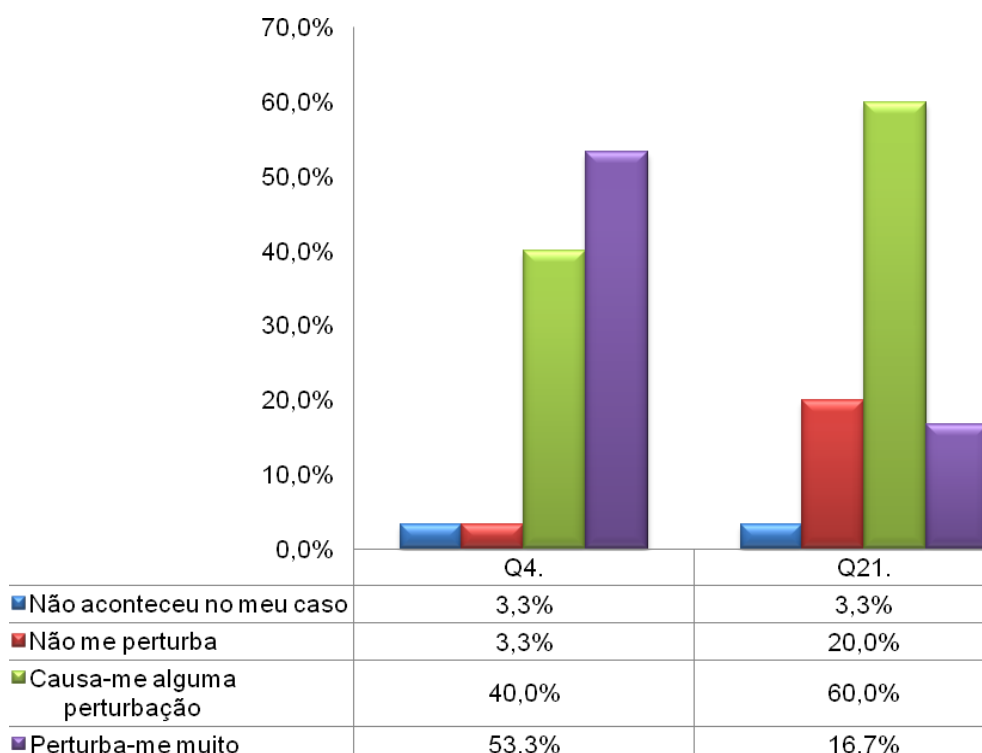


Gráfico 21. Problemas financeiros.

A questão 3 (*não consigo dedicar tempo suficiente às outras pessoas da família*), não foi incluída nos sub-grupos, pois não apresentou no estudo de Nolan et al., um valor

estatisticamente representativo (1998, cit., por Brito, 2002). No presente estudo verifica-se com a soma das frequências “*causa-me alguma perturbação*” e “*perturba-me muito*” que esta questão foi identificada como dificuldade, somente, por 43,3% dos prestadores de cuidados informais.

No estudo de Brito (2002) esta questão foi referida como dificuldade por 63,4% dos cuidadores. Contudo, mais próximo ao presente estudo encontra-se o valor obtido no estudo de Sarmiento et al., (2010), em que 46% dos cuidadores declararam alguma perturbação por não dedicarem tempo suficiente à família.

No fim do índice CADI existe um espaço disponível para os cuidadores referirem outros aspectos que considerem ser perturbadores. Assim, dos 30 cuidadores inquiridos, destaca-se que 15 utilizaram este espaço, onde expressaram:

- Falta de conhecimentos para realizar cuidados específicos ao seu familiar (4);
- Conciliação entre o cuidado ao idoso e aos filhos (3);
- Lidar com o sofrimento do familiar doente (3);
- sobrecarga (2);
- Falta de apoios para deslocação a consultas médicas e tratamentos (3).

No estudo de Brito (2002) foi evidenciado: falta de conhecimentos para realizar cuidados (2), existência de outros membros para cuidar, como os filhos (3); falta de apoio em determinadas situações (2); e sobrecarga (1).

Em suma, com a aplicação do índice CADI foi possível averiguar as principais dificuldades sentidas pelos cuidadores informais na prestação de cuidados, sendo que as mesmas surgem ao nível das “*reações à prestação de cuidados*”, “*exigências de ordem física na prestação de cuidados*”, “*restrições à vida social*” e “*problemas financeiros*”.

Destaca-se que nos vários estudos consultados se verifica uma aproximação às dificuldades encontradas, sendo que ao nível do apoio profissional não é registado um nível elevado, pois os cuidadores pertencentes à amostra deste estudo são beneficiários de um apoio formal.

Contudo, como afirma Custódio et al., (*in* Pocinho, 2012a), embora os cuidadores sejam beneficiários de um serviço formal, o facto é que esta intervenção é realizada de forma directa junto dos idosos em situação de dependência, não actuando na minimização das dificuldades do cuidador informal.

5. Análise das relações entre as características sócio-demográficas da pessoa idosa e do cuidador informal para a dinâmica de prestação de cuidados que influenciam as dificuldades sentidas pelo cuidador informal

De forma a compreender a influência de determinadas características sócio-demográficas na percepção das dificuldades sentidas pelo cuidador informal, recorreu-se aos testes t-student, à ANOVA e ao coeficiente de correlação de Spearman, como descrito no capítulo anterior, relativo à metodologia, na previsão do tratamento de dados.

Destaca-se, com elevada importância, que relativamente às variáveis do sexo, tanto no caso do idoso como do cuidador, esta análise não foi realizada porque as dimensões da amostra impossibilitam a obtenção de resultados estatisticamente significativos (Brito, 2002).

Nas variáveis relativas ao cuidador informal, como a idade, estado civil, grau de parentesco, tempo de prestação de cuidados, verificou-se que quando analisada a percepção das dificuldades, através dos testes enunciados, não se verificaram diferenças estatisticamente significativas.

Contudo, no estudo de Brito (2002) foram encontradas diferenças relativas à idade do cuidador, porque “(...) os prestadores de cuidados com mais idade manifestam mais dificuldades associadas com as situações de cuidados que implicam maior esforço físico” (p.122).

Grau de dependência do idoso

Comparando as dificuldades sentidas pelos cuidadores informais entre cada grau de dependência do idoso receptor de cuidados, observa-se que apenas existem diferenças estatisticamente significativas no sub-grupo “*restrições na vida social*” ($F=4,252$; $p=0,014$).

Neste sub-grupo foram encontradas diferenças estatisticamente significativas entre o grau “*moderadamente dependente*” ($M=7$; $SD=1,1673$) e os restantes graus de dependência do idoso: “*ligeiramente dependente*” ($M=9,78$; $SD=2,587$); “*severamente dependente*” ($M=10,29$; $SD=1,380$); e “*totalmente dependente*” ($M=9,88$; $SD=1,126$).

Assim, verifica-se que os cuidadores dos idosos que apresentam um grau de dependência moderada têm uma menor percepção da perturbação nas dificuldades, nomeadamente no sub-grupo “*restrições na vida social*”.

Como hipótese explicativa, a necessitar de comprovação, destaca-se a possibilidade do tipo de patologia associado à pessoa idosa em situação de dependência. Considera-se, ainda,

que para compreender os dados obtidos e a influência do grau de dependência nas dificuldades sentidas pelo cuidador, é essencial aplicar mais estudos neste campo.

Tipo de Dependência do idoso

Agrupando as situações patológicas em tipo de dependência física (n=20) ou mental (n=10), encontrou-se diferenças estatisticamente significativas ($t=-2,841$; $p=0,008$) com o sub-grupo “*problemas relacionais com o idoso*”.

Tendo-se observado que os cuidadores de idosos com dependência física (M=10,25; SD=4,459) têm uma menor percepção da perturbação das dificuldades relativas aos “*problemas relacionais do idoso*” do que os cuidadores de idosos com dependência mental (M=15; SD=4).

Num estudo comparativo entre cuidadores de idoso com dependência física (C-ICDF) ou mental (C-ICDM), Sequeira (2007) verificou que os “(...) C-ICDM se deparam com mais dificuldades (com significado estatístico) ao nível dos problemas relacionais, das restrições sociais, das reacções ao cuidar e do apoio familiar. Os C-ICDF referem, em média, mais dificuldades (com significado estatístico) apenas ao nível do apoio profissional” (p.236).

Habilitações literárias

As habilitações literárias dos cuidadores foram divididas em cinco grupos: os cuidadores que não frequentaram a escola (n=6); os que têm o 1º ciclo do ensino básico (n=6); os que têm o 2º ciclo do ensino básico (n=4); o 3º ciclo (n=11); e os que possuem o ensino secundário ou superior (n=3). Nestes grupos, apenas se registaram diferenças estatisticamente significativas nas “*exigência de ordem física*” ($F=3,035$; $p=0,036$) e “*restrições na vida social*” ($F=3,613$; $p=0,019$).

Relativamente às “*exigências de ordem física*” verificam-se diferenças estatisticamente significativas entre os cuidadores que possuem o ensino secundário ou superior (M=10; SD=3,464) e os que não frequentaram a escola (M=16,836; SD=2,041) ou têm o 1º ciclo (M=16,83; SD=2,401).

Assim, os cuidadores que possuem um menor nível de habilitações literárias percebem uma maior perturbação nas “*exigências de ordem física*” do que os cuidadores com um nível elevado de ensino.

Face às “*restrições na vida social*” só existem diferenças estatisticamente significativas entre os cuidadores que têm o 1º ciclo (M=11,33; SD=0,816) e os que têm o ensino secundário ou superior (M=6,67; SD=3,055). Conclui-se, assim, que os cuidadores informais que têm o 1º

ciclo percebem uma maior perturbação nas “*restrições na vida social*” do que os cuidadores que têm o ensino secundário ou superior.

Correlacionando, através do coeficiente de Spearman, as habilitações literárias do cuidador com o índice CADI (global e sub-grupos), observou-se uma única correlação estatisticamente significativa, com as “*exigências de ordem física*” ($r=-0,461$; $p=0,01$).

A correlação permite concluir que quanto maior forem as habilitações literárias do cuidador informal, menor é a percepção da perturbação nas “*exigências de ordem física*”. Brito (2002), no seu estudo, verificou que os cuidadores que têm um maior nível de escolaridade apresentam uma menor perturbação nas “*exigências de ordem física*”.

Tabela 7. Habilitações literárias do cuidador e índice CADI.

| | | | Habilitações Literárias do Cuidador Informal | Exigências de ordem física na prestação de cuidados |
|----------------|---|-------------------------|--|---|
| Spearman's rho | Habilitações Literárias do Cuidador Informal | Correlation Coefficient | 1,000 | -,461* |
| | | Sig. (2-tailed) | . | ,010 |
| | | N | 30 | 30 |
| | Exigências de ordem física na prestação de cuidados | Correlation Coefficient | -,461* | 1,000 |
| | | Sig. (2-tailed) | ,010 | . |
| | | N | 30 | 30 |

*. Correlation is significant at the 0.05 level (2-tailed).

Situação Profissional

A situação profissional dos cuidadores encontra-se dividida em três grupos: os empregados ($n=19$); os reformados ($n=7$); e os desempregados ($n=4$). Nestes grupos apenas se registaram diferenças estatisticamente significativas no sub-grupo do “*deficiente apoio familiar*” ($F=4,624$; $p=0,019$).

No sub-grupo “*deficiente apoio familiar*” observou-se que existem diferenças estatisticamente significativas entre os cuidadores empregados ($M=2,89$; $SD=1,329$) e os desempregados ($M=5$; $SD=2,160$).

Conclui-se, que os cuidadores que se encontram desempregados percebem uma maior perturbação dos que estão empregados.

Já no estudo de Brito (2002) “(...) os prestadores de cuidados empregados referiram menos dificuldades relacionadas com as exigências de ordem física na prestação de cuidados e com as consequências financeiras, do que os que não se encontram empregados (desempregados, domésticos ou reformados)” (p.123).

Considera-se, como hipótese explicativa e a necessitar de validação, o facto de que os cuidadores desempregados assumirem uma maior responsabilidade, pela falta de disponibilidade dos familiares a trabalhar.

Horas dedicadas à prestação de cuidados

Correlacionando, através do coeficiente de Spearman, as horas de prestação de cuidados diárias com o índice CADI (global e sub-grupos), observou-se uma única correlação estatisticamente significativa com as “*reações à prestação de cuidados*” ($r=0,460$; $p=0,01$).

Conclui-se, que quanto maior forem as horas dedicadas à prestação de cuidados, maior é a percepção da perturbação nas “*reações à prestação de cuidados*”.

Uma hipótese explicativa, a necessitar de validação, é o facto de o cuidador dedicar muitas horas à prestação de cuidados e a não substituição do cuidador por um determinado período.

Tabela 8. Horas de prestação de cuidados e índice CADI.

| | | Reações à prestação de cuidados | Horas de Prestação de Cuidados por dia |
|--|---------------------------------|---------------------------------|--|
| Spearman's rho | Reações à prestação de cuidados | Correlation Coefficient | ,460* |
| | | Sig. (2-tailed) | ,010 |
| | | N | 30 |
| Horas de Prestação de Cuidados por dia | | Correlation Coefficient | ,460* |
| | | Sig. (2-tailed) | ,010 |
| | | N | 30 |

*. Correlation is significant at the 0.05 level (2-tailed).

Partilha da responsabilidade pela prestação de cuidados

Dividindo os cuidadores em dois grupos, os que partilham a responsabilidade da prestação de cuidados ($n=13$) e os que não partilham ($n=17$), encontrou-se diferenças estatisticamente significativas ($t=2,259$; $p=0,032$) com o sub-grupo “*deficiente apoio familiar*”.

Tendo-se observado que o grupo dos cuidadores que partilham a responsabilidade ($M=4,23$; $SD=1,54$) percebe maior perturbação no “*deficiente apoio familiar*” do que os cuidadores que não partilham essa responsabilidade ($M=2,94$; $SD=1,56$).

Contudo, estes resultados são contrariados pelo estudo de Brito (2002). A autora verificou que os prestadores de cuidados que afirmaram não ter ajuda regular na prestação de cuidados apresentam maior perturbação na questão do deficiente apoio familiar.

Considerando estes dados, é importante compreender o facto de serem os cuidadores que partilham a responsabilidade pela prestação de cuidados que sentem uma maior perturbação no sub-grupo do “*deficiente apoio familiar*”.

Assim, é essencial num estudo futuro averiguar a existência de conflitos familiares, a satisfação no apoio familiar e o nível de apoio que o cuidador recebe, pois coloca-se estes factos como possíveis hipóteses explicativas deste fenómeno.

CONCLUSÃO

Devido ao evidente processo de envelhecimento demográfico, influenciado pelo aumento do número de pessoas idosas e pela diminuição da taxa de natalidade, ocorrem alterações na estrutura da família e na disponibilidade desta para assegurar a prestação de cuidados – destaca-se o problema da renovação de gerações e à massiva participação da mulher no mercado de trabalho (Sequeira, 2007).

Não só o acréscimo do número de pessoas idosas como, também, de doenças crónicas e incapacidades aumentam a probabilidade de ocorrerem situações de dependência e a necessidade de assistência aos idosos por parte da família, principal fonte de suporte aos cuidados a idosos (Figueiredo, 2007b).

Uma parte dos estudos acerca da prestação de cuidados salienta uma questão comum: que os prestadores de cuidados deparam-se com necessidades e dificuldades, que aumentam a sobrecarga e diminuem a sua qualidade de vida. Estes factores geram custos elevados para os familiares que adoptam o papel de cuidador, nomeadamente devido às restrições na actividade profissional e social (ISS, 2005).

Devido ao aumento das dificuldades dos cuidadores e devido há “(...) *ausência de políticas sociais de incentivo à família levam, frequentemente, a internamentos compulsivos em lares, em hospitais públicos, o que contraria, de facto, as novas orientações do Estado, no sentido de manter a pessoa idosa na comunidade*” e no seu domicílio (ISS, 2005, p.92).

Vários autores confluem no facto de que a prestação de cuidados apresenta exigências objectivas e subjectivas, derivadas de situações concretas da prestação de cuidados (Brito, 2002; Figueiredo, 2007b). Segundo Sarmiento et al., (2010) as exigências dos cuidados é medida pela “(...) *forma como cada prestador de cuidados percebe os vários aspectos da sua situação*” (p.159) e, ainda, tendo em consideração o apoio e a situação económico do mesmo.

Pelo exposto, este trabalho surge da necessidade de identificar as dificuldades sentidas pelos cuidadores informais. Partindo deste facto, após pesquisa e revisão bibliográfica, determinou-se que seria importante identificar as dificuldades, com o objectivo de contribuir para que estudos futuros possam incidir na planificação de estratégias de intervenção, para reduzir as dificuldades e assegurar o futuro da prestação de cuidados no domicílio.

Desta forma, resulta deste estudo a identificação das características sócio-demográficas das pessoas idosas e dos cuidadores; a caracterização do grau de dependência dos primeiros; uma breve análise da prestação de cuidados, nomeadamente ao nível das necessidades; e

a identificação das dificuldades dos cuidadores. Dado tratar-se de um trabalho de investigação com uma amostra pequena, não podemos generalizar estas conclusões para outros cuidadores, não devendo contudo, invalidar-se a importância das mesmas, atendendo ao carácter do estudo e ao processo realizado, podendo ser utilizadas no contexto onde foi desenvolvida a investigação.

Os dados obtidos neste estudo convergem nos perfis já traçados em outros estudos, como é o caso dos estudos de Figueiredo (2007b), Brito (2002), Sequeira (2007) e Imaginário (2008). Assim, destaca-se dos resultados obtidos as seguintes informações conclusivas:

- A pessoa idosa em situação de dependência e a receber cuidados é, na sua maioria, do sexo feminino (80%). Relativamente à idade, 46,7% têm entre 75 e os 84 anos. Os idosos na sua maioria são viúvos (60%). Ao nível da situação patológica, a maioria sofre de limitações físicas (46,67%), nomeadamente fracturas derivadas de quedas e AVC.
- Face ao grau de dependência , verificou-se que 9 idosos apresentam uma dependência ligeira, seguindo-se 8 que apresentam dependência total, 6 com dependência moderada e 7 com dependência severa. Destaca-se que as actividades onde os indivíduos apresentam maior dependência são: “alimentação” (76,7%); “vestir” (60%); “banho” (100%); “uso da casa de banho” (76,7%); “controlo intestinal e vesical” (73,4%); “subir escadas” (96,7%); “transferência cadeira-cama” (100%); e “deambulação” (90%).
- Relativamente aos cuidadores informais e à prestação de cuidados, maioritariamente são do género feminino (77%). Face à idade, 36,7% têm entre 61 e os 70 anos. São 26 os cuidadores casados. No que diz respeito às habilitações literárias, 36,7% têm o 3º ciclo do ensino básico. Nesta amostra, 19 cuidadores são empregados, sendo o seu rendimento fruto do seu trabalho. A maioria (73,3%) dos cuidadores são filhos dos idosos a quem prestam cuidados. A maior parte (76,7%) habita com o idoso. Nos anos dedicados aos cuidados, 11 cuidam há mais de 5 anos. Os cuidadores (60%) dedicam entre 6 a 9 horas. Por último, 56,7% não partilham esta responsabilidade.
- Face às dificuldades , conclui-se que as mais referidas pelos cuidadores informais foram as “*reações à prestação de cuidados*”, “*exigências de ordem física na prestação de cuidados*”, as “*restrições na vida social*” e os “*problemas financeiros*”. Estas dificuldades foram enunciadas por mais de 50% dos cuidadores envolvidos neste estudo, através da aplicação do índice CADI.

- Determinou-se, inclusive, que determinadas características (quer do idoso em situação de dependência quer do cuidador informal) influenciam a percepção das dificuldades. Por exemplo:
 - o Verificou-se que quanto maior forem as habilitações literárias do cuidador, menor é a sua percepção da perturbação nas “*exigências de ordem física da prestação de cuidados*”.
 - o Na situação profissional verifica-se que os cuidadores informais que se encontram desempregados percebem uma maior perturbação do que os cuidadores que estão empregados, face ao sub-grupo “*deficiente apoio familiar*”.
 - o As horas dedicadas diariamente aos cuidados também desempenham uma influência nas dificuldades, pois quanto maior forem as horas dedicadas, maior é a percepção da perturbação nas “*reações à prestação de cuidados*”.
 - o Em última análise, verificou-se que na questão da partilha da responsabilidade pela prestação de cuidados, os cuidadores que partilham a esta responsabilidade percebem uma maior perturbação no “*deficiente apoio familiar*”.

Estas conclusões permitem alertar para a importância de serem realizados mais estudos neste campo, para que se possam criar e implementar cuidados/medidas de proximidade, possibilitando a melhoria da qualidade de vida dos cuidadores e dos idosos em situação de dependência.

Na generalidade, os resultados obtidos sugerem que ao nível das políticas sociais de intervenção é necessário que se desenvolvem “(...) *estruturas de suporte social que permitem aliviar a sobrecarga psicológica e social sentida pelos cuidadores*” (Lopes et al., in Pocinho, 2012a, p.171).

É facto de que o cuidado informal é de carácter privado, logo têm vindo a ser menos apoiado pelo Estado e pelas Instituições de saúde e sociais, embora tenham sido desenvolvidos sistemas de apoio à prestação de cuidados, como é o caso do Apoio Domiciliário Integrado ou das Unidades de Apoio Integrado. Contudo, estes são insuficientes, não correspondendo às necessidades/ dificuldades dos prestadores de cuidados (Lopes et al., in Pocinho, 2012a), mas sim as necessidades dos idosos em situação de dependência.

Neste campo, considerando a análise das respostas dos cuidadores, é fundamental desenvolver políticas sociais que surjam no campo:

- Apoio financeiro, através de benefícios fiscais;
- Criação de um estatuto de trabalho para o cuidador, onde exista um regime de justificação de falta ou uma licença de apoio à família, nomeadamente quando se trata de idosos em situação de dependência a cargo;
- Criação de grupos de ajuda-mútua, de forma a possibilitar o apoio-psicossocial;
- Facilitação na aquisição de ajudas técnicas para combater as dificuldades de ordem física dos cuidados;
- Orientação e formação dos cuidadores informais, por exemplo aquando da alta hospitalar de um idoso que irá ser acolhido pela sua familiar no domicílio ou através de serviços de prestação de cuidados (por exemplo o SAD).

Segundo Lemos (2012) é importante, no campo da intervenção, serem criados gabinetes de apoio; grupos de voluntários devidamente formados, que auxiliem os cuidadores nos momentos de maior dificuldade; e, envolver as IPSS e Câmara Municipais, através de equipas multidisciplinares de apoio à informação e formação dos cuidadores informais de idosos no domicílio.

As sugestões indicadas surgem também em outros estudos no campo da prestação de cuidados informais, como é o estudo desenvolvido por Gil (2010), de onde se destaca outras sugestões, como por exemplo: o acesso a serviços de reabilitação e a transportes; e o acompanhamento social/ informativo e psicológico dos cuidadores.

A autora refere, em conclusão, que *“(...) remeter a dependência para as responsabilidades familiares, como tem sido tradição na esfera pública, implica preparar, formar, apoiar, acompanhar e supervisionar tecnicamente, os cuidadores que se confrontam com um caminho árduo; (...) são necessárias políticas sociais de apoio à família, sustentadas com uma política integrada de uma rede de cuidados continuados, que possam, efectivamente, apoiar quem opta por cuidar no domicílio”* (Gil, 2010, p.541).

Tendo em consideração o exposto, mais uma vez é possível dizer que o objectivo a que se propôs a presente investigação descritiva foi cumprido. Por tudo isto, estimula-se o desenvolvimento deste tipo de trabalhos de investigação que caminhem na direcção da identificação das dificuldades associadas à prestação de cuidados, no sentido de minimizá-las, com a implementação de medidas sociais que auxiliem o cuidado informal. Este deve

ser um objectivo central de muitas investigações, sobretudo porque esta análise permitirá abrir um caminho para a criação/ implementação de soluções que possibilitem às famílias manter os seus familiares idosos no domicílio.

Considera-se, ainda, que este trabalho trouxe um contributo importante para a revisão da literatura no campo da prestação de cuidados informais e, ainda, um pequeno contributo na identificação e compreensão das dificuldades sentidas pelos prestadores de cuidados a idosos em situação de dependência o domicílio.

Destaca-se, ainda, que este trabalho contribuiu para a validação do Índice CADI para a população portuguesa, através da cedência dos dados obtidos à autora do Índice, na versão portuguesa.

LIMITAÇÕES E RECOMENDAÇÕES

Obviamente que não se poderia deixar, neste comentário final, de citar as limitações deste trabalho e futuras recomendações. Destaca-se:

- A amostra desta investigação ter uma dimensão pequena. Assim, é importante que em próximos estudos tenham em consideração a inclusão de uma amostra de maior dimensão, de forma a possibilitar a generalização de dados;
- Os cuidadores terem sido seleccionados através de uma IPSS, o que influencia a sua percepção das dificuldades, por serem beneficiários do serviço de apoio domiciliário. Este facto faz com que não tenham tanta dificuldade em determinadas tarefas, sobretudo de ordem física;
- Não ter sido considerada uma dimensão qualitativa do trabalho, aplicável através da realização de entrevistas aos cuidadores informais, explorando não só as questões negativas, ao nível das dificuldades, mas o impacto positivo e as motivações para prestar cuidados a um familiar em situação de dependência;
- A não inclusão de uma questão acerca de quais as políticas sociais que os cuidadores pensam que deveriam ser implementadas para dar apoio à sua tarefa de prestação de cuidados a idosos em situação de dependência no domicílio, de forma a minimizar as duas dificuldades e impactos negativos da prestação de cuidados;
- A não inclusão do Índice CAMI – Índice de avaliação das estratégias de “coping” do cuidador. Este índice “(...) *tende em vista conhecer a forma como cada prestador de cuidados lida com as dificuldades sentidas, que mecanismos de coping mobilizam e quão adequados e eficazes eles se mostram perante as situações*” (Brito, 2002, p.65). Assim, com a inclusão deste instrumento seria possível compreender a forma como os cuidadores ultrapassam as dificuldades, possibilitando a criação de soluções com base nas suas estratégias de coping;
- Exaltar um trabalho estatístico mais relevante, de forma a melhorar os dados obtidos e a identificar e compreender o impacto de determinadas variáveis (características da pessoa idosa e do cuidador informal ou da prestação de cuidados), na identificação das dificuldades sentidas pelos cuidadores;

No entanto, embora tenham sido consideradas estas limitações, este foi um diminuto contributo, mas válido, neste campo de investigação, dos cuidados informais a idosos em situação de dependência no domicílio.

BIBLIOGRAFIA

- Almeida, F. (2004) “*Montijo – Roteiro do Concelho. História, Património e Percursos*”, Ed. Câmara Municipal do Montijo;
- André, S.; Cunha, M.; & Rodrigues, V. (2010) “*Família enquanto entidade cuidadora*”, in *Millenium*, nº39, p.131-194, URL: <http://repositorio.ipv.pt/handle/10400.19/475> [28-10-2012];
- André, S.; Cunha, M.; & Rodrigues, V. (2011) “*Autopoiese e o cuidado: cuidadores informais*”, in *Millenium*, nº41, p.145-148, URL: <http://www.ipv.pt/millenium/Millenium41/10.pdf> [30-10-2012];
- Andrade, F. (2009) “*O Cuidado Informal à Pessoa Idosa Dependente em Contexto Domiciliário: Necessidades Educativas do Cuidador Principal*”, Dissertação de Mestrado apresentada à Universidade do Minho, URL: <http://repositorium.sdum.uminho.pt/handle/1822/10460> [03-03-2013];
- António, S. (2008) “*O Envelhecimento em Portugal no século XXI – Contributos e Reflexões de Prospectiva Demográfica*”, in *Revista de Economia*, nº84, Lisboa, p. 1-10;
- Augusto, B.; & Carvalho, R. (2002) “*Cuidados continuados. Família, Centro de Saúde e Hospital como parceiros no cuidado*”, Coleção Manuais Sinais Vitais, Ed. Formasau;
- Barreto, J. (1991) “*Envelhecimento e qualidade de vida: o desafio actual*”, in *Sociologia, Revista da Faculdade de Letras da Universidade do Porto*, Série I, Vol. 1, ISSN 0872-3419, URL: <http://ler.letras.up.pt/uploads/ficheiros/3733.pdf> [01-03-2013];
- Barros de Oliveira, J. (2010) “*Psicologia do Envelhecimento e do Idoso*”, 4ª Edição, Livpsic;
- Berger, M.; & Danielle Mailloux-Poirier, M. (1995) “*Pessoas idosas – uma abordagem global. Processos de enfermagem por necessidades*”, Ed. Lusodidacta;
- Bonfim, C.; Teles, M.; Saraiva, M.; Cadete, M.; Quaresma, M. & Veiga, S. (1996) “*População Idosa, Análise e Perspectivas – A problemática dos cuidados intrafamiliares*”, Direcção-Geral da Acção Social, Lisboa, URL: http://www4.seg-social.pt/documents/10152/13328/Populacao_idosa_analise_perspectivas [29-10-2012];
- Bookman, A; & Kimbel, D. (2011) “*Families and Elder Care in the twenty-first century*”, in *The Future of Children*, Vol. 21, nº2, p.117-140, URL:

- http://futureofchildren.org/futureofchildren/publications/docs/21_02_06.pdf [20-11-2012];
- Bris, H. (1994) “*Responsabilidade familiar pelos dependentes idosos nos países das comunidades europeias*”, Fundação Europeia para a Melhoria das Condições de Vida e de Trabalho, Ed. Conselho Economico Social, URL: <http://www.ces.pt/download/600/RespFamDeplidosos.pdf> [30-10-2012];
- Brito, L. (2002) “*A saúde mental dos prestadores de cuidados familiares idosos*”, Ed. Quarteto;
- Carmo, H; & Ferreira, M. (2008) “*Metodologia da Investigação - Guia para Auto-aprendizagem*”, 2º Ed., Universidade Aberta;
- Carmo, H. (2011) “*Teoria da Política Social – Um olhar da Ciência Política*”, Ed. ISCSP;
- Colombo et al., (2011) “*Health Wanted? Providing and Paying for Long-Term Care*”, OECD – Health Policy Studies, URL: <http://www.oecd.org/health/health-systems/helpwantedprovidingandpayingforlong-termcare.htm> [20-11-2012];
- Comissão Europeia (2010) “*Livro Branco – Um agenda para pensões adequadas, seguras e sustentáveis*” Comissão Europeia, URL: <http://eur-lex.europa.eu/LexUriServ/LexUriServ.do?uri=COM:2012:0055:FIN:PT:PDF> [02-02-2013];
- Dunbrack, J. (2005) “*The information needs of informal caregivers involved in providing support to a critically in loved one*”, Health Care System, URL: <http://www.hc-sc.gc.ca/hcs-sss/pubs/home-domicile/2005-info-caregiver-aidant/index-eng.php> [18-11-2012];
- Espírito Santo, P. (2010) “*Introdução à Metodologia das Ciências Sociais – Génese, Fundamentos e Problemas*”, Edições Sílabo;
- Eurostat (2011) “*Demography Report 2010 – Older, more numerous and diverse Europeans*”, European Commission, Luxemburg, URL: <http://ec.europa.eu/social/main.jsp?catId=738&langId=en&pubId=5936&furtherPu bs=yes> [04-01-2013];
- Eurostat (2012) “*Active ageing and solidarity between generations – A statistical portrait of the European Union 2012*”, European Commission, Luxemburg, URL:

http://epp.eurostat.ec.europa.eu/portal/page/portal/product_details/publication?product_code=KS-EP-11-001 [05-01-2013];

Félix, L. (2008) “*Sobrecarga e dificuldades dos cuidadores informais dos mais velhos*” Dissertação de Mestrado apresentada à Universidade de Lisboa, URL: <http://repositorio.ul.pt/handle/10451/6092> [05-06-2013];

Fernandes, A. (1997) “*Velhice e Sociedade: Demografia, Família e Políticas Sociais em Portugal*”, Ed. Celta;

Fernandes, A. (2005) “*Processos e estratégias de envelhecimento*”, in *Sociologia*, nº15, Porto, p. 223-247, URL: <http://ler.letras.up.pt/uploads/ficheiros/3730.pdf> [03-01-2013];

Fernandes, A. (2007) “*Determinantes da mortalidade e da longevidade: Portugal numa perspectiva europeia (UE15, 1991-2001)*”, *Análise Social*, Vol.183, p. 419-443, URL: http://www.scielo.oces.mctes.pt/scielo.php?pid=S0003-25732007000200003&script=sci_arttext [26-01-2013];

Figueiredo, D. (2007a) “*Prestação familiar de cuidados a idosos dependentes com ou sem demência – Abordagem multidimensional das (dis) semelhanças*”, Tese de Doutoramento apresentada à Universidade de Aveiro, URL: <http://biblioteca.sinbad.ua.pt/teses/2007001045> [17-11-2012];

Figueiredo, D. (2007b) “*Cuidados familiares ao idoso dependente*”, Ed. Climepsi de Saúde;

Fonseca, A. (2004) “*Desenvolvimento humano e envelhecimento*”, Ed. Climepsi Editores;

Fonseca, A. (2006) “*O Envelhecimento – Uma abordagem psicológica*”, Ed. Universidade Católica;

Fonseca, T. (2010) “*Sobrecarga, Depressão e Generatividade em mulheres cuidadores informais*” Dissertação de Mestrado apresentada à Universidade de Lisboa, URL: <http://repositorio.ul.pt/handle/10451/2495> [15-11-2012];

Fontaine, R. (2000) “*Psicologia do Envelhecimento*”, Ed. Climepsi Editores;

Giannakouris, K. (2008) “*Population and social conditions*”, Eurostat, nº 78/2008, URL: <http://epp.eurostat.ec.europa.eu/portal/page/portal/eurostat/home> [27-02-2013];

- Gil, A. (2010) “*Heróis do Quotidiano – Dinâmicas familiares na dependência*”, Ed. Fundação Calouste Gulbenkian;
- Gonçalves, R. (2010) “*Famílias de Idosos da Quarta Idade: dinâmicas familiares*”, Dissertação de Mestrado apresentada à Universidade do Porto, URL: <http://repositorio-aberto.up.pt/bitstream/10216/45980/2/Dissertao%20Raquel%20Lima%20Goncalves.pdf> [14-12-2012];
- Grácia, E.; Carretero, M.; Rodriguez, A.; & Osuna, A. (2005) “*Vivencias, expectativas y demandas de cuidadores informales de pacientes en procesos de enfermedad de larga duración*”, in *Journal Enferm Clin*, Vol.15, nº04, URL: <http://www.elsevier.es/en/node/2040903> [20-11-2012];
- Grelha, P. (2009) “*Qualidade de Vida dos Cuidadores Informais de Idosos Dependentes em Contexto Domiciliário*”, Dissertação de Mestrado apresentada à Universidade de Lisboa, URL: <http://repositorio.ul.pt/handle/10451/1090> [27-11-2012];
- Guerreiro, S. (2008) “*Idosos: Necessidades de Aconselhamento em diferentes contextos*”, Dissertação de Mestrado apresentada à Universidade do Algarve, URL: <https://sapientia.ualg.pt/handle/10400.1/27> [10-03-2013];
- Imaginário, C. (2008) “*O idoso dependente em contexto familiar*”, 2ª Edição, Formasau;
- IMERSO (2006) “*Estudio e intervención sobre el malestar psicológico de los cuidadores de personas con demencia. El papel de los pesamientos disfuncionales*”, Colección Estudios, Serie Dependencia – Instituto de Mayores y Servicios Sociales, Madrid, URL: <http://www.imersomayores.csic.es/documentos/documentos/imerso-estudio-01.pdf> [06-03-2013];
- INE (2002) “*O Envelhecimento em Portugal: Situação demografia e sócio-económica recente das pessoas idosas*”, Serviço de Estudos sobre a População, Revista de Estudos Demográficos, Instituto Nacional de Estatística, URL: http://censos.ine.pt/xportal/xmain?xpid=CENSOS&xpgid=ine_censos_estudo_det&menuBOUI=13707294&contexto=es&ESTUDOSest_boui=106370&ESTUDOS_modo=2&selTab=tab1 [1-12-2012];
- INE (2012a) “*Censos 2011 – Resultados Definitivos, Portugal*”, Instituto Nacional de Estatística, URL:

http://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=CENSOS&xpgid=ine_censos_publicacoes
[03-02-2013];

INE (2012b) “*Anuário Estatístico de Portugal 2010*”, INE, Lisboa, URL:
http://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_publicacoes&PUBLICACOESpub_boui=134725522&PUBLICACOESmodo=2 [03-02-2013];

ISS (2005) “*Situação Social dos Doentes de Alzheimer – Um estudo exploratório*”, Fundação Montepio Geral, URL:
<http://www.alzheimerportugal.org/scid/webAZprt/defaultArticleViewOne.asp?articleID=124&categoryID=818> [03-03-2013];

João Paulo II (1991) “*Carta do Papa João Paulo II aos anciãos*”, Libreria Editrice Vaticana, URL:
http://www.vatican.va/holy_father/john_paul_ii/letters/1999/documents/hf_jp-ii_let_01101999_elderly_po.html [08-17-2013];

José, J.; Wall, K.; & Correia, S. (2002) “*Trabalhar e cuidar de um idoso dependente: problemas e soluções*”, Instituto de Ciências Sociais, Universidade de Lisboa, URL: <http://repositorio-tematico.up.pt/handle/10405/148> [01-03-2013];

Koenig, K.; Sfeirer, V. & Pierce, L. (2011) “*Information needs of family caregivers of persons with cognitive versus physical deficits*”, in *Gerontology e Geriatrics Education*, nº32, p.396-413, URL:
<http://www.tandfonline.com/doi/pdf/10.1080/02701960.2011.611713> [05-10-2012];

Lage, I. (2006) “*Cuidar idosos no contexto da família: perspectivas dos cuidadores*”, in *Actas do 6º Congresso Nacional de Psicologia da Saúde*, Universidade do Algarve;

Lemos, J. (2012) “*Avaliação das dificuldades dos cuidadores informais de idosos dependentes*”, Dissertação de Mestrado apresentada à Escola Superior de Saúde, URL: <https://bibliotecadigital.ipb.pt/handle/10198/8088> [05-06-2013];

Lima, M. (2010) “*Envelhecimento*”, Ed. Imprensa da Universidade de Coimbra;

Loureiro, N. (2009) “*A sobrecarga física, emocional e social dos cuidadores informais de idosos com demência*”, Dissertação de Mestrado apresentada à Universidade Fernando Pessoa, URL: <http://bdigital.ufp.pt/handle/10284/1516> [20-10-2012];

- Maroco, J. & Bispo, R. (2005). *Estatística aplicada às Ciências Sociais e Humanas*. 2ª Edição. Ed. Climepsi. Lisboa
- Marques, S. (2005) “Os cuidadores informais de doentes com acidente vascular cerebral”, in *Interações* nº9, p.130-141, URL: <http://www.interacoes-ismt.com/index.php/revista/article/download/171/175> [28-10-2012];
- Marques, S. (2007) “Os cuidados informais a doentes com AVC”, Ed. Formasau;
- Martins, R. (2003) “Envelhecimento e saúde: um problema social emergente”, in *Millennium*, nº27, URL: <http://www.ipv.pt/millennium/Millennium27/14.htm> [04-02-2013];
- Mata, M.; Pimentel, L.; & Sousa, M. (2012) “Solidão em cuidadores informais de idosos dependentes e sua relação com a sobrecarga do cuidador”, *Intervenção integrada sobre os determinantes em saúde*, Escola Superior de Enfermagem Dr. José Timóteo Montalvão Machado, URL: <https://bibliotecadigital.ipb.pt/handle/10198/6995> [01-11-2012];
- Mestre, M. (2010) “Suporte Social e Coping nos cuidadores informais de idosos dependentes”, Dissertação de Mestrado apresentada à Universidade do Algarve, URL: <https://sapientia.ualg.pt/handle/10400.1/399> [13-11-2012];
- Nazareth, J. (2009) “Crescer e Envelhecer – Constrangimentos e oportunidades do envelhecimento demográfico”, Ed. Editorial Presença;
- Oliveira, C.; Rosa, M.; Pinto, A.; Botelho, M.; Morais, A.; & Veríssimo, M. (2010) “Estudo do Perfil do Envelhecimento da População Portuguesa”, Ed. Eurotrials;
- Paúl, C. (1997) “Lá para o fim da vida – Idosos, família e meio ambiente”, Ed. Livraria Almedina;
- Paúl, C.; Fonseca, M.; Cruz, F.; & Cerejo, A. (2001) “Excelsa – Estudo Piloto sobre Envelhecimento Humano em Portugal”, in *Psicologia, Teoria, Investigação e Prática*, Vol. 2, p. 415-426;
- Paúl, C.; & Fonseca, A. (2005) “Envelhecer em Portugal” Ed. Climepsi Editores;
- Pereira, H. (2011) “Subitamente cuidadores informais! A experiência de transição para o papel de cuidador informal a partir de um evento inesperado”, Tese de Doutoramento apresentada à Universidade de Lisboa, URL: <http://repositorio.ul.pt/handle/10451/3916> [28-10-2012];

- Pereira, M.; Roncom, J.; & Carvalho, H. (2011) “*Aspectos psicológicos e familiares do envelhecimento*”, in Azevedo, “*O idoso como um todo*”, Ed. Psico&Soma, p.102-130;
- Pereira, F. (2012) “*Teoria e Prática da Gerontologia – Um guia para cuidadores de idosos*”, Ed. Psico&Soma;
- Pocinho, R. (2012a) “*Envelhecer em tempo de crise: Respostas sociais*”, Ed. Legis Editora;
- Pocinho, M. (2012b) “*Metodologia de Investigação e Comunicação do Conhecimento Científico*”, Ed. Lidel;
- Quaresma, M. (1996) “*Cuidados Familiares às Pessoas muito idosas*”, Direcção-Geral da Acção Social;
- Quaresma, M.; Fernandes, A.; Calado, D.; & Pereira, M. (2004) “*O Sentido das Idades da Vida – Interrogar a solidão e a dependência*”, Edição CESDET, Instituto Superior de Serviço Social de Lisboa;
- Ramos, C. (2012) “*Dificuldades e Necessidades de Cuidadores Informais de Idosos Dependentes da Beira Interior*”, Dissertação de Mestrado apresentada à Universidade da Beira Interior, URL: <https://ubithesis.ubi.pt/handle/10400.6/1180> [01-04-2013]
- Ribeiro, O. & Paúl, C. (2006) “*Mente alerta, corpo em forma. A prestação de cuidados informais por homens idosos: desafios psicossociais*” in Actas do 6º Congresso Nacional de Psicologia da Saúde, Universidade do Algarve;
- Rocha, A. (2007) “*O Autoconceito dos Idosos*”, Dissertação de Mestrado apresentada à Universidade de Lisboa, URL: <http://repositorio.ul.pt/handle/10451/1103> [03-11-2012];
- Romão, A.; Pereira, A.; & Gerardo, F. (2008) “*As necessidades dos cuidadores informais – Estudo na área do envelhecimento*”, Ed. Santa Casa da Misericórdia de Lisboa;
- Rosa, M. (1993) “*O desafio social do envelhecimento demográfico*”, in *Análise Social*, Vol. XXVIII (122), p. 679-689, URL: <http://analisesocial.ics.ul.pt/documentos/1223291769P9jTF5la0Hg76JE3.pdf> [25-11-2012];
- Rosa, M. (2002) “*Envelhecimento Demográfico*”, in *Revista Millennium* nº26, URL: http://www.ipv.pt/millenum/millenum26/26_23.htm [03-02-2013];

- Rosa, M. (2012) “*O Envelhecimento da Sociedade Portuguesa*”, Ed. Fundação Francisco Manuel dos Santos;
- Rosa, M. & Chitas, P. (2010) “*Portugal: os Números*”, Ed. Relógio D’Água Editores;
- Saraiva, D. (2011) “*O olhar dos e pelos cuidadores: os impactos de cuidar e a importância do apoio ao cuidador*”, Dissertação de Mestrado apresentada à Universidade de Coimbra, URL: <https://estudogeral.sib.uc.pt/handle/10316/17858> [22-10-2012];
- Sarmiento, E.; Pinto, P.; & Monteiro, S. (2010) “*Cuidar do Idoso – Dificuldades dos familiares*”, Ed. Formasau;
- Sequeira, C. (2007) “*Cuidar de Idosos Dependentes – diagnósticos e intervenções*”, 1.ª Edição. Coimbra: Quarteto Editora;
- Sipilä, J.; Repo, K.; Zechner, M.; Martin, C.; Debroise, A.; Le Bihan, B.; Vion, A.; Trifiletti, T.; Pratesi, A.; Simoni, S.; Wall, K.; Correia, S.; José, J.; Baldock, J.; Hadlow, J.; & Larsen, T. (2003) “*Families, work and social care in Europe – A qualitative study of care arrangements in Finland, France, Italy, Portugal and the UK*”, Final Report - European Commission, URL: <http://cordis.europa.eu/documents/documentlibrary/82607981EN6.pdf> [18-11-2012];
- Spar, J.; & La Rue, A. (2005) “*Guia Prático de Psiquiatria Geriátrica*”, Ed. Climepsi Editores;
- Soeiro, M. (2010) “*Envelhecimento Português. Desafios Contemporâneos – Políticas e Programas Sociais*”, Dissertação de Mestrado apresentada à Universidade Nova de Lisboa, URL: <http://run.unl.pt/handle/10362/5736> [04-01-2013];
- Sousa, L.; Figueiredo, D.; & Cerqueira, M. (2004) “*Envelhecer em família – Os cuidados familiares na velhice*”, Ed. Ambar.

ANEXOS

ANEXO I

Inquérito

CARACTERIZAÇÃO DA PESSOA DEPENDENTE

1. Género:
 - a. Feminino
 - b. Masculino
2. Idade:
 - a. 65-74
 - b. 75-84
 - c. ≥ 85
3. Estado Civil:
 - a. Solteiro(a)
 - b. Casado(a) / União de facto
 - c. Divorciado(a)/ Separado(a)
 - d. Viúvo(a)
4. Situação patológica:
 - a. Doença crónica
 - b. Doença de Alzheimer
 - c. Doença de Parkinson
 - d. Demência
 - e. Limitações físicas (fracturas)
5. Dependência de que sofre:
 - a. Dependência Física
 - b. Dependência Mental

CARATERIZAÇÃO DO CUIDADOR INFORMAL E DA PRESTAÇÃO DE CUIDADOS

1. Género:
 - a. Feminino
 - b. Masculino
2. Idade:
 - a. 41-50
 - b. 51-60
 - c. 61-70
 - d. 71-80
3. Estado Civil:
 - a. Solteiro(a)
 - b. Casado(a) / União de facto

- c. Divorciado(a) / Separado(a)
 - d. Viúvo(a)
- 4. Habilitações literárias:**
- a. Não frequentou a escola
 - b. 1º Ciclo do ensino básico
 - c. 2º Ciclo do ensino básico
 - d. 3º Ciclo do ensino básico
 - e. Ensino Secundário ou Superior
- 5. Situação profissional:**
- a. Empregado(a)
 - b. Reformado(a)
 - c. Desempregado(a)
- 6. Qual a principal origem do seu rendimento mensal?**
- a. Trabalho
 - b. Pensões e reforma ou aposentação
 - c. Pensão de invalidez/ doença
 - d. Subsídio de desemprego
 - e. Rendimento social de inserção
 - f. Encontra-se a cargo de familiares
- 7. Qual o seu grau de parentesco com a pessoa a quem presta cuidados?**
- a. Cônjuge
 - b. Filho/ Filha
 - c. Outros
- 8. Vive no mesmo domicílio com a pessoa a quem presta cuidados?**
- a. Sim
 - b. Não
- 9. Há quanto tempo (anos) presta cuidados a esta pessoa?**
- a. Menos de 6 meses
 - b. Entre 6 meses a 1 ano
 - c. Entre 1 a 2 anos
 - d. Entre 3 a 5 anos
 - e. Mais e 5 anos.
- 10. Quantas horas (por dia) ocupa com a prestação de cuidados?**
- a. Entre 1 a 3 horas
 - b. Entre 3 a 6 horas
 - c. Entre 6 a 9 horas
 - d. Entre 9 e 12 horas

e. Mais de 12 horas

11. Partilha a responsabilidade da prestação de cuidados com outra pessoa?

a. Sim

b. Não

ANEXO II

Índice de Barthel

ÍNDICE BARTHEL

Alimentação

10 - Independente (capaz de usar qualquer instrumento. Come num tempo razoável)

5 - Necessita de ajuda (necessita de ajuda para cortar, levar à boca, etc.)

0 - Dependente

Vestir

10 - Independente (veste-se, despe-se e ajusta a roupa. Aperta os sapatos, etc.)

5 – Necessita de ajuda (pelo menos em metade das tarefas, mas realiza-as num bom tempo)

0 - Dependente

Banho

5 - Independente (toma banho geral no duche ou banheira. Entra e sai do banho sem ajuda de terceiros)

0 - Dependente

Higiene Corporal

5 - Independente (lava a face, mãos e dentes. Faz a barba)

0 - Dependente

Uso da casa de banho

10 - Independente (usa-a sem ajuda, senta-se, levanta-se e arranja-se sozinho)

5 - Necessita de ajuda (para manter o equilíbrio, limpar-se e ajustar a roupa)

0 - Dependente

Controlo intestinal

10 - Independente (não apresenta episódios de incontinência. Se necessita de enemas ou clisteres, fá-lo sozinho)

5 - Incontinente ocasional (episódios ocasionais de incontinência e necessita de ajuda para uso de enemas ou clisteres)

0 - Incontinente fecal

Controlo vesical

10 - Independente (não apresenta episódios de incontinência. Se necessita de sonda ou colector, fá-lo sozinho)

5 - Incontinente ocasional (episódios ocasionais de incontinência e necessita de ajuda para uso de sonda ou colector)

0 - Incontinente ou algaliado

Subir escadas

10 - Independente (sobe e desce escadas. Pode usar um instrumento de apoio)

5 - Necessita de ajuda (necessidade de ajuda física ou supervisão para subir/ descer escadas)

0 – Dependente

Transferência cadeira-cama

15 - Independente (não necessita de qualquer ajuda. Pode usar um instrumento de apoio)

10 - Necessita de ajuda mínima (ajuda mínima e supervisão)

5 - Necessita de grande ajuda (é capaz de se sentar, mas necessita de muita ajuda para a transferência)

0 – Dependente

Deambulação

15 – Independente (caminha pelo menos 50 metros sozinho ou com ajuda de andarilho, canadianas)

10 – Necessita de ajuda mínima (ajuda mínima e supervisão)

5 – Independente com cadeira de rodas (anda pelo menos 50 metros)

0 – Dependente

ANEXO III

Índice CADI

CADI (Índice para a Avaliação das Dificuldades do Prestador de Cuidados)

(Nolan e col., 1998; tradução portuguesa: Luísa Brito e João Barreto, 2000)

O CADI é uma lista de 30 afirmações, feitas por pessoas que prestam cuidados, acerca das dificuldades que enfrentam. Leia atentamente cada uma das afirmações, e indique de modo se aplicam ao seu caso, colocando o sinal **X** no espaço que melhor corresponder à sua opinião.

| | Prestar cuidados PODE SER DIFÍCIL porque: | Não acontece no meu caso | Isto acontece no meu caso e sinto que: | | |
|----|---|---------------------------------|---|------------------------------------|--------------------------|
| | | | Não me perturba | Causa-me alguma perturbação | Perturba-me muito |
| 1 | Não tenho tempo suficiente para mim próprio(a) | | | | |
| 2 | Por vezes sinto-me “de mãos atadas”/ sem poder fazer nada para dominar a situação | | | | |
| 3 | Não consigo dedicar tempo suficiente às outras pessoas da família | | | | |
| 4 | Traz-me problemas de dinheiro | | | | |
| 5 | A pessoa de quem eu cuido chega a pôr-me fora de mim | | | | |
| 6 | A pessoa de quem eu cuido depende de mim para se movimentar | | | | |
| 7 | Parece-me que os técnicos de saúde (médicos, enfermeiros, assistentes sociais, etc.) não fazem bem ideia dos problemas que os prestadores de cuidados enfrentam | | | | |
| 8 | Afasta-me do convívio com outras pessoas e de outras coisas de que gosto | | | | |
| 9 | Chega a transtornar as minhas relações familiares | | | | |
| 10 | Deixa-me muito cansado(a) fisicamente | | | | |
| 11 | Por vezes a pessoa de quem estou a cuidar exige demasiado de mim | | | | |

| | | | | | |
|----|--|--|--|--|--|
| 12 | Deixou de haver o sentimento que havia na minha relação com a pessoa de quem cuido | | | | |
| 13 | A pessoa de quem cuido necessita de muita ajuda nos seus cuidados pessoais | | | | |
| 14 | A pessoa de quem cuido nem sempre ajuda tanto quanto poderia | | | | |
| 15 | Ando a dormir pior por causa desta situação | | | | |
| 16 | As pessoas da família não dão tanta atenção como eu gostaria | | | | |
| 17 | Esta situação faz-me sentir irritado(a) | | | | |
| 18 | Não estou com os meus amigos tanto quanto gostaria | | | | |
| 19 | Esta situação está a transtornar-me os nervos | | | | |
| 20 | Não consigo ter um tempo de descanso, nem fazer uns dias de férias | | | | |
| 21 | A qualidade da minha vida piorou | | | | |
| 22 | A pessoa de quem cuido nem sempre dá valor ao que eu faço | | | | |
| 23 | A minha saúde ficou abalada | | | | |
| 24 | A pessoa de quem cuido sofre de incontinência (não controla as necessidades) | | | | |
| 25 | O comportamento da pessoa de quem cuido causa problemas | | | | |
| 26 | Cuidar desta pessoa não me dá qualquer satisfação | | | | |
| 27 | Não recebo apoio suficiente dos serviços de saúde e dos serviços sociais | | | | |
| 28 | Alguns familiares não ajudam tanto quanto poderiam | | | | |
| 29 | Não consigo sossegar por estar preocupado(a) com os cuidados a prestar | | | | |
| 30 | Esta situação faz-me sentir culpado(a) | | | | |

Se entende que, no seu caso, há outras dificuldades resultantes da situação de estar a prestar cuidados, por favor indique-as a seguir e assinale, como fez atrás, em que medida elas o perturbam.

| | Prestar cuidados PODE SER DIFÍCIL porque: | Não acontece no meu caso | Isto acontece no meu caso e sinto que: | | |
|---|--|---------------------------------|---|------------------------------------|--------------------------|
| | | | Não me perturba | Causa-me alguma perturbação | Perturba-me muito |
| 1 | | | | | |
| 2 | | | | | |
| 3 | | | | | |