

Dificuldades sentidas pelos Cuidadores Informais de Pessoas Idosas

Cátia Sofia Vieira Gonçalves

**Dificuldades sentidas pelos cuidadores informais de Pessoas Idosas**

Universidade Fernando Pessoa  
Faculdade de Ciências Sociais e Humanas  
Porto, 2015



Dificuldades sentidas pelos Cuidadores Informais de Pessoas Idosas

Cátia Sofia Vieira Gonçalves

**Dificuldades sentidas pelos cuidadores informais de Pessoas Idosas**

Universidade Fernando Pessoa  
Faculdade de Ciências Sociais e Humanas  
Porto, 2015

**Dificuldades sentidas pelos cuidadores informais de Pessoas Idosas**

---

Cátia Sofia Vieira Gonçalves

Projeto de Graduação apresentado à Universidade Fernando  
Pessoa como parte de requisitos para obtenção de grau de  
licenciado em Serviço Social



## **Resumo**

Este estudo pretende conhecer as necessidades existentes pelos cuidadores informais de pessoas idosas.

O crescente envelhecimento da população Portuguesa resultante do aumento da esperança média de vida e de desenvolvimentos a nível da medicina tem aumentado a necessidade de ajuda por partes das pessoas idosas. Surge aqui um apoio fundamental: o cuidador informal. O papel de cuidador informal é de grande responsabilidade pois este sujeita-se a esforços físicos, psicológicos e sociais, provocando uma sobrecarga que poderá ter impactos a nível da saúde física e do cuidador.

O trabalho teve como objetivo traçar um perfil sociodemográfico do cuidador informal, passando por descrever as alterações adversas na sua vida e identificar possíveis necessidades.

Consiste num estudo quantitativo e qualitativo, sendo realizado no concelho de Castelo de Paiva. Como instrumento para recolha de dados foram utilizados o questionário e entrevista semiestruturada bem como a observação não participante, muito utilizada em contexto de estágio.

Confirmou-se que surgem alterações na vida dos cuidadores devido a terem assumido o papel de cuidadores informais a saber: implicações na vida social e familiar, subcarga física e psicológica e ainda alteração da rotina diária.

Houve cuidadores que exprimiram a necessidade de ter ajuda para atenuar os problemas que sentem por estarem a cuidar o seu idoso.

**Palavras-chave:** Envelhecimento, cuidador informal, necessidade e subcarga

## **Abstract**

This study intends to identify existing needs for informal caregivers of the elderly.

The growing number of aged people in the Portuguese population result from increased life expectancy and developments in medicine and has increased the need for help of older people. Here enters a key support: the informal caregiver. The role of the informal caregiver is of great responsibility for s/he endures physical, psychological and social efforts, causing an overload that could have impacts on the physical health of the caregiver.

The presented study aim to map out a socio-demographic profile of the informal caregiver, describe adverse changes in their lives and identify possible needs.

It consists of a quantitative and qualitative study, being carried out in the Castelo de Paiva county. As a tool for data collection was used the questionnaire and semi-structured interviews and the non-participant observation, widely used practical insternship contexts.

The emergence of changes in the lives of individuals once they assumed the role of caregivers was confirmed. The changes identified were: implications for social and family life, physical and psychological underload and even changes to the daily routine.

There were caregivers who expressed the need to have help in order to mitigate the problems they feel in taking care for their elderly.

**Keywords:** Aging, informal caregiver, needs and burden

## **Dedicatória**

Aos meus pais e avós pelo apoio e motivação constante e pelos seus esforços para me garantirem uma educação com qualidade.

À minha irmã e a minha afilhada pelo carinho e amor que nutrem por mim.

A uma pessoa muito especial, pela pessoa fantástica que é, pelo valor que tem na minha vida e pelo carinho.

## **Agradecimentos**

À minha família, Pais, irmã, tios e avós.

Em especial aos meus pais pelo apoio e carinho incondicional ao longo desta jornada e pelo que contribuíram significativamente para a concretização deste sonho.

À minha querida avó pelo apoio, orgulho e confiança que sempre depositou em mim.

À minha irmã Vânia pelo companheirismo e dedicação.

À minha Madrinha toda a disponibilidade e presença nestes três anos da minha vida acadêmica.

Aos cuidadores informais de idosos que participaram no estudo.

À Professora Doutora Paula Mota Santos, pela disponibilidade, sábia orientação e pelo imenso saber transmitido ao longo de todo o curso.

À Doutora Telma Silva pela partilha de saberes e pela sua disponibilidade ao longo de todo o estágio.

A toda à direção e equipa técnica e ainda a todos os colaboradores da Instituição por toda a disponibilidade e simpatia que para comigo tiveram, um bem-haja a todos.

A todos os meus amigos e alunos que me motivaram e estiveram sempre presentes.

## Índice Geral

|   |      |
|---|------|
| Resumo  | VI   |
| Abstract  | VII  |
| Dedicatória   | VIII |
| Agradecimentos  | X    |
| Índice Geral  | X    |
| Índice de siglas  | XI   |
| Índice de quadros   | XII  |
| Índice de gráficos  | XIII |
| Índice de tabelas   | XIV  |
| Índice de anexos  | XV   |
| Introdução  | 16   |
| <br>  |      |
| Parte I- Enquadramento teórico  | 18   |
| 1. Conceito de envelhecimento   | 19   |
| 2. Incapacidade, (in) dependência e autonomia: definição de conceitos | 20   |
| 2.1. Índice/Escala de Katz  | 21   |
| 3. Cuidado informal   | 23   |
| 3.1. O perfil do cuidador   | 26   |
| 3.1.1. Tarefas desempenhadas pelo cuidador                            | 27   |
| 4. Impacto da prestação de cuidados                                   | 28   |
| 4.1. Impactos negativos   | 28   |
| 4.2. Impactos positivos   | 30   |
| 4.2.1. Satisfação   | 30   |
| <br>  |      |
| Parte II – Enquadramento metodológico                                 | 32   |
| 5. Metodologia do estudo  | 33   |
| 5.1. Questão de investigação e objetivos                              | 33   |
| 5.2. Caso em estudo   | 35   |
| 5.3. Seleção da amostra   | 37   |
| 5.4. Instrumentos   | 37   |
| 5.5. Procedimentos  | 39   |
| 6. Resultados   | 40   |

|                               |    |
|-------------------------------|----|
| 7. Discussão e Conclusões     | 71 |
| 8. Referências Bibliográficas | 75 |
| 9. Anexos                     | 79 |

## **Índice de Abreviaturas e Siglas**

ABVD – Atividades Básicas da Vida Diária

CATL – Centro de Atividades de Tempos Livres

CD – Centro de Dia

CSSMS – Centro Social de Santa Maria de Sardoura

E1 – Entrevistado 1

E2 – Entrevistado 2

E3 – Entrevistado 3

E4 – Entrevistado 4

E5 – Entrevistado 5

E6 – Entrevistado 6

ERpI – Estrutura Residencial para Pessoas Idosas

OCDE – Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Económico)

EU – União Europeia

SAD- Serviço de Apoio Domiciliário

**Índice de quadros**

|   |    |
|---|----|
| Quadro 1 – Escala de Katz – Respetiva pontuação | 23 |
|---|----|

## Índice Gráficos

|  |    |
|--|----|
| Gráfico 1 – Idade dos cuidadores                                     | 41 |
| Gráfico 2 – Género do cuidador informal                              | 42 |
| Gráfico 3 – Habilitações literárias                                  | 42 |
| Gráfico 4 – Ocupação/Profissão dos cuidadores                        | 43 |
| Gráfico 5 – Estado civil   | 44 |
| Gráfico 6 – Número de filhos menores a cargo dos cuidadores          | 44 |
| Gráfico 7 – Tipologia do agregado familiar                           | 45 |
| Gráfico 8 – Parentesco com o idoso                                   | 45 |
| Gráfico 9 – Coabitação com o idoso                                   | 46 |
| Gráfico 10 – Tempo de prestação de cuidados                          | 47 |
| Gráfico 11 – Periodicidade semanal de cuidados                       | 47 |
| Gráfico 12 – Horas diárias dispendidas para cuidar do idoso          | 48 |
| Gráfico 13 – Cuidados que o cuidador sente maior dificuldade         | 49 |
| Gráfico 14 – O cuidar interfere na vida do cuidador                  | 50 |
| Gráfico 15 – Modo como o ato de cuidar interfere na vida do cuidador | 50 |
| Gráfico 16 – Ajudas que facilitariam o ato de cuidar                 | 51 |
| Gráfico 17 – Idade   | 54 |
| Gráfico 18 – Género  | 54 |
| Gráfico 19 – Parentesco  | 55 |
| Gráfico 20 – Coabitação  | 55 |
| Gráfico 21 – Tempo dispendido com o idoso                            | 56 |
| Gráfico 22 – Grau de dependência do idoso                            | 57 |
| Gráfico 23 – Tempo que o cuidador presta no cuidado ao idoso         | 58 |

## Índice de Tabelas

|  |    |
|--|----|
| Tabela 1 – Sentimentos do cuidador face ao idoso                       | 52 |
| Tabela 2 – Motivos de aceitação do papel de cuidador informal          | 58 |
| Tabela 3 – Rotina do cuidador E1                                       | 60 |
| Tabela 4 – Rotina do cuidador E2                                       | 61 |
| Tabela 5 – Rotina do cuidador E3                                       | 61 |
| Tabela 6 – Rotina do cuidador E4                                       | 62 |
| Tabela 7 – Rotina do cuidador E5                                       | 63 |
| Tabela 8 – Rotina do cuidador E6                                       | 64 |
| Tabela 9 – Cuidados mais importantes                                   | 64 |
| Tabela 10 – Dificuldades do cuidador informal                          | 65 |
| Tabela 11 – Mudanças significativas                                    | 66 |
| Tabela 12 – Impactos que o cuidar tem na vida do cuidador              | 68 |
| Tabela 13 – Necessidades que o cuidador sente na prestação de cuidados | 69 |
| Tabela 14 – Apoios que poderiam facilitar o ato de cuidar              | 70 |

## **Índice de Anexos**

|                               |    |
|-------------------------------|----|
| Anexo 1 - Questionário        | 80 |
| Anexo 2 – Guião da Entrevista | 83 |

## **Introdução**

O presente Projeto de Graduação foi realizado como parte integrante do 3º ano da Licenciatura de Serviço Social da Universidade Fernando Pessoa, sendo o tema escolhido: As Necessidades Sentidas pelos Cuidadores Informais de Pessoas Idosas de Serviço de Apoio Domiciliário (SAD).

A escolha deste tema está relacionada com o contexto de estágio a que me submeti. Neste contexto estive em contacto com a população idosa, sendo visível o aumento do envelhecimento populacional. Durante o estágio fui presenciando no Serviço de Apoio Domiciliário (SAD) a necessidade de cuidados dos mais velhos muitas vezes assegurados pelos cuidadores informais.

Numa sociedade cada vez mais envelhecida, onde domina um aumento significativo das necessidades dos idosos, surge como foco de atenção o cuidado informal à pessoa idosa, cuja responsabilidade cabe prioritariamente à família. No entanto, cuidar de quem cuida, além de uma responsabilidade, deve ser uma preocupação de todos, que devem centrar a sua intervenção no equilíbrio da dinâmica cuidador/idoso (Figueiredo, 2007).

O cuidador informal presta cuidados ao seu progenitor, cônjuge, amigo ou outro membro da família, que necessita e cuidados ou possui alguma doença (Pearlin, Mullan, Semple e Skaff, 1990 *cit. in* Timko, 2009). Enquanto para alguns cuidadores informais o ato de cuidar pode ser uma experiência positiva, para outros pode representar aspetos negativos (Timko, 2009).

Os cuidadores informais expõem-se a um esforço físico, mental, social emocional e profissional que provoca um aumento da sobrecarga, o que se traduz numa deterioração da saúde e da sua vida social. As consequências negativas da prestação de cuidados estão relatadas em efeitos prejudiciais psicológicos e/ou físicos (Sousa, Figueiredo e Cerqueira, 2004).

O objetivo geral deste trabalho foi conhecer as necessidades sentidas pelos cuidadores informais de pessoas idosas no contexto de estágio do Centro Social de Santa Maria de Sardoura (CSSMS) no concelho de Castelo de Paiva.

Quanto à estrutura, este trabalho possui uma parte onde consta a revisão da literatura, onde se aborda o envelhecimento, a incapacidade, dependência e autonomia, os cuidados informais, tendo em conta o s perfil do cuidador. Alude-se às tarefas desempenhadas pelo cuidador e ainda para os impactos na prestação dos cuidados informais.

Numa segunda parte, de natureza prática, começa-se por abordar a metodologia do estudo, tendo em conta a questão de investigação e os objetivos, o desenho de investigação, os participantes, o instrumento, os procedimentos e a apresentação dos resultados. Por fim, faz-se a discussão dos resultados e as principais conclusões.

## **Parte I – Enquadramento Teórico**

## 1. Conceito de Envelhecimento

O envelhecimento está diretamente associado a todas as transformações que decorrem depois da idade adulta. A este processo muitos deles designam como senescência (Almeida, 2012). Este conceito consiste num processo complexo e dinâmico que ocorre ao longo de toda a vida, desde o nascimento até à morte (Lima, 2010 *cit. in* Carvalho, 2013).

Ao longo deste estudo será usado o termo envelhecimento como denominação para todas as alterações a que o corpo humano é sujeito após a passagem da idade adulta.

O envelhecimento caracteriza-se pela diminuição da capacidade de adaptação às transformações do meio ambiente, não só nos aspetos físicos mas também psicológicos e sociais. Este fenómeno deve ser encarado como a permuta para uma etapa nova da vida que deve ser vivida e encarada de forma positiva, saudável e feliz (Zimmerman, 2000). Porém, esta etapa é, muitas das vezes, encarada com receio. Este sentimento é o resultado da forma como a sociedade atual, encara a velhice e também do medo do agravamento mental e físico. (Imaginario, 2004). Traduz-se num processo lógico, a saber: vive-se logo envelhece-se, em que faz parte dele as inumeráveis mudanças e alterações a que o individuo está sujeito. Envelhecer significa um aproximar do fim da vida, momento que o ser humano ainda pouco sabe sobre ele e que de certa forma acaba por o intimidar (Fernandes, 2002).

O processo de envelhecimento atravessa alguns fatores importantes que são fundamentais para a explicação desta etapa, a saber: demográfico, idade cronológica, idade fisiológica e biológica e ainda da idade psicológica e das idades cultural e social (Carvalho, 2013). O primeiro, o envelhecimento demográfico, relaciona-se diretamente com a diminuição da fertilidade, natalidade e ainda ao aumento da esperança média de vida. A idade cronológica diz respeito à organização humana do ciclo vital, aqui podemos vivenciar as seguintes fases: infância, adolescência, juventude, idade adulta e idade da velhice (Carvalho, 2013). Na idade cronológica, o envelhecimento insere-se na idade da velhice. (Baltes e Margaret, 1990; Lima, 2010 *cit. in* Carvalho, 2013). A idade fisiológica diz respeito ao envelhecimento celular e à detioração dos órgãos vitais que

culminam em perturbações a nível da saúde e põe em causa a sobrevivência do indivíduo (Silva, 2006; Vaz, 2008 *cit. in* Carvalho 2013). A idade biológica está ligada ao envelhecimento orgânico, por conseguinte na degradação da capacidade funcional à medida que os anos passam (Fontaine, 2000 *cit. in* Carvalho, 2013). A idade psicológica está relacionada com a regulação dos aspetos comportamentais dos indivíduos em relação ao ambiente (Fontaine, 2000 *cit. in* Carvalho, 2013). No ponto de vista psicológico são analisadas algumas funções psicológicas, nomeadamente a memória, o processo de tomada de decisão e a própria tomada de consciência do processo de envelhecimento (Lima; 2010 *cit. in* Carvalho, 2013). A idade cultural pode revelar-se distinta de sociedade para sociedade, sendo que são estas que definem o papel social que a pessoa idosa representa. Neste sentido os indivíduos adotam ou são forçados a adotar um papel social que a própria sociedade determina. Neste sentido pode potenciar o aspeto negativo e de discriminação contra a velhice (Fontaine, 2000; Fontaine, 2000 *cit. in* Carvalho, 2013).

Em suma, podemos identificar duas interpretações de envelhecimento:

- a) envelhecimento quanto ao aumento do número de pessoas idosas na sociedade;
- b) envelhecimento relacionado com o ciclo vital em que inclui as fases de crescimento e desenvolvimento progressivo (Carvalho, 2013).

## **2. Incapacidade, (in) dependência e autonomia: definição de conceitos**

Incapacidade, (in) -dependência e autonomia são conceitos distintos que por vezes se misturam e são utilizados de forma errónea (Figueiredo, 2007).

Dependência denota um estado em que o indivíduo é incapaz de existir de maneira satisfatória sem a ajuda de terceiros. A autonomia alude para a capacidade de decisão comando, faculdade de se governar a si próprio e de se reger por leis próprias (Figueiredo, D. 2007).

De uma maneira global, a dependência traduz-se na necessidade de ajuda para a realização das atividades do cotidiano, para se relacionar e ajustar com o meio (Figueiredo, 2007).

Pode entender-se como dependência, a consequência de um processo que se inicia com o aparecimento de um déficit no funcionamento do corpo em consequência de um acidente ou doença. Este déficit terá efeitos na atividade do sujeito. Ao não se poder proceder à compensação, da limitação, através da adaptação ao meio, provocará uma limitação na participação que se concretiza na dependência do apoio para levar a cabo as atividades do cotidiano (Figueiredo, 2007).

Figueiredo (2007) salienta que os estudos empíricos têm mostrado uma relação entre a dependência e a idade, aumentando o número de indivíduos com limitações funcionais em grupos mais idosos. Contudo, a dependência incide em todas as estruturas de idade da população, podendo ocorrer em qualquer fase da vida do indivíduo.

Paschoal (2000) *cit. in* Figueiredo (2007) alerta para a presença de dependência ao longo de toda vida, não sendo apenas característica da velhice.

## **2.1. Índice/Escala de Katz**

O Índice de Katz ou Índice de Atividades de Vida Diária desenvolveu-se para medir o funcionamento físico de doentes com doença crónica (Katz, 1963). São muitas as teorias e instrumentos de medida desenvolvidos. Katz e os seus colaboradores demonstraram, por exemplo, que a recuperação do desempenho funcional de seis atividades consideradas básicas da vida quotidiana de idosos incapacitados (tomar banho, vestir-se, ir à casa de banho, transferir-se, ser continente e alimentar-se) era semelhante à sequência observada no processo de desenvolvimento da criança.

A escala possibilita avaliar a Autonomia do idoso para realizar as atividades básicas e necessárias à vida diária, designadas por Atividades Básicas da Vida Diária (ABVD): banho; vestir; utilização da sanita; transferência do cadeirão/cadeira de rodas para a cama; controlo de esfínteres e alimentação. As Atividades Básicas da Vida Diária (ABVD) são avaliadas na sequência habitual de decadência ou recuperação. A informação pode ser obtida através da observação direta do idoso e/ou do questionário direto ao idoso, familiares ou cuidadores. Este método pode ser aplicado por médicos,

enfermeiros, assistentes sociais bem como outros profissionais de saúde. Para cada Atividades Básicas da Vida Diária (ABVD) o idoso é classificado como Dependente (0) ou Independente (1). Se o idoso recusa, ou não está habituado a fazer determinada Atividades Básicas da Vida Diária (ABVD), classifica-se como Dependente nessa atividade.

### **Pontuação:**

A pontuação final decorre da soma da pontuação das 6 (Atividades Básicas da Vida Diária ABVD) e varia entre 0 (dependente) a 6 pontos (independente), correspondendo a pontuação ao número de ABVD em que o idoso é independente.

|                      | Pontos |
|----------------------|--------|
| Dependência Total    | 0      |
| Dependência Grave    | 1-2    |
| Dependência moderada | 3-4    |
| Dependência Ligeira  | 5      |
| Dependência Total    | 6      |

**Quadro 1** – Escala de Katz – Respetiva Pontuação

### **Atividades Básicas da Vida Diária (ABVD)**

#### **1. Banho:**

- a. *Independente* (necessita de ajuda apenas para lavar uma parte do corpo, e.g. costas ou extremidades);
- b. *Dependente* (necessita de ajuda para lavar mais que uma parte do corpo; necessita de ajuda para entrar e sair da banheira; não se lava sozinho).

#### **2. Vestir:**

- a. *Independente* (escolhe a roupa adequada, veste-a e aperta-a; exclui atar os sapatos);
- b. *Dependente* (precisa de ajuda para se vestir; não é capaz de se vestir).

**3. Utilização da Sanita:**

- a. *Independente* (não necessita de ajuda para entrar e sair do wc; usa a sanita, limpa-se e veste-se adequadamente; pode usar urinol pela noite);
- b. *Dependente* (usa urinol ou arrastadeira ou necessita de ajuda para aceder e utilizar a sanita).

**4. Transferência (cama / cadeirão):**

- a. *Independente* (não necessita de ajuda para sentar-se ou levantar-se de uma cadeira nem para entrar ou sair da cama; pode usar ajudas técnicas, e.g. bengala);
- b. *Dependente* (necessita de alguma ajuda para se deitar ou levantar da cama/ cadeira; está acamado)

**5. Continência (vesical / fecal):**

- a. *Independente* (controlo completo da micção e defecação);
- b. *Dependente* (incontinência total ou parcial vesical e/ou fecal; utilização de enemas, algália, urinol ou arrastadeira).

**6. Alimentação:**

- a. *Independente* (leva a comida do prato à boca sem ajuda; exclui cortar a carne);
- b. *Dependente* (necessita de ajuda para comer; não come em absoluto ou necessita de nutrição entérica / parentérica).

**3. O cuidado informal**

Têm vindo a ser anexadas diversas dimensões na análise do cuidado: a sua natureza e extensão; os contextos políticos e sociais onde ocorre; o tipo de relações existente entre quem cuida e quem é cuidado; o domínio em que ocorre; a interface entre a esfera formal e informal do cuidado; as razões para cuidar; a contratualização ou não desta relação; a remuneração dos serviços prestados e os impactos do cuidado para quem cuida (Dressel et al., 1990; Daly et al., 2000 *cit. in* Alves, 2011).

Num estudo realizado sobre os impactos económicos da produção de bem-estar na família, na União Europeia (UA), investigadores da Universidade de York começavam por afirmar, a dificuldade de dar uma definição exata sobre o que é o

cuidado informal – uma definição transversal a todas as realidades e que possibilitasse estudos comparativos –, e, ainda, a dificuldade de conhecer (bem) quem cuida devido não apenas à discrepância das fontes utilizadas, como, também, por esta ser uma atividade desenvolvida em âmbito doméstico (Gledinning et al., 2009 *cit. in* Alves, 2011). Apesar disto, estes, e outros autores, reconhecem que são traços comuns ao cuidado informal a importância dos laços de parentesco e, dentro da família, do trabalho das mulheres. Historicamente, o cuidado informal aos dependentes é assegurado pela família, no meio doméstico. A investigação sobre a produção de bem-estar tem revelado que são as famílias as principais produtoras de cuidado àqueles que lhes estão próximos – parentes, amigos e vizinhos –, quando eles necessitam de apoio (Goodhead et al., 2007; Gledinning et al., 2009; Europe Commission, 2010 *cit. in* Alves, 2011).

Habitualmente, esta forma de cuidado, não é baseada em nenhum contrato formal, ou em serviços específicos, mas, na existência de laços entre os sujeitos e pelas expectativas sociais dos mesmos (Santos, 1993; 1994; Hespanha, 2001; Hespanha et al., 2001; Portugal, 2006; Goodhead et al., 2007 *cit. in* Alves, 2011).

Os cuidadores formam um grupo distinto e bastante heterogêneo da população (Goodhead et al., 2007; Gledinning et al., 2009 *cit. in* Alves, 2011). No entanto, esta centralidade dos laços informais na provisão de cuidado é bastante clara, mesmo em contextos onde existe uma extensa rede formal de produção de bem-estar, como nos países do modelo social-democrata (Triantafillou et al., 2010 *cit. in* Alves, 2011).

Numa análise dos relatórios sobre o sistema de cuidados de longa duração na Europa, publicados em 2006, a Comissão Europeia concluiu que mesmo nos países com uma grande rede formal de cuidados de longa duração, as contribuições dos cuidadores informais superam a rede de serviços profissionais (European Commission, 2008 *cit. in* Alves, 2011). O estudo mostra que o sistema formal não consegue, por si, garantir o bem-estar dos cidadãos, e que o sistema de cuidados informais tem sido muito importante para preencher essa lacuna. Nesta análise, os autores evidenciam a importância dos cuidadores informais em todos os contextos. Assim, considerar o apoio informal é olhar também para aqueles que o concretizam: os cuidadores.

Em 2007, Goodhead et al. (*cit. in* Alves, 2011), definiam os cuidadores informais como os atores que cuidam de um amigo, de um familiar ou de vizinho que, em resultado da doença, fragilidade ou deficiência, não consegue viver quotidianamente

sem ajuda ou apoio. Esta definição relaciona-se com as definições que se têm apresentado na desigual literatura (European Commission, 2010 *cit. in* Alves, 2011).

O carácter quotidiano do apoio prestado faz com que o cuidado aos dependentes resulte sempre em impactos, em vários domínios, na vida de quem cuida. Isto acontece, principalmente, pela dificuldade de combinar este papel com outros papéis e atividades sociais. Deste modo, impactos como o desgaste físico e psicológico, ou problemas sociais e económicos, são comuns entre os cuidadores. Estes existem em todos os contextos sociais e económicos, mas com variações notáveis (Excel et al., 2007; European Commission, 2008; 2010; Godhead et al., 2007; Gledinning et al., 2009; Portugal et al., 2010 *cit. in* Alves, 2011). Por exemplo, quando as necessidades da pessoa a cuidar são muito particulares e exigem uma atenção diária e para toda a vida, como nos casos em que o cuidado é quotidiano e de longa duração, o cuidado torna-se parte integral da vida de quem cuida e os impactos são por isso mais profundos.

Em 2005, a Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Económico (OCDE), definia o cuidado de longa duração como um tipo de apoio direcionado para pessoas com elevado grau de dependência, resultado do envelhecimento, da deficiência física ou mental dos indivíduos. Entendiam que esta era uma questão que exigia a construção de políticas transversais, de modo a prover, a todos aqueles que estão dependentes de ajuda para as atividades da vida diária por um longo período de tempo, um conjunto de serviços que os ajudassem a colmatar as suas necessidades. Isto mesmo está presente na definição que publicaram posteriormente: o cuidado de longa duração é, normalmente, definido como a variedade de serviços de saúde e sociais providos durante um longo e continuado período, a indivíduos que precisam de uma assistência base continuada resultado da deficiência física e/ou mental. Cuidar de alguém pode ser entendido enquanto trabalho, mesmo que este não seja remunerado; como uma forma de apoio que surge no seio de relações baseadas no amor e na obrigação; e enquanto uma atividade com custos físicos, financeiros e emocionais para quem cuida, os quais se refletem para além da esfera privada das relações onde o cuidado ocorre (Aldous, 1994; Daly et al., 2000; Glendinning et al., 2009 *cit. in* Alves, 2011 ).

### 3.1.O perfil do cuidador

Figueiredo (2007) afirma que a tarefa de cuidar de um idoso incide sobre o elemento feminino mais próximo, evidenciando que a literatura é unânime nesta temática.

Uma justificação para tal facto, pode ter a ver com os modelos de divisão do trabalho familiar, situando o prestar cuidado familiar a mais uma tarefa domestica. Surgem assim quatro hipóteses para interpretar esta realidade a saber:

- *Hipótese da disponibilidade de tempo*, que afirma que os homens têm menor disponibilidade devido a trabalharem fora de casa e não disporem de tempo para participarem nas tarefas domésticas;

- *Hipótese da socialização ideológica*, baseada num processo de aculturação, onde se espera que a tarefa de cuidar seja uma responsabilidade feminina devido às expectativas sociais;

- *Hipótese nos recursos externos*, propondo que a divisão do trabalho doméstico é influenciado por recursos externos, como o rendimento económico e o nível de instrução. Assim, os sujeitos com maior nível económico e de instrução tendem a usufruir de uma divisão equitativa das tarefas domesticas enquanto os que possuem esses recursos são menores a tendência é para existir uma menor negociação das tarefas e estas recaírem sobre a mulher.

- *Hipótese de especialização por tarefas*, onde é considerado que aos papéis de homem e mulher são atribuídos diferentes tarefas que são fundamentais para a harmonia e bem-estar da família. Aos homens é-lhes atribuído as tarefas que exigem força física e às mulheres cabe os cuidados familiares e domésticos. Mas embora o papel de cuidador seja na maioria das vezes atribuído às mulheres, começa-se a realçar a participação do homem nessas tarefas de cuidador (Figueiredo, 2007).

Figueiredo (2007) afirma que a idade dos cuidadores é influenciada pela idade da pessoa cuidada, verificando-se que quanto mais velha for a pessoa a cuidar, mais

velho será o cuidador. Os cuidadores têm em média entre os 45-60 anos. No que respeita, o grau de parentesco do cuidador face à pessoa cuidada, é de referir que na maioria se evidencia que são cônjuges, verificando que em segunda fonte surgem os descendentes. Quando o cônjuge está ausente a responsabilidade incide sobre a filha, no caso de não existir a filha, o filho assume a responsabilidade, onde normalmente os cuidados serão prestados pela sua esposa (a nora do cuidador). Quando não existem familiares para cuidar, surgem os amigos e vizinhos que assumem esse papel (NCEA, 2002 *cit. in* Figueiredo, 2007).

Figueiredo (2007) salienta que o estado civil dos cuidadores na sua maioria é de casado. Verificando-se que os cuidadores tendem a viverem perto da pessoa cuidada. A proximidade é um agente facilitador no fornecimento dos cuidados. Jani-Le Bris (1994) *cit. in* Figueiredo (2007) menciona que a coabitação é uma característica em evidencia quando se trata de cônjuges, no caso em que se verifica a coabitação dos descendentes é mais frequente quando a pessoa cuidada necessita de maiores cuidados e/ou possui uma dependência elevada.

A tarefa de cuidar informal, por norma não é conciliada com um emprego remunerado, não constituindo um modelo em predominância na União Europeia (U.E), porém essa acumulação não é rara. A duração dos cuidados, por norma, é uma tarefa de longa duração (Jani-Le Bris, 1994 *cit. in* Figueiredo, 2007).

### **3.1.1. Tarefas desempenhadas pelo cuidador**

As tarefas que os cuidadores desempenham ao idoso são, de uma forma geral podem definir-se como o fornecimento direto de apoio nas atividades básicas e instrumentais da vida diária. As atividades básicas incluem: cuidados de higiene pessoal, apoio no vestir, na mobilidade, no alimentar-se etc.). Nas instrumentais podem incluir-se o transporte, as compras, tarefas domésticas, preparação de refeições, gestão financeira, administração de medicamentos etc. (Figueiredo, 2007).

#### **4. Impacto da prestação de cuidado**

Os cuidadores informais consideram a tarefa de cuidar de um familiar idoso como sendo emocionalmente gratificante e enriquecedor, contudo os estudos levados a cabo por investigadores levam a concluir que esta tarefa acarreta consequências negativas.

Esses estudos têm-se debruçado sobre as consequências negativas que o ato de cuidar exerce sobre a saúde, bem-estar físico, psicológico e social dos cuidadores (Figueiredo, 2007).

##### **4.1. Impactos Negativos**

Ser cuidador informal pode apresentar várias dificuldades, a nível social, económico, profissional, emocional e físico, provocando uma sobrecarga no cuidador. É usualmente referido pelos cuidadores informais a existência de cansaço físico e mental, assim como uma decadência da saúde em geral. Existe ainda um impacto negativo a nível profissional e social, sendo que o cuidador dispõe de muito pouco tempo livre para si e para as suas relações (Sousa, Figueiredo e Cerqueira, 2004).

O impacto negativo da prestação de cuidados no cuidador informal, é frequentemente denominado pela literatura científica de *sobrecarga* (Figueiredo, 2007).

A sobrecarga, “refere-se ao conjunto de problemas físicos, psicológicos e socioeconómicos que decorrem da tarefa de cuidar, suscetíveis de afetar diversos aspetos da vida do indivíduo, nomeadamente as relações familiares e sociais, a carreira profissional, a intimidade, a liberdade e o equilíbrio emocional” (Sousa, Figueiredo & Cerqueira, 2006, p.53).

Figueiredo (2007), afirma que a sobrecarga ou “*burden*” corresponde a uma resposta psicossocial face à situação de prestação de cuidados; ao conjunto de problemas físicos, psicológicos emocionais, sociais e financeiros que podem ser experimentados pelo cuidador, e que têm como resultado, um decréscimo dos sentimentos de bem-estar e um aumento dos problemas de saúde.

Na perspetiva de Figueiredo (2007) a sobrecarga engloba duas dimensões: a objetiva e a subjetiva. A sobrecarga objetiva diz respeito à situação de cuidar e da incapacidade e à tarefa de cuidar e refere-se à restrição de tempo, maior esforço físico, gastos económicos, alterações na vida pessoal, relações familiares e saúde física e mental. A sobrecarga subjetiva é definida como os sentimentos, atitudes e reações emocionais do cuidador à experiência do cuidado.

Os cuidadores informais, por norma, sofrem de cansaço físico e de sensações de agravamento do seu estado de saúde. Em estudos realizados comprovou-se que os cuidadores informais quando equiparados com outros indivíduos da mesma idade e com uma situação socioeconómica idêntica que não são cuidadores têm a noção de que o seu estado de saúde é pior (Thompson e Gallagher Thompson, 1996 *cit. in* Sousa, Figueiredo e Cerqueira, 2004).

Confirma-se que os cuidadores informais têm uma maior incidência de doenças crónicas, manifestando-se num pior estado global de saúde (Haley et al., 1996 *cit. in* Sousa, Figueiredo e Cerqueira, 2004) e, comprovado pela investigação, o seu sistema imunitário é mais frágil do que os não cuidadores (Park, 2000 *cit. in* Sousa, Figueiredo e Cerqueira, 2004).

Para a generalidade dos cuidadores informais existem outros problemas importantes associados a saber: depressão e a ansiedade. Estudos indicam a presença de sintomas depressivos em cuidadores que estão associados à crescente falta de independência da pessoa que cuidam, à perda do seu tempo livre e à falta de apoio. Também existem, ainda, sintomas de ansiedade e preocupação crescente em relação ao estado de saúde da pessoa que cuidam ou devido à própria saúde. Associados a estes sintomas também podem estar aliados sentimentos de culpa devido à progressiva saturação que experimentam em relação à pessoa a quem prestam cuidados (Sousa, Figueiredo e Cerqueira, 2004).

Os cuidados nem sempre são prestados a tempo inteiro, nomeadamente quando se refere a cuidadores que além desta atividade também têm uma profissão. Quando estão no seu emprego, os cuidadores podem experienciar efeitos positivos e efeitos negativos: por um lado é benéfico, uma vez que permite um escape das tarefas de cuidador, mas por outro lado tem um efeito desfavorável, pois dificulta a conciliação

das responsabilidades como cuidador e como trabalhador. A harmonia destas duas atividades é difícil. A investigação demonstra que existem várias alterações realizadas para as conseguir conciliar entre elas, a saber: alterações do horário de trabalho, sentimentos de que o seu desempenho profissional está afetado, atrasos e mesmo a possibilidade de desistir do seu emprego (Sousa, Figueiredo e Cerqueira, 2004).

No que respeita ao lazer e tempo livre, estes tornam-se muito limitados, porque a prestação de cuidados requiere muito tempo e dedicação. O cuidador não possui de tempo para cuidar de si próprio e, ao fazê-lo, surgem sentimentos de culpa por julgarem que abandonaram a pessoa cuidada. Será de esperar que a atividade social diminuía e que não possibilite a formação de novas relações como também debilita as relações já existentes (Sousa, Figueiredo e Cerqueira, 2004).

## **4.2. Impactos positivos**

### **4.2.1. Satisfação**

A vontade e a capacidade do cuidador em prestar cuidados pode ser medida pela tentativa de encontrar significado e gratificação no papel de cuidador (Mafullul e Morriss, 2000 *cit. in* Figueiredo, 2007).

As razões para essa satisfação podem variar, segundo Nolan, Grant e Keady, (1996, 1998) *cit. in* Figueiredo (2007):

- Manutenção da dignidade da pessoa idosa;
- Ver a pessoa cuidada feliz e sendo bem tratada;
- Encarar o ato de cuidar como uma manifestação de carinho e afeto;
- Manter a institucionalização do idoso longe;
- Tomar consciência das necessidades que estão a ser atendidas;
- Enriquecimento pessoal e sentido de realização;
- Desenvolvimento de conhecimentos e competências

Para Figueiredo (2007) as vantagens financeiras podem ser evidentes, nomeadamente à herança do idoso. Em alguns casos pode existir contratos morais ou

notariais que submetem o legado à condição de prestação dos cuidados, privilegiando entre os herdeiros, a pessoa que presta os cuidados. As vantagens resultam, por norma, de uma troca, quando as necessidades do idoso vão ao encontro das necessidades do cuidado informal (e.g. alojamento e alimentação gratuita).

## **Parte II. Enquadramento Metodológico**

## **5. Metodologia do estudo**

Neste capítulo, pretende-se abordar os aspetos relacionados com a metodologia utilizada, em conformidade com os objetivos propostos. Descrever-se-á o tipo de investigação, os participantes, o desenho da investigação, o instrumento de recolha de dados utilizado, os procedimentos, a apresentação e análise dos resultados obtidos.

### **5.1. Questão de investigação e objetivos**

Os progressos tecnológicos, nomeadamente da medicina e a melhoria das condições socioeconómicas, tornaram possível ao Ser Humano acrescentar tempo significativo à sua vida, aumentando a Esperança Média de Vida, sendo que ser-se idoso deixou de ser um privilégio de uma minoria.

No entanto, se é verdade que muitos idosos conseguem manter-se ativos e saudáveis até anos tardios das suas vidas, a realidade mostra-nos que os últimos anos são frequentemente acompanhados por um aumento das situações de doença e prejuízo da funcionalidade física, psíquica e social (DGS, 2006, p. 9).

A partir do momento em que o idoso se torna dependente, ou seja, incapaz de satisfazer por si só as suas necessidades, necessita da ajuda de cuidadores, sejam estes formais ou informais.

O discurso predominante sobre as formas mais vantajosas de responder às necessidades dos idosos sugere que a sua manutenção no domicílio deve ser privilegiada, porque esta situação parece ser benéfica para garantir a autonomia, preservar a identidade e dignidade do idoso (Cattani & Girardon-Perlini, 2004).

A família, sendo o grupo primário básico de apoio e o mais antigo e o mais utilizado serviço de assistência da humanidade (Sequeira, 2007; Imaginário, 2004), é então cada vez mais chamada a desempenhar o papel de principal pilar de apoio ao indivíduo dependente.

Os cuidadores informais, habitualmente ligados ao idoso dependente por laços familiares ou afetivos, e cujas atividades são prestadas de forma voluntária e não remunerada, “assumem desta forma, um papel de primordial importância na sociedade, com implicações significativas em termos económicos, sociais e humanos” (Sequeira, 2007, p. 6). Contudo o seu papel e as perturbações que podem advir deste tipo de assistência, nem sempre têm sido reconhecidas.

Muitos autores sugerem que os prestadores informais de cuidados sofrem frequentemente de alterações adversas em várias e importantes áreas da sua vida, pois o desempenho deste papel “interfere com aspetos da vida pessoal, familiar e social dos familiares cuidadores” (Sarmiento, Pinto & Ribeiro, 2010, p. 46).

Verifica-se a necessidade em se prestar atenção e cuidar dos cuidadores, não só porque as investigações revelam que os cuidadores têm uma qualidade de vida mais baixa e uma saúde mais fraca do que o geral da população (Paúl, 1997, *cit. in* Imaginário, 2004 p. 214), ou porque a prestação de cuidados constitui uma ameaça à saúde do cuidador principal (Paúl, 1997, *cit. in* Imaginário, 2004 p. 214), mas também porque cuidar do cuidador significa ao mesmo tempo cuidar do idoso, “já que o bem-estar dos prestadores de cuidados se irá refletir necessariamente no bem-estar dos que deles recebem cuidados” (Brito, 2002, p. 24).

Face ao exposto, formula-se a seguinte questão de investigação:

- Quais as alterações adversas na vida do cuidador informal do idoso derivadas do ato de cuidar?

Assim, afigura-se-nos como questão de investigação pertinente identificar e descrever as dificuldades do cuidador informal do idoso dependente do nosso meio.

Face ao exposto, formularam-se os seguintes objetivos:

**Objetivos gerais:**

- Traçar um perfil sociodemográfico do cuidador informal do idoso de SAD.
- Descrever as alterações adversas na vida do cuidador informal do idoso de SAD derivadas do ato de cuidar.
- Identificar as necessidades percecionadas pelos cuidadores informais.

**5.2. Caso em estudo**

O presente estudo pretende estabelecer um levantamento das dificuldades sentidas pelos cuidadores informais de idosos no Concelho de Castelo de Paiva no distrito de Aveiro, onde o Centro Social de Santa Maria de Sardoura (CSSMS) desenvolve a sua intervenção. O CSSMS é uma IPSS que se encontra sediada na Quinta da Devesa, freguesia de Santa Maria de Sardoura, situado no concelho de Castelo de Paiva, tendo como atividade principal a Ação Social.

Iniciou o seu funcionamento em 2001, com a resposta social de Centro de Atividades de Tempos Livres (C. A. T. L.), seguido no ano seguinte pelo prolongamento escolar; em 2003 alargou o funcionamento das suas respostas sociais, dando início ao Serviço de Apoio Domiciliário (SAD) e Centro de Dia (CD) em setembro desse ano. O seu âmbito de intervenção envolve as freguesias de Santa Maria de Sardoura e S. Martinho de Sardoura, concelho de Castelo de Paiva. No presente o Centro está a acolher pessoas de outras localidades, nomeadamente ao nível das respostas de Serviço de Apoio Domiciliário (SAD), Centro de Dia, (CD) Creche e Estrutura Residencial para Idosos (ERpI) /Lar de Idosos, ou mesmo de serviços como o transporte escolar, refeições escolares e formação profissional, o que, de alguma forma, reforça a intervenção de reconhecida qualidade pelos concelhos limítrofes.

Em 2007 o novo desafio desta instituição prendeu-se com a projeção para a construção de um novo edifício para as respostas sociais de lar de idosos e creche,

inaugurando a Creche e Estrutura Residencial para Idosos (EpPI) 30 de Outubro de 2010.

Além das respostas sociais, a instituição sempre teve uma atenção muito particular e pioneira ao apresentar projetos e ações (formativas e não formativas), ao nível concelhio, para grupos mais desfavorecidos e (multi) problemáticos, em várias áreas, com intervenções sistémicas e interativas que permitissem trabalhar o agregado familiar.

O SAD é uma resposta social do CSSMS que consiste na prestação de cuidados e serviços a famílias e/ou pessoas que se encontrem no seu domicílio, em situação de dependência física e/ou psíquica e que não possam assegurar, temporária ou permanentemente, a satisfação das suas necessidades básicas e/ou a realização das atividades instrumentais da vida diária, nem disponham de apoio familiar para o efeito.

As atribuições específicas desta resposta social são as seguintes:

- a) Concorrer para a melhoria da qualidade de vidas das pessoas e famílias;
- b) Contribuir para a conciliação da vida familiar e profissional do agregado familiar;
- c) Prestar os cuidados e serviços adequados às necessidades dos utentes, sendo estes objeto de contratualização;
- d) Contribuir para a permanência dos utentes no seu meio habitual de vida, retardando ou evitando o recurso a estruturas residenciais;
- e) Prevenir situações de dependência e promover a autonomia, contribuindo, deste modo, para retardar ou evitar o recurso a estruturas residenciais, mantendo a pessoa no seu meio natural de vida e, em simultâneo, conferindo-lhe dignidade e acompanhamento, quebrando ou minimizando situações de isolamento e solidão;
- f) Facilitar o acesso a serviços da comunidade;
- g) Reforçar as competências e capacidades das famílias e de outros cuidadores;
- h) Promover e estimular as relações adequadas entre os utentes, familiares, associados e comunidade.

### **5.3. Seleção da amostra**

No presente trabalho a população disponível é constituída por 17 Cuidadores Informais de idosos que usufruem de Serviço de Apoio Domiciliário (SAD). Assim, na realidade este trabalho lida com uma amostra que é igual à totalidade do universo disponível. A recolha de informação iniciou-se com um inquérito por questionário aplicado aos 17 Cuidadores Informais existentes. Posteriormente foram realizadas entrevistas a 6 Cuidadores Informais. Estes 6 cuidadores foram selecionados pela minha orientadora da Instituição, tendo como referência a disponibilidade e acessibilidade dos mesmos.

### **5.4. Instrumentos**

Para a realização deste estudo, além da observação não-participante desenvolvida durante o período de estágio, foram utilizados como instrumentos o questionário e a entrevista semiestruturada.

O questionário é constituído por um conjunto de questões dadas, aplicado a um grupo de pessoas com o objetivo de recolher dados sobre determinado assunto de interesse do investigador (McLean, 2006).

Um questionário pode incluir questões abertas e fechadas. Nas perguntas fechadas as respostas possíveis já estão determinadas, enquanto que as perguntas abertas exigem que a pessoa questionada pense e escreva a resposta. Quando as respostas são relativamente previsíveis o uso de questões fechadas é mais adequado (Gilham, 2007). Nesta investigação foram utilizadas perguntas fechadas (8) e abertas (3).

O questionário é constituído por 3 partes (anexo 1). A primeira parte é composta por seis questões fechadas e uma questão aberta que visam obter uma caracterização sociodemográfica.

A segunda parte do questionário é composta por seis questões fechadas e abertas que pretendem abordar a relação cuidador/idoso quanto à tipologia, duração e dificuldades.

Na terceira parte, procura-se identificar os sentimentos em relação ao ato de cuidar. Esta parte é constituída por dezassete afirmações em que o cuidador deve assinalar numa escala Linkert a opção que mais se identifica a saber: 0- nunca; 1- raramente; 2- algumas vezes; 3- quase sempre e 4- sempre.

A entrevista, de acordo com Cunha (2009, p. 128), “é um instrumento primordial para a abordagem em profundidade do ser humano, quer pela compreensão rica que propícia, quer por ser um processo comum, tanto na observação direta intensiva, como na base da observação direta extensiva”. Este é um instrumento de recolha de dados da metodologia qualitativa, que serve para se obter a informação verbal de um ou vários participantes. Resume-se a “uma conversação, uma relação verbal, entre dois indivíduos, o investigador e a pessoa a interrogar e abrange tanto interações verbais, como não-verbais” (Cunha, 2009, p. 129).

Este tipo de entrevista caracteriza-se pela existência de um guião previamente preparado que serve de eixo orientador ao desenvolvimento da entrevista, procurando-se garantir que os distintos participantes respondam às mesmas questões. Não exige uma ordem rígida nas questões e o seu desenvolvimento vai-se adaptando ao entrevistado, bem como permite que se mantenha um elevado grau de flexibilidade na exploração das questões.

O Guião da entrevista por nós elaborado é constituído por 5 partes (anexo 2). Na primeira parte da entrevista procura-se saber os motivos de aceitação do papel de cuidador. A segunda parte refere-se à rotina de cuidados que o cuidador executa. Numa terceira parte, é abordado os momentos de mudança significativos percebidos pelo cuidador. Os impactos que o cuidar tem na vida do cuidador são questionados na quarta parte da entrevista. Por fim, a quinta parte da entrevista é dedicada à abordagem das indicações quanto ao futuro.

## **5.5. Procedimentos**

A primeira etapa para a recolha de dados foi a elaboração do questionário. Foram identificados os cuidadores informais para os questionários serem aplicados em conjunto com a orientadora da Instituição. Os questionários foram aplicados no domicílio onde os cuidadores prestam os cuidados, através de visitas domiciliárias, no mês de Maio de 2014. Procedeu-se ao tratamento do questionário como ferramenta de apoio à elaboração do guião da entrevista.

Posteriormente foi elaborado o guião da entrevista e selecionada a amostra para se proceder à realização das entrevistas. A seleção da amostra foi feita pela minha orientadora da Instituição tendo em consideração a disponibilidade e acessibilidade dos cuidadores informais. As entrevistas foram feitas na presença da minha orientadora da Instituição no mês de Julho e Agosto de 2014.

As entrevistas foram realizadas no local escolhido pelos cuidadores (2 na Instituição e 4 no domicílio onde prestam cuidados) respondidas oralmente, gravadas em suporte áudio e, posteriormente, transcritas para suporte digital, respeitando sempre todas as informações concedidas pelos participantes. As entrevistas tiveram a duração média de vinte minutos.

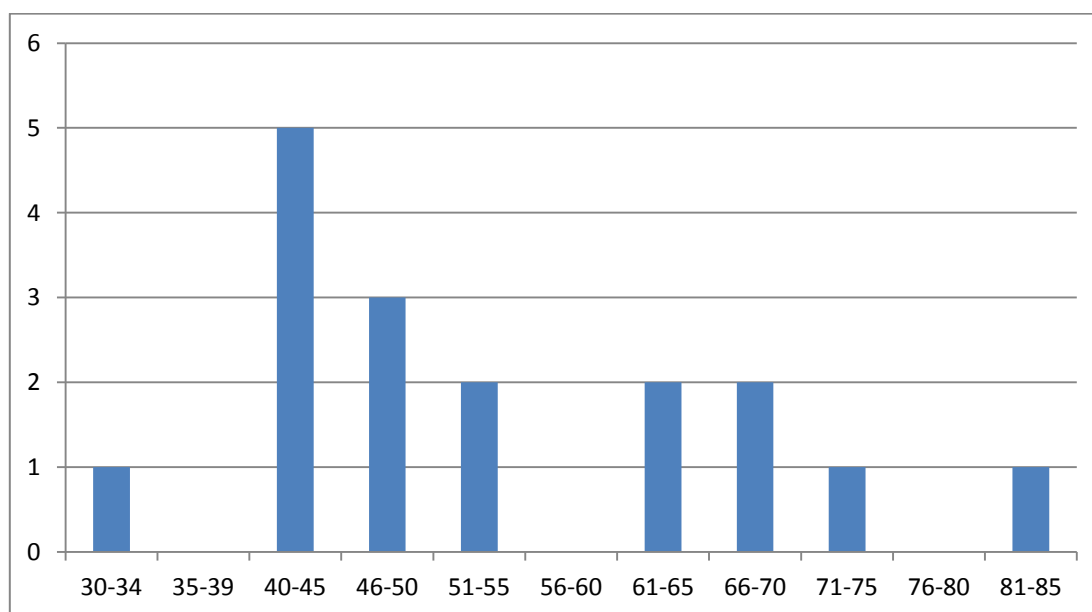
Os entrevistados foram informados do objetivo do presente estudo a finalidade do mesmo, sendo sensibilizados para que participassem e deixassem o seu testemunho. Foram devidamente informados de todos os aspetos éticos que um estudo dessa natureza tem, sendo informados do sigilo a que o estudo está imposto.

## 6. Resultados

Neste ponto do trabalho apresentam-se Gráficos com a análise descritiva dos resultados das questões fechadas e abertas, em primeiro lugar do questionário e em seguida das entrevistas. Constam também as categorias, subcategorias e as unidades de registo, cuja apresentação é feita em Quadros, onde constam as unidades de registo e a frequência, antecedidas da sua análise interpretativa, de forma a facilitar a sua leitura.

De seguida apresentam-se os dados obtidos através da aplicação do questionário.

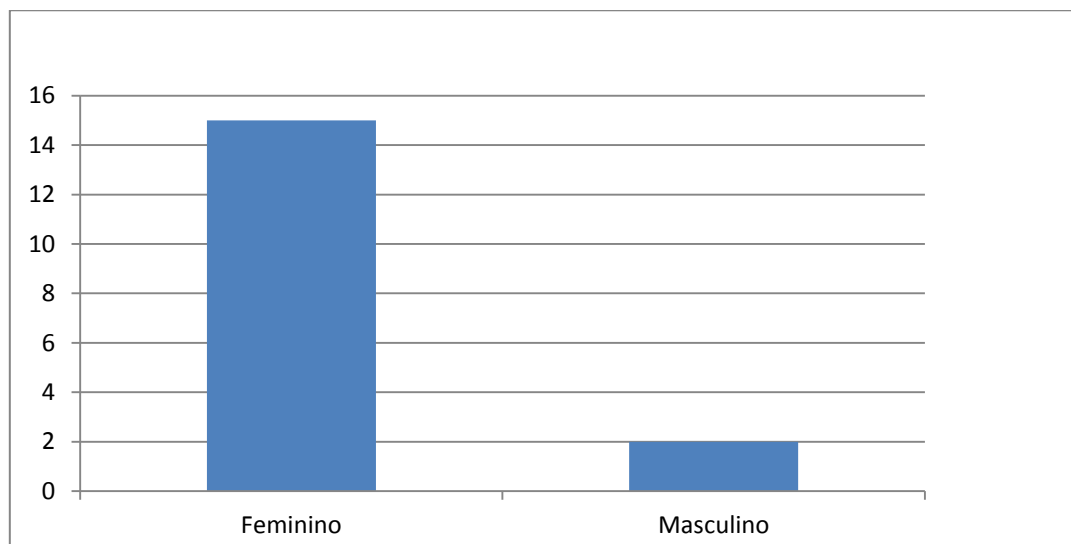
### *Parte I. Características sócio - demográficas*



**Gráfico 1** – Idade dos cuidadores

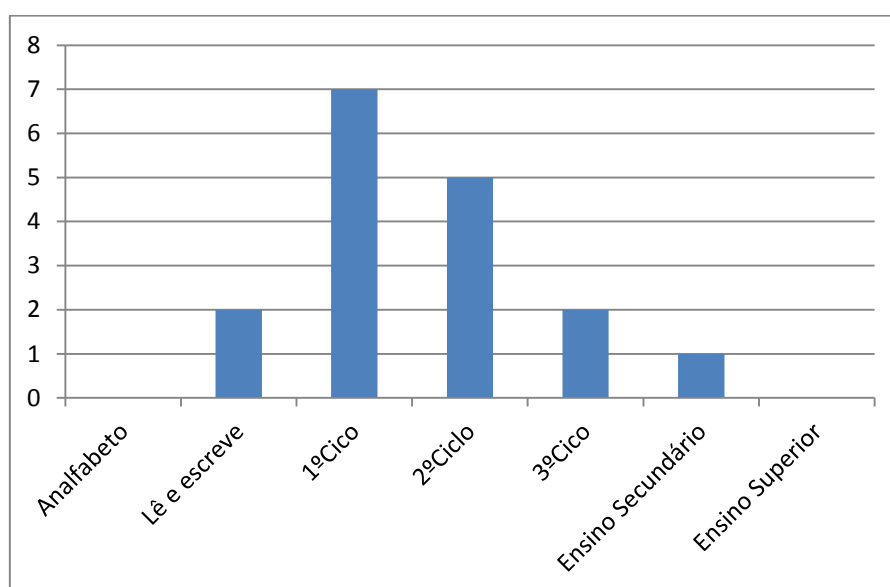
Como se verifica no Gráfico 1, a maioria dos elementos da amostra situa-se nas idades entre os 40 e 45 anos (29%), seguido o grupo 46-50 anos (17%), em seguida os grupos 51-55, 61-65 e 66-70 (12% cada) e por fim os grupos 30-34, 71-75 e 81-85 (6% cada). Os grupos 35-39, 56-60 e 76-80 não apresentam nenhum Cuidador. Assim, o cuidador mais novo tem 32 anos e o mais velho tem 83 anos. Neste contexto, destaca-se o facto de 4 cuidadores com idades superiores a 65 anos. O envelhecimento da

população tem conduzido a outra realidade: a existência de cuidadores informais também eles idosos, como são exemplo 4 dos entrevistados deste estudo, sendo que 3 destes são cônjuges e 1 é filha.



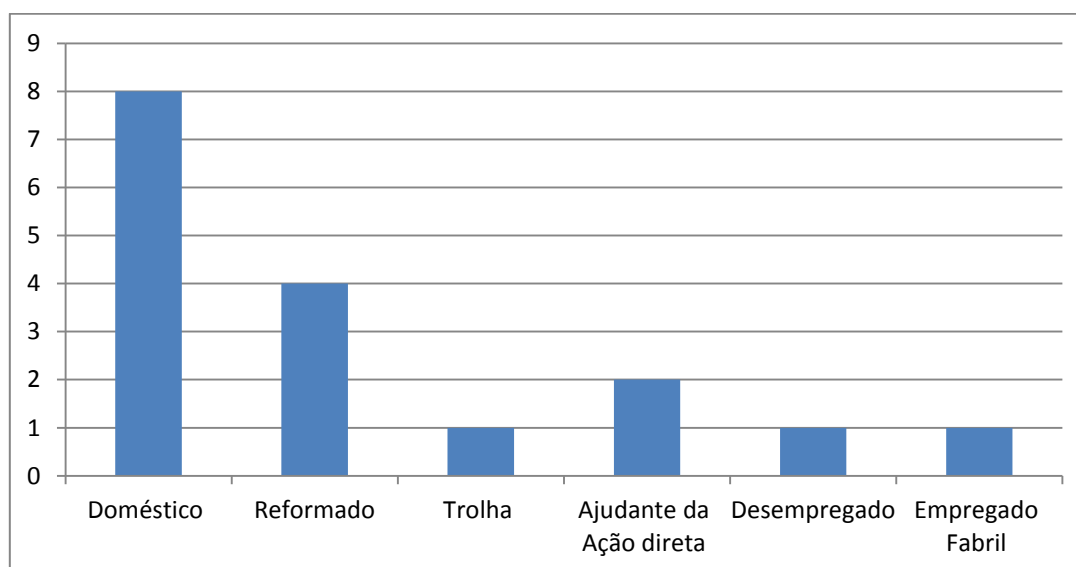
**Gráfico 2** – Género do cuidador informal

Ao realizar a leitura do Gráfico 2 verifica-se que 88% da amostra é do género feminino e 12% é do género masculino. Este dado mostra a tendência cultural da nossa sociedade em que o elemento cuidador (de crianças, doentes, idosos e.g.) seja feminino.



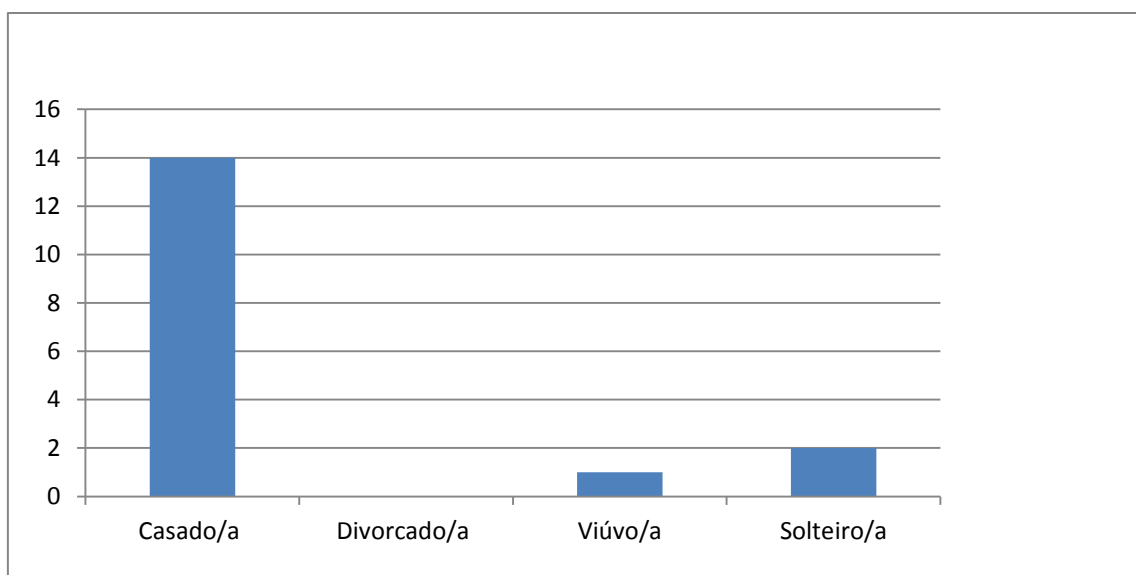
**Gráfico 3** – Habilitações literárias

Através da leitura do Gráfico 3 constata-se que 12% dos inquiridos sabe ler e escrever, mas não possui nenhuma qualificação escolar; 41% da amostra frequentou o 1º ciclo, seguindo-se o 2º ciclo com uma amostra de 29%; com 12% encontramos a amostra que frequentou o 3º ciclo, e por fim com 6% possui o ensino secundário. Na amostra não se encontra população analfabeta nem com grau superior. A maior incidência unicamente ao nível do 1º ciclo estará relacionada com a realidade mostrada pelo gráfico 1 (número elevado de cuidadores idosos).



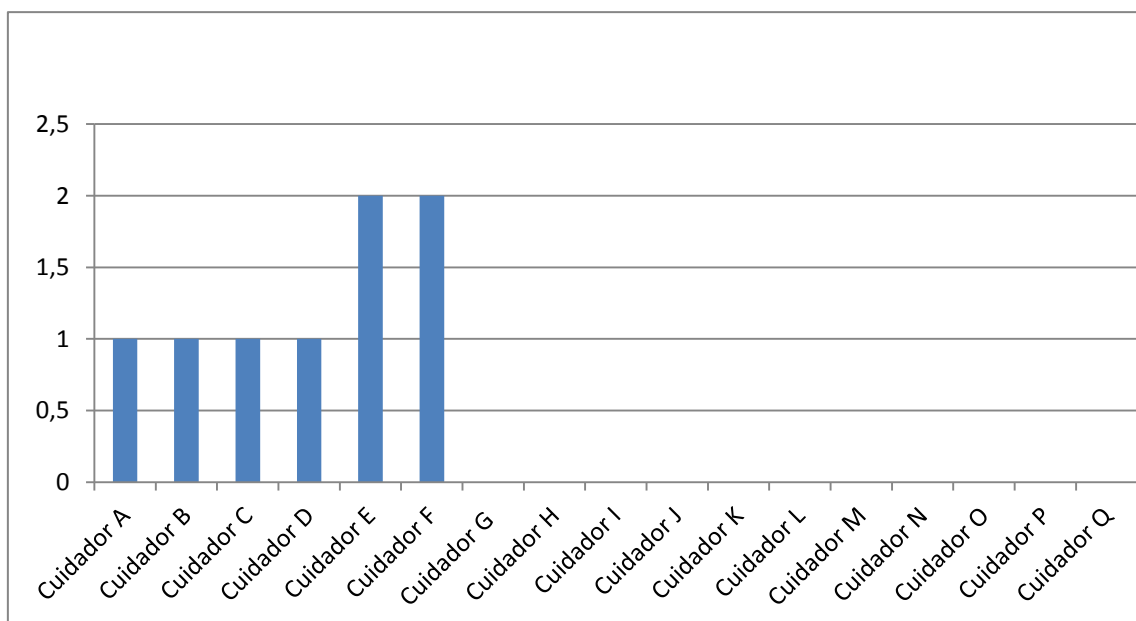
**Gráfico 4 – Ocupação/ Profissão dos cuidadores**

Relativamente à profissão dos cuidadores informais verificou-se que 47% são domésticos, numa mesma percentagem de 6% cada são empregado fabril, trolha e desempregado. Encontramos 23% como reformado e 12% como ajudante de ação direta. É de referir que a totalidade dos cuidadores “domésticos” são do género feminino, o que denota a tendência cultural da nossa sociedade em a mulher ficar encarregue da casa e dos que necessitam cuidados, por vezes em detrimento de outra ocupação. No entanto, o conhecimento que o estágio me forneceu desta população permite-me referir que nesta autodefinição de “doméstica” se inserem mulheres que além do trabalho da casa tinham também ocupação no trabalho agrícola de subsistência, que é assumido por elas como trabalho ligado à casa.



**Gráfico 5 – Estado Civil**

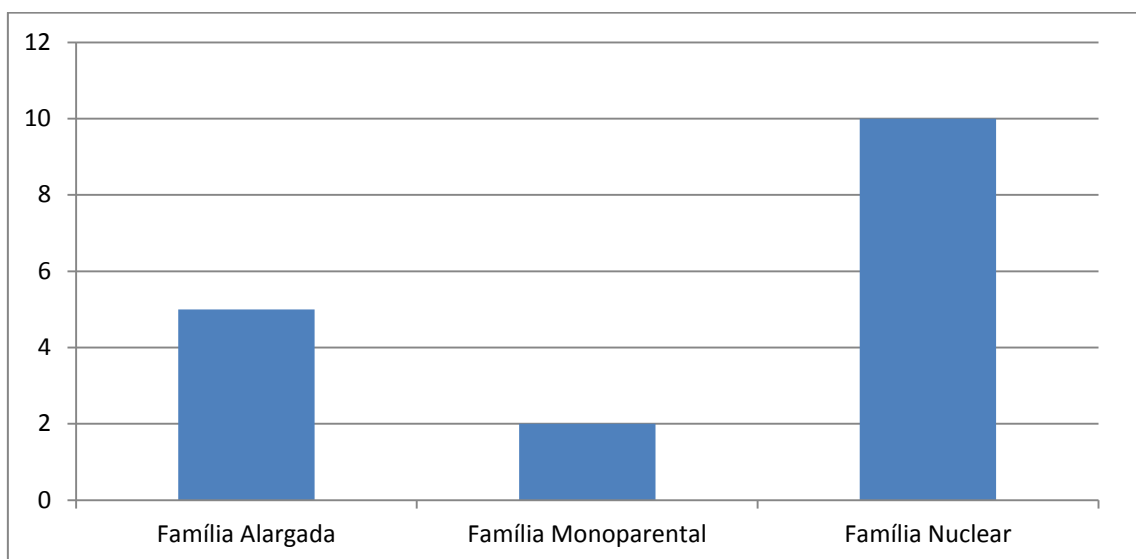
Ao se proceder à leitura do Gráfico 5 verifica-se que a grande maioria dos cuidadores informais é casado (82%); 12% são solteiros e 6% da amostra é uma senhora viúva.



**Gráfico 6 – Número de filhos menores a cargo do Cuidador**

Verifica-se, através do Gráfico 6 que 35% dos Cuidadores possui filhos menores ao seu cuidado, revelando-nos sujeitos que têm outras obrigações de cuidar para além da do idoso em questão. De entre estes 66% tem um filho menor e 44 % apresenta dois filhos menores ao seu cuidado. As idades dos cuidadores que possuem filhos menores ao seu encargo variam entre os 32 e 49 anos de idade. Por outro lado, 65 % da

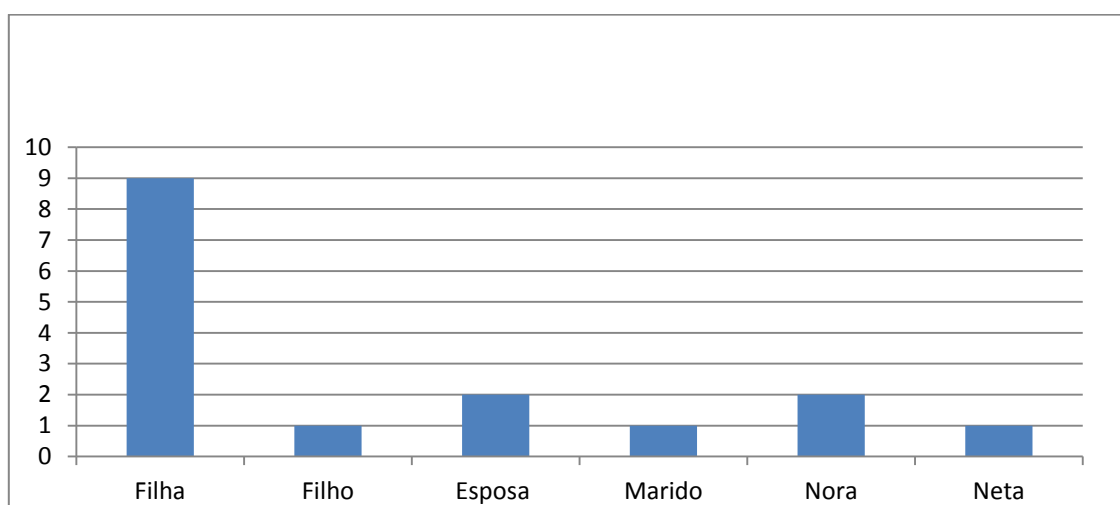
população não apresenta filhos menores ao seu encargo. A idade média destes cuidadores é maior, pois as suas idades oscilam entre os 41 e 83 anos.



**Gráfico 7** – Tipologia do Agregado Familiar

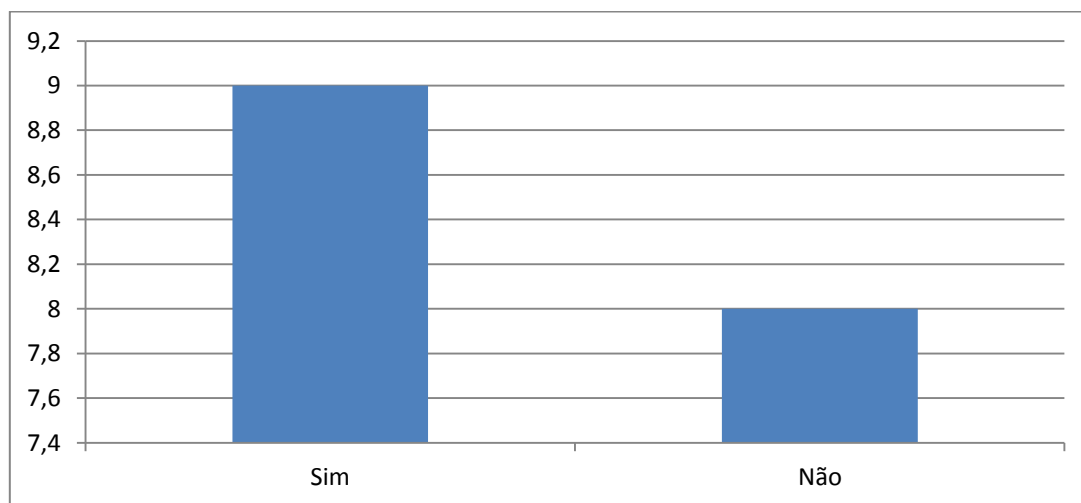
Verifica-se que 59% dos cuidadores informais insere-se numa tipologia de família nuclear; 29 % insere-se numa família alargada e 12 % apresenta ser uma família monoparental. Estes dados mostram-nos a centralidade do modelo familiar nuclear na sociedade do presente e na população em questão.

#### *Parte II. Relação Cuidador/Idoso quanto a tipologia, duração e dificuldades*



**Gráfico 8** – Parentesco com o idoso

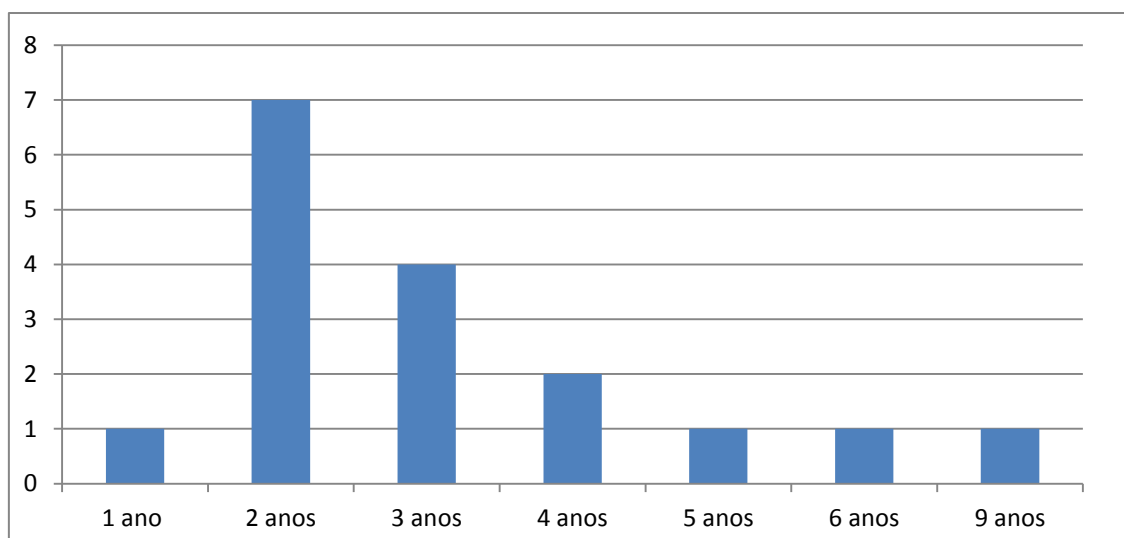
No que diz respeito à relação com a pessoa a quem presta cuidados o Gráfico 8 mostra-nos que a maioria dos cuidadores são descendentes do idoso, sendo que 53% são filhas e apenas 6% corresponde a um filho. Seguem-se os cuidadores cônjuges onde 12% são esposas e 6% apresenta o marido.



**Gráfico 9** – Coabitação com o idoso

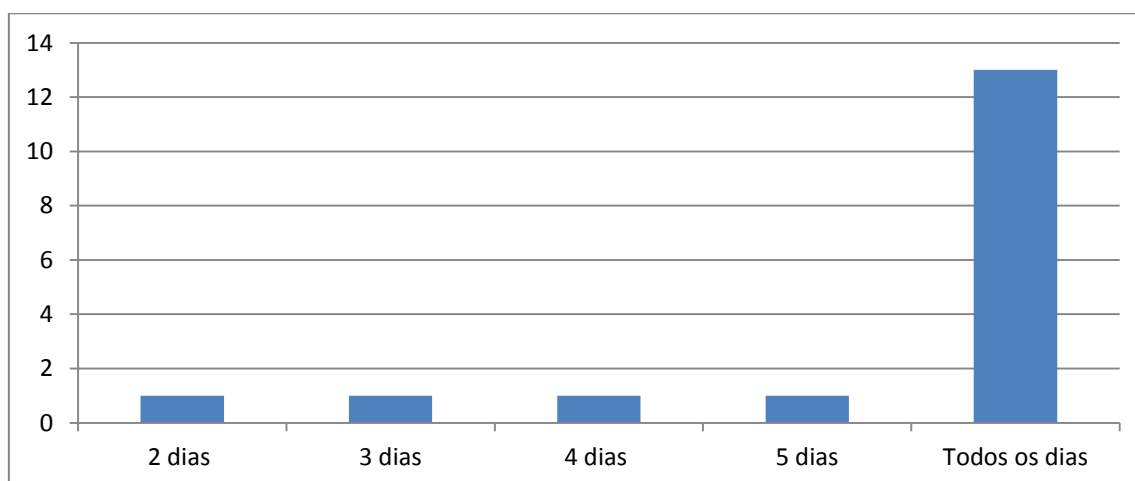
A leitura do Gráfico 9 anterior permite-nos saber que 53% dos cuidadores informais coabitam com o idoso e 47% não partilham a habitação. Dos 53% a viver em regime de coabitação, 38% são cônjuges, 50% são filhos e 12 % é nora. É de referir que 50% dos filhos cuidadores optaram por mudar-se para habitação dos pais. Nos cuidadores que não coabitam com o idoso, 33% vive na mesma rua ou e mesma freguesia do idoso, 23% vive no mesmo edifício que o idoso e 11% vive no mesmo concelho. Estes dados mostram a importância da proximidade geográfica entre Idosos e cuidador neste contexto de Cuidador Informal.

## Dificuldades sentidas pelos Cuidadores Informais de Pessoas Idosas



**Gráfico 10** – Tempo de prestação dos cuidados

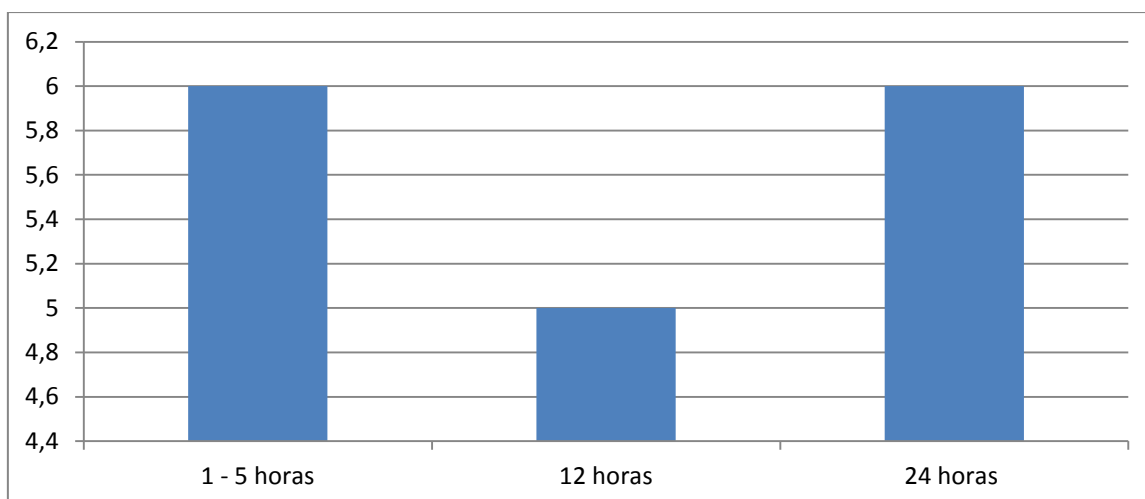
Tendo em conta há quanto tempo o cuidador presta cuidados ao seu idoso, e olhando para o Gráfico 10, podemos referir um mínimo de 1 ano e um máximo de 9 anos. Verifica-se que 6% dos cuidadores informais presta cuidado ao seu idoso há 1 ano, 40% dos cuidadores presta cuidados ao idoso há 2 anos, 24% presta cuidados há 3 anos e 12% há 4 anos. Em igual percentagem, 6%, encontramos cuidadores a prestar cuidados ao idoso há 5, 6 e 9 anos. A duração de cuidados mostra-se assim como continuada e prolongada no tempo. Tal implica uma importância da mesma na estrutura de vida dos cuidadores.



**Gráfico 11** – Periodicidade semanal dos cuidados

Ao se proceder à análise do Gráfico 11 verifica-se que 24% dos cuidadores procede a cuidados ao seu idoso de 2 a 5 dias por semana; 76% diz proceder aos

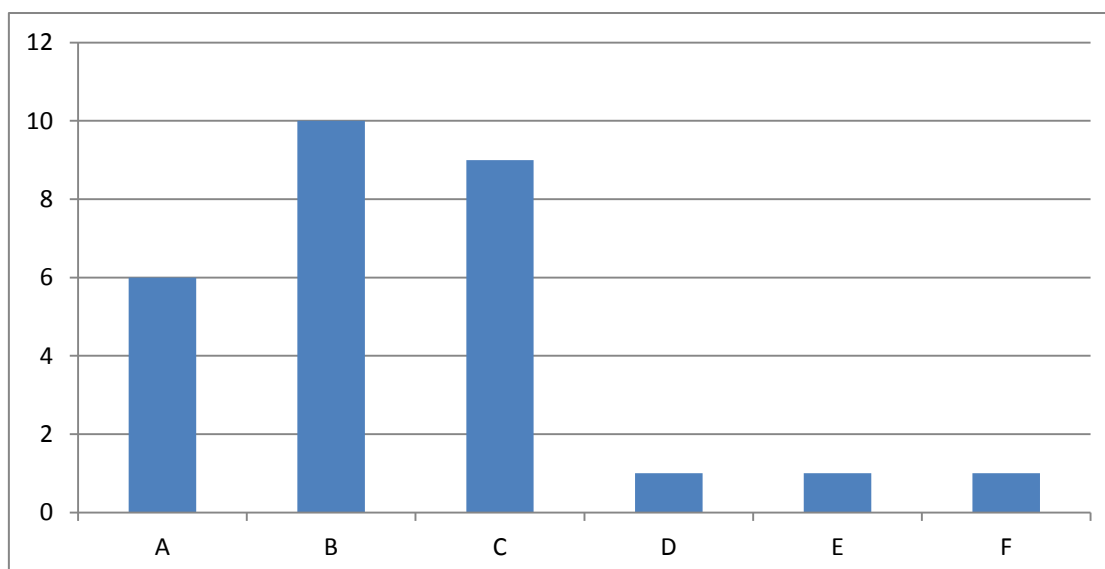
cuidados com o idoso todos os dias. Estes dados reforçam o dito no comentário ao gráfico anterior quanto à importância e centralidade do ato de cuidar na estrutura de vida dos cuidadores.



**Gráfico 12** – Horas diárias dispendidas para cuidar do idoso

Respeitante às horas diárias dispendidas para cuidar do idoso, o Gráfico 12 mostra-nos um mínimo de 1 hora e um máximo de 24 horas, sendo que no extremo menor de tempo encontram-se os cuidadores que não coabitam com o idoso enquanto no outro estão os que vivem em coabitação. A partir do meu conhecimento de estágio, pode afirmar-se que o número de horas dispendidas para cuidar do idoso relaciona-se com o grau de dependência, ou seja aumentando a dependência do idoso aumenta o número de horas dedicadas pelo cuidador para cuidar.

## Dificuldades sentidas pelos Cuidadores Informais de Pessoas Idosas

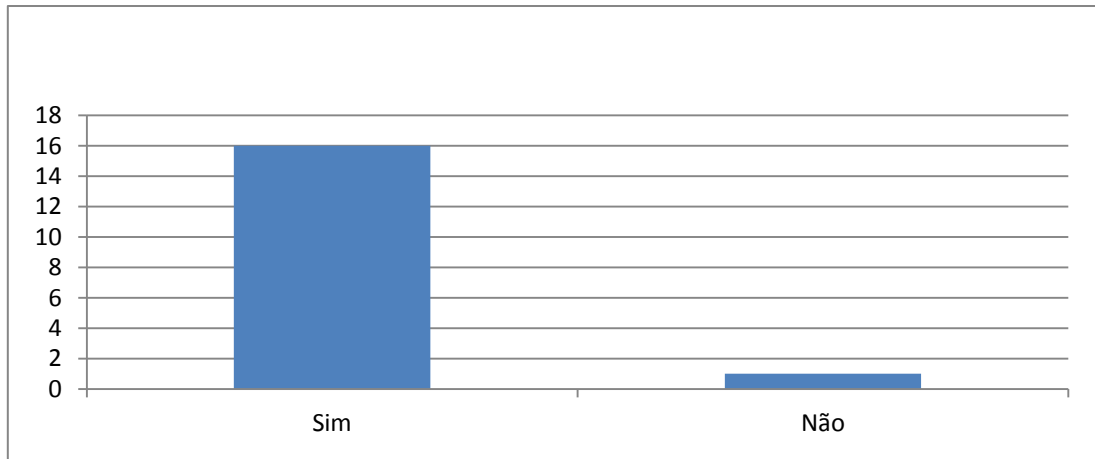


**Gráfico 13** – Cuidados que o cuidador sente maior dificuldade

### **Legenda:**

A - Limpeza da casa B - Higiene pessoal do idoso C - Preparação das refeições D - Compreender o idoso E - Posicionar o idoso F - Tempo ocupado em diversas tarefas

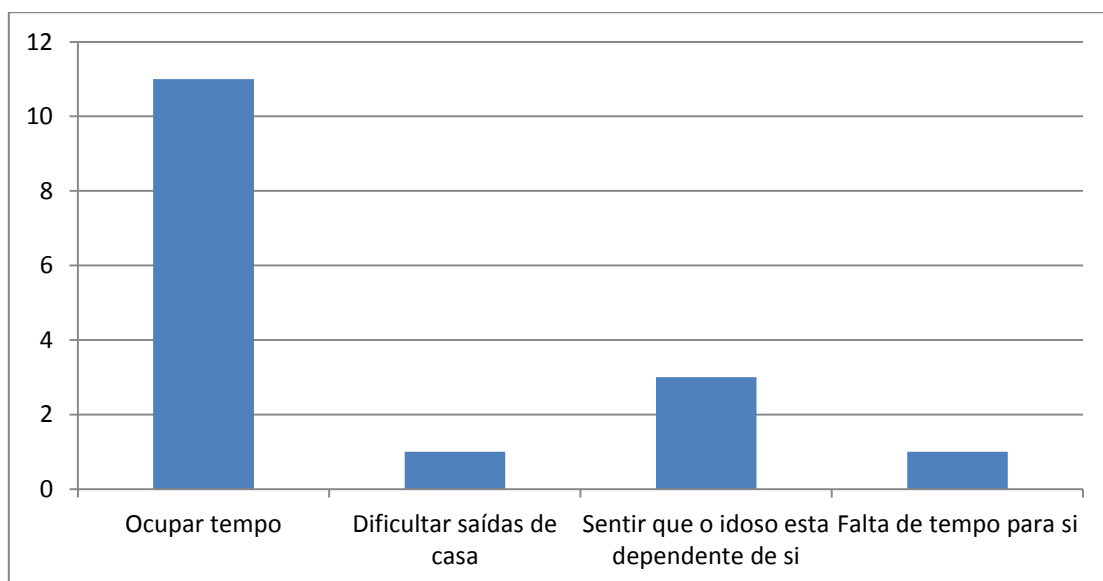
Ao se proceder à leitura do Gráfico 9 verifica-se que 10 elementos da amostra vêm no proceder à higiene pessoal do idoso a maior dificuldade, uma possível justificação é a de ser uma tarefa que exige esforço físico em manobrar o idoso e pelo facto de ser uma tarefa mais íntima e muitos idosos e cuidadores sentem-se constrangidos ao executá-la; 9 cuidadores consideram ter maior dificuldade na preparação das refeições, podendo ser justificado pelo tempo ocupado noutras tarefas como por exemplo a companhia ao idoso ou pelos regimes alimentares que os idosos necessitam de seguir; 6 elementos sentem dificuldade na limpeza da casa (pelo desgaste físico que a limpeza implica) e em igual número, o cuidador sente dificuldade em compreender o idoso, em posicioná-lo e ainda dificuldades devido ao tempo ocupado nas diversas tarefas que tem de executar. Nesta questão os inquiridos poderiam apontar mais do que uma dificuldade.



**Gráfico 14** – O cuidar interfere na vida do cuidador

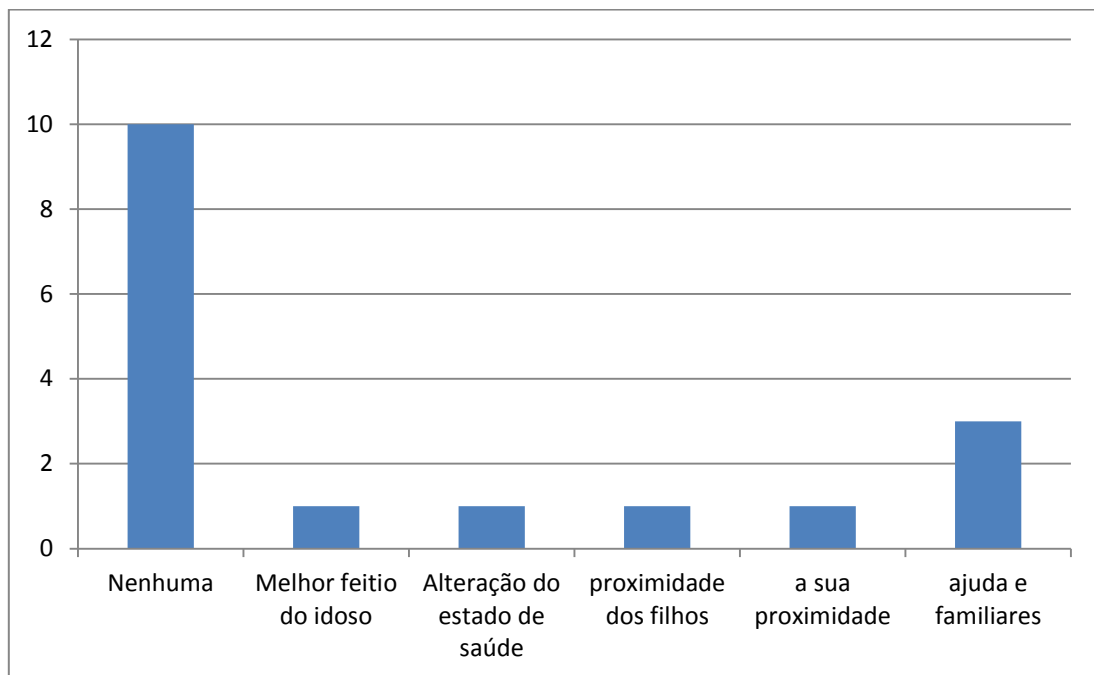
O Gráfico 14 mostra que 94% dos cuidadores consideram que o ato de cuidar interfere na sua vida e 6% considera que não interfere. Assim, apenas um cuidador refere que o ato de cuidar não interfere na sua vida. Este cuidador leva a cabo o ato de cuidar há 9 anos. Salienta que faz questão de tomar conta do idoso e que não confia em mais ninguém para o fazer, se não nela mesma. Contudo, mais tarde, na entrevista referiu viver uma situação de depressão há vários anos. Este “não” referenciado neste “Gráfico veio a entrevista a revelar, assume-se como “resposta socialmente desejável”.

Este Gráfico 14 mostra e novo como o ato de cuidar é importante no modo como se estrutura a vida dos cuidadores. Esta questão em particular é relevada no gráfico seguinte (Gráfico 15).



**Gráfico 15** – Modo como o ato de cuidar interfere na vida do cuidador

Ao se questionar os cuidadores de que modo o ato de cuidar interfere na sua vida, verifica-se que 69% dos inquiridos refere que ocupa algum tempo, pois existe uma rotina que todos os dias tem de ser feita e que despendem algum tempo a realizá-la. Apenas uma pessoa (6%) considera que dificulta as suas saídas de casa. Um cuidador (6%) refere que fica sem tempo para si e 3 (19%) sentem que o idoso está dependente de si.



**Gráfico 16** – Ajudas que facilitariam o ato de cuidar

O Gráfico 16 mostra-nos que 10 dos cuidadores considera que nenhuma ajuda facilitaria o ato de cuidar. Enquanto 3 elementos da amostra considera que ajudas vindas de familiares poderia facilitar o ato de cuidar. Apenas um elemento da população considera que o melhor feito do idoso, a alteração do estado de saúde do idoso, a proximidade dos filhos (no caso do cuidador ser o cônjuge) e a proximidade do cuidador face ao idoso seriam ajudas que poderiam facilitar no ato de cuidar.

Verifica-se que não existe um consenso entre a questão: “o ato de cuidar interfere na sua vida?” e “ajudas que facilitariam o ato de cuidar”, pois na primeira verifica-se que a maior parte dos cuidadores (16) considera que interfere, e em seguida a maior parte dos cuidadores (11) não aponta nenhuma ajuda que considerem que poderia

facilitar a tarefa de cuidar. Algumas possibilidades para justificar esta resposta (nenhuma) pode ser o facto do questionário ser aplicado na presença da minha orientadora e ainda o cuidador não querer demonstrar fraqueza em admitir que poderiam existir ajudas e nomeá-las.

*PARTE III. Sentimentos em relação ao ato de cuidar*

| Afirmação    | Frequência que...   | 0<br>NUNCA | 1<br>RARAMENTE | 2<br>ALGUMAS VEZES | 3<br>QUASE SEMPRE | 4<br>SEMPRE |
|--------------|---|------------|----------------|--------------------|-------------------|-------------|
| 1            | Sinto que por causa do tempo dedicado ao cuidado do idoso não tenho tempo suficiente para mim.    | 0          | 4              | 10                 | 2                 | 1           |
| 2            | Sinto-me dividido entre os cuidados do idoso e as outras responsabilidades (familiares/trabalho). | 1          | 4              | 5                  | 5                 | 2           |
| 3            | Sinto-me alterado/irritado e/ou tenso quando estou na presença do seu familiar.                   | 2          | 5              | 7                  | 0                 | 3           |
| 4            | Sinto que o idoso atrapalha as minhas relações com outros membros da família ou amigos.           | 6          | 5              | 5                  | 1                 | 0           |
| 5            | Sinto que a minha saúde se deteriorou por causa de sua dedicação ao idoso.                        | 3          | 3              | 4                  | 7                 | 0           |
| 6            | Sinto que não tenho tanta privacidade quanto gostaria por causa do idoso.                         | 1          | 10             | 3                  | 1                 | 2           |
| 7            | Sinto que a minha vida social se deteriorou por causa do tempo que dedico ao idoso.               | 3          | 5              | 3                  | 5                 | 1           |
| 8            | Sinto que perdi de algum modo o controlo da minha vida após iniciar os cuidados ao idoso.         | 3          | 6              | 4                  | 3                 | 1           |
| 9            | Sinto que não sei bem o que fazer pelo idoso.   | 2          | 1              | 10                 | 2                 | 2           |
| 10           | Sinto que deveria fazer mais pelo idoso.  | 2          | 8              | 6                  | 0                 | 1           |
| 11           | Sinto que poderia oferecer melhores cuidados ao idoso.  | 2          | 8              | 6                  | 1                 | 0           |
| 12           | Tenho medo do que o futuro possa reservar ao idoso.   | 0          | 2              | 8                  | 2                 | 5           |
| 13           | Acho que o idoso depende de mim.  | 0          | 1              | 2                  | 4                 | 10          |
| 14           | Acho que o idoso espera que cuide dele como se fosse a única pessoa com quem ele pôde contar.     | 0          | 1              | 4                  | 3                 | 9           |
| 15           | Penso que serei capaz de continuar a cuidar do idoso por muito tempo.                             | 0          | 0              | 9                  | 3                 | 5           |
| 16           | Considero que poderia cuidar melhor do idoso.   | 2          | 10             | 3                  | 0                 | 2           |
| 17           | Sinto-me sobrecarregado por estar a cuidar do idoso.  | 0          | 1              | 8                  | 6                 | 2           |
| <b>TOTAL</b> |   | <b>27</b>  | <b>74</b>      | <b>97</b>          | <b>45</b>         | <b>46</b>   |

**Tabela 1** – Sentimentos do cuidador face ao idoso

A tabela acima exposta foi elaborada com a finalidade de os cuidadores, a partir das afirmações apresentadas, assinalarem, a partir de uma escala de 0 a 4, o que sentem em relação ao idoso que cuidam. Verifica-se uma grande incidência nas respostas “2-algumas vezes” (frequência de 97) e do “1-raramente” (frequência de 74). A avaliação “0-nunca” foi a menos expressada (frequência 27). Verificando-se uma concentração das respostas no centro e não nos extremos “0-nunca” e “4-sempre”.

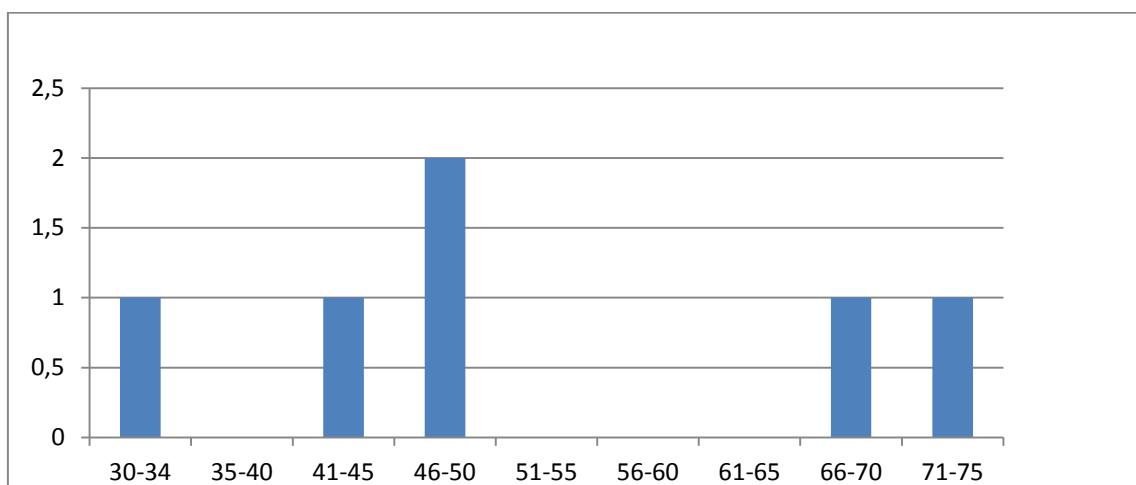
A maior frequência da opção “0- nunca” encontrámo-la em 6 cuidadores em relação à afirmação 4 “*Sinto que o idoso atrapalha as minhas relações com outros membros da família ou amigos*”. A opção “1- raramente” apresenta maior frequência (ambas 10) na afirmação 6 “*Sinto que não tenho tanta privacidade quanto gostaria por causa do idoso*” e ainda na afirmação 16 “*Considero que poderia cuidar melhor do idoso*”.

Com igual frequência de cuidadores (10) na opção “2 – algumas vezes” evidenciam-se as seguintes afirmações: “*Sinto que por causa do tempo dedicado ao cuidado do idoso não tenho tempo suficiente para mim*” e “*Sinto que não sei bem o que fazer pelo idoso*”. A afirmação 5 “*Sinto que a minha saúde se deteriorou por causa de sua dedicação ao idoso*” é a mais apontada pelos cuidadores (7) na opção “3 – quase sempre”. Selecionando-se com maior frequência a opção “4-sempre” verifica-se a afirmação “*Acho que o idoso depende de mim*” e “*Acho que o idoso espera que cuide dele como se fosse a única pessoa com quem ele pôde contar*”.

Verifica-se que as opções mais frequentes na afirmação 15 “*Penso que serei capaz de continuar a cuidar do idoso por muito tempo*” incidiram em “2-algumas vezes” e “4-sempre”, podendo concluir-se que embora os cuidadores se sintam inseguros quanto ao ato de cuidar, mesmo assim têm presente a ideia de continuar a prestar os cuidados ao idoso.

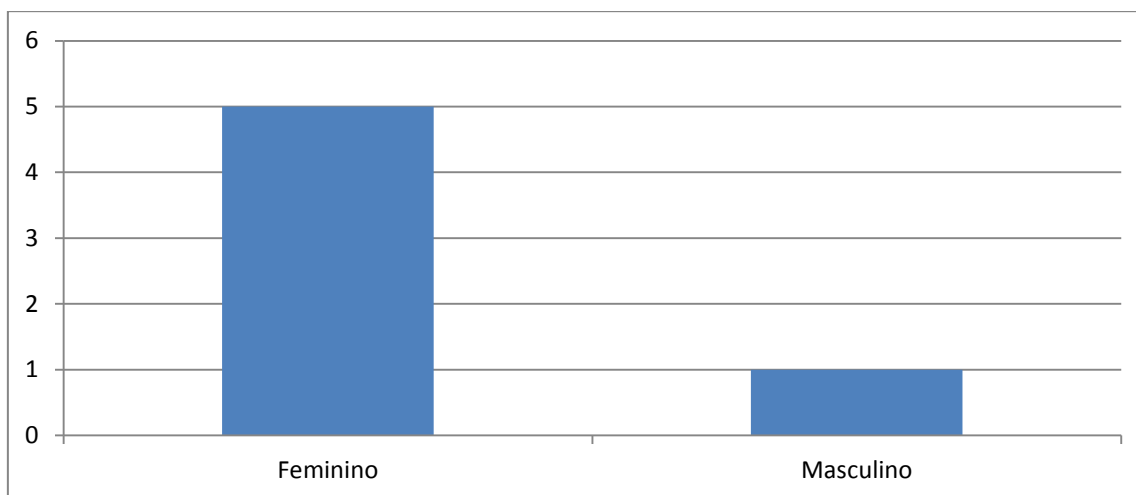
Passar-se-á de seguida a apresentar os dados obtidos nas entrevistas.

*Grupo 1: Características sociodemográficas dos cuidadores informais e sua relação com os idosos*



**Gráfico 17 – Idade**

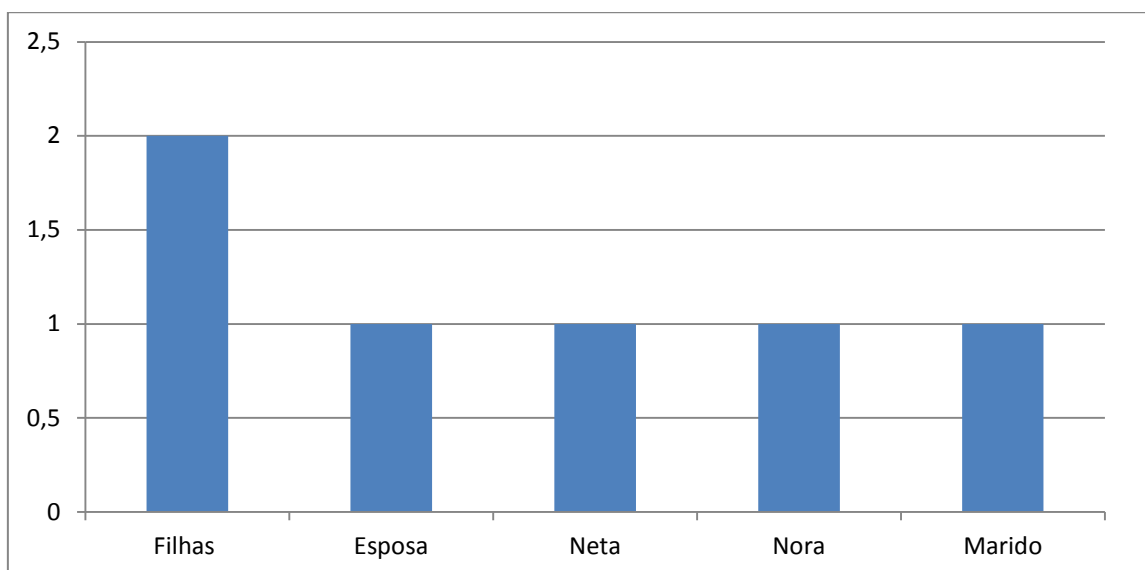
Como se verifica no Gráfico 17, 32% dos cuidadores entrevistados (2) apresentam idade compreendida entre os 46-50 anos e em igual percentagem, 17% dos cuidadores enquadra-se nas seguintes faixas etárias: 30-34, 41-45, 66-70 e 71-75.



**Gráfico 18 – Género**

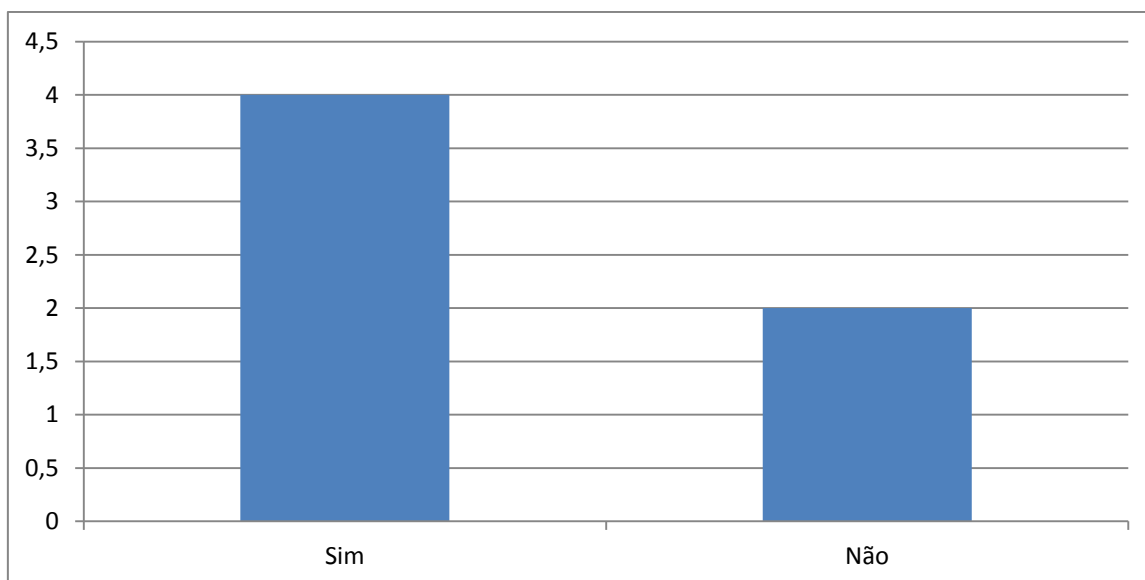
Na leitura do Gráfico 18 verifica-se que 83% (5) dos cuidadores são do sexo feminino e os restantes 17% (1) do sexo masculino.

## Dificuldades sentidas pelos Cuidadores Informais de Pessoas Idosas



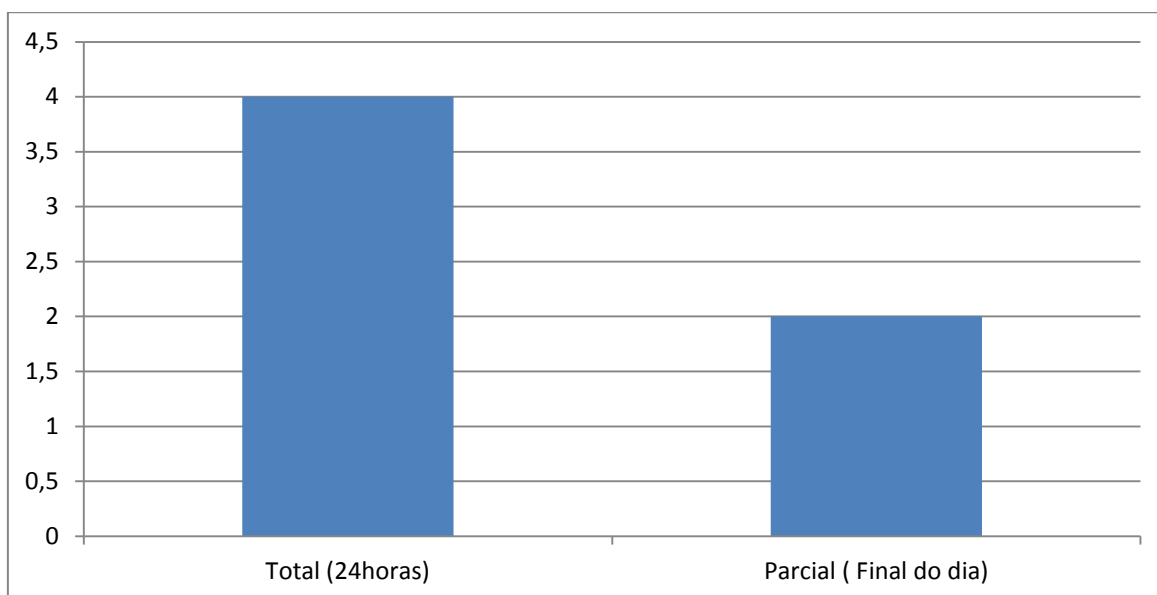
**Gráfico 19 – Parentesco**

Como se verifica no Gráfico 19, foram selecionados para serem entrevistadas duas filhas cuidadoras, uma esposa, uma nora, uma neta e um marido.



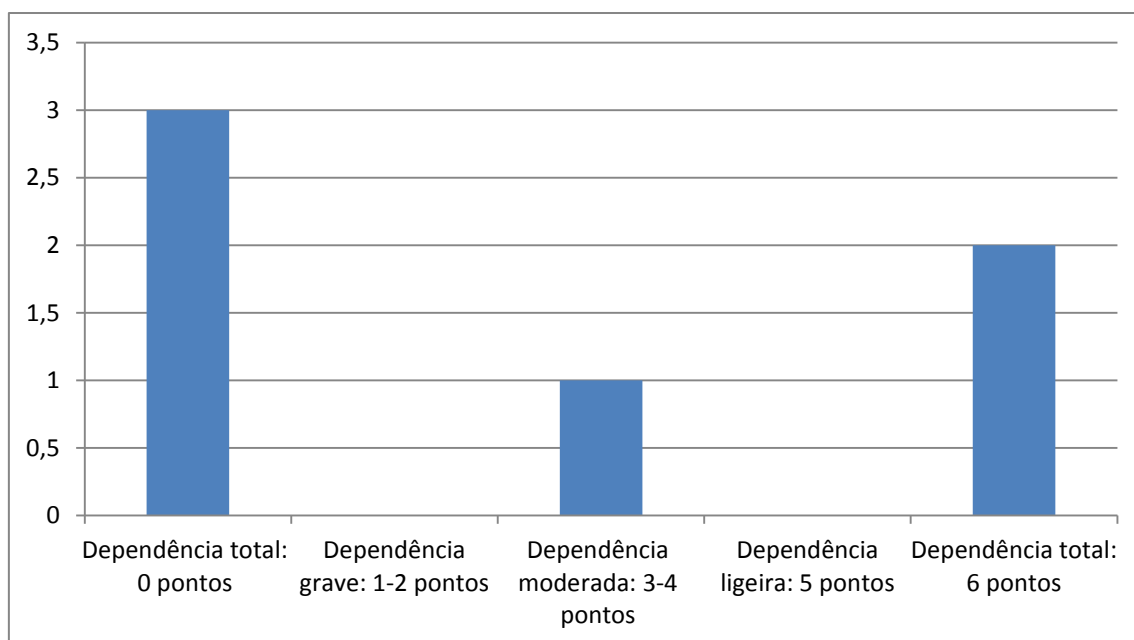
**Gráfico 20 – Coabitação**

Verifica-se que quatro dos cuidadores informais coabitam com o idoso a quem prestam cuidados a saber: uma filha, esposa, nora e o marido cuidador. Enquanto a neta e uma filha não coabitam com o idoso, vivendo na mesma freguesia.



**Gráfico 21** - Tempo dispendido com o idoso

Verifica-se a partir da leitura do Gráfico 21 que 4 dos cuidadores informais dedicam 24 horas do seu dia ao cuidado do idoso, enquanto duas das cuidadoras dedicam parte do seu dia ao cuidar do idoso. Os cuidadores que se dedicam a tempo inteiro ao cuidado do idoso são: uma filha, uma nora (no questionário classificadas como domésticas), uma esposa e um marido. Enquanto uma neta e uma outra filha dedicam o final do dia para cuidar do idoso. Verifica-se uma semelhança entre o tempo dispendido (Gráfico 21) e o cuidador coabitar com o idoso (Gráfico 20), ou seja os cuidadores que coabitam com os idosos são os mesmos que prestam cuidados 24 horas por dia.

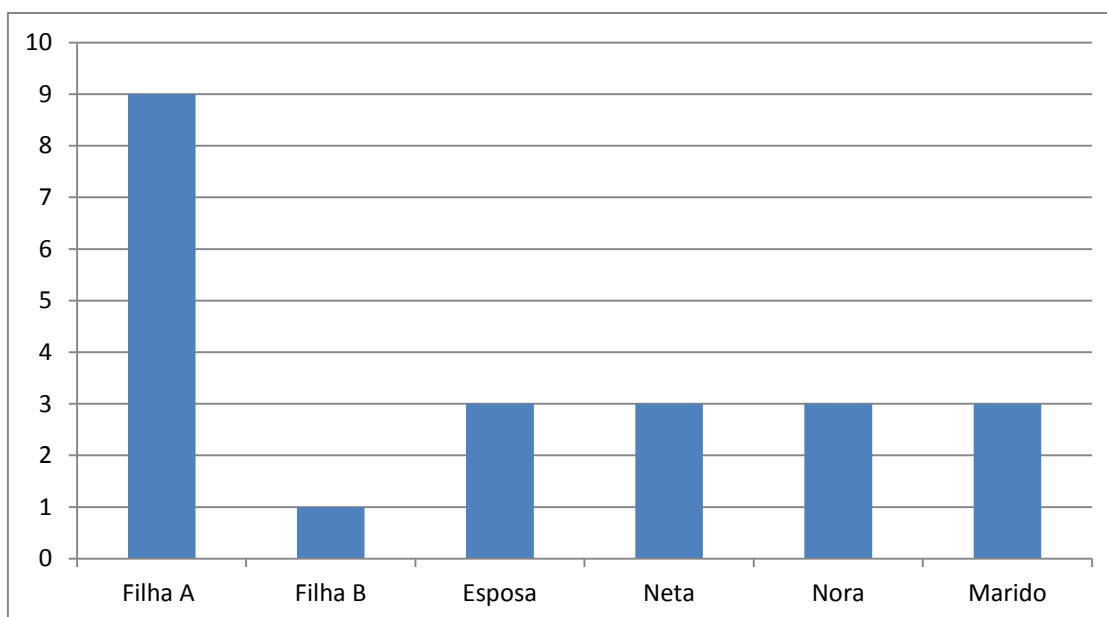


**Gráfico 22** – Grau de dependência do idoso

O Gráfico 22 demonstra que 3 idosos encontram-se em dependência total (0 pontos) o que significa que o idoso necessita:

- de ajuda para lavar mais do que uma parte do corpo, necessita de ajuda para entrar e sair da banheira ou não se lava sozinho;
- de ajuda para se vestir ou não é capaz de se vestir; usa urinol ou arrastadeira ou necessita de ajuda para aceder à sanita;
- de ajuda para se deitar ou levantar da cama/cadeira ou está acamado, apresenta incontinência total ou parcial vesical e/ou fecal, utilização de enemas, algália, urinol ou arrastadeira;
- de ajuda para comer, não come em absoluto ou necessita de nutrição entérica/parentérica.

Verifica-se que 1 idoso apresenta uma dependência moderada (3 pontos) pois verifica-se que necessita de ajuda para lavar mais do que uma parte do corpo, necessita de ajuda para entrar e sair da banheira ou não se lava sozinho; usa arrastadeira e apresenta incontinência total vesical e fecal e 2 idosos apresentam uma dependência total (6 pontos) pois apresentam independência nos 6 ABVD.



**Gráfico 23** – Tempo que o cuidador presta no cuidado ao idoso

Procedendo à leitura o gráfico 23, verifica-se que quatro entrevistados (esposa, nora, neta e marido) prestam cuidados aos idosos há três anos. Enquanto uma filha cuidadora presta cuidados à sua mãe há um ano e outra filha há nove anos.

*Grupo 2- Motivos de aceitação do papel de cuidador*

| <b>Categoria</b>                                      | <b>Subcategorias</b> | <b>Unidade de registo</b>                                      | <b>Frequência</b> |
|---|----------------------|--|-------------------|
| <b>Motivo de aceitar o papel de cuidador informal</b> | Laços familiares     | E1 “...porque sou o marido e sou eu que vivo com ela...”       | 6                 |
|   |                      | E2 “Ele é o pai dos meus filhos. Tenho muito carinho por ele”. |                   |
|   |                      | E3 “Ela é minha avó pode contar comigo”.                       |                   |
|   |                      | E4 “Porque é a minha mãe”.                                     |                   |
|   |                      | E5 “é a minha mãe não me importo                               |                   |

Dificuldades sentidas pelos Cuidadores Informais de Pessoas Idosas

|  |                               |   |   |
|--|-------------------------------|---|---|
|  |                               | nada”.  |   |
|  |                               | E6 “...é a minha sogra”.  |   |
|  | Retribuição                   | E4 “...não ia abandoná-la. É a minha mãe, boa ou fraca é a que tenho.”  | 2 |
|  |                               | E5 “vivo aqui com ela , acho que devo tomar conta dela, ela já fez muito por mim”.                                |   |
|  | Necessidade de cuidados       | E1 “...porque ela precisa e os meus filhos estão todos a trabalhar longe”   | 3 |
|  |                               | E3 “...a necessidade da minha avó, precisava de ajudas para a alimentação, para a higiene, um bocadinho de tudo”. |   |
|  |                               | E5 “...sabíamos que a minha mãe não podia ficar sozinha, pois ela ultimamente negligenciava a sua alimentação”.   |   |
|  | Fator económico               | E2 “bem precisava de uma pessoa que aqui estivesse pra tomar conta dele, mas não há dinheiro”.                    | 1 |
|  | Recusa de institucionalização | E4 “Ela disse desde sempre que não queria, que queria   | 1 |

|  |  |                  |  |
|--|--|------------------|--|
|  |  | morrer em casa”. |  |
|--|--|------------------|--|

**Tabela 2** – Motivos de aceitação do papel de cuidador informal

Em conformidade com os dados exibidos no Tabela 2, pode dizer-se que da Categoria - *Motivos de aceitação do papel de cuidador* – surgiram 5 subcategorias, destacando-se com maior frequência os *laços familiares* (6) e a *necessidade de cuidados* (3). Foram também apontados como motivos para ser cuidador informal a *retribuição* (2), *fator económico* (1) e *recusa da institucionalização* (1). Comprova-se o vínculo familiar entendido culturalmente, também neste contexto como, um imperativo do cuidar do idoso.

*Grupo 3 - Rotina de cuidados*

1. Funções de cuidar

|                              | Partes do dia | Unidades de registo   | Subcategoria                            |
|------------------------------|---------------|---|---|
| <b>Rotina de Cuidados E1</b> | Manhã         | “Meço-lhe os diabetes, dou-lhe os medicamentos, o pequeno-almoço, a insulina”                   | Alimentação e Medicação                 |
|                              | Meio-dia      | “Dou-lhe o comer, dou-lhe mesmo a comida à boca e os medicamentos”.                             |   |
|                              | Tarde         | “e a tarde na mesma”  |   |
|                              | Noite         | “Meço os diabetes, dou-lhe o jantar e os medicamentos e as vezes de noite ela pede que a mude”. | Alimentação Medicação e Higiene pessoal |

**Tabela 3** – Rotina de cuidados E1 ( 75 anos, marido, coabitação) e da idosa ( 73, dependência total: 0 pontos)

Tendo como referencia a Tabela 3 – rotina de cuidados E1, verifica-se que este cuidador, presta fundamentalmente cuidados ao nível da alimentação e medicação, afirmando ainda que à noite muitas vezes a sua mulher lhe pede substitua a fralda (higiene pessoal). As refeições são fornecidas pelo Serviço de Apoio Domiciliário (SAD).

|                              | <b>Partes do dia</b> | <b>Unidades de registo</b>   | <b>Subcategoria</b>   |
|------------------------------|----------------------|--|---|
| <b>Rotina de Cuidados E2</b> | Manhã                | “A minha rotina diária é dar-lhe de comer, preparar refeições, é cuidar da roupa, lavar, secar, dobrar, colocar a roupa à mão para elas lhe vestir, guardar e fazer uma pequena limpeza. Também sou eu que lhe dou os medicamentos”. | Alimentação, Medicação, Tratar das Roupas e limpeza da casa |
|                              | Meio-dia             |  |   |
|                              | Tarde                |  |   |
|                              | Noite                |  |   |

**Tabela 4** – Rotina de cuidados E2 (66, esposa, coabitação) e do idoso (63, dependência total: 0 pontos)

A partir da Tabela 4 – rotina de cuidados E2 verifica-se que o cuidador dedica-se à preparação de todas as refeições, dando a comida à boca do marido e só come depois do marido se ter alimentado. Procedo ao tratamento de todas as roupas e faz a limpeza à casa, diariamente.

|                              | <b>Partes do dia</b> | <b>Unidades de registo</b>   | <b>Subcategoria</b>           |
|------------------------------|----------------------|--|-------------------------------|
| <b>Rotina de Cuidados E3</b> | Manhã                | “Todos os dias vou lá levantá-la, trato da sua higiene, dou-lhe o pequeno-almoço”. | Alimentação e higiene pessoal |

|  |          |   |             |
|--|----------|---|-------------|
|  | Meio-dia | “Vou lá ver se ela almoçou, e lavo a loiça, se for preciso troco-lhe a fralda e deixo-lhe alguma coisa para comer ao lanche”. | Alimentação |
|  | Noite    | “à noite vou lá lhe levar o jantar (,,) visto-lhe o pijama e ajudo-a a ir para a cama   |             |

**Tabela 5**– Rotina de cuidados E3 (32, neta, não coabitação) e idosa ( 78, dependência moderada: 3 pontos)

Através da Tabela 5- rotina de cuidados E3 verifica-se que o cuidador presta cuidados à idosa mais ao nível da alimentação e higiene pessoal, funcionando como um apoio para o idoso levar a cabo a sua rotina diária. As refeições são fornecidas pelo Serviço de Apoio Domiciliário (SAD) na hora de almoço, o jantar é confeccionado pela cuidadora.

|                              | Partes do dia | Unidades de registo   | Subcategoria                            |
|------------------------------|---------------|---|---|
| <b>Rotina de Cuidados E4</b> | Manhã         | “(…) dou logo às sete horas o pequeno almoço”. (..) Eu é que lhe dou todas as refeições, o pequeno-almoço, às dez horas, ao meio-dia, ao lanche e a noite. Faço-lhe companhia durante o dia. Posiciono, mas com | Alimentação, companhia e posicionamento |
|                              | Meio-dia      |   |   |
|                              | Tarde         |   |   |
|                              | Noite         |   |   |

|  |  |              |  |
|--|--|--------------|--|
|  |  | ajuda (...)" |  |
|--|--|--------------|--|

**Tabela 6**– Rotina de cuidados E4 (48, filha, coabitação) e da idosa (80, dependência total: 0 pontos)

A Tabela 6- rotina de cuidados E4 indica-nos que o cuidador informal dedica-se a servir as todas as refeições à sua mãe (através de seringa). As refeições são fornecidas pelo Serviço de Apoio Domiciliário (SAD). Afirma fazer companhia diariamente ao idoso, pois considera muito importante estar por perto, para que o idoso não se sinta só. Procede ainda ao posicionamento várias vezes no dia (com ajuda de terceiros).

|                              | Partes do dia | Unidades de registo  | Subcategoria                                      |
|------------------------------|---------------|--|---|
| <b>Rotina de Cuidados E5</b> | Manhã         | “Dou-lhe o pequeno-almoço...o lanche, encho-lhe o  | Alimentação<br>medicação e<br>tratamento de roupa |
|                              | Tarde         | oxigénio...dou-lhe o   |   |
|                              | Noite         | jantar, dou-lhe a medicação.<br>Supervisiono se ela fez a higiene íntima.<br>(...) lavo roupa, estendo roupa.” |   |

**Tabela 7** – Rotina de cuidados E5 (49. Filha, coabitação) e da idosa (75, dependência total: 6 pontos)

A rotina do cuidador 5 baseia-se no servir as refeições à idosa (pequeno-almoço, lanche e jantar). O almoço é disponibilizado pelo Serviço de Apoio Domiciliário (SAD). É o cuidador quem dá a medicação ao idoso e procede ao tratamento das roupas do idoso. O cuidador por norma, supervisiona se o idoso executa a sua higiene pessoal e íntima, questionando se o fez e quando fez, preferindo que o idoso tome banho quando não está sozinho em casa.

| Rotina de Cuidados E6 | Partes do dia | Unidades de registo  | Subcategoria  |
|-----------------------|---------------|--|---|
|                       | Manhã         | “(…) é limpar-lhe a casa (…) trato de tudo em casa, as roupas sou eu que trato, vou buscar medicação (…) acompanho a consultas.” | Limpeza da casa, tratamento de roupa, medicação e acompanhamento a consultas. |
|                       | Meio-dia      |  |   |
|                       | Tarde         |  |   |
|                       | Noite         |  |   |

**Tabela 8** – Rotina de cuidados E6 (nora, 45, coabitação) e da idosa (79, dependência total: 6 pontos)

Tendo por base a Tabela 8 – rotina de cuidados E6 verifica-se que este cuidador procede essencialmente à limpeza da casa, acompanha o idoso e desloca-se à farmácia para comprar a medicação que o idoso necessita. As refeições são fornecidas pelo Serviço de Apoio Domiciliário.

## 2. Cuidados que o cuidador considera mais importantes

| Categoria                 | Entrevistado | Unidade de Registo  | Subcategoria |
|---------------------------|--------------|---|--------------|
| Cuidados mais importantes | E1           | “Medir os diabetes e dar a insulina, dar a quantidade certa, é uma grande responsabilidade.”              | Medicação    |
|                           | E5           | “Tudo é importante, mas encher o oxigénio e certificar que ela faz o tempo que o médico recomenda é muito |              |

Dificuldades sentidas pelos Cuidadores Informais de Pessoas Idosas

|  |    |  |             |
|--|----|--|-------------|
|  |    | importante.  |             |
|  | E2 | “(…) é dar-lhe de comer”,                          | Alimentação |
|  | E4 | “A alimentação.”                                   |             |
|  | E5 | E também ver se ela faz as refeições corretamente” |             |
|  | E2 | “tê-lo sempre limpinho,                            | Higiene     |
|  | E3 | “Principalmente a higiene.”                        |             |
|  | E2 | “Ah e a companhia.”                                | Companhia   |
|  | E6 | “É a companhia, é essencial para ela.”             |             |

**Tabela 9-** Cuidados mais importantes

Os cuidados mais importantes – Tabela 9, segundo a opinião dos cuidadores informais são a alimentação (3), a medicação e higiene (ambos mencionados por 2 cuidadores) e a companhia (1).

3. Maiores dificuldades percebidas pelo cuidador

| <b>Categoria</b>                | <b>Entrevistado</b> | <b>Unidade de registo</b>   | <b>Subcategoria</b>        |
|---------------------------------|---------------------|---|----------------------------|
| <b>Dificuldades do cuidador</b> | E1                  | “De noite mudá-la”  | Higiene                    |
|                                 | E3                  | “Higiene”   |                            |
|                                 | E2                  | “em estabilizá-lo e mantê-lo quieto. Quando o quero mudar para a cadeira para o sofá tenho de ir pedir a alguma vizinha para cá vir”. | Imobilização e mobilização |
|                                 | E3                  | “Saber lidar com  | Feitio do idoso            |

|  |    |  |  |
|--|----|--|--|
|  |    | ela”   |  |
|  | E4 | “é o estar aqui presa e sei lá estar sempre à espera do pior e sair (...) chegar e ela estar aflita, a minha cabeça não para com esses pensamentos”. | Preocupação e sentimento de impotência |
|  | E5 | “Nos cuidados com a minha mãe nenhum, mas ouvi-la a tossir e vê-la naquela aflição ai mexe muito comigo”   |  |
|  | E6 | “Para mim nada é difícil”  |  |

**Tabela 10** – Dificuldades do cuidador informal

*Grupo 4 - Momentos de mudanças significativas*

| <b>Categoria</b>               | <b>Entrevistado</b> | <b>Unidade de registo</b>  | <b>Subcategoria</b>            |
|--------------------------------|---------------------|--|--------------------------------|
| <b>Mudanças significativas</b> | E1                  | “(…) teve alturas que ela teve de ir para o hospital e ficava internada e depois voltava para casa... nessas alturas ficava triste”. | Agravamento do estado de saúde |
|                                | E2                  | “ele ter ficado assim dependente tão   |                                |

|  |    |   |                      |
|--|----|---|----------------------|
|  |    | depressa”.  |                      |
|  | E4 | “Quando a minha mãe foi para o hospital (...) porque teve um derrame cerebral”                                    |                      |
|  | E5 | “Teve momentos em que ela esteve internada. E é claro que nos sentimos mais tristes, sem saber o que fazer (...)” |                      |
|  | E2 | “(...) mas a agressividade que a doença lhe trouxe é o que mais nos eixa triste”.                                 | Agressividade        |
|  | E3 | “quando ela começou a precisar de usar fralda”  | Perda de capacidades |

**Tabela 11** – Mudanças significativas

Os cuidadores informais na sua maioria (4) apontaram o agravamento do estado de saúde do idoso como sendo a mudança significativa. Na maior parte dos casos em que o cuidador aponta o agravamento do estado de saúde como sendo a mudança significativa, o idoso a seu cuidado terá sido internado. Sendo que um cuidador aponta a rápida dependência do seu idoso como um agravamento do estado de saúde. A agressividade demonstrada pelo idoso (logo, mudança de comportamento habitual e reconhecido como sendo o dele) foi apontada por uma cuidadora. A perda de capacidades do idoso, nomeadamente o controle fisiológico é outra mudança significativa apontada por um cuidador.

*Grupo 5 - Impactos que o cuidar têm na vida do cuidador informal*

| <b>Categoria</b>                                     | <b>Subcategoria</b>        | <b>Unidade de registo</b>  | <b>Frequência</b> |
|--|----------------------------|--|-------------------|
| <b>Impactos que o cuidar têm na vida do cuidador</b> | Implicações na vida social | E1 “Não poder sair quando quero, antes ainda ia jogar umas cartas”.  | 3                 |
|  |                            | E2 “(...) foi não puder sair de casa quando tenho de sair”.  |                   |
|  |                            | E4 “Pois eu ia aqui ou acolá, ia a uma feira, se não tivesse bem ia dar uma volta e conversava com este e com aquele”. |                   |
|  | Subcarga física            | E1 “o cansaço em ter de estar a mudá-la da cama para o sofá (...) os meus braços já não podem como antes”.             | 3                 |
|  |                            | E2 “porque eu sozinha não consigo, ele é muito pesado, eu já não posso dos braços e das pernas”                        |                   |
|  |                            | E3 “E tem sempre o desgaste físico, embora uns dias mais que outros, mas o corpo acaba por se ressentir”.              |                   |
|  | Subcarga psicológica       | E2 “Olhe da cabeça, às vezes não ando  | 2                 |

|  |                                    |   |   |
|--|------------------------------------|---|---|
|  |                                    | nada bem (...)”   |   |
|  |                                    | E4 “tive e tenho uma depressão (...)”   |   |
|  | Implicações na vida familiar       | E3 “Sabe que tenho o compromisso de ir lá todos os dias para tratar dela e ainda tenho os meus dois filhos também para tratar”.                                     | 2 |
|  |                                    | E4 “Sabe estava a prejudicar a minha filha porque ela não dormia de noite”.   |   |
|  | Implicações nas atividades diárias | E5 “ (...) mas é o mudar a nossa rotina em função das necessidades dela.<br>Em vez de a prioridade ser fazer as minhas coisas a prioridade é fazer as coisas dela”. | 1 |

**Tabela 12** – Impactos que o cuidar tem na vida do cuidador

*Grupo 6 - Indicações quanto ao futuro*

**1. Necessidade que o cuidador sente na prestação de cuidados**

| <b>Categoria</b>                            | <b>Sim / Não</b> | <b>Unidade de registo</b>  |
|---|------------------|--|
| <b>que o cuidador sente na prestação de</b> | <b>Sim</b>       | E1 “Ter alguém que tomasse conta da minha mulher, alguma filha”.                                       |
|   |                  | E2 “Eu bem que precisava de uma pessoa que aqui estivesse para tomar conta dele, mas não há dinheiro”. |

|  |            |  |
|--|------------|--|
|  |            | E3 “Em arranjar tempo para conseguir estar lá a tratar dela da melhor maneira. Também ter paciência para lidar com ela porque ela não é uma pessoa fácil”.         |
|  | <b>Não</b> | E4 “ Não porque já tenho a ajuda do centro e das enfermeiras, eles tinham que vir porque sozinha não conseguia, assim sei que a minha mãe está a ser bem tratada”. |
|  |            | E5 “Não sinto necessidade nenhuma, por enquanto como lhe digo estou bem, quando achar que preciso de mais ajudas tenho de dizer e procurar” .                      |
|  |            | E6 “ Não sinto dificuldade nenhuma. Eu dou conta do recado. Já passei por tanto, não era isto que ia sentir dificuldade ou necessidade”.                           |

**Tabela 13** – Necessidades que o cuidador sente na prestação de cuidados

A partir da Tabela 13 pode perceber-se que metade dos entrevistados sente necessidades na prestação dos cuidados e a outra metade diz não sentir. As necessidades que se realçam são a possibilidade de ter alguém a prestar cuidados ao idoso, a possibilidade de ter mais tempo para a execução de todas as tarefas que incluem o ato de cuidar e ainda ter “paciência” para tratar do idoso pois este não é “uma pessoa fácil”. Um dos cuidadores (E4) que respondeu “não”, o idoso a quem presta cuidados encontra-se numa “dependência total (0)”. Poderia especular-se que este cuidador necessita-se de alguma ajuda tendo em conta a dependência do idoso a que presta cuidados. Quanto aos idosos a que os cuidadores E5 e E6 prestam cuidados, estes idosos, apresentam uma dependência total (6). No caso em que os cuidadores dizem necessitar de ajudas, o idoso ao cuidado de E3 apresenta uma “dependência moderada (3)” enquanto que os idosos de E1 e E2 apresentam uma “dependência total (0)”.

## 2. Apoios que poderiam facilitar e ajudar no ato de cuidar

| <b>Categoria</b>                                     | <b>Unidade de registo</b>                                  | <b>Subcategoria</b>       |
|--|--|---------------------------|
| <b>Apoios que poderiam facilitar o ato de cuidar</b> | E1 “Ter uma filha a tomar conta da minha mulher”.          | <b>Ajuda de terceiros</b> |
|  | E2 “Ah era ter aqui uma pessoa aqui para me ajudar (...)”. |                           |

|  |   |                          |
|--|---|--------------------------|
|  | E3 “Olhe alguém que fizesse companhia à minha avó durante o dia”.   |                          |
|  | E3 “alguma instituição, se existisse que cá viesse um pouco para estar com ela enquanto estou a trabalhar”.                 | Ajuda de uma instituição |
|  | E5 “uma coisa que eu gostava era de conseguir que a minha mãe fosse passar uma ou duas tardes ao centro de dia por semana”. |                          |

**Tabela 14** - Apoios que poderiam facilitar o ato de cuidar

Os cuidadores (E1, E2, E3, E5) apontam dois apoios que poderiam facilitar o ato de cuidar a saber: ajudas de terceiros e ajudas de uma instituição. O cuidador E1 refere a possibilidade de ajuda de uma filha, E2 gostara de ter disponibilidade económica para poder pagar a uma pessoa que a ajudasse nos cuidados e E3 refere eu gostaria que alguém fizesse companhia a sua avó. Pode ainda constatar-se a vontade de E3 que existisse uma instituição que pudesse fazer companhia ao idoso no domicílio, uma vez que este idoso não possui as características necessárias para integrar um centro de dia. O cuidador E5 demonstra vontade em o seu idoso frequentar o centro de dia, contudo o idoso não se sente à vontade para ir para o centro de dia por vergonha de necessitar de oxigénio.

## 7. Discussão e Conclusões

Avançou-se para este trabalho com várias interrogações, às quais se pensa ter conseguido responder. No caminho percorrido, deparou-se com dificuldades que se procuraram contornar. Assim pode salienta-se a dificuldade em conciliar-se as exigências do contexto de estágio e a necessidade de contatar com o público em estudo que inicialmente foi dificultado pela falta de oportunidades. Porém, tudo foi ultrapassado, sendo arranjado as melhores estratégias para se contornar dificuldades. Chegou-se, assim, ao fim de mais uma caminhada.

Pela análise dos dados obtidos e não perdendo de vista os objetivos traçados para esta investigação, considera-se que se atingiram os objetivos delineados.

No que diz respeito ao grau de parentesco do cuidador informal com o idoso observou-se que na maioria era filha” ou “cônjuge”.

A prestação dos cuidados informais, neste estudo, é da responsabilidade dos elementos da família. Este resultado vai ao encontro do que é dito por Neri e Carvalho (2002, *cit. in* Oliveira, 2009, p.5): “o cuidador informal é habitualmente um familiar ou alguém muito próximo do idoso, cuja identidade está intrinsecamente ligada à história pessoal e familiar, com base em contextos sociais e culturais”.

Quando o idoso é casado a tendência é que o cuidador seja o seu cônjuge, sendo o cuidador também idoso. Os descendentes assumem essa tarefa numa segunda opção.

Esta ideia é exposta nos resultados deste estudo e também comprovada por Figueiredo (2007, p. 109), ou por Sequeira (2010), que mais uma vez defendem que a responsabilidade pelo cuidado recai habitualmente sobre os familiares mais próximos, na sua maioria conjugues ou filhas.

Quanto à coabitação ou proximidade geográfica com o idoso, apurou-se que 53% destes vive na mesma casa enquanto 47% não partilha habitação com o idoso. Não se pode afirmar existir uma tendência entre uma ou outra situação. Há sim uma importância se proximidade geográfica. Santos (2008) afirma que os principais cuidadores são os próprios familiares que geralmente coabitam com o idoso dependente ou que moram bastante próximos.

Em conformidade com os dados apurados, pode dizer-se que da Categoria - *aceitação do papel de cuidado* – surgiram 5 subcategorias, destacando-se os laços familiares (6) e a necessidade de cuidados (3). Foram também apontados como motivos para ser cuidador informal a retribuição (2), fator económico (1) e recusa da institucionalização (1). Estes resultados apurados vão ao encontro do que é defendido pela revisão bibliográfica: “encarar o ato de cuidar como uma manifestação de carinho e de afeto; tomar consciência das necessidades que estão a ser atendidas e tomar consciência das necessidades que estão a ser atendidas” (Nolan, Grant e Keady, 1996,1998 *cit. in* Figueiredo, 2007). Na revisão bibliográfica é mencionado que as vantagens financeiras podem ser evidentes, nomeadamente à herança do idoso. Podendo existir contratos morais ou notariais que submetem o legado à condição de prestação dos cuidados, privilegiando entre os heróis, a pessoa que presta os cuidados (Figueiredo, 2007). Contudo, neste estudo os fatores económicos mencionados pelos cuidadores referem-se à falta e poder económico que os impede de contratarem uma terceira pessoa para cuidar do idoso.

Com a análise dos resultados alcançados, pode dizer-se que há impactos na vida dos participantes pelo facto de terem assumido o papel de cuidadores informais do familiar idoso. As implicações são a vários níveis, tendo ressaltado as implicações na vida social (3); sobrecarga física (3); sobrecarga psicológica (2); implicações na vida familiar (2) e por fim implicações nas atividades da vida diária (1). Estes resultados podem associar-se ao conceito de sobrecarga referenciado na parte teórica deste trabalho como “conjunto de problemas físicos, psicológicos e socioeconómicos que decorreram da tarefa de cuidar, suscetíveis de afetar diversos aspetos da vida do individuo, nomeadamente as relações familiares e sociais, a carreira profissional, a intimidade, a liberdade e o equilíbrio emocional” (Sousa, Figueiredo & Cerqueira, 2004 p.53).

Com base nas unidades de registo expostas, podemos dizer que existem entrevistados que não demonstraram a necessidade de outros apoios para desempenhar a sua tarefa de cuidador informal, porque ainda se sentem capazes de desempenhar tal tarefa. Mas verifica-se também, outra metade dos cuidadores entrevistados que sentem necessidades nomeadamente da existência de uma terceira pessoa para auxiliar o ato de cuidar e ainda a possibilidade de ter mais disponibilidade e paciência.

No estudo aqui exposto, encontramos também cuidadores que manifestam repercussões nas suas vidas, por estar a cuidar de um idoso, como é o caso da diminuição do tempo disponível, saúde física e mental afetada, restrições ao nível da vida social, cansaço físico ou dificuldades económicas. Os resultados obtidos relacionam-se com o defendido por Figueiredo (2007) no que diz respeito à sobrecarga ou *burden* que como referido na parte teórica deste trabalho, corresponde a uma resposta psicossocial face à situação de prestação de cuidados; ao conjunto de problemas físicos, psicológicos, emocionais, social e financeiros que podem ser experimentados pelo cuidador, e que têm como resultado, um decréscimo dos sentimentos de bem-estar e um aumento dos problemas de saúde.

A realização deste trabalho permitiu alcançar-se um maior conhecimento do mundo dos cuidadores informais de idosos.

Como foi apontado na revisão bibliográfica realizada, pode dizer-se que se está a viver uma época em que a humanidade se evidencia pelo desenvolvimento científico e tecnológico que promovem o aumento da esperança de vida.

Assim sendo, esta situação acarreta um novo desafio: o envelhecimento da população e, simultaneamente, espera-se que o seu envelhecimento não seja o início do “fim” mas, antes, se torne numa oportunidade de gozar a terceira idade de forma digna, num envelhecimento ativo, junto dos que lhe são mais queridos.

Nesta situação, o papel do cuidador informal representa um contributo fundamental para a manutenção dos idosos no domicílio e para a preservação de um envelhecimento o mais ativo possível, na medida em que é o cuidador que melhor sabe reconhecer o ciclo social e familiar do idoso, dando, assim, continuidade ao seu ciclo vital.

A elaboração deste estágio e Projeto de Graduação permitiu-me poder vislumbrar possíveis modos de contribuir para uma melhoria da situação dos cuidadores nas suas tarefas e conseqüentemente na sua vida em geral. Assim, seria interessante possibilitar a estes cuidadores uma ação de formação e/ou uma sessão de debate onde

pudessem ser abordados as mais comuns necessidades sentidas pelos cuidadores com a finalidade de se dar respostas a estas necessidades e serem estudadas e desenvolvidas possíveis formas de intervenção. Esta intervenção poderia ser efetuada por uma equipa multidisciplinar, onde o Serviço Social tem um papel fundamental pois detém ferramentas que permitem articular os vários profissionais de forma a responder da melhor forma possível às necessidades existentes.

Seria interessante, também que estes cuidadores procurassem alternativas inovadoras para conseguirem combater e ultrapassar as suas necessidades. Uma proposta que gostaria de deixar a estes cuidadores e até mesmo ao Centro Social de Santa Maria de Sardoura (CSSMS) seria a formação de um grupo de ajuda formado por cuidadores informais, com a finalidade de apoiarem e partilharem experiências, dúvidas e receios na possibilidade de se ajudarem mutuamente.

A realização deste projeto de graduação contribuiu para um enriquecimento a nível académico, profissional e pessoal, além da gratificação por conseguir alcançar os objetivos propostos.

## 8. Referências Bibliográficas

Almeida, H. (2012). Biologia do envelhecimento: uma introdução. In: Ribeiro, O. e Paúl, C. (Ed.) Manual de Gerontologia. Lisboa, Lidel Editora, pp. 21-38.

Alves, J. (2011). *Vidas de cuidado (s) uma análise sociológica do papel dos cuidadores informais- Coimbra*, Universidade de Coimbra.

Brito, L. (2002). *A saúde mental dos prestadores de cuidados a familiares idosos*. Coimbra, Quarteto.

Carvalho, M. (2013). Um Percurso Heurístico pelo Envelhecimento. In: Carvalho, M. (Ed.). *Serviço Social no Envelhecimento*. Lisboa, Pactor Editora, pp. 1-12.

Cattani, R. e Girardon-Perlini, N. (2004). Cuidar do idoso doente no domicílio na voz de cuidadores familiares. *Revista Eletrónica de Enfermagem*, 6 (2): 254-271.

Cunha, M.J.S. (2009). *Investigação Científica. Os passos da Investigação Científica no Âmbito das Ciências Sociais e Humanas*. Vila Real: Ousadias.

Direção Geral de Saúde (2006). *Programa Nacional Para a Saúde das Pessoas Idosas*. Lisboa: Autor – Divisão de Doenças Genéticas, Crónicas e Geriátricas.

Fernandes, P. (2002). *A Depressão no idoso*. Coimbra: Editora Quarteto.

Figueiredo, D. (2007). *Cuidados familiares ao idoso dependente*. Lisboa, Climepsi editores.

Gillham, B. (2007). Developing a Questionnaire. [Em Linha]. Disponível em <[https://books.google.pt/books?id=EpKvAwAAQBAJ&pg=PA10&dq=developing+a+questionnaire&hl=ptPT&sa=X&ei=XGciVb\\_FDYvrUo7ZgdAO&sqi=2&ved=0CCcQ6AEwAA#v=onepage&q=open&f=false](https://books.google.pt/books?id=EpKvAwAAQBAJ&pg=PA10&dq=developing+a+questionnaire&hl=ptPT&sa=X&ei=XGciVb_FDYvrUo7ZgdAO&sqi=2&ved=0CCcQ6AEwAA#v=onepage&q=open&f=false)>. [Consultado em 08/10/2015].

Imaginário, C. (2004). *O idoso dependente: - Em contexto familiar*. Coimbra, Formasau.

Katz, S., Ford, A. B., Moskowitz, R. W., Jackson, B. A., & Jaffe, M. W. (1963). Studies of illness in the aged. The index of ADL: A standardized measure of biological and psychosocial function. *Journal of the American Medical Association*, 185(12), 914-919.

Mclean, C. (2006). Questionnaire. [Em Linha]. Disponível em <<http://srmo.sagepub.com/view/thesagedictionaryofsocialresearchmethods/n168.xml>. > [Consultado em 09/10/2015].

Oliveira, A. (2009) *Cuidados Informais ao Idoso Dependente: motivos e gratificações*. (Dissertação de Mestrado em Gerontologia não publicada). Universidade de Aveiro, Aveiro.

Santos, D. (2008) *As Vivências do Cuidador Informal na Prestação de Cuidados ao Idoso Dependente: Um Estudo no Conselho da Lourinhã*. (Dissertação de Mestrado em Comunicação em Saúde não publicada). Universidade Aberta, Lisboa.

Sarmiento, E.; Pinto, P. e Monteiro, S. (2010) *Cuidar do Idoso, dificuldades dos familiares*. Coimbra: Formasau.

Sequeira, C. (2007) *Cuidar de Idosos Dependentes*. Coimbra: Quarteto.

Sequeira, C. (2010) *Cuidar de Idosos com Dependência Física e Mental*. Lisboa: Lidel Edições Técnicas Lda.

Sousa, L., Figueiredo, D. e Cerqueira, M. (2004). *Envelhecer em Família*. Porto, Âmbar.

Timko, T. (2009). Informal Caregivers' Perceptions of Social Support Provided by Parish Nurses. [Em Linha]. Disponível em

<<https://books.google.pt/books?id=jJ053gSj840C&pg=PA4&dq=informal+caregiver&hl=ptPT&sa=X&ei=5FUmVaLoA8vZU7phJAN&ved=0CB4Q6AEwAA#v=onepage&q=informal%20caregiver&f=false>>. [Consultado em 14/102015].

Zimmerman, G.I. (2000). – *Velhice: Aspetos biopsicossociais*. Porto Alegre, Artued.

## **9. Anexos**

## Anexo 1

### QUESTIONÁRIO

Nº de questionário: \_\_\_\_\_  
Residência: \_\_\_\_\_

Local de

#### I – CARACTERIZAÇÃO SOCIODEMOGRÁFICA

1. Idade: \_\_\_\_\_ 2. Sexo: a) Masculino  b) Feminino   
2.

#### 3. Habilitações literárias

- a) Analfabeto  b) Lê e escreve  c) 1º Ciclo do Ensino Básico ou Equivalente   
d) 2º Ciclo do Ensino Básico ou Equivalente  e) 3º Ciclo do Ensino Básico ou Equivalente   
f) Ensino Secundário ou Equivalente  f) Ensino Superior

#### 4. Profissão

- a) Atividade profissional anterior a ser cuidador informal: \_\_\_\_\_  
b) Atividade profissional atual: \_\_\_\_\_

#### 5. Estado Civil:

- a) Casado/a / União de facto  b) Divorciado/a / Separado/a   
c) Viúvo/a  d) Solteiro/a  e) Outra Situação

#### 6. Filhos

Tem filhos e/ou menores ao seu cuidado? Não  Sim   
Idades: \_\_\_\_\_

#### 7. Tipologia do Agregado Familiar:

- a) Família Alargada  b) Família Monoparental  c) Família Nuclear   
d) Família Reconstruída  f) Unitária  g) Outra

#### II – RELAÇÃO CUIDADOR/IDOSO

#### 8. Tipologia da relação cuidador/idoso

- a) Amigo/a  b) Familiar  grau de parentesco \_\_\_\_\_  
c) Vizinho  d) Outro  Qual? \_\_\_\_\_

#### 9. Localização residência do cuidador vs. residência do idoso

- a) Coabitação   
O idoso mudou para a residência do cuidador  O cuidador mudou para a residência do idoso

Outra  Qual? \_\_\_\_\_

- b) Casas diferentes, mas no mesmo edifício (ou geminadas)  c) Na mesma rua   
d) Na mesma freguesia  e) No mesmo concelho  f) Outra   
Qual? \_\_\_\_\_

**10. Tempo de prestação dos cuidados**

a) Início há  
Anos  \_\_\_\_\_ Meses   
\_\_\_\_\_ Semanas  \_\_\_\_\_

b) Vezes por semana  
\_\_\_\_\_ dias

c) Horas por dia  
\_\_\_\_\_

**11. Quais os cuidados que sente maior dificuldade em prestar?**

a) Limpeza da casa  b) Higiene pessoal do idoso  c) Preparação das refeições

d) Outras   
Quais? \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**12. Considera que o papel de cuidador interfere na sua vida? Se sim de que modo?**

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**13. A seu ver, que ajudas poderiam facilitar a sua tarefa no ato de cuidar?**

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**PARTE III. Sentimentos em relação ao ato de cuidar**

| Afirmação | Frequência que...   | 0<br>NUNCA | 1<br>RARAMENTE | 2<br>ALGUMAS VEZES | 3<br>QUASE SEMPRE | 4<br>SEMPRE |
|-----------|---|------------|----------------|--------------------|-------------------|-------------|
| 1         | Sinto que por causa do tempo dedicado ao cuidado do idoso não tenho tempo suficiente para mim.    |            |                |                    |                   |             |
| 2         | Sinto-me dividido entre os cuidados do idoso e as outras responsabilidades (familiares/trabalho). |            |                |                    |                   |             |
| 3         | Sinto-me alterado/irritado e/ou tenso quando estou na presença do seu familiar.                   |            |                |                    |                   |             |
| 4         | Sinto que o idoso atrapalha as minhas relações com outros membros da família ou amigos.           |            |                |                    |                   |             |
| 5         | Sinto que a minha saúde se deteriorou por causa de sua dedicação ao idoso.                        |            |                |                    |                   |             |
| 6         | Sinto que não tenho tanta privacidade quanto gostaria por causa do idoso.                         |            |                |                    |                   |             |
| 7         | Sinto que a minha vida social se deteriorou por causa do tempo que dedico ao idoso.               |            |                |                    |                   |             |
| 8         | Sinto que perdi de algum modo o controle da minha vida após iniciar os cuidados ao idoso.         |            |                |                    |                   |             |
| 9         | Sinto que não sei bem o que fazer pelo idoso.   |            |                |                    |                   |             |
| 10        | Sinto que deveria fazer mais pelo idoso.  |            |                |                    |                   |             |
| 11        | Sinto que poderia oferecer melhores cuidados ao idoso.  |            |                |                    |                   |             |
| 12        | Tenho medo do que o futuro possa reservar ao idoso.   |            |                |                    |                   |             |
| 13        | Acho que o idoso depende de mim.  |            |                |                    |                   |             |
| 14        | Acho que o idoso espera que cuide dele como se fosse a única pessoa com quem ele pôde contar.     |            |                |                    |                   |             |
| 15        | Penso que serei capaz de continuar a cuidar do idoso por muito tempo.                             |            |                |                    |                   |             |
| 16        | Considero que poderia cuidar melhor do idoso.   |            |                |                    |                   |             |
| 17        | Sinto-me sobrecarregado por estar a cuidar do idoso.  |            |                |                    |                   |             |

## **Anexo 2**

### **Guião da Entrevista**

#### *Necessidades sentidas do cuidador informal do utente de SAD*

#### **I. Parte**

1. Motivos de aceitação do papel de cuidador.

#### **II. Parte**

##### Rotina de cuidados

2. Rotina dos cuidados prestados pelo cuidador.
3. Cuidados considerados mais importantes.
4. Cuidados com maior dificuldade.

#### **III. Parte**

5. Momentos de mudanças significativos.

#### **IV. Parte**

6. Impactos que o ato de cuidar tem na vida do cuidador informal.

#### **V. Parte**

7. Necessidades sentidas na prestação de cuidados.
8. Apoios adicionais que poderiam facilitar o ato de cuidar.