

# Avaliação da Sobrecarga do Cuidador Informal, no Desempenho de suas Funções, à Pessoa Idosa Dependente, no Concelho de Santana

DISSERTAÇÃO DE MESTRADO

**Soraya Coelho Gonçalves Machado**

MESTRADO EM GERONTOLOGIA - ESPECIALIDADE EM GERONTOLOGIA SOCIAL



UNIVERSIDADE da MADEIRA

*A Nossa Universidade*

[www.uma.pt](http://www.uma.pt)

Setembro | 2012

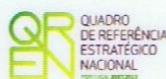
Os melhores RUMOS para os Cidadãos da Região



CENTRO DE CIÊNCIA E TECNOLOGIA DA MADEIRA



Programa Operacional de Valorização do Potencial Humano e Coesão Social da RAM



QUADRO DE REFERÊNCIA ESTRATÉGICO NACIONAL



REGIÃO AUTÓNOMA DA MADEIRA



REPÚBLICA PORTUGUESA



UNIÃO EUROPEIA  
Fundo Social Europeu



Soraya Coelho Gonçalves Machado

“ Avaliação da Sobrecarga do Cuidador informal no desempenho de suas funções à pessoa idosa dependente, no Concelho de Santana ”

Dissertação apresentada no Centro de Competências das Tecnologias da Saúde, da Universidade da Madeira (UMa), no âmbito do 1º Mestrado Interuniversitário em Gerontologia, na área de Especialidade em Gerontologia Social, para obtenção do Título de Mestre em Gerontologia

**Orientadora:**

Profª Doutora Isabel Fragoeiro

**Co-Orientadora:**

Profª Doutora Gorete Reis

**Região Autónoma da Madeira**

**2012**

---



---

## SIGLAS

ACS - Alto Comissariado da Saúde

AVD – Actividade de Vida Diária

AIVD - Actividades Instrumentais de Vida Diária

CADI – Carers Assessment of Difficulties Index (Índice de Avaliação das Dificuldades do Cuidador )

CAMI – Carers Assessment of Managing Index (Índice de Avaliação das Estratégias de *Coping* do Cuidador )

CASI – Carers Assessment of Satisfaction Index ( Índice de Satisfação do Cuidador )

CEPAL - Comisión Económica para América Latina y el Caribe

CIPE – Classificação Internacional da Prática de Enfermagem

DF – Distrito Federal

ESC – Escala de Sobrecarga do Cuidador

IA-SAÚDE – Instituto de Administração da Saúde

ICN – Internacional Council of Nurses

MS – Ministério da Saúde

OMS – Organização Mundial de Saúde

ONU – Organização das Nações Unidas

RAM – Região Autónoma da Madeira

SCML –Santa Casa da Misericórdia de Lisboa

SESARAM – Serviço de Saúde da Região Autónoma da Madeira

SRAS – Secretaria Regional de Assuntos Sociais

UE – União Europeia

WHO – World Health Organization

---

---

## ABREVIATURAS

DP - Desvio Padrão

M - Média

Max. - Máximo

Med. - Mediana

Min. - Mínimo

N - número total de itens

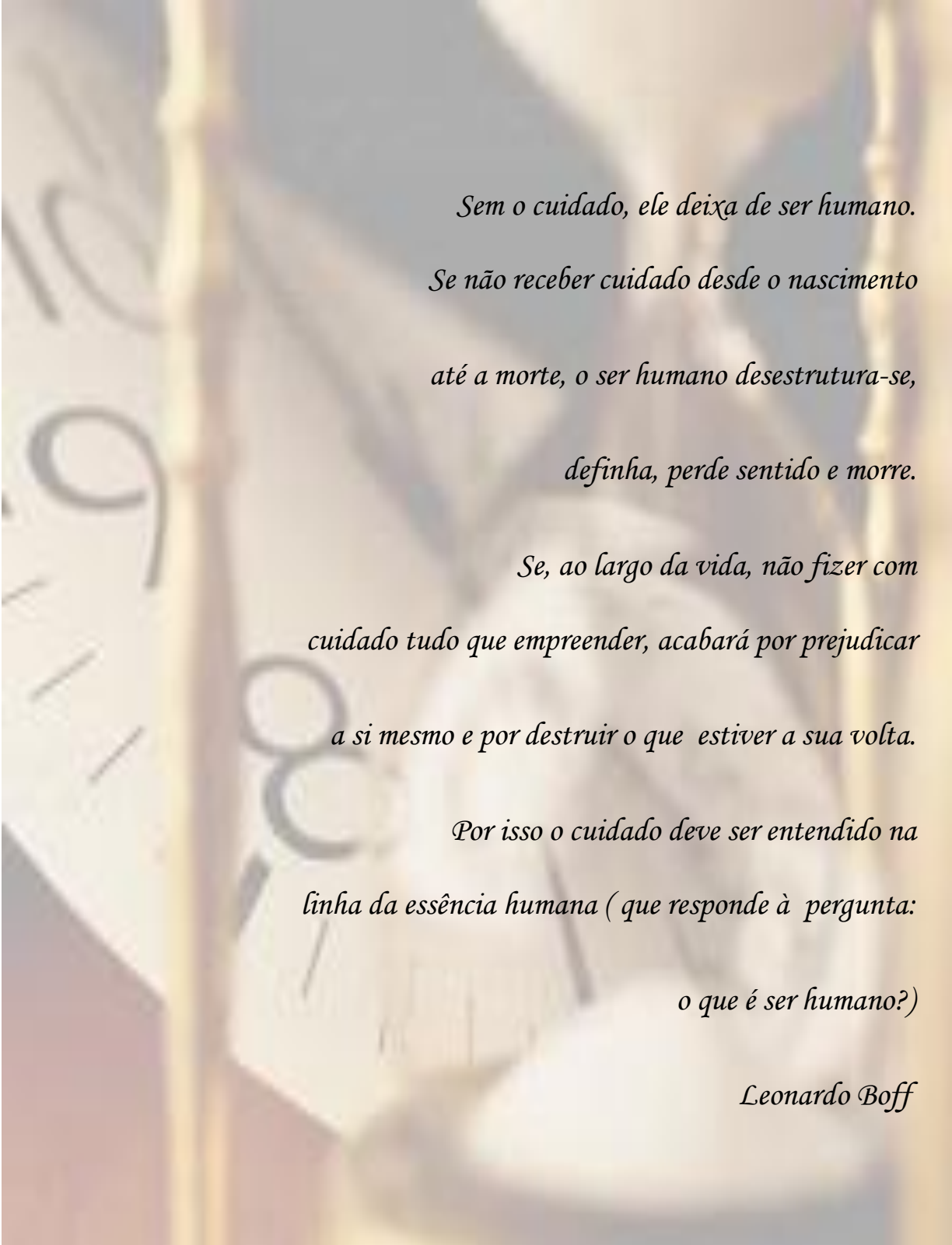
nº - número

p. - página

pp. - páginas

% - percentagem

---



*Sem o cuidado, ele deixa de ser humano.  
Se não receber cuidado desde o nascimento  
até a morte, o ser humano desestrutura-se,  
definha, perde sentido e morre.  
Se, ao largo da vida, não fizer com  
cuidado tudo que empreender, acabará por prejudicar  
a si mesmo e por destruir o que estiver a sua volta.  
Por isso o cuidado deve ser entendido na  
linha da essência humana ( que responde à pergunta:  
o que é ser humano?)*

*Leonardo Boff*



---

## Dedicatória

Dedico esse meu trabalho em primeiro lugar aos idosos e seus cuidadores informais, pois sem eles não teria conseguido chegar a este momento.

À meus pais, que mesmo longe fisicamente, mas perto do coração, sempre me incentivaram em todos os aspectos de minha vida e que me serviram de inspiração para a realização deste trabalho

Ao meu marido Marcelo Luiz, por ser a pessoa especial que é, sempre me apoiando em todos os momentos de minha vida pessoal e profissional, por ser o meu porto seguro, meu refúgio, o amor da minha vida.

Aos meus amados filhos, Bruna e Marcelo Victor que são meu porto de abrigo e como disse José Saramago *“Filho é um ser que nos emprestaram para um curso intensivo de como amar alguém além de nós mesmos; de como mudar nossos piores defeitos para darmos os melhores exemplos e, de aprendermos a ter coragem.”*

Aos meus queridos netos Maria Beatriz, Rafael, e Maria Júlia, que são as minhas estrelas, continuação de nossa história, aqueles que nos ajudam com sua pureza, olhar, carinho, sorriso e brincadeiras, a recarregar as energias do dia-a-dia, e ver que tudo na vida vale a pena.

Aos queridos filhos que a caminhada da vida nos deu, Pedro e Ana Beatriz, por serem as pessoas especiais que são em nossas vidas.

À minha amada família, tenho que agradecer-los por entender os momentos que não tive oportunidade de partilhar junto a eles devido ao compromisso nessa missão.

Às Prof<sup>as</sup> Helena Jardim e Ana Natividade pela disponibilidade em colaborar sempre.

Às Prof<sup>as</sup> Isabel Fragoeiro e Gorete Reis pelo apoio e compreensão incansável em todas as etapas deste trabalho, e que me deram a oportunidade de aprender durante os momentos de partilha um pouco de seus saberes.

---



---

## **Agradecimentos**

Aos idosos e seus cuidadores informais, que se disponibilizaram a colaborar para o cumprimento dos meus objetivos.

Ao Conselho de Administração do SESARAM, EPE, que juntamente à Direção de Enfermagem, à Direção de Agrupamento da Zona Leste, e às Enfermeiras Chefes dos Centros de Saúde onde desempenhava minhas funções, me permitiram realizar o presente estudo, nos Centros de Saúde do Concelho de Santana.

Ao Prof<sup>o</sup> Dr. Carlos Sequeira, da Escola Superior de Enfermagem do Porto por me permitir utilizar as escalas utilizadas no estudo e por ele validadas.

Aos Professores da Universidade da Madeira, especificamente, do Centro de Competência de Tecnologias da Saúde, que durante o Mestrado em Gerontologia colaboraram para o meu crescimento pessoal e profissional, ao passarem um pouco de seus conhecimentos, no decorrer do período.

Aos colegas, Enfermeiros dos Centros de Saúde do Concelho de Santana, que estiveram disponíveis a colaborar na árdua avaliação dos idosos dependentes e seus cuidadores informais.

Aos colegas do Mestrado, que conviveram durante esse período de muito trabalho, partilha e companheirismo.

A todas as outras pessoas que directa ou indirectamente estiveram presentes nesta caminhada.

---



---

**“ Avaliação da Sobrecarga do cuidador informal, no desempenho de suas funções, à pessoa idosa dependente, no Concelho de Santana – Ilha da Madeira ”**

Resumo

O processo de cuidar do idoso dependente é multidimensional e executado por cuidadores formais e informais. Sempre foi uma função designada à família onde havia divisão de tarefas entre os diversos membros,.

O objetivo do estudo foi avaliar a sobrecarga dos cuidadores informais no desempenho de suas funções à pessoa idosa dependente, no concelho de Santana; estimando o nível de dependência dos idosos e determinando a satisfação, as dificuldades, o  *coping*  e a sobrecarga dos cuidadores. A população acessível foi constituída por 69 cuidadores informais. O estudo foi, transversal, descritivo - correlacional.

O formulário inclui questões de caracterização sociodemográfica e escalas: de satisfação, de dificuldades em cuidar, e de estratégias de  *coping*  (Nolan  *et cols* ,1998), de percepção da sobrecarga do cuidador (adaptação de Zarit  *et cols* ,1983) validadas para Portugal (Sequeira 2007). Utilizou-se a Escala de Barthel (Mahoney; Barthel,1965) para determinar a dependência dos idosos.

Dos resultados realçamos: a maioria dos cuidadores é mulher, casada, com escolaridade até o 6º ano, baixo nível sócio económico sendo familiar do idoso cuidado. Dos cuidadores, 38% são-no entre um a quatro anos e 72,5% cuidam 12 horas/dia A etapa do ciclo vital familiar dos cuidadores é o fim da vida (76,8% ). Dos idosos cuidados, 68% era muito dependente. Dificuldades no cuidar incluíram: restrições sociais, exigências e reações ao cuidar e estratégias de  *coping*  mais limitadas. Os cuidadores tendiam sentir-se satisfeitos com o cuidado. Não sofrem sobrecarga 36,3 % mas, 63,7% refere-a ligeira e intensa. Nos homens realçou-se a intensa e nas mulheres a ausência de sobrecarga. Ela foi mais significativa entre os analfabetos, os que sentiam dificuldades, os mais carenciados economicamente e que não gozavam de férias. Evidencia-se a importância da intervenção junto aos cuidadores informais por parte da rede formal de apoio para prevenção da sobrecarga.

**Palavras Chave:** Cuidador informal; Idoso dependente; Sobrecarga do cuidador

---

---

**“Assessment of burden of informal caregivers, in performing its functions; dependent elderly person, in the municipality of Santana – Ilha da Madeira”**

**Abstract**

The process of caring for the elderly is dependent multidimensional and executed by formal and informal caregivers. It has always been a function called the family where there was a division of labor among the various members.

The aim of study objectives was to assess the burden of informal caregivers in performance their duties the dependent elderly person, in the municipality of Santana; estimating the level of dependency of the elderly and determining satisfaction, difficulties, coping and caregivers burden. The accessible population consisted of 69 caregivers. The study was cross-sectional, descriptive-correlational.

The form includes questions of sociodemographic and scales: satisfaction, difficulties in caring, and coping strategies (Nolan *et cols*, 1998), perception of caregiver burden (Zarit *et cols*, adapting, 1983) validated for Portugal (Sequeira, 2007), and Barthel (Mahoney & Barthel, 1965) to determine the dependence of the elderly..

Results highlight: most caregivers are female, married, with schooling until the 6th grade and low socio economic and family care of the elderly care. Of the caregivers, 38% are in- between one to four years and 72.5% care 12 hours / day. The stage of the life cycle of family caregivers is the end of life (76.8%). Of the elderly cared, 68% were very dependent. Difficulties included in care: social restrictions, requirements and reactions to caring for and coping strategies more limited. Caregivers tended to feel satisfied with the care. Do not suffer overload 36.3% but 63.7% refers to mild and severe. It is noted in men intense and women the absence of overload. She was more significant among the illiterate, those who felt difficulties, the most economically disadvantaged and who did not enjoy the holiday. This study highlights the importance of intervention with informal caregivers by the network formal support in preventing burden.

**Keywords:** Informal caregiver ; Elderly dependent; Burden of caregivers informal

---

## ÍNDICE

Introdução .....	25
<b>Parte I : ENQUADRAMENTO TEÓRICO</b>	
1 - Envelhecimento Populacional .....	33
2- Ser Cuidador de Idosos Dependentes .....	45
3- Implicações no Cuidador Informal de Idosos Dependentes: Sobrecarga.....	57
3.1- Necessidade de apoio ao cuidador informal pelos cuidadores formais: Intervenção dos Enfermeiros .....	67
<b>Parte II : ESTUDO EMPÍRICO</b>	
4- Metodologia.....	79
4.1 – Contextualização e caracterização do local do estudo .....	79
4.2 –População total do Concelho de Santana .....	80
4.3 - Objetivos do estudo.....	82
4.4 - População .....	83
4.5 - Tipo de estudo.....	85
4.6 – Variáveis em estudo .....	86
4.7- Instrumentos de recolha de dados.....	87
4.8- Procedimento de recolha de dados e considerações éticas.....	95
4.9 – Tratamento de dados.....	97
5- Apresentação, Análise de Dados e Discussão de Resultados .....	99
5.1- Variáveis relacionadas com a pessoa idosa dependente.....	100
5.2 –Caracterização sóciodemográfica do cuidador informal de idosos .....	106
5.3 – Influência da dependência dos idosos nos cuidadores informais .....	124
5.3.1 –Satisfação do cuidador no desempenho de suas funções ( CASI) .....	125
5.3.2 – Avaliação das dificuldades do cuidador (CADI).....	135
5.3.3 – Estratégias de coping do cuidador (CAMI).....	141
5.3.4 – Avaliação da sobrecarga percebida pelo cuidador informal ( ESC).....	146
<b>Parte III : CONCLUSÕES</b>	
6- Conclusões.....	179
Bibliografia .....	189

---

## ANEXOS

Anexo 1: Termo de Consentimento Informado e Esclarecido

Anexo 2: Autorização da utilização das escalas pelo Prof. Carlos Sequeira

Anexo 3: Aprovação do Conselho de Administração do SESARAM, EPE para a realização do estudo

Anexo 4: Escala de Barthel modificada

Anexo 5: Questionário de caracterização sóciodemográfica do prestador de cuidados

Anexo 6: Índice de satisfação do cuidador (CASI – *Carers Assessment of Satisfaction Index*)

Anexo 7: Índice de avaliação das dificuldades do cuidador (CADI – *Carers Assessment of Difficulties Index*)

Anexo 8: Índice de avaliação das estratégias de  *coping* do cuidador (CAMI – *Carers Assessment of Managing Index*)

Anexo 9: Escala de sobrecarga do cuidador (ESC)

Anexo 10: Classificação social de Graffard

Anexo 11: Etapas do ciclo vital familiar

---

## ÍNDICE DE GRÁFICOS E TABELAS

### GRÁFICOS

Gráfico 1: Esperança de vida à nascença (em anos), 1975-2050, Portugal .....	36
Gráfico 2 :Projeção da População residente com idade $\geq$ 65 anos em Portugal e na RAM (2000-2050).....	38
Gráfico 3: Pirâmide Etária da RAM.....	39
Gráfico 4: Envelhecimento Psicológico.....	41
Gráfico 5: Tipos de Envelhecimento Individual.....	42
Gráfico 6: População do Concelho de Santana por freguesia.....	80
Gráfico 7: População do Concelho de Santana com idade $\geq$ 65 anos por género e freguesia	81
Gráfico 8:: População do Concelho de Santana com idade $\geq$ 65 anos e população idosa dependente .....	82

### TABELAS

Tabela 1: Esperança média de vida à nascença segundo género, em Portugal, na RAM e UE	36
Tabela 2: Pontuação da escala de Barthel modificada .....	88
Tabela 3: Categorias e subcategorias do índice de satisfação(CASI) .....	90
Tabela 4: Factores do índice de avaliação de dificuldades (CADI) propostos por Nolan <i>et cols</i> .....	91
Tabela 5: Categorias propostas por Nolan <i>et cols</i> para as estratégias de <i>coping</i> (CAMI)....	92
Tabela 6: Categorias da escala de sobrecarga do cuidador (ESC) .....	94
Tabela 7: Distribuição dos idosos dependentes por faixa etária e género.....	100
Tabela 8: Coeficiente de <i>Alpha de Cronbach</i> para escala de Barthel modificada.....	101
Tabela 9: Níveis de dependência funcional dos idosos .....	102
Tabela 10: Níveis de dependência funcional dos idosos de acordo com o género .....	103
Tabela 11 Níveis de dependência funcional dos idosos de acordo com a idade.....	105
Tabela 12: Distribuição dos cuidadores informais segundo género e faixa etária.....	106
Tabela 13:Distribuição dos cuidadores informais por nível de escolaridade, nível sócio - económico e estado civil.....	108
Tabela 14:Variáveis de caracterização dos cuidadores informais.....	110
Tabela 15: Razões que levam os cuidadores informais a desempenhar a função.....	113
Tabela 16: Apoios recebidos. para desempenhar a função de cuidador informal .....	117
Tabela 17: Patologias e condições mórbidas que mais afetam os idosos dependentes.....	121
Tabela 18: Tipos de doença dos idosos e nível de dependência.....	124
Tabela 19: Coeficiente de <i>Alpha de Cronbach</i> da escala e dimensões CASI .....	126

Tabela 20: Fontes de satisfação dos cuidadores informais (CASI).....	129
Tabela 21 : Coeficientes de correlação obtidos na escala de satisfação e suas dimensões.....	132
Tabela 22: Satisfação do cuidador informal em cuidar com relação ao nível de dependência do idoso. ....	134
Tabela 23: Coeficiente de <i>Alpha de Cronbach</i> da escala e dimensões CADI .....	135
Tabela 24: Resultados das dificuldades do cuidador ( CADI) .....	137
Tabela 25: Coeficientes de correlação obtidos na escala das dificuldades (CADI) e suas dimensões .....	139
Tabela 26: Dificuldades dos cuidadores informais no cuidar em relação ao nível de dependência dos idosos .....	140
Tabela 27: Coeficiente de <i>Alpha de Cronbach</i> da escala e dimensões CAMI .....	141
Tabela 28: Resultados obtidos sobre as estratégias de <i>coping</i> face ao cuidar (CAMI).....	143
Tabela 29: Correlação entre as escalas de estratégias de <i>coping</i> e suas dimensões .....	144
Tabela 30: Estratégias de <i>coping</i> do cuidador informal em relação ao nível de dependência do idoso .....	145
Tabela 31: Coeficiente de <i>Alpha de Cronbach</i> da escala e dimensões ESC... ..	148
Tabela 32: Distribuição dos cuidadores informais pelos níveis de percepção da sobrecarga... ..	148
Tabela 33: Resultados obtidos na escala de sobrecarga do cuidador .....	150
Tabela 34: Sobrecarga percebida de acordo com a relação parental entre o cuidador e o idoso dependente .....	151
Tabela 35: Distribuição entre do nível de sobrecarga e o género do cuidador informal .....	152
Tabela 36: Distribuição entre a sobrecarga do cuidador e o nível de dependência do idoso....	153
Tabela 37: Sobrecarga percebida pelo cuidador informal em relação ao nível de dependência do idoso.....	154
Tabela 38: Correlação da sobrecarga dos cuidados e suas dimensões .....	156
Tabela 39: Relação da escala de dificuldades cuidador informal com a sobrecarga .....	157
Tabela 40: Relação da escala de <i>coping</i> do cuidador informal com a sobrecarga do cuidar... ..	158
Tabela 41: Relação entre a satisfação do cuidador informal no desempenho de suas funções e a sobrecarga percebida.....	160
Tabela 42: Relação da sobrecarga do cuidador informal com tempo que cuida do idoso.....	163
Tabela 43: Relação da sobrecarga do cuidador informal com nível socioeconómico.....	166
Tabela 44: Relação da sobrecarga do cuidador informal com seu nível de escolaridade.....	168
Tabela 45: Relação da sobrecarga do cuidador informal com a existência de remuneração... ..	171
Tabela 46: Relação da sobrecarga do cuidador informal com a existência de período de férias/descanso .....	173

## INTRODUÇÃO



## Introdução

O processo de envelhecimento e o aumento da expectativa de vida da população, acarreta aos sujeitos e sociedades mudanças que vão atingir diretamente as estruturas familiares, os serviços de saúde e a segurança social, nos quais precisam adaptar-se às necessidades desta população quer a nível físico, psicológico e social.

A Organização das Nações Unidas [ONU], realizou duas Assembleias Mundiais para discutir o envelhecimento, a primeira em 1982, em Viena e a segunda em 2002, em Madrid, onde foi analisada a situação da transição demográfica que já se evidenciava, com alteração na pirâmide etária, redução das taxas de natalidade e do aumento da esperança de vida. Da conjugação destes fatos e com o advento do Ano Internacional do Idoso (proclamado pela ONU, entre essas duas Assembleias<sup>1</sup>) em 1999, ficou claro que, os países membros deveriam preparar-se em todas as áreas de intervenção, para dar resposta às carências que poderiam surgir nos campos da saúde, segurança social, educação e na sociedade civil em geral. Medidas de tratamento das fragilidades e dependências e de reabilitação das incapacidades, são situações que acarretam muitos gastos, ao passo que as medidas preventivas têm por objetivo o envelhecimento saudável diminuindo os gastos económicos em tratamentos, sendo fulcrais na situação de crise económica que atinge atualmente diversos países.

---

<sup>1</sup> A Assembleia Geral da Organização Mundial das Nações Unidas, decidiu proclamar o ano de 1999, como o “Ano Internacional das Pessoas Idosas”, sob o lema “Por uma sociedade para todas as idades”, onde esta se baseará no respeito pelos direitos humanos, liberdades fundamentais, justiça social e participação cívica, designadamente, voltada para dar maior atenção a esse grupo populacional que particularmente encontrava-se em risco. O facto desta proclamação foi consequência da criação do Dia Mundial do Idoso – 1º de Outubro, no ano de 1998, com o objectivo primordial de elaborar metas para o reconhecimento do Envelhecimento demográfico que já surgia, buscando a criação entre todos os países membros de compromisso de atitudes e empreendimentos sociais, culturais e económicos, para o próximo século que já se avizinhava.

O presente estudo surgiu no âmbito do Mestrado em Gerontologia Social desenvolvido na Universidade da Madeira (UMa) pretendendo responder à questão: Qual o nível de sobrecarga dos cuidadores informais de idosos dependentes do Concelho de Santana. Efetuou-se um estudo transversal e correlacional com o objetivo de avaliar a sobrecarga do cuidador através do impacto do ato de cuidar no mesmo analisando satisfação, as dificuldades e as estratégias de *coping*. Através da avaliação destas variáveis poderemos ainda determinar a sobrecarga por eles percebida relacionada com a dependência dos idosos, que poderá variar de acordo com diversos fatores como: o tipo de relação entre o cuidador e o ser cuidado, com os apoios recebidos, o tempo durante o qual tem cuidado, das horas despendidas para o ato de cuidar, além de outros fatores que possam interferir direta ou indiretamente nesta sobrecarga.

O aumento do número de estudos realizados, sobre a temática do cuidador informal, nas últimas décadas tanto a nível nacional quanto a nível mundial, demonstra a grande relevância da respectiva investigação, pretendendo-se com o presente estudo, compreender qual a sobrecarga dos cuidadores informais a fim de adequar estratégias para o acompanhamento dos idosos dependentes e seus respectivos cuidadores informais em seu meio ambiente. A adoção de estratégias para cuidar adequadas poderá evitar o internamento em lares ou o abandono hospitalar que contribui para o aumento das altas problemáticas. Sublinha-se desta forma a importância do papel do cuidador informal de idosos dependentes, que muitas vezes existem, sem saberem da sua própria denominação e importância na rede de apoio.

De acordo com o Plano Gerontológico da RAM (2009) elaborado pela Secretaria Regional dos Assuntos Sociais, as principais evidências do cuidador informal, são:

“• A definição de cuidador informal começa a surgir no léxico científico na década de 90;

- A experiência de cuidador informal constitui uma sobrecarga física e emocional stressante;

- Os cuidadores informais são maioritariamente mulheres (88,3%), estando neste grupo incluídas idosas, com habilitações literárias baixas.

- Considera-se, atualmente importante a Rede Formal fornecer suporte à Rede Informal, tendo em vista que os idosos se mantenham no seu domicílio” (p.49).

Reconhece-se a importância do conceito de pessoa idosa elaborado pela Organização Mundial de Saúde [OMS], para os países em desenvolvimento e para os desenvolvidos, determinado cronologicamente pela idade igual ou superior a 60 anos e igual ou superior a 65 anos, respectivamente. O aumento da expectativa de vida, ocorrida no último século, com conseqüente aumento da população idosa mundial de acordo com a OMS, faz prever que em 2020, tenhamos em todo o mundo um bilhão de pessoas idosas, sendo a maioria nos países em desenvolvimento. Autores como Paschoal *et al* (2006), referem que a transição demográfica nos países desenvolvidos ocorreu de forma gradual e lenta, devido as melhorias das condições sócio-sanitárias e económicas advindas da revolução industrial. Nos países em desenvolvimento os benefícios e melhoramentos destas condições ocorreram de forma brusca e totalmente desorganizada.

As conseqüências para a saúde do envelhecimento, favorecem o aumento das doenças crónicas e degenerativas, invalidantes, que tornam o idoso dependente de terceiros, além de que muitas vezes o marginalizam e isolam da sociedade. Não podemos deixar de referir que estas situações, associadas ao avanço da idade cronológica, acarretam uma maior necessidade de recursos e apoios formais e informais na realização de suas

atividades básicas e instrumentais de vida diária de vida que são fundamentais na avaliação dos gerontes (Figueiredo, Lima & Sousa, 2009; Romão, Pereira *et cols*, 2008).

No aspecto da alteração demográfica, também observamos a modificação da estrutura familiar com a saída da mulher para o mercado de trabalho, bem como a diminuição do número de elementos nas famílias e o aumento das famílias chefiadas pela mulher, tornando cada vez mais importante e relevante o papel do cuidador informal. No entanto, sabemos que são ainda insuficientes as ações, especialmente do poder público, no sentido de facultar o apoio necessário a todos aqueles que são cuidadores informais.

A Gerontologia é multidisciplinar, pois reúne conceitos teóricos provenientes de diferentes disciplinas, em torno do seu objeto de estudo. É interdisciplinar em função da complexidade do fenómeno da velhice que exige não apenas a união de conhecimentos existentes em diversas disciplinas, mas também a construção de um novo corpo de conhecimento científico que orienta a sua prática. Assim, podemos dizer que a Gerontologia é uma disciplina transversal, porque ela não pode ser explicada sob a ótica de um ramo específico da ciência. Enquanto Enfermeira Especialista em Saúde Comunitária, desempenho a minha prática profissional de forma globalizante e centrada na comunidade, articulando as atividades assistenciais ao nível individual e coletivo. Com uma visão integradora, crítica e reflexiva, procuro identificar as dimensões, do ser humano e os determinantes da saúde a fim de atuar com senso de responsabilidade social e profissional. Esta perspectiva, implica um entendimento profundo das respostas do ser humano e os processos de saúde, nas diferentes etapas da vida, bem como sobre as dificuldades associadas, percebendo suas carências, sofrimentos, dúvidas e questões problemáticas sobre seu estado de saúde, problemas familiares, sociais e financeiros. Procuramos apoiá-los para que procurem e encontrem alternativas para minimizar e/ou solucionar os seus

problemas obtendo ganhos em saúde. Cremos ser relevante garantir a qualidade de vida e reconhecer a importância da transição do ato de cuidar do próprio para os outros, porque são complementares neste estudo.

No estudo efetuado abordamos à complexidade subjacente à transição do ato de cuidar que Sequeira, 2010<sup>2</sup>)., define como a passagem para a realização do papel do cuidador, como um procedimento complexo que compreende diversas variáveis que se apresentam de forma interativa (com influência mútua), e, naturalmente, variáveis a cargo do cuidador, da pessoa dependente e do âmbito em que se desenvolve a relação de prestação de cuidados. Cuidar de pessoas dependentes, pode acarretar situações de angústia, tristeza, preocupação, insegurança, falta de tempo para cuidar de si próprio, mudanças na rotina do sistema familiar, dificuldades económicas entre outras. Além destes aspectos negativos podem também ser detetados aspectos positivos como sejam a satisfação em poder ajudar o outro, verificar que a pessoa a ser cuidada está com suas necessidades satisfeitas, descobrir que tem capacidades de cuidar que jamais pensaria que tinha, antes de desempenhar esse papel e perceber também que para a pessoa dependente é melhor estar em seu próprio ambiente (Fernandes & Garcia, 2009; Gratão, 2010).

O Plano Gerontológico da Região Autónoma da Madeira [RAM], “ Viver mais, Viver melhor: 2009-2013”, elaborado pela Secretaria Regional dos Assuntos Sociais (SRAS), em consonância com as Políticas Internacionais, nomeadamente da OMS, Planos Nacionais e Regionais, prevê estratégias para contemplar o envelhecimento ativo com ações que visem a adoção de estilos de vida saudáveis e eliminação e/ou redução de comportamentos de risco; prevenção e recuperação de dependências com a reabilitação de capacidades funcionais; segurança do idoso através de ambientes facilitadores da autonomia e independência; capacitação e/ou formação específica, desenvolvendo parcerias com os profissionais de saúde, buscando desta forma colaborar com respostas

que darão apoio direto às pessoas idosas e seus cuidadores que assumem um papel primordial, principalmente quando são membros da família.

O presente estudo encontra-se dividido em três partes distintas. A primeira é referente ao *Enquadramento Teórico* onde abordamos o processo de transição demográfica, analisando a situação Mundial, de Portugal e especificamente na Ilha da Madeira, situando o Concelho de Santana e delineando o perfil de sua população idosa dependente de seus cuidadores informais. Nesta, abordamos ainda uma evolução histórica dos cuidados prestados aos idosos e os tipos de cuidadores que desempenham o ato de cuidar e suas repercussões, ou seja, a temática alvo do estudo.

A segunda parte, reporta-se ao *Estudo Empírico*, que começa com a metodologia do estudo, onde discriminamos os objetivos e o tipo do estudo, a população acessível e a amostra, os instrumentos de colheita de dados utilizados, os procedimentos para a recolha de dados, a apresentação dos resultados e a discussão destes.

A terceira e última parte apresenta as *Conclusões do Estudo*, evidenciando a percepção proveniente do desempenho de funções de cuidador no ato de cuidar, e as possíveis intervenções a serem traçadas para um maior apoio aos cuidadores informais e às pessoas idosas dependentes, bem como as sugestões.

## **PARTE I: ENQUADRAMENTO TEÓRICO**



## 1 – Envelhecimento populacional

O Envelhecimento é um processo natural, complexo e inerente aos seres vivos e tem como seu termo a morte. Berger & Mailloux-Poirier (1995), referiam que “O envelhecimento é um processo contínuo que leva ao estado de velhice...”(p.6), demonstrando desta forma que estes dois termos (envelhecimento e velhice) estavam associados. Podemos compreender o envelhecimento como um percurso iniciado na concepção e tornando-se evidente na velhice nas várias dimensões do ser humano idoso: físico, mental e social.

A Organização Pan-Americana de Saúde [OPAS] (2003), publicou o “*Guia clínica para atención primaria a las personas adultas mayores*”, referido pelo Ministério da Saúde do Brasil, no Caderno de Atenção Básica nº19 (2006), no qual descreve o envelhecimento como:

“Processo sequencial, individual, acumulativo, irreversível, não patológico, de deteriorização de um organismo maduro, próprio a todos os membros de uma espécie de maneira que o tempo o torne menos capaz de fazer frente ao stress do meio ambiente e, portanto aumente a sua possibilidade de morte” (p.8).

A consequência natural, a velhice, continua sendo uma das preocupações da humanidade desde o início da civilização, pelo fato das pessoas crerem que é um processo inalterável. O conhecimento que hoje se tem do processo de envelhecimento e da velhice evidencia o inverso. A World Health Organization [WHO] (2005), já referia que “homens e mulheres que se preparam para a velhice e se adaptam às mudanças fazem um melhor ajuste em sua vida depois dos 60 anos”(p.27). Assim, envelhecer não significa necessariamente, deixar de fazer atividades, mas adequar-se às suas limitações, garantindo uma vida ativa, saudável e com qualidade. A longevidade é considerada uma conquista, mas é preciso preparar a população para um envelhecimento ativo bem sucedido. No

mundo inteiro, o fato mais marcante para as sociedades é o processo de envelhecimento populacional, definido como a mudança na estrutura etária da população. Reconhecemos que poucos problemas merecem tanta atenção como o envelhecimento do ser humano e a incapacidade funcional muitas vezes associadas. Paschoal (2002), reconhece que apesar da maioria dos idosos não ser dependente, essa probabilidade aumenta com a idade, com o aparecimento de inúmeras patologias degenerativas de evolução prolongada, as quais originam, por vezes, dependência física, mental ou social, além de, consequências diretas para seus cuidadores (Fragoeiro,2008; Torres *et cols*,2009; Mendes *et al*, 2010; Reis, 2011). Nas etapas mais avançadas da vida diversos elementos da equipa multidisciplinar devem estar envolvidos no apoio ao idoso dependente, aos seus cuidadores e familiares. Paúl & Fonseca (2005,p.25), reforçam que devemos apercebermo-nos da visão pluridisciplinar do fenómeno, sendo este objeto de estudo de diversas ciências. É a abordagem múltipla que caracteriza a Gerontologia, com uma interpretação de diversos saberes conjuntos. Em Portugal, o envelhecimento, de acordo com o Instituto Nacional de Estatística [INE] (2003), tem seguido o mesmo caminho da União Europeia [UE] e do resto do mundo. Em 1996, o índice de Envelhecimento era de 86 idosos para cada 100 jovens, enquanto na União Europeia era de 91 idosos para cada 100 jovens. Segundo previsões do INE, a tendência atual do crescimento da população portuguesa, aponta para o decréscimo demográfico, à imagem do que acontece na generalidade dos países desenvolvidos da Europa e do Mundo. Podemos comprovar essa realidade com os dados preliminares do Censo de 2011 (INE) que apresentam informações referentes ao índice de envelhecimento, que no ano de 2001, era de 16%, aumentando para 19%, em 2011. A Região Autónoma da Madeira e a Região Autónoma dos Açores, são as regiões do país com menor índice de envelhecimento apresentando, 91 e 74 respectivamente, em contrapartida o Alentejo e o Centro, são as regiões com valores mais elevados (179 e 164

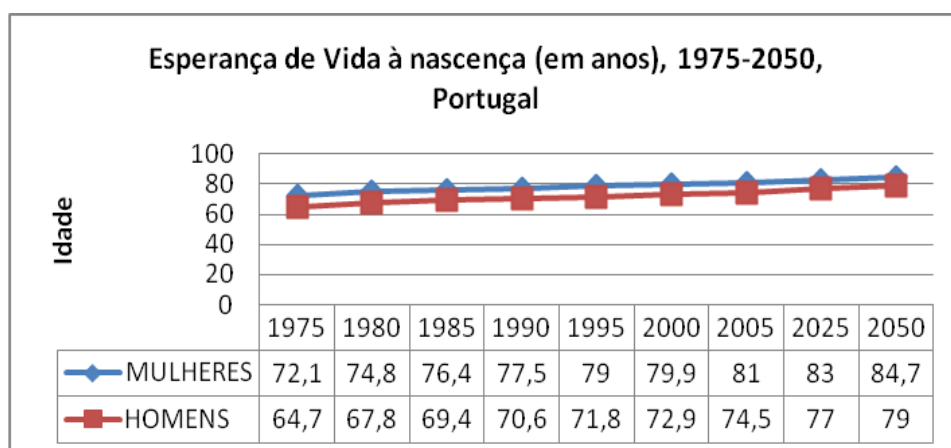
respectivamente). O Departamento de Prospectiva e Planeamento da Comissão Nacional para o Ano Internacional das Pessoas Idosas, através do documento elaborado por Conín (1999), já demonstrava preocupação com as alterações sociológicas ocorridas no seio da família e com as transformações sociais, económicas e culturais registadas nas duas últimas décadas na sociedade portuguesa as quais desencadearam novas formas de vivência familiar dos idosos (p.29). O mesmo documento refere que a União Europeia (UE-15) e o Japão apresentavam no final do século XX, as populações com maior nível de envelhecimento (p.39). Esta situação coloca questões preocupantes em vários níveis. Em Portugal, na segunda metade do século XX, a taxa de crescimento natural registou valores positivos, devido às melhorias nas condições socioeconómicas e de infraestrutura do país, com redução das taxas de mortalidade, das taxas de natalidade, a migração interna, evidenciando no entanto o respetivo decréscimo. Em Portugal, a semelhança do que ocorreu nos outros países desenvolvidos, a taxa de natalidade tem registado nas últimas décadas um acentuado decréscimo.

Por ser o índice de dependência total um indicador que demonstra a relação entre a população jovem (0-14 anos) com a idosa ( $\geq 65$  anos) por cada 100 indivíduos da população em idade ativa (15-64 anos), em 2001 situava-se em 48, e em 2011, passou para 52, de acordo com dados preliminares do Censo 2011(INE, p.19). De acordo com o mesmo documento, observa-se que houve um agravamento de 21% do índice de dependência total na última década.

A esperança de vida à nascença, entende-se como sendo o número médio de anos que se tem possibilidade de viver a partir do nascimento. Com os dados e previsões do INE (2003), podemos observar que:

A esperança média de vida à nascença tem vindo progressivamente a aumentar em Portugal, sendo superior nas mulheres. Em 1975, as mulheres podiam esperar viver, em média, 72 anos, e os homens 65 anos; em 2005, os valores ascendiam a 81 e 75 anos, respetivamente. Prevê-se que, em 2050 haja um ganho na esperança de vida de perto de 4 anos para as mulheres e de 4,5 anos para os homens, atingindo, cerca de 85 e 79 anos, respetivamente.

Gráfico 01: Esperança de vida à nascença ( em anos), 1975-2050, Portugal



Fonte: INE, Estimativas de População Residente em Portugal, INE, Projeções de População Residente, 2000-2050, Portugal (cenário base)

Tabela 01: Esperança média de vida à nascença, segundo género, em Portugal, na RAM, e UE.

Anos	1991		2001		2030*		2050*	
	H	M	H	M	H	M	H	M
RAM	67,29	76,82	68,53	77,50	76,52	82,74	78,76	84,52
PORTUGAL	70,57	77,6	73,89	80,37	77,49	83,46	78,97	84,69
UE	**	**	75,7	81,6	**	**	**	**

Fonte: Plano Gerontológico da RAM 2009-2013

De acordo com o Plano Gerontológico da RAM (2009):

“ relativamente às estimativas para 2001, na Madeira, a esperança média de vida à nascença é menor do que em Portugal e no Continente. Embora tenha aumentado,

ainda não atingiu as médias nacionais. Feita uma análise dos dados apresentados na tabela acima, verifica-se o seguinte:

- A esperança média de vida para as mulheres é sempre superior à dos homens, isto é válido para a EU, para Portugal e para a RAM;
- A RAM detém a maior diferença entre os géneros em 1991, isto é, 9,5 anos, tendo diminuído essa diferença para 9,0 em 2001, face à esperança de vida.
- A esperança média de vida aos 65 anos para o período de 2004-2006 foi em Portugal de 17,9 anos e para a RAM de 15,4 anos.

Comparativamente ao envelhecimento demográfico, a proporção da população mundial com 65 ou mais anos face à população total, regista uma tendência crescente, aumentando entre 1960 e 2000 de 5,3% para 6,9%, e segundo as projeções, terá um valor superior em 2050, 15,6% “ (p.31).2030

O Gabinete de Planeamento, Estratégia Avaliação e Relações Internacionais do Ministério das Finanças e da Administração Pública (2009), também relatam a ocorrência do fenómeno do envelhecimento:

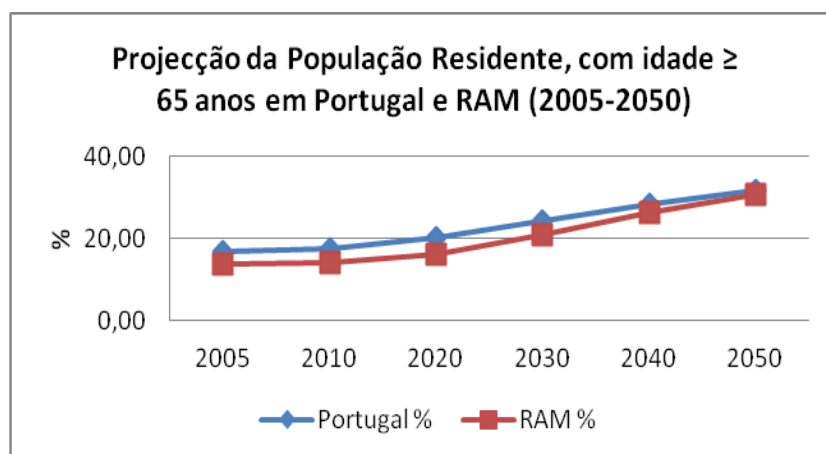
“implica desafios económicos, orçamentais e sociais para o conjunto de países que constituem a União Europeia [UE], elevando o crescimento da despesa e podendo colocar em risco a sustentabilidade de longo prazo das finanças públicas. De acordo com as projeções demográficas divulgadas pelo Eurostat em Abril de 2008, a alteração prevista da estrutura demográfica na UE implica um aumento significativo do rácio de dependência, projetando-se uma quase duplicação para o período de 2007 a 2060. O agravamento deste rácio deverá ocorrer entre 2015 e 2035, período em que a geração baby-boom atinge a idade legal de reforma” (Paulo & Cunha,p.3)

Apesar de todos os cenários apresentarem um aumento do índice de envelhecimento, passando de 102 idosos por cada 100 jovens em 2000, para 243 para cada 100 jovens, em 2030 no cenário base, este é particularmente acentuado no panorama de envelhecimento (resultado da associação de baixos níveis de fecundidade e de saldos migratórios nulos, com uma esperança de vida a aumentar até 2050), atingindo os 395 idosos por cada 100 jovens em 2050. Esta tendência só se conseguirá atenuar conjugando valores da fecundidade mais elevados com saldos migratórios positivos, como acontece no cenário de rejuvenescimento, que atinge os 190 idosos por cada 100 jovens em 2050, valor bastante mais reduzido do que o verificado no cenário anterior. No entanto, o aumento da fecundidade até níveis próximos de duas crianças por mulher, conjugado com o aumento

da longevidade e a manutenção de saldos migratórios positivos não será suficiente para reforçar a posição relativa dos jovens na população total, nem evitará a diminuição da população no horizonte temporal de 50 anos (Nazareth,2009).

Podemos observar no gráfico nº 02, a projeção da população residente, com idade  $\geq$  65 anos em Portugal e na RAM, no período entre 2005-2050, onde observamos valores muito próximos que atingem a igualdade em 2050.

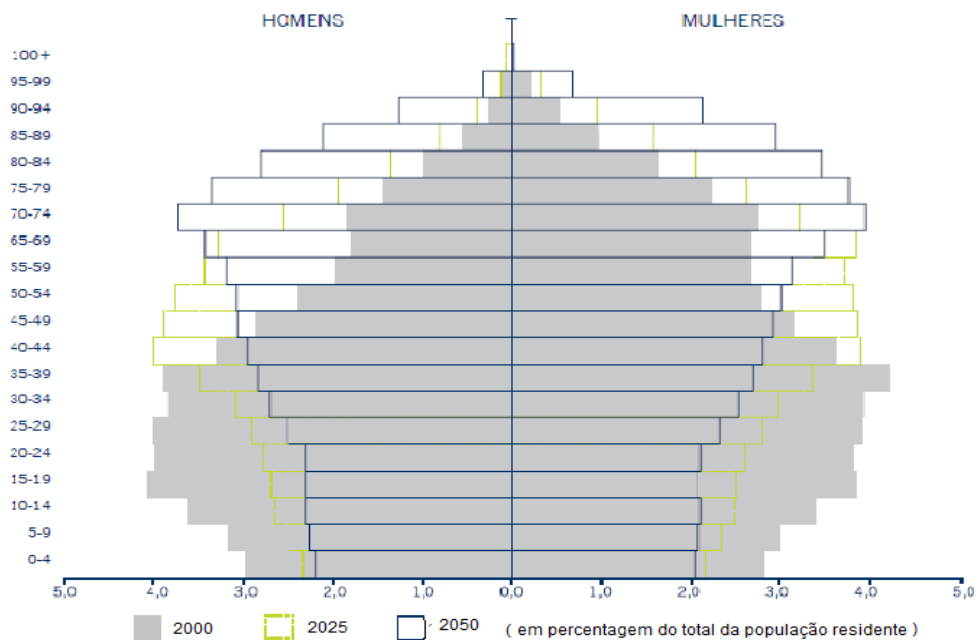
Gráfico 02: Projeção da População Residente, com idade  $\geq$  65 anos em Portugal e RAM (2005 - 2050)



Fonte: Plano Gerontológico da RAM 2009-2013

Apesar de a pirâmide etária da RAM (gráfico nº3), apresentar sua estrutura atual como sendo de uma população jovem, reconhecemos que as projeções, poderão ser alteradas, evoluindo para uma pirâmide com características de população envelhecida.

Gráfico 03: Pirâmide Etária da Região Autónoma da Madeira



Fonte: Plano Gerontológico da RAM 2009-2013 (p. 31)

A projeção da população idosa residente em Portugal comparada com a da RAM (Plano Gerontológico, p.35) indica que o envelhecimento populacional apresenta uma previsão para o ano de 2050, praticamente similar, ou seja, o envelhecimento da RAM acompanha o envelhecimento que acontece em Portugal.

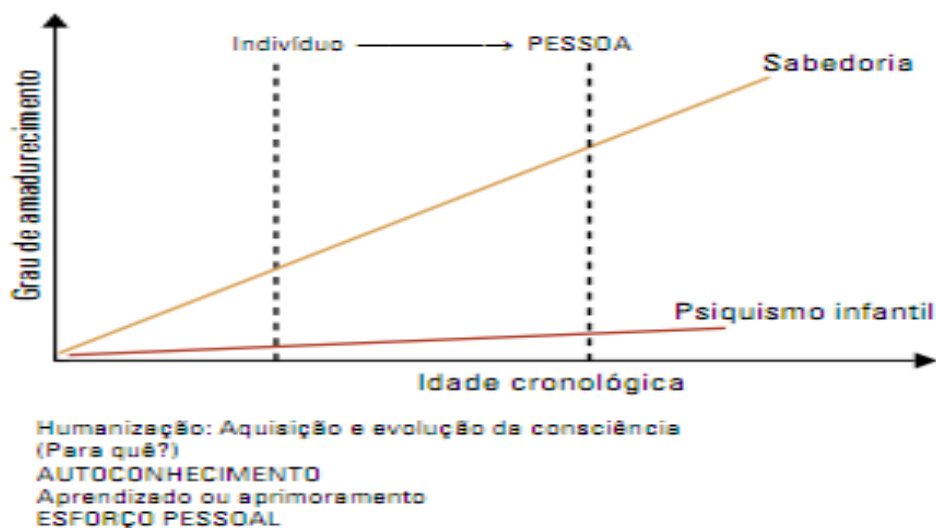
Não podemos deixar de referir que, ao analisarmos a pirâmide etária, observamos um dado importante que é a feminilização da velhice, que poderá estar associada a diversos factores como por exemplo a menor exposição a riscos, vivendo assim, as mulheres, por mais tempo. A longevidade do género feminino também mostra que, as mulheres estão mais sujeitas às limitações físicas e mentais do que os homens. Os anos vividos nem sempre correspondem a anos com qualidade de vida (Kalache,2004; Nogueira, Ribeiro *et cols.*,2010).

Moraes, Moraes & Lima (2010), neste aspecto já afirmam que “o autoconhecimento, o estudo da estrutura e dinâmica do psiquismo e a superação dos conflitos do quotidiano são indispensáveis para que se possa atingir a independência psíquica, condição indispensável para a sabedoria”(p.70). Particularmente, a caracterização do indivíduo como “velho” ocorre quando este começa a ter perdas de memória, dificuldade de aprendizagem e falhas de atenção, da orientação e concentração, comparativamente com suas capacidades cognitivas anteriores. Sabemos que durante o processo de envelhecimento normal, algumas capacidades cognitivas como a rapidez de aprendizagem e a memória diminuem natural e gradativamente com a idade, porém, essas perdas podem ser compensadas, fruto da experiência e dos recursos disponíveis, bem como dos ganhos em sabedoria (Caldas, 2003; Araújo, Paschoal *et cols* (2006), Paúl & Martins, 2010).

O declínio no funcionamento cognitivo é potenciado pelo desuso, doenças (como depressão), fatores comportamentais (como consumo de álcool e medicamentos), fatores psicológicos (por exemplo, falta de motivação, de confiança, baixa autoestima e suas expectativas sobre o futuro) e factores sociais (como a solidão e o isolamento), mais do que o envelhecimento em si (WHO, 2005). Argimon & Stein (2005), revelam que o envelhecimento em si não ocasiona mudanças significativas nas habilidades cognitivas: “os idosos, apesar da idade avançada, apresentaram um desenvolvimento de habilidades cognitivas cujo declínio é de intensidade leve, não sendo suficiente para acarretar mudanças significativas no seu padrão cognitivo” (p.71). Ressaltam ainda que, um dos aspectos que poderia atuar como fator de proteção do declínio cognitivo é a escolaridade, já que “os idosos que tinham mais escolaridade conservaram um melhor resultado no teste de atenção em muitas funções cognitivas examinadas, do que os com menor escolaridade”(p.70). Observa-se, também, que a senilidade não é um componente normal do

envelhecimento. Verificamos que os idosos não perdem a capacidade de raciocínio e a idade não leva ao declínio das funções intelectuais, mas a presença de patologias, está envolvida na maior parte dos problemas que interferem nas habilidades cognitivas dos idosos (outro conceito que demonstra que, a idade psicológica tem relação com o senso subjetivo de idade).

Gráfico nº 04: Envelhecimento psicológico



Fonte: Moraes, Moraes e Lima (2010, p.70)

Moraes, Moraes & Lima (2010), demonstram claramente no gráfico nº 05, que o envelhecimento individual depende do grau de fragilidade do organismo e do psiquismo. Pode ser dividido em quatro tipos:

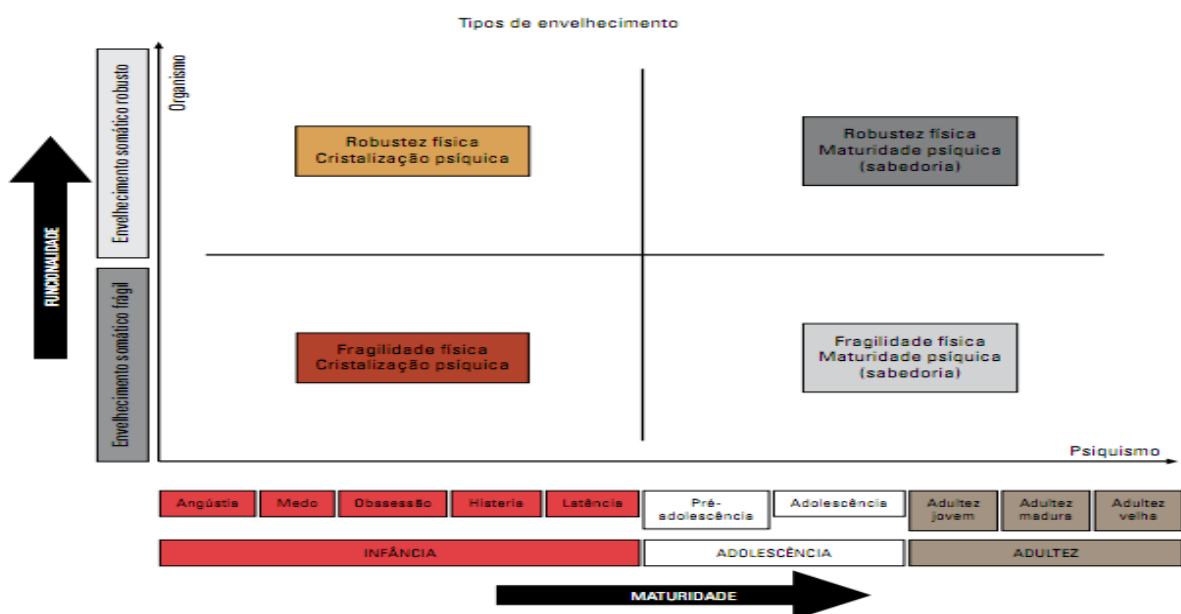
1º) Robustez física e cristalização psíquica: o envelhecimento somático não está associado a alguma perda física limitante, mas o indivíduo apresenta perturbação do seu psiquismo, que o impede de compreender o sentido da vida;

2º) Robustez física e maturidade psíquica: o envelhecimento somático não está associado a alguma perda física limitante e o psiquismo atinge a maturidade mental, a paz e a sabedoria;

3º) Fragilidade física e cristalização psíquica: o envelhecimento somático é patogénico, com limitações e/ou incapacidades físicas e o psiquismo encontra-se cristalizado na infância psíquica;

4º) Fragilidade física e maturidade psíquica: o envelhecimento somático é patogénico, com limitações e/ou incapacidades físicas. Contudo, o psiquismo do indivíduo evoluiu, conquistando a maturidade mental. O seu viver é pautado na aceitação da realidade e na tolerância à dor e seus estados de equilíbrio são cada vez mais flexíveis, pois seus dispositivos de segurança são cada vez mais eficazes na relação com o mundo. A felicidade pode ocorrer, caso as limitações físicas não sejam suficientemente graves para comprometer os mecanismos homeostáticos do organismo.

Gráfico nº 05: Tipos de Envelhecimento Individual



Fonte: Moraes, Moraes e Lima (2010, p.73)

Fonseca (2006, p.27), refere que devemos enfrentar o envelhecimento como algo próprio do desenvolvimento, porque nos permite olhá-lo como algo capaz de ser melhorado através de intervenções deliberadas e sistemáticas, além de possibilitar contrariar a tendência geral existente no sentido da desvalorização das pessoas idosas. Desta forma, esta etapa da vida poderá ser vista de uma forma positiva, de acordo com a história de vida da pessoa e de como esta percebe a velhice, e que está enraizada na sociedade em que vive. Assim podemos entender que não importa a quantidade de anos (idade cronológica) que o indivíduo tem, mas sim o que ele fez com os anos vividos e com a forma como é tratado enquanto idoso em sua comunidade. O idoso tem a sua identidade definida pela relação que estabelece com o outro. Simone de Beauvoir (1990) chama a atenção para essa relação “eu” e “outro”, profundamente chocante, estigmatizadora, mas criadora da identidade de velho:

“ É normal, uma vez que em nós, é o outro que é velho, que a revelação de nossa idade venha dos outros. Não consentimos isso de boa vontade. Uma pessoa fica sempre sobressaltada quando a chamam de velha pela primeira vez”.( p.353).

Sentir-se velho, pelo olhar dos outros, pode ser entendido tendo em vista o facto de que a velhice pertence à categoria que Sartre denominou “os irrealizáveis”. Sobre eles, explica Beauvoir (1990):

“Seu número é infinito, pois representam o inverso de nossa situação. O que somos para outrem é impossível vivê-lo no modo do para si. O irrealizável é o meu ser a distância que limita todas as minhas escolhas e constitui o seu avesso”( p. 357).

Envelhecer com qualidade de vida em nossa sociedade contemporânea, requer preparação para enfrentar os desafios existentes.

Fonseca (2006), refere ainda que não existe uma única forma de envelhecer com qualidade, sendo o factor individual determinante. Diversas pessoas podem ter percursos divergentes de envelhecimento mas podem ter satisfação com a vida semelhante alcançan-

do igual sucesso. Podemos concluir que existem diferenças quanto ao modo como o processo de envelhecimento decorre, quer de acordo com o contexto cultural, quer de pessoa para pessoa, considerando os determinantes para o seu bem-estar como as condições económicas, de saúde, de apoios das redes sociais, ou do grau de satisfação de necessidades psicológicas. O nível de saúde poderá estabelecer a primeira condição de um envelhecimento bem sucedido e de acordo com a CIPE (2011, p.73), verificamos sua definição como sendo ”um processo dinâmico de adaptar-se a, e de lidar com o ambiente, satisfazer as necessidades e alcançar o potencial máximo de bem-estar físico, mental, espiritual e social não meramente a ausência de doença ou de enfermidade”.

Quando esse processo não ocorre eficazmente, surge a doença que irá mobilizar as capacidades de *coping*, dos indivíduos para sua recuperação, evidenciando a busca de recursos devido ao problema que poderá levar a perda da autonomia, com mudanças no comportamento e desempenho das AVD`s (CIPE-2, 2011,p.46).

Com o envelhecimento populacional, a manutenção da capacidade funcional surgirá como um conceito em saúde, particularmente valioso no contexto de um novo modelo trazido pelo envelhecimento saudável ou bem-sucedido, resultante da integração multidimensional entre saúde física, mental, independência na vida diária e inclusão social. A capacidade funcional é descrita por Nogueira, Ribeiro *et cols* (2010), como sendo a condição de viver de forma autónoma e se relacionar com o meio, sua perda associa-se muitas vezes a maior risco de institucionalização e quedas, sendo considerada um factor de risco para a mortalidade (p.323). A autonomia de acordo com a CIPE-2 (p.41), é um aspecto que se encontra diretamente relacionada à manutenção da capacidade funcional e também é fundamental para a conservação da qualidade de vida. As mudanças que ocorrem no envelhecimento poderão interferir com a autonomia da pessoa idosa pondo em causa o seu autocontrolo e autogovernação.

## 2- Ser cuidador de idosos dependentes

O envelhecimento demográfico e as consequências advindas deste processo, como a prevalência das polipatologias podem levar a pessoa idosa a um estado de dependência de cuidados específicos de um membro da família, que poderá vir a transformar-se em seu cuidador informal. Neste aspecto torna-se importante clarificar o que é ser cuidador informal de um idoso dependente, dos motivos que o levam a realizar essa função e dos efeitos do desempenho dessa função na respectiva qualidade de vida.

No contexto mundial, a existência de um familiar que se responsabiliza pelos cuidados a um idoso dependente é ainda muito frequente (Almeida,2005; Marques, 2005; Orso,2008).

A precursora da Enfermagem, Florence Nightingale, já em suas “Notas sobre Enfermagem”, tinha como foco principal o doente, porém por estar a desempenhar o papel de cuidador a, de acompanhante dos soldados feridos, além de orientadora das cuidadoras que colaboravam na Guerra da Criméia (1853), Nightingale passou a registrar em seus documentos a realidade vivida por si própria e pelas demais cuidadoras, e algumas estratégias a serem utilizadas para minimizar essa situação stressante que viviam naquela época devido às condições insalubres para cuidar. Foi uma precursora do ato de cuidar com a visão futurista da importância desse papel para o ser cuidado. No estudo de Oliveira, Queirós & Guerra (2007), sobre “*O conceito de cuidador analisado numa perspectiva autopoietica: do caos à autopoiese*” realizado no âmbito do mestrado de Psicologia da Saúde, os autores apresentam uma análise da literatura mundial com o objetivo de conhecer o modo como o conceito do cuidador tem sido estudado e o que acerca dele tem sido produzido. Neste estudo concluem que o cuidador informal é concebido como o familiar ou amigo que é solicitado para assegurar a maior parte dos cuidados que o doente

requer quando retorna ao seu contexto familiar (Anderson, Linto, & Stewart-Wynne,1995; Elmtâhl, Malmberg, & Annerstedt,1996; Schulz & Quittner,1998; todos citados por Santos, 2004, p.182). Geralmente, uma única pessoa assume o principal compromisso de prestar assistência emocional, física e muitas vezes financeira à pessoa cuidada (Pimenta *et al* 2009; Cruz, Lechetta & Wachholz, 2009).

A escolha ou preferência do cuidador é um processo dinâmico onde coincidem e se concentram um conjunto de fatores como: obrigações de reciprocidade / reconhecimento, factores situacionais ou de compromisso (p. ex. entre filhos e pais), ser uma pessoa com afinidade que se encontra a viver mais próximo e até mesmo pessoas que por estarem passando por situações de fragilidade financeira, desempenham essa função na perspectiva de obter algum reconhecimento financeiro (p. ex. apoios sociais) (Marques, 2005; Torres *et cols*, 2009; Sequeira, 2010<sup>2</sup>).

Actualmente na sociedade, as famílias constituem-se no primeiro recurso utilizado para dar atendimento e acolher os seus membros idosos, principalmente nos casos que demandam cuidados prolongados decorrentes de processos mórbidos incapacitantes. Assim, elas são fonte primária de suporte social informal. Sublinha-se que o cuidado a idosos em família sofre influência de diversos factores, sendo alguns dos mais importantes a história de vida de seus membros, a cultura de origem e o contexto histórico e cultural em que vivem, a disponibilidade dos recursos pessoais e sociais de apoio. Da mesma forma, as relações familiares, as especificidades e heterogeneidades do momento e da situação de cuidar, o tipo e grau de necessidade de cuidado dos idosos, os arranjos familiares existentes e a qualidade de suas relações não podem ser ignorados, opiniões partilhadas por Caldas (2000), Caldas (2003) e Torres *et cols* (2009). Figueiredo (2007), refere que nesta questão, os motivos que levam a exercer o papel de cuidador a um idoso dependente “constituem um domínio complexo que envolve uma amálgama de razões,

marcado pelas tradições, pelos padrões e normas sociais vigentes em cada cultura, pela concepção de vida e história de cada indivíduo”(p.106).

Os cuidadores são pessoas que por motivos diversos (gratidão, amor, dedicação, obrigação) acabam assumindo o cuidado do familiar dependente. Como já referimos, muitos abrem mão de suas vidas para se dedicarem integralmente a esta nova função. Santos (2010), refere que “a emergência desses novos interesses deve-se à tomada de consciência sobre os efeitos adversos do crescimento do número de idosos e do aumento da longevidade num contexto de generalizada carência de recursos sociais e profissionais para atender a essas demandas”(p.7). Paschoal (2002), partilha dessa opinião quando afirma que apesar de a maioria dos idosos não ser dependente essa probabilidade irá aumentar proporcionalmente com o aumento da expectativa de vida e o surgimento de patologias crônico-degenerativas que poderão desencadear uma dependência física, mental e/ou social.

O ambiente familiar sempre foi declarado como o local fundamental para a promoção e manutenção da independência e saúde dos familiares idosos e como o principal meio prestador de cuidados aos indivíduos nesta fase da vida, quando as suas capacidades funcionais e autonomia diminuem ou até mesmo, a dependência já não é mais reversível.

O fato de um membro da família desencadear um processo de dependência altera a dinâmica familiar, pois a medida que a pessoa vai desenvolvendo a doença, há uma mudança de papéis nos membros da família. Trata-se de cônjuges, filhos e filhas, noras e genros, sobrinhos e netos, amigos, membros de entidades paroquiais e de serviços que se dispõem, sem uma formação profissional de saúde, a dar aos doentes sob sua responsabilidade os cuidados indispensáveis, tendo como maior arma sua disponibilidade e boa vontade (Netto, 2002). O impacto dos cuidados dedicados a idosos dependentes pode

ser no sistema familiar reconhecido como uma experiência emocional e fisicamente cansativa, podendo interferir na qualidade de vida dos cuidadores Torres *et cols* (2009).

Folkman e Lazarus (1991), citado por Martins (2004, p.263) definem as emoções como sendo : “... reações psicofisiológicas complexas e organizadas, que consistem em avaliações cognitivas, impulsos de ação e reações somáticas padronizadas... os três componentes operam como uma unidade e não como respostas separadas e o padrão dos componentes reflete a qualidade e a intensidade da emoção ”.

O papel do cuidador informal de idosos, é caracterizado em três tipos: O *cuidador primário ou principal*, *cuidador secundário* e o *cuidador terciário*. O *cuidador primário ou principal* que é o elemento em quem é confiado a responsabilidade pela prestação de cuidados, ou seja, tem o comprometimento absoluto de supervisionar, orientar, acompanhar e/ou zelar diretamente pela pessoa idosa que demanda de cuidados. Este é quem realiza a maioria dos cuidados. O *cuidador secundário* é alguma pessoa que coopera na prestação de cuidados ocasionalmente, mas não tem a responsabilidade de cuidar, ou seja, comumente são familiares que colaboram com o cuidador principal, em determinadas situações. Por fim, mas não menos importante, o *cuidador terciário* é um familiar, amigo ou vizinho que ajuda muito raramente ou apenas quando solicitado, geralmente em situações de emergência, mas não tem nenhuma responsabilidade pelo desenvolvimento do ato de cuidar do idoso dependente (Sequeira, 2010<sup>2</sup>, pp.157-158).

Santos (2010), afirma que no ambiente familiar é onde tudo se inicia, ou seja, onde os primeiros sinais e /ou sintomas de uma doença são percebidos, as primeiras atitudes são tomadas para que o processo terapêutico seja implementado o mais precocemente possível, além de ser avaliado e substituído quando necessário. No caso dos idosos dependentes, a autora complementa seu raciocínio referindo que “...o cuidador familiar é quem vai,

lentamente, substituindo o idoso no desempenho de seus papéis, ao mesmo tempo que vai descodificando seus distúrbios de comunicação e proporcionando suporte afetivo e emocional” (Santos, 2010, pp.33-34).

No entanto, o cuidador informal normalmente está inserido numa família, que não tem a mesma configuração e dinâmica para todos, sendo essa afirmação compartilhada por diversos autores. Cada um tem uma visão sobre a família podendo esta ser avaliada de acordo com a forma como vêm, por exemplo na vertente psicológica, sociológica, legal, biológica, sem contar que os próprios membros de uma família, quando questionados a definem muitas vezes de formas diferentes (Wright & Leahey,2002; Hanson, 2005; Vilaça *et cols*,2005; Carter & McGoldrick, 2008; Torres *et cols*, 2009; Figueiredo, 2012). Desta forma, podemos, com base nos diversos autores pesquisados admitir que as famílias, como intermediadoras privilegiadas para a constituição da vida psíquica e a transmissão geracional, atuam então em dois eixos, um horizontal que oferece o apoio necessário por meio de identificações com seus semelhantes e um eixo vertical que insere o indivíduo no momento histórico das várias gerações da família.

Qualquer que seja a visão predominante da família constata-se a importância de uma rede de apoio entre seus membros. Berger e Mailloux-Poirier (1995), afirmam que, as redes de suporte formais ou informais, visam a ajuda concreta às pessoas idosas (p.95), e neste sentido Imaginário (2008), reforça que a ausência de rede de apoio familiar e da determinação de um cuidador informal, estão diretamente associados ao aumento da institucionalização do idoso (p.73).

Não há dúvida que as redes de apoio são importantes para colaborar com o cuidador, zelando pelo seu cuidado, não permitindo que ele se sinta sozinho e incapaz perante o cuidado, proporcionando-lhe acesso a informação sobre a doença do idoso que

cuida, os meios para desempenhar de melhor forma o cuidado, e poder contar com alguém quando precisar afastar-se por algum motivo, evitando assim stresse e desalento do cuidador (Romão & Pereira, 2008; Torres *et cols*, 2009; Cruz, Loureiro *et cols*, 2010).

O papel de supressão e até de substituição entre a rede de cuidados formal e informal está reconhecida oficialmente na RAM através do Plano Gerontológico (2009, p.48), se recomenda que na assistência às pessoas mais velhas, especialmente aquelas que estão numa situação de dependência, participam numerosos agentes os quais se convencionou agrupar em: Rede Informal e Rede Formal. A Rede de Cuidados Informais de atenção integrada é constituída, em sentido amplo, pelos familiares, empregadas domésticas, amigos, vizinhos e/ou voluntários que apoiam a pessoa idosa nas suas necessidades, isto é, na realização das AVDs e Actividades Instrumentais de Vida Diária [AIVD]. Já a Rede de Cuidados Formais caracteriza-se por ser constituída por pessoal profissional e pela prestação de uma série de serviços que se encontram minimamente estruturados e padronizados, que se podem realizar no domicílio ou em centros especializados, e estão sob a alçada dos serviços públicos oficiais e privados. Têm um papel específico mas também complementar do prestado pela rede informal

A Rede Formal complementa e fortalece a Rede Informal. Quer a Rede de Cuidados Informais, quer a Rede de Cuidados Formais procuram que a pessoa idosa envelheça com o máximo de dignidade, potenciando a sua autonomia, prevenindo e compensando as dependências que o processo do envelhecimento acarreta (Argimon & Stein (2005).

Geralmente, o cuidador informal é uma pessoa que já realiza essa atividade, podendo ser realizada em um contexto de relacionamento que já ocorre, por conotar, em geral, uma expressão de amor e carinho por um membro da família, amigo ou simplesmente por uma pessoa conhecida que esteja a passar por alguma limitação. Os cuidadores

informais, colaboram com a pessoa que é parcial ou totalmente dependente no auxílio da realização das atividades do quotidiano, como: para vestir-se, alimentar-se, realizar os cuidados de higiene, administração de medicamento, preparação de alimentos, colaborar para a prevenção de sequelas de diversas patologias existentes e também tentar manter a pessoa o mais ativa possível, reduzindo os riscos de aumento do grau de dependência funcional. Também assegura as relações com o exterior da habitação nas atividades de carácter instrumental. Esta pessoa, também tem a função de ser um elo de ligação, colaborando com os cuidadores formais na manutenção do bem-estar e conforto deste idoso dependente (Hanson, 2005).

O cuidador informal que tem sua definição do inglês “*informal caregiving*”, é aquele que presta cuidados à pessoa idosa no domicílio, com ou sem vínculo familiar. Berger & Mailloux-Poirier (1995), define os cuidadores informais como sendo a rede natural de ajudam, onde os membros não tem todos a mesma influência. Lage (2005), em seu estudo “*Cuidados familiares a idosos*” publicado no livro *Envelhecer em Portugal* de Paúl & Fonseca (2005), tem por objetivo conhecer as características dos cuidadores no contexto do cuidado e avaliar a percepção da sobrecarga nestes cuidadores na comunidade, com um grupo constituído por 107 cuidadores, maioritariamente do género feminino (n=95). Conclui este estudo, mencionando que dentro da família, a prestação de cuidados não se partilha igualmente entre os seus membros. Em geral, a maioria dos cuidadores informais são do género feminino, esposas, filhas, sobrinhas e noras de idosos(as) dependentes, e, muitas cuidadoras, já apresentam uma idade avançada estando a viver a etapa da aposentação pelo que, têm muitas vezes disponibilidade de tempo para cumprir essa função. Outras vezes é preciso definir estratégias para o fazer, como por exemplo, nos casos em que a pessoa ainda desempenha funções laborais, e por isso necessita de apoios de outras pessoas, já que ainda acumula a função doméstica. Além disso, tendo também

idade avançadas começa a perceber, a partir desse momento que poderá futuramente, também necessitar de apoio de alguém e por isso tenta dedicar-se ao máximo procurando algumas vezes preparar e sensibilizar os demais familiares para ajudá-la no futuro (Imaginário, 2008; Schlosser & Crossetti, 2008; Araújo, Paúl & Martins, 2010).

O perfil dos cuidadores como referido por diversos autores como Brody, Litvne & Hoffman, 1994; Cancian & Stacey, 2000; Martin, Paúl & Roncon, 2000; Brito, 2002; Neno, 2004; Lage, 2004; Lage, 2005; Carvalho, 2007 e Imaginário, 2008, pode ser composto por pessoas de ambos os sexos, pertencentes à família ou não, mais ou menos saudáveis, física e mentalmente e que têm um idoso que carece de atenção particular em casa. São capazes de tomar conta de alguém pelo que se identificam com as atividades pertinentes, podendo até mesmo possuir algumas noções básicas sobre o cuidado do idoso e compreensão mínima do processo de envelhecimento humano, adquiridas através de formações realizadas pelos profissionais de saúde, ou por instituições reconhecidas na área. Lembra-se que o envelhecer é lento e gradativo, sem deixar de perceber os diversos graus de dependências que vão surgindo lentamente com a idade e muitas vezes são advindos desta e ou de patologias associadas. Tornar-se cuidador é sempre um processo idiossincrático que depende de muitos fatores, alguns personalizados pelo que cada um é único.

Santos (2010), quando aborda a pluralidade do cuidador familiar, refere que:

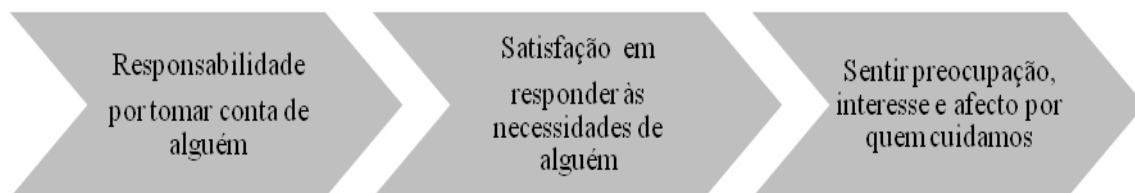
A construção do papel de cuidador de um adulto ou idoso ..., no contexto domiciliar ocorre à medida que a doença evolui e que os membros experienciam a implementação dos cuidados. Trata-se de um processo dinâmico e multifacetado que varia de acordo com as experiências pessoais e as práticas socioculturais vigentes em cada contexto, e que se refletem nas famílias (p.90).

Outras definições existem para cuidadores informais. Seguidamente pela relevância que o assunto assume no trabalho, Dominguez-Alcon (1998), define os cuidados informais como sendo:

“A assistência proporcionada pela família, amigos ou pelos vizinhos a pessoas com a necessidade de cuidados instrumentais, ou pessoal, nas actividades de vida quotidiana. Trata-se de uma fonte de cuidados não remunerados, para que as pessoas idosas em situação de fragilidade ou dependência... continuem a viver em seu lar, ou na comunidade e não sejam institucionalizados” (p.469).

A escolha do cuidador não costuma ser ao acaso e a opção pelos cuidados nem sempre é do cuidador informal, mas, muitas vezes, expressão de um desejo do paciente, ou da falta de outra opção, podendo, também, ocorrer de modo inesperado para um familiar que, ao sentir-se responsável, assume esse cuidado, mesmo não se reconhecendo como cuidador (Floriani, 2006). A convivência com uma pessoa dependente, exige uma série de aprendizagens diárias e adaptações. Em geral, não são apenas os cuidadores informais que não estão preparadas para cuidar deste idoso. Se formos analisar os recursos disponíveis na rede formal de apoio oferecida em nosso país, perceberemos que esta, também está tentando se estruturar à medida em que a problemática do envelhecimento se tem acentuado. O cuidado é uma representação de atitudes, de preocupação, de responsabilidade e de envolvimento. Realizar a tarefa de cuidar do idoso dependente no domicílio, provoca diferentes sentimentos que são vivenciados pelos cuidadores diariamente. Podemos aqui referir os casos das patologias cérebro-vasculares que apesar de não serem as principais causas de mortalidade, são causadoras de dependência, aumentando os efeitos negativos para as pessoas doentes e para quem as cuida concretamente com alterações na afetividade, sem contar com os aspectos financeiros advindos destas patologias com uma maior necessidade de recursos de apoio terapêutico. Desta feita, o cuidador e a família devem buscar estratégias de *coping* para lidar com essas

situações que, geralmente vão surgindo aos poucos com a adaptação e reajustamentos progressivos de acordo com a situação vivida e contribuem para a redução de factores stressores. Quando pensamos nas estratégias de *coping* familiar, existem especificidades de atuação, nas quais cada elemento influencia e é influenciado de acordo com o sistema e a dinâmica familiar, e na satisfação das necessidades humanas (Simonetti & Ferreira, 2008; Andrade, Costa & Caetano, 2009). Podemos a partir da análise que temos vindo a efetuar ao longo da revisão teórica destacar três dimensões fundamentais do ato de cuidar:



Cuidar é assim um ato de assistir alguém ou prestar um serviço quando este necessita. No estudo de Chaves (2012), sobre o “*Perfil do cuidador domiciliário de idosos*”, realizado em Porto Alegre (Brasil), com 43 cuidadores domiciliários de idosos, formais e informais, de Unidades Básicas de Saúde pertencentes ao Grupo Hospitalar Conceição, onde foram avaliadas variáveis como: o nível de escolaridade, idade, género, o grau de parentesco do cuidador com o idoso dependente, motivos que o levaram a desempenhar a função as atividades executadas pelo cuidador. Estas variáveis também foram trabalhadas em nosso estudo.

O autor cita Paulo Freire, apud Netto, (1996), que define o ato de cuidar:

“O cuidado deve ser construído em um processo de interação interpessoal, pressupondo, coparticipação de experiências e crescimento do esforço comum em conhecer a realidade que se busca mudar, não permitindo uma relação de dominação e manipulação do que cuida sobre o que é cuidado”(p.1).

Constatamos que cuidar é uma atividade complexa com dimensões éticas, psicológicas, sociais, demográficas e que também tem os seus aspectos clínicos, técnicos

e comunitários. Não podemos deixar de reforçar que este ato, nos remete para alguns princípios éticos fundamentais, como: o respeito aos direitos humanos, a atenção, a responsabilidade social, o respeito e a dignidade pelo ser cuidado, a preservação das capacidades de decisão, consideração pelos desejos, sentimentos e interesses da pessoa que cuidamos, estando inscrito no Código Deontológico do Enfermeiro, da Ordem dos Enfermeiros de Portugal (Nunes, Amaral & Gonçalves,2005).

O Dicionário da Língua Portuguesa, da Porto Editora (2010), define cuidar como “zelar por..., supor, aplicar a atenção a..., reflectir sobre...; considerar, trabalhar, fazer com cuidado, interessar-se por...,tratar de...” (p.251)

O desempenho do ato de cuidar de acordo com Sousa & Lima, in Figueiredo (2007, p. 19):

” ... da análise da definição deste termo se relaciona com actividades cognitivas que se prendem com o pensar e o imaginar. Apenas num segundo sentido é que cuidar está relacionado com ter cuidado, ter interesse por e tratar. Dar muito trabalho e inquietação aparece apenas como um dos últimos significados deste conceito”.

Evidenciou-se assim ao longo deste capítulo que são múltiplas as possibilidades de conceptualizarmos o ato de cuidar e também que quem se responsabiliza e assume a função de cuidador informal predispõe-se a ter que realizar mudanças importantes no curso de sua própria vida, cujas implicações podem ser variadas, algumas eventualmente mais positivas, outras porém mais negativas (Caldas, 2003; Figueiredo, 2007; Simonetti & Ferreira, 2008; Andrade *et cols*, 2009).

O cuidador informal é hoje um elemento fundamental e cada vez mais necessário no quotidiano das famílias que lidam com a pessoa idosa dependente. Qualquer que seja o tempo durante o qual exerce essa função ele é um elemento indispensável, com um elevado valor no suporte à prestação de cuidados da pessoa dependente no domicílio.

Justifica-se assim, o desenvolvimento de estudos sobre a pessoa idosa dependente que estabeleçam relação entre a sobrecarga e as consequências para o cuidador informal do ato de cuidar expondo-o a diferentes riscos implicando com alguma frequência sentimentos de cansaço, stresse e alterações emocionais, que poderão interferir em sua vida pessoal e profissional, suscitando desequilíbrios e doenças.

### 3- Implicações no cuidador informal do cuidar do idoso dependente: Sobrecarga

O cuidador informal enfrenta, diariamente, uma grande diversidade de tarefas, as quais são definidas pela doença e/ou incapacidade funcional do idoso. É importante esclarecer a definição do papel do cuidador domiciliário de idosos para que programas e políticas de intervenção na área da saúde e do bem estar social sejam realizados, em prol do bem-estar e melhor qualidade de vida do idoso dependente bem como daquele que assume a responsabilidade de o cuidar.

Cattani e Girardon-Perlini (2004, pp.3-4), em seu artigo, citando Ferreira, referem que:

“O cuidar apresenta-se como uma manifestação de afeto, pois, como diria o poeta, “quem ama cuida”, e a concepção popular de amar remete a essa forma de compromisso com o outro. Na língua portuguesa, cuidar denota “aplicar a atenção; o pensamento; ter cuidado com os outros e consigo mesmo; tratar de assistir, entre outros sinónimos “(Ferreira,1999, p.589).

Cuidar de um idoso dependente faz parte de um sistema dinâmico numa rede de relações que transforma seus componentes continuamente a partir de duas maneiras distintas. A primeira mudança estrutural ocorre entre o cuidador e a pessoa cuidada, por meio das experiências vividas e das novas aprendizagens. A segunda mudança estrutural, é a adaptação a nova situação a ser vivida pelos intervenientes. Além disso, o ato de cuidar, sob o ponto de vista do paradigma sistémico, é uma resultante na relação da pessoa do cuidador com a pessoa cuidada, portanto, não existe independente de experiência, mas sim na construção da relação diária. Figueiredo & Sousa (2008), no estudo realizado a 99 cuidadores familiares de idosos, composto por duas subamostras: 52 cuidadores de idosos com demência e 47 cuidadores de idosos sem demência, com o objetivo de avaliar a sobrecarga e a percepção do estado de saúde dos cuidadores de idosos com e sem demência com o tema, “*Percepção do estado de saúde e sobrecarga de cuidadores*

*familiares de idosos com e sem demência”*, relatava que a prática de cuidar de um familiar idoso dependente confere aos cuidadores informais inúmeras dificuldades, como a sobrecarga, depressão e o stresse o que confirma os estudos de diversos autores como Schulz & Williamson (1991), Dura, Kiecolt-Glaser & Stukenber (1991), Ory *et al* (1999) e Cluff & Binstock (2001).

O Conselho Internacional de Enfermagem [CIE] (2009), na revisão do livro “Notas de Enfermagem de Florence Nightingale”, refere que:

...os aspectos do cuidado denominava-se Actividades do Quotidiano (Petty management), tornou-se mais complicado nos dias atuais. O cuidador tem sempre a necessidade de uma boa medida de amor e compaixão... mas a complexidade dos relacionamento envolvidos, assim como a variedade de tratamentos e medicamentos disponíveis, pode deixá-lo frustrado... que não pode combinar o seu compromisso pessoal com uma abordagem organizada e sistemática de prover o cuidado (p.41).

Nos dias de hoje com as alterações demográficas ocorridas cuidar de um idoso, é uma vivência cada vez mais comum entre as famílias e que pode modificar as relações existentes traduzindo-se em experiências físicas e emocionais stressantes para os cuidadores informais e para a família. De acordo com Gineste & Pellistier (2007, p.283), “o cuidar Gerontológico não pode existir sem a parceria entre todas as pessoas suscetíveis de ajudarem aqueles de quem cuidamos a melhorar ou manter a sua saúde e, logo, o seu bem-estar e a sua qualidade de vida...”. Ainda de acordo com os mesmos autores, “o conforto do prestador de cuidados é muitas vezes indissociável do conforto da pessoa que ele cuida” (p.312). Paschoal (2002), compartilha dessa forma de pensar ao referir que o ato de cuidar de alguém, embora nobre, reveste-se de um risco aumentado da ocorrência de doenças, sejam estas físicas ou mentais, e é ao cuidador informal que são destinadas as maiores responsabilidades e possibilidades de risco (Creutzberg, 2000; Caldas, 2003; Santos, 2008).

O termo atitude, na linguagem comum, em geral está associada à postura física, à forma de estar e de se comportar, apesar de, dependendo do contexto em que se insere, estar associada à forma de pensar, postura mental, a propósito de uma forma de atuar. Este conceito tem origem latina que une dois termos: a palavra *actus*, que significa ato, ação e *aptitudo* que significa aptidão. Berger (1995, p.64), entende-o como sendo "uma disposição em relação a uma pessoa ou a um grupo de pessoas, ou um conjunto de juízos que conduz a um comportamento, que leva a agir".

Torna-se fundamental verificar como o cuidador informal e a família conseguem resolver seus problemas emocionais e relacionais e que estratégias de *coping* utilizam conforme os problemas vão surgindo, quando cuidam de idosos com dependência, a fim prevenirem a sobrecarga que esta situação pode causar. Martins (2004) associa a emoção advinda do cuidar como fator interveniente do mecanismo de *coping* afetando-o a reação emocional do desempenho das funções de cuidador .

Autores como Sequeira (2010<sup>2</sup>) e Figueiredo, M.H.(2012), em seus estudos evidenciam que não há exigência de uma preparação formal para se tornar cuidador de um familiar. Em geral a necessidade chega de forma repentina sem que o cuidador esteja preparado psicologicamente para viver esta situação o que poderá resultar em problemas pessoais e familiares. O ato de cuidar no início pode ser tranquilo, porém, com o passar do tempo, vai-se tornando simultaneamente um ato fácil de lidar, por serem conhecidas as rotinas e as necessidades do ser cuidado, e difícil pelos sentimentos opostos que suscita face ao agravamento da dependência do idoso e/ou a falta de apoios familiares. Verificamos assim que, o cuidador informal poderá necessitar de apoios para evitar as situações stressoras advindas desta situação (Yuasso, 2002; Wanderbrocke, 2002).

A resiliência é a capacidade de se adaptar, mudar, voltar atrás, de acordo com as situações e circunstâncias vividas. Muitos cuidadores evidenciam resiliência em função

das necessidades que o idoso dependente vai apresentando. Em geral, a resiliência revela-se mais nos cuidadores idosos que mantêm a sua auto estima apesar de algumas vezes apresentarem doenças crónicas e saberem as consequências desta na sua qualidade de vida (Braithwite, 2000; Martins *et al*, 2003).

A independência e a autonomia nas Actividades de Vida Diária [AVD], são fundamentais para o bem-estar do idoso, apesar deste poder apresentar algumas diminuições nas capacidades advindas da própria idade avançada, reportando assim para fatores importantes para o envelhecimento saudável. Podemos assim considerar, o papel do cuidador como sendo um reforço positivo, pois ao cuidarem sentem-se úteis para com os outros.

Os cuidadores informais de idosos dependentes em geral, reúnem essas sensações de autonomia, resiliência e independência para terem a capacidade de desempenhar as funções inerentes ao ato de cuidar.

A experiência de cuidar poderá comprometer a dinâmica familiar, pois o idoso dependente passa muitas vezes a ser o centro das atenções, o que implica alterações significativas, nomeadamente, no ambiente doméstico (Moreira, 2006; Pinto, Carranca & Brites, 2010). Muitas vezes poderá implicar modificações na própria habitação e a perda temporária ou permanente de emprego pelo cuidador. A unidade familiar sofre uma rutura da rotina de vida, privacidade e dos rendimentos. Ainda segundo Moreira (2006), os cuidadores sentem dificuldades na acessibilidade aos recursos socioeconómicos, falta de informação e ambiguidade na sua transmissão por parte dos profissionais de saúde. Quando as famílias são incapazes de se adaptarem pode existir um conflito de papéis, sentimentos e uma forma de isolamento que vão comprometer expressivamente os esforços de cooperação de quem desempenha o papel de cuidador (Sousa, Figueiredo & Cerqueira, 2006; Sequeira, 2007; Sousa, Relvas & Mendes, 2007). Assim, os cuidadores no

domicílio, podem atuar de forma anónima, sem perceber, que nos atos que praticam estão presentes também as dimensões afetiva e emocional. Poderão surgir também, sentimentos de ansiedade, desespero, cansaço, e desamparo que são frequentes em famílias de idosos que apresentem doenças crónicas, degenerativas ou graves (Brito, 2002; Lage, 2005; Argimon & Stein,2005).

O cuidador informal de idosos dependentes deve organizar suas tarefas de cuidado de modo a ter oportunidades de se auto cuidar. Muitas vezes, sem perceber o cuidador sofre de sobrecarga e esquece que é uma pessoa que também necessita de cuidados. Muitas questões podem surgir como por exemplo: *Porque tenho que cuidar de minha mãe / meu pai? O que devo fazer em determinada situação? Com quem posso contar na família para me ajudar? O que será que terei que fazer? Poderei contar com ajudas dos profissionais de saúde? Será que consigo cuidar de alguém com dependência independentemente de conhecê-la, por ser meu familiar? O que posso fazer se eu não conseguir ajudar? Será que com o passar do tempo, por estar a cuidar vou deixar de gostar dele(a) como gostava? Será que o desempenho dessas funções irá interferir no relacionamento familiar e social?*

Estas são algumas das questões que demonstram o impacto causado na vida destes cuidadores, pelas situações com as quais tem que aprender a lidar, o qual pode interferir na respetiva saúde, ainda que nem sempre o mesmo seja percebido de imediato.

Para Zimerman (2005), a palavra convivência que tem origem no latim: *cum* (com) e *vivere* (viver) e significa estimulação do pensar, dar, trocar, reformular e principalmente do aprender. É necessário que o cuidador perceba e valorize a importância da boa convivência entre ambos para que essa atitude de cuidar seja cada vez mais prazerosa, e

que não hajam perdas dos sentimentos entre o ser cuidado e o cuidador. Conviver é um aspecto basilar na relação cuidador - pessoa cuidada.

Berger (1995), já afirmava que:

“...nem tudo o que se liga à velhice é necessariamente nefasto ou desastroso. A saúde não desaparece automaticamente com a chegada da velhice, que não é sinónimo de doença ou *handicap* (...) . A velhice e a saúde são mais processos evolutivos do que estados" ( p. 123).

A abordagem aos cuidadores deve potenciar os mecanismos de *coping* desenvolvendo competências para o ato de cuidar, com a utilização de estratégias de minimização de complicações, demonstradas através de esforços cognitivos e comportamentais para lidar com as exigências do cuidar.

De acordo com a Classificação Internacional da Prática de Enfermagem 2 [CIPE 2] (Ordem dos Enfermeiros, 2011), *coping*, é uma atitude de gerir o stresse e ter uma sensação de controlo e maior conforto psicológico (p.46). Muitas vezes é difícil de conseguir que o cuidador do idoso dependente, consiga estabelecer uma estratégia de *coping* adequada, o que poderá comprometer a forma de cuidar e lidar com os problemas surgindo situações de sobrecarga.

Para Figueiredo & Sousa (2008), o termo sobrecarga (*burden*), é utilizado para descrever na literatura gerontológica os efeitos negativos percebidos pelo cuidador informal. Podemos citar por exemplo, o cansaço, redução de expectativas sociais devido à necessidade de dedicação mais intensa da pessoa dependente além das mudanças associadas ao próprio cuidador que passa pelo processo de envelhecimento e pela possibilidade de apresentar um estado de saúde muitas vezes parecido com aquele evidenciado por quem este cuida. As autoras ainda referem alguns estudos (Vitalino, Young & Russo, 1991; Kinney, 1996; Kinsella *et al*, 1998) que distinguem dois tipos de sobrecarga: a *objetiva* e a *subjativa*. A sobrecarga objetiva que é resultante da execução das tarefas de auxílio ao ser

cuidado e da supervisão dos seus comportamentos e das limitações que ocorrem na vida social e ocupacional dos familiares além do impacto financeiro advindo. A sobrecarga subjetiva abrange percepções e sentimentos dos cuidadores como as preocupações, sensação de “peso” e de incómodo pelo excesso das funções, que geram consequências psicológicas para quem cuida (pp.15-16). Esses momentos, muitas vezes solitários, fazem com que o cuidador e o idoso se lancem numa relação de busca, querendo refazer e reestabilizar uma vida quotidiana nos moldes anteriores, o que já não é mais possível pela carência e dependência do idoso.

Podemos ainda referir de acordo com Sequeira (2010<sup>1</sup>), em seu estudo com o tema “*Adaptação e validação da Escala de Sobrecarga do Cuidador de Zarit*”, realizado com o objetivo de validar para a população portuguesa um instrumento de medida para avaliar a sobrecarga, contou com a participação de 184 cuidadores de idosos com dependência física e mental (demência), que recorreram ao serviço de Psicogeriatria e a dois serviços de medicina no Porto, em 2007. A definição de sobrecarga, que se refere ao conjunto das consequências que ocorrem na sequência de um contacto próximo com um doente, neste caso um idoso dependente com/sem demência (p.10).

Diversos autores são unânimes em mencionar que os stressores são definidos como as circunstâncias controversas e as situações problemáticas vividas pelos cuidadores informais, como as necessidades e os impedimentos que ultrapassam sua própria capacidade de adaptação, podendo provocar efeitos negativos tanto no cuidador, quanto no ser cuidado (Yuasso, 2002; Cooke & Philpin, 2011).

O quotidiano do cuidado favorece o surgimento de uma miscelânea de sentimentos positivos e negativos no cuidador informal. Nalgumas situações podem produzir-se conflito entre ele e o idoso dependente, no entanto, noutras pessoas também podem surgir sentimentos de satisfação, de prazer e de retribuição ao cuidar de alguém por quem sintam

uma relação emocional positiva. Para essa pessoa o importante é perceber que faz tudo pelo bem estar daquele familiar que depende de si. Os mais idosos são muitas vezes acometidos por doenças que tornam o seu envelhecimento normal num processo patológico. Sofrem com algumas frequências as mudanças sensoriais significativas entre outras situações de morbidade que podem ocorrer. Ao longo do tempo, verificou-se uma diminuição da incidência de morte por doenças infecto-contagiosas, e em contrapartida, um aumento substancial das doenças crónicas e degenerativas, comuns das idades mais avançadas.

A adaptação do ambiente doméstico é necessária para que as ações realizadas sejam menos cansativas. Um ambiente com muitos obstáculos poderá pôr em risco e aumentar a instabilidade emocional do cuidador no que diz respeito à realização das rotinas diárias, como por exemplo, acompanhar o idoso, quando este ainda tem capacidade para se mobilizar entre os diversos aposentos da casa, transportá-lo com auxiliares de marcha e/ ou cadeiras de rodas, e até mesmo, quando o idoso dependente ainda deambula, estes obstáculos poderão transformar-se em pontos de risco de acidentes domésticos. A participação da família é fulcral para a minimização das dificuldades/obstáculos e reduzir o impacto do cansaço físico advindo dos cuidados de natureza mais instrumental.

A família em parceria com o cuidador informal, deve avaliar a organização do trabalho a realizar, sendo os profissionais de saúde apoios importantes no planeamento de actividades para os idosos e os cuidadores. Os prestadores de cuidados, deverão ser ajudados pelos profissionais de saúde, para lidarem com os sentimentos de culpa, tristeza, frustração, raiva, depressão e outros que surjam dessa responsabilidade assumida. Os profissionais que ajudam devem ter uma atitude compreensiva e respeitadora das particularidades biológicas, psicológicas, sociais, culturais e espirituais de cada pessoa (Martin, 2005; Mascarenhas, Barros & Carvalho, 2006).

As avaliações do cuidador, sobre a situação de cuidar e seus efeitos sobre a saúde física e mental, são resultantes da interação entre a exposição do cuidador aos stressores, a sua vulnerabilidade e os seus recursos psicológicos e sociais. Estes podem tornar-se progressivamente mais importantes devendo ser avaliados à medida que as necessidades do idoso dependente aumentam. O cuidado é uma demonstração de atitudes, de preocupação, de responsabilidade e de envolvimento. No caso do cuidador de idosos, espera-se que exista alguém capaz de desenvolver ações de cooperação quando por si só, não consegue satisfazer as suas necessidades, nem assumir a concretização das ABVD ou das AIVD. Desempenhar a tarefa de cuidar do idoso no domicílio, pode provocar diferentes sentimentos que persistem quotidianamente. São exemplo sentimentos de insatisfação por parte do cuidador com a manifestação do seu descontentamento, as preocupações com o bem-estar do idoso dependente e de sua própria saúde, angústias e medos, a falta de paciência, entre outros, que induzem situações de conflito entre ele e o familiar.

O stress pode ser funcional, denominado *eustresse*, levando à aprendizagem e ao aumento da capacidade para enfrentar as situações. O *eustresse* permite mobilizar energias e gerar alguma motivação, pelo que o cuidador sente prazer e conforto envolvendo-se nas actividades desenvolvidas apesar do desgaste que podem provocar.

Quando o stress é considerado uma ameaça, na antecipação de um acontecimento difícil ou quando a situação já decorreu, surge o *distresse* manifestado por sofrimento, frustração, insatisfação e ansiedade. Inibindo e desorganizando o indivíduo, o *distresse* pode ocasionar uma privação do relacionamento harmonioso com o meio onde são prestados os cuidados. O cuidador sente-se então tenso, desanimado, pressionado e incapaz de realizar as actividades, sem saber como lidar com a situação (Moreira, 2006; Fernandes & Garcia, 2009; Cruz, Loureiro *et cols*, 2010).

De acordo com Neri (2011, pp.29-37), existem algumas definições que são importantes para entendermos como as pessoas reagem às situações, como sejam *o self*, *o auto conceito*, *a auto estima*, *a auto eficácia percebida*, *o controlo percebido*. O *Self* é um processo de construção social, aprimorado de estruturas que regulam o comportamento aos mundos interno e externo, para construção social; o *Auto Conceito* é sinónimo de autodefinição, auto descrição que tem função adaptativa e reguladora. É uma dimensão da pessoa que contém traços e memórias, a informação necessária para a manutenção da estabilidade e adaptação; a *Auto Estima* associa-se à própria valorização das competências pessoais e da família, e aos domínios da vida e do trabalho; a *Auto Eficácia Percebida* é como a pessoa acredita que tem competências para executar uma tarefa; o *Controlo Percebido* é a capacidade de tornar as pessoas vulneráveis ou resistentes. Assim podemos observar que cada pessoa de acordo com sua história de vida, personalidade, crenças e atitudes, poderá utilizar de uma forma ou de outra, mecanismos de defesa e bem estar, valorizando assim a qualidade de vida própria de quem ele cuida, tendo consciência dos aspectos naturais do processo de envelhecer, com suas perdas, riscos e aprendizagem diários.

Figueiredo, Lima & Sousa (2009), em seu artigo sobre “*Os “pacientes esquecidos”*: satisfação com a vida e percepção de saúde em cuidadores familiares de idosos”, já referem que a figura do cuidador é crucial na prestação de cuidados ao idoso mas que esta atividade poderá, caso não tenha apoios, comprometer a sua saúde e tornar o cuidador também um paciente do sistema de saúde (p.99). A qualidade de vida do cuidador, poderá também ficar comprometida com repercussões, que alteram a dinâmica de funcionamento familiar e pessoal (Vilaça *et al*, 2005; Pimenta *et al* , 2009). Os mecanismos de *coping* são adaptados por cada cuidador podendo moderar uma situação de crise. Alteram-se de

acordo com as variáveis psicossociais presentes as quais se interligam no decurso de um processo complexo e multifactorial – o do cuidar de uma pessoa idosa dependente.

O cuidar não apresenta apenas vertentes negativas, alguns aspectos podem traduzir satisfação, gratidão, reconhecimento, retribuição, orgulho por desempenhar a função, que muitas vezes poderá estar associada a relação afetiva que o cuidador informal tem com o idoso dependente. A existência de recompensas reverte positivamente para a melhoria na prestação de cuidados, traduzindo-se no bem-estar do idoso, que advém do reconhecimento por parte dos demais membros da família do trabalho realizado, da colaboração por parte do idoso na execução de alguma AVD, e da presença de apoios e reconhecimento por parte dos cuidadores formais. Essas recompensas são muitas vezes reconhecidas como estratégia de *coping* e “pesam”, na avaliação que é feita pelo cuidador da qualidade dos cuidados facultados à pessoa idosa e de seu próprio desempenho (Paúl & Fonseca, 2001).

### **3.1 - Necessidade de apoio ao cuidador informal pelos cuidadores formais: Intervenção dos Enfermeiros.**

Reconhecemos que o envelhecimento humano faz parte do ciclo vital e não é um processo patológico. Com o avançar da idade diversas mudanças ocorrem e a progressiva limitação pode acometer o idoso. Apesar disso devemos construir uma nova maneira de entender esse processo e desta forma uma nova forma de viver e conviver com ele, transformando preconceitos culturais em entendimento e esclarecimento, onde o Enfermeiro tem o papel de educador em saúde, fornecendo informações necessárias para o idoso, a família, os cuidadores informais e a comunidade (SRS-EPE,2006; Romão & Pereira, 2008; Ribeiro & Paúl, 2011; Stanhope & Lancaster,2011)

Considerando a escassez de preparação adequada para viver a situação de cuidar de um familiar com dependência, as famílias terão habilidades e formação limitadas para assistirem às necessidades específicas de cuidado, o que poderá torna-las menos capazes de exercer esse papel, observando-se que os mecanismos de *coping* nem sempre são suficientes para lidarem da forma mais adequada com as situações e dificuldades com que se confrontam (Brito, 2002; Fernandes & Garcia, 2009; Rondini, Justo *et cols*, 2011). A solicitação por instituições de longa permanência tende a aumentar. Estes aspectos fazem-nos considerar a importância de novas formas de atenção e cuidado a serem facultados aos idosos, porque as necessidades ultrapassam, muitas vezes, as capacidades familiares (Paúl & Fonseca, 2001). Cresce, portanto, a necessidade de cuidadores informais, com apoio cada vez maior dos cuidadores formais, para o cuidado ao idoso e a si próprio. Portanto, cuidar de quem cuida de uma pessoa idosa dependente passou a ser uma obrigação cada vez mais presente, pois quanto maior a idade do indivíduo, maiores são os graus de complexidade do cuidado a ser realizado pelo cuidador informal. Rice (2004, p.27), citando Forbes (1996), relata que a sensibilidade às necessidades do utente e a capacidade de relacionamento do Enfermeiro, parecem ser os pontos mais importantes para o utente em termos de satisfação com os serviços prestados no domicílio. Demonstra que a boa relação entre os atores envolvidos, melhora a comunicação, o interesse entre as partes, a confiança e desta forma aumentando o vínculo em prol de qualidade da assistência ao utente e família. O domicílio é o local apropriado para o estabelecimento das estratégias de educação permanente, resultado da articulação entre o trabalho do cuidador formal e a necessidade de educação continuada do cuidador informal.

A dependência é definida como um estado onde ocorre a perda, ou a falta de autonomia física, intelectual ou psíquica, e a pessoa passa a necessitar do apoio e assistência de outros para realizar as suas AVDs. Esta pode ser temporária ou permanente,

e algumas variáveis podem interferir neste processo complexo de incertezas e riscos que engloba a componente biológica, psicológica, social, cultural e política.

A definição de dependência apresentada na Carta Social elaborada pelos Ministério do Trabalho e da Solidariedade (2009, p.8), é mais abrangente e considera-a como:

“... um estado em que se encontra a pessoa que, por razões ligadas à falta ou perda de autonomia física, psíquica ou intelectual tem necessidade de uma assistência e/ou ajudas importantes a fim de realizar os atos correntes da vida ou as actividades de vida diária ...”

Sanchez (2000, p.2), citando Baltes & Silverberg (1995), em seu artigo “*A dependência e suas implicações para a perda de autonomia: estudo das representações para idosos de uma unidade ambulatorial geriátrica*”, elucidam que a dependência, na velhice, é resultado de mudanças ocorridas no decorrer de vida e que elas abrangem as mudanças biológicas e também as transformações exigidas pelo meio social. Neste documento, está claro que os referidos autores caracterizam a dependência em três níveis:

- a dependência estruturada, que resulta da condição cultural que atribui um valor ao ser humano enquanto este trabalha e produz na e para a sociedade;
- a dependência física, causada pela incapacidade funcional;
- a dependência comportamental, que é socialmente induzida, pois provém do julgamento e das ações de outros, ou seja a pessoa não é mais capaz de realizar sua tarefas e outra pessoa as assume (mesmo que não haja necessidade ou que a própria pessoa não o deseje).

O “Programa Nacional de Saúde das Pessoas Idosas” (DGS,2004), demonstra que a prevalência de algumas doenças crónicas aumenta significativamente com a idade. Entre essas doenças crónicas, encontram-se as doenças neurológicas, nomeadamente a doença de

Parkinson, em que a prevalência aumenta de 0,6% aos 65 anos para 3,5% aos 85 e mais anos e a demência, cuja prevalência aumenta de 1% aos 65 anos, para 30% aos 85 anos de idade. De referir que os últimos anos de vida são acompanhados de situações de doença e incapacidade, muitas das quais são suscetíveis de prevenção.

Importa distinguir que entre senescência ou senectude (que resulta da somatório de alterações orgânicas, funcionais, psicológicas próprias do envelhecimento normal) e senilidade que é caracterizada por modificações determinadas por enfermidades que frequentemente acometem as idosas. A identificação da velhice com ideias de passividade, doença e morte faz com que se distancie a autonomia dos idosos e se promovam atitudes que acabam sendo incapacitantes, pois os preconceitos formam barreiras, impedindo a afetividade com liberdade e reciprocidade, dificultando a comunicação (Potter & Perry, 2002; Argimon & Stein, 2005; Phaneuf, 2010).

A WHO (2005), ao abordar a importância da promoção do “Envelhecimento Ativo”, considera três pilares: a saúde, a segurança e participação que devem estar interligados no sentido de fazer acontecer um envelhecimento saudável. Algumas definições são importantes e podem contribuir para a elucidação de alguns temas associados a qualidade de vida. Esta é importante tanto para o idoso, quanto para o cuidador, bem como para a de *Autonomia* que é um termo derivado do grego *auto*, que significa próprio, e *nomos*, lei, regra ou norma, ou seja, representa a condição base de autodeterminação para a pessoa tomar decisões que afetem sua vida, sua saúde, sua integridade física e psicológica e as relações sociais. Portanto, autonomia refere-se à capacidade do ser. Podemos ter pessoas com capacidades de auto determinação mas com dependência. Importa clarificar o termo. A *Independência* é a habilidade de executar funções relacionadas com a vida diária (a capacidade de viver independentemente na comunidade com alguma ou nenhuma ajuda

de outros). Muitas vezes a perda de independência e de autonomia é um dos obstáculos com que os idosos se confrontam e que leva à necessidade de cuidadores. A dependência das pessoas idosas é uma das áreas que cria stresse aos cuidadores, os quais para assistirem os idosos despendem esforço físico contínuo que ao prolongar-se pode suscitar exaustão (Ribeiro & Paúl, 2011).

Todas as pessoas tem direito a viverem com qualidade mas nem sempre ela está presente na vida daqueles que são dependentes. A *qualidade de vida* envolve o bem estar físico, mental, psicológico e emocional, além de relacionamentos sociais, como família e amigos, mas também a saúde, a educação, as condições financeiras, a socialização, o respeito entre outros aspetos importantes para o pleno equilíbrio das funções que os seres humanos desempenham. À medida que um indivíduo envelhece, sua qualidade de vida é fortemente determinada pela sua habilidade de manter autonomia e independência. Estamos em condições de compreender quanto a autonomia, a independência se associam com a qualidade de vida e de que modo elas perturbam a vida da pessoa cuidada e a do cuidador.

Todos desejamos ter uma grande expectativa de vida saudável, que em geral é comumente utilizada como sinónimo de “expectativa de vida sem incapacidades físicas”. Ao nascermos, a expectativa de vida permanece como sendo uma medida importante do envelhecimento da população, ou seja, do tempo de vida que viveremos de preferência sem nenhuma dependência. Com a exceção da autonomia, que é mais complexa de medir, todos esses conceitos foram produzidos através de tentativas de avaliar o grau de dificuldade que uma pessoa mais idosa tem para desempenhar actividades de vida diária [AVDs] e actividades instrumentais de vida diária [AIVDs]. As AVDs incluem, por exemplo, tomar banho, comer, usar o casa de banho e andar pelos quartos da casa, e as

AIVDs incluem atividades como fazer compras, realizar trabalhos domésticos e preparar refeições.

Neri (2011,p.23), citando Lawton, refere que quando aborda a temática de bem estar subjetivo, reflete a avaliação de diversas competências:

“o bem-estar subjetivo é um dentre quatro domínios de qualidade de vida da velhice. Os demais são competências comportamentais, condições objetivas do ambiente físico e qualidade de vida percebida em comparação com os recursos sociais disponíveis com as expectativas sociais e individuais.”

A autora ainda conclui que o aspecto essencial da qualidade de vida e do bem estar subjetivo é a avaliação feita pelo indivíduo com base em critérios pessoais e referenciados aos padrões e expectativas sociais. Muitos idosos estarão capazes de se pronunciar sobre ela mas, a maioria dos dependentes terão muita dificuldade em fazê-lo. Este é um motivo que gera stresse nos cuidadores porque não têm retro alimentação da sua intervenção junto aos seus familiares.

Alguns autores também referem que um problema de saúde atual ou potencial, pode interferir diretamente na vida diária e as doenças crónicas são as que mais apresentam o efeito direto na capacidade funcional das pessoas. Avaliar a qualidade de vida das pessoas é um aspecto que tem aumentado a sua relevância devido ao aumento das doenças crónicas e do aumento da esperança de vida (Caldas, 2003; Garrido & Menezes, 2004; Figueiredo, Lima & Sousa, 2009).

O cuidado de Enfermagem na área de intervenção da Gerontologia, só pode ser visualizado quando associado ao processo de cuidar de Enfermagem como um todo, direcionando-se à pessoa idosa em seu contexto de vida. O Enfermeiro enquanto cuidador formal, tem como objetivo acolher a população idosa e seus cuidadores informais considerando a totalidade biopsicossocial e estimulando o autocuidado, autonomia e independência, minimizando danos e sequelas visando a promoção da saúde e da qualidade de vida

de ambos. O processo de cuidar é dinâmico e depende da interação e de ações planeadas a partir do conhecimento e do respeito à realidade do idoso, família e comunidade onde está inserido. Assim sendo, o processo de cuidar, em enfermagem, consiste em olhar para a pessoa idosa identificando as respetivas necessidades e sentimentos bem como os dos cuidadores e por seus cuidadores, enquanto clientes de Enfermagem. Compartilhando com esse pensamento, os cuidados aos idosos inserem-se num quadro de identificação e reconhecimento das suas necessidades, centrando a observação na avaliação das suas capacidades, recursos individuais e familiares (Burns & Del-Masso, 2007; Andrade, 2009; Loureiro, Ferreira & Fernandes, 2010).

A atuação dos Enfermeiros junto ao idoso dependente e seus cuidadores informais deve estar centrada na educação para a saúde promovendo um “cuidar”, com conhecimento do processo de senilidade, colaborando, sempre que possível, para o retorno das possíveis atividades do idoso e de sua capacidade funcional. Essa forma de atuar, tem como base a assistência de Enfermagem tanto na manutenção da saúde quanto na prevenção da doença e suas consequências para os atores envolvidos neste processo (Luders & Storani, 1996; Macmillian, Hopkinson *et cols*, 2006; Louro, 2010).

Estabilizar o problema primário e prevenir complicações podem ser tarefas difíceis frente à presença de múltiplas afeções. À medida que se envelhece, aparecem as doenças crónicas, como a hipertensão arterial, diabetes, entre outras que desencadeiam limitações funcionais. O idoso pode adquirir independência total ou parcial compatível com seu estilo de vida, e o apoio recebido. A doença compromete frequentemente a capacidade funcional (Habib, 2003). O Enfermeiro deve promover a adaptação do idoso ao seu ambiente e apoiar seu cuidador para que ambos usufruam do bem estar possível. Tanto o idoso, quanto o cuidador informal podem apresentar dificuldades para conviver com as

suas necessidades, além de se depararem com a escassez de recursos financeiros advindos dos gastos acrescidos decorrentes de situações de doença e de dependência.

A Enfª Drª Wanda Horta, em seu livro sobre o *Processo de Enfermagem* (1979), já afirmava que o Enfermeiro é “gente que cuida de gente”. Definição com a qual nos identificamos enquanto Enfermeiros. Uma vez comprometida a capacidade funcional do idoso, algum tipo de suporte e auxílio será necessário, seja ele em âmbito institucional ou domiciliário (Duarte & Diogo, 2005; Decreto Lei 101/06). Em qualquer destes contextos constataremos a importância da interação entre os cuidadores formais e informais a fim de que a pessoa idosa se sinta apoiada e segura (Diogo, 2000; Imbassay, 2000; Andrade, 2010).

O Enfermeiro, avalia as atividades e o modo como são realizadas quer pelo idoso (quando este ainda tem condições de o fazer) quer pelo cuidador informal a fim de planejar a intervenção ajustando-a às reais necessidades dos mesmos. Devem ser seus objetivos a prevenção de problemas na rotina de vida do idoso e do cuidador informal, a promoção de conforto físico e psíquico e a diminuição dos níveis de dependência, habilitando-os para o auto cuidado.

Na área da gerontologia, o desempenho competente do Enfermeiro contempla as múltiplas dimensões que interferem com a vida da pessoa idosa e do respetivo cuidador, procurando ajudá-los a encontrar os recursos e as respostas mais satisfatórias para as necessidades e para a resolução dos problemas que se manifestem. Prevê a integração das múltiplas estratégias para a promoção do viver saudável e a engrandecimento da qualidade da vida no processo de envelhecer. Muito já se conhece sobre a importância da promoção da vida saudável, mas, muito há ainda por conhecer sobre a saúde e as capacidades das pessoas idosas para se desenvolverem com o alongamento da vida. O cuidado de Enfermagem para ser de qualidade assenta no estabelecimento de relações dinâmicas e

positivas entre o Enfermeiro a pessoa idosa e o respetivo cuidador ou cuidadores informais. Consubstancia-se nos diferentes atos praticados em parceria com os mesmos que visam que a pessoa idosa evolua da forma mais ativa possível e encontre significado e sentido no percurso efetuado. A intervenção de Enfermagem direciona-se para a resolução dos problemas imediatos presentes na vida do idoso e de seu cuidado, devendo também ser perspectivada visualizando um futuro promissor e pleno de sentido.



## Parte II : ESTUDO EMPÍRICO



## 4 – Metodologia

A metodologia, segundo Fortin (2003), denomina-se por *desenho de investigação, plano e estratégia de investigação com vista a obter uma resposta válida às questões de investigação*. (p. 367).

A principal finalidade desta fase é controlar as fontes de enviesamento que poderão interferir com os resultados do estudo. É nesta fase que se determina os elementos de investigação, tais como o tipo de estudo, meio, população, a amostra e os instrumentos de colheita de dados, que devem ser fiéis e válidos, para assegurar a qualidade dos resultados a obter.

Antes de especificar estes elementos fazemos uma caracterização do Concelho de Santana onde foi realizado o estudo.

### 4.1 – Contextualização e caracterização do local do estudo

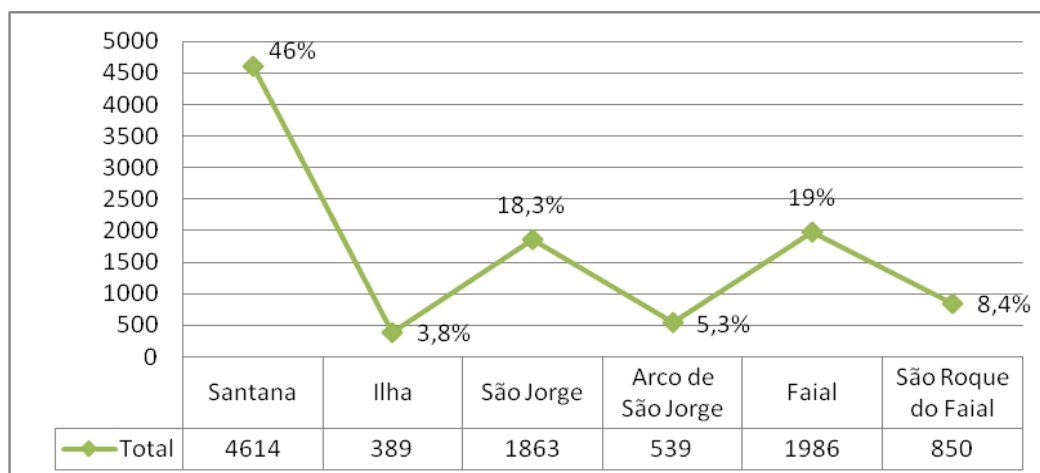
O Concelho de Santana, situado na costa norte da Ilha da Madeira, ocupa uma área de 96,2 quilómetros quadrados. Os seus limites confinam com os dos concelhos de S. Vicente, Câmara de Lobos, Funchal, Santa Cruz e Machico. Santana, a Norte e Nordeste é limitado pelo Oceano Atlântico. O Município de Santana foi criado em 1832 e instalado em 1835. Inicialmente era composto pelas freguesias de Santana, São Jorge, Arco de São Jorge, Faial, São Roque do Faial e Porto da Cruz. Esta última foi, porém, desanexada do município, em 1852, passando a fazer parte do concelho de Machico. O Concelho, tem uma população total de 10.241 habitantes. As principais actividades são a agricultura, a criação de gado, alguma indústria, o pequeno comércio, a prestação de serviços e o turismo que, desde há alguns anos, tem vindo a ganhar cada vez maior expressão. (Machado,2008).

O Concelho de Santana, conta com seis Centros de Saúde (um em cada freguesia), sendo o Centro de Saúde da sede do Concelho constituído por várias unidades. Para além das actividades comuns o Centro de Saúde possui um Serviço de Internamento com 22 leitos e Serviço de Urgência (08-22 horas, diariamente), além do Centro de Dia para idosos. Também dispõe de Centros de Dia nas demais freguesias concelhias e com três Centros Sociais Municipais (CMS) nas freguesias de Faial (CSM do Lombo de Cima), Santana (CMS da Silveira) e São Jorge (CMS da Ribeira Funda).

#### 4.2 – População total do Concelho de Santana

De acordo com dados obtidos nos Centros de Saúde Concelhios da população inscrita e residente no Concelho podemos analisar com base no gráfico nº 06, a distribuição populacional nas seis freguesias existentes no mesmo. Os residentes em Santana correspondem a 46%, os do Faial a 19%, os de São Jorge 18,3%, os de São Roque do Faial a 8,4%, os do Arco de São Jorge a 5,3% e finalmente, os que residem na freguesia da Ilha a 3,8% da população.

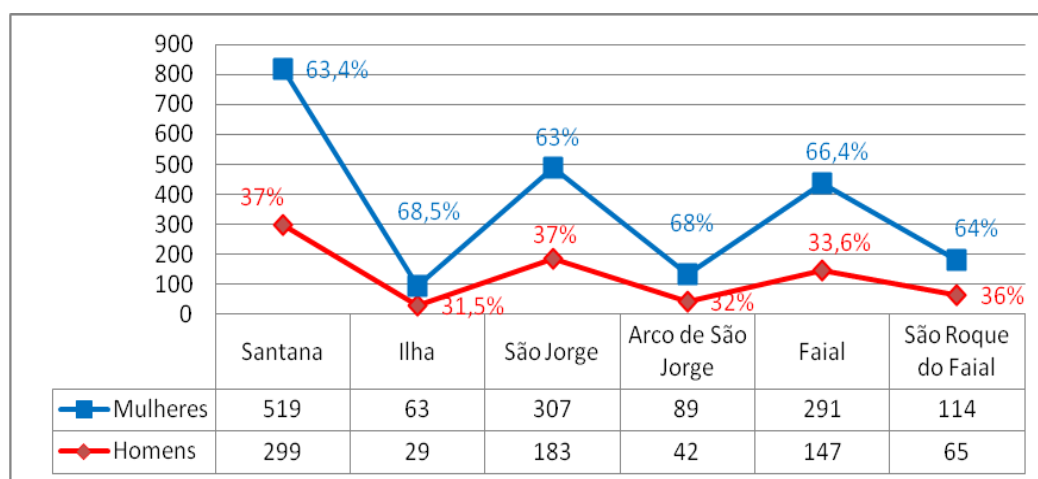
Gráfico nº 06 - População total do Concelho de Santana por Freguesia



Fonte. Centros de Saúde de Santana, listagem de utentes inscritos pelo cartão do utente

Observamos através do gráfico nº 07, com relação a população com idade  $\geq 65$  anos por género e freguesia que o Concelho de Santana mantém as características populacionais de acordo com a realidade nacional, ou seja, apresenta uma população idosa maioritariamente feminina em todas as freguesias representando 64,4% da mesma. Os homens representam 34,6% da população. Estas características dos resultados obtidos no estudo são semelhantes à realidade do país.

Gráfico nº 07 - População do Concelho de Santana com idade  $\geq 65$  anos por género e freguesia



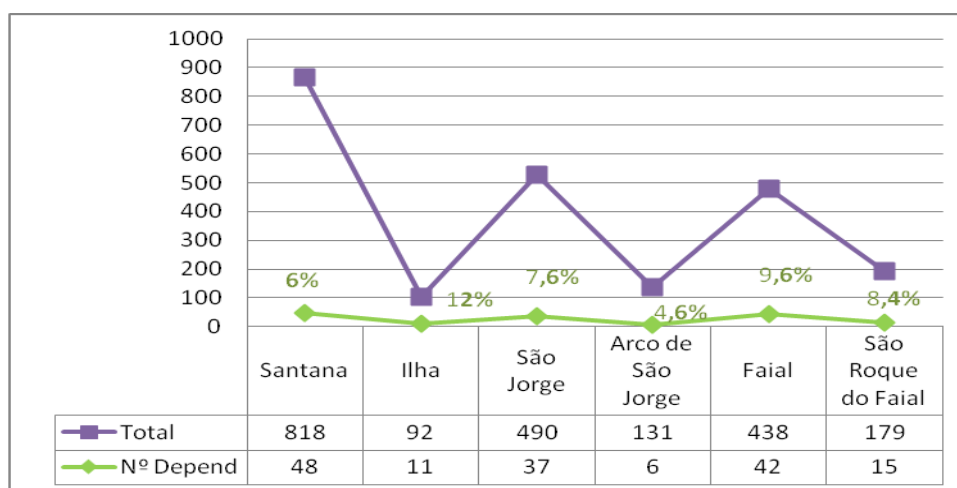
Fonte. Centros de Saúde de Santana, listagem de utentes inscritos pelo cartão do utente

Foi identificado com a colaboração dos Enfermeiros de Família <sup>2</sup>, os idosos que constavam na sua listagem em situação de dependência no domicílio, observa-se no gráfico nº 08, que o percentual dos idosos dependentes comparados à população com idade  $\geq 65$  anos, apresentava-se mais elevado na Freguesia da Ilha (8,6%) e menos elevado em Santana (3,4%). As demais freguesias apresentaram valores percentuais entre estes dois

<sup>2</sup> De acordo com a Ordem dos Enfermeiros (2010), na proposta apresentada pelo Conselho Diretivo após aprovação na Assembleia do Colégio de Especialidade em Enfermagem Comunitária, em 11/09/2010, em Lisboa, refere que “O Enfermeiro de Família, fundamentado no conceito da Organização Mundial de Saúde, surge como um profissional que integrado na equipa multidisciplinar de saúde, assume a responsabilidade pela prestação de cuidados de Enfermagem globais a um grupo limitado de família, em todo o processo de vida nos vários contextos da comunidade”(p.1).

limites estando organizados por ordem decrescente, Faial (5,5%), São Roque do Faial (5%), Arco de São Jorge (4,6%) e São Jorge (4,5%).

Gráfico n° 08 - População do Concelho de Santana com idade  $\geq 65$  anos e população idosa dependente



Fonte. Centros de Saúde de Santana, listagem de utentes inscritos pelo cartão do utente

### 4.3- Objetivos do estudo

Fortin (2003, p.100), refere que “o objetivo de um estudo é um enunciado declarativo que precisa as variáveis chave, a população alvo e a orientação da investigação”.

O problema do estudo decorreu da curiosidade em obtermos resposta a seguinte questão:

*Qual as consequências de sobrecarga nos cuidadores informais decorrentes da prestação de cuidados às pessoas idosas dependentes do Concelho de Santana ?*

Tendo em consideração nossas inquietações definimos os objetivos apresentados seguidamente:

- Determinar a população idosa dependente do Concelho de Santana;
- Identificar as características sócio-demográficas dos cuidadores informais;
- Identificar os motivos pelos quais os cuidadores informais desempenham a função de cuidar;
- Determinar a influência do nível de dependência dos idosos nos cuidadores informais através da percepção da satisfação, das dificuldades e das estratégias de *coping* no cuidar;
- Avaliar a sobrecarga percebida pelos cuidadores informais de idosos dependentes do Concelho de Santana;

Através da avaliação da influência nos cuidadores informais decorrente dos cuidados que prestam ao idoso dependente além do fato de estabelecermos o tipo de influência exercida, pensamos ser possível também refletir sobre o papel que os Enfermeiros poderão ter no apoio aos cuidadores informais e às pessoas idosas dependentes visando a melhoria da qualidade de vida dos mesmos.

#### **4.4 – População**

Segundo Fortin, “a população estudada, designa-se de população alvo, um grupo de pessoas ou de elementos que têm características comuns as quais estão limitados a um lugar, região, cidade, escola, centro hospitalar”(2003,p.69). Transcrevem-se as definições dadas pela autora sobre a população alvo e a população acessível, “ A população alvo é toda a população que o investigador quer estudar e para a qual faz generalizações,

enquanto que, a população acessível diz respeito, à porção da população alvo que está ao alcance do investigador, podendo ser limitada a uma zona, cidade ou estabelecimento, entre outros” (2003, p.41). A mesma autora ainda refere que raramente se tem a possibilidade de estudar a população alvo no seu todo, pelo que examina-se a população acessível considerando esta como sendo a porção acessível da população que está alcançável.

A população acessível é constituída pelos cuidadores informais de idosos dependentes no contexto domiciliário do Concelho de Santana, ou seja, idosos com limitações na realização das atividades de vida diária.

Os critérios de inclusão foram: serem cuidadores informais de um idoso dependente com idade igual ou superior a 65 anos, prestar-lhe cuidados há pelo menos 6 meses e aceitarem participar no estudo.

A população acessível foram 159 cuidadores informais que resultaram do registo das Consultas de Enfermagem onde foram identificados os cuidadores informais de idosos com dependência acompanhados pelos Enfermeiros de Família dos Centros de Saúde das seis freguesias do Concelho de Santana. Dos 159 cuidadores de idosos dependentes do Concelho, 14 foram excluídos do estudo por não serem cuidadores informais, mas sim formais, nomeadamente ajudantes domiciliárias, do apoio facultado pelo Centro de Segurança Social da Madeira, para apoio nos cuidados de higiene e alimentação. Estes catorze idosos, apresentam um familiar/ cuidador, que apenas se dirige ao domicílio ao fim do dia (após seu horário laboral), para oferecer a terapêutica e prestar algum tipo de cuidado de conforto.

Vinte e sete pessoas recusaram participar no estudo pelo que o número de participantes passou para 118 cuidadores informais. As causas referidas para não participar

estavam associadas a problemas familiares (4 cuidadores), medo de perder os apoios da Segurança Social (17 cuidadores), e em 6 casos os contactados não referiram o motivo da recusa.

Durante a colheita de dados, que foi realizada no período de Março a Junho de 2011, dezoito idosos foram hospitalizados o que nos impossibilitou englobá-los no estudo. Trinta e um idosos faleceram no período da colheita de dados. Esses quarenta e nove cuidadores foram excluídos pois aparentemente poderiam fazer com que variasse as condições do estudo.

Finalmente obtivemos uma amostra não probabilística (Fortin,2003), ficando constituída por uma população de sessenta e nove cuidadores informais (43,4%), dos inicialmente identificados.

#### **4.5 - Tipo de estudo**

Fortin (2003), menciona que “O tipo de estudo descreve a estrutura utilizada segundo a questão de investigação, visa descrever variáveis ou grupos de sujeitos, explorar ou examinar relações entre variáveis ou ainda verificar hipóteses de causalidade”( p. 133).

O estudo realizado foi do tipo quantitativo, transversal, descritivo – correlacional (Fortin,2003). Através deste, identificamos as relações existentes entre as variáveis influentes no cuidar nos cuidadores informais, ou seja a influência do cuidar expressa pela sobrecarga, satisfação e dificuldades percecionadas, assim como pela avaliação das estratégias de *coping* utilizadas para lidar com a situação.

#### 4.6- Variáveis em estudo

Fortin (2003), refere que “As variáveis são qualidades, propriedades ou características de objetos, de pessoas ou de situações que são estudadas numa investigação. Uma variável pode tomar diferentes valores para exprimir graus, quantidades e diferenças” (p.36).

A variável refere-se ao fenómeno a ser investigado. As variáveis independentes são aquelas que influenciam, determinam ou atingem uma variável. As variáveis dependentes são aquelas que serão explicadas, em função de serem influenciadas pela variável independente, ou seja a resposta ou resultado observado. Marconi & Lakatos (2002) definem a variável dependente como a que consiste nos fenómenos ou fatores a serem descobertos, enquanto que a variável independente é a que influencia ou afeta a dependente.

As variáveis independentes consideradas foram : nível de dependência do idoso, à idade, o género e às patologias existentes. Em relação aos cuidadores informais estas foram: idade, género, estado civil, relação de parentesco com o idoso, as variáveis sociodemográficas (escolaridade, nível económico e social), motivos que levaram a desempenhar o papel de cuidador, a etapa do ciclo vital do cuidador, duração da prestação de cuidados em horas /dia, em meses ou anos, os apoios recebidos e o nível de dependência do idoso. A variável dependente neste estudo foi a sobrecarga do cuidador informal, no desempenho de suas funções, à pessoa idosa dependente, no Concelho de Santana. A variável dependente vai nos revelar o impacto no cuidador informal associado ao ter que cuidar de um idoso dependente. Procuramos também avaliar a satisfação, as dificuldades, as estratégias *de coping*, bem como a sobrecarga percebida pelo próprio, decorrente do desempenho desta função.

#### 4.7 – Instrumentos de recolha de dados

Seguidamente apresentaremos os instrumentos usados referindo algumas das características psicométricas, de um conjunto de instrumentos validados para a população portuguesa, que têm sido referenciados em diversos estudos atuais, e que avaliam as dificuldades, as estratégias de *coping* a utilizadas pelos cuidadores, o nível de satisfação e a sobrecarga dos cuidadores informais.

Estes instrumentos foram utilizados na seguinte ordem: Escala de Barthel modificada (Mahoney e Barthel,1965; Lima, 1995), a caracterização sociodemográfica do cuidador informal, Índice de Satisfação do Cuidador (CASI), Índice de Avaliação das Dificuldades do Cuidador (CADI), Índice de Avaliação das Estratégias de *Coping* do Cuidador (CAMI), e Escala de Sobrecarga do Cuidador (ESC).

a)Escala de Barthel Modificada: A Escala de Barthel proposta por Mahoney e Barthel, (1965), foi modificada por Carl Granger (1979), e a versão Portuguesa é de autoria de Paula A. T. Lima (1995). O instrumento validado por Lima (1995), mede o grau de dependência funcional do paciente nas AVDs. Apresenta, de acordo com Sequeira (2010<sup>b</sup>, p.48), uma boa consistência interna avaliada através do *alpha de Cronbach* ( $\alpha=0,89$ ). Compõe-se por dez categorias de AVDs, onde os diferentes graus de dependência são avaliados através de uma escala tipo Likert, com cinco posições pontuadas de 1 a 5 o que corresponde à máxima dependência até a independência, respectivamente. O resultado varia de 0 a 100 no grau de independência na realização de diferentes funções e avalia o grau de assistência necessária nas dez actividades. Trata-se de um instrumento de fácil aplicação e interpretação com alto grau de fiabilidade com capacidade para detetar alterações funcionais. Os itens medem o grau de assistência exigido em dez atividades: alimentação, banho, higiene pessoal, vestir-se, controle da

continência da bexiga e do intestino, uso de cadeira de rodas, transferências cadeira-cama, deambulação e subir e descer escadas. Cada item é avaliado considerando três níveis, independência, ajuda (substancial, moderada e mínima) e dependência.

Tabela nº 2 -Pontuação da Escala de Barthel Modificada

	Incapaz de realizar tarefa	Requer ajuda substancial	Requer moderada ajuda	Requer ajuda mínima	Totalmente independente
Higiene pessoal	0	1	3	4	5
Banho	0	1	3	4	5
Alimentação	0	2	5	8	10
Toalete	0	2	5	8	10
Subir escadas	0	2	5	8	10
Vestuário	0	2	5	8	10
Controle da bexiga	0	2	5	8	10
Controle de intestino	0	2	5	8	10
Deambulação	0	3	8	12	15
Ou cadeira de rodas*	0	1	3	4	5
Transf. Cadeira/cama	0	3	8	12	15
					100

Fonte: Lima, P. (1995), Escala de Barthel modificada

Os resultados finais da avaliação são distribuídos da seguinte forma: 0 a 25 = dependência total; 26 a 50 = dependência severa; 51 a 75 = dependência moderada; 76 a 99 = dependência leve e 100 = totalmente independente. É um teste muito difundido na prática clínica que avalia tarefas específicas que envolvem a funcionalidade das AVD's.

b) Instrumento de caracterização sócio demográfica do cuidador informal do idoso dependente: Resulta de um conjunto de avaliações com o propósito de identificar o perfil dos cuidadores informais de idosos do Concelho de Santana. Caracteriza o género e idade do cuidador, a literacia, o tipo de relação com o idoso, o tempo durante o qual tem desempenhado essa função, a relação parental, os apoios recebidos e as necessidades de

ajudas para a execução do ato de cuidar. Para a determinação do nível socioeconómico do cuidador, foi utilizada a Classificação Social de Graffar (Graffar,1956; Amaro, F. 1990)(anexo 10) e identificamos também a Etapa do Ciclo Vital da família do cuidador recorrendo a classificação de Carter & McGoldrick (1980), (Relvas,2006,p.20) (anexo11). A Classificação Social de Graffar, é uma classificação internacional, estabelecida em Bruxelas (1956), adaptada por Fausto Amaro (1990). É uma escala que consta de cinco critérios (profissão, nível de instrução, fontes de rendimento familiar, conforto no alojamento e aspecto do bairro habitado), descritos em condições correspondentes a graus ordenados das melhores para as piores condições. A classificação social é obtida pela soma de pontos de todos os critérios. O total de pontos obtidos dá-nos a pontuação que corresponde a classe social, variando da *Classe I = classe alta (5-9 pontos)*; *Classe II = classe média alta (10-13 pontos)*; *Classe III= classe média (14 -17 pontos)*; *Classe IV= classe baixa (18-21 pontos)* e *Classe V = Classe desfavorecida (22-25 pontos)*.

c) Índice de Satisfação do Cuidador (CASI): A escala foi elaborada por Nolan e cols (1996) e validada para a população portuguesa por Brito (2002) (Sequeira,2010<sup>b</sup>, p.221). O instrumento apresenta boa consistência interna, avaliada através do coeficiente de *alfa Cronbach*,  $\alpha = 0,92$  (Sequeira,2010<sup>b</sup>, p.218). Integra um conjunto de trinta itens relacionados com aspectos positivos associados à prestação de cuidados e que são identificados pelo cuidador como Fontes de Satisfação que são agrupadas em três categorias, sendo estas divididas em *Fontes de satisfação relacionadas com a dinâmica interpessoal e o prestador de cuidados e o alvo destes cuidados* (esta categoria consta de nove itens e apresenta de forma global uma boa consistência interna com um *alfa Cronbach*  $\alpha = 0,80$ ); *Fontes de satisfação relacionados com a dinâmica interpessoal* (esta categoria consta de catorze itens e apresenta de forma global uma boa consistência interna

com um *alfa Cronbach*  $\alpha = 0,86$ ) e *Fontes de satisfação relacionadas com a dinâmica de resultados* (desejo de obtenção dos melhores resultados possíveis): esta categoria consta de sete itens e apresenta de forma global uma boa consistência interna com um *alfa Cronbach*  $\alpha = 0,70$  (Sequeira<sup>b</sup>, p.218-220). Para cada item, o cuidador deve responder *se esta situação acontece ou não (1), no seu caso, caso aconteça, deverá responder se esta não lhe proporciona nenhuma satisfação (2), alguma satisfação(3) ou muita satisfação(4)*. O índice é dividido em 3 categorias e cada uma destas com subcategorias (tabela nº3). As três categorias, propostas pelo autor (Nolan *et cols*,1996,1998), por estarem associadas às fontes de satisfação relacionadas entre si, demonstram como a prestação de cuidados prestados ao idoso dependente, agradam ao cuidador. No final existe uma pergunta aberta onde o cuidador pode mencionar motivos de satisfação que não tenham sido contempladas nas trinta questões.

Tabela nº 3 - Categorias e Subcategorias da escala de satisfação (CASI)

Categorias e Subcategorias do CASI	Questões nº	Obs.
<b>Fontes de satisfação relacionadas com a dinâmica interpessoal e o prestador de cuidados e o alvo destes cuidados</b>		
Prestador de cuidados como principal beneficiário	2,8 e 17	3 itens
Pessoa dependente como principal beneficiário	12,14 e 24	3 itens
Benefício mútuo	3,18 e 29	3 itens
<b>Fontes de satisfação relacionados com a dinâmica interpessoal</b>		
Prestador de cuidados como principal beneficiário	7,10,16,19,25,27 e 30	7 itens
Pessoa dependente como principal beneficiário	9 e 22	2 itens
Benefício mútuo	6,11,21,26 e 29	5 itens
<b>Fontes de satisfação relacionadas com a dinâmica de resultados (desejo de obtenção dos melhores resultados possíveis)</b>		
Prestador de cuidados como principal beneficiário	1 e 23	2 itens
Pessoa dependente como principal beneficiário	4,5,13,15 e 20	5 itens

Fonte: Sequeira (2010<sup>2</sup>,p.218)

d) Índice de avaliação das dificuldades do cuidador (CADI): Seus autores foram Nolan *et cols* (1996) e Brito (2002), foi quem a validou para a população portuguesa em seu estudo sobre “*A saúde mental dos prestadores de cuidados a familiares idosos*” realizado a famílias cuidadoras que recebiam apoio domiciliário no Centro de Saúde de Celas, Coimbra. Tem como objetivo identificar as necessidades que correspondem às dificuldades do cuidador relacionados com o cuidar. O instrumento apresenta boa consistência interna, avaliada com recurso ao coeficiente de *alfa Cronbach*  $\alpha = 0,94$  (Sequeira, 2010<sup>b</sup>, p.205). É composto por trinta assunções e potenciais dificuldades relacionadas com o cuidar dos idosos, relações à percepção de cuidados e exigências de ordem física do cuidar e suas implicações na vida social, na falta de apoio familiar e profissional, além da situação económica prejudicada com o desempenho da função. Para a avaliação de cada dificuldade, o cuidador tem quatro possibilidades de resposta: *Não acontece no meu caso (1); Acontece, mas não me perturba (2); Acontece e causa-me alguma perturbação (3); Acontece e perturba-me muito (4)*.

Tabela nº4 – Fatores da escala de dificuldades (CADI) propostos por Nolan *et cols*

Fatores CADI	Questões nº	Ítems
Problemas relacionados com o idoso	5,11,12,14,22,25 e 26	7 ítems
Relações à percepção de cuidados	1,2,9,17,19,29,30 e 3	8 ítems
Exigências de ordem física da prestação de cuidados	6,10,13,15,23 e 24	6 ítems
Restrições da vida social	8,18 e 20	3 ítems
Falta de apoio familiar	16 e 28	2 ítems
Falta de apoio profissional	7 e 27	2 ítems
Problemas financeiros	4 e 21	2 ítems

Fonte: Sequeira (2010<sup>2</sup>,p.205)

No final do índice existe uma pergunta aberta onde o cuidador pode mencionar dificuldades que não tenham sido contempladas nas 30 questões anteriores.

e) Índice de Avaliação das Estratégias de Coping do Cuidador (CAMI): A escala elaborada por Nolan *et cols.*(1996,1998), apresenta boa consistência interna, avaliada através do coeficiente de *alfa Cronbach*  $\alpha = 0,87$ , por Sequeira (2010<sup>b</sup>,p.209). É composto por trinta e oito afirmações relacionadas com as principais estratégias de  *coping*, utilizadas e percebidas pelos prestadores de cuidados para resolverem/atenuarem as dificuldades sentidas no âmbito do cuidar do idoso com dependência, possibilitando a sua otimização pelos profissionais de saúde. Encontra-se dividida em três categorias: *Lidar com acontecimentos / resolução de problemas* ( esta categoria é composta por catorze itens e apresenta boa consistência interna com um  *alfa de Cronbach*  $\alpha = 0,80$ ); *Percepções alternativas sobre a situação* (esta categoria é composta por quinze itens e apresenta boa consistência interna e um  *alfa de Cronbach*  $\alpha = 0,81$ ) e *Lidar com sintomas de stresse* (esta categoria é composta por nove itens e apresenta boa consistência interna e um  *alfa de Cronbach*  $\alpha = 0,70$ ).

As questões foram agrupadas de acordo com as estratégias de resolução de problemas, em uma escala tipo Likert de quatro pontos, onde o cuidador deverá indicar se: *a utiliza ou não (1)*, e em caso afirmativo deverá referir se *dá resultado (2)*; *se dá algum resultado(3)* ou *se dá bastante bom resultado (4)*.

Tabela nº5 – Categorias propostas por Nolan *et cols* para as estratégias de  *coping* (CAMI)

Categorias	Questões nº	Itens
Lidar com acontecimentos / resolução de problemas	1,3,5,10,13,14, 15,17,18,23,29,30,31,33	14 itens
Percepções alternativas sobre a situação	6,7,8,9,11,12,16,20,22,24,25,26,27,32,34	15 itens
Lidar com sintomas de stresse	2,4,19,21,28,35,36,37 e 38	9 itens

Fonte: Sequeira (2010<sup>2</sup>,p.209)

No final do índice existe uma pergunta aberta onde o cuidador pode mencionar estratégias que não tenham sido contempladas nas questões anteriores.

f) Escala de Sobrecarga do Cuidador (ESC): É uma tradução da *Burden Interview Scale* (Zarit e Zarit, 1983; Zarit et al., 1985). A validação da escala para a população portuguesa, foi realizada para possibilitar a sua utilização a nível da investigação ou na prática clínica, o autor Steve Zarit, permitiu a utilização e tradução (versão original inglesa) por Faria e Ribeiro (1999). A escala foi utilizada por Sequeira (2007), em seu estudo com a população portuguesa e apresenta boa consistência interna, avaliada através do coeficiente de *alfa Cronbach*  $\alpha = 0,93$ . Avalia a sobrecarga do cuidador informal de idosos dependentes com doença crónica e principalmente devido a demência, e é composta por vinte e duas questões, que se referem ao *Impacto da prestação de cuidados* ( esta categoria é composta por onze itens e apresenta boa consistência interna com um *alfa de Cronbach*  $\alpha = 0,93$ ), *Relação Interpessoal* ( esta categoria é composta por cinco itens e apresenta boa consistência interna com um *alfa de Cronbach*  $\alpha = 0,83$ ), *Expectativas face ao cuidar* (esta categoria é composta por quatro itens e apresenta boa consistência interna com um *alfa de Cronbach*  $\alpha = 0,67$ ) e a *Perceção da Auto eficácia* (categoria é composta por dois itens e apresenta boa consistência interna com um *alfa de Cronbach*  $\alpha = 0,80$ ) (Sequeira,2010<sup>b</sup>,pp.230-232).

A sobrecarga do cuidador informal é resultado das diversas tarefas do papel de cuidar e das mudanças que ocorrem em sua vida social e profissional, colocando as necessidades dos pacientes em primeiro lugar, deixando muitas vezes as suas necessidades em segundo plano. Esta sobrecarga pode ser agravada pela falta de informação a respeito da doença do paciente, do tratamento e das estratégias mais adequadas para lidar com os problemas

comportamentais. No final da escala existe um pergunta aberta onde o cuidador pode mencionar situações stressoras, que não tenham sido contempladas nas questões anteriores.

Este instrumento permite avaliar a sobrecarga objetiva e subjetiva do cuidador informal e inclui informações sobre: saúde, vida social, vida pessoal, situação financeira, situação emocional e tipo de relacionamento. Cada item é pontuado de acordo com uma escala tipo Likert, de forma qualitativa / quantitativa conforme se explica a seguir: *Nunca(1), Quase Nunca(2), Às vezes(3), Muitas vezes(4) e Quase sempre (5)*( Sequeira, 2010,p.228). *Quanto maior a pontuação global, maior será a sobrecarga, variando entre 22 e 110 pontos, sendo valores considerados como pontos de coorte: < 46 pontos = sem sobrecarga; 46 a 56 pontos = sobrecarga ligeira e, > que 56 pontos = sobrecarga intensa).*

De acordo com os autores foram consideradas quatro categorias, de acordo com a tabela nº6.

Tabela nº 6: Categorias da escala de sobrecarga do cuidador ( ESC)

Categorias	Questões nº	Itens
Impacto da prestação de cuidados	1,2,3,6,9,10,11,12,13,17 e 22	11 itens
Relação Interpessoal	4,5,16,18 e 19	5 itens
Expectativas face ao cuidar	7,8,14 e 15	4 itens
Perceção da Auto eficácia	20 e 21	2 itens

Fonte: Sequeira (2010<sup>2</sup>,p.232)

#### 4.8 – Procedimentos de recolha de dados e considerações éticas

Neste estudo foram utilizados como instrumento de colheita de dados, escalas já existentes e validadas em Portugal, de modo a analisar as variáveis em estudo. Desta forma contactamos, o Prof<sup>o</sup> Dr. Carlos Sequeira, da Universidade do Porto, solicitando a autorização para utilização dos instrumentos por ele trabalhados (índice de satisfação, índice das dificuldades, das estratégias de  *coping*  e a escala de sobrecarga do cuidador). Recebemos de imediato autorização que consta no anexo 02.

Solicitamos a autorização do Conselho de Administração do SESARAM-EPE (anexo 3), e de posse desta, iniciamos os procedimentos relativos à colheita de dados. No Concelho de Santana, realizamos um levantamento juntamente com os Enfermeiros de Família, para a identificação dos idosos dependentes e seus cuidadores informais em cada freguesia. Solicitamos aos Enfermeiros a listagem dos idosos dependentes que tinham cuidadores informais a desempenhar suas funções de acordo com os critérios de inclusão. Foram realizados contatos com os cuidadores informais através das consultas de Enfermagem e durante as visitas domiciliárias, nas quais informamos sobre o estudo a ser realizado e averiguamos a sua disponibilidade para participarem.

A colheita de dados foi efetuada por nós no período de Março a Junho de 2011, após contato com os cuidadores informais de idosos do Concelho de Santana selecionados. Iniciamos o estudo questionando os cuidadores informais sobre sua situação sócio demográfica e a aplicação da escala de Barthel modificada aos idosos dependentes da amostra, para determinar seu nível de dependência. Após esta etapa, aplicamos ao cuidador de idosos os demais instrumentos que nos possibilitassem informações sobre as implicações do ato de cuidar.

Após a recolha dos dados os mesmos foram sujeitos a tratamento estatístico descritivo e interpretação através do programa SPSS 18 (Pereira, 2008) e posteriormente com o PASW 19 - nova versão do SPSS (Marocco,2010), considerando a significância máxima de 0,05.

A análise de dados inicia-se com a descrição da amostra, utilizando tabelas de frequência que ilustram, a caracterização sociodemográfica do cuidador, a relação cuidador / doente e o apoio que o cuidador tem de outros. De seguida apresentam-se os resultados obtidos das escalas de Barthel modificada (nível de dependência das AVDs), da satisfação do cuidador - CASI (*Carers Assessment of Satisfaction Index*), das dificuldades do cuidador - CADI (*Caregivers Assessment of Difficulties Index*), das estratégias de coping - CAMI (*Carers Assessment of Managing Index*) e o nível de sobrecarga do cuidador – ESC. Foram utilizadas medidas como a média e desvio padrão e avaliada a relação do género e da idade com o grau de dependência do idoso.

Relativamente às questões éticas que na investigação com seres humanos devem ser salvaguardadas, consideramos relevante o respeito pelos direitos dos cuidadores informais e das pessoas idosas. Fortin (2003, p.116), refere que *“a investigação aplicada a seres humanos pode, por vezes, causar danos aos direitos e liberdades das pessoas. Por conseguinte, é importante tomar todas as disposições necessárias para proteger os direitos e liberdades das pessoas que participam das investigações”*.

O Código Deontológico de Enfermagem (2005), no artigo 79º - “Dos deveres deontológicos do Enfermeiro”(p.77), no artigo 81º(p.89)- “Dos valores Humanos”, salienta a importância dos Enfermeiros atuarem de forma mais prudente sobre o dever de proteção dos utentes que estão mais fragilizados e vulneráveis, sem discriminação de modo temporário ou permanente. Já no artigo nº 82 -”Dos direitos à vida e a qualidade de vida”,

alínea b (p.97), refere que o Enfermeiro deve respeitar a integridade biopsicossocial, cultural e espiritual da pessoa.

Seguindo as premissas anteriores, todos os sujeitos da investigação foram informados do anonimato dos dados fornecidos e de que as informações colhidas seriam única e exclusivamente utilizadas para este estudo, sem nenhum motivo de desassossego caso os mesmos não desejassem participar do mesmo, ou desistissem durante o período de participação. Desta forma foi entregue a carta de consentimento informado e a informação ao sujeito da investigação, para o cumprimento das obrigações éticas vigentes.

#### **4.9 - Tratamento de dados**

Os dados recolhidos foram inseridos em base de dados e foi avaliado programa SPSS 18 e posteriormente PASW19 para análise estatística. Foi determinado o coeficiente de *alpha de Cronbach* para aferir da qualidade dos instrumentos enquanto medidas fiáveis.

Este coeficiente deverá ser superior a 0,7 de acordo com Pestana e Gageiro (2005), para que a consistência interna seja considerada razoável.

Dado que as escalas utilizadas são variáveis ordinais, foram utilizados procedimentos não paramétricos de inferência estatística. Para a comparação das medidas de tendência central nestas duas amostras independentes, foi utilizado o teste de Mann-Whitney, cuja hipótese nula é que a medida de tendência central das duas populações/amostras independentes é igual perante níveis de significância inferiores a 0,05, devendo-se nessa circunstância rejeitar esta hipótese, caso contrário os dados não fornecem evidência estatística suficiente para afirmar que as amostras provêm de populações distintas. Também foi utilizado o teste de Kruskal-Wallis que é uma extensão do teste de Mann-Whitney, isto é, permite comparar mais de duas amostras independentes. Foi

também utilizado o coeficiente de correlação de Spearman, que é uma medida de associação não paramétrica. Os coeficientes de correlação variam entre -1 e 1, e associado a cada um é determinada a significância do teste cuja hipótese nula é que na população a correlação é nula, desta forma pretendemos obter coeficientes de correlação superiores a 0,6 e significativamente diferente de zero ( $\text{sig} < 0,05$ ), para demonstrar a fiabilidade das variáveis.

Os critérios de correlação de acordo com Pestana e Gageiro (2005, p.189) encontram-se distribuídos de acordo com a seguinte variação:  $[-1.00,-0.90[$  = Muito alta;  $[-0.90,-0.70[$  = Alta;  $[-0.70,-0.40[$  = Moderada;  $[-0.40,-0.20[$  = Baixa;  $[-0.20,0.20[$  = Muito baixa;  $[0.20,0.40[$  = Baixa;  $[0.40,0.70[$  = Moderada;  $[0.70,0.90[$  = Alta e  $[0.90,1.00[$  = Muito alta. Esses dados serão os parâmetros para avaliação das correlações existentes

## 5 – Apresentação, análise dos dados e discussão dos resultados

Com o objetivo de darmos resposta à questão de partida deste estudo relativo a “*Avaliação da sobrecarga do cuidador informal, no desempenho de suas funções, à pessoa idosa dependente, no Concelho de Santana* “ iniciaremos a apresentação e análise dos dados e discussão dos resultados.

De acordo com Fortin (2003) “a análise de dados é uma fase do processo indutivo de investigação que está intimamente ligada ao processo de escolha dos informadores ou participantes e às diligências para a colheita de dados” (p.306). Marconi e Lakatos (2002,p.35), referem que:

“na análise o pesquisador entra em mais detalhes sobre dados decorrentes do trabalho estatístico, a fim de conseguir respostas às suas indagações, e procura estabelecer as relações necessárias entre os dados obtidos e as hipóteses formuladas. Estas são comprovadas ou refutadas, mediante a análise”.

A análise de dados inicia com a descrição da amostra, utilizando tabelas de frequência que pretendem, traçar um perfil do cuidador, da relação cuidador/doente e do apoio que o cuidador tem de outros suportes. De seguida apresentam-se os resultados descritivos das escalas de Barthel, de dependência, CADI, CAMI, CASI e ESC foram utilizadas medidas descritivas média e desvio padrão e avaliado a relação do sexo e da idade no grau de dependência do idoso. Foi determinado o coeficiente alpha de Cronbach para aferir da qualidade dos instrumentos quanto unidades de medidas fiáveis. Este coeficiente deverá ser superior a0,6 (Pestana e Gageiro, 2005). Assim, tão logo efetuámos a colheita dos dados, foi fundamental iniciar seu tratamento para obter respostas às questões consideradas importantes nesta investigação, comparando os resultados com os encontrados noutros estudos sobre a sobrecarga dos cuidadores de pessoas idosas dependentes. Procuramos identificar os idosos dependentes para elucidarmos o nível de

dependência funcional destes e procedendo a seleção dos cuidadores que integram a amostra. Na apresentação, interpretação e discussão dos resultados obtidos pretendemos concluir sobre a sobrecarga dos cuidadores e sobre as variáveis associadas à mesma.

### 5.1- Variáveis relacionadas com a pessoa idosa cuidada

- Idade e género

Dos 69 idosos do estudo, 65,2% são do género feminino e 34,8% do masculino, pormenorizado na tabela nº 7, que caracteriza os idosos de acordo com o género e faixa etária a que pertencem.

Tabela nº 7 – Distribuição dos idosos dependentes por faixa etária e género

Faixa etária	GENERO					
	Feminino		Masculino		Total	
	n	%	n	%	n	%
[65-70 [	1	1,45	2	2,90	3	4,35
[70-75 [	6	8,70	6	8,70	12	17,40
[75-80[	16	23,20	8	11,60	24	34,80
[80-85 [	10	14,50	4	5,80	14	20,30
[85-90 [	4	5,80	3	4,35	7	10,10
[90-95 [	5	7,25	1	1,45	6	8,70
[95-100 [	1	1,45	-	-	1	1,45
[ +100 anos [	2	2,90	-	-	2	2,90
<b>Total</b>	<b>45</b>	<b>65,2</b>	<b>24</b>	<b>34,8</b>	<b>69</b>	<b>100,0</b>

Analisando a tabela nº 7, podemos notar que a maioria dos idosos encontra-se na faixa etária entre os 75-80 anos, sendo importante referir que nesta faixa o género feminino apresenta o dobro de casos dos do masculino, seguido dos idosos dependentes com idade entre os 80 e 85 anos (com a maioria do género feminino, com 14,5% dos casos), e após os da faixa etária entre os 70 e 75 anos onde os casos apresentam valores iguais independentemente do género. Os caso de idosos com idade superior aos 100 anos são apenas do género feminino (2,9%). Ressalta-se que a maior concentração de idosos do género masculino estão na faixa etária entre 75-80 anos (11,6 %).

- Nível de dependência

Na avaliação do nível de capacidade funcional do idoso, foi utilizada a Escala de Barthel modificada (Lima,1995). Depois de realizada a ponderação de cada item, os valores foram somados e classificados por nível de dependência de acordo com o proposto pelo autor. Foi determinado o índice de dependência de acordo com a escala de Barthel, depois de realizada a ponderação de cada item, os valores foram somados e classificados de acordo com o proposto pelo autor. Foi obtido o coeficiente Alpha de Cronbach, para a escala de Barthel, que resultou num valor de 0,972, superior ao obtido por Sequeira (2010) onde o alpha foi de 0,89.

Tabela nº 8 – Coeficiente de *Alpha de Cronbach* para a Escala de Barthel modificada

Alpha de Cronbach	Número de itens
0,972	10

Os níveis de dependência são os seguintes: idosos com dependência total correspondem a 46,4%, os com dependência severa a 20,3%, os com dependência moderada 19,0% e os com dependência leve correspondem a 14,3%, de acordo com a tabela nº 9.

Tabela nº 9 - Níveis de dependência funcional dos idosos

<b>Tipo de Dependência</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
Dependência total	32	46,4
Dependência severa	14	20,3
Dependência moderada	13	19,0
Dependência leve	10	14,3
<b>Total</b>	<b>69</b>	<b>100,0</b>

Os resultados acentuam o elevado número de pessoas muito dependentes (66,7%) fato que coloca esta variável em posição de destaque no estudo da sobrecarga dos cuidadores, sendo um indicador do esforço que estes sofrem quer no aspecto físico quer no psicológico. Os resultados são distintos dos encontrados por Sequeira,(2010<sup>2</sup>). porque a população do estudo é mais jovem (60 e mais anos) e menos dependente e encontra-se realçada a dependência leve (44,6%), seguida da moderada (20,8%), da severa (14,9%) e a dependência total referida em 11,9% dos casos, sendo que na amostra, 7,9% dos idosos eram independentes. No estudo realizado por Torres *et cols* (2009) sobre a “*Funcionalidade familiar de idosos dependentes residentes em domicílios*”, composta por 117 idosos dependentes, os investigadores encontraram uma prevalência da dependência dos idosos nos níveis leve e moderado tendo também utilizando a Escala de Barthel.

Caldas (2003), citada por Araújo, Paúl & Martins (2010), descreve o termo “dependência”, na prática geriátrica, associado à “fragilidade” vista como uma

vulnerabilidade que a pessoa apresenta face aos desafios próprios do contexto onde está inserida. É um estado no qual se encontram as pessoas que, por razões ligadas à falta ou perda de independência, psíquica ou social, necessitam de assistência e ou ajuda de outra pessoa. As mesmas autoras ainda referem com base em dados do INE (2002) que a dependência não é uma circunstância nova, sempre houve pessoas dependentes, porém, presentemente, é um problema difícil por apresentar implicações sociais, económicas e políticas (p.46).

Fica realçado que a dependência na amostra deste estudo é uma variável que revela a vulnerabilidade dos idosos e que será analisada relativamente a sua influência na sobrecarga do cuidador.

Tabela nº 10 - Níveis de dependência funcional dos idosos de acordo com o género

Género	Feminino		Masculino		Total	
	n	%	n	%	n	%
Dependência total	23	51,2	9	37,5	32	46,4
Dependência severa	10	22,2	4	16,7	14	20,3
Dependência moderada	6	13,3	7	29,1	13	18,8
Dependência leve	6	13,3	4	16,7	10	14,5
<b>Total</b>	<b>46</b>	<b>100,0</b>	<b>23</b>	<b>100,0</b>	<b>69</b>	<b>100,0</b>

O género feminino, apresenta níveis de dependência mais elevados, sendo 73,4% encontram-se nos níveis de dependência total (51,2%) e severa (22,2%) enquanto que entre o masculino 54,2%, apresentam estes níveis de dependência total (37,5%) e severa (16,7%). Embora algumas diferenças nestas distribuições, os dados não permitem concluir que existam diferenças significativas entre homens e mulheres quanto ao grau de

dependência, uma vez que o valor de prova obtido no teste de independência foi superior a 0,05, o que não permite rejeitar a hipótese nula de independência.

Prevalece no género masculino as pessoas com dependência moderada com 29,1% e leve 16,7%, percentuais superiores aos do género feminino que representam tanto no nível de dependência moderada quanto no leve, o percentual de 13,3% ( respectivamente).

Constatamos que o número de mulheres é maior que o dos homens, representação que se verifica nos dados demográficos no Concelho de Santana.

Torres *et cols* (2009), no estudo realizado, não distinguem o nível de dependência por género, porém apresentam dados referentes aos níveis de dependência global na amostra com: 12,82% apresentavam dependência total, 10,26% dependência severa, 23,08% dependência moderada e 53,85% com dependência leve, demonstrando valores opostos ao encontrados em nosso estudo.

No entanto, os nossos resultados estão em consonância com os de Nogueira, Ribeiro *et cols* (2010), no estudo efetuado sobre “*Fatores determinantes da capacidade funcional em idosos longevos*”, realizado com 129 idosos com idade  $\geq 80$  anos no município de São Geraldo, Minas Gerais, onde analisaram a variável género, tendo verificado que a maioria dos idosos dependentes eram do género feminino ( 53,0%).

Para confirmar se o grau de dependência poderia estar associado à idade do idoso, utilizamos o teste de Kruskal-Wallis, para confirmar esta hipótese, pois a idade não apresentou uma distribuição normal na amostra desse estudo. Justificou-se a utilização da escala de dependência funcional segundo a idade, por ser a idade uma variável ordinal com elevada assimetria e a dependência apresentar cinco níveis. Entre os idosos classificados como tendo dependência severa, a idade variou entre 67 e 101 anos, sendo a mediana

igual a 79 anos; já entre os idosos com dependência total apenas a idade mínima sofre alterações, 66 anos, mantendo-se a mediana em 79 anos, apenas a idade mínima sofre alterações. Perante estes dados é compreensível que não se tenham identificado diferenças significativas na idade dos idosos pertencentes a estes quatro grupos em estudo ( $H=0,517$ ,  $\rho=0,915$ ) (Tabela nº 11). Os resultados da aplicação do teste evidenciam que não existiam diferenças significativas nos níveis de dependência funcional em função das idades dos idosos.

Tabela nº 11 - Níveis de dependência funcional de acordo com a idade do idoso

Grau de dependência funcional x Idade do Idoso					
Idade do Idoso	Dep. Total	Dep. Severa	Dep. Moderada	Dep. Leve	Total
Mínimo	66	67	71	72	66
Mediana	78,5	79,5	79,0	78,5	79
Máxima	101	91	92	101	101
Ordem média	33,48	35,25	35,73	38,55	
Nº de idosos	32	14	13	10	69
<b>Teste de Kruskal-Wallis</b>	H=0,517		GL=3		p = 0,915

No estudo de Torres *et cols* (2009), cuja amostra foi composta por 117 idosos, a média de idade encontrada foi de 80,79 anos, um pouco superior a encontrada em nosso estudo (79 anos).

## 5.2- Caracterização sociodemográfica do cuidador informal de idosos

- Género e faixa etária dos cuidadores

Neste subcapítulo são apresentadas as características demográficas dos cuidadores no que respeita ao género, idade; estado civil, escolaridade, entre outras.

Assim, 85,5% dos cuidadores são do género feminino, e apenas 14,5% do masculino. Quanto à idade, podemos constatar que ela varia entre 39 anos e 80 anos. Observa-se que a maioria (37,7%) se localiza entre 44-54 anos, seguindo-se o grupo dos com a idade entre 64-74 anos (26,1%) e os de 54-64 anos (17,4%). Os restantes grupos apresentam percentuais inferiores (tabela nº 12).

Tabela 12: Distribuição dos cuidadores informais segundo género e faixa etária

Faixa etária	Género do cuidador informal					
	Masculino		Feminino		Total	
	n	%	n	%	n	%
[34-44 [	1	1,45	4	5,8	5	7,2
[44-54 [	5	7,2	21	30,4	26	37,7
[54-64 [	-	-	12	17,4	12	17,4
[64-74 [	3	4,4	15	21,7	18	26,1
[ +74 anos [	1	1,45	7	10,2	8	11,6
<b>Total</b>	<b>10</b>	<b>14,5</b>	<b>59</b>	<b>85,5</b>	<b>69</b>	<b>100,0</b>

Ao analisarmos a tabela nº 12 podemos observar que os dados foram verificados em outros trabalhos como nos realizados por Cancian & Stacey (2000) e por Neno (2004), foi constatado que o cuidar estava maioritariamente associado ao género feminino, sendo o género o fator relevante no desempenho da função de cuidar. Encontramos em Martín, Paúl & Roncon (2000), Lage (2004) e Carvalho (2007), uma explicação para este papel ser desempenhado maioritariamente pelas mulheres pois na cultura ocidental e portuguesa as mesmas foram preparadas desde crianças para serem além de filhas, donas de casa, mães, esposas e cuidadoras. No que diz respeito ao género do cuidador, nossos resultados assemelham-se aos encontrados em outros estudos, como o realizado por Martin, Paúl &

Roncon (2000), Carvalho (2007) e por Romão, Pereira *et cols* (2008), cujos resultados demonstraram que o cuidador do género feminino predominava no ato de cuidar.

Quanto à idade, encontramos uma maior concentração de cuidadores com idades entre os 44-74 anos (81,2%). O nosso estudo apresenta cuidadores com outras faixas etárias que apresentam menor percentual. Ao comparamos com outros estudos realizados como o de Fernandes & Garcia (2009), as idades dos cuidadores apresentam-se diferentes dos nossos, pois encontravam-se entre os 41-60 anos (66,6%), dados equivalentes aos do estudo de Sequeira, 2010<sup>2</sup>). onde prevalecem as faixas etárias entre os 40 - 61 anos.

- Nível de escolaridade, nível sócio económico e estado civil

Na tabela nº 12, está apresentado o nível de escolaridade e verifica-se que 42,0 % dos cuidadores possuíam o 6º ano de escolaridade e que 24,6%, possuíam o 4º ano. Ressaltamos ainda que, 20,3%, são analfabetos e que há uma minoria que tem o 9º ano (7,2%) e o 12º ano (5,8%).

De acordo com a avaliação realizada através da Classificação Social de Graffar (anexo 10), determinou-se o nível socioeconómico dos cuidadores constando-se que prevalece o baixo nível com 59,4%, seguindo-se o médio com 37,7 % e o alto com um percentual muito reduzido 1,4%. Houve ainda um cuidador (1,4%) que recusou informar sobre seu nível sócio económico.

Sobre o estado civil, notamos que os cuidadores casados são a maioria, 59,4%, seguindo-se os solteiros com 29,0 %, e os viúvos com 8,7 %. Não quiseram responder, sobre seu estado civil, 2,9 % da amostra.

Tabela nº 13 - Distribuição dos cuidadores informais por nível de escolaridade, nível sócio-económico e estado civil

		n	%
<b>Escolaridade</b>	Não estudou	14	20,3
	até o 4º ano	17	24,6
	até o 6º ano	29	42,0
	até o 9º ano	5	7,3
	até o 12º ano	4	5,8
	<b>Total</b>	<b>69</b>	<b>100,0</b>
<b>Nível Sócio Económico</b>	Baixo	41	59,4
	Médio	26	37,8
	Alto	1	1,4
	Não responde	1	1,4
	<b>Total</b>	<b>69</b>	<b>100,0</b>
<b>Estado civil</b>	Casado	41	59,4
	Solteiro	20	29,0
	Viúvo	6	8,7
	Não quer responder	2	2,9
	<b>Total</b>	<b>69</b>	<b>100,0</b>

Realçamos que as baixas qualificações literárias prevalecem, e o número de analfabetos está de acordo com o nível sócio económico, situação que é também descrita por Martín, Paúl & Roncon (2000). Sequeira, 2010<sup>2</sup>). sintetiza que os cuidadores informais têm baixa escolaridade, que no momento se encontram sem atividade profissional e que têm uma boa relação com a pessoa cuidada (pp.258-259). O nível socioeconómico identificado na população do estudo de Marques (2005) faz sobressair os níveis baixo e médio, facto em consonância com os resultados encontrados no presente estudo Na pesquisa realizada por Pimenta *et al* (2009), na região do Porto, os cuidadores são maioritariamente constituídos por mulheres, com idade média de 55 anos, casadas, apresentam baixa escolaridade e têm ao seu encargo além da prestação de cuidados ao idoso, o cuidado do lar, como mãe de família (p.611). Martin, Paúl & Roncon (2000) e Marques (2005), no que diz respeito ao estado civil, apresentam resultados que se

aproximam aos do nosso estudo onde os casados são a maioria, seguidos dos solteiros e viúvos e com nível sócioeconómico entre o baixo e o médio.

- Relação cuidador informal com o idoso, tempo gasto a cuidar e etapa do ciclo vital do vivida pelo cuidador

No que diz respeito ao parentesco entre o cuidador informal e o idoso, a maioria é a filha (37,7%), seguido da esposa (18,8%), da sobrinha (7,2%) da irmã, nora e filho com 5,8% respectivamente. Ainda há sobrinhos cuidadores que representam 1,4%. Realçamos que existem 18,8% de cuidadores que não se enquadram nas situações anteriores de parentesco, podendo apenas ser amigos ou vizinhos que estão desempenhando a função de cuidador pela impossibilidade da família cuidar.

Quanto ao tempo durante o qual têm cuidado da pessoa, 37,7% fazem-na desde 1 a 4 anos, 24,6% entre 5 e 10 anos e com idêntico percentual os que cuidam há mais de 10 anos. Foram identificados 13,0% dos cuidadores que o são durante um período entre 6 meses e 1 ano.

A maioria, 72,5%, dedicava mais de 12 horas diárias aos cuidados, seguindo-se os que o faziam entre 5 a 12 horas (24,6%). São poucos (2,8%), os que dedicavam menos tempo ao cuidado, isto é entre 2 e 5 horas. Constatamos que 84,0% dos cuidadores não são remunerados para desempenhar a função e 16,0% são-no .

Quando questionámos sobre ter algum período de descanso no desempenho da função, como por exemplo férias, obtivemos a resposta negativa em 68,1% deles.

Analizamos seguidamente a etapa do ciclo vital do cuidador de acordo com a avaliação familiar e apercebemo-nos que 76,8 % se encontra na etapa do fim de vida, contudo, existem 18,8% das famílias de cuidadores com adolescentes, 2,9% na etapa de

encaminhamento de filhos e ainda 1,4% das famílias vivendo a formação de um novo casal. Podemos observar estes dados mais pormenorizados na tabela nº 13.

Tabela nº 14 : Variáveis de caracterização dos cuidadores informais

Variável		n	%
<b>Parentesco do cuidador</b>	Filha	26	37,7
	Esposa	13	18,8
	Nenhum parente, outra pessoa	13	18,8
	Sobrinha (o)	5	7,3
	Irmã (ão)	4	5,8
	Nora	4	5,8
	Filho	4	5,8
<b>Total</b>		69	100,0
<b>Tempo durante o qual cuida pessoa</b>	6 meses - a 1 ano	8	11,7
	1 a 4 anos	27	39,1
	5 a 10 anos	17	24,6
	mais de 10 anos	17	24,6
<b>Total</b>		69	100,0
<b>Horas gastas por dia no cuidar</b>	[2 - 3 h[	1	1,4
	[3-5 h[	1	1,4
	[5 -12 h[	17	24,6
	[ + 12 h[	50	72,5
<b>Total</b>		69	100,0
<b>Remuneração pela função</b>	Sim	11	16,0
	Não	58	84,0
<b>Total</b>		69	100,0
<b>Período de férias / descanso</b>	Sim	22	31,9
	Não	47	68,1
<b>Total</b>		69	100,0
<b>Etapas do ciclo vital da família do cuidador</b>	União das famílias pelo casamento do novo casal	1	1,4
	Famílias com adolescentes	13	18,8
	Encaminhamento dos filhos, saída de casa	2	2,9
	Famílias no fim de vida	53	76,8
<b>Total</b>		69	100,0

Os dados encontrados no presente estudo colocam como cuidadoras as filhas em primeiro lugar seguindo-se as esposas as quais apresentam posição inversa nos estudos

realizados por Brody, Litvne & Hoffman (1994), Martin, Paúl & Roncon (2000), Neno (2004) e Sequeira, 2010<sup>2</sup>), onde em geral as esposas são referidas como principais cuidadoras, seguidas pelas filhas. No mesmo sentido Mendes (1995), citado por Caldas (2000), refere que em geral a maior frequência dos cuidadores são os cônjuges seguindo-se os filhos que cuidam dos pais. Os filhos apenas surgem como cuidadores quando não existe possível cuidador do género feminino (Brody, Litvne & Hoffman, 1994; Neno, 2004), embora não possamos afirmar que os filhos são cuidadores por faltar mulheres para cuidar, eles surgem com mais baixo percentual. No presente estudo existe um elevado percentual de pessoas cuidadoras sem ligação parental com o ser cuidado que é uma situação distinta da encontrada no estudo de Neno (2004). Imaginário (2008) seus as sobrinhas com o maior percentual dos cuidadores. Sequeira, 2010<sup>2</sup>), constata que os cuidadores informais apresentam um grau de parentesco com o idoso dependente o que reforça a ideia que a responsabilidade pelo cuidar recai em geral sobre os parentes mais próximos (p.257). No âmbito da preparação/discussão do Plano Nacional de Saúde 2012-2016 pelo Alto Comissariado da Saúde, do Ministério da Saúde de Portugal, o item IV releva nos objetivos para o Sistema de Saúde a importância de promover um contexto favorável à saúde, ao longo do ciclo de vida dando relevância a intervenção integrada e continuada onde inclui o papel dos cuidadores primários colaborando com os profissionais de saúde na promoção à saúde, prevenção de riscos e melhoria das condições de saúde em todas as fases da vida, desde o nascimento até a morte.

Despender mais tempo no cuidado aos idosos dependentes, poderá conotar-se com sofrimento, penalizando o cuidador principal. Situação que se reforça quando os cuidadores não têm período de férias ou de descanso e também são idosos e doentes. Estes factores juntos revelam as prováveis dificuldades na gestão do *stress*. É assim que entendem Vilaça *et al.*(2005), quando sugerem o acompanhamento e apoio do cuidador

informal por parte dos profissionais de saúde, por ser fundamental apoiar as mudanças ocorridas na dinâmica da vida deste cuidador. Pimenta *et al* (2009), revelaram que 73%, dos cuidadores desempenhavam a função permanentemente, com mais de 5 horas diárias, nas actividades de cuidado direto, como cuidados de higiene, alimentação, entre outros (p.611) o que também se encontra no estudo que ora apresentamos.

Reconhecemos também que a crise mundial, faz aumentar a taxa de desemprego e Portugal vem sendo marcado pelo empobrecimento da classe média, ao mesmo tempo que os salários não são suficientes para cobrir as despesas da maioria das famílias. Um fato que chama a atenção é que os idosos passam a ter mais necessidades de apoio no domicílio e as famílias não podem fazê-lo diretamente, por terem que trabalhar. Com alguma frequência recorreram à emigração e para não abandoná-los decidem solicitar apoio de outros, retribuindo pelo desempenho desse papel, situação que foi referida por 10,1% dos cuidadores.

No que diz respeito a etapa do ciclo vital, vivenciada pelas famílias com idosos dependentes encontramos uma situação distinta da referida por Araújo, Paúl & Martins (2010) onde as famílias em primeiro lugar viviam a etapa de encaminhamento de filhos, e só depois a do fim de vida. A referenciação da etapa do ciclo vital familiar, é importante porque representa um conjunto de eventos calculáveis que acarretam modificações e ajustamentos da estrutura familiar, nas diversas etapas que vivem. Muitas vezes conflituam os interesses dos vários elementos da família sobretudo quando é muito intensa a solicitação do idoso dependente, facto que é susceptível de criar tensão no cuidador e na família.

- Razões para ser cuidador informal do idoso dependente

As razões porque os cuidadores cuidam de seu familiar, são mostradas na tabela nº 15, destacando-se que a relação familiar de parentesco entre o cuidador e o idoso, é predominante, fato que representa 81,2% da amostra. Cuidam porque os idosos são pai ou mãe 40,6%, porque é parente (23,2%), marido ou esposa (17,4%), por referir ser o seu “trabalho”, por gostar de ajudar (10,1%), porque os demais membros da família não podem (4,3%), por achar que “devo realizar essa actividade por tudo que ele (a) já fez por mim” (2,9%) e finalmente, porque tem pena e não tem mais ninguém para cuidar (1,4%). Podemos em contrapartida observar que 18,8% dos cuidadores não têm laços familiares, pelo que cuidarem dos idosos é explicado por diversos motivos como por exemplo o reconhecimento de ter sido cuidado anteriormente por eles (2,9%) quando seus pais emigraram sendo as afillhadas que o fazem.

Tabela nº 15: Razões que levam os cuidadores informais a desempenhar essa função

<b>Razões para cuidar</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
Porque ele é meu pai/ mãe	28	40,6
Porque é meu parente	16	23,2
Porque é meu esposo/ esposa	12	17,4
Porque é meu “trabalho” e gosto de ajudar os necessitados	7	10,2
Porque os demais membros da família não podem	3	4,3
Porque acho que devo realizar essa actividade por tudo que ele(a) já fez por mim	2	2,9
Por que tenho pena e não tem mais ninguém para cuidar	1	1,4
<b>Total</b>	<b>69</b>	<b>100,0</b>

Quando analisamos as razões para cuidarem podemos observar que o vínculo parental, com base em laços sanguíneos, predomina com um percentual de 63,8%, seguidos dos laços conjugais com 17,4%, assim sendo podemos observar que as razões

para cuidar por ser um membro da família do idoso dependente, são a maioria correspondendo a 81,2%. O reconhecimento por já ter sido cuidado por alguém, sem contar com a sensibilidade de se doar ajudando aos necessitados, além de situações onde as famílias não podem e de alguma forma, o desempenho dessa função traz um retorno (quer seja financeiro ou através de outras recompensas como cabazes de alimentação), também existem representando uma parcela menor (18,8%). O lugar de cuidador é, no estudo de Marques (2005), ocupado pelas esposas, provavelmente haverá influência das características da amostra estudada, concretamente ser mais jovem e ter um equilíbrio no rácio de homens e mulheres. Sequeira, 2010<sup>2</sup>), apresenta, as seguintes razões para cuidar: iniciativa própria, por decisão familiar ser a única pessoa que podia cuidar, por solicitação do próprio idoso dependente (p.160). Para além da relação familiar, Martin (2005), citado por Sequeira (2010<sup>b</sup>,p.160), afirma que existem mais três razões básicas para o desempenho da função de cuidador informal: viver na mesma residência, o género (do cuidador e da pessoa cuidada) e as condicionantes relativas aos descendentes.

Marques (2005) refere que há muitos cuidadores informais que não contam com apoio de outras pessoas e outros que partilham a responsabilidade com os irmãos, referindo que este fator poderá ser positivo na redução dos fatores stressores. Diversos estudos realizados, sobre a temática (Almeida,2005; Orso,2008) constataam que o cuidador informal em geral é um familiar próximo ou uma pessoa que tem alguma ligação de amizade. Este resultado é também o do nosso estudo onde os motivos para cuidar são mediados pela relação familiar sendo o mesmo apontado por Marques (2005).

Apesar de ser inferior o número de cuidadores não familiares na RAM e nas zonas rurais, confrontamo-nos com fenómenos de emigração das gerações adultas e mais jovens segundo o Plano Gerontológico da RAM 2009-2013, o que faz prever que haja mudanças no perfil dos cuidadores no futuro pela não presença de filhos próximos dos mais idosos.

Imagínario (2008) também encontra esta situação apontando como razões o idoso não ter mais ninguém para cuidá-lo seja por falta de familiares ou indisponibilidades dos mesmos para a função.

Encontramos no contexto social e económico atual motivos para situações contraditórias como a de haver necessidade de cuidar dos parentes e terem de trabalhar para ganhar o sustento da vida embora o desemprego possa criar uma oportunidade para ser cuidador .

Reconhecemos também que a crise mundial, faz aumentar a taxa de desemprego e o nosso país vem sendo marcado pelo empobrecimento da classe média, ao mesmo tempo em que os salários não são suficientes para cobrir as despesas da maioria das famílias. Um facto que chama a atenção é os idosos passarem a ter mais necessidades de apoio no domicílio e as famílias não poderem apoiá-los diretamente, por terem uma ocupação laboral.

- Apoios recebidos da Rede Social

Quando questionamos o cuidador sobre a existência de apoio da rede social, 52,2% afirmam recebê-lo. Em primeiro lugar surge em 55,6% dos casos, o apoio de outro cuidador informal que não é identificado por relações familiares e maritais, seguindo-se os que recebem apoios de familiares diretos e cônjuges (44,4%).

De acordo com os inquiridos, o apoio da rede formal é recebido por 95,6% dos cuidadores. A maioria, 83,3%, informa, receber o apoio dos Enfermeiros e apoio domiciliário, além de 16,7%. dos cuidadores informais contarem apenas com a equipe de enfermagem. Há cuidadores que já solicitaram apoio para algum tipo de serviço 61,0% do

qual, 66,6% do Centro de Segurança Social da Madeira, 14,3% do Centro de Saúde e do Centro de Segurança Social da Madeira, 9,5% apenas do Centro de Saúde e 4,8% à Câmara Municipal de Santana. O Centro de Segurança Social da Madeira é a entidade que mais apoia nas situações (75,3%), sob a forma de ajuda domiciliária para os cuidados de higiene, 55,8%, com apoio pecuniário à terceira pessoa, 9,6%, e ainda em fraldas ou na combinação de ajudas (aquisição de medicamentos, fraldas, cuidados de higiene e lavagem de roupas), em percentagens mais pequenas.

As maiores dificuldades apontadas são económicas (89,1%) para a compra da medicação, de fraldas e de alimentação. Houveram 8,7% dos cuidadores que referiram ainda não contar ainda com apoio para a higiene pessoal, porém já começam a perceber a necessidade de solicitá-lo.

O cuidador informal que concilia outras funções com aquela, refere que essa condição de dependência do idoso e as necessidades de cuidados, pode interferir diretamente na dinâmica familiar e na vida social, criando impacto financeiro, que se acompanha de sensação de peso e/ou sobrecarga e o incómodo em desempenhar determinadas funções.

Podemos observar a situação descrita pormenorizadamente na tabela nº 16.

Tabela nº 16: Apoios recebidos para desempenhar a função de cuidador informal

		n	%
Conta com apoio de outra pessoa ?	Sim	36	52,2
	Não	33	47,8
<b>Total</b>		<b>69</b>	<b>100,0</b>
Se sim, quem ?	Outro cuidador informal	12	33,3
	Filhas do idoso dependente	8	22,2
	Filhos do idoso dependente	5	13,8
	Irmãs da cuidador a / cuidador	4	11,1
	Esposo / esposa do idoso	2	5,6
	Esposo da cuidador a	1	2,8
	Filhos da cuidador a	1	2,8
	Vizinhos/ amigos	1	2,8
	Sobrinhos do idoso dependente	1	2,8
	Não responde	1	2,8
<b>Total</b>		<b>36</b>	<b>100,0</b>
Conta com apoio formal ?	Sim	66	95,6
	Não responde	3	4,4
<b>Total</b>		<b>69</b>	<b>100,0</b>
Se sim, que apoio ?	Enfermeiros + apoio domiciliário	55	83,3
	Enfermeiros	11	16,7
<b>Total</b>		<b>66</b>	<b>100,0</b>
Já solicitou apoio para algum serviço	Sim	42	61,0
	Não	27	39,0
<b>Total</b>		<b>69</b>	<b>100,0</b>
Se sim, qual ?	Segurança Social	28	66,6
	Centro de Saúde + Segurança Social	6	14,3
	Centro de Saúde	4	9,5
	Câmara Municipal de Santana (CMS)	2	4,8
	Centro de Saúde + Segurança Social + CMS	2	4,8
<b>Total</b>		<b>42</b>	<b>100,0</b>
Recebe apoio da Segurança Social ?	Sim	52	75,3
	Não	17	24,7
<b>Total</b>		<b>69</b>	<b>100,0</b>
Se sim qual ?	Cuidados de higiene	29	55,8
	Apoio a 3ª pessoa	5	9,6
	Cuidados de higiene+ alimentação	4	7,7
	Fraldas	4	7,7
	Fraldas + Cuidados de higiene	4	7,7
	Medicação	3	5,8
	Fraldas+ Medicação+ Cuidados de higiene	2	3,8
	Fraldas + Cuidados de higiene +lavagem de roupa + alimentação	1	1,9
<b>Total</b>		<b>52</b>	<b>100,0</b>
Outras Observações	Dificuldade económica para medicação	18	39,1
	Dificuldade económica para fraldas e medicação	14	30,4
	Dificuldade económica para fraldas	8	17,4
	Começa a sentir necessidade apoio para cuidados de higiene	4	8,7
	Dificuldade económica para alimentação	1	2,2
	Recusa apoios	1	2,2
<b>Total</b>		<b>46</b>	<b>100,0</b>

Na amostra verificamos que a maioria das pessoas identifica e usa recursos, o que é distinto do que vem referido por diversos autores quando dizem que o cuidador informal muitas vezes desconhece os recursos comunitários a que tem direito, e acaba por se manter isolado, sofrendo sozinho.

Parece-nos que a amostra reflete o fato do Concelho de Santana ter identificados os idosos dependentes e eles fazem parte da lista de utentes do Centros de Saúde, e as ajudas materiais serem de mais fácil identificação pelos cuidadores e idosos e também mais fáceis de gerir. No entanto, devemos manter atenção nas necessidades de âmbito mais psicológico dos cuidadores e dos idosos por serem mais difíceis de diagnosticar, mas revelam seu efeito pernicioso a longo prazo, levando à exaustão, e interferindo na relação cuidador – ser cuidado. O cuidador formal deverá estar atento às necessidades expressas, muitas vezes, sem que haja informação verbal. Salienta-se a importância do relacionamento e disponibilidade do profissional de saúde em colaborar, percebendo essas necessidades, contactando entidades comunitárias e desta forma cooperando na minimização das situações stressoras que poderão advir do desempenho da função.

Permanecer em contexto familiar é sustentado pela existência de uma rede e apoio sociais que devem cooperar, interligando-se (Araújo, Paúl & Martins, 2010). Schlosser & Crossetti (2008), também mencionam que devido à falta de tempo para se dedicar ao cuidado dos idosos dependentes, muitas vezes relacionadas com situações diversas como por exemplo as necessidades laborais, além da carência de ter com quem deixar o idoso nomeadamente, não contando com apoio de outros elementos da família, o cuidador informal deverá ter consciência das suas necessidades percebendo a importância de solicitar os devidos suportes e ajudas, sendo fundamental o papel de alguns intervenientes, como o dos cuidadores formais. Estes devem sensibilizar o cuidador para solicitar apoios quando necessitem em prol da melhor assistência possível ao idoso.

Com base na revisão da literatura e na nossa experiência acreditamos ser fundamental dispor de uma rede social de apoio bem como ter acesso a um conjunto de recursos fundamentais para a qualidade de vida dos idosos e dos cuidadores..

Os cuidadores informais contam com apoio para o desempenho das funções, incluindo o de outros cuidadores não familiares. Romão & Pereira (2008), em seu estudo sobre os “*Cuidadores informais de idosos: conhecer os colaboradores da SCML*”, apresentam valores mais elevados no apoio de outra pessoa, do que dos filhos e dos irmãos. O apoio da rede formal é uma realidade e os Enfermeiros destacam-se assim como o apoio domiciliário, onde se realça a ajuda nos cuidados de higiene, situação reveladora das precárias condições das pessoas idosas dependentes, contribuindo para o alívio na carga física dos cuidadores. Encontramos no estudo de Pimenta *et al* (2009), o oposto revelando que 66% dos cuidadores não contavam com apoios sendo os únicos a desempenharem todos os cuidados ao idoso dependente, situação partilhada por Cruz, Lechetta e Wachholz (2009), que no estudo realizado encontraram 90% dos cuidadores que não contavam com apoios formais.

Os resultados do presente estudo permite-nos considerar que o apoio da rede formal, pode desempenhar um papel de alívio para os cuidadores, no Concelho de Santana.

De acordo com o baixo nível sócio económico da maioria dos cuidadores da amostra, inserem-se os pedidos de apoio em espécie e pecuniário, representam estas dificuldades sentidas pelos cuidadores. Romão & Pereira (2008), realçam ainda outros tipos de apoio que apresentam valores elevados representado por amigos ou vizinhos com 47%, seguidos da esposa/esposo e dos filhos do idoso dependente com valores iguais 21% (respectivamente) e de 11% correspondendo a outras pessoas sem vínculo familiar.

Verificamos que a maioria dos cuidadores deste estudo solicita e conta com apoios de

cariz social e de saúde. São ajudas em áreas elementares o que supõe dificuldades das famílias no âmbito económico e para alívio da carga física nomeadamente para os cuidados íntimos ao idoso.

Possivelmente a situação de crise e a tentativa de cortes nos apoios e subsídios, por parte do Centro de Segurança Social da Madeira deixa as pessoas em situação de maior fragilidade, sejam idosos dependentes, sejam os cuidadores que se confrontam com a vontade de garantir qualidade de vida aos familiares. Devido à grande relevância da questão os inquiridos verbalizaram ser os problemas financeiros os que os preocupavam pela impossibilidade de comprar medicamentos, fraldas, além de muitas vezes terem de ser adquiridos conjuntamente.

Essas dificuldades poderão tornar-se uma situação de risco grave, por ser frequente a polipatologia crónica associada, que implica um maior dispêndio financeiro para a compra da medicação, que quando não consumida, poderá agravar a doença, para além de ter implicações também na alimentação. De acordo com o estudo de Schossler & Crossetti (2008,p.285), “*os cuidadores informais necessitam da participação da família nos cuidados para consigo e com o idoso*”, sendo essa percepção sentida também em nosso estudo.

- Patologias e condições mórbidas mais referidas que afetam os idosos dependentes

Questionamos aos Enfermeiros de Família e aos cuidadores sobre as patologias das pessoas dependentes e observamos que a doença da pessoa cuidada poderá ser um fator agravante na saúde dos cuidadores (Garrido & Menezes, 2004; Figueiredo, Lima & Sousa, 2008; Torres *et cols*, 2009). Podemos observar analisando a tabela nº 16 que o número de respostas sobre as patologias que mais afetam os idosos, apresentam um somatório com

valores superiores ao número total da amostra de 69 idosos dependentes, justificando-se essa situação por haver idosos com mais de uma patologia associada. Relativamente às situações mórbidas mais referidas como afetando os idosos, as Demências surgem com 26,0%; a Hipertensão Arterial com 21,0%; a Diabetes Mellitus com 17,4%; o AVC com 15,1%; Problemas de Acuidade Visual com 8,1%; a Doença de Parkinson com 3,5%, assim como as Neoplasias e os Problemas Respiratórios com respetivamente 2,3% de referências, as Doenças Degenerativas e a Hipocoagulação com 1,2%. Há ainda 2,3 % de referências à situação de Paraplegia. Verifica-se desta forma que há doenças do foro neurológico mas também cardio- cérebrovascular e neoplásicas a que correspondem processos de evolução para a incapacidade e dependência dado o seu carácter crónico e progressivo. A co-morbilidade é uma realidade, o que reforça ainda mais a situação de dependência pois algumas das doenças têm na sua origem outras, de carácter crónico como por exemplo a HTA e a diabetes que concorrem para os AVCs.

Tabela nº 17: Patologias/ Situações mórbidas que mais referidas como afetando os idosos dependentes

<b>Patologias /situações mórbidas referidas</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
Demências	22	26,0
Hipertensão Arterial	18	21,0
Diabetes Mellitus	15	17,4
AVC	13	15,1
Problemas Visuais	7	8,1
Parkinson	3	3,4
Neoplasias	3	3,4
Paraplegia	2	2,3
Problemas Respiratórios	1	1,1
Doenças Degenerativas	1	1,1
Hipocoagulação	1	1,1
<b>Total</b>	<b>86</b>	<b>100,0</b>

Os resultados revelam que as demências têm um papel cimeiro o que está de acordo com o tipo de dependência revelada pelos sujeitos idosos e vai na senda do que está previsto serem as prevalências das doenças nas sociedades envelhecidas (ONU, 2002,;Habib, 2003; Phaneuf, 2010).

Damos realce às Demências que tendem a apresentar prevalências elevadas o que está confirmado no estudo sobre demências realizado pela Associação Alzheimer Europe (2009), no qual a prevalência da Demência na União Europeia, é maior quanto mais avançada for a idade, aumentando espontaneamente a partir dos 75 anos. Sendo o aumento significativo desta patologia, nas fases mais severas e moderadas (6,7% do género feminino e 5,0% do masculino), de acordo com a evolução da faixa etária, afetando mais as pessoas com 95-99 anos. As Demências por serem patologias degenerativas e progressivas, não devem levar obrigatoriamente a um quadro de sofrimento generalizado, sendo possível conviver com elas, sobretudo quando temos apoios para oferecer aos cuidadores, para que consigam desenvolver estratégias de enfrentamento das dificuldades e os desafios que a doença lhes impõe (Cruz, Lecheta *et cols*, 2009; Phaneuf, 2010).

Outros resultados do nosso estudo estão em consonância com os de pesquisa efetuada por Torres *et cols* (2009), que realçou a alta prevalência de doenças, 93,2%, entre os quais com lugar de relevo a Hipertensão Arterial, o Acidente Vascular e ainda os problemas ósseos (que não foi verificado no nosso estudo). Tal fato pode talvez ser explicado pela maioria ser constituída por idosos com dependência total e severa e terem muitas limitações na mobilidade e na comunicação. A morbidade dos idosos é referida em muitos estudos entre os quais o de Pimenta *et al* (2009), que também identificaram situações de co-morbidade. Mendes *et al* (2010), citando Potter e Perry (2002) dizem que, aproximadamente 80% das pessoas adultas com mais de 65 anos, têm pelo menos, um

diagnóstico de doença crónica (p.409). Em estudos realizados na RAM sobre a saúde mental dos idosos (Fragoeiro,2008) e sobre a funcionalidade das populações com 55 e mais anos (Reis, 2011) foram verificadas altas prevalências de doença bem como a co-morbilidade de duas a mais doenças numa amplitude até oito doenças (98,1% e 68,0%) respectivamente.

No estudo realizado por Kalache (2004), e referido no decorrer da Conferência Mundial sobre o Envelhecimento realizada em Genebra, foi relatado que o envelhecimento da população seria acompanhado do aumento de patologias crónicas não transmissíveis como as cardiovasculares, diabetes, doença de Alzheimer e outros problemas mas relacionados com afeções mentais, que ocorrem mais comumente com o avançar da idade, além do cancro, neuropatias e problemas locomotores.

Mendes *et al* (2010), justificam com os estudos realizados por Mascarenhas, Barros & Carvalho (2006), que a ascensão da expectativa de vida e a presença de doenças crónicas e degenerativas acarretam o aumento dos idosos que se tornam dependentes necessitando de auxílio nas AVDs (p.409).

Nestas situações de co-morbilidade, além de problemas específicos decorrentes da doença propriamente dita, realça-se a possível interferência financeira nos gastos familiares, devido a polimedicação. O aspecto financeiro foi referido, como uma dificuldade e por isso um dos factores stressores do cuidador e da família, refletindo-se diretamente na impossibilidade de aquisição de produtos e serviços para oferecer melhores condições ao idoso dependente, e minimizar o esforço físico do cuidador .

Quando inquiridos sobre o grau de dependência dos idosos, 67,0% dos cuidadores consideraram que a dependência era total e 33,0% consideraram que o idoso apresentava dependência parcial.

Tabela nº 18: Tipos de doença dos idosos e nível de dependência

	<b>Tipo de patologia</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
Tipo de doença	Crónica	67	97,1
	Não responde	2	2,9
Nível de dependência	Total	46	67,0
	Parcial	23	33,0

A tabela nº 18, tem como objetivo elucidar os tipos de doenças e o nível dependência dos idosos. No aspecto das doenças observamos que 97,1% dos idosos apresentam doenças crónicas. Relativamente aos níveis de dependência é importante referir que os valores obtidos na dependência total (67%) e na parcial (33,0%), foram dados colhidos quando inquirimos os cuidadores sobre a percepção do nível de dependência do idoso. Após este momento foi aplicada a escala de Barthel modificada cujo resultado mostra os quatro níveis de dependência funcional, sem haver nenhum caso de independência (estes dados encontram-se descritos mais pormenorizadamente quando apresentamos os resultados da Escala de Barthel modificada).

### **5.3- Influência da dependência dos idosos no cuidador informal**

As atividades do cuidador informal de idosos dependentes passam a ser introduzidas na rotina diária da vida de quem desempenha essa função, muitas vezes árdua e difícil, por terem a esta associadas diversas atividades da rotina doméstica. Desta feita passaremos a descrever como o cuidador informal percebe a função através do nível de satisfação, da verbalização das dificuldades no lidar com as necessidades dos idosos e das estratégias de *coping* desenvolvidas para minimizar as situações stressoras.

Com o intuito de perceber que variáveis influenciam o cuidador informal nessa atividade, cruzaram-se diversas variáveis que aferem a percepção do cuidador sobre a sobrecarga. Apresentamos os resultados da aplicação de cada escala, e os coeficientes de correlação existentes entre as dimensões das escalas e destas com a escalas global, e, finalmente avaliamos a existência de correlação entre os resultados obtidos em cada escala e suas dimensões com o grau de dependência do idoso

### 5.3.1 - Satisfação do cuidador no desempenho de suas funções (CASI)

A prática de cuidados no domicílio por familiares dos idosos é na atualidade uma alternativa frequente na atenção à população idosa, pois traz como ponto positivo o facto de que este suporte (amor, afeto, preocupação e assistência) tende a reduzir os efeitos negativos do stresse na saúde mental do idoso dependente. Entretanto, podem existir resultados negativos desse suporte em função da excessiva necessidade de assistência ou dependência do idoso, em relação as poucas pessoas que ajudam. A satisfação no desempenho desta função pode ser considerada como um fenômeno complexo, por se tratar de um estado subjetivo, que varia segundo as expectativas, valores e desejos de cada indivíduo em diferentes momentos e das circunstâncias ambientais envolventes. Ela pode afetar a saúde física e mental do cuidador, interferindo em seu comportamento profissional e/ou social.

A tabela nº 19, mostra os coeficientes alpha de Cronbach obtidos e confirmam que o instrumento utilizado apresenta uma boa consistência interna, quer ao nível das categorias, quer ao nível das subcategorias. O coeficiente *alpha de Cronbach* obtido para a escala global foi de 0,975, superior ao observado por Sequeira, 0,92. Avaliando a qualidade da escala ao nível das subescalas, Sequeira registou *alpha de Cronbach* igual a

0,80 para as fontes de satisfação relacionadas com a dinâmica interpessoal e o prestador de cuidados e alvo destes cuidados e na amostra esse valor foi de 0,906. Também o coeficiente de consistência interna observada na amostra para as fontes de satisfação relacionadas com a dinâmica interpessoal e intrapsíquica foi superior ao registado no estudo de Sequeira (0,80). Finalmente a amostra resultou num coeficiente *alpha de Cronbach* igual a 0,899 nas Fontes de satisfação relacionadas com a dinâmica dos resultados superior ao 0,78 registado por Sequeira. Em suma os coeficientes de consistência interna obtidos no estudo foram superiores aos do estudo de referência, mas notamos que a ordem destes coeficientes quer na nossa amostra quer no estudo de Sequeira. Isto é das três categorias, o maior coeficiente alpha de Cronbach foi observado nas Fontes de satisfação relacionadas com a dinâmica interpessoal e intrapsíquica, seguido das categoria Fontes de satisfação relacionadas com a dinâmica interpessoal e o prestador de cuidados e alvo destes cuidados e por último as Fontes de satisfação relacionadas com a dinâmica dos resultados

Tabela nº 19 - Coeficiente de *Alpha de Cronbach* da escala e dimensões CASI

		Alpha de Cronbach	Nº de Items	Alpha de Cronbach	Nº de Items
<b>CASI Global</b>		,975	30	-	-
Fontes de satisfação relacionadas com a dinâmica interpessoal e o prestador de cuidados e alvo destes cuidados	Prestador de cuidados como principal beneficiário	,727	3	,906	9
	Pessoa dependente como principal beneficiário	,949	3		
	Benefício mútuo	,714	3		
Fontes de satisfação relacionadas com a dinâmica interpessoal e intrapsíquica	Prestador de cuidados como principal beneficiário	,927	7	,953	14
	Pessoa dependente como principal beneficiário	,639	2		
	Benefício mútuo	,815	5		
Fontes de satisfação relacionadas com a dinâmica dos resultados	Prestador de cuidados como principal beneficiário	,693	2	,899	7
	Pessoa dependente como principal beneficiário	,869	5		

Globalmente, a escala de satisfação é constituída por trinta itens agrupados em três categorias e varia entre 30 e 120 pontos, pois resulta da soma das pontuações obtidas nos itens que a compõem, desta forma o ponto central da escala é o valor 75 (quanto maior a pontuação maior a satisfação) que será utilizado como referência para comparar com os resultados obtidos da mesma escala numa amostra que apresentou o 42 como o valor mínimo e 120 o máximo. A pontuação média observada na escala *CASI global* foi de 101,7 (DP 19,3) superior a 75,0 o que reflete níveis superiores ao ponto central da escala, isto é, os cuidadores tendem a sentir-se satisfeitos com as funções que desempenham.

A análise feita representa os resultados nas subcategorias *Fontes de satisfação relacionadas com a dinâmica interpessoal e o prestador de cuidados e alvo destes cuidados*, variam entre 3-12 pontos o que significa que o ponto central é 7,5 e em todas as três dimensões o valor da mediana e da média foram superiores, podemos afirmar que os cuidadores da amostra se encontravam satisfeitos com os aspectos referidos na dimensão. Particularmente é interessante observar que médias um pouco mais altas nas situações em que o dependente ou ambos são beneficiários. Esse apoio pode apresentar-se, por exemplo, nas atitudes positivas que não imponham a sobrecarga, muito pelo contrário, visando um modelo participativo, com envolvimento ativo nos processos educativos, permanentes, na interdisciplinaridade para se obterem respostas às fontes de satisfação relacionadas com as diversas dinâmicas implícitas nesta questão.

Relativamente à categoria *Fontes de satisfação relacionada com a dinâmica interpessoal e intrapsíquica* os pontos centrais variam, pelo que cada subcategoria é avaliada individualmente. Na subcategoria, *prestador de cuidados como principal beneficiário*, varia de 7-28 pontos, o que significa que o ponto central é 17,5, e relativamente à satisfação a média observada é de 23,2 (DP 5,2) o que mostra elevada homogeneidade pois o desvio padrão é pequeno quando comparado com a média pelo que

é possível afirmar que existe um nível de satisfação elevado nesta dimensão. Verifica-se o mesmo também para a satisfação quando a *pessoa dependente é o principal beneficiário*, varia de 2-8 pontos, o que significa que o ponto central é 5,0 uma vez que os valores da média 7,0 (DP 1,3) e mediana (7,0) são próximos do máximo da escala (8,0). Finalmente nas situações onde *o benefício é mútuo*, varia de 5-20 pontos, e apresenta o ponto central é 12,5, a média 17,3 encontra-se próxima do valor máximo (20,0) que a escala pode assumir, indicando um elevado nível de satisfação. Relativamente às *Fontes de satisfação relacionadas com a dinâmica de resultados onde o prestador de cuidados é o principal beneficiário*, varia de 2-8 pontos (com o ponto central, 5,0) com uma média de 6,5, a mediana 7,0 (DP 1,6), podemos notar que estes valores são ligeiramente inferiores às dimensões anteriores supondo que nesta já se verifica alguma fonte de insatisfação. Quando o *beneficiário é a pessoa dependente* a escala varia entre 5-20 com ponto central de 12,5 e uma média de 17,1 e mediana de 19,0 (DP 3,5) conotando uma satisfação no cuidar quando o dependente é o principal beneficiário.

Podemos observar a descrição destes dados na tabela nº 20, a seguir.

Tabela nº 20 - Fontes de satisfação dos cuidadores informais (escala CASI)

Satisfação dos cuidadores (CASI Global)	Limites da escala	n	M	DP	Min	Med	Máx
Fontes de satisfação relacionadas com a dinâmica interpessoal e o prestador de cuidados e alvo destes cuidados :Prestador de cuidados como principal beneficiário	3-12	69	9,5	2,6	3,0	9,0	12,0
Fontes de satisfação relacionadas com a dinâmica interpessoal e o prestador de cuidados e alvo destes cuidados: Pessoa dependente como principal beneficiário	3-12	69	10,7	1,9	3,0	12,0	12,0
Fontes de satisfação relacionadas com a dinâmica interpessoal e o prestador de cuidados e alvo destes cuidados: Benefício mútuo	3-12	69	10,2	1,8	5,0	10,0	12,0
Fontes de satisfação relacionadas com a dinâmica interpessoal e intrapsíquica: Prestador de cuidados como principal beneficiário	7-28	69	23,2	5,2	7,0	25,0	28,0
Fontes de satisfação relacionadas com a dinâmica interpessoal e intrapsíquica: Pessoa dependente como principal beneficiário	2-8	69	7,0	1,3	2,0	7,0	8,0
Fontes de satisfação relacionadas com a dinâmica interpessoal e intrapsíquica :Benefício mútuo	5-20	69	17,3	3,1	8,0	18,0	20,0
Fontes de satisfação relacionadas com a dinâmica de resultados: Prestador de cuidados como principal beneficiário	2-8	69	6,5	1,6	2,0	7,0	8,0
Fontes de satisfação relacionadas com a dinâmica de resultados: Pessoa dependente como principal beneficiário	5-20	69	17,1	3,5	6,0	19,0	20,0
<b>CASI TOTAL</b>	30-120	69	101,7	19,3	42,0	110,0	120,0

Quisemos verificar a existência de relações entre as subcategorias da escala de satisfação (CASI) recorrendo ao coeficiente de Spearman para verificar a tendência dessa relação.

Existem correlações positivas e significativas entre as subcategorias da escala de satisfação (CASI) (tabela nº 19), podemos observar que existe uma correlação forte entre a satisfação global e cada uma das subcategorias.

É de notar as seguintes correlações positivas e significativas:

- Os maiores coeficientes de correlação foram observados nas *Fontes de satisfação relacionadas com a dinâmica dos resultados* quando o *principal beneficiário é a pessoa dependente*, e *Fontes de satisfação relacionadas com a dinâmica interpessoal e intrapsíquica: Pessoa dependente como principal beneficiário* o que significa que cuidadores com valores elevados/baixos nesta subcategoria, tendem a apresentar valores elevados/baixos nas restantes subcategorias, em termos gráficos, estas correlações resultam em distribuições conjuntas aproximadas de uma linha com declive positivo. ( $\rho=0,938$   $p<0,001$ ). Então, podemos dizer que as pessoas que têm mais satisfação nas *fontes relacionadas com a dinâmica dos resultados* quando o *principal beneficiário é a pessoa dependente* tendem a ter satisfação em todas as subescalas da satisfação
- Também se observaram coeficientes de correlação positivos, elevados e significativos na dimensão das *Fontes de satisfação relacionadas com os resultados* quando o *prestador é o principal beneficiário* e a *satisfação relacionada com a dinâmica interpessoal intrapsíquica* independentemente de quem é do *beneficiário* ( $\rho=0,908$   $p<0,001$ ). Note-se que os coeficientes de correlação de Spearman, entre as subcategorias, surgem com valores superiores a 0,8, indicando uma correlação forte, isto é valores elevados numa das escalas estão associados a valores elevados nas outras escalas e vice-versa.
- Relativamente à *satisfação com a dinâmica interpessoal e intrapsíquica*, observou-se uma correlação forte e significativa nas pontuações obtidas nas situações de *benefício mútuo* e as situações em que o *beneficiário é*, ora o cuidador ( $\rho=0,745$ ,  $p<0,001$ ), ora o dependente ( $\rho=0,838$ ;  $p<0,001$ ); então quando há satisfação com a

dinâmica interpessoal e intrapsíquica da pessoa dependente tende a haver satisfação dos outros beneficiados nomeadamente do cuidador .

- Na *dinâmica interpessoal e intrapsíquica*, os dados indicam uma correlação forte e significativa com as subcategorias da *satisfação relacionadas com a dinâmica interpessoal* em que ambos são beneficiários ( $\rho=0,884$ ,  $p<0,001$ ), o que denota que entre os cuidadores com pontuações elevadas numa destas subcategorias, é de esperar que também apresentem valores elevados nas outras subcategorias.

Hanson (2005), referia que um dos desafios da Enfermagem Gerontológica é incluir na família, estratégias de promoção da saúde e prevenção das doenças, através da vigilância e apoio por parte dos cuidadores formais aos cuidadores informais e aos idosos dependentes (p.359). Assim podemos observar que estes resultados obtidos em nosso estudo, vão de encontro a essa afirmação, supondo haver uma boa relação entre os cuidadores informais e formais em prol da qualidade da assistência prestada aos idosos dependentes e ao próprio cuidador e a família, melhorando as capacidades destes através de educação continuada e apoio, o que possivelmente aumentará sua satisfação no desempenho das funções de cuidar.

Tabela nº 21 - Coeficientes de correlação obtidos na escala de satisfação e suas dimensões

Spearman's rho		A -Fontes de satisfação relacionadas com a dinâmica inter pessoal e o prestador de cuidados e alvo destes cuidados: Prestador de cuidados como principal beneficiário	B- Fontes de satisfação relacionadas com a dinâmica inter pessoal e o prestador de cuidados e alvo destes cuidados: Pessoa dependente como principal beneficiário	C-Fontes de satisfação relacionadas com a dinâmica inter pessoal e o prestador de cuidados e alvo destes cuidados: Benefício mútuo	D- Fontes de satisfação relacionadas com a dinâmica inter pessoal e intrapsíquica: Prestador de cuidados como principal beneficiário	E- Fontes de satisfação relacionadas com a dinâmica inter pessoal e intrapsíquica: Pessoa dependente como principal beneficiário	F-Fontes de satisfação relacionadas com a dinâmica inter pessoal e intrapsíquica: Benefício mútuo	G- Fontes de satisfação relacionadas com a dinâmica de resultados: Prestador de cuidados como principal beneficiário	H-Fontes de satisfação relacionadas com a dinâmica de resultados: Pessoa dependente como principal beneficiário	CASI Total
A -Fontes de satisfação relacionadas com a dinâmica inter pessoal e o prestador de cuidados e alvo destes cuidados: Prestador de cuidados como principal beneficiário	$\rho$	1,000	,777	,805	,683	,825	,681	,716	,756	,866
	Sig.	.	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000
	n	69	69	69	69	69	69	69	69	69
B -Fontes de satisfação relacionadas com a dinâmica inter pessoal e o prestador de cuidados e alvo destes cuidados :Pessoa dependente como principal beneficiário	$\rho$	,777	1,000	,881	,799	,893	,793	,861	,908	,920
	Sig.	,000	.	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000
	n	69	69	69	69	69	69	69	69	69
C- Fontes de satisfação relacionadas com a dinâmica inter pessoal e o prestador de cuidados e alvo destes cuidados: Benefício mútuo	$\rho$	,805	,881	1,000	,843	,884	,794	,892	,898	,965
	Sig.	,000	,000	.	,000	,000	,000	,000	,000	,000
	n	69	69	69	69	69	69	69	69	69
D- Fontes de satisfação relacionadas com a dinâmica inter pessoal e intrapsíquica: Prestador de cuidados como principal beneficiário	$\rho$	,683	,799	,843	1,000	,809	,745	,828	,800	,874
	Sig.	,000	,000	,000	.	,000	,000	,000	,000	,000
	n	69	69	69	69	69	69	69	69	69
E- Fontes de satisfação relacionadas com a dinâmica inter pessoal e intra psíquica: Pessoa dependente como principal beneficiário	$\rho$	,825	,893	,884	,809	1,000	,838	,859	,938	,923
	Sig.	,000	,000	,000	,000	.	,000	,000	,000	,000
	n	69	69	69	69	69	69	69	69	69

<b>(cont.)</b> <b>F</b> - Fontes de satisfação relacionadas com a dinâmica interpessoal e intrapsíquica :Benefício mútuo	$\rho$	,681	,793	,794	,745	,838	1,000	,834	,812	,813
	Sig.	,000	,000	,000	,000	,000	.	,000	,000	,000
	<b>n</b>	69	69	69	69	69	69	69	69	69
<b>G</b> -Fontes de satisfação relacionadas com a dinâmica de resultados: Prestador de cuidados como principal beneficiário	$\rho$	,716	,861	,892	,828	,859	,834	1,000	,873	,882
	Sig.	,000	,000	,000	,000	,000	,000	.	,000	,000
	<b>n</b>	69	69	69	69	69	69	69	69	69
<b>H</b> -Fontes de satisfação relacionadas com a dinâmica de resultados: Pessoa dependente como principal beneficiário	$\rho$	,756	,908	,898	,800	,938	,812	,873	1,000	,933
	Sig.	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	.	,000
	<b>n</b>	69	69	69	69	69	69	69	69	69
<b>CASI Total</b>	$\rho$	,866	,920	,965	,874	,923	,813	,882	,933	1,000
	Sig.	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	.
	<b>n</b>	69	69	69	69	69	69	69	69	69

Podemos concluir que existe correlações positivas e significativas entre todas as subcategorias o que revela a tendência para que a satisfação surja na correlação entre as *Fontes de satisfação relacionadas com a dinâmica interpessoal*, as *Fontes de satisfação relacionadas com a dinâmica interpessoal e intrapsíquica* e as *Fontes de satisfação relacionadas com a dinâmica de resultados*, qualquer que seja o beneficiário. Estes resultados estão de acordo com os apresentados no estudo de Sequeira, 2010<sup>2</sup>).

Relacionamos a satisfação do cuidador informal e o nível de dependência do idoso e verificamos que existe uma correlação significativa entre o grau de satisfação e o nível de dependência do idoso, pois os valores da significância são superiores a 0,05 (tabela nº21).

Há relação entre a satisfação global dos cuidadores e o nível de dependência, mas não se verificam relações significativas com as dimensões uma vez que os coeficientes de

correlação não são significativos. De estes valores podemos apenas retirar conclusões para a amostra não sendo válida qualquer extrapolação para a população.

Tabela nº 22 – Satisfação do cuidador informal em cuidar relativamente ao nível de dependência do idoso

Satisfação do cuidador e nível de dependência dos idosos CASI Total		Nível de dependência	
		$\rho$	sig
		<b>0,042</b>	<b>0,732</b>
Fontes de satisfação relacionadas com a dinâmica interpessoal e o prestador de cuidados e alvo destes cuidados	Prestador de cuidados como principal beneficiário	0,093	0,448
	Pessoa dependente como principal beneficiário	0,143	0,243
	Benefício mútuo	0,018	0,884
Fontes de satisfação relacionadas com a dinâmica interpessoal e intrapsíquica	Prestador de cuidados como principal beneficiário	-0,023	0,853
	Pessoa dependente como principal beneficiário	-0,06	0,622
	Benefício mútuo	0,021	0,866
Fontes de satisfação relacionadas com a dinâmica de resultados:	Prestador de cuidados como principal beneficiário	-0,081	0,510
	Pessoa dependente como principal beneficiário	0,026	0,833

No estudo realizado por Cruz, Loureiro *et cols* (2010), no qual realizaram uma revisão de literatura que se descrevem 18 estudos realizados sobre as “*Vivências do cuidador informal de idosos dependentes*”, os investigadores referem que em geral a insatisfação está associada à rejeição do apoio formal pelo idoso: ao custo do serviço de apoio domiciliário e outras despesas associadas à inexistência de remuneração por parte do cuidador, sublinham estas como as principais condições sociais e financeiras geradoras de dificuldades no cuidado informal. Citam ainda relatos de Ekwall & Hallberg (2007) que afirmaram que as fontes de satisfação essenciais eram as correspondentes aos itens da escala onde os cuidadores referiam: “prestar cuidados, dá-me ocasião de mostrar o que sou

capaz” (65%) e “prestar cuidados é uma forma de mostrar o meu amor pela pessoa de quem trato”(60%). Seguindo esta linha de pensamento, no estudo realizado por Salin, Kaunonen & Astedt-Kurki realizado em 2009 (citado por Cruz, Loureiro *et cols*) comparam a idade do cuidador com a satisfação, concluindo que, os cuidadores de idosos mais novos obtêm mais satisfação. Os mesmos autores referem, ainda, que 60% dos cuidadores vivem sozinhos, apresentando maior satisfação em relação aos que coabitam com o idoso.

### 5.3.2- Avaliação das dificuldades do cuidador (CADI)

A escala que avalia as dificuldades do cuidador (CADI),. apresentam sete dimensões. A tabela nº 23 apresenta os valores dos coeficientes *alpha de Cronbach* da escala global e de cada dimensão. Do conjunto de dimensões avaliadas, a *Falta de apoio profissional e a Problemas financeiros* resultaram em coeficientes alpha de Cronbach inferiores a 0,7, o que revela uma baixa consistência interna, especialmente no que diz respeito à falta de apoio profissional. Sequeira (2010) refere um *alpha de Cronbach* de 0,94 para o CADI global, quando comparado com este resultados concluímos que os cuidadores compreenderam as questões que lhe foram colocadas e responderam de forma consistente.

Tabela nº 23 – Coeficiente de *Alpha de Cronbach* da escala e dimensões CADI

	Alpha de Cronbach	Nº de Itens
<b>CADI Global</b>	,951	30
Problemas relacionais com o idoso	,842	7
Reações à prestação de cuidados	,855	8
Exigências de ordem física da prestação de cuidados	,842	6
Restrições na vida social	,718	3
Falta de apoio familiar	,710	2
Falta de apoio profissional	,482	2
Problemas financeiros	,650	2

A escala das dificuldades do cuidador, apresenta valores que podem variar entre 0-90, assumindo o valor zero no caso do cuidador responder a tudo “Não acontece no meu caso” e o de noventa no caso do cuidador responder a tudo “Acontece e perturba-me muito”. O ponto central da escala é o valor 45. Podemos afirmar que valores abaixo deste indicam menos dificuldades

Nos resultados do nosso estudo quer a média (26,2), quer o desvio padrão (19,3) e a mediana (26), apresentaram valores próximos para a escala global (CADI), mas este valor é muito inferior ao ponto central da escala (45), indicando que, na generalidade os cuidadores não revelaram dificuldades, para desempenhar a função de cuidar, apesar da dispersão dos dados.

A escala das dificuldades é composta por sete subcategorias onde cada uma apresenta distintos pontos centrais. A subcategoria *Problemas relacionais* varia de 0-21, com ponto central de 10,5 e relativamente as dificuldades a média observada é de 3,5 (DP 4,2) e a mediana 2,0; na subcategoria *Reação a prestação de cuidados*, esta varia de 0-24 (com ponto central 12,0), a média observada é de 7,4 (DP 5,8) e a mediana 8,0; na dimensão *Exigências do cuidar* apresentam limites entre 0-18 (com ponto central 9,0), a média observada é de 7,3 (DP 4,9) e a mediana 8,0; na subcategoria *Restrições sociais* varia de 0-9 (com ponto central 4,5), a média observada é de 2,6 (DP 2,6) e a mediana 2,0; a subcategoria *Falta de apoio familiar* varia entre 0-6 (com ponto central 3,0), e a média observada é de 1,8 (DP 2,0) e a mediana 2,0; a subcategoria *Falta de apoio profissional* varia entre 0-6 (com ponto central 3,0), e a média observada é de 0,6 (DP 1,3) e a mediana 0,0; finalmente a subcategoria *Problemas financeiros* varia entre 0-6, (com ponto central 3,0), e a média observada é de 3,1 (DP 1,9) e a mediana 0,0.

Avaliando cada uma das subescalas e pelo valor da média das dificuldades referidas pelos cuidadores no seu trabalho, constatamos que podemos supor apresentarem

poucas dificuldades, pois em todas as dimensões os valores de tendência central foram inferiores ao ponto central da escala. Existem no entanto cuidadores, que referem mais dificuldades nas restrições sociais, exigências ao cuidar e reações ao cuidar que surgem com valores médios e medianos próximos dos pontos centrais da escala ( tabela nº 24).

Tabela nº 24 - Resultados das dificuldades do cuidador (Escala CADI)

<i>Carers Assessment of Difficulties Index</i>	<b>Limites da escala</b>	<b>n</b>	<b>M</b>	<b>DP</b>	<b>Min</b>	<b>Med</b>	<b>Máx</b>
CADI Global	<b>0-90</b>	69	26,2	19,3	0,00	26,0	79,0
Problemas relacionais	<b>0-21</b>	69	3,5	4,2	0,00	2,0	19,0
Reações a prestação de cuidados	<b>0-24</b>	69	7,4	5,8	0,00	8,0	22,0
Exigências de ordem física da prestação de cuidados	<b>0-18</b>	69	7,3	4,9	0,00	8,0	18,0
Restrições da vida social	<b>0-9</b>	69	2,6	2,6	0,00	2,0	9,0
Falta de apoio familiar	<b>0-6</b>	69	1,8	2,0	0,00	2,0	6,0
Falta de apoio profissional	<b>0-6</b>	69	0,6	1,3	0,00	0,0	5,0
Problemas financeiros	<b>0-6</b>	69	3,1	1,9	0,00	0,0	5,0

De seguida, procuramos identificar a existência de correlação nas dimensões das dificuldades (dimensões CADI) e a satisfação global (CADI Global).

Considerando que as variáveis em estudo não se aproximam de uma distribuição normal, verificamos as relações entre os grupos usando o coeficiente de correlação de Spearman. Os coeficientes de correlação variam entre -1 e 1, assumindo o valor -1 quando sujeitos com nível elevado numa das variáveis apresentam níveis baixos na outra variável e

assumem o valor 1 se sujeitos com nível elevado numa das variáveis também apresentam níveis elevados na outra.

Quando existem dificuldades globais elas também estão presentes nas dificuldades por dimensão, porque a escala global resulta da soma das dimensões, assim, as afirmações abaixo permitem elucidar os resultados obtidos de acordo com a tabela abaixo.

- Existe uma correlação elevada e próxima entre as dificuldades globais (CADI global) e cada uma das subescalas, este resultado era de esperar, pois a escala global resulta da soma das subescalas (de acordo com a tabela abaixo), os coeficientes de correlação variam entre 0,77 e 0,917, deste intervalo está excluído o apoio familiar que surge com uma correlação bastante inferior ( $\rho=0,541$ ,  $p<0,001$ );
- Os coeficientes de correlação obtidos foram todos positivos, desta forma sabemos que se aumenta o valor numa das escalas do CADI é de esperar que aumente também a pontuação nas restantes dimensões;
- Os cuidadores apresentam pontuação elevada na dimensão *Problemas relacionais* com as *Restrições sociais* ( $\rho=0,707$ ,  $p<0,001$ ) assim como nas *Exigências ao cuidar* ( $\rho=0,737$ ,  $p<0,001$ ) fato que poderá demonstrar que os problemas relacionais tendem a associar-se às restrições sociais e às exigências do cuidar, podendo refletir-se na relação com o ser cuidado, com a própria vida do cuidador e até mesmo em sua dinâmica familiar
- As *Restrições sociais* surgem significativamente correlacionadas com as *Exigências ao cuidar* ( $\rho=0,819$ ,  $p<0,001$ ) e as *Reações ao cuidar* ( $\rho=0,801$ ,  $p<0,001$ ) podendo conotar a existência de dificuldades no desempenho de suas funções, e até mesmo no lidar com as situações que surgem.

- Os coeficientes de correlação obtidos entre a subcategoria apoio profissional e os restantes factores variam entre 0,420 e 0,531.

Tabela nº 25 - Coeficientes de correlação obtidos na escala de dificuldades e suas dimensões

		CADI Global	Problemas relacionais	Restrições sociais	Exigências ao cuidar	Reações ao cuidar	Apoio familiar	Apoio profissional
<b>CADI Global</b>	<b>ρ</b>	1,000	,835	,917	,917	,856	,770	,541
	<b>Sig</b>		,000	,000	,000	,000	,000	,000
Problemas relacionais	<b>ρ</b>	,835	1,000	,707	,737	,616	,610	,455
	<b>Sig</b>	,000		,000	,000	,000	,000	,000
Restrições sociais	<b>ρ</b>	,917	,707	1,000	,819	,801	,726	,455
	<b>Sig</b>	,000	,000		,000	,000	,000	,000
Exigências ao cuidar	<b>ρ</b>	,917	,737	,819	1,000	,761	,569	,448
	<b>Sig</b>	,000	,000	,000		,000	,000	,000
Reações ao cuidar	<b>ρ</b>	,856	,616	,801	,761	1,000	,561	,420
	<b>Sig</b>	,000	,000	,000	,000		,000	,000
Apoio familiar	<b>ρ</b>	,770	,610	,726	,569	,561	1,000	,531
	<b>Sig</b>	,000	,000	,000	,000	,000		,000
Apoio profissional	<b>ρ</b>	,541	,455	,455	,448	,420	,531	1,000
	<b>Sig</b>	,000	,000	,000	,000	,000	,000	

Relacionamos as dificuldades do cuidador com o nível de dependência do idoso, obtendo-se os resultados que constam na tabela nº 26

Tabela nº 26 – Dificuldades dos cuidadores informais em cuidar em relação ao nível de dependência do idoso

	Nível de dependência	
	$\rho$	sig
<b>CADI_ global</b>	-0,227	0,061
Problemas relacionais	0,049	0,689
Restrições sociais	-0,22	0,069
Exigência do cuidar	-0,328	0,006
Reações ao cuidar	-0,285	0,018
Apoio familiar	-0,157	0,197
Apoio profissional	-0,074	0,545

Existe uma correlação negativa mas não significativa entre o grau de dependência do idoso e as dificuldades do cuidador (CADI) ( $\rho = - 0,227$ ; sig = 0,061) , mas, quando avaliada a correlação com as subcategorias, observam-se correlações fracas, mas significativas com as subcategorias, como no caso da “*Exigência ao cuidar*” e “*Reações ao cuidar*”, ambas com níveis de significância inferiores a 0,05. Quer dizer que quanto maior a dependência do idoso, menores as dificuldades pela exigência do cuidar e piores reações ao cuidar, uma vez que os coeficientes de correlação são negativos. Provavelmente os idosos mais dependentes apresentam exigências que são mais previstas e rotineiras preparando seus cuidadores a desempenhar de melhor forma o cuidar.

O coeficiente de correlação negativo significa que idosos com valores inferiores na avaliação do nível de dependência funcional, apresentam valores elevados na escala CADI e vice-e-versa. Isto é, quanto mais dependentes são os idosos (por apresentarem menores valores na escala de Barthel modificada), mais os cuidadores. poderão sentir dificuldades.

### 5.3.3- Estratégias de *coping* usadas pelo cuidador ( CAMI)

A escala CAMI permite observar as estratégias utilizadas pelos cuidadores para superar as dificuldades e na opinião de Sequeira (2010<sup>2</sup>), estas poderão de alguma forma interferir no resultado do desempenho de suas funções.

As estratégias de coping enquanto escala revelou apresentar um *coeficiente alpha de Cronbach*, superior ao obtido pelos autores. Na amostra o *alpha de Cronbach* foi igual a 0,93, já os autores referem na população portuguesa um *alpha de Cronbach* igual a 0,87. Relativamente ao *Lidar com problemas adversos* o *alpha de Cronbach* obtido nesta amostra foi de 0,904, utilizando os 14 itens, valor superior ao referido por Sequeira (2010) 0,80. Quanto à escala de *Percepções alternativas*, foi obtido um *alpha de Cronbach* igual a 0,830 e superior ao referido por Sequeira, 0,81. Finalmente para a dimensão *Lidar com o stress* o *alpha de Cronbach* obtido foi de 0,649, inferior ao obtido por Sequeira (0,70)

Tabela nº 27 - Coeficiente de *Alpha de Cronbach* da escala e dimensões CAMI

	Alpha de Cronbach	N de Itens
<b>CAMI Global</b>	,930	38
Lidar com problemas adversos	,904	14
Percepções alternativas sobre a situação	,830	15
Lidar com sintomas de stress	,649	9

A escala de  *coping*  dos cuidadores apresenta quatro opções de resposta, onde a soma dos resultados demonstrará o  *coping*  do cuidador. A pontuação da escala resulta da soma das pontuações dos itens, pelo que a escala global varia entre 38 e 152 ( ponto central é 95), a amostra a média da escala global foi de 99,2 (DP 19,9 ) e realçamos também o fato de a mediana (100) se situar muito próxima da média. A tabela nº 28

mostra os limites de variação da escala, ou seja os valores mínimos e máximos obtidos na escala (CAMI Global). A escala é composta por 3 assunções onde cada uma apresenta um parâmetro de avaliação. A dimensão *Lidar com problemas adversos/ resolução de problemas*, é composta por catorze itens e varia entre 14-56 (ponto central 35); a dimensão *Percepções alternativas sobre a situação* composta por quinze itens e varia entre 15-60 (ponto central 37,5) e a dimensão *Lidar com sintomas de stresse* composta por nove itens e varia entre 9-36 (ponto central 22,5).

Podemos então afirmar que sobre as estratégias de *coping* os 69 cuidadores da amostra, revelaram valores de média, no que diz respeito a *Lidar com problemas adversos/ resolução de problemas* de 42,5 (DP=8,9), inferior ao valor da mediana (44), sendo ambos superiores ao ponto central da escala (35) o que revela que os cuidadores tendiam a lidar bem com as dificuldades e a resolver os problemas, podendo afirmar-se que esta característica é semelhante em muitos cuidadores. No entanto, note-se que o valor máximo obtido (56) coincide com o máximo da escala (56) o que revela haver pessoas sem dificuldade em resolver os problemas (quanto maior a pontuação obtida, maiores as estratégias de *coping*).

Quanto à dimensão *Percepções alternativas sobre a situação* o valor de média observado foi de 40,5 (DP= 8,2), e a mediana 41,0 acima do valor central desta dimensão (37,5). O desvio padrão mostra reduzida homogeneidade entre as pontuações obtidas pelos cuidadores da amostra, uma vez que o coeficiente de variação (DP/M) é inferior a 0,5. Numa escala que pode chegar aos 60, o valor máximo observado foi de 54. Apesar de não ser atingido o valor máximo da escala estamos perante cuidadores que revelam ser capazes de perceber alternativas à situação que enfrentam encontrando estratégias mais adequadas para a resolução de problemas. Uma possível explicação pode ser a idade dos cuidadores,

pois a maioria encontra-se no estágio de adulto e idoso e apesar dos baixos níveis de escolaridade parece que a experiência da vida pode ter desempenhado um papel relevante nesse comportamento que interfere nas expectativas sobre a situação vivida. Ser cuidador implica uma dedicação extrema, sendo uma provável consequência o aumento de estresse, e como revela a média igual a 16,2 (DP 4,8) observada na dimensão *Lidar com sintomas de stresse* resultou numa média(15) inferior ao ponto central da escala (22,5). Em síntese os cuidadores conseguem lidar com problemas adversos e até conseguem formas alternativas para resolução de problemas, mas apresentam alguma dificuldade em lidar com os sintomas de estresse.

Apresentamos na tabela nº 28 os resultados obtidos das estratégias de *coping* face ao desempenhar a função de cuidar

Tabela nº 28 - Resultados obtidos sobre as estratégias de *coping* face ao cuidar

<i>Carers Assesement of Satisfaction Index</i>	Limites da escala	n	M	DP	Mín.	Med.	Máx.
Lidar com acontecimentos adversos / resolução de problemas	14-56	69	42,5	8,9	14	44	56
Percepções alternativas sobre a situação	15-60	69	40,5	8,2	15	41	54
Lidar com sintomas de stress	9-36	69	16,2	4,8	9	15	28
CAMI Global	38-152	69	99,2	19,9	38	100	134

Relacionamos as dimensões da escala de *coping*, com a escala CAMI global determinando a matriz das correlações, utilizando o coeficiente de correlação de Spearman, pois estamos a analisar variáveis ordinais. Pela construção da escala CAMI

global, é esperado que exista uma correlação forte entre as dimensões da escala e a escala global.

Dos resultados dessas relações da tabela nº 28, destacamos:

- Correlação positiva e significativamente diferente de zero ( $\rho=0,900$ ,  $p<0,001$ ) entre *Lidar com problemas adversos* e as *Percepções alternativas sobre a situação*, o que significa que um cuidador que afirme saber lidar melhor com os problemas, também tem melhor percepção das alternativas sobre a situação, e se apresentar com pontuação elevada numa destas dimensões é previsível que também apresente pontuação alta na outra e vice-versa.
- Embora significativas, as correlações de *Lidar com sintomas de stress* com as restantes dimensões são baixas e podem ser consideradas moderadas, uma vez que são inferiores a 0,6 (Pestana, 2003).

Tabela nº 29 - Correlação entre escala de estratégias de  *coping*  e suas dimensões

		Lidar com problemas adversos	Percepções alternativas sobre a situação	Lidar com sintomas de stress	CAMI global
Lidar com problemas adversos	$\rho$	1,000	0,900	0,574	0,956
	Sig		0,000	0,000	0,000
Percepções alternativas sobre a situação	$\rho$	0,900	1,000	0,592	0,957
	Sig	0,000		0,000	0,000
Lidar com sintomas de stress	$\rho$	0,574	0,592	1,000	0,741
	Sig	0,000	0,000		0,000
CAMI global	$\rho$	0,956	0,957	0,741	1,000
	Sig	0,000	0,000	0,000	
<b>n</b>		<b>69</b>	<b>69</b>	<b>69</b>	<b>69</b>

Podemos desta forma, supor que a abordagem aos cuidadores deverá potenciar as estratégias de *coping* na melhoria das competências para o cuidar, utilizando mecanismos de superação das dificuldades, reforçando as habilidades a nível cognitivos e comportamental, melhorando suas expectativas, procurando compreender e adaptar-se afim de encontrarem solução para problemas e as exigências do cuidar.

A maneira como o cuidador informal enfrenta uma situação de stresse, pode ser determinada pela sua própria história de vida, suas crenças e valores, além da situação vivida que é causadora do referido sintoma. As estratégias de *coping* poderão estar centradas no problema, nomeadamente na procura de alternativas para a solução do problema ou então podem estar associadas a sentimentos e emoções vividas em prol da minimização do impacto emocional do stresse no cuidador informal. Logo a capacidade de lidar com problemas está relacionada com as soluções alternativas para resolver situações. Também é relevante o resultado que conota que um cuidador pode, por exemplo, apresentar valores elevados na dimensão *Lidar com problemas adversos* ou na das *Percepções alternativas sobre a situação* e ter ora valores elevados ora baixos na dimensão *Lidar com sintomas de stresse*.

Tabela nº 30 – Estratégias de *coping* do cuidador informal em relação ao nível de dependência do idoso

	Nível de dependência	
	$\rho$	sig
<b>CAMI_ global</b>	<b>-0,008</b>	<b>0,950</b>
Lidar com problemas adversos	-0,037	0,765
Percepções alternativas sobre a situação	-0,032	0,791
Lidar com sintomas de stress	0,105	0,391

Da análise realizada na tabela nº 30, não é possível estabelecer a existência de correlações significativas entre as estratégias de *coping* utilizadas pelo cuidador com o nível de dependência do idoso. No entanto, as estratégias de *coping* têm uma papel importante na rotina diária do cuidador informal de idosos dependentes no domicílio. Não existe uma estratégia melhor do que a outra, pois cada uma delas vai depender da fase em que o cuidador vive a situação de cuidar e de como se adapta ao desempenhar esta função junto ao idoso dependente (Simonetti & Ferreira, 2008;. Andrade, Costa, Caetano *et cols.*, 2009).

#### **5.3.4 - Avaliação da sobrecarga percebida pelo cuidador informal (ESC)**

Alguns fatores podem intervir nas dificuldades do cuidado quotidiano e contribuir para aumentar a sobrecarga das filhas, esposas e outros que cuidam dos pais, esposos/esposas ou familiares. Dentre eles, realçamos a condição de saúde e as características de quem é cuidado, as limitações de quem cuida, muitas vezes relacionadas ao próprio processo de envelhecimento e adoecimento do cuidador, algumas situações de desamparo social experimentadas ao longo da vida e a ausência de algum tipo de suporte formal que pudesse facilitar o cuidado no domicílio. A sobrecarga de papéis tem trazido consequências na qualidade do cuidado ao idoso e na saúde do próprio cuidador, mostrando que o corpo humano transmite importantes sinais de falta de adaptação à nova tarefa. A avaliação de sobrecarga do cuidador é um fator relevante na qualidade do apoio prestado ao idoso dependente, na análise dos resultados da aplicação da escala consideramos os seguintes pontos de corte: sem sobrecarga < 46; sobrecarga ligeira 46-56; e com sobrecarga intensa > 56. A escala de sobrecarga do cuidador permite ainda de

acordo com estes classificar o cuidador em três grupos. Os resultados obtidos e apresentados na tabela nº 27, tornam claro que os cuidadores com sobrecarga ligeira (33,3%) e intensa (30,4%) representavam aproximadamente dois terços da amostra enquanto que 36,2% não apresentam sobrecarga.

De acordo com o estudo de Sequeira(2010<sup>2</sup>), esta escala apresenta uma elevada consistência interna, logo tem uma boa capacidade de avaliar o constructo teórico que se pretende, a sobrecarga do cuidador. O coeficiente *alpha de Cronbach* obtido na validação para a população portuguesa foi de 0,93, na amostra o valor obtido é inferior, contudo suficientemente alto para utilizar a escala.

A dimensão que avalia o impacto da prestação de cuidados apresentou um *alpha de Cronbach* igual a 0,904 inferior ao 0,93 obtido por Sequeira (2010<sup>2</sup>). Também na *Relação Interpessoal*, o *alpha de Cronbach* obtido na amostra foi de 0,767 contra 0,83 obtidos pelo autor. Preocupante é o facto de obtermos um coeficiente de consistência interna inferior a 0,6 na dimensão *Expectativas face ao cuidar*. No estudo de Sequeira(2010<sup>2</sup>), esta foi também a dimensão com menor consistência interna, contudo o valor obtido naquele estudo ficou em 0,67, superior a 0,6 considerado por Pestana e Gageiro (2005) como fraco. Desta forma as conclusões que venham a ser retiradas para esta variável deverão ser cautelosas pois alguma das perguntas que a compõem não foi bem percebida pelos entrevistados. Para finalizar, foi obtido um *alpha de Cronbach* elevado na dimensão Percepção da Auto-eficácia, o valor 0,938 é superior ao obtido por Sequeira (0,80).

Podemos observar os valores obtidos na tabela nº 31

Tabela nº 31 - Coeficiente de *Alpha de Cronbach* da escada e dimensões ESC

ESC Global	Alpha de Cronbach	Nº de itens
	,901	22
Impacto da prestação de cuidados	,904	11
Relação interpessoal	,767	5
Expectativas face ao cuidar	,523	4
Percepção da Auto-eficácia	,938	2

A escala de sobrecarga do cuidador (ESC) global, teoricamente, varia entre 22 e 110, sendo o ponto central da escala 66. Quando comparamos a média obtida na amostra (49,1) podemos observar que se encontra bastante abaixo do ponto central, pelo que é de referir que os cuidadores indicam uma sobrecarga menor. A escala é dividida em quatro subcategorias com características específicas e é a única das escalas trabalhadas neste estudo composta por cinco possibilidades de resposta que irão determinar o nível de sobrecarga do cuidador. Quanto maior a pontuação maior a sobrecarga.

Tabela nº 32 - Distribuição dos cuidadores informais pelos níveis de percepção da sobrecarga

Sobrecarga dos cuidadores	n	%
Sem sobrecarga	25	36,2
Sobrecarga ligeira	23	33,3
Sobrecarga intensa	21	30,4
<b>Total</b>	<b>69</b>	<b>100,0</b>

A análise de cada uma das dimensões da escala de sobrecarga (ESC) revela também que a dimensão *Impacto da prestação de cuidados* varia entre 11-55 pontos (com

ponto central de 33,0) sendo a média de 22,6 (DP 7,5), e a mediana igual a 24,0 a que se situa abaixo do valor central da escala revelando reduzido impacto da prestação de cuidados.

A pontuação obtida na subcategoria *Relação interpessoal*, variou entre 5-25 pontos (com ponto central de 15,0) sendo o valor médio obtido, 7,2 (DP 2,8) e a mediana 7,0, estando bastante abaixo do ponto central da escala. O nível baixo da sobrecarga encontrada nos cuidadores da amostra nesta subcategoria, talvez possa explicar-se pelo fato de que em meio rural o cuidado dos idosos é assumido de maneira natural, como se já fosse previsível e sendo incorporado na rotina de vida diária.

A pontuação da subcategoria *Expectativas face ao cuidar* varia entre 4 -20 (com ponto central de 10,0), sendo o valor médio da amostra de 14,4 (DP 3,2) e mediana 15,0 valor superior ao ponto central da escala, indicando que estes cuidadores apresentavam pontuações sugestivas de elevada expectativa ao cuidarem dos idosos, sendo ainda de referir que é elevada a homogeneidade observada na amostra pois o desvio padrão é muito baixo quando comparado com a média.

Na subcategoria *Percepção da autoeficácia*, varia de 2-10 pontos (com ponto central de 6,0), a média foi de 4,8 (DP 2,1) os cuidadores apresentaram valores inferiores ao ponto central da escala, contudo 50% dos cuidadores encontravam-se acima deste valor (veja-se que a mediana é igual a 6,0). Esta discrepância entre o valor médio e mediano indica uma elevada dispersão, isto é, a percepção da autoeficácia é muito diferente entre os cuidadores da amostra.

Tabela nº 33 - Resultados obtidos na escala de sobrecarga do cuidador

	<b>Limites da escala</b>	<b>n</b>	<b>M</b>	<b>DP</b>	<b>Mín.</b>	<b>Med</b>	<b>Máx.</b>
<b>Impacto da prestação de cuidados</b>	<b>11-55</b>	69	22,6	7,5	11,0	24,0	42,0
<b>Relação interpessoal</b>	<b>5-25</b>	69	7,2	2,8	5,0	7,0	15,0
<b>Expectativas face ao cuidar</b>	<b>4-20</b>	69	14,4	3,2	5,0	15,0	19,0
<b>Percepção da Auto-eficácia</b>	<b>2-10</b>	69	4,8	2,1	2,0	6,0	10,0
<b>ESC Global</b>	<b>22-110</b>	69	49,1	12,5	25,0	50,0	78,0

Tendo o objetivo de determinar o nível de sobrecarga percecionada pelos cuidadores informais no desempenho do ato de cuidar, de acordo com o nível de parentesco com os idosos dependentes verificamos que a sobrecarga encontra-se distribuída conforme observado através dos resultados apresentados na tabela nº 34.

Verificamos que 56,5% dos cuidados prestados a um idoso dependente estão à responsabilidade das filhas (n=26) e das esposas (n=13), fato que vai ao encontro dos diversos estudos já realizados que demonstram ser os cuidadores informais maioritariamente do género feminino e em geral as filhas e as esposas.

Percecionamos ainda que 14,5% dos cuidadores informais não tem um vínculo parental com o idoso dependente (sendo estes 8 do género feminino e 2 do masculino).

Tabela nº 34 - Sobrecarga percebida de acordo com a relação parental entre o cuidador e o idoso dependente

	Sobrecarga intensa		Sobrecarga ligeira		Sem sobrecarga	
	n	%	n	%	n	%
Esposa	4	19,0	2	8,6	7	28,0
Esposo	1	4,8	2	8,6	-	-
Filha	4	19,0	8	35,0	14	56,0
Filho	4	19,0	-	-	-	-
Nora	2	9,6	1	4,4	1	4,0
Irmã	1	4,8	3	13,1	-	-
Sobrinha	-	-	3	13,1	1	4,0
Sobrinho	1	4,8	-	-	-	-
Nenhum parente	4	19,0	4	17,2	2	8,0
<b>Total</b>	<b>21</b>	<b>100,0</b>	<b>23</b>	<b>100,0</b>	<b>25</b>	<b>100,0</b>

Os resultados totais obtidos entre os níveis de sobrecarga apresentam-se com um limiar pequeno de variação onde 30,4% percebem-na intensa, 33,3% ligeira e 36,2% não referem sobrecarga. No que diz respeito a sobrecarga intensa os que mais a percebem com igual percentual (19,0%) são esposas, filhas, filhos e outra pessoa sem vínculo parental. Na percepção da sobrecarga ligeira as filhas predominam com 35,0%. Finalmente nos casos de não referirem sobrecarga observamos que as filhas (56,0%) e as esposas (28,0%), são as que prevalecem. No estudo realizado por Simonetti & Ferreira (2008), sobre as “Estratégias de coping desenvolvidas por cuidadores de idosos portadores de doença crónica”, com 36 cuidadores de idosos, da cidade de São Paulo concluíram que a responsabilidade de cuidar competia em 24% ao género feminino, com idades superiores a 50 anos, e que 32% cuidavam dos idosos sozinhas, o que as autoras consideram como sendo um fator gerador de stresse e de sobrecarga devido ao acúmulo de atividades próprias de sua rotina no domicílio. Andrade Costa, Caetano *et cols* (2009), referem características idênticas em seu estudo sobre a “Problemática do cuidador familiar do portador de Acidente Vascular Cerebral”, realizado com 154 famílias, de pacientes que se

encontravam internados após o surgimento da patologia no serviço de emergência e internamento de um hospital de referência em Neurologia, na cidade de Fortaleza, Ceará.

Quando verificamos a sobrecarga do cuidador informal acordo com o género, constatamos, analisando a tabela nº 30, que a *sobrecarga intensa* surge no grupo dos homens em 60% e no das mulheres em 25,4%; a *sobrecarga ligeira* é mais semelhante entre os géneros, surgindo com 30% no masculino e com 34,0% no feminino. Os cuidadores informais *sem sobrecarga* apresentam-se em 10,0% do género masculino e 40,6% no feminino.

Tabela nº 35- Distribuição entre o nível de sobrecarga e o género do cuidador informal

Sobrecarga do cuidador	Feminino		Masculino	
	n	%	n	%
Sobrecarga intensa	15	25,4	6	60,0
Sobrecarga ligeira	20	34,0	3	30,0
Sem sobrecarga	24	40,6	1	10,0
<b>Total</b>	<b>59</b>	<b>100,0</b>	<b>10</b>	<b>100,0</b>

Os resultados obtidos vão ao encontro da realidade mundial, conforme referido no estudo de Caldas (2003) “*Envelhecimento com dependência: responsabilidades e demandas da família*”, evidenciaram que o cuidado domiciliário realizado pelo cuidador informal vem sendo e continuará a ser realizado pelos próprios membros de família, principalmente devido ao aumento da expectativa de vida e das patologias crónicas que podem surgir nos mais idosos. As mulheres parecem controlar melhor a sobrecarga mantendo-a em níveis mais baixos, ao contrário do que acontece com os homens. Torna-se

relevante referir a importância do suporte emocional e da rede de cuidados apoiando os cuidadores informais, com o objetivo de melhorar a qualidade de vida e consequentemente das ações desenvolvidas em prol do idoso dependente.

Apresentamos seguidamente a tabela nº 36, com os resultados da distribuição da sobrecarga do cuidador de acordo com o nível de dependência do idoso, podemos observar que os valores encontrados nos três níveis, nomeadamente de sobrecarga intensa, moderada e nos casos onde não foram percecionados sobrecarga, apresentam valores percentuais muito próximos.

Tabela nº 36 - Distribuição entre a sobrecarga do cuidador e o nível de dependência do idoso

Sobrecarga do cuidador	Dependência do idoso								Total	
	Total		Severa		Moderada		Leve			
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Sobrecarga intensa	10	14,5	6	8,7	3	4,3	2	2,9	21	30,4
Sobrecarga ligeira	13	18,8	5	7,2	1	1,4	4	5,8	23	33,3
Sem sobrecarga	9	13,0	3	4,3	9	13,0	4	5,8	25	36,3
<b>Total</b>	<b>32</b>	<b>46,4</b>	<b>14</b>	<b>20,3</b>	<b>13</b>	<b>18,8</b>	<b>10</b>	<b>14,5</b>	<b>69</b>	<b>100,0</b>

Observamos analisando os dados obtidos que a distribuição pelos níveis de percepção da sobrecarga entre os cuidadores apresentam valores muito próximos, podendo estes estar associados aos apoios recebidos, às estratégias utilizadas por estes e à relação parental. Não menos importante, é ressaltarmos a subjetividade da percepção do cuidador informal sobre a doença e suas complicações, a qual muitas vezes interfere na forma como este perceciona a sobrecarga vivida. Supõe-se também que, as patologias presentes nos

idosos dependentes podem associar que por algumas destas serem patologias degenerativas e progressivas, que se desenvolvem são com frequência de forma lenta e com pouca possibilidade de ser alterada sua progressão, é natural que seus cuidadores vão se adaptando ao ato de cuidar e não referirem na sua maioria sobrecarga intensa. Observa-se também o oposto no que diz respeito às situações descritas como de sobrecarga intensa as mudanças sofridas na rotina podem alterar a relação entre os cuidadores e os que são cuidados.

A tabela nº 37, apresenta os resultados obtidos através do coeficiente de correlação determinadas entre as dimensões da sobrecarga com o nível de dependência da pessoa cuidada. Verificamos que nenhuma das correlações é significativa.

Tabela nº 37 – Sobrecarga percebida pelo cuidador informal e o nível de dependência do idoso

	Nível de dependência	
	$\rho$	sig
<b>ESC Global</b>	<b>-0,142</b>	<b>0,246</b>
Impacto da prestação de cuidados	-0,215	0,076
Relação interpessoal	-0,083	0,500
Expectativas face ao cuidar	-0,01	0,936
Percepção da autoeficácia	-0,129	0,293

De acordo com os resultados obtidos não podemos inferir sobre a existência de uma correlação significativa entre a sobrecarga do cuidador informal e o nível de dependência do idoso pelo que inferimos que níveis superiores de dependência, não estão associados necessariamente a níveis superiores de sobrecarga do cuidador e vice-versa.

Martins *et al* (2003), afirmam que a forma como enalteçemos as conjunturas e as expectativas que temos de adquirir apoios, são estratégias importantes para a diminuição da vulnerabilidade das pessoas em crise e para aumentar o autoconceito. Braithwite (2000), citada por Martins *et al* (2003), refere-se à resiliência do cuidador na relação com o sujeito alvo dos cuidados, sendo esta reflexo da força interior e eficácia inerentes aos recursos pessoais do cuidador. Cuidar de uma pessoa doente pode acarretar para quem cuida uma gama de sentimentos e sensações, que poderão direta ou indiretamente interferir na relação entre o cuidador informal e o ser cuidado.

A tabela nº 38, apresenta os coeficientes de correlação obtidos entre as dimensões da sobrecarga e a sobrecarga global (ESC e ESC global). Os resultados indicam uma correlação forte entre esta e as dimensões *Impacto da prestação de cuidados* e *Relação interpessoal*. Quando avaliada a relação existente entre dimensões da satisfação, observamos correlações inferiores a 0,6, consideradas como fracas, com exceção da correlação entre a *Relação interpessoal* e o *Impacto da prestação dos cuidados* que apresenta um coeficiente de correlação igual a 0,762 e significativamente diferente de zero.

Tabela nº 38 – Correlação da sobrecarga dos cuidados e suas dimensões

		ESC global	Impacto da prestação de cuidados	Relação interpessoal	Expectativas face ao cuidar	Percepção da Autoeficácia
ESC global	$\rho$	1,000	0,930	0,866	0,533	0,568
	Sig		0,000	0,000	0,000	0,000
Impacto da prestação de cuidados	$\rho$	0,930	1,000	0,762	0,306	0,367
	Sig	0,000		0,000	0,011	0,002
Relação interpessoal	$\rho$	0,866	0,762	1,000	0,310	0,501
	Sig	0,000	0,000		0,010	0,000
Expectativas face ao cuidar	$\rho$	0,533	0,306	0,310	1,000	0,388
	Sig	0,000	0,011	0,010		0,001
Percepção da Auto-eficácia	$\rho$	0,568	0,367	0,501	0,388	1,000
	Sig	0,000	0,002	0,000	0,001	
<b>n</b>		<b>69</b>	<b>69</b>	<b>69</b>	<b>69</b>	<b>69</b>

Acreditamos ser fulcral para obtermos as respostas às questões iniciais do estudo correlacionarmos a sobrecarga percecionada pelos cuidadores de idosos dependentes do Concelho de Santana, com as dificuldades, o nível de satisfação, as estratégias de *coping* utilizadas.

Neste aspecto, reconhecemos, como seria de esperar, que a sobrecarga do cuidador está relacionada com as dificuldades do cuidador (CADI) e suas subescalas, assinalados na tabela nº 39

Tabela nº 39- Relação da escala de dificuldades do cuidador informal com a sobrecarga

		ESC global	Impacto da prestação de cuidados	Relação interpessoal	Expectativas face ao cuidar	Percepção da Auto-eficácia
<b>CADI global</b>	$\rho$	0,805	0,833	0,659	0,413	0,365
	sig	0,000	0,000	0,000	0,000	0,002
<b>Problemas relacionais</b>	$\rho$	0,628	0,655	0,534	0,244	0,258
	sig	0,000	0,000	0,000	0,043	0,032
<b>Restrições sociais</b>	$\rho$	0,806	0,854	0,674	0,309	0,379
	sig	0,000	0,000	0,000	0,01	0,001
<b>Exigência do cuidar</b>	$\rho$	0,763	0,777	0,621	0,437	0,371
	sig	0,000	0,000	0,000	0,000	0,002
<b>Reações ao cuidar</b>	$\rho$	0,764	0,731	0,651	0,435	0,487
	sig	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000
<b>Apoio familiar</b>	$\rho$	0,555	0,615	0,413	0,244	0,142
	sig	0,000	0,000	0,000	0,044	0,243
<b>Apoio profissional</b>	$\rho$	0,398	0,454	0,323	0,089	0,135
	sig	0,001	0,000	0,007	0,468	0,27

Da correlação efetuada foram encontrados os coeficientes significativos, que revelam a existência de correlação positiva entre a sobrecarga e as dificuldades do cuidador, isto é o cuidador que sente maior sobrecarga tende a sentir mais dificuldades. Brito (2002), no estudo que efetuou chegou a conclusão semelhante referindo que os cuidadores com menos apoios são os que mais mencionam dificuldades e sobrecarga na realização da função.

Tabela nº 40- Relação das estratégias de *coping* do cuidador informal com a sobrecarga do cuidar

		ESC Global	Impacto da Prestação de cuidados	Relação interpessoal	Expectativas face ao cuidar	Percepção da Autoeficácia	Níveis de sobrecarga
CAMI _ global	ρ	-0,568	-0,527	-0,567	-0,237	-0,337	-0,564
	sig	0,000	0,000	0,000	0,05	0,005	0,000
Lidar com problemas adversos	ρ	-0,574	-0,544	-0,588	-0,228	-0,291	-0,577
	sig	0,000	0,000	0,000	0,059	0,015	0,000
Percepções alternativas sobre a situação	ρ	-0,573	-0,49	-0,604	-0,307	-0,361	-0,558
	sig	0,000	0,000	0,000	0,01	0,002	0,000
Lidar com sintomas de stresse	ρ	-0,324	-0,338	-0,206	-0,144	-0,229	-0,33
	sig	0,007	0,004	0,089	0,239	0,059	0,006

Por outro lado as correlações entre a sobrecarga e as estratégias de *coping* são moderadas mas negativas ( $\rho = - 0,568$ ; sig =0,000), isto é, a sobrecarga é maior quando os cuidadores apresentam estratégias de *coping* mais limitadas. Imaginário (2008), refere que “o sentimento é uma sensação intensa porque é susceptível de absorver as fontes de energias ativadas pelas associações ligadas às percepções.... Os sentimentos envolvem imagens mentais complexas, tanto de prazer como de dor e depende das circunstâncias objetivas” (pp.189-190). Caberá ao cuidador identificar essas situações, e as formas de elaborar estratégias de *coping*, evitando sentimentos ambivalentes que podem surgir na situação e desta forma aumentar a sobrecarga.

Dando continuidade ao trabalho, determinamos a correlação existente entre a variável satisfação e a sobrecarga do cuidador.

A tabela nº 41, mostra os coeficientes de correlação entre as escalas ESC e CASI bem como suas dimensões.

Avaliando o coeficiente obtido entre as escalas totais notamos a existência de correlação moderada (inferior a 0,7) mas significativa entre estas escalas como a correlação é negativa podemos afirmar que valores elevados na escala de sobrecarga estão associados a valores baixos na escala de satisfação. Na mesma sequência também se observa correlação negativa entre as dimensões *Impacto da prestação de cuidados* e *Relação pessoal* com a escala CASI global.

Tabela nº 41 – Relação entre a satisfação do cuidador informal no desempenho das funções e a sobrecarga percebida

Satisfação do cuidador			ESC Global	Impacto da prestação de cuidados	Relação interpessoal	Expectativas face ao cuidar	Percepção da Auto eficácia	Níveis de sobrecarga
<b>CASI Global</b>		ρ	-0,606	-0,612	-0,659	-0,108	-0,288	-0,616
		sig	0,000	0,000	0,000	0,378	0,016	0,000
Fontes de satisfação relacionadas com a dinâmica interpessoal e o prestador de cui- dados e alvo destes cuidados	Prestador de cuidados como principal beneficiário	ρ	-0,599	-0,579	-0,635	-0,158	-0,339	-0,616
		sig	0,000	0,000	0,000	0,195	0,004	0,000
	Pessoa dependente como principal beneficiário	ρ	-0,611	-0,587	-0,655	-0,127	-0,380	-0,602
		sig	0,000	0,000	0,000	0,300	0,001	0,000
	Benefício mútuo	ρ	-0,549	-0,556	-0,586	-0,121	-0,222	-0,555
		sig	0,000	0,000	0,000	0,322	0,066	0,000
Fontes de satisfação relacionadas com a dinâmica interpessoal e intrapsíquica	Prestador de cuidados como principal beneficiário	ρ	-0,552	-0,529	-0,630	-0,095	-0,312	-0,563
		sig	0,000	0,000	0,000	0,438	0,009	0,000
	Pessoa dependente como principal beneficiário	ρ	-0,505	-0,441	-0,551	-0,214	-0,251	-0,498
		sig	0,000	0,000	0,000	0,078	0,037	0,000
	Benefício mútuo	ρ	-0,531	-0,522	-0,617	-0,049	-0,232	-0,532
		sig	0,000	0,000	0,000	0,690	0,055	0,000
Fontes de satisfação relacionadas com a dinâmica de resultados	Prestador de cuidados como principal beneficiário	ρ	-0,591	-0,566	-0,634	-0,235	-0,257	-0,605
		sig	0,000	0,000	0,000	0,052	0,033	0,000
	Pessoa dependente como principal Beneficiário	ρ	-0,597	-0,549	-0,685	-0,131	-0,329	-0,590
		sig	0,000	0,000	0,000	0,284	0,006	0,000

A avaliação dos resultados permitem afirmar que a correlação varia entre baixa e moderada mas sempre com valor negativo, quer dizer valores elevados na escala CASI estão associados a valores baixos na sobrecarga do cuidador (ESC)

O ato de cuidar de uma pessoa dependente muitas vezes poderá interferir nos sentimentos existentes entre o cuidador e o ser cuidado, principalmente se o cuidador não contar com apoios, se houver tensão e conflitos entre os elementos da família aumentando ainda os riscos de sofrer de sobrecarga por ter que acumular as funções com actividades domésticas e/ou laborais simultaneamente. Os cuidadores têm as suas necessidades específicas tendo que lidar com a/as patologia/as daqueles de quem cuidam, despendendo tempo no cuidar além de terem que adequar os cuidados ao grau de dependência funcional dos idosos.

Após a observação das relações entre variáveis que avaliam a percepção do cuidador e a sobrecarga procuramos analisar se existe efeito significativo de fatores quer do cuidador quer do idoso que contribuam para explicar a variação da sobrecarga do cuidador tendo recorrido para tal aos testes de Kruskal-Wallis para comparar grupos independentes.

- Tempo durante o qual são prestados cuidados e a sobrecarga do cuidador

Para a escala de sobrecarga total não há efeito significativo do tempo durante o qual são prestados os cuidados ao idoso, mas existe efeito do tempo sobre a percepção da autoeficácia, que apresenta valores médios significativamente superiores entre os cuidadores que desempenham estas tarefas entre 1 e 4 anos. A partir deste tempo, a percepção da autoeficácia diminui para os cuidadores com menos de um ano, e, entre os

cuidadores com mais de 10 anos, os níveis de autoeficácia são muito inferiores, supondo-se que estes cuidam sobretudo de idosos dependentes com polipatologias e complexidades inerentes. Já no estudo realizado por Rondini, Justo *et cols* (2011), sobre a “*Análise das relações entre qualidade de vida e sobrecarga de cuidadores de idosos de Assis, São Paulo*”, onde participaram 165 cuidadoras, foi referido por 49,7% destas, que o tempo que despendiam ao cuidar era um fator de sobrecarga, pois interferia diretamente em sua rotina diária de vida.

Assim podemos observar analisando a tabela nº 42, que sobrecarga do cuidador informal poderá estar relacionada a necessidade de cuidados prestados diariamente ao idoso dependente. Esta tabela mostra algumas estatísticas de localização (média, mínimo e máximo) e de dispersão (desvio padrão) observadas nos grupos de cuidadores segundo o tempo que cuidam do idoso. Foi realizado o teste de Kruskal-Wallis cuja hipótese nula é que a distribuição da escala é igual entre os grupos de cuidadores definidos pelo tempo que exerce as funções de cuidador, para valores de prova inferiores a 0,05 devemos rejeitar esta hipótese. Desta forma podemos afirmar que o tempo que o cuidador toma conta do idoso não exerce efeito sobre a ESC global nem nenhuma das suas dimensões com exceção da percepção da autoeficácia que registou um valor de prova igual a 0,049, inferior a 0,05.

Tabela nº 42 – Relação da sobrecarga do cuidador informal com tempo que cuida do idoso.

		Tempo em que tem cuidado da pessoa idosa dependente				Teste Kruskal-Wallis	
		6m – 1 ano	1 - 4 anos	5- 10 anos	+ 10 anos	Chi Square	sig
ESC Global	M	48,9	52,8	46,7	45,4	3,825	0,281
	DP	12,8	11,7	13,4	12,5		
	Min	32	30	29	25		
	Max	65	78	70	63		
Impacto da presença de cuidadores	M	22,3	24,8	20,9	21,1	3,063	0,382
	DP	8,7	7,6	7,3	7,3		
	Min	11	11	11	11		
	Max	33	42	36	31		
Relação Interpessoal	M	7	7,6	7,3	6,7	1,644	0,649
	DP	2,4	2,9	3,1	2,8		
	Min	5	5	5	5		
	Max	11	15	14	15		
Expectativas face ao cuidar	M	15,3	14,7	13,9	13,7	1,546	0,672
	DP	1,8	0,3	3,3	3,9		
	Min	12	9	8	5		
	Max	17	18	19	19		
Percepção da autoeficácia	M	4,4	5,6	4,6	3,9	7,873	0,049
	DP	2,1	0,2	2,4	1,8		
	Min	2	2	2	2		
	Max	7	10	9	6		

Os cuidadores que cuidam dos idosos dependentes entre 1 e 4 anos surgem com percepção da autoeficácia significativamente superior (5,6) à observada entre os restantes grupos, este resultado poderá ser explicado talvez por inexperiência no primeiro ano da

prestação dos cuidados, por cansaço e envelhecimento do próprio cuidador nos anos seguintes. Também de realçar que entre os cuidadores com 1 a 4 anos de trabalho, existe maior homogeneidade, espelhada num reduzido desvio padrão, isto significa que os cuidadores deste grupo surgem com níveis mais próximos na percepção da auto eficácia quando comparados com os restantes grupos que surgem com desvio padrão superior.

No estudo realizado por Cruz, Lechetta e Wachholz (2009), sobre os *“Factores associados à sobrecarga e à depressão em cuidadores de idosos com Alzheimer”*, realizado em uma unidade de referência para pacientes portadores de Alzheimer com 80 cuidadores de idosos em Curitiba, aqueles não encontraram relação estatisticamente significativa entre as variáveis tempo de cuidado e sobrecarga ou presença de sintomas depressivos. A autora refere que o estudo de Garrido (2004), sobre o *“Impacto em cuidadores de idoso com demência atendidos em um serviço psiquiátrico”* realizado em um hospital-escola na cidade de São Paulo, serviu de comparação, evidenciando o contrário, sugerindo que o tempo do cuidado, a sobrecarga e os sintomas depressivos são diretamente proporcionais. Autores referidos por Cruz, Lechetta e Wachholz (2009), como Hinchensen & Niedereche (1994) e Robinson, Adison & Weinrich (2001), apontam que quanto maior o tempo de cuidado, menor a sobrecarga sobre o cuidador. Sobre esse relato não há consenso na literatura (quando analisamos a relação do tempo de cuidado com o nível de sobrecarga), podendo todavia o nível de sobrecarga variar de acordo com a patologia ou as polipatologias que o idoso dependente apresenta.

- Nível socioeconómico e sobrecarga do cuidador

Fomos verificar se haviam diferenças nas médias da sobrecarga do cuidador em relação ao nível sócio económico, tendo-se constatado que elas existem e que são

altamente significativas ( $p < 0,01$ ) evidenciando-se que os cuidadores que têm mais baixo nível socioeconómico, têm níveis mais elevados de sobrecarga, excetuando a percepção da autoeficácia (tabela nº 43).

Paulo & Cunha (2009), no artigo sobre “*O efeito orçamental do envelhecimento da população no contexto da União Européia*”, já referiam que o nível sócio económico de nossa população sofreria um decréscimo devido a crise financeira e económica mundial, onde a variável mais afetada seria a do emprego e dos cortes advindos desta. As incertezas e inseguranças deste aspecto poderão interferir diretamente na população, sendo um referencial de aumento dos fatores stressores e consequentemente da sobrecarga.

Tabela nº 43 - Relação da sobrecarga do cuidador informal com o nível sócio económico

		Nível sócio económico do cuidador			Teste Kruskal-Wallis	
		Baixo	Médio	Alto	Chi Square	sig
ESC Global	M	55,5	39,9	28,0	27,723	0,000
	DP	10,0	9,3	-		
	Min	38,0	25,0	28,0		
	Max	78,0	59,0	28,0		
Impacto da prestação de cuidados	M	26,3	17,5	11,0	25,065	0,000
	DP	6,7	5,1	-		
	Min	13,0	11,0	11,0		
	Max	42,0	29,0	11,0		
Relação Interpessoal	M	8,2	5,8	5,0	12,978	0,002
	DP	3,1	1,7	-		
	Min	5,0	5,0	5,0		
	Max	15,0	11,0	5,0		
Expectativas Face ao cuidar	M	15,6	12,5	10,0	17,218	0,000
	DP	2,7	3,0	-		
	Min	9,0	5,0	10,0		
	Max	19,0	18,0	10,0		
Percepção da autoeficácia	M	5,4	4,1	2,0	5,971	0,051
	DP	2,0	2,1	-		
	Min	2,0	2,0	2,0		
	Max	10,0	8,0	2,0		

Ao verificarmos o efeito que o nível socioeconómico exerce sobre a sobrecarga percebida pelo cuidador, encontramos em geral entre os cuidadores com nível socioeconómico inferior uma sobrecarga superior, quer na escala global quer nas respetivas subescalas. O resultado pode ser explicado pelo fato deste grupo não dispor nos aspectos

económico e social de apoio de outros membros da família. No caso do cuidador com nível socioeconómico alto, só encontramos uma situação, fato este que impede o cálculo do DP. Alguns autores referem que há cuidadores que percebem também a pressão social exercida sobre eles no sentido de cuidarem dos idosos, prevenindo desta forma, o abandono em hospitais e lares e o aumento do número de altas problemáticas. Figueiredo (2007), refere que muitas vezes a prestação de cuidados informais a um idoso dependente poderá ser um factor condicionante da situação económica do cuidador. Neste aspecto os Enfermeiros são fulcrais para apoiar esses cuidadores, amenizando situações de carência, contactando as equipas da Segurança Social para uma avaliação conjunta da situação, e apoiando-os da melhor forma possível, em prol da qualidade de vida do idoso dependente (Caldas,2003; Imaginário, 2008; Simonetti & Ferreira, 2008; Andrade *et cols*, 2009; Andrade,C., 2009; Andrade, 2010).

- Nível de escolaridade e sobrecarga do cuidador

Analisamos a existência de diferenças nas médias da sobrecarga do cuidador em relação ao nível de escolaridade tendo-se constatado que elas existem e que são significativas ( $p= 0,006$ ) evidenciando-se que os que são analfabetos e os que têm baixo nível de escolaridade apresentam mais sobrecarga. Possivelmente estes cuidadores podem se sentir mais inseguros no desempenho de suas funções. Porém, independentemente no nível de escolaridade do cuidador, os Enfermeiros deverão direcionar o ensino sobre a forma mais correta de prestar os cuidados ao idoso dependente, adequando-o as capacidades de aprendizado deste cuidador. Saber escolher técnicas e estratégias de educação para a saúde adequadas à população é fundamental para minimização da sobrecarga. Apresentamos na tabela nº 44, os resultados obtidos relativamente ao nível de

escolaridade do cuidador e a sobrecarga percebida pelo cuidador informal no desempenho da função de cuidar.

Tabela nº 44- Relação da sobrecarga do cuidador informal com seu nível de escolaridade

		Escolaridade do Cuidador					Teste Kruskal-Wallis	
		Não estudou	Estudou até o 4º ano	Estudou até o 6º ano	Estudou até o 9º ano	Estudou até o 12º ano	Chi Square	sig
ESC Global	M	57,2	52,1	45,2	49,0	34,8	14,607	0,006
	DP	10,6	11,4	12,0	14,7	2,5		
	Min	39,0	28,0	29,0	25,0	31,0		
	Max	78,0	70,0	75,0	65,0	36,0		
Impacto da prestação de cuidados	M	26,1	22,9	21,4	23,4	16,5	6,882	0,142
	DP	7,3	8,1	7,5	7,9	3,0		
	Min	15,0	11,0	11,0	11,0	12,0		
	Max	42,0	36,0	41,0	33,0	18,0		
Relação Interpessoal	M	8,7	8,1	6,5	6,6	5,0	12,135	0,016
	DP	3,2	3,1	2,3	2,3	0,0		
	Min	5,0	5,0	5,0	5,0	5,0		
	Max	15,0	15,0	13,0	10,0	5,0		
Expectativas Face ao cuidar	M	15,7	15,6	13,6	13,4	11,3	11,909	0,018
	DP	2,6	2,8	3,1	4,7	0,5		
	Min	9,0	10,0	8,0	5,0	11,0		
	Max	19,0	19,0	19,0	16,0	12,0		
Percepção da autoeficácia	M	6,7	5,4	3,8	5,6	2,0	24,469	0,000
	DP	1,5	1,9	1,9	0,9	0,0		
	Min	5,0	2,0	2,0	4,0	2,0		
	Max	10,0	8,0	6,0	6,0	2,0		

Este efeito na sobrecarga, é estatisticamente significativo quer na escala global quer nas subescalas das *Relações interpessoais*, das *Expectativas face ao cuidar* e da

*Percepção da Autoeficácia*, verificando-se que a pontuação média obtida nas escalas e subescalas foi significativamente superior entre cuidadores com menor nível de escolaridade.

Pimenta *et al* (2009) em seu estudo encontraram 95% dos cuidadores com escolaridade até o 4<sup>a</sup> ano sendo os demais analfabetos. Um nível superior de sobrecarga nos cuidadores com baixo nível de escolaridade ou analfabetos justificam a necessidade de envolvimento dos cuidadores e família em atividades de educação para a saúde realizadas pelos Enfermeiros, onde sejam informados sobre as orientações básicas para cuidar de idosos dependentes, de forma encorajadora, a fim de serem minimizadas as dificuldades. Gratão (2010), refere que relativamente a escolaridade que grande parte dos cuidadores estudou apenas até o 4<sup>o</sup> ano, sendo esta uma das variáveis que apresentou maior significância para revelarem sobrecarga. A mesma autora ainda compara os resultados de seu estudo com o de Fernandes e Garcia (2009), no qual os cuidadores informais de idosos dependentes na cidade de Brasília/DF<sup>3</sup>, apresentavam valores de escolaridade baixos (13,3% analfabetos e 26,7% estudaram até o 4<sup>o</sup> ano), e relatavam também maior sobrecarga. Supõe-se que estes, viviam uma situação onde a baixa escolaridade foi um fator que contribuiu para desempenharem a função de cuidador, pois o mercado de trabalho exige níveis mais elevados de escolaridade, para o desempenho de outras funções. No estudo de Rondini, Justo *et cols* (2011), ficou demonstrado que quanto menor o nível de escolaridade do cuidador informal, maior a sobrecarga percebida no desempenho das funções de cuidar do idoso dependente. Realçamos a importância da intervenção do Enfermeiro nas atividades de ensino ao cuidador sobre o cuidar do idoso dependente, contribuindo para o bem estar de ambos, melhorando a relação e diminuindo a sobrecarga.

<sup>3</sup> Brasília/DF: Brasília é a Capital Federal da República Federativa do Brasil, e sede do Governo do Distrito Federal /DF

Independentemente de nível de escolaridade, os cuidadores devem ser estimulados a realizar de forma mais segura e tranquila a actividade de cuidar.

- Relação da remuneração e a sobrecarga percebida pela função de cuidador

A nível financeiro reconhecemos a escassez de recursos, o que poderá produzir efeitos negativos no desempenho do cuidar. Verificamos, apesar dessa problemática, não haver diferenças nas médias da sobrecarga do cuidador em relação à remuneração pela função de cuidador constatando-se que elas não são significativas ( $p > 0,05$ ). Com exceção às *Expectativas face ao cuidar*, dado que após aplicação da escala os cuidadores não remunerados surgiam com nível médio de sobrecarga superior (14,7) comparativamente aos remunerados (12,3), como podemos observar na tabela nº 45.

Tabela nº 45 - Relação da sobrecarga do cuidador informal com a existência ou não de remuneração para o desempenho da função

		É remunerado para exercer a função?		Teste Kruskal-Wallis	
		Sim	Não	Chi Square	sig
ESC Global	M	45,2	49,6	-0,982	0,326
	DP	10,7	12,9		
	Min	28,0	25,0		
	Max	60,0	78,0		
Impacto da prestação de cuidados	M	21,5	22,8	-0,399	0,690
	DP	6,3	7,9		
	Min	11,0	11,0		
	Max	29,0	42,0		
Relação Interpessoal	M	6,7	7,3	-0,261	0,794
	DP	2,1	3,0		
	Min	5,0	5,0		
	Max	11,0	15,0		
Expectativas Face ao cuidar	M	12,3	14,7	-2,411	0,016
	DP	3,1	3,1		
	Min	9,0	5,0		
	Max	17,0	19,0		
Percepção da autoeficácia	M	4,6	4,8	-0,127	0,899
	DP	1,9	2,2		
	Min	2,0	2,0		
	Max	7,0	10,0		

Santos (2008), compactua com Creutzberg (2000), ao afirmar que existem diversos fatores que podem interferir no ato de cuidar, como alterações na vida quotidiana, que além da sobrecarga emocional a financeira podem gerar angústia no cuidador, que deseja

desempenhar a sua função da melhor forma em prol da qualidade de vida do idoso dependente, opinião também compartilhada por Caldas (2003).

- Relação entre o cuidador ter período de férias/descanso e a sobrecarga

O cuidar de um idoso dependente poderá interferir de alguma forma nas relações sociais do cuidador informal, pois essa função acaba muitas vezes por exigir uma dedicação praticamente exclusiva, pois muitos deles não contam com outras pessoas para colaborar. Verificamos haver diferenças nas médias da sobrecarga do cuidador em relação ao gozo de férias pelo mesmo, constatando-se que elas são significativas ( $p= 0,002$ ), evidenciando-se que os que gozam períodos de descanso têm menos sobrecarga.

O fato do cuidador ter um período de férias/descanso, contribuiu significativamente para uma redução da percepção da sobrecarga, em particular no que se refere ao *Impacto da prestação de cuidados* e nas *Expectativas face ao cuidar*, pois de acordo com os resultados obtidos registaram níveis de significância inferiores a 0,05, como podemos observar na tabela nº 46.

Tabela nº 46- Relação da sobrecarga do cuidador informal com a existência de período de férias e/ ou descanso

		O cuidador tem período de férias/ descanso?		Teste Kruskal-Wallis	
		Sim	Não	Chi Square	sig
ESC Global	M	41,8	52,4	-3,146	0,002
	DP	10,7	12,1		
	Min	25,0	29,0		
	Max	59,0	78,0		
Impacto da prestação de cuidados	M	19,3	24,2	-2,508	0,012
	DP	6,1	7,8		
	Min	11,0	11,0		
	Max	29,0	42,0		
Relação Interpessoal	M	6,2	7,8	-1,885	0,059
	DP	1,7	3,1		
	Min	5,0	5,0		
	Max	11,0	15,0		
Expectativas ao cuidar	M	12,2	15,4	-3,656	0,000
	DP	3,2	2,6		
	Min	5,0	10,0		
	Max	17,0	19,0		
Percepção da autoeficácia	M	4,1	5,1	-1,510	0,131
	DP	2,1	2,1		
	Min	2,0	2,0		
	Max	8,0	10,0		

Podemos observar que de forma global os cuidadores não tem período de férias e/ou descanso o que poderá se refletir na forma que prestará o cuidador pois poderá sentir maior sobrecarga no desempenho de suas funções. Yuasso (2002), em seu estudo sobre

“*Cuidar de cuidadores: resultados de um programa de treinamento realizado no domicílio*

“ realizado com cuidadores de idosos dependentes, refere que 61% recebem apoios de outras pessoas na prevenção da sobrecarga. Wanderbrocke (2002), em seu estudo sobre o “*Perfil do cuidador do idoso com câncer*” apresenta resultados que demonstram que em 82,4% dos cuidadores de idosos dependentes a sobrecarga foi minimizada facultando-lhes apoios.

Assim, de acordo com o Plano Gerontológico da RAM 2009-2013, citando Gottlieb (1989), a sobrecarga do cuidador é determinada pela qualidade relacional passada e atual do cuidador /pessoa cuidada, pelas complicações do cuidar nas outras competências da rotina do cuidador, pelo apoio oferecido pela rede formal e pelas variáveis psicossociais que os cuidadores encontram nos contextos nos quais cuidam, tais como: a capacidade de comunicação, estratégias de *coping* e percepção de autoeficácia, condições socioeconómicas, recursos dos cuidadores e stressores primários, provenientes das dificuldades e problemas do cuidar, da evolução da situação de saúde da pessoa cuidada, entre outros (p.49). Estudos realizados em Portugal referem a utilização de serviços de atendimento temporário a idosos dependentes para o apoio e descanso do cuidador, em geral nas situações mais críticas como as que foram fundamentais para a criação do “*Projecto Cuidar de quem Cuida*”, na região Entre Douro e Vouga (EDV) iniciado em 2009 e com a duração de quatro anos é direccionado ao apoio a cuidadores de idosos pós-AVC, com o objectivo de minimizar a sobrecarga dos cuidadores de idosos que se tornaram dependentes devido a doença (projeto apoiado pelo Programa Gulbenkian de Desenvolvimento Humano).

De acordo com os dados apresentados no presente estudo, inferimos que os cuidadores já desenvolveram mecanismos de *coping* que lhe permitem lidar com as situações apresentadas pelos idosos, incluindo aqueles com demências, com menores

níveis de sobrecarga. Outro fator que podemos supor contribui para estes resultados é o género feminino ser predominante nos cuidadores, as relações parentais, maritais, de amizade, solidariedade, além de alguns cuidadores que necessitavam de ajuda, nomeadamente económica para desempenhar a função (Figueiredo, Sousa & Lima (2009).



### **PARTE III : CONCLUSÕES**



## 6- Conclusões

Com a realização deste estudo, algumas conclusões surgiram para dar resposta às questões colocadas e aos objetivos delineados. Esperamos que sirvam como contributo para o aprofundamento do tema “*Avaliação da sobrecarga do cuidador informal de idosos dependentes do Concelho de Santana*”, possibilitando-nos compreender melhor o processo que envolve o cuidar de um idoso dependente no domicílio, permitindo uma maior reflexão sobre a realidade do Concelho de Santana, contribuindo para compreender uma realidade desconhecida pela própria comunidade, e ainda pouco presente nas discussões e das atividades dos profissionais envolvidos no apoio aos cuidadores informais, orientando-os para executarem de melhor forma o seu papel.

Ao pensarmos sobre o envelhecimento, este pode ser vislumbrado através da idade cronológica ou como decorrente de fatores do ambiente que interagem com o nosso organismo, porém vários estudiosos o analisam também de outras formas. Carvalho & Andrade (2000,p.82), ao investigarem o envelhecimento do ponto de vista demográfico, relatam que no plano individual, envelhecer significa aumentar o número de anos vividos. Paralelamente à evolução cronológica coexistem fenómenos de natureza biopsíquica e social, importantes para a percepção da idade e envelhecimento.

Observando com atenção o rápido crescimento que a população idosa teve nos últimos anos, verificamos também o aumento do número de idosos com doenças crónicas, múltiplas vezes, alguma dependência e implicam internamentos prolongadas e frequentes. Esta mudança de perfil de saúde da população idosa trouxe a necessidade de alterar os cuidados prestados à mesma o que implica no regresso ao modelo de cuidados domiciliários. Neste contexto, o cuidador familiar de idosos retorna como pessoa indispensável na colaboração das ações preventivas e de minimização das situações de

dependência. A manutenção da autonomia, integração e participação do idoso na sociedade, são fundamentais para o bem estar da população idosa, nas políticas públicas direcionadas ao envelhecimento bem sucedido.

Solicitamos colaboração aos Enfermeiros de Família para determinarmos a população idosa dependente no Concelho de Santana. Nossa intenção inicial era que todos os indivíduos identificados como sendo a população acessível, constituída inicialmente por 159 cuidadores informais fossem incluídos no estudo, porém devido a diversas situações já descritas (idosos sem cuidadores informais, recusas dos cuidadores, hospitalizações e falecimento dos idosos) participaram neste, 69 cuidadores informais de idosos dependentes do Concelho de Santana.

No sentido de perceber o impacto que cuidar de um idoso dependente representa para o cuidador informal identificamos algumas das características do idoso: idade, género, patologias existentes, o seu nível de dependência. Constatamos que os idosos dependentes têm idades compreendidas entre os 66 e os 101 anos de idade, sendo 65,2% do género feminino e 34,8% do masculino. A quase totalidade destas pessoas idosas, 97,1%, apresentava doença crónica. Ao avaliarmos o nível de dependência do idoso com a Escala de Barthel modificada identificamos que 46,4% apresentavam dependência total, 20,3% dependência severa, 19,0% moderada e 14,3% dependência leve. Quanto ao género do idoso dependente, observamos que o feminino apresentava 51,1% de dependência total, e o género masculino 37,5%. Na dependência severa, o género feminino manteve a maioria dos idosos com 22,2%, comparativamente ao masculino com 16,7%. Além disso, no que diz respeito à dependência moderada o género masculino apresentou 29,1% dos casos e o feminino 13,3%. Completamos com a dependência leve relativamente à qual o género masculino (16,7%) apresentou também percentagens superiores ao feminino (13,3%).

Esses dados vão de encontro aos estudos demográficos nos quais a população feminina aparece com maior expectativa de vida que a masculina o que possivelmente resulta em maiores situações de dependência (Burns & Del-Masso, 2007; INE, 2009; Nazareth, 2009; SRAS, 2009).

Sobre os cuidadores informais de idosos dependentes, verificamos que a maioria era do género feminino (85,5%), posicionava-se na faixa etária entre os 39-80 anos de idade. Destes, 59,4% eram casados. O nível de escolaridade até o 6º ano era uma realidade para 66,6% e 20,4% eram analfabetos. A maioria, 59,4%, de acordo com a classificação de Graffar pertencia a classe social baixa. No que diz respeito à relação de parentesco com o idoso, prevalecia um elemento da família como cuidador informal (81,2%) e predominava a relação de filha (37,7%) seguindo-se a de esposa (18,8%). Quando avaliamos a etapa do ciclo vital do cuidador, observamos que 76,8% encontrava-se no fim de vida e que 18,8% ainda tinham filhos adolescentes para cuidar, o que poderia interferir na sobrecarga resultante das preocupações inerentes ao terem que lidar com duas fases distintas da vida com características específicas. Os motivos que levaram o cuidador a desempenhar essa função foi ser um elemento da família (81,2%). No que diz respeito ao número de horas por dia dispendidas para cuidar, 72,5% gastavam mais de 12 horas. Desempenhavam as funções de cuidador, em 49,2% dos casos, no mínimo há 5 anos. No que diz respeito a apoios da rede social, 52,2% referiram recebê-lo. A quase totalidade dos cuidadores (95,6%) conta com apoio formal e destes 83,3% com apoio dos Enfermeiros e apoio domiciliário do Centro de Segurança Social. É relevante assinalar que 75,3% recebia apoio do Centro de Segurança Social, do qual 55,8%, era relacionado com os cuidados de higiene (Carvalho, 2007; Pimenta *et al.*, 2009).

Apesar dos cuidadores demonstrarem que utilizam diversas estratégias para lidar com as necessidades e dificuldades advindas do ato de cuidar, aquelas podem interferir em

seu quotidiano e na sua dinâmica de vida. Torna-se imprescindível que o cuidador consiga reconhecer seu papel e as responsabilidades advindas do ato de cuidar, contando com o apoio dos profissionais de saúde, motivando-o, esclarecendo suas dúvidas, elogiando os comportamentos assertivos e orientando quanto a recursos comunitários existentes que possam minimizar os efeitos negativos que surjam, valorizando as estratégias de *coping* e demonstrando que cada cuidador possui capacidades muitas vezes, ainda desconhecidas pelos próprios.

Em relação às dificuldades, foram referidos problemas financeiros identificados no cuidar, além dos quais foram identificadas a falta de apoio de outros familiares e as exigências específicas para cuidar do idoso.

Ao determinarmos como os cuidadores elaboraram suas estratégias de *coping*, constatamos que os mesmos encontraram estratégias para lidar com o stresse, apresentando melhores resultados do que os obtidos no estudo realizado por Sequeira, 2010<sup>2</sup>). Associamos aos resultados o apoio dos recursos comunitários existentes no Concelho de Santana, como os Centros de dia em todas as freguesias, e os quatro Centros Sociais Municipais, além da participação das equipas de saúde na detecção precoce de situações stressoras, com encaminhamento adequado e orientação à população.

No que diz respeito a satisfação do cuidador em desempenhar essa função, foram efetuadas diversas correlações para a respectiva determinação pois cada uma das três variáveis da escala incluía três outras específicas, cujos resultados depois obtidos e analisados. Nesta vertente descobrimos que a relação com o ser cuidado, a dinâmica pessoal de desempenho de funções, além da respectiva dinâmica interpessoal e intrapsíquica revelaram certa alternância de sentimentos, dependendo do momento vivido e do nível de dependência do idoso cuidado.

Ao avaliarmos a sobrecarga percebida pelo cuidador informal no cuidar de um idoso dependente, identificamo-la como uma sensação subjetiva que depende de vários fatores intervenientes na vida deste e da sua família. Acreditamos que os cuidadores são vulneráveis a serem submetidos ao stresse psicológico, físico, emocional e financeiro. Apesar de haver cuidadores informais sem sobrecarga, a maioria refere- a ligeira ou intensa (63,7%). Não menos importante, devemos referir que a idade do cuidador é um fator relevante no momento em que se encontra a cuidar de alguém com dependência, pois a grande maioria destes “é cuidador necessitando de receber cuidados”, devido à sua idade avançada e às consequências advindas desta. Prover cuidados é uma tarefa árdua – emocional, social e financeiramente – e os cuidadores com frequência recebem pouca ou nenhuma ajuda externa (Netto, 2002, p. 155), situação esta que não ocorreu em nosso estudo, onde referem algum tipo de apoio. Quando aplicamos a escala de avaliação de sobrecarga do cuidador, notamos que em algumas questões o cuidador apresentava certa dualidade nas respostas, pois muitas vezes referia não sentir-se sobrecarregado, mas, logo após, dependendo da questão colocada, já referia o oposto. Apesar dessa informação, os dados obtidos demonstram que 30,4% sofriam de sobrecarga intensa, 33,3% apresentam sobrecarga ligeira, além de 36,3% não referirem sobrecarga.

Ao concluir este trabalho, pensamos ter contribuído para identificar a sobrecarga dos cuidadores informais dos idosos dependentes no Concelho de Santana sobre a forma como lidam com a função de cuidar e as consequências advindas dessa tarefa. Foram identificadas variáveis que interferem com aquela função, que deverá ser alvo de atenção nas intervenções das equipas multidisciplinares nas áreas de saúde e sociais. Acreditamos que os resultados e conclusões deste trabalho servirão para uma reflexão sobre como os Enfermeiros, podem colaborar para que o cuidador informal desempenhe cada vez melhor a função de cuidar do idoso dependente e sua família inseridos na comunidade, utilizando

medidas preventivas das situações de stresse. Os instrumentos utilizados e seus componentes foram relevantes para dar resposta à questão inicial, porém estes poderão ser alterados ou seja, serem utilizados em conjunto ou separados, e ou adaptados a estudos futuros. Andrade (2009) reforça a importância do Enfermeiro junto ao cuidador informal, em seu estudo sobre a *“Transição para prestador de cuidados: sensibilidade aos cuidados de Enfermagem”*. Neste estudo ficou claro que diversos autores demonstram que em geral o Enfermeiro intervém através de atividades informativas, de aconselhamento, de apoio, de treino de habilidades técnicas e no desenvolvimento de estratégias de  *coping*. Muitas destas famílias, estão a desempenhar o papel de cuidador, por já o desenvolverem aos seus elementos como rotina. Porém, com o passar do tempo, as ruturas podem surgir entre os elementos da família ficando apenas um único cuidador juntamente com o ser cuidado. Andrade (2010), no seu artigo publicado sobre a relevância do papel do Enfermeiro, com o tema *“Preparação dos cuidadores principais para cuidar: Contributo dos Enfermeiros”*, revela que muitas vezes os cuidadores não se sentem esclarecidos sobre as suas dúvidas advindas do ato de cuidar de um idoso dependente, referindo que pode ocorrer uma orientação geral e não voltada para a especificidade de cada caso.

Há muito que desenvolver nesta área em prol da melhoria da assistência à família que enfrenta em seu quotidiano situações diversas, no cuidar de um idoso dependente e portador de uma (ou de mais de uma) patologia crónica. Como sugestões, diversas estratégias podem ser utilizadas, inclusive algumas já o são, como por exemplo os planos de educação para a saúde que procuram oferecer para os cuidadores a oportunidade de aquisição de capacidades e competências, a busca de apoios e o auxílio dos cuidadores formais no esclarecimento de dúvidas, a capacitação contínua dos profissionais de saúde para dar resposta às necessidades da população. Devemos ter atenção a baixa literacia, adequando as estratégias de educação de acordo com o nível de compreensão dos

cuidadores. Os aspectos económicos são relevantes e por isso o Enfermeiro poderá contribuir para a sua identificação mas também para colaborar na distribuição de recursos em função da disponibilidade do contexto. O trabalho em equipa deve promover também a capacitação dos profissionais em áreas específicas do cuidar dos cuidadores. Os profissionais devem preparar-se com instrumentos simples e de fácil compreensão, monitorizando o bem estar dos cuidadores informais, de sua saúde e assim despistar a sobrecarga. Também poderiam criar bolsas de voluntários, acompanhados pelos profissionais de saúde para participarem nas redes de apoios aos cuidadores atuando nas mais distintas tarefas. As atividades que tenham por meta minimizar ou aliviar as situações de stresse podem ser realizadas através de momentos de recreação, orientados pelo Enfermeiro os quais poderão integrar o respectivo projeto profissional, visando a qualidade de vida dos cuidadores. Não questionamos sobre a saúde dos cuidadores informais, mas considerando que muitos vivem o ciclo vital do fim de vida, devemos ter em atenção este aspecto. Com algumas dessas estratégias possibilitaremos que o cuidar não seja sinónimo de renúncia, ausência de vida social, falta de liberdade. É importante a divulgação de apoios que os idosos e cuidadores têm direito, os quais muitas vezes desconhecem, e se preconizam sejam assegurados através das políticas de saúde vigentes, como referido no Plano Gerontológico da RAM 2009 -2013.

Desta feita, a atenção adequada ao cuidador informal contribuirá para a manutenção do idoso dependente no domicilio e a existência de mínimas complicações para ambos, uma maior satisfação, melhor cuidado, de forma que a dependência do idoso seja vivida com dignidade até ao seu final de vida. Nesta situação devemos reforçar a importância de um planeamento estratégico da intervenção que contempla a promoção de mais apoios oferecidos pelos cuidadores formais, de forma a estimular a solidariedade familiar e entre as gerações (intergeracionalidade), com o envolvimento dos elementos da

família nessa missão. Além de ser relevante sensibilizar também para a importância da colaboração das diversas entidades Concelhias, governamentais ou não, para em conjunto oferecerem reforços positivos realçando o papel que as famílias têm, minimizando as situações menos favoráveis que surjam nas áreas emocionais, sociais, físicas e até mesmo financeiras, com recursos distribuídos de forma adequada aos que necessitam.

Uma das limitações deste trabalho relaciona-se com o pequeno tamanho da amostra que não permite generalizar os resultados. Assim sugerimos que se faça o levantamento das pessoas idosas dependentes cuidadas no domicílio em todo o Concelho de Santana, utilizando diversos meios para a identificação das mesmas através das paróquias e da vizinhança. Posteriormente será importante definir uma amostra probabilística que nos possibilite generalizar os resultados para se definirem políticas locais mais específicas.

As previsões apontam para um aumento das pessoas mais idosas e para uma emigração dos mais jovens, demonstrando a necessidade da promoção do envelhecimento ativo, porque será com os mais idosos que deveremos contar. A proximidade geográfica dos Concelhos da RAM, cria alguma semelhança entre eles, e por isso consideramos pertinente a extensão do estudo aos Concelhos mais rurais.

Acreditamos que esta conclusão não é um final, mas um início. Início de um olhar diferente e diferenciado. Um reforço para sabermos ouvir quem nos procura, e tentarmos dar alguma resposta, mostrarmos um caminho, uma solução demonstrando o quanto esse momento é importante e fulcral na prevenção de determinadas situações, preparando assim os cuidadores para desempenharem a respectiva função de forma mais suave, adaptando-se a cada situação.

---

Concluimos com um pensamento de uma escritora e poetisa Brasileira, Cora Coralina, que refere que:

“O que vale na vida não é o ponto de partida e sim a caminhada.

Caminhando e semeando, no fim terás o que colher”



## Bibliografia



## BIBLIOGRAFIA

- Almeida, T.L. (2005): *Características de cuidadores de idosos dependentes no contexto da saúde da família*. Dissertação de Mestrado - Enfermagem. Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo.
- Alto Comissariado de Saúde (2011): *Estratégias para a Saúde, versão de discussão do PNS 2011-2016*. Ministério da Saúde. Portugal
- Andrade,L.M.;Costa, M.F.M.;Caetano,J.A *et cols* (2009): *A problemática do cuidador familiar portador de acidente vascular cerebral*. Revista da Escola de Enfermagem da USP, 43(1)37-43. São Paulo. Brasil
- Andrade,C.(2009):*Transcrição para prestador de cuidados: sensibilidade aos cuidados de Enfermagem* . Revista Pensar em Enfermagem 13 (1) 61-71. Escola Superior de Enfermagem de Lisboa
- Andrade, F.M.M.(2010):*Preparação dos cuidadores principais para cuidar: Contributo dos Enfermeiros*. Revista Sinais Vitais, nº 88.Janeiro de 2010. pp.35-38. Ed. Formasau.
- Araújo,I; Paúl,C. & Martins, M.(2010): *Cuidar no paradigma da desinstitucionalização: A sustentabilidade do idoso dependente na família..* Revista de Enfermagem Referência. III Série - n.º 2 - Dez. 2010. pp.43-53. Escola Superior de Enfermagem de Coimbra
- Argimon, I.L.& Stein, L.M. (2005): *Habilidades cognitivas em indivíduos muito idosos, um estudo longitudinal*. Cadernos de Saúde Pública,21(1),64-72. Rio de Janeiro.
- Beauvoir, S. (1990). *A velhice*. Ed. Nova Fronteira Rio de Janeiro
- Berger,L.M; Mailloux-Poirier. (1995): *Pessoas idosas: uma abordagem global..* Ed. Lusodidacta. Lisboa

- Braithwaite,V.(2000): *Contextual or general stress outcomes: making choises through caregiving appraisals*. The Gerontologist, 40,pp. 706-717.
- Brito,L. (2002): *A saúde mental dos prestadores de cuidados a familiares idosos*. Coimbra. Quarteto editora
- Brody, E.M.;Litvin,S.J.; Albert,S.M.; Hoffman,C.J. (1994): *Marital status of the daughters and parents of patient care*. Journal of Gerontology: Social Sciences. 49 (2) pp.95-103.
- Burns,M.A.T; Del-Masso, M.C.S.(2007): *Envelhecimento humano. Diferentes perspectivas*. Ed. Alínea. São Paulo.
- Caldas, C.P (2000):*A dimensão existencial da pessoa idosa e seu cuidador* . Textos sobre envelhecimento,vol.3,nº4, Rio de Janeiro, Julho de 2000. UNATI- UERJ.
- Caldas, C. P. (2003) : *Envelhecimento com dependência: responsabilidades e demandas da família*. Cadernos de Saúde Pública. Vol. 19, nº 3, p. 773-781.Rio de Janeiro
- Cancion, F.M; Stacey, S.J.O. (2000): *Caring and gender* . Thousand Oaks. Califórnia. Pine Forge Press
- Carrilho, M.J; Patrício, L. (2004): *A Situação Demográfica Recente em Portugal*. (INE) Artigo 7º, p.127-152, Instituto Nacional de Estatística. Lisboa.
- Carter,B.;McGoldrick, M. (2008): *Mudanças no Ciclo de Vida Familiar: uma estrutura para a terapia familiar*. 2ª ed. Ed. Artmed. Porto Alegre. Brasil.
- Carvalho,J.A.M. & Andrade, F.C.D.(2000): *Envejecimiento de la poblacion brasileña oportunidades y desafios*. In Encuentro Latino Americano y Caribeño sobre las personas de edad, 1999, Anais Santiago: CELADE, p.81-122 (seminários y conferencias - CEPAL)
- Carvalho, M.I..L.B. (2007): *Entre cuidados e cuidadores: o feminino na configuração da política de cuidados às pessoas idosas*. Revista Campus Social, 3 /4, p.269.280. Lisboa

- Cattani, R.B.; Girardon-Perlini, N.M.O. (2004): *Cuidar do Idoso doente no domicílio na voz de cuidadores familiares*. Revista Eletrónica de Enfermagem, v.6, nº 2. Faculdade de Enfermagem da Universidade Federal de Goiás
- Chaves,L.J..(2012): *Perfil do cuidador domiciliário de idosos*.  
[www.portaldoenvelhecimento.org.br/artigos/artigo1189.htm](http://www.portaldoenvelhecimento.org.br/artigos/artigo1189.htm)
- Conselho Internacional de Enfermagem (2009): *Notas sobre Enfermagem: Um guia para os cuidadores na atualidade*. Editora Lusociencia. Lisboa.
- Cónim, C.N.P.S (1999): *Geografia do envelhecimento da população portuguesa: Aspectos sócio-demográficas 1970-2021*. Comissão Nacional para o Ano Internacional das Pessoas Idosas. Departamento de Prospectiva e Planeamento. Lisboa
- Cook,H; Philin, S (2011): *Sociologia em Enfermagem e Cuidados de Saúde*. Editora Lusociencia. Lisboa.
- Creutzberg, M.(2000) .*Tratar mais a pessoa idosa sobretudo a que está acamada: Subsídios para o cuidado domiciliário*. Revista Mundo da Saúde.24(4) pp.298-305
- Cruz,D.C.M.;Loureiro, H.A.,M; Silva,M.A.N.C.G.M.M;Fernandes,M.M.(2010): *As vivências do Cuidador informal do idoso dependente*. Revista de Enfermagem Referência. III Série, nº 2, pp.127- 136.Escola Superior de Enfermagem de Coimbra.
- Cruz,M.N; Lechetta,D.R;Wachholz, P.A (2009). *Factores associados à sobrecarga e à depressão em cuidadores de idosos com doença de Alzheimer*. Revista Geriatria & Gerontologia,3 (1), pp.15-23. Sociedade Brasileira de Geriatria e Gerontologia.
- Decreto Lei nº 101/06 - D.R., I Série A, nº 109 de 06/06/2006- Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados [www.ers.pt/legislacao\\_atualizada/saude-publica-servico-nacional-de-saude/cuidados-continuados-de-saude/D.L.%20101-2006%20620Junho.pdf](http://www.ers.pt/legislacao_atualizada/saude-publica-servico-nacional-de-saude/cuidados-continuados-de-saude/D.L.%20101-2006%20620Junho.pdf)
- Dicionário da Língua Portuguesa (2010). Porto Editora. Portugal
- Diogo, M. J.D.(2000): *O papel da enfermeira na reabilitação do idoso*. Revista Latino

- Americana de Enfermagem, Ribeirão Preto v.8 n°1.Jan.. pp75-81.São Paulo.
- Domínguez-Alcón, C. (1998). *Família, cuidados informales y políticas de vejez*. In A. Staab & L. Hodges (orgs.), *Enfermería gerontológica: adaptación al proceso de envejecimiento*. México: McGraw-Hill, pp. 464 – 476.
- Duarte, Y. A. O.; Diogo, M. J. D.(2005) *Atendimento domiciliário: um enfoque gerontológico*. Editora Atheneu. São Paulo
- Fernandes, M.G.M, Garcia, T.R.(2009). *Determinantes da tensão do cuidador familiar de idosos dependentes*. Revista Brasileira de Enfermagem. 62(1),pp.57-63. Brasília.
- Figueiredo, D.(2007):*Cuidados familiares aos idosos dependentes*. Cadernos Climepsi de Saúde. 1ª edição. Climepsi editores. Lisboa.
- Figueiredo,D.; Sousa, L.(2008):*Percepção do estado de saúde e sobrecarga de cuidadores familiares de idosos com e sem demência*. Revista Portuguesa de Saúde Pública,.26 (1). Janeiro a Junho/2008.p.15-24. Universidade Nova de Lisboa.
- Figueiredo,D ;Lima, M.P .& Sousa, L (2009): *Os “pacientes esquecidos” : satisfação com a vida e a percepção de saúde em cuidadores familiares de idosos* Revista Kairos, São Paulo,12(1), p.97-112
- Figueiredo,M.H. (2012): *Modelo dinâmico de avaliação e intervenção familiar: uma abordagem colaborativa em Enfermagem de família*”. Editora Lusociência.
- Floriani CA, Schramm FR.(2006): *Cuidador do idoso com câncer avançado: um ator vulnerado*. Cad. Saúde Pública. 2006 mar.; 22(3):527-534.
- Fonseca,A.M.(2006): *O Envelhecimento: uma abordagem psicológica*. Universidade Católica Editora,2ª edição. Lisboa
- Fortin, M.F. (2003). *O Processo de Investigação* . 2ª edição. Ed. Lusociência. Lisboa.
- Fragoeiro, I.M.A.R.(2008). *A saúde mental da pessoa idosa na Região Autónoma da Madeira*. Dissertação de Doutoramento em Saúde Mental. Instituto de Ciências

Biomédicas Abel Salazar. Universidade do Porto.

Fundação Calouste Gulbekian (2009): *Projeto Cuidar de quem Cuida*. Projeto Gulbekian de desenvolvimento humano

Garrido, R.; Menezes, P.R.(2004):”*Impacto em cuidadores de idosos com demência atendidos em um serviço de psicogeriátrico*”. Revista de Saúde Pública, USP, 38(6), pp.835-841. São Paulo

Gineste, Y; Pellistier, J.(2007). *Humanidade: cuidar e compreender a velhice*. Ed. Piaget, Lisboa.

Gratão, A.C.M.(2010). *Sobrecarga vivenciada por cuidadores de idosos na comunidade*. Tese de Doutorado da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto. São Paulo.

Habib, M.(2003): *Bases Neurológicas dos comportamentos*. 1ª reimpressão. Climepsi Fundamental. Lisboa.

Hanson, S.M.H.(2005): *Enfermagem de Cuidados de Saúde à Família: Teoria, prática e Investigação*. 2ª edição. Editora Lusociencia. Lisboa

Horta, W.A.(1979). *Processo de Enfermagem*. Editora EPU. São Paulo.

Imaginário, C.(2008): *O Idoso dependente em contexto familiar: uma análise da família e do cuidador familiar*. 2ª edição. Editora Formasau. Lisboa.

Imbassay, M.(2000): *O cuidado em uma relação muito delicada*. Textos sobre Envelhecimento, .3, (4), Julho. UNATI- UERJ. Rio de Janeiro

Instituto Nacional de Estatística –INE (2003): *Projeções de população residente em Portugal 2000-2050*. (pp.1-6) Lisboa..

Instituto Nacional de Estatística - INE (2011). *Censos 2011. Resultados preliminares* Lisboa. Portugal. [www.censos.ine.pt](http://www.censos.ine.pt)

Kalache, A. (2004): *La Organización Mundial de la Salud lanza una nueva iniciativa para afrontar las necesidades sanitarias que plantea el rápido envejecimiento*.

Genebra.\_ [www.who.im//mediacentre](http://www.who.im//mediacentre)

- Lage, M. I. (2004). *Cuidar dos cuidadores de idosos dependentes*, In Actas do 5º Congresso Nacional de Psicologia da Saúde (pp. 749-756). Lisboa: ISPA
- Lage, M. I. (2005). *Cuidados Familiares a Idosos*, In C. Paúl e A. M. Fonseca (coord.), *Envelhecer em Portugal: psicologia, saúde e prestação de cuidados* (pp. 203-229). Lisboa: Climepsi.
- Lima, P.T (1995): *Contributo para a validação e adaptação de uma escala de medição do Estado funcional (Escala de Barthel modificada)*. Biblioteca da Escola Superior de Saúde de Alcoitão.
- Loureiro, L.M.J; Ferreira,R.J.O; Fernandes,I.M (2010): *Inventário de Comportamentos de cuidar*. Revista de Investigação em Enfermagem, nº21 Fev.2010, pag18-27. Editora Sinais Vitais
- Louro, M.C.C.M.(2010): *A pessoa doente e dependente: do hospital ao domicílio*. Revista de Investigação em Enfermagem, nº21 Fev.2010, p. 59-68. Ed. Sinais Vitais
- Luders, S. L. A.; Storani, M. S. B.(1996) *Demência impacto para família e sociedade*. In: Netto-Papaléo,M. *Gerontologia*. p.146-159.São Paulo: Ed. Atheneu,
- Machado, S.C.G (2008): *Plano de Acolhimento ao Profissional de Enfermagem no Centro de Saúde do Concelho de Santana* (projeto de serviço) Santana. Ilha da Madeira
- Macmillan,K.;Hopkinson,J.;Peden,J.;Hycha,D.:(2006).*Como cuidar dos nossos em fim de vida*. 2ª edição. Editora Coisas de Ler. Escola Superior de Enfermagem Calouste Gulbenkian. Lisboa.
- Marconi,,M.A;Lakatos, E.M. (2002):*Técnicas de Pesquisa*. 5ª ed. Editora Atlas. São Paulo
- Maroco, J. (2010): *Análise Estatística com o PASW Statistics (ex-SPSS)*. 1ª edição. Editora Report Number. Lisboa
- Martin,I; Paúl,C.& Roncon, J. (2000): *Estudo de adaptação e validação da escala de ava -*

- liação de cuidado Informal*. Psicologia, Saúde & Doenças 1 (1),3-9. Universidade do Porto.
- Martin, I. (2005). *O cuidado informal no âmbito social*. In Paúl & Fonseca, *Envelhecer em Portugal*. Climepsi Editora.
- Martins,M.C.A.(2004): *Factores psicossociais para a saúde mental*. Revista Educação ciência e tecnologia. Instituto Politécnico de Viseu, nº 29, Junho de 2004. Porto.
- Martins,T; Ribeiro, J.P & Garrett,C (2003): *Estudo da validação de questionários de avaliação da sobrecarga para cuidadores informais* . Psicologia, Saúde & Doenças, 4 (1), 131-148., Universidade do Porto.
- Marques,S.(2005). *Os cuidadores informais de doentes com Acidente Vascular Cerebral*. Revista Interações, 9, pp.130-141. Escola Superior de Altos Estudos.
- Mascarenhas, S.H.Z; Barros,A.C.T; Carvalho,S.J.C (2006). *Um olhar atento sobre a prática do cuidador familiar*. Revista Mineira de Enfermagem. 10(2), abr-jun. Minas Gerais.
- Mendes,G.D;Miranda,S.M. &Borges,M.M.C (2010): *Saúde do Cuidador de idosos: um desafio para o cuidado*. Revista Enfermagem Integrada –Ipatinga. Unileste.v.3,n.1 Jul/Ago. Minas Gerais
- Ministério da Saúde (2004). “*Programa Nacional para a Saúde das Pessoas Idosas*”. Direção Geral de Saúde. Lisboa
- Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica (2006). “*Envelhecimento e saúde da pessoa idosa*”. Série A. Normas e Manuais Técnicos. Cadernos de Atenção Básica nº 19. Brasília.
- Ministério do Trabalho e da Solidariedade Social (2009). *Dependência apoio informal, a rede de serviços e equipamentos e os cuidados continuados integrados*. Gabinete de estratégia e planeamento (GEP).Lisboa.

- Moraes,E.N.,Moraes,F.L. & Lima,S.M.P (2010): *Características biológicas e psicológicas do Envelhecimento*. Revista de Medicina de Minas Gerais. pp.67-73. Minas Gerais.
- Moreira, I.M.P.B.(2006): *O doente terminal em contexto familiar: uma análise da experiência de cuidar vivenciada pela família*.2ª ed. Editora Formasau. Coimbra.
- Nazareth, J.M.(2009). *Demografia: a ciência da população*. 3ª edição. Editorial Presença.
- Neno, R. (2004). Male carers: myth or reality? Nursing older people, 16, 14-16.
- Neri, A. L. (2008). *Palavras-chave em Gerontologia*.. Ed. Alínea. São Paulo.
- Neri.A.L. et al (2011):*Qualidade de vida na Velhice: enfoque multidisciplinar*. Coleção velhice e sociedade. 2ªedição. Editora. Alínea. São Paulo
- Netto, M.P.(1996): *Gerontologia*. Editora Atheneu. São Paulo.
- Netto, M.P. (2002): *Gerontologia: a velhice e o envelhecimento em visão globalizada*. Editora Atheneu, São Paulo.
- Nogueira,S.L; Ribeiro, R.C.L. et cols.(2010): *Factores determinantes da capacidade funcional em idosos longevos*. Revista Brasileira de Fisioterapia, jul/ago 2010; 14(4) p.322- São Carlos. São Paulo.
- Nunes,I;Amaral,M;Gonçalves,R. (2005) “*Código Deontológico do Enfermeiro: dos comentários à análise de casos*”. Ordem dos Enfermeiros.. Lisboa
- Oliveira,M.A; Queirós,C.; Guerra, M.P (2007): *O conceito de cuidador analisado numa perspectiva autopoietica: do caos à autopoiese*. Revista Psicologia, Saúde e doença, 8, (2), pp. 181-196
- Ordem dos Enfermeiros (2010): *Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Saúde Familiar*. Lisboa
- Ordem dos Enfermeiros (2011): *Classificação Internacional da Prática de Enfermagem 2.0 - CIPE*. ICN
- Organización Panamericana de La Salud – OPAS (2003): *Guia Clínica para atención pri-*

*mária a las personas adultas mayores.*

- Organização das Nações Unidas(2002). *Informe de la segunda asamblea mundial sobre el envejecimiento*. Madrid.
- Orso,Z.R.A.(2008): *Perfil do cuidador informal de idosos dependentes no Município de Veranópolis – RS*. Dissertação (Mestrado). Instituto de Geriatria e Gerontologia. PUCRS, Porto Alegre,
- Paschoal,S.M.P (2002): *Epidemiologia do Envelhecimento*. In Netto, M.P.(2002): *Gerontologia: a velhice e o envelhecimento em visão globalizada*. pp 26-43: Editora Atheneu. São Paulo.
- Paschoal,S.M.P; Salles, R.F.N; Franco, R.P. (2006): *Epidemiologia do Envelhecimento*. In Carvalho, T.F.E.(2006): *Geriatria: Fundamentos, clínica e terapêutica*. pp 3-18: Editora Atheneu. São Paulo.
- Paúl, C. & Fonseca, A.M.(2001):*Psicossociologia da Saúde*.1ª ed. Ed. Climepsi. Lisboa
- Paúl, C & Fonseca, A.M.(2005): *Envelhecer em Portugal*. 1ª ed. Ed. Climepsi. Lisboa
- Paulo, A.S; Cunha, V.G. (2009): *O efeito orçamental do envelhecimento da população em Portugal no contexto da União Européia*. Gabinete de Planeamento, Estratégia, Avaliação e Relações Internacionais do Ministério das Finanças e Administração Pública. Portugal
- Pereira, A.(2008). *SPSS: Guia prático de utilização - Análise de dados para ciências sociais e psicologia*. 7ª edição. Editora Sílabo. Lisboa
- Pestana,M.H;Gagueiro,J.N. (2005): *Análise e dados para as ciências sociais: a completariedade do SPSS*. 4ª edição. Editora Sílabo. Lisboa.
- Phaneuf, M. (2010).*O envelhecimento perturbado: A doença de Alzheimer*. 2ª edição. Editora Lusodidacta. Lisboa.
- Pimenta, G.M.F; Costa, M.A.S.M.C; Gonçalves,L.H.T. & Alvarez, A.M. (2009). *Perfil do*

- cuidador de idoso fragilizado em convívio doméstico da grande Região do Porto, Portugal*. Revista da Escola Enfermagem da USP.43(3):609-614. São Paulo
- Pinto,A.F.B; Carranca, M.I.S; Brites,M.A.R. (2010):*Acolher em casa o utente dependente com afecção neurocirúrgica: vivências da família/ pessoa significativa”*  
Revista de Investigação em Enfermagem, nº21 Fev.2010, pp.69-81. Ed. Sinais Vitais
- Potter,P.A; Perry, A.G. (2002). *Tratado de Enfermagem prática: clínica e prática hospitalar*.3º ed. Editora Santos. São Paulo
- Reis, M.G.M. (2011). *Da incapacidade à actividade. O desafio do envelhecimento. Vista sobre a população da Região Autónoma da Madeira*. Tese de Doutoramento. Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar. Universidade do Porto
- Relvas, A.P. (2006): *O ciclo vital familiar: perspectiva sistêmica*. 4ª ed. Ed. Afrontamento Porto
- Ribeiro,O.; Paúl,C.(2011): *Manual do Envelhecimento activo*.1ª ed. Ed. Lidel. Lisboa
- Rice, R (2004):*Prática de Enfermagem nos cuidados domiciliários: conceitos e aplicação*. 3ª ed. Editora Lusociência.
- Romão, A, Pereira A., Guerra I. & Sardinha, C.(2008):*Cuidadores informais de Idosos: Conhecer os Colaboradores da Santa Casa da Misericórdia de Lisboa*. Revista Cidade Solidária. Lisboa.
- Rondini,C.A.; Justo, J.S; Filho,F.S.T;Lucca,J.A.C;Oliveira, P.A (2011): *”Análise das relações entre qualidade de vida e sobrecarga de cuidadores de idosos de Assis, São Paulo”* Revista Estudos e Pesquisas em Psicologia, 11(3),pp.796-820. Rio de Janeiro
- Sanchez, M. A. S..(2000) *A dependência e suas implicações para a perda de autonomia: estudo das representações para idosos de uma unidade ambulatorial geriátrica*. Textos Envelhecimento, 3,(3), 2000. UNATI. Rio de Janeiro
- Santos,A.T (2004): *Acidente Vascular Cerebral: qualidade e vida e bem estar dos doentes*

- e cuidadores. Tese de doutoramento em Psicologia. FCCEUP.Porto
- Santos, A.F.A (2008) :*Qualidade de vida e solidão na terceira Idade*. Monografia de Psicologia. Universidade Fernando Pessoa. Faculdade de Ciências Humanas e Sociais. Porto
- Santos,S.M.A. (2010): *Idosos, família e cultura :um estudo sobre a construção do papel do cuidador* . 3ª ed. Revisada. Editora Alinea. São Paulo
- Schossler,T; Crossetti,M.G (2008): *Cuidador familiar do idoso e o cuidado de si: uma análise através da Teoria do Cuidado Humano de Jean Watson*. Revista Contexto em Enfermagem. Abr-Jun;17(2);pp.280-287. Florianópolis. Brasil
- Secretaria Regional dos Assuntos Sociais(2009).*Plano Gerontológico da RAM: Viver mais, viver melhor 2009-2013*. Ilha da Madeira.
- Sequeira, C. (2007): Cuidar de idosos dependentes. Editora Quarteto. Coimbra
- Sequeira, C (2010<sup>1</sup>): *Adaptação e validação da Escala de Sobrecarga do Cuidador de Zarit*. Revista Referência II, série nº12, março, pp.9-16
- Sequeira, C (2010<sup>2</sup>):*Cuidar de Idosos com dependência física e mental*. 1ª edição. Editora Lidel. Porto
- Simonetti, J.P; Ferreira J.C. (2008): *Estratégias de coping desenvolvidas por cuidadores de idosos portadores de doença crônica*. Revista da Escola de Enfermagem da USP. 42(1):19-25.São Paulo.
- Sousa, L.; Figueiredo,D. ;Cerqueira, M.(2006):*Envelhecer em família: os cuidados familiares na velhice* . 2ª edição. Editora Ambar. Lisboa.
- Sousa,L.;Relvas,A.P.;Mendes,A.(2007): *Enfrentar a velhice e a doença crónica*. Cadernos Climepsi de Saúde. 1ª edição. Climepsi editores. Lisboa.
- SRS-EPE- Direcção de Enfermagem de Cuidados de Saúde Primários (2006): *A cada Família seu Enfermeiro: Manual de Cuidados de Enfermagem à Família*. Ilha da

Madeira

Stanhope, M.; Lancaster. J (2011): *Enfermagem de Saúde Pública: Cuidados centrados na Comunidade, centrados na população*”. 7ª Ed. Lusodidacta. Lisboa

Torres, G.V. *et cols* (2009). *Funcionalidade familiar de idosos dependentes residentes em domicílios*. Revista Avaliação Psicológica. 8 (3), pp.415-423. Bahia.

Vilaça, C.M; Barreiros, D.S; Galli, F.A. et al. (2005): “*O autocuidado de cuidadores informais no domicílio- percepção de académicos de enfermagem*”. Revista Eletrónica de Enfermagem, v.07, nº2, pp.221-226. Minas Gerais

Wanderbrocke, A.C.N.S (2002). *Perfil do cuidador do paciente idoso com câncer*. Revista Psico- PUCRS. 33(2),pp.401-412, jul-dez. Porto Alegre.

World Health Organization –WHO(2005): *Envelhecimento Activo, uma politica de saúde*. Brasilia. Organização Pan- Americana de Saúde

Wright, L.M; Leahey, M.(2002). *Enfermeiras e famílias: um guia para avaliação e intervenção na família*..3ª ed. Editora Roca

Yuasso, D.R.(2002). *Cuidar de cuidadores: resultado de um programa de treinamento realizado em domicílio*. In Neri, A.L. *Cuidar de idosos no contexto da família questões psicológicas e sociais*. Editora Alínea. São Paulo

Zimerman, G.I.:(2005).*Velhice: aspectos biopsicossociais*.2ª ed. Ed Artmed. Porto Alegre





**Anexo 1: Termo de Consentimento  
Informado e Esclarecido**



## DOCUMENTO DE INFORMAÇÃO AO SUJEITO DA INVESTIGAÇÃO

Nome do Estudo : “ Avaliação da Sobrecarga do Cuidador informal, no desempenho de suas funções, à pessoa idosa dependente, no Concelho de Santana ”

Investigador : Mestranda Enf<sup>a</sup> Soraya Coelho Gonçalves Machado

Email: sorayacgmachado@gmail.com

Foi-lhe pedido para participar num estudo de investigação no âmbito de desenvolvimento de Tese de Mestrado. Estará envolvido na recolha de informação para colaborar na melhor forma de conseguirmos buscar estratégias minimizadoras da sobrecarga do cuidador informal do idoso dependente, no desempenho de suas funções, e analisadas juntamente com informações recolhidas de outras pessoas, que estejam passando pela mesma situação. As respostas individuais que fornecer serão *confidenciais*.

O objectivo deste estudo envolve uma pesquisa sobre o perfil dos cuidadores informais dos idosos dependentes do Concelho de Santana e os factores que contribuem ou afetam o desempenho de suas funções.

O estudo irá recolher informações dos prestadores de cuidados informais das seis freguesias do Concelho de Santana. A informação recolhida irá colaborar na prevenção dos factores estressores do cuidador informal do idoso dependente, no Concelho de Santana.

Ser-lhe-á solicitado para responder a questões sobre si e os sentimentos percebidos no acto de cuidar de um idoso dependente. As perguntas permitem avaliar o seu bem-estar físico, psicológico, relações sociais, assim como as estratégias utilizadas para enfrentar os problemas e satisfações obtidas. Todos os inquiridos levarão cerca de 30 minutos para serem respondidos.

A informação colhida será armazenada juntamente com as informações dos demais utentes que estejam vivenciando as mesmas situações.

Foi-lhe solicitado que participasse neste estudo por ser cuidador informal de um idoso dependente, e viver em uma das seis freguesias do Concelho de Santana.

Não existem riscos associados ao preenchimento dos questionários deste estudo, nem tampouco, benefícios imediatos por participar neste, porém toda a informação recolhida buscará detectar as situações de stress em desempenhar a função de prestador de cuidados informal, bem como, buscar estratégias minimizadoras dessa sintomatologia.

Não haverá identificação de seu nome em nenhum relatório. Todos os relatórios e materiais pertencentes a este estudo, serão mantidos confidenciais. Contudo, não podemos garantir a confidencialidade absoluta, desde que seja solicitada pelas vias legais. Também é possível que a informação deste estudo seja divulgada e/ou publicada no futuro. Neste caso, a sua identidade será confidencial e não será revelada na divulgação. Ao final do estudo todos os relatórios serão destruídos.

A sua participação não envolve quaisquer encargos ou despesas da sua parte, com exceção do tempo necessário para o preenchimento do questionário. Além de que a sua participação também é voluntária, podendo recusar participar no estudo ou desistir em qualquer momento. Caso decida não aceitar cooperar no estudo, isto não afetará o seu futuro tratamento, ou direitos de saúde e legais.

Em caso de alguma dúvida, sobre seus direitos como participante, pode contactar a Enf.<sup>a</sup> Soraya Machado, nos Centros de Saúde do Concelho de Santana ( Centro de Saúde de Santana, Centro de Saúde da Ilha, Centro de Saúde do Faial, Centro de Saúde de São Roque do Faial, Centro de Saúde de São Jorge e Centro de Saúde do Arco de São Jorge), onde exerço minhas funções enquanto Enfermeira Especialista em Saúde Comunitária.

## DOCUMENTO DE CONSENTIMENTO INFORMADO

Entendo que toda a informação derivada do estudo “ *Avaliação da Sobrecarga do Cuidador informal, no desempenho de suas funções, à pessoa idosa dependente, no Concelho de Santana* ”, é propriedade da *Mestranda Soraya Coelho Gonçalves Machado*.

Dou meu consentimento, para que dados anónimos a meu respeito possam ser guardados e processados pela Mestranda em Gerontologia, da Universidade da Madeira, para fins de avaliação científica.

Li (Foi-me lida) a informação mencionada acima. Entendo o significado desta informação, e as minhas perguntas foram satisfatoriamente respondidas. Tive tempo suficiente para decidir sobre a participação neste estudo. Venho por este meio consentir a minha participação e consentir na recolha, uso e revelação de informação. Irei receber uma cópia deste documento de consentimento informado assinada e datada.

\_\_\_\_\_ / \_\_\_\_/ \_\_\_\_/ \_\_\_\_

Assinatura do Participante

Data

\_\_\_\_\_ / \_\_\_\_/ \_\_\_\_/ \_\_\_\_

Assinatura do Representante legal (se aplicável)

Data

\_\_\_\_\_ / \_\_\_\_/ \_\_\_\_/ \_\_\_\_

Soraya Coelho Gonçalves Machado

Data



**Anexo 2: Autorização de utilização dos Instrumentos  
de Avaliação do Prof. Carlos Sequeira  
(Escola Superior de Enfermagem do Porto)**





ESEP

Escola Superior de Enfermagem do Porto

## Declaração

Carlos Alberto da Cruz Sequeira, Professor na Escola Superior de Enfermagem do Porto, declara que para os devidos efeitos que autorizou SORAYA COELHO GONÇALVES MACHADO, a utilizar no seu trabalho de investigação os seguintes instrumentos:

1. Escala de sobrecarga do cuidador: (Sequeira, 2007; 2010)
2. Dificuldades do prestador de cuidados (Sequeira, 2007; 2010)
3. Formas do prestador de cuidados enfrentar as dificuldades (Sequeira, 2007; 2010)
4. Satisfação do prestador de cuidados (Sequeira, 2007; 2010)

Porto, 01 de Novembro de 2010

Carlos Alberto da Cruz Sequeira

Professor Doutor ESEP

Rua Dr. António Bernardino de Almeida • 4200-072 Porto • Tel.: 22 507 35 00 • 96 728 81 93/4 • Fax: 22 509 63 37  
E-Mail: [esep@esenf.pt](mailto:esep@esenf.pt) • Site Web: <http://portal.esenf.pt>

E-mail pessoal: [carlossequeira@esenf.pt](mailto:carlossequeira@esenf.pt) • Tel.: 966851153



**Anexo 3: Aprovação do Conselho de Administração  
SESARAM-EPE, para realização do estudo**





REGIÃO AUTÓNOMA DA MADEIRA  
SERVIÇO DE SAÚDE DA REGIÃO AUTÓNOMA DA MADEIRA, E.P.E.

Comissão de Ética para a Saúde  
do  
SESARAM,EPE

Parecer nº 92/2010



**O Pedido:**

Recebido do Conselho de Administração para parecer, pedido de autorização de Soraya Coelho Gonçalves Machado, Enfermeira Especialista em Saúde Comunitária, a fazer o Mestrado em Gerontologia Social, na UMA, para realizar um Estudo subordinado ao tema “Avaliação da Sobrecarga do Cuidador Informal no Desempenho das Suas Funções à Pessoa Idosa Dependente no Concelho de Santana”, no âmbito da sua Tese de Mestrado.

**Parecer:**

A CES/SESARAM,EPE, organizada e a funcionar de acordo com os requisitos das Normas da Boa Prática Clínica (ICHGCP *Guidelines*) e da legislação nacional em vigor (Dec. Lei nº 97/95, de 10 de Maio), composta por Dr. Edward Maul, Médico e Presidente, Dr. Ricardo Santos, Médico, Dr. Emanuel Gomes, Psicólogo, Dr<sup>a</sup> Raquel Tranquada, Médica, e Dr. José Manuel Freitas, Teólogo, na sua reunião de 14 de Dezembro de 2010, decidiu dar parecer favorável ao pedido acima identificado, por não levantar quaisquer problemas de ordem ética.

Funchal, 21 de Dezembro de 2010 ~

O Presidente da CES  
  
(Edward Ricardo Maul)  
DE  
ÉTICA  
SERVIÇO REGIONAL DE SAÚDE E.P.E.



## **Anexo 4: Escala de Barthel modificada**



**Escala Modificada de Barthel**

Nome: \_\_\_\_\_ D.N. / / HD: \_\_\_\_\_

**CATEGORIA 1: HIGIENE PESSOAL**

1. O paciente é incapaz de realizar higiene pessoal sendo dependente em todos os aspectos.
2. Paciente necessita de assistência em todos os passos da higiene pessoal.
3. Alguma assistência é necessária em um ou mais passos da higiene pessoal.
4. Paciente é capaz de conduzir a própria higiene, mas requer mínima assistência antes e/ou depois da tarefa.
5. Paciente pode lavar as mãos e face, limpar os dentes e barbear, pentear ou maquiar-se.

**CATEGORIA 2: BANHO**

1. Totalmente dependente para banhar-se.
2. Requer assistência em todos os aspectos do banho.
3. Requer assistência para transferir-se, lavar-se e/ou secar-se; incluindo a incapacidade em completar a tarefa pela condição ou doença.
4. Requer supervisão por segurança no ajuste da temperatura da água ou na transferência.
5. O paciente deve ser capaz de realizar todas as etapas do banho, mesmo que necessite de equipamentos, mas não necessita que alguém esteja presente.

**CATEGORIA 3: ALIMENTAÇÃO**

1. Dependente em todos os aspectos e necessita ser alimentado.
2. Pode manipular os utensílios para comer, usualmente a colher, porém necessita de assistência constante durante a refeição.
3. Capaz de comer com supervisão. Requer assistência em tarefas associadas, como colocar leite e açúcar no chá, adicionar sal e pimenta, passar manteiga, virar o prato ou montar a mesa.
4. Independência para se alimentar um prato previamente montado, sendo a assistência necessária para, por exemplo, cortar carne, abrir uma garrafa ou um frasco. Não é necessária a presença de outra pessoa.
5. O paciente pode se alimentar de um prato ou bandeja quando alguém coloca os alimentos ao seu alcance. Mesmo tendo necessidade de algum equipamento de apoio, é capaz de cortar carne, serve-se de temperos, passar manteiga, etc.

**CATEGORIA 4: TOALETE**

1. Totalmente dependente no uso vaso sanitário.
2. Necessita de assistência no uso do vaso sanitário
3. Pode necessitar de assistência para se despir ou vestir, para transferir-se para o vaso sanitário ou para lavar as mãos.
4. Por razões de segurança, pode necessitar de supervisão no uso do sanitário. Um penico pode ser usado a noite, mas será necessária assistência para seu esvaziamento ou limpeza.
5. O paciente é capaz de se dirigir e sair do sanitário, vestir-se ou despir-se, cuida-se para não se sujar e pode utilizar papel higiênico sem necessidade de ajuda. Caso necessário, ele pode utilizar uma comadre ou penico, mas deve ser capaz de os esvaziar e limpar;

**CATEGORIA 5: SUBIR ESCADAS**

1. O paciente é incapaz de subir escadas.
2. Requer assistência em todos os aspectos relacionados a subir escadas, incluindo assistência com os dispositivos auxiliares.
3. O paciente é capaz de subir e descer, porém não consegue carregar os dispositivos, necessitando de supervisão e assistência.
4. Geralmente, não necessita de assistência. Em alguns momentos, requer supervisão por segurança.
5. O paciente é capaz de subir e descer, com segurança, um lance de escadas sem supervisão ou assistência mesmo quando utiliza os dispositivos.

**CATEGORIA 6: VESTUÁRIO**

1. O paciente é dependente em todos os aspectos do vestir e incapaz de participar das atividades.
2. O paciente é capaz de ter algum grau de participação, mas é dependente em todos os aspectos relacionados ao vestuário
3. Necessita assistência para se vestir ou se despir.
4. Necessita assistência mínima para abotoar, prender o soutien, fechar o zipper, amarrar sapatos, etc.
5. O paciente é capaz de vestir-se, despir-se, amarrar os sapatos, abotoar e colocar um colete ou órtese, caso eles sejam prescritos.

**CATEGORIA 7: CONTROLE ESFINCTERIANO (BEXIGA)**

1. O paciente apresenta incontinência urinária.
2. O paciente necessita de auxílio para assumir a posição apropriada e para fazer as manobras de esvaziamento.
3. O paciente pode assumir a posição apropriada, mas não consegue realizar as manobras de esvaziamento ou limpar-se sem assistência e tem freqüentes acidentes. Requer assistência com as fraldas e outros cuidados.
4. O paciente pode necessitar de supervisão com o uso do supositório e tem acidentes ocasionais.
5. O paciente tem controle urinário, sem acidentes. Pode usar supositório quando necessário.

<b>CATEGORIA 8: CONTROLE ESFINCTERIANO (INTESTINO)</b>
<ol style="list-style-type: none"> <li>O paciente não tem controle de esfíncteres ou utiliza o cateterismo.</li> <li>O paciente tem incontinência, mas é capaz de assistir na aplicação de auxílios externos ou internos.</li> <li>O paciente fica geralmente seco ao dia, porém não à noite e necessita dos equipamentos para o esvaziamento.</li> <li>O paciente geralmente fica seco durante o dia e a noite, porém tem acidentes ocasionais ou necessita de assistência com os equipamentos de esvaziamento.</li> <li>O paciente tem controle de esfíncteres durante o dia e a noite e/ou é independente para realizar o esvaziamento.</li> </ol>
<b>CATEGORIA 9: DEAMBULACAO</b>
<ol style="list-style-type: none"> <li>Totalmente dependente para deambular.</li> <li>Necessita da presença constante de uma ou mais pessoas durante a deambulação.</li> <li>Requer assistência de uma pessoa para alcançar ou manipular os dispositivos auxiliares.</li> <li>O paciente é independente para deambular, porém necessita de auxílio para andar 50 metros ou supervisão em situações perigosas.</li> <li>O paciente é capaz de colocar os braces, assumir a posição ortostática, sentar e colocar os equipamentos na posição para o uso. O paciente pode ser capaz de usar todos os tipos de dispositivos e andar 50 metros sem auxílio ou supervisão.</li> </ol> <p style="text-align: center;"><b>Não pontue esta categoria caso o paciente utilize cadeira de rodas</b></p>
<b>CATEGORIA 9: CADEIRA DE RODAS *</b>
<ol style="list-style-type: none"> <li>Dependente para conduzir a cadeira de rodas.</li> <li>O paciente consegue conduzi-la em pequenas distâncias ou em superfícies lisas, porém necessita de auxílio em todos os aspectos.</li> <li>Necessita da presença constante de uma pessoa e requer assistência para manipular a cadeira e transferir-se.</li> <li>O paciente consegue conduzir a cadeira por um tempo razoável e em solos regulares. Requer mínima assistência em espaços apertados.</li> <li>Paciente é independente em todas as etapas relacionadas a cadeira de rodas (manipulação de equipamentos, condução por longos percursos e transferências).</li> </ol> <p style="text-align: center;"><b>Não se aplica aos pacientes que deambulam.</b></p>
<b>CATEGORIA 10: TRANSFERENCIAS CADEIRA/CAMA</b>
<ol style="list-style-type: none"> <li>Incapaz de participar da transferência. São necessárias duas pessoas para transferir o paciente com ou sem auxílio mecânico.</li> <li>Capaz de participar, porém necessita de máxima assistência de outra pessoa em todos os aspectos da transferência.</li> <li>Requer assistência de outra pessoa para transferir-se.</li> <li>Requer a presença de outra pessoa, supervisionando, como medida de segurança.</li> <li>O paciente pode, com segurança, aproximar-se da cama com a cadeira de rodas, freiar, retirar o apoio dos pés, mover-se para a cama, deitar, sentar ao lado da cama, mudar a cadeira de rodas de posição, e voltar novamente para cadeira com segurança. O paciente deve ser independente em todas as fases da transferência.</li> </ol>

**Tabela 9: Pontuação do Índice de Barthel Modificado**

Item	Incapaz de realizar a tarefa	Requer ajuda substancial	Requer moderada ajuda	Requer mínima ajuda	Totalmente independente
Higiene Pessoal	0	1	3	4	5
Banho	0	1	3	4	5
Alimentação	0	2	5	8	10
Toailete	0	2	5	8	10
Subir escadas	0	2	5	8	10
Vestuário	0	2	5	8	10
Controle de Bexiga	0	2	5	8	10
Controle intestino	0	2	5	8	10
Deambulação	0	3	8	12	15
Ou cadeira de rodas*	0	1	3	4	5
Transferência cadeira/cama	0	3	8	12	15
					100

<b>Interpretação do Resultado</b>	75 a 51 pontos - <b>dependência moderada</b>
100 pontos – <b>totalmente independente</b>	50 a 26 pontos – <b>dependência severa</b>
99 a 76 pontos – <b>dependência leve</b>	25 e menos pontos – <b>dependência total</b>

## **Anexo 5: Questionário de caracterização sócio demográfica do prestador de cuidados**



Questionário de Caracterização Socio demográfica do Prestador de Cuidados Nº \_\_\_\_\_

CONCELHO DE SANTANA

CENTRO DE SAÚDE:		ENFª DE FAMÍLIA:					
UTENTE (idade):		PROC. FAMILIAR:					
TIPO DE PATOLOGIA:							
<input type="checkbox"/> Crónica		<input type="checkbox"/> Não crónica		<input type="checkbox"/> Ambas	<input type="checkbox"/> Nenhuma		
Tipo de Dependência	<input type="checkbox"/> Total		Escala de Barthel:				
	<input type="checkbox"/> Parcial						
Cuidador Principal							
Parentesco <input type="checkbox"/> Esposa <input type="checkbox"/> Marido <input type="checkbox"/> Filha(o) <input type="checkbox"/> Nora <input type="checkbox"/> Irmã (ão) <input type="checkbox"/> Genro <input type="checkbox"/> Sobrinha(o) <input type="checkbox"/> Nenhum Qual? _____							
Há quanto tempo cuida dessa pessoa?		É remunerado para exercer essa função?		<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não			
Quantas horas por dia presta cuidados ?		Tem período de férias ?		Se sim, quem a/o substitui?			
<input type="checkbox"/> 2-3 h <input type="checkbox"/> 3-5 h <input type="checkbox"/> 6 -12 h <input type="checkbox"/> + 12 h		<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não					
Nível Socio Económico (Avaliação de Graffard)							
<input type="checkbox"/> Baixo		<input type="checkbox"/> Médio		<input type="checkbox"/> Alto			
Idade	<input type="checkbox"/> 15- 24	<input type="checkbox"/> 25- 34	<input type="checkbox"/> 35- 44	<input type="checkbox"/> 45- 54	<input type="checkbox"/> 55- 64	<input type="checkbox"/> 65- 74	<input type="checkbox"/> ≥ 75
Escolaridade							
<input type="checkbox"/> Não estudou <input type="checkbox"/> < 4º ano <input type="checkbox"/> 4º ano <input type="checkbox"/> 6º ano <input type="checkbox"/> 9º ano <input type="checkbox"/> 12º ano <input type="checkbox"/> Licenciatura <input type="checkbox"/> Não sabe responder							
Estado Civil							
<input type="checkbox"/> Solteiro <input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Separado <input type="checkbox"/> Viúvo <input type="checkbox"/> União de facto Outros: _____							
Etapa do Ciclo Vital do Cuidador		1-Sair de casa: adultos jovens solteiros ( <input type="checkbox"/> )		2 – União das famílias pelo casamento do novo casal ( <input type="checkbox"/> )			
		3 – Famílias com filhos pequenos ( <input type="checkbox"/> )		4 – Famílias com adolescentes ( <input type="checkbox"/> )			
		5- Encaminhamento dos filhos: saída de casa ( <input type="checkbox"/> )		6 – Famílias no fim da vida ( <input type="checkbox"/> )			
Porque é cuidador deste utente ?		<input type="checkbox"/> Porque é meu pai / mãe		<input type="checkbox"/> Porque é meu marido/ esposa			
		<input type="checkbox"/> Porque é meu parente		<input type="checkbox"/> Porque tenho pena e não há mais ninguém para cuidar			
		<input type="checkbox"/> Porque gosto e me preocupo com ele(a)		<input type="checkbox"/> Porque sinto que devo realizar essa actividade por tudo que ele(a) já fizeram por mim			
		<input type="checkbox"/> Porque é meu trabalho e gosto de ajudar os necessitados		<input type="checkbox"/> Porque os demais membros da família não podem			
		<input type="checkbox"/> Outro motivo: _____					
Conta com apoio de outras pessoas ?		<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não Se sim, quem? _____					
Conta com apoio formal?		<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não					
		<input type="checkbox"/> Enfermeiros <input type="checkbox"/> Apoio domicilio <input type="checkbox"/> Outro: _____					
Já solicitou apoio para algum serviço?		<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não Se sim, qual? _____					
Recebe algum tipo de apoio da Segurança Social ?		<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não Se sim, qual? _____					
Observações:							



**Anexo 6 : Índice de satisfação do prestador de cuidados  
(CASI)**



**Satisfação do prestador de cuidados (Brito, 2002; Sequeira, 2007)**

**Índice para avaliação das satisfações do prestador de cuidados (CASI)**

O CASI é uma lista de 30 afirmações, feitas por pessoas que prestam cuidados, acerca das satisfações que têm obtido. Leia atentamente cada uma das afirmações, e indique de que modo se aplicam ao seu caso, colocando o sinal **X** no espaço que melhor corresponder à sua opinião. A partir das suas respostas poderão ser encontradas formas de apoio à pessoa que presta cuidados.

Nº	Prestar cuidados pode dar satisfação porque:	Não Acontece no meu caso	Isto acontece no meu caso e dá-me:		
			Nenhuma satisfação	Alguma satisfação	Muita satisfação
1	Prestar cuidados permitiu-me desenvolver novas capacidades e habilidades				
2	A pessoa de quem cuido aprecia o que faço				
3	O facto de prestar cuidados aproximou-me mais da pessoa de quem cuido				
4	É bom observar pequenas melhoras no estado da pessoa que cuido				
5	Sou capaz de ajudar a pessoa de quem cuido a desenvolver ao máximo as suas capacidades				
6	Tenho possibilidade de retribuir o que de bom fez por mim a pessoa de quem cuido				
7	Prestar cuidados dá-me ocasião de mostrar o que sou capaz				
8	Apesar de todos os seus problemas, a pessoa de quem cuido não resmungue nem se queixe				
9	É agradável ver a pessoa de quem cuido limpa, confortável e bem arranjada				
10	Prestar cuidados permite-me cumprir o que sinto que é o meu dever				
11	Sou do género de pessoas que gostam de ajudar os outros				
12	Dá-me satisfação ver que a pessoa de quem cuido se sente bem				
13	É bom ajudar a pessoa de quem cuido a vencer dificuldades e problemas				
14	É agradável sentir que as coisas que eu faço dão bem-estar à pessoa de quem cuido				
15	Por conhecer bem a pessoa de quem cuido, posso tratar dela melhor do que ninguém				
16	Prestar cuidados tem-me ajudado a amadurecer e a crescer como pessoa				
17	É bom sentir-me apreciado pelos familiares e amigos que mais considero				
18	Prestar cuidados estreitou laços de família e relações de amizade				
19	Ajuda a evitar que me sinta culpado				
20	Sou capaz de manter em casa a pessoa de quem cuido, sem ter de ser internada num lar				
21	Creio que se a situação fosse ao contrário, a pessoa de quem cuido faria o mesmo por mim				
22	Posso garantir que a pessoa de quem cuido tem as suas necessidades satisfeitas				
23	Prestar cuidados deu-me a oportunidade de alargar os meus interesses e contactos				

24	É importante para mim manter a dignidade da pessoa de quem cuido				
25	Permite pôr-me a mim mesmo à prova e vencer as dificuldades				
26	Prestar cuidados é uma maneira de expressar a minha fé				
27	Prestar cuidados deu à minha vida um sentido que não tinha antes				
28	No final, eu sei que terei feito o melhor que me foi possível				
29	Prestar cuidados é uma forma de mostrar o meu amor pela pessoa de quem trato				
30	Prestar cuidados faz-me sentir que sou útil e estimado				

Se há outros aspectos da prestação de cuidados que lhe dão satisfação, por favor indique-os, e assinale, como fez antes, quanta satisfação lhe dá:

		Isto acontece no meu caso e dá-me:		
Nº	PRESTAR CUIDADOS PODE DAR SATISFAÇÃO PORQUE:	Nenhuma satisfação	Alguma satisfação	Muita satisfação

Sempre que utilizar esta escala cite as seguintes fontes:

Sequeira C. (2010). Cuidar de Idosos com Dependência Física e Mental. Lisboa: Lidel Editora

**Anexo 7: Índice de avaliação das dificuldades do prestador  
de cuidados (CADI)**



**Dificuldades do prestador de cuidados (Brito, 2002; Sequeira, 2007)**

1.1 **Índice para avaliação das dificuldades do prestador de cuidados (CADI)**

1.2 *O CADI é uma lista de 30 afirmações, feitas por pessoas que prestam cuidados, acerca das dificuldades que enfrentam. Leia atentamente cada uma das afirmações, e indique de que modo se aplicam ao seu caso, colocando o sinal **X** no espaço que melhor corresponder à sua opinião. A partir das suas respostas poderão ser encontradas formas de apoio à pessoa que presta cuidados.*

Nº	Prestar cuidados pode ser difícil porque:	Não acontece no meu caso	Isto acontece no meu caso e sinto que:		
			Não me perturba	Causa alguma perturbação	Perturba-me muito
1	Não tenho tempo suficiente para mim próprio				
2	Por vezes sinto-me “de mãos atadas”/sem poder fazer nada para dominar a situação				
3	Não consigo dedicar tempo suficiente às outras pessoas da família				
4	Traz-me problemas de dinheiro				
5	A pessoa de quem eu cuido chega a pôr-me fora de mim				
6	A pessoa de quem eu cuido depende de mim para se movimentar				
7	Parece-me que os técnicos de saúde (médicos, enfermeiros, assistentes sociais, etc.) não fazem bem ideia dos problemas que os prestadores de cuidados enfrentam				
8	Afasta-me do convívio com outras pessoas e de outras coisas de que gosto				
9	Chega a transtornar as minhas relações familiares				
10	Deixa-me muito cansado(a) fisicamente				
11	Por vezes a pessoa de quem estou a cuidar exige demasiado de mim				
12	Deixou de haver o sentimento que havia na minha relação com a pessoa de quem cuido				
13	A pessoa de quem cuido necessita de muita ajuda nos seus cuidados pessoais				
14	A pessoa de quem cuido nem sempre ajuda tanto quanto poderia				
15	Ando a dormir pior por causa desta situação				
16	As pessoas da família não dão tanta atenção como eu gostaria				
17	Esta situação faz-me sentir irritado				
18	Não estou com os meus amigos tanto quanto gostaria				
19	Esta situação está a transtornar-me os nervos				
20	Não consigo ter um tempo de descanso, nem fazer uns dias de férias				
21	A qualidade da minha vida piorou				
22	A pessoa de quem cuido nem sempre dá valor ao que eu faço				
23	A minha saúde ficou abalada				
24	A pessoa de quem cuido sofre de incontinência (não controla as necessidades)				
25	O comportamento da pessoa de quem cuido causa problemas				
26	Cuidar desta pessoa não me dá qualquer satisfação				
27	Não recebo apoio suficiente dos serviços de saúde e dos serviços sociais				

28	Alguns familiares não ajudam tanto quanto poderiam				
29	Não consigo sossegar por estar preocupado com os cuidados a prestar				
30	Esta situação faz-me sentir culpado				

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

		Isto acontece no meu caso e sinto que:		
PRESTAR CUIDADOS PODE SER DIFÍCIL PORQUE:		Não me perturba	Causa-me alguma perturbação	Perturba-me muito

**Sempre que utilizar esta escala cite as seguintes fontes: Sequeira C. (2010). Cuidar de Idosos com Dependência Física e Mental. Lisboa: Lidel Editora**

**Anexo 8: Índice de avaliação das estratégias de  *coping*  do cuidador (CAMI)**



**Formas do prestador de cuidados enfrentar as dificuldades** (Brito, 2002; Sequeira 2007) **Sempre que utilizar esta escala cite as seguintes fontes: Sequeira C. (2010). Cuidar de Idosos com Dependência Física e Mental. Lisboa: Lidel Editora**

*Índice para avaliação das maneiras como o prestador de cuidados enfrenta as dificuldades (CAMI). O CAMI é uma lista de 38 afirmações, feitas por pessoas que prestam cuidados, acerca das maneiras como habitualmente enfrentam as suas dificuldades. Leia atentamente cada uma das afirmações, e indique de que modo se aplicam ao seu caso, colocando o sinal X no espaço que melhor corresponder à sua opinião. A partir das suas respostas poderão ser encontradas formas de apoio à pessoa que presta cuidados.*

		Faço assim e acho que:			
	Uma das maneiras de enfrentar as dificuldades que tenho, ao cuidar desta pessoa, é:	Não proce- do desta forma	Não da resulta- do	Da algum resulta do	Dá bastan- te bom resulta- do
1	Estabelecer um programa regular de tarefas, e procurar cumpri-lo				
2	Descarregar a tensão, falando alto, gritando, ou coisa semelhante				
3	Falar dos meus problemas com alguém em quem confio				
4	Reservar algum tempo livre para mim próprio				
5	Planear com antecedência e assim estar preparado para as coisas que possam acontecer				
6	Ver o lado cómico da situação				
7	Pensar que há sempre quem esteja pior do que eu				
8	Cerrar os dentes e continuar				
9	Recordar todos os bons momentos que passei com a pessoa de quem cuido				
10	Procurar obter toda a informação possível acerca do problema				
11	Pensar que a pessoa de quem cuido não tem culpa da situação em que está				
12	Viver um dia de cada vez				
13	Conseguir que a família me dê toda a ajuda prática que puder				
14	Manter a pessoa de quem cuido tão activa quanto possível				
15	Modificar as condições da casa de modo a facilitar as coisas o mais possível				
16	Pensar que a situação está agora melhor do que antes				
17	Obter toda a ajuda possível dos serviços de saúde e dos serviços sociais				
18	Pensar no problema e encontrar uma forma de lhe dar solução				
19	Chorar um bocado				
20	Aceitar a situação tal como ela é				
21	Arranjar maneira de não pensar nas coisas, lendo, vendo televisão ou algo semelhante				
22	Fazer como se o problema não existisse e esperar que ele passe				
23	Tomar medidas para evitar que os problemas surjam				
24	Agarrar-me a fortes crenças pessoais ou religiosas				

25	Acreditar em mim próprio e na minha capacidade para lidar com a situação				
26	Esquecer os problemas por momentos, deixando divagar o pensamento				
27	Manter dominados os meus sentimentos e emoções				
28	Tentar animar-me comendo, bebendo um copo, fumando ou outra coisa do género				
29	Confiar na minha própria experiência e na competência que tenho adquirido				
30	Experimentar várias soluções até encontrar uma que resulte				
31	Estabelecer uma ordem de prioridades e concentrar-me nas coisas mais importantes				
32	Procurar ver o que há de positivo em cada situação				
33	Ser firme com a pessoa de quem cuido e fazer-lhe ver o que espero dela				
34	Pensar que ninguém tem culpa da situação				
35	Descarregar o excesso de energia e sentimentos, andando, nadando ou fazendo outro exercício físico				
36	Reunir regularmente com um grupo de pessoas com problemas semelhantes				
37	Usar técnicas de relaxamento, meditação ou outras				
38	Dedicar-me a coisas que me interessam, para além de cuidar da pessoa				

Se tiver outras maneiras de enfrentar os problemas, por favor indique-as a seguir e assinale, como fez atrás, em que medida lhe parece que dão resultado.

N.º	UMA DAS MANEIRAS DE ENFRENTAR AS DIFICULDADES QUE TENHO, AO CUIDAR DESTA PESSOA, É:	Faço assim e penso que:		
		Não dá resultado	Dá algum resultado	Dá bastante bom resultado

## **Anexo 9: Escala de sobrecarga do cuidador (ESC)**



### Escala de sobrecarga do cuidador (Sequeira, 2007)

A ESC é uma escala que avalia a sobrecarga objetiva e subjectiva do cuidador informal.

Leia atentamente cada uma das afirmações, e indique de que modo se aplicam ao seu caso, colocando o sinal **X** no espaço que melhor corresponder à sua opinião.

N.º	Item	Nunca	Quase nunca	Às vezes	Muitas vezes	Quase sempre
1	Sente que o seu familiar solicita mais ajuda do que aquela que realmente necessita?					
2	Considera que devido ao tempo que dedica ao seu familiar já não dispõe de tempo suficiente para as suas tarefas?					
3	Sente-se tenso/a quando tem de cuidar do seu familiar e ainda tem outras tarefas por fazer?					
4	Sente-se envergonhado(a) pelo comportamento do seu familiar?					
5	Sente-se irritado/a quando está junto do seu familiar?					
6	Considera que a situação atual afeta de uma forma negativa a sua relação com os seus amigos/familiares?					
7	Tem receio pelo futuro destinado ao seu familiar?					
8	Considera que o seu familiar está dependente de si?					
9	Sente-se esgotado quando tem de estar junto do seu familiar?					
10	Vê a sua saúde ser afetada por ter de cuidar do seu familiar?					
11	Considera que não tem uma vida privada como desejaria devido ao seu familiar?					
12	Pensa que as suas relações sociais são afetadas negativamente por ter de cuidar do seu familiar?					
13	Sente-se pouco à vontade em convidar amigos para o(a) visitarem devido ao seu familiar?					
14	Acredita que o seu familiar espera que você cuide dele como se fosse a única pessoa com quem ele(a) pudesse contar?					
15	Considera que não dispõe de economias suficientes para cuidar do seu familiar e para o resto das despesas que tem?					
16	Sente-se incapaz de cuidar do seu familiar por muito mais tempo?					
17	Considera que perdeu o controle da sua vida depois da doença do seu familiar se manifestar?					
18	Desejaria poder entregar o seu familiar aos cuidados de outra pessoa?					
19	Sente-se inseguro acerca do que deve fazer com o seu familiar?					
20	Sente que poderia fazer mais pelo seu familiar?					

21	Considera que poderia cuidar melhor do seu familiar?					
22	Em geral sente-se muito sobrecarregado por ter de cuidar do seu familiar?					

**Sempre que utilizar esta escala cite as seguintes fontes:**

**Sequeira, C.** (2010). Adaptação e validação da Escala de Sobrecarga do Cuidador de Zarit. Revista Referência, II Série, nº 12, Março, pp 9 a 16.

**Sequeira C.** (2010). Cuidar de Idosos com Dependência Física e Mental. Lisboa: Lidel Editora.

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

## **Anexo 10: Classificação social de Graffard**



*.Classificação Social de GRAFFARD*

1- CRITÉRIOS

*A Profissão*

Grau	Condições	Opção
1º	Directores de bancos, de empresas, licenciados, engenheiros, profissionais com títulos universitários ou de escolas especiais e militares de alta patente	
2º	Chefes de secção administrativas ou de negócios de grandes empresas, subdirectores de bancos, peritos, técnicos e comerciantes	
3º	Ajudantes técnicos, desenhadores, caixeiros, contra-mestres, oficiais de primeira, encarregados, capatazes e mestre-de-obras	
4º	Motoristas, policias, cozinheiros (operários especializados) (com ensino primário completo)	
5º	Jornaleiros, mandaretas, ajudantes de cozinha, mulheres de limpeza, trabalhadores manuais ou operários não especializados	

*O Nível de instrução*

Grau	Condições	Opção
1º	Ensino universitário ou equivalente (+ de 12 anos de estudo)	
2º	Ensino médio ou técnico superior (10 a 11 anos de estudo)	
3º	Ensino médio ou técnico inferior (6 a 9 anos de estudo)	
4º	Ensino primário completo (6 anos de estudo)	
5º	Ensino primário incompleto ou nulo	

*Fontes de rendimento familiar*

Grau	Condições	Opção
1º	A fonte principal é a fortuna herdada ou adquirida	
2º	Os rendimentos consistem em lucros de empresas, altos honorários, lugares bem remunerados	
3º	Os rendimentos correspondem a um vencimento mensal fixo, tipo funcionário publico	
4º	Os rendimentos resultam de salários, ou seja remuneração por semana, por jornada, por horas ou à tarefa	
5º	São sustentados pela beneficência publica ou privada. Não se incluem neste grupo as pensões de desemprego ou de incapacidades para o trabalho	

*Conforto do alojamento*

Grau	Condições	Opção
1º	Casa ou andares luxuosos e muito grandes, oferecendo aos seus moradores o máximo de conforto	
2º	Categoria intermédia, casas ou andares que sem serem luxuosos, são, não obstante espaçosas e confortáveis	
3º	Casas ou andares modestos, bem construídos e em bom estado de conservação, bem iluminadas e arejadas, com cozinha e casa de banho	
4º	Categoria intermédia entre 3 e 5	
5º	Alojamento impróprio para uma vida decente, choças, barracas ou andares desprovidos de todo o conforto, ventilação, iluminação ou também aqueles onde moram demasiadas pessoas em promiscuidade	

*Aspecto do bairro habitado*

Grau	Condições	Opção
1º	Bairro residencial elegante, onde o valor dos terrenos ou o aluguer são elevados	
2º	Bairro residencial bom, de ruas largas com casas confortáveis e bem conservadas	
3º	Bairro em rua comercial ou estreitas e antigas, com casas de aspecto geral menos confortável	
4º	Bairro operário, populoso, mal arejado ou bairro em que o valor do terreno esta diminuído como consequência da proximidade de fábricas, etc.	
5º	Bairro de lata	

**2- CLASSIFICAÇÃO SOCIAL**

A soma total dos pontos obtidos na classificação dos cinco critérios dá-nos uma pontuação final que corresponde à classe social. Conforme a classificação que se segue:

<b>Classe I</b>	Famílias cuja soma de pontos vai de	5 a 9	<b>Classe Alta</b>
<b>Classe II</b>	Famílias cuja soma de pontos vai de	10 a 13	<b>Classe Média Alta</b>
<b>Classe III</b>	Famílias cuja soma de pontos vai de	14 a 17	<b>Classe Média</b>
<b>Classe IV</b>	Famílias cuja soma de pontos vai de	18 a 21	<b>Classe Baixa</b>
<b>Classe V</b>	Famílias cuja soma de pontos vai de	22 a 25	<b>Classe Desfavorecida</b>

## **Anexo 11: Etapas do ciclo vital familiar**



Manual de cuidados de Enfermagem à Família

**ETAPAS DO CICLO VITAL DA FAMÍLIA**

Estadio do ciclo vital da família	Processo emocional de transição: princípios – chave	Mudanças de segunda ordem no status familiar necessárias para ocorrer o desenvolvimento
1- Sair de casa: adultos jovens solteiros	Aceitar a responsabilidade emocional e financeira por si mesmo	1: Diferenciação de si próprio em relação à família de origem 2: Desenvolvimento de relacionamentos de amizade e parceiros 3: Estabelecimento de identidade em relação a: trabalho e independência financeira
2- União das famílias pelo casamento: novo casal	Compromisso com o novo sistema	1: Formação do sistema conjugal 2: Realinhamento de relacionamentos com as famílias extensas e amigos, para incluir o cônjuge
3- Famílias com filhos pequenos	Aceitar novos membros no sistema	1: Ajustar o sistema conjugal para dar espaço aos filhos 2: União na educação dos filhos, tarefas financeiras e domésticas 3: Realinhamento de relacionamentos com a família extensa para incluir os papéis paternos e de avós
4- Famílias com adolescentes	Aumentar a flexibilidade dos limites da família para incluir a independência dos filhos e fragilidades dos avós	1: Mudança do relacionamento pais – filho para permitir ao adolescente entrar e sair do sistema 2: Reenfocar-se nas questões conjugais de meia-idade e carreira 3: Começar a mudar no sentido de cuidar da geração mais idosa
5 – Encaminhamento dos filhos e saída de casa	Aceitar múltiplas saídas e entradas no sistema familiar	1: Renegociação do sistema conjugal como uma diade 2: Desenvolvimento de relacionamentos adulto – adulto, entre os filhos crescidos e seus pais 3: Realinhamento de relacionamentos para incluir parentes por afinidade e netos 4: Lidar com incapacidades e morte dos pais (avós)
6- Famílias no fim da vida	Aceitar a mudança de papéis das gerações	1: Manutenção própria e de funcionamento do casal, interesses em face do declínio fisiológico; exploração das novas opções de papéis familiares e sociais 2: Dar suporte a um papel mais central à geração de meia-idade 3: Dar espaço no sistema à sabedoria e à experiência dos idosos, apoiando a geração mais velha, sem exceder as suas obrigações 4: Lidar com a perda do cônjuge, irmãos e outros companheiros, bem como se preparar para a própria morte; revisão de vida e integração

SRS, EPE – Direcção de Enfermagem de Cuidados de Saúde Primários

45

# A Nossa Universidade

Colégio dos Jesuítas  
Rua dos Ferreiros - 9000-082, Funchal

Tel: +351 291 209400

Fax: +351 291 209410

Email: [gabinetedareitoria@uma.pt](mailto:gabinetedareitoria@uma.pt)

Os melhores RUMOS para os Cidadãos da Região

