

esec

ESCOLA SUPERIOR DE EDUCAÇÃO



INSTITUTO POLITÉCNICO
DE COIMBRA

Adriana Gala Santos

Cuidadores Informais, e agora! – O papel da mediação no cuidado prestado aos cuidadores informais

Dissertação de Mestrado em Gerontologia Social, apresentada ao Departamento de
Educação da Escola Superior de Educação de Coimbra para obtenção do grau de
Mestre

Constituição do júri

Presidente: Professora Doutora Sofia de Lurdes Rosas da Silva

Arguente: Professora Doutora Alda Dulce Pereira de Sousa Matos

Orientador: Professora Doutora Sílvia Maria Rodrigues da Cruz Parreiral

Fevereiro de 2020

Agradecimentos

Este projeto é o culminar do final deste percurso, por isso, não posso deixar de expressar o meu sincero agradecimento aos cuidadores informais que se disponibilizam e mostraram empenho em colaborar comigo para a concretização deste trabalho.

À Professora Doutora Sílvia Parreiral, agradeço a sua orientação, as sugestões, o apoio, os conselhos, a disponibilidade, toda a sua compreensão e ensinamentos, pois contribuiu para o meu crescimento a nível pessoal e profissional.

Aos meus pais e irmão, pelo apoio incondicional, por serem o meu porto de abrigo nos momentos de alegria e também de tristeza. Tudo o que sou e que conquistei a eles o devo. Eles são o meu pilar.

À Dra. Ana Bastos agradeço todo o carinho, dedicação, orientação, obrigada por todos os momentos de alegria. Consigo aprendi e continuarei a aprender e a crescer pessoal e profissionalmente.

À Enfª Isabel e Enfª Miriam também uma peça fundamental para este projeto, pois sem vocês eu não teria a possibilidade de conhecer os cuidadores que até hoje ainda fazem parte do meu projeto, cada um à sua maneira. Obrigada por todo o companheirismo, orientação e dedicação ao longo destes meses.

Aos colegas de Mestrado, e em especial à Luísa com quem convivi durante 2 anos, um período de muito trabalho, partilha e companheirismo.

Cuidadores Informais, e agora! – O papel da mediação no cuidado prestado aos cuidadores informais

Resumo: O processo de envelhecimento tem consequências físicas como a perda de força, sensibilidade e equilíbrio, o que condiciona a mobilidade da pessoa idosa e consequentemente a sua autonomia e dependência, comprometendo as suas atividades de vida diária. De acordo com a realidade que o país enfrenta, relativa ao aumento da esperança média de vida é importante pensar em novas formas de apoio ao idoso, de preferência no domicílio.

O cuidador informal é a pessoa que cuida e auxilia um familiar que se apresenta com algum tipo de doença ou incapacidade. Tal situação, grande parte das vezes, impede que a pessoa cuidadora continue a exercer as suas atividades diárias e profissionais, levando-a apenas a cuidar do seu familiar.

Quando existe um idoso dependente e que precisa de cuidados, é necessária uma reorganização familiar em que geralmente é um dos membros da família que se responsabiliza pelo cuidado. O cuidador desenvolve algumas atividades face às necessidades básicas de vida diária dos idosos dependentes, contudo a dependência dos idosos pode gerar conflitos, sobrecarga, desgaste, prejuízo na saúde do cuidador e também da família. Responsabilizar-se por um idoso dependente implica um sentimento maior de sobrecarga e de depressão, no entanto estes sentimentos são vencidos, embora nem sempre na totalidade, pelas motivações próprias de cada prestador de cuidados, o que pode acontecer em diferentes momentos.

Sugere-se com este trabalho que os cuidadores informais também sejam um foco de atenção para os profissionais, de modo a potencializarem as suas capacidades e competências, influenciando positivamente a prestação de cuidados e garantindo que quem cuida não fique por cuidar.

Palavras-chave: envelhecimento, domicílio, mediação, necessidades, cuidadores informais

Informal caregivers, and now! – The role of mediation in caring for informal caregivers

Abstract: The aging process has physical consequences such as loss of strength, sensitivity and balance, which affects the mobility of the elderly person and consequently their autonomy and dependence, compromising their daily living activities. According to the reality facing the country, regarding the increase in average life expectancy, it is important to think about new forms of support for the elderly, preferably at home.

The informal caregiver is the person who cares and helps a family member who presents some type of illness or disability. Such situation, most of the time, prevents the caregiver from continuing to perform their daily and professional activities, leading them only to take care of their family members.

When there is an elderly dependent person who needs care, a family reorganization is necessary, in which it is usually one of the family members who is responsible for the care. The caregiver develops some activities in view of the basic daily life needs of the elderly dependent, however the dependence of the elderly can generate conflicts, burden, wear and tear, damage to the health of the caregiver and also of the family. Taking responsibility of an elderly dependent person implies a greater feeling of burden and depression, however these feelings are overcome, although not always in full, by the motivations of each caregiver, which can happen at different times.

It is suggested with this work that informal caregivers also be a focus of attention for professionals, in order to enhance their skills and competences, positively influencing the provision of care and ensuring that those who care are not left unattended.

Keyword: aging, home, mediation, needs, informal caregivers

SUMÁRIO

Agradecimentos.....	I
Resumo:.....	II
Abstract:	III
Abreviaturas	VI
Tabelas	VII
INTRODUÇÃO	1
PARTE I – ENQUADRAMENTO TEÓRICO	5
Capítulo I. Um País Envelhecido	7
1.1. Envelhecimento Populacional	7
1.2. Dependência no envelhecimento	12
1.3. O Cuidador, os Cuidados e o Envelhecimento	14
Capítulo II. O Cuidador Informal.....	15
2.1. Tipologia da Prestação de Cuidados.....	15
2.2. Perfil do cuidador	18
2.3. Seio Familiar.....	20
2.4. Competências e o papel do cuidador informal	21
2.5. Tarefas desempenhadas na prestação de cuidados	23
2.6. Impacto da Prestação de Cuidados nos Cuidadores Informais.....	24
2.7. Sobrecarga dos Cuidadores	26
2.8. Ser Cuidador de Idosos Dependentes	26
2.9. Intervenção junto dos Cuidadores Informais.....	29
PARTE II – ESTUDO EMPÍRICO.....	31
Capítulo III. Metodologia.....	33
3.1. Objetivo do Estudo	33

3.2. Design do Estudo.....	33
3.3. Amostragem	34
3.4. Instrumentos de medida.....	45
3.5. Procedimentos	50
3.6. Procedimentos de investigação.....	54
Capítulo IV. Apresentação, Análise e Discussão dos Resultados.....	54
4.1. Apresentação dos Resultados	54
4.2. Discussão dos dados	82
PARTE III – CONSIDERAÇÕES FINAIS	91
Considerações finais.....	93
BIBLIOGRAFIA	96
ANEXOS	100

Abreviaturas

ESEC – Escola Superior de Educação de Coimbra

OMS- Organização Mundial de Saúde

AVD- Atividades de Vida Diária

AVDI – Atividades de Vida Diária Instrumental

SAD – Serviço de Apoio Domiciliário

UCC- Unidade de Cuidados na Comunidade

ESC – Escala de Sobrecarga do Cuidador

CADI – Carer’s Assessment Difficulties Index

CAMI – Carer’s Assessment of Managing Index

CASI - Carer’s Assessment of Satisfaction Index

SPSS - Statistics Package for the Social Sciences

AVC – Acidente Vascular Cerebral

CI- Cuidador Informal

Tabelas

Tabela 1 - Caracterização da amostra segundo o sexo e a idade	35
Tabela 2 - Características da amostra analisando a média de idades	36
Tabela 3 - Caracterização da amostra segundo a escolaridade e o estado civil .	36
Tabela 4 - Caracterização da amostra segundo a relação do cuidador informal com o idoso dependente e o tempo gasto no cuidar (em anos)	37
Tabela 5 - Caracterização da amostra segundo a relação do cuidador informal com o idoso dependente e o tempo gasto no cuidar (em horas)	38
Tabela 6 - Caracterização da amostra segundo as razões para ser cuidador de idosos dependentes	40
Tabela 7 - Caracterização da amostra segundo as redes de apoio (social)	41
Tabela 8 - Caracterização da amostra segundo as redes de apoio (saúde)	42
Tabela 9 - Caracterização da amostra segundo as tarefas e ajudas que o cuidador realiza	43
Tabela 10 - Caracterização da amostra segundo o sexo e a idade da pessoa dependente	44
Tabela 11 - Caracterização da amostra segundo o sexo e a origem da dependência na pessoa dependente	45
Tabela 12 - Pontuação do Índice de Barthel	47
Tabela 13 - Pontuação da ESC	48
Tabela 14 - Fatores da escala das dificuldades (CADI)	49
Tabela 15 - Categorias das estratégias de Coping (CAMI)	49
Tabela 16 - Categorias e Subcategorias da escala de satisfação do cuidador (CASI)	50
Tabela 17 - Pontuação da Escala de Barthel	55
Tabela 18 - Níveis de dependência dos idosos segundo o género	56
Tabela 19 - Análise de cada item da Escala de Barthel	57
Tabela 20 - Pontuação da ESC por cuidador	60
Tabela 21 - Níveis de percepção da sobrecarga dos CI	61

INTRODUÇÃO

Nos dias de hoje, a temática do envelhecimento da população tem requerido muita atenção por parte dos profissionais ao nível dos domínios político, social e científico, bem como da sociedade em geral que está a envelhecer devido à diminuição de nascimentos e ao aumento da esperança média de vida das pessoas idosas, tornando a população cada vez mais envelhecida.

O envelhecimento de qualquer pessoa decorre ao longo do tempo de forma contínua e varia de indivíduo para indivíduo. Associado a este processo surgem algumas perdas e limitações e manifestam-se alguns aspetos negativos como o aumento de certas incapacidades e dependência, contudo trata-se da fase da vida também considerada de maior maturidade e experiência de vida. Isto possibilita o aparecimento de algumas doenças que, por sua vez, podem desencadear ou aumentar incapacidades físicas ou mentais (Jorge, 2015).

Associado ao envelhecimento surgem alterações a nível biológico, psicológico e social, as quais interferem no comportamento do idoso. Nesta ordem de ideias, a imagem do idoso na sociedade atual é assinalada pela decadência física e pela falta de papéis sociais, conseqüentemente não é reproduzido o merecido valor ao idoso (M. Almeida, 2015).

Considerando os avanços da medicina e o aumento da esperança média de vida da população, evidencia-se um novo grupo social, cada vez mais numeroso, de pessoas com idade avançada que tende a tornar-se cada vez mais dependente pelo facto de tender a perder os seus níveis de autonomia (Pimentel, 2013). Sendo também notório, segundo Araújo (2009), o crescente número de idosos em situação de demência.

Assim, a sociedade atual depara-se com novos desafios a nível da organização de cuidados, tanto para a família como para o cuidador.

O cuidador informal é, normalmente, um membro da família da pessoa idosa que, não sendo remunerado, presta apoio parcial ou integral à pessoa dependente assegurando-

lhe os cuidados de forma continuada. Efetivamente, o familiar que presta cuidados é entendido como sendo capaz de prestar os cuidados primários e de exercer um papel importante e essencial para com a pessoa idosa (Sarmiento, Pinto, & Monteiro, 2010, citados por Melo, Rua, & Santos, 2014)). Um papel maioritariamente assumido por mulheres da família, e por vezes amigos ou vizinhos que assumem a responsabilidade de cuidar do idoso, no sentido de lhe oferecer um resto de vida com dignidade, no seio do seu próprio lar.

Com este estudo pretendeu-se fazer o levantamento das necessidades e dificuldades dos cuidadores informais, fomentando recursos capazes de apoiar e fortalecer a prestação de cuidados. Como os cuidadores informais são um grupo bastante diversificado quanto a necessidades, aptidões e dificuldades, focámos o nosso interesse nos cuidadores informais, enquanto elementos fundamentais na prevenção e redução da institucionalização do idoso.

Nesse sentido, constatámos a relevância em se criarem mais redes de apoio que ajudem no desempenho da nova tarefa de cuidar da pessoa idosa dependente, permitindo aos cuidadores mais informação, preparação, treino e apoio, ajudando-os a tornarem-se melhores cuidadores, levando a pessoa idosa dependente a viver de forma mais satisfatória e digna. O presente trabalho está estruturado em três partes. A primeira, referente ao **Enquadramento Teórico**, versa sobre o envelhecimento demográfico, as suas implicações na população idosa dependente que necessita de cuidados, e a dependência que se associa ao processo de envelhecimento. Abordamos ainda a temática dos cuidadores informais, desde a tipologia dos cuidados, o perfil, as tarefas que o cuidador realiza, os impactos que podem surgir, a intervenção que pode ser executada pelos cuidadores na prestação de cuidados, focando-nos nos cuidados ao domicílio.

A segunda parte, referente ao **Estudo Empírico**, refere-se à metodologia utilizada no estudo, aos objetivos, à amostragem, aos instrumentos de recolha de dados, e à discussão dos resultados.

Terminamos este nosso trabalho com a apresentação das conclusões bem como das limitações, constrangimentos, e recomendações para estudos futuros nesta área.

PARTE I – ENQUADRAMENTO TEÓRICO

Capítulo I. Um País Envelhecido

1.1. Envelhecimento Populacional

Nos dias de hoje, o envelhecimento é um conceito que está relacionado com a melhoria da qualidade de vida das pessoas que envelhecem. Segundo Sequeira (2018), a sociedade atual tem vindo a aumentar a longevidade devido aos desenvolvimentos do nível da saúde, das respostas sociais, dos apoios da família, do modo de vida, entre outros aspetos que contribuem para uma melhor qualidade de vida, estando esta também associada a alterações físicas, sociais, biológicas e psicológicas. Considera-se uma pessoa idosa, um homem ou mulher, com idade igual ou superior a 65 anos.

O envelhecimento é cada vez mais evidente no panorama nacional e acarreta consequências não só a nível biológico e psicossocial dos indivíduos, mas também a nível económico e político. Com o aumento da esperança média de vida surgem mais complicações não só na vida da pessoa doente, mas também nos cuidadores informais (Almeida, 2015).

Relativamente às alterações demográficas do nosso país, Cruz, Loureiro, Silva, e Fernandes, (2010), indicam que a esperança média de vida tem aumentado, em proporção inversa à taxa de natalidade. Tal facto explica o crescente envelhecimento da população, o aumento das situações de dependência e a cada vez maior necessidade de investimentos e respostas da área da saúde.

Segundo Jorge (2015), com as mudanças que caracterizaram o século XX o aumento da esperança média de vida passa a ser assumida de forma cada vez mais natural e integrante de uma sociedade que se assume como sendo cuidadora dos mais velhos. Nesta linha de pensamento, torna-se cada vez mais manifestante a necessidade e a realidade das famílias em organizarem os apoios e as respostas adequadas para que se possam manter juntos por mais tempo. Tal realidade conduz ao inevitável aumento do nível de dependência que, a partir de uma certa idade, a pessoa idosa tende a manifestar, levando a que muitas vezes, passe a precisar da ajuda de terceiros para poder sobreviver. Tal ajuda provém de cuidadores formais ou informais.

A Organização Mundial de Saúde (OMS), em 2002, define o envelhecimento ativo como um seguimento do envelhecimento saudável, no entanto, nos dias de hoje inclui para além da saúde, aspetos políticos, psicológicos, socioeconómicos e ambientais, implicando uma ação multidisciplinar (Ribeiro & Paúl, 2012).

Na perspetiva de um olhar clínico e psicológico, o envelhecimento está normalmente associado ao aumento da ocorrência e predomínio de doenças (Azeredo, 2011). Além disso, o conceito de envelhecimento é cada vez mais discutido nos dias de hoje (Rosa, 2012a), estando relacionado ao aumento da longevidade, não sendo, por si só, uma doença mas sim um fenómeno biológico (Almeida, 2012).

Efetivamente, segundo Fernandes (2005), o envelhecimento é um processo natural e contínuo que acontece desde que somos concebidos. É compreendido como uma fatalidade que pode atingir algumas capacidades cognitivas e sociais do indivíduo, danificando algumas capacidades. Contudo, Jorge (2015) indica que não é possível definir o início do envelhecimento, considera-se uma etapa do ciclo de vida do indivíduo, também indicado como um processo ao longo do qual as funções vitais se vão deteriorando, tornando-se fundamental encontrar mecanismos para aprender e reconhecer este novo ciclo.

Ainda sobre o envelhecimento, Almeida (2012, p.23), referindo-se aos autores que tratam desta temática, diz-nos que “é tudo o que acontece com o passar do tempo após se atingir a vida adulta e usam o termo senescência para referir a diminuição da capacidade funcional dos organismos”.

Quando nos referimos ao envelhecimento podemos traduzi-lo em dois conceitos diferentes: envelhecimento individual e envelhecimento coletivo.

Relativamente ao envelhecimento individual, (Rosa, 2012a) refere que ocorre no indivíduo de diferentes formas uma vez que as alterações características do envelhecimento não acontecem sempre na mesma altura da vida dos indivíduos. Para tal, contribui o estilo de vida e o ambiente onde cada um está inserido.

O mesmo autor também refere que o envelhecimento individual se encontra dividido em envelhecimento cronológico e envelhecimento biopsicológico. O primeiro está associado à idade, resulta da passagem do tempo, é um procedimento natural ao longo da vida, considerado como um “processo universal, progressivo e inevitável” (Rosa, 2012a, p.19) e está relacionado com o desenvolvimento do ser humano. O envelhecimento biopsicológico é o reflexo do envelhecimento cronológico, contudo a pessoa idosa envelhece de diferentes maneiras. Na verdade, cada idoso apresenta diferentes sinais de envelhecimento, os quais conduzem sempre à velhice.

Quanto ao envelhecimento coletivo, o referido autor diz-nos que se encontra dividido em dois grupos: o envelhecimento demográfico e o envelhecimento societal.

O envelhecimento demográfico é um processo que diferencia a maneira como vivemos atualmente, das outras épocas históricas. Já o envelhecimento societal é um reflexo do envelhecimento demográfico, e está relacionado com a sociedade, indicando que, apesar da população estar a envelhecer cada vez mais, a sociedade evolui. A população e a sociedade não se desenvolvem ao mesmo ritmo (Rosa, 2012a).

A maneira como envelhecemos não é toda igual, está relacionada com as condições de cada comunidade, do ambiente, da disponibilidade dos bens e dos serviços que vão sendo proporcionados segundo as necessidades. É importante preservar a qualidade de vida durante o envelhecimento para que as pessoas se possam manter ativas física, psíquica e socialmente. O envelhecimento também é caracterizado por alguns riscos a nível da saúde mental e da perda do apoio social e do surgimento de doenças, aspetos que põem em risco o bem-estar do idoso (Leuschner, 2015). Nesta fase é importante que cada um aceite o seu envelhecimento.

Quando observamos o processo de envelhecimento percebemos que é algo complexo. É composto por várias alterações a nível social, psicológico e biológico. “Esquecemo-nos da simplicidade da vida: como ser-se feliz. E de como é fácil fazerem-nos sorrir, e da importância de continuar a sonhar” (Pocinho, 2018, p.4)

Cada vez mais vivemos numa sociedade envelhecida, o que faz com que os investigadores sociais reflitam sobre o futuro dos idosos de hoje e de amanhã. Analisando as respostas que existem e perspetivando o futuro dos idosos destas gerações é necessário respostas inovadoras de transformação (Pocinho, 2018).

“Processo de envelhecimento é um processo universal, que contempla todos os seres humanos. O envelhecimento apresenta desafios e oportunidades. Aumentará a demanda por cuidados básicos de saúde e cuidados a longo prazo. A consequência desse envelhecimento pode favorecer a demanda pela institucionalização deste atendimento” (Amaral, 2018, p.6).

A pessoa dependente vive mais tempo, é velho mais tempo, tem doenças crónicas durante mais tempo, a família e a pessoa dependente deparam-se com novas necessidades, e não estão preparados. Viver mais tempo traz problemas de saúde, escolha de cuidados, planificação de recursos, problemas que eram desconhecidos inicialmente (Almeida, 2015).

Os idosos são um grupo de pessoas vulneráveis que têm muitas necessidades ao nível dos serviços da Segurança Social, contudo são desvalorizados socialmente. Nesta faixa etária, existem algumas exigências que os idosos fazem face às suas necessidades físicas, psicológicas, financeiras e sociais, pois, pretendem viver uma velhice saudável, ativa e um fim de vida estável (Dominelli, 2013).

De acordo com o Amaral (2018), a OMS indica que a população em todo o mundo está a envelhecer depressa, aponta para desafios e oportunidades origina uma maior procura de cuidados básicos de saúde e de cuidados a longo prazo, ou seja, o trabalho é maior e a experiência também. De uma forma geral, o envelhecimento humano está associado a algumas alterações fisiológicas. Estas alterações geram na vida do idoso uma dependência, fragilidade, incapacidade e perda de autonomia.

O fenómeno do envelhecimento demográfico é manifestado nas últimas décadas por vários países entre eles Portugal, que manifestam ocorrência a nível político, social e económico. A evolução do envelhecimento reúne vários objetivos e medidas que são

necessárias implementar ao nível da saúde, da segurança social, do emprego, da habitação, etc (Romão, Pereira, & Gerardo, 2008).

De acordo com Rosa (2012b), a ciência demográfica distingue duas causas para o processo de envelhecimento ocupacional: a redução da mortalidade e a redução da fecundidade. Relativamente à redução da mortalidade é visível que se vive bem mais tempo do que nas últimas décadas. Efetivamente há uns séculos atrás os portugueses tinham uma esperança de vida menor, até aos 40 anos. A redução da fecundidade é responsável pelo início do processo de envelhecimento demográfico, pois existe uma diminuição do número de nascimentos. Os níveis de fecundidade diminuem porque o projeto de maternidade para os casais é cada vez mais tardio, a média de idades em que a mulher tem o primeiro filho aumentou mais cinco anos do que nas duas últimas décadas, considera-se que em Portugal a mulher tem o primeiro filho com 29 anos.

Em síntese, os comportamentos demográficos como a mortalidade e a fecundidade têm vindo a mudar gerando uma alteração no perfil da sociedade. Ou seja, de «1-2-4» tal como se caracterizava a sociedade tradicional passou-se ao modelo «4-2-1» quatro avós, dois pais e um filho. Considera-se que o envelhecimento populacional não aconteceu por acaso, as razões estão relacionadas com o desenvolvimento e a modernização da sociedade (Rosa, 2012b).

É verdade que se vive mais anos, mas também é verdade que vivemos mais tempo com doenças crónicas, que não se curam e que, com o tempo causam sequelas e complicações, pessoas mais frágeis que perdem funções cognitivas, todos estes fatores influenciam a estrutura da família. Outros aspetos importantes que, com o avançar da idade interferem nas tarefas do quotidiano, estão relacionadas com as atividades vida diária instrumental (AVDI) e as atividades de vida diária (AVD). As AVDI correspondem à integração da pessoa na comunidade como por exemplo ir às compras, cozinhar, gerir o dinheiro, utilizar o telefone, limpar, utilizar os transportes. E as AVD's correspondem a uma rotina habitual como vestir-se, despir-se, calçar-se, fazer a higiene pessoal, alimentar-se, mobilizar-se, autocuidar-se e transferir-se. Quando se deparam com dificuldades para realizar estas tarefas coloca-se a questão de pedir ou

contratar ajuda para essas tarefas. A família é o principal auxílio para os cuidadores, quando estes já não conseguem fazer as mesmas coisas que até há bem pouco tempo eram dadas como adquiridas. Para alguns pode ser uma perda lenta e progressiva e para outros súbita e de surpresa (Almeida, 2015).

A prática dos cuidados que vivemos agora não é nova. Antigamente o apoio à pessoa idosa dependente era assegurado exclusivamente pela família, com a globalização e o desenvolvimento económico assistiu-se a um impacto no apoio social passando o Estado a promover os apoios, através das instituições do terceiro setor. Contudo, é importante mencionar que antigamente a qualidade de vida das pessoas era menor levando a uma esperança de vida mais curta (Pimentel, 2013) .

Os profissionais de gerontologia têm cada vez mais desafios nos cuidados do envelhecimento. Entende-se o envelhecimento como um processo dinâmico e que tem de ser adaptado ao contexto da intervenção. A ideia de que os cuidados fazem parte da saúde há muito tempo foi ultrapassado, e a intervenção social tem agora um papel muito importante nesta área (Soares, 2018).

1.2.Dependência no envelhecimento

Lentamente os idosos assistem à diminuição das suas capacidades, passando a exigir cuidados cada vez mais exigentes e cada vez mais intensos, como acontece nos casos de perda de autonomia e de aumento da debilidade (Pimentel, 2013).

A dependência está relacionada com a incapacidade de a pessoa idosa, autonomamente satisfazer as suas necessidades básicas. Segundo o Decreto-Lei nº 101/2006 de 6 de junho 2006, o conceito de dependência é

“a situação em que se encontra a pessoa que, por falta ou perda de autonomia física, psíquica ou intelectual, resultante ou agravada por doença crónica, demência orgânica, sequelas pós-traumáticas, deficiência, doença severa e ou incurável em fase avançada, ausência ou escassez de apoio familiar ou

de outra natureza, não consegue, por si só, realizar as actividades da vida diária”.

Tal situação surge como consequência do aparecimento de um défice, que posteriormente limita a atividade da pessoa idosa, ou seja, perante uma limitação física, psíquica e intelectual, o idoso passa a necessitar de cuidados por parte de outra pessoa, tendo incapacidade de, por si só, realizar atividades de vida diária (AVD) (Sequeira, 2018).

O conceito de dependência envolve diferentes indicadores de vários âmbitos e que se traduzem em fatores de ordem física e psíquica, social, económica e relacional. Este é um conceito que necessita de muita reflexão, pois é difícil de definir (Pimentel, 2013).

Por sua vez a demência é considerada uma síndrome que se determina pela perda sucessiva das capacidades intelectuais. Perdas que afetam a memória, as funções cognitivas como a orientação, o pensamento, a compreensão e a linguagem. Alterações de comportamento em que o idoso se torna mais agitado, agressivo e, por fim, vai perdendo a capacidade de realizar as suas AVD's. A doença mais comum desta síndrome é o Alzheimer, contudo existem outras demências tais como a demência vascular, demência por corpos de *Lewy*, demência frontotemporal, doença de Parkinson e demências associadas a outras condições de saúde (por exemplo, ao VIH/SIDA). Com o avanço da demência a pessoa sente cada vez mais dificuldades em comunicar e interagir com outras pessoas, contudo ainda é possível responder aos estímulos. Neste sentido é importante continuar a estimular a pessoa idosa para que esta se possa sentir ativa e também em contacto com o que a rodeia. Todo este desafio depende, na maioria das vezes, do cuidador, tendo este o papel de promover e garantir uma melhor qualidade de vida. (Cuz, Barbosa, Figueiredo, Marques, & Sousa, n.d.).

O conceito de envelhecimento tem sofrido alterações ao longo dos tempos, tendo evoluído de acordo com as atitudes, crenças, cultura, conhecimentos e relações sociais de cada época. Além disso, tem tido algum reconhecimento surgindo como objeto de estudo de uma visão pluridisciplinar (Sequeira, 2018).

1.3.O Cuidador, os Cuidados e o Envelhecimento

Quando na família ou alguém que nos é próximo, adoecer é necessário ter presente que são precisos cuidados. Esses cuidados podem ser prestados de várias formas, se a pessoa que precisa de cuidados permanecer no domicílio é necessário que esta tenha um cuidador não só para colmatar as dificuldades e as necessidades da pessoa dependente, bem como, para a prestação de cuidados como também para comunicar com a pessoas dependente. A comunicação não é só falar, é importante estar presente. Quando a pessoa dependente tem dificuldades na comunicação verbal é importante estar atento à linguagem corporal (Duarte, 2014).

De acordo com Cruz e seus colaboradores (2010), os cuidadores informais possuem algumas dificuldades no que se refere à falta de respostas formais ou informais, o que complica o cuidado, pois com o avanço da doença, o cuidado ao idoso é cada vez mais importante e também mais exigente. No entanto, os cuidadores informais também são afetados pelas consequências das dificuldades que sentem por prestarem cuidados ao idoso que tem a seu cargo, mas também devido às tarefas que tem de, continuamente, prestar à família envolvente. Entre tais consequências destacam-se o stress, a ansiedade e a sobrecarga.

A realidade estudada mostra que as mulheres são as principais prestadoras de cuidados, contudo, assumem outras responsabilidades e tarefas. Assim, “é essencial que se proceda a uma análise cuidada e profunda dos diversos fatores que envolvem as situações particulares e das repercussões que as mesmas têm nas trajetórias individuais e nas dinâmicas familiares e sociais” (Pimentel, 2013, p. 8).

A atualidade e a necessidade de responder às necessidades da população idosa, e a nossa preocupação para com os cuidadores informais foram razões que motivaram este projeto de intervenção. É por isso pertinente encontrar estratégias e medidas que minimizem as dificuldades sentidas pelos cuidadores informais, a vários níveis, a fim de potenciar as suas capacidades e, assim, cumprir, de uma forma mais plena com o seu papel de cuidadores, permitindo à pessoa idosa dependente viver a sua velhice com tranquilidade e com mais resposta de futuro.

Capítulo II. O Cuidador Informal

“Cativar quer dizer o quê?”

*- É uma coisa de que toda a gente se esqueceu – disse a raposa – Quer dizer
«criar laços» ...*

- Criar laços?

*- Sim, laços – disse a raposa – Ora vê: por enquanto tu não és para mim senão
um rapazinho perfeitamente igual a cem mil outros rapazinhos. E eu não
preciso de ti. E tu também não precisas de mim. Por enquanto eu não sou
para ti senão uma raposa igual a tantas outras raposas. Mas, se tu me
cativares, passamos a precisar um do outro. Passas a ser único no mundo
para mim. E eu também passo a ser única no mundo para ti ...”* (Saint-

Exupéry, 2001, p.68)

2.1. Tipologia da Prestação de Cuidados

A idade cronológica não impossibilita o desenvolvimento do envelhecimento, que com ele traz diversas perdas, como físicas, sensoriais e cognitivas. Neste sentido as pessoas idosas necessitam de outros apoios e de suportes sociais que sejam pertinentes para a sua autonomia pessoal (Romão et al., 2008).

A noção de cuidar concilia múltiplos sentidos: assegurar o apoio psicológico e executar várias tarefas como por exemplo a assistência nas tarefas domésticas; cuidados pessoais e de enfermagem; mediação na relação entre o idoso e as instituições de saúde e segurança social; gesto e ajuda nos recursos económicos. Contudo apesar da multiplicidade de perspetivas, têm em comum o “reconhecimento de que as soluções sociais para organizar os cuidados ganham em eficácia e sustentabilidade quando conseguem conjugar, numa lógica de complemento, as ajudas dos familiares e próximos dos idosos, os serviços do setor público e das instituições de solidariedade” (Romão et al., 2008).

Os autores definem que os **cuidados formais** são os cuidados remunerados, prestados por indivíduos especializados que exercem as suas atividades sobre regras e uma estrutura burocráticas. São proporcionados por profissionais qualificados e que preenchem certos requisitos. Os **cuidados informais** são diferentes dos anteriores por não serem remunerados e por se basearem numa relação interpessoal, existe uma relação anterior e são próximos quem cuida e quem necessita dos cuidados. (Romão et al., 2008). No âmbito da prestação de cuidados formais, Sequeira (2018) considera que os cuidados são realizados por profissionais qualificados como médicos, enfermeiros, psicólogos, assistentes sociais, entre outros. Para estes profissionais existe uma preparação específica, que integra uma atividade profissional incorporando algumas atividades pertencentes ao exercício laboral. As atividades levadas a cabo por profissionais são remuneradas (podendo também ser voluntárias), e realizam-se em lares e instituições comunitárias. O cuidador é quem desenvolve ações de ajuda em tarefas que o idoso não consegue executar sozinho, e é quem assume a responsabilidade de apoiar e ajudar a fim de promover uma melhoria das condições de vida. Os cuidados, para além de serem prestados através de profissionais em contexto institucional, podem acontecer em domicílio, e habitualmente essa responsabilidade cabe aos elementos da família, aos vizinhos, aos amigos, entre outras pessoas, não sendo remunerados, sendo tidos como cuidadores informais.

“Em suma, o reconhecimento da importância social dos cuidadores informais faz-se acompanhar de uma atenção aos seus problemas e da busca de respostas para as suas necessidades, na lógica que é preciso “ajudar quem ajuda” (Romão et al., 2008, p.36).

O impacto do cuidado na vida do cuidador rodeia-se de especialidades, nomeadamente quando os cuidadores se encontram na geração *pivot* ou sanduiche, ou seja, quando os cuidados são prestados por uma geração que, ao mesmo tempo toma conta dos pais e dos filhos. Nesta fase, é importante conciliar o apoio familiar e a atividade profissional (Romão et al., 2008).

Para que a família não tivesse de recorrer à institucionalização e para garantir a continuidade dos cuidados familiares houve a necessidade de articular com respostas formais. Assim, em conjunto com os cuidadores informais, passou-se a assegurar a realização de algumas tarefas, no sentido de complementaridade e de divisão de responsabilidades (Pimentel, 2013).

Segundo Neri e Carvalho (2002, citados por Sequeira, 2018), o contexto informal de cuidar diferencia-se segundo três tipos de cuidador: o principal/primário, o secundário e o terciário, existindo não só um único cuidador mas sim uma rede de cuidadores.

O cuidador primário ou principal é definido como sendo a pessoa que está responsável por prestar os cuidados, e que tem a função de supervisionar, orientar, acompanhar e/ou cuidar da pessoa idosa, que precisa de cuidados. É este o cuidador que realiza os cuidados na sua maioria, não sendo remunerada pelos serviços que presta (Sequeira, 2018). O cuidador secundário ajuda na prestação de cuidados de forma ocasional, contudo não tem as responsabilidades principais no cuidado, geralmente são os familiares que ajudam (auxiliando e apoiando) o cuidador principal. A ajuda pode ser diretamente na prestação de cuidados, ou ao nível económico, e no apoio de atividades de lazer. O cuidador secundário pode substituir o cuidador primário quando este necessita de se ausentar ou em situações de emergência (Neri & Carvalho, 2002, citados por Sequeira, 2018).

Por sua vez, o cuidador terciário pode ser um familiar, amigo ou vizinho que ajuda às vezes ou quando solicitado e não possui quaisquer responsabilidades no cuidado à pessoa idosa (Neri & Carvalho, 2002, citados por Sequeira, 2018).

Segundo as narrativas analisadas por Araújo (2009), no contexto domiciliário, os cuidadores informais experienciam aspetos positivos tais como a relação de proximidade entre a família e o idoso dependente, a companhia, a gratidão e o crescimento pessoal. A pessoa idosa, também revela aspetos positivos pelo facto de ser cuidada no seu seio familiar tais como o bem-estar habitacional, o apoio ao idoso dependente nas atividades de vida diária, e a companhia. Constata-se, assim, um

recíproco benefício resultante da melhoria da qualidade de vida e do bem-estar da pessoa idosa dependente, mas também do cuidador informal.

Relativamente ao papel dos cuidadores formais ou informais a nível da saúde e social, estes promovem o bem-estar e a satisfação da vida em comunidade, minimizam as perdas da independência e de autonomia na última etapa da vida, ou seja, têm o papel de facilitar a participação do idoso na vida ativa da comunidade (Leuschner, 2015).

2.2. Perfil do cuidador

É no seio familiar que se desenvolvem a natureza dos cuidados aos idosos, esta função é assumida por um cuidador principal. O cuidador é elegido pelo grau de parentesco, pelo género, pela disponibilidade, pela proximidade, pela competência, pela ausência de outras respostas (Karsch, 2003).

A pessoa dependente tem necessidades permanentes, o que irá exigir do cuidador um grande esforço e conseqüentemente uma alteração nas suas rotinas do cuidador e também nas suas prioridades. Tendo em conta o esforço físico que é exigido ao cuidador, este sente-se cansado física e emocionalmente, exausto, com medos e por vezes sente-se sozinho. Tudo isto acontece porque o cuidador apenas exerce os cuidados à pessoa que está dependente e depois esquece-se que de si próprio/a e dos familiares. Neste sentido é importante que os cuidadores reflitam que, para cuidar de outro é também preciso estar bem, e os cuidados consigo próprio/a são muito importantes, mas muitas vezes esquecidos. É importante que: reservem algum tempo para a prática do exercício físico; falem dos seus sentimentos e preocupações com alguém em que confiam; peçam e aceitem ajuda de outras pessoas; solicitem a colaboração de familiares e/ou amigos sempre que se sentirem cansados ou sobrecarregados (Duarte, 2014).

Cruz e colaboradores (2010) também referem que as dificuldades do cuidador estão relacionadas com o cuidado, tendo em conta a exigência e as respostas formais e informais. Para que as dificuldades sejam ultrapassadas, os cuidadores informais adotam estratégias de *coping* que se centram nas emoções, nas crenças religiosas e nos

apoios de respostas formais. A sobrecarga do cuidador informal está relacionada com “as características sociodemográficas do cuidador (género, idade, habilitações literárias, recursos económicos); grau de dependência do idoso; exigência dos cuidados prestados; falta de conhecimentos e habilidades; falta de apoio formal, informal e familiar “(p.135).

Por sua vez, Figueiredo, Lima, e Sousa (2012) alegam que os cuidadores informais apresentam redes sociais pequenas, muito concentradas nas relações familiares, sentem-se pouco satisfeitos com a vida, e tudo isso está relacionado com a experiência de cuidar.

Os papéis dos cuidadores informais centram-se nos cuidados a pessoas idosas que possuem dependência mas, muitas vezes, estes cuidadores são da mesma faixa etária da pessoa que necessita de cuidados, estando também por isso sujeitos a implicações para a sua saúde física e mental (Leuschner, 2015).

Um dos fatores que pode influenciar a natureza do cuidar diz respeito ao tipo de cuidados que são prestados, sendo que o cuidar incide em áreas diferentes segundo as necessidades da pessoa idosa dependente. De acordo com as necessidades e a situação clínica da pessoa idosa dependente é possível determinar com que intensidade é que os cuidados devem ser prestados (Sequeira, 2018).

Relativamente aos cuidados, Dominelli (2013) considera que o trabalho na área social requer algumas alterações bem como a criação de acordos multiprofissionais que façam face às respostas destes indivíduos, e às suas necessidades, considerando a sua etnia, raça, sexo, incapacidade, idade, crença religiosa, preferências culturais e condição socioeconómica.

A escolha do cuidador, no seio familiar, está relacionada com as características e com as experiências pessoais de cada membro e pelo contexto onde este se encontra. Segundo Neri e Carvalho (2002, citados por Sequeira, 2018), quem assume a responsabilidade do cuidado é a mulher mesmo que, para além deste papel, ainda exerça, em simultâneo, uma atividade profissional. Tudo isto pode trazer algumas

implicações tanto a nível pessoal como social, ou seja, pode acarretar limitação no cumprimento das suas atividades de vida diária e na sua vida social.

2.3. Seio Familiar

“Muitas famílias e pessoas mais velhas confrontam-se com as consequências avançadas do envelhecimento e da doença crónica, perda de saúde, de funcionalidade, de autonomia e, mais impactante globalmente, das funções cognitivas” (Almeida, 2015, p.33)

Também a família tem vindo a sofrer alterações na sua composição. No pós-guerra a família denomina-se de família tradicional alargada e com o passar do tempo, torna-se predominantemente em família nuclear. Tais alterações familiares refletem-se nos cuidados aos idosos (Azeredo, 2011).

Segundo referimos anteriormente, a família é a principal fonte de apoio para o cuidador. Assim, é essencial que haja um bom relacionamento, responsabilidade, organização, assistência ao cuidador, apoio social, evitando o seu isolamento social aquando da transição de papéis. E porque é no contexto familiar que se realiza o cuidado à pessoa idosa, a família é considerada como um grupo primário básico (Melo et al., 2014).

Desempenhar o papel de cuidador é para o familiar/vizinho/amigo uma nova tarefa e um conjunto de novas funções. É uma tarefa nova e complexa, que exige uma transição de papéis (Melo et al., 2014).

A transição de papéis é a passagem que ocorre numa determinada fase da vida, onde o familiar da pessoa idosa dependente, muitas vezes, deixa de exercer a sua profissão, para exercer o papel de cuidador (Sequeira, 2018).

O envelhecimento tanto da pessoa idosa como do cuidador informal, também leva a que a família tenha de passar por um processo de reorganização. Na verdade, todo este processo de envelhecimento envolve mudanças tanto na rotina como na dinâmica familiar. Não só os espaços físicos da casa sofrem alterações como, a nível emocional

tendo em conta as necessidades e as dificuldades que enfrentam com a prestação de cuidados (Carvalho, Castro, & Ardore, 2015).

Com base neste autor sabemos que os cuidadores são referencialmente os familiares mais próximos- os cônjuges ou os filhos- mas em especial as mulheres. No decorrer desta pesquisa tivemos casos que não pudemos ignorar, relativamente às dificuldades sentidas pelos cuidadores no que toca às implicações menos positivas que o papel de cuidadores, que tiveram que assumir, lhes trouxe (Pimentel, 2013).

Nos dias de hoje, os familiares sentem que não têm capacidades, nem competências técnicas e recursos necessários para cuidar, por isso procuram soluções. O que acontece por se sentirem incapacitados e com receio de lidar com a dor e com o sofrimento, o que os leva a recorrerem às instituições de saúde e de apoio social.

Efetivamente, os familiares das pessoas idosas dependentes acreditam que existe um melhor acompanhamento e maior qualidade de cuidado nas instituições do que em casa (Pimentel, 2013). Contudo, e com o nosso estudo pudemos constatar que muitas famílias ainda preferem manter a pessoa dependente junto delas, sublinhando que pretendem cuidar delas até conseguirem (Pimentel, 2013).

2.4. Competências e o papel do cuidador informal

As pessoas que adotam o papel de cuidadores desenvolvem uma relação mais próxima e mesmo de dependência, relativamente aos parentes idosos. Chegando a perspetivar o fim dos cuidados como algo difícil de ultrapassar (Pimentel, 2013).

Segundo Sequeira (2018), durante o processo de transição o cuidador necessita de adquirir/ desenvolver algumas competências que são agrupadas em três categorias:

- o **saber** – área de competência que está relacionada com a área cognitiva, ou seja, o saber como alcançar todas as informações necessárias para executar o cuidado. Esta competência pode ser desenvolvida em grupo, para facilitar a partilha, através de sessões. Trata-se de uma competência muito importante numa fase inicial pois

deve focar as necessidades dos cuidadores; a tipologia de cuidados; quais as implicações que podem ser associadas ao papel do cuidador, que estão relacionadas com aspetos da saúde, laborais e pessoais; alteração do ambiente; o prognóstico; indicar as respostas formais que já existem; os conteúdos informativos e formativos relativamente às necessidades do cuidador e dos cuidados da pessoa idosa dependente.

- o **saber-fazer** – área de competência que se prende com a habilidade instrumental que o cuidador deve desenvolver quanto à melhor comunicação, ao posicionamento e à alimentação. Esta competência é desenvolvida através de programas estruturados que estão associados aos conhecimentos, experiências e necessidades da pessoa idosa dependente. Numa primeira fase o cuidador deve observar um profissional da área da saúde a realizar os procedimentos, por exemplo a dar um banho, a fazer uma transferência de cama para cadeira, o posicionamento da pessoa idosa dependente. Na segunda fase, o cuidador deve ser capaz de desempenhar os procedimentos de uma forma mais autónoma, com a supervisão do profissional de saúde. Na terceira fase, o cuidador continua no treino e aperfeiçoamento dos procedimentos a fim de ser capaz de utilizar estratégias de *coping*.
- Para finalizar, o **saber-ser-apoio** – é a área de competência relacionada com o desenvolvimento pessoal. Nesta área, o cuidador deve desenvolver competências a nível das estratégias de *coping* centrando-se em si e nos seus problemas.

Sequeira (2018) também nos indica que o papel do cuidador é um processo complexo, pois executa várias funções novas tais como a orientação, a vigilância, a ajuda e o apoio. O papel do cuidador passa por procurar informação e orientação para melhor saber prestar os cuidados; encontrar apoio emocional, dado que se encontra emocionalmente mais frágil; e apoio instrumental a fim de saber ultrapassar situações problemáticas.

2.5. Tarefas desempenhadas na prestação de cuidados

O familiar que exerce a função de cuidador à pessoa com demência, desempenha algumas tarefas no seu quotidiano sobre as quais sente falta de alguns conhecimentos prévios nomeadamente, entre outros, sobre as AVD's, a resolução de problemas, a tomada de decisão, cuidados antecipatórios e de vigilância (Schumacher, Beck, & Marren, 2006). Na possibilidade de existir um cuidador na família, o idoso com demência não necessita de ser institucionalizado, contudo, o suporte assegurado pelo cuidador torna-se, na maioria das vezes difícil tendo em conta as situações socioeconómicas (Brodaty & Donkin, 2009).

De acordo com Castro e colaboradores (2016), o cuidador informal não se deve centrar só no bem-estar da pessoa idosa dependente, mas também deve valorizar o seu cuidado, o seu bem-estar e o da sua família. O cuidador informal desempenha uma tarefa que implica a aquisição de novas aprendizagens relativamente à doença de quem cuida, e de novas competências de modo a sentir-se mais orientado e informado sobre a doença.

Segundo o estudo realizado por Cruz e colaboradores (2010), tendo por base a literatura de referência, as vivências contadas pelos cuidadores, os motivos que levaram os cuidadores a aceitarem este papel, prendem-se com “dever/obrigação; gratidão/retribuição; dependência financeira; grau de parentesco; género; proximidade física e afetiva; estado civil; situação atual de emprego e respeito pela vontade do idoso”, para além de outros fatores que são intrínsecas ao idoso tais como “estado de saúde; e rejeição de institucionalização” (p.135).

Normalmente ninguém pensa na possibilidade de um dia se tornar cuidador/a. Quando tal necessidade surge, muitas vezes provocada pelo surgimento de doenças, cabe ao cuidador realizar as seguintes tarefas: a execução de tratamentos prescritos por médicos e enfermeiros; cuidados pessoais; tarefas domésticas; ajudar na mobilidade; apoio emocional; transporte; dinamizar atividades; gerir recursos e serviços; falar com os profissionais (Leuschner, 2015).

A tarefa dos cuidados pode desenvolver sentimentos de insatisfação tanto pela perda de oportunidade como pela sobrecarga que a tarefa acarreta. Mas nem tudo é negativo, não podemos ignorar que a tarefa dos cuidados também pode ser satisfatória a nível pessoal. É uma sensação de ter cumprido o seu dever, a nível psicológico, de ter dado sentido à sua vida, uma dívida de gratidão, elevar o estatuto social (Pimentel, 2013).

2.6. Impacto da Prestação de Cuidados nos Cuidadores Informais

“Muitas pessoas que cuidam dos seus parentes idosos dependentes fazem-no por amor e pelo desejo de ajudar esse familiar, mas se o seu papel não for reconhecido e recompensado podemos não conseguir manter o nível de apoio familiar que temos hoje.” (Pimentel, 2013, p. 67)

No âmbito da ação social, as medidas políticas implementadas destinadas aos idosos visam garantir a qualidade de vida dos idosos, implementando situações úteis para satisfazer as necessidades básicas. Os objetivos para as medidas políticas ao nível da área social consistem no melhoramento da qualidade de vida dos idosos e na oferta de respostas que satisfaçam as necessidades dos idosos em situações específicas (Romão et al., 2008).

A rede de suporte seja ela a família, os amigos, os vizinhos, ou a rede de suporte formal, tencionam determinar uma estrutura que possibilite a criação de uma tipologia que verifique as modalidades entre o suporte informal e o suporte formal (Romão et al., 2008).

A prestação de cuidados também tem consequências que podem surgir em maior ou menor grau como o stresse, a sobrecarga, o esforço físico e psicológico, os hábitos de saúde, as questões financeiras e o não terem tempo para si próprias (Leuschner, 2015). Segundo este autor, os idosos necessitam de apoio nas suas AVD's, de companhia, de bem-estar habitacional, e de cuidados de saúde, contudo, além da necessidade trata-se também de dificuldades para os idosos e para familiares cuidadores.

Nos contextos domiciliários são vivenciados aspetos positivos entre cuidadores e idosos dependentes como a proximidade da relação entre ambos, a companhia, a gratidão, o crescimento pessoal, e o bem-estar habitacional (Araújo, 2009).

André et al (2011) também salientam que o ato de cuidar traz benefícios ao cuidador nomeadamente: o aumento do sentimento de orgulho; a maior capacidade e habilidade em enfrentar desafios; um maior controlo; crescimento pessoal; retribuição; sentimento de gratidão e maior satisfação consigo próprio e com os outros. Mas também não excluem a presença de tensão, depressão, sobrecarga, cansaço, vida pessoal privada, conflitos pessoais e familiares e doenças físicas.

Por vezes a opção da institucionalização não está só relacionado com a falta de conhecimentos, mas também com as transformações que a própria família sofre com o quotidiano, pelo que a necessidade de encontrar respostas para dar apoio necessário é importante. neste sentido existem profissionais especializados que garantem a realização das tarefas, para auxiliar a pessoa idosa dependente. Nestes casos a família também tem um papel importante de gerir e controlar os serviços que são prestados (Pimentel, 2013).

Existem alguns tipos de constrangimentos que estão associados com o cuidar pois a prestação de cuidados é, muitas vezes, feita apenas por uma pessoa, sendo essa a vontade do idoso. Verifica-se, então, que é importante ter em conta a vontade da pessoa idosa dependente, pois quando os cuidados são prestados por alguém da família, normalmente alguém do sexo feminino, o idoso sente-se mais confiante e menos constrangido. Quando os cuidados têm de ser prestados formalmente, por alguém estranho ao idoso, que é pago para isso, podem surgir conflitos e mesmo algumas situações menos facilitadoras do ato (Pimentel, 2013).

A forma como cada cuidadora encara a prestação de cuidados pode ser influenciada por vários fatores, mas também existem constrangimentos que podem variar tendo em conta o grau de dependência do idoso, o tempo disponível de quem cuida, o estado de saúde físico e psicológico, a relação que existe entre cuidadora e pessoa idosa dependente (Pimentel, 2013).

2.7. Sobrecarga dos Cuidadores

O processo de cuidar, normalmente causa uma sobrecarga física, psicológica, emocional e socioeconómica originando algumas necessidades que, segundo os cuidadores, têm dificultado o seu quotidiano, tais como: alterações no sono, fadiga, comprometimento do *coping* familiar e processos familiares disfuncionais (Ferré-Grau, Rodero-Sanchez, Cid-Buera, Vivies-Relats, & Aparicio-Casals, 2011).

A este propósito, Melo e colaboradores (2014) referem que a prestação de cuidados leva a um desgaste emocional que, conseqüentemente, gera entre os cuidadores informais um aumento de stress. Na verdade, os cuidadores encontram constantemente desafios, e um dos primeiros desafios com que se deparam é a própria transição para o novo papel.

A sobrecarga dos cuidadores está associada ao seu desgaste físico e mental. O esforço exercido pelo cuidador faz com que este se sinta incapaz, exausto ao nível físico e emocional, sozinho e com medo. No sentido de melhorar a sobrecarga dos cuidadores existe uma abordagem interdisciplinar, oriunda de profissionais (médicos, enfermeiros, assistente social, psicólogo) que conhecem os recursos que estão disponíveis para a comunidade. A tais profissionais Trindade, Almeida, Rocha, Fernandes, & Varela (2017) dão o nome de equipa de família.

2.8. Ser Cuidador de Idosos Dependentes

“Os cuidados familiares aos mais idosos (assim como a outras categorias sociais) podem ser entendidos como uma prática importante no domínio das trocas sociais, à qual estão associados valores como a solidariedade, a dádiva, a reciprocidade e a retribuição.” (Pimentel, 2013, p.65)

O Estatuto do Cuidador Informal aprovado a 6 de setembro de 2019 define várias medidas, entre elas um subsídio de apoio aos cuidadores, o descanso a que têm direito e medidas específicas relativamente à sua carreira contributiva. De acordo com a Portaria nº100/2019 de 6 de setembro 2019, o anexo do Estatuto do Cuidador Informal

consagra uma série de medidas de apoio ao cuidador que servem para: informar, capacitar e assegurar o apoio psicossocial e a participação de grupos de ajuda mútua; atribuir um subsídio de apoio ao cuidador informal principal, que se destina apenas ao cuidador informal e é atribuído pelo subsistema de solidariedade mediante condição de recursos; promover a integração no mercado de trabalho do cuidador informal; facilitar a articulação entre a vida pessoal e profissional ao cuidador informal não principal; e alertar para os direitos e deveres da pessoa cuidada.

Quer sejam cuidadores informais ou formais, cuidar de outra pessoa, familiar ou não, requer muita atenção, exige tempo e disponibilidade para as tarefas que visam garantir o seu bem-estar físico e emocional. Contudo, alguns cuidadores têm alteado as suas vozes para chamar a atenção dos riscos, dos limites, do esforço físico que lhes é exigido, apelando a que todos estes fatores sejam analisados a fim de que lhes seja garantido um maior bem-estar físico.

A população idosa tem vindo a aumentar, e o número de respostas sociais também. No entanto os cuidadores informais (e mesmo os formais) não estão preparados para auxiliar de forma adequada os idosos que têm algumas perturbações e que, conseqüentemente, lhes provocam um grande desgaste. O excesso de trabalho origina o desgaste dos profissionais, que muitas vezes nem têm formação necessária para trabalhar diariamente com idosos dependentes com perturbações.

Para que haja uma melhor qualidade nos serviços prestados às pessoas idosas são necessárias formações adequadas, no entanto, na generalidade, os cuidadores (formais ou informais) não possuem qualificações para tal, revelando mesmo baixos níveis de escolaridade. Por isso, trata-se de uma profissão altamente desgastante, maioritariamente mal remunerada e sem possibilidade de progressão ou promoção. Contudo estes profissionais são importantes e não devem ser desvalorizados e sim capacitados para o papel deles (Pimentel, 2013).

De acordo com Karsch (2003), os cuidadores familiares precisam de orientação para prestarem os cuidados nas situações mais difíceis. Daí a relevância de os profissionais de enfermagem, de fisioterapia visitarem os cuidadores a fim de supervisionarem o seu

trabalho. Este apoio prestado aos cuidadores é ainda mais importante quando se trata de um casal idoso, em que a pessoa cuidadora é também ela idosa.

A velhice assim como a infância são as idades que mais valorizam os afetos as interações e as emoções. A nível económico, os idosos dependem maioritariamente dos sistemas de proteção social, para que possam garantir alguns rendimentos. Neste sentido, no contexto do nosso estudo, quando referimos idosos dependentes estamos a referir-nos a situações de incapacidade para realizar tarefas do quotidiano sem ajuda de terceiros. Nesta condição, o idoso é normalmente associado à necessidade de apoio para a realização de tarefas do quotidiano, o que faz com que veja a sua imagem comprometida, e influencie o que os outros pensam e o que o próprio pensa de si mesmo. (Pimentel, 2013).

Muitos dos cuidadores têm o apoio da resposta Serviço de Apoio Domiciliário (SAD). A procura desta resposta tem aumentado ao nível dos serviços de higiene, onde os cuidadores informais a encaram como a opção mais adequada para evitarem a institucionalização. Com esta resposta de auxílio ao domicílio, foi possível manter as pessoas idosas dependentes no seu contexto habitual, junto dos seus familiares e amigos, isto é, nas suas redes sociais (Pimentel, 2013). Efetivamente, a prestação de cuidados é mais do que a satisfação das necessidades básicas, porque envolve uma componente de apoio emocional e social, fundamental para o bem-estar da pessoa idosa (André, Cunha, & Rodrigues, 2010).

A este propósito, André, Cunha, e Rodrigues (2011) referem que as carências dos cuidadores podem refletir-se a nível material como os recursos financeiros, questões de residência, transporte e o acesso a serviços de saúde; a nível emocional com a existência de uma rede de cuidados que junte a família aos serviços de apoio; e a nível da informação em que o cuidador necessita de informação sobre como realizar os cuidados.

Nesta fase dos cuidados existe uma solidariedade entre os familiares, contudo devemos ter em conta alguns constrangimentos que os cuidadores informais enfrentam. A família envolveu-se nesta tarefa dos cuidados e por vezes partem do pressuposto que

estes têm a obrigação de cuidar da pessoa dependente seja qual for as circunstâncias não tendo em atenção alguns fatores de ordem emocional, material, psicológica e profissional que pode tornar difícil o envolvimento. Apoiar um idoso dependente pode tornar-se numa tarefa difícil e dolorosa, que conseqüentemente causa perturbações no bem-estar dos cuidadores. É importante sublinhar que a família é um núcleo muito importante, daí que, por vezes, alguns projetos possam ficar comprometidas pela necessidade de prestar apoio ao familiar idoso (Pimentel, 2013).

Muitas vezes, por motivos pessoais, profissionais ou familiares, quem deveria cuidar deixa de o poder fazer o que, de algum modo, pode associar-se ao abandono e à irresponsabilidade. Contudo, na sociedade, algumas pessoas entendem a responsabilidade de cuidar como um sacrifício, que pode ter algumas conseqüências negativas relativamente ao envolvimento dos cuidadores informais na comunidade. A dedicação dos cuidadores na prestação de cuidados implica uma acumulação de funções e priva o cuidador de uma atividade social, sendo um trabalho que não é reconhecido e que não tem compensações a nível material. É importante ter em conta que a prestação de cuidados requer um esforço cognitivo, emocional e físico que muitas vezes não é reconhecido (Pimentel, 2013).

Os fatores que incentivaram os cuidados foram desencadeados por acidentes, quedas, AVC, etc, os quais exigiram uma intervenção rápida por parte da família, contudo a evolução da doença pode ser lenta e exige mais tempo para a adaptação. Para atenuar todas as implicações negativas, as dificuldades e as necessidades, é necessário encontrar estratégias adequadas. Entre as quais o cuidador pode recorrer a serviços institucionais contratados, e a ajudas familiares pontuais ou regulares. Estas estratégias permitem que os cuidadores possam continuar a exercer algumas das suas funções domésticas mesmo que a situação da pessoa dependente seja de grande dependência. (Pimentel, 2013).

2.9. Intervenção junto dos Cuidadores Informais

Pimentel (2013) refere que alguns estudos sociológicos têm contribuído para se desenvolverem medidas de proteção social tendo em conta as implicações a vários

níveis: na vida do idoso e da família no seu quotidiano, na prestação de cuidados tanto a nível formal como informal, nas potencialidades e limitações da sociedade civil na promoção de respostas sociais, nas representações sociais e nos estereótipos associados às pessoas idosas e nos papéis familiares. Ao nível das ciências médicas e dos cuidados de saúde têm surgido vários estudos neste âmbito que auxiliam os técnicos nas patologias que podem estar associados e que potenciam o envelhecimento. Neste sentido, os estudos podem facilitar no desenvolvimento do tratamento das patologias de modo a prolongar a vida do idoso com maior qualidade e bem-estar. Também a psicologia e a psiquiatria realizam estudos com o objetivo de conhecer e perceber a evolução da personalidade do ser humano ao longo da vida. Nestes estudos podem ser observados as especificidades que a velhice traz ao longo da vida, as doenças incapacitantes e também as consequências que os cuidadores acarretam com a prestação de cuidados ao nível do seu bem-estar psicológico.

Segundo Sousa e colaboradores (2017), a intervenção junto dos cuidadores informais é importante, pois é necessário desenvolver instrumentos de apoio e auxílio tanto aos profissionais de saúde como ao próprio cuidador informal. Primeiramente, é necessário identificar quais as principais necessidades dos cuidadores informais junto da pessoa com demência, no domicílio. Os cuidadores informais manifestam necessidades ao nível do conhecimento, da relação familiar e social, do apoio institucional/ formal e também revelam uma sintomatologia ansiosa e depressiva. Os mesmos autores também delinearam três tipos de necessidades reveladas pelos cuidadores familiares: 1º necessidades relacionadas com o cuidador familiar; 2º necessidades sobre o papel do cuidado e 3º necessidades sobre o contexto. Além disso, e dado o esforço exercido, muitas vezes, o cuidador tende a sentir-se incapaz, exausto ao nível físico e emocional, sozinho, e com medo.

PARTE II – ESTUDO EMPÍRICO

Capítulo III. Metodologia

Neste capítulo, pretende-se descrever este projeto de acordo com a metodologia utilizada. Neste sentido, serão apresentados os objetivos, design/ método de intervenção, contexto e amostra/ participantes, instrumentos de medida e procedimentos de investigação.

3.1. Objetivo do Estudo

O objetivo geral deste estudo é analisar a importância do papel do mediador junto dos cuidadores informais.

Por sua vez, os objetivos específicos são: - fomentar a importância do apoio técnico profissional para colmatar as necessidades do cuidador informal; - analisar se a sobrecarga dos cuidadores informais influencia a prestação de cuidados à pessoa idosa; - e avaliar as dificuldades, as estratégias e a satisfação dos cuidadores informais ao nível da prestação de cuidados à pessoa idosa dependente.

3.2. Design do Estudo

O presente estudo apresenta-se com um design quantitativo onde, por meio da aplicação de algumas escalas (Índice de Barthel, Escala de Sobrecarga do Cuidador (ESC), Índice de Avaliação das Dificuldades do Cuidador (CADI), Índice de Avaliação das Estratégias de Coping do Cuidador (CAMI), Índice de Satisfação do Cuidador (CASI)), foram recolhidos dados quantificáveis e observáveis. Além disso, trata-se de um estudo com características de Investigação-Ação, sendo um processo onde os participantes analisam as suas práticas que incluem a mudança e a compreensão (Watts, 1985, citado por Coutinho, 2019). Efetivamente, o nosso estudo apresenta características da Investigação-Ação porque, apesar de ser identificado como tal, não foi estruturado de acordo com os critérios indicados por Coutinho (2019).

Por uma questão de organização do estudo começamos por apresentar a caracterização sociodemográfica da amostra segundo a idade, o género, o estado civil, a relação de

parentesco com o idoso dependente, a escolaridade, as razões que levaram a desempenhar o papel de cuidador, a duração da prestação de cuidados em anos/meses, horas/dias, os apoios recebidos por instituições sociais e de saúde e o nível de dependência do idoso. E, de seguida, procedemos à apresentação dos dados relativamente à escala da dependência, da sobrecarga, das dificuldades, das estratégias e da satisfação dos cuidadores informais.

3.3. Amostragem

Considerando que a nossa amostra é constituída por critérios de seleção da nossa amostra, podemos referir os procedimentos a executar para esta seleção e para aplicação dos instrumentos de avaliação.

Considerando que a nossa amostra é constituída por cuidadores informais de idosos dependentes, em contexto domiciliário do concelho de Oliveira do Bairro, assumimos como critérios de seleção da amostra os seguintes: desempenharem a função de cuidador informal de idosos com limitações na realização das suas tarefas de atividades de vida diária, em contexto domiciliário e com idades igual ou superior a 60 anos.

Dos dez cuidadores informais de idosos com limitações na realização das suas tarefas de atividades de vida diária, em contexto domiciliário do Concelho, um foi excluído do grupo por, após a terceira sessão, ter deixado de cumprir com os critérios de seleção. Além disso, embora sejam nove as cuidadoras são dez as pessoas idosas cuidadas, uma vez que uma das cuidadoras tinha a seu cargo duas pessoas idosas. Sendo que, durante todo o projeto a cuidadora sempre considerou as questões para ambas.

Assim, a nossa amostra é constituída por 9 cuidadores informais, sinalizados pela Unidade de Cuidados à Comunidade (UCC) – Cubo Mágico da Saúde, no concelho de Oliveira do Bairro, distrito de Aveiro.

3.3.1. Caracterização sociodemográfica do cuidador informal

Através da aplicação do questionário sociodemográfico pudemos recolher elementos que nos permitiram fazer a caracterização da amostra relativamente às seguintes

variáveis: sexo, idade, escolaridade, estado civil, relação familiar, o tempo gasto a cuidar, as razões que levaram o cuidador a cuidar, apoios familiares, sociais e de saúde, e as tarefas que o cuidador executa. De seguida apresentamos a caracterização da nossa amostra.

- Sexo e idade do cuidador

Tal como podemos ver na Tabela 1, a amostra era constituída por cuidadoras mulheres, com idades compreendidas entre os 62 e os 88 anos. Neste contexto, podemos observar que metade das cuidadoras ainda não atingiu a idade da reforma (50%). Relembramos que uma das cuidadoras se repete por cuidar de duas pessoas.

O envelhecimento da população tem encaminhado para esta realidade que estudamos, sendo algumas das cuidadoras também elas já idosas. Culturalmente, a nossa sociedade revela que o elemento cuidador, quer seja de crianças, doentes ou de pessoas idosas, é tendencialmente do sexo feminino, embora estes dados têm-se vindo a modificar.

Tabela 1 - Caracterização da amostra segundo o sexo e a idade

Idade CI	Sexo do CI	%
	Feminino	
62	2	20
65	3	30
70	1	10
76	1	10
85	1	10
87	1	10
88	1	10
Total	10	100

Relativamente à idade, as cuidadoras indicam que é a principal barreira nesta tarefa dos cuidados, uma vez que se sentem cada vez menos capazes de desempenhar as exigentes tarefas de cuidar. E a tendência é que a média de idades da amostra de apresente alta (72,5 anos), tal como podemos comprovar na tabela 2.

Tabela 2 - Características da amostra analisando a média de idades

	N	Mínimo	Máximo	Média
Idade CI	10	62	88	72,5

- Escolaridade e estado civil

De acordo com a Tabela 3 referente à escolaridade e ao estado civil, a maioria das cuidadoras do estudo refere ser casado(a)/ em união de facto (80,0%). Relativamente ao grau de escolaridade verifica-se que 50,0% das cuidadoras tem a antiga 4ª classe. Neste grupo de amostra apenas uma cuidadora não frequentou o ensino, e outra frequentou o ensino secundário.

Tabela 3 - Caracterização da amostra segundo a escolaridade e o estado civil

	Estado civil	Casado(a)/ em união de facto	Viúvo(a)	Solteiro(a)	Total	%
Grau de escolaridade	Não frequentou o ensino formal	1	0	0	1	10,00%
	1º Ciclo do Ensino Básico (4ª classe)	4	1	0	5	50,00%
	2º Ciclo do Ensino Básico ou Clico Preparatório (5º/6º anos)	3	0	0	3	30,00%
	Ensino secundário (antigo Ensino Industrial ou Comercial)	0	0	1	1	10,00%
	Total	8	1	1	10	100,00%
%	80,00%	10,00%	10,00%	100,00%		

Podemos constatar que, entre a nossa amostra predomina um baixo nível de escolaridade, o que interfere na sua vida enquanto cuidadoras. Na verdade, referem que necessitam de ajuda de outra pessoa para conseguir interpretar alguns assuntos que

são relevantes no seu cotidiano, como questões ao nível da saúde e da área social. Muitas vezes é no seio familiar que os cuidadores encontram a ajuda que, a vários níveis, necessitam.

- Relação cuidador informal e o idoso, tempo gasto a cuidar (anos e horas)

A Tabela 4, relativa à relação que existe entre cuidador e pessoa cuidada, podemos verificar que a maioria das cuidadoras são filhas (40,0%) ou cônjuges (40,0%). Quanto ao tempo (em anos) durante o qual têm cuidado da pessoa dependente, apenas uma cuidadora cuida há mais de cinco anos, as restantes cuidam há menos de 5 anos.

As cuidadoras revelam um grande desgaste físico. Muitas cuidadoras indicam que este desgaste se deve ao contínuo e prolongado elevado tempo em que já exercem esta função pois, desde que assumiram este papel, nunca tiveram descanso. Indicam que o fazem de bom grado e que já não conseguem viver sem esta rotina, dado a importância da mesma na estrutura de suas vidas, contudo o corpo começa a manifestar desgaste de acumulação de funções e de preocupações.

Tabela 4 - Caracterização da amostra segundo a relação do cuidador informal com o idoso dependente e o tempo gasto no cuidar (em anos)

		Há quanto tempo presta cuidados?				Total	%
		Até 1 ano	1 a 3 anos	3 a 5 anos	+ 5 anos		
Relação com a pessoa a quem presta cuidados	Cônjuge	0	2	1	1	4	40%
	Filho/Filha	2	1	1	0	4	40%
	Irmão/Irmã	1	0	0	0	1	10%
	Genro/nora	0	0	1	0	1	10%
Total		3	3	3	1	10	100%
%		30,00%	30,00%	30,00%	10,00%	100,00%	

Analisando a Tabela 5, quanto ao número de horas dedicado ao cuidado, a tabela indica que 90,0% das cuidadoras cuidam durante 24 horas, ocupando assim todo o seu tempo em proveito da pessoa dependente, realizando todas as tarefas que os cuidados acarretam. Os restantes 10,0% correspondem a uma cuidadora que apenas cuida 12 horas, pois a pessoa dependente encontra-se durante algumas horas no centro de dia.

Para além das horas de cuidado (que podem ir até às 24h diárias), as cuidadoras ainda exercem outras tarefas no domicílio, que também giram em torno dos cuidados.

Neste aspeto, as cuidadoras afirmam que o número de horas despendidas para cuidar do idoso está relacionado com o grau de dependência, ou seja aumentando a dependência do idoso aumenta o número de horas dedicadas ao cuidado da pessoa dependente. Além disso também indicam que, apesar da rotina ser sempre a mesma, os dias não são todos iguais, é difícil prever como será o próximo dia, porque tudo se faz conseqüentemente.

Tabela 5 - Caracterização da amostra segundo a relação do cuidador informal com o idoso dependente e o tempo gasto no cuidar (em horas)

		Horas por dia que ocupa a prestar cuidados a esta pessoa?		Total	%
		12H	24H		
Relação com a pessoa a quem presta cuidados	Cônjuge	0	4	4	40,00%
	Filho/Filha	0	4	4	40,00%
	Irmão/Irmã	0	1	1	10,00%
	Genro/nora	1	0	1	10,00%
Total		1	9	10	100,00%
%		10,00%	90,00%	100	100,00%

Os cuidadores informais têm a seu encargo pessoas idosas dependentes, prestando-lhes, de forma regular, a maior parte dos cuidados essenciais ao bem-estar e à vida no próprio domicílio.

É importante salientar que existe uma cuidadora, com a relação de nora com a pessoa dependente, que assinala 12h a cuidar, uma vez que esta, apesar de estar dependente de outras pessoas, durante o dia encontra-se na resposta social Centro de Dia (CD). Além disso, a cuidadora, também cuida de outra pessoa dependente que se encontra acamada. No entanto, e nas suas próprias palavras refere: “estou muito cansada (...)

não tenho tempo para nada” (CI3 – Cuidadora Informal 3). E com o acumular de funções, revela um grande desgaste físico e muito stress, porque segundo relata: “para além da minha mãe e da minha sogra, ainda tenho esta casa para cuidar” (CI3).

- Razões para ser cuidador informal do idoso dependente

Entre as razões que levaram o cuidador informal a cuidar do seu familiar, segundo a tabela 5, predomina a relação familiar entre o cuidador e a pessoa dependente. Efetivamente, de entre as opções possíveis, a totalidade das cuidadoras (100%) aponta os laços de consanguinidade, a coabitação e a disponibilidade, enquanto razões de cuidarem dos seus familiares.

A mesma tabela indica-nos ainda que apenas 20% das cuidadoras tem experiência em cuidar de pessoas dependentes, uma vez que a grande maioria destas cuidadoras presta cuidados pela primeira vez.

Muitas vezes as cuidadoras indicavam que assumiram este papel sem se darem conta, uma vez que não havia mais ninguém para o fazer. Podendo fazê-lo também por questões pessoais, como por exemplo por solidariedade, instinto, afeto pela pessoa que se encontra dependente.

Tabela 6 - Caracterização da amostra segundo as razões para ser cuidador de idosos dependentes

	Frequência	%
Obrigação Moral	6	60.00%
Solidariedade	8	80.00%
Laços de consanguinidade	10	100.00%
Retribuição de apoio	7	70.00%
Afeto pelo dependente	9	90.00%
Princípios religiosos	6	60.00%
Exemplo a seguir pelos filhos	4	40.00%
Expectativa de recompensa	1	10.00%
Não havia mais ninguém	5	50.00%
Parentesco com o dependente	8	80.00%
Sexo	4	40.00%
Coabitação	10	100.00%
Disponibilidade	10	100.00%
Experiências	2	20.00%

Segundo a tabela 6, vários são os motivos que levaram as cuidadoras a assumirem este papel. Vendo-se como as principais responsáveis para assumirem este papel, por questões emocionais como o amor, o matrimónio, o compromisso. No caso das cuidadoras também terem o papel de filha indicam que prestam cuidado no sentido de retribuição; mas também no sentido de cumprir com o seu dever e responsabilidade, ou seja, o dever moral - a vontade de contribuir para a solidariedade dos cuidados, por vezes obrigação por não haver mais ninguém que possa ocupar esta função, conseqüentemente a disponibilidade e a proximidade, o carácter financeiro - a falta de opções devido e escassez dos recursos económico

Nos testemunhos das cuidadoras, para além de assumirem certas normas e questões sociais, estas têm um espírito de solidariedade com o próximo, e valorizam a proximidade que têm com a pessoa dependente por este poder ser cuidador por si, no seu domicílio. É, neste sentido que é evidenciado pelas cuidadoras, que o fato de assumirem o cuidado seria o melhor que poderia fazer pela pessoa dependente, pois, assim estaria em volta da família.

- Conta com o apoio de outra pessoa e apoio institucional

Quando questionamos o cuidador sobre a existência de apoio de outra pessoa sendo da família ou não, cerca de 70% indica que existe outra pessoa que o apoia. Para além disso ainda existe o apoio do Serviço de Apoio ao Domicílio (SAD) que corresponde a 70% e ainda uma cuidadora tem o apoio do Centro de Dia (10%). Apenas duas (20%) das cuidadoras não possui nenhum tipo de apoio institucional ao nível social (tabela 7).

Tabela 7 - Caracterização da amostra segundo as redes de apoio (social)

		Presença de apoio social à pessoa de quem cuida			Total	%
		Nenhum	Apoio Domiciliário	Centro de dia		
Presença de outro CI	Não	0	3	0	3	30.00%
	Sim	2	4	1	7	70.00%
Total		2	7	1	10	100.00%
%		20.00%	70.00%	10.00%	100.00%	

A mesma tabela, mostra que 7 cuidadoras têm ajuda de outra pessoa no auxílio aos cuidados. Contudo este auxílio apesar de ser diário não é consecutivo, ou seja, esta pessoa apenas presta o auxílio uma vez por dia, ou de manhã na primeira higiene ou então ao fim do dia na última higiene antes de dormir. Os cuidadores informais revelam ter ajuda de terceiros, para além do apoio ao nível institucional tanto da saúde como social, alguns ainda revelam ter ajuda dos filhos/filhas, vizinhos. Estes não residem na mesma habitação do cuidador e do idoso dependente, contudo situam-se por vezes na mesma rua ou relativamente próximos.

As cuidadoras também contam com o apoio da resposta social de Serviço de Apoio Domiciliário (SAD) relativamente à higiene. Este apoio também as auxilia, assim como é uma forma de as cuidadoras adquirirem competências de como executar, de forma a contribuir para um melhor cuidado.

Na Tabela 8 podemos observar que as redes de apoio ao nível da saúde também são poucas. Cerca de 30% das cuidadoras tem ajuda de enfermagem no domicílio, contudo

este apoio destina-se somente à pessoa idosa acamada e que necessita de cuidados de enfermagem. Outros 20% têm apenas apoio ao nível da fisioterapia. É de salientar que metade, ou seja, 50% dos cuidadores tem ajuda ao nível das redes de apoio ao nível da saúde e a outra metade não tem qualquer tipo de ajudas a este nível.

Tabela 8 - Caracterização da amostra segundo as redes de apoio (saúde)

		Presença de apoio saúde à pessoa de quem cuida			Total
		Nenhum	Enfermagem domiciliária	Fisioterapia	
Presença de outro CI	Não	2	0	1	3
	Sim	3	3	1	7
Total		5	3	2	10

Segundo a análise de dados da tabela anterior, podemos identificar que ao nível das redes de apoio da saúde, metade das cuidadoras não possui cuidados ao nível da saúde e que outra metade dispõe de cuidados de enfermagem e de fisioterapia, cuidados estes que são pontuais.

- As tarefas/ajudas que realiza

De acordo com a Tabela 9 podemos observar que as cuidadoras, para além de prestar cuidados, ainda exercem mais funções no seu domicílio e que muitas vezes ainda as realizam sozinhas. Cerca de 7 itens têm a percentagem mais elevada, ou seja, para além do tempo que a prestação de cuidados ocupa diariamente, o cuidador ainda tem de cozinhar, limpar a habitação, colocar a fralda na pessoa dependente, fazer companhia, fazer a gestão do lar, fazer as compras e ainda assistir no autocuidado: vestir e despir. Nesta questão, as cuidadoras poderiam indicar mais do que uma possibilidade.

Tabela 9 - Caracterização da amostra segundo as tarefas e ajudas que o cuidador realiza

	Frequência	%
Cozinhar	10	100.00%
Limpeza de Habitação	10	100.00%
Colocar fralda	10	100.00%
Acompanhar nas saídas	5	50.00%
Assistir no autocuidado: comer	9	90.00%
Assistir no autocuidado: banho	7	70.00%
Assistir no autocuidado: ir ao sanitário	3	30.00%
Fazer companhia	10	100.00%
Gerir regime terapêutico	6	60.00%
Gestão do lar	10	100.00%
Fazer compras	10	100.00%
Assistir no autocuidado: mobilidades	2	20.00%
Assistir no autocuidado: vestir e despir	10	100.00%
Assistir no autocuidado: transferir-se	4	40.00%

É importante referir que a totalidade das cuidadoras apenas realiza trabalhos domésticos. Este aspeto caracteriza a tendência cultural da nossa sociedade, sendo as mulheres a ocuparem-se da casa e, por vezes, dos que necessitam de cuidados. Para além do trabalho doméstico que as cuidadoras exercem, estas ainda têm a ocupação no trabalho agrícola.

As tarefas que são concebidas pelas cuidadoras são muito diversificadas e podem variar em função dos casos em concreto e da evolução da doença e/ou do grau de incapacidade da pessoa dependente e ainda exige uma capacidade de adaptação por parte do cuidador.

As cuidadoras referem que muitas vezes se sentem cansadas física e psicologicamente, uma vez que ser cuidadora não se resume a cuidar e a ajudar a pessoa dependente nas suas tarefas de vida diária, mas que realiza toda uma variedade de trabalhos em paralelo com o cuidado. Entre tais trabalhos, a agricultura é como uma forma de elas

poderem libertar a cabeça. De referir ainda que comum a todas é o facto de se preocuparem sempre em fazer algo em prol do outro esquecendo-se de se cuidarem a elas mesmas.

As tarefas e as preocupações estavam sempre presentes e muitas vezes as rotinas são: o cuidado (banho, higiene, alimentação, medicações, curativos e o posicionamento), e sua preparação; ir à farmácia; ir ao supermercado; pagar as contas da casa; saúde (agendar consultas, exames, médico, fisioterapias); companhia; apoio social, emocional e relacional.

3.3.2. Caracterização sociodemográfica da pessoa idosa dependente

- Género, faixa etária e a origem da dependência

Como vimos anteriormente as cuidadoras informais apresentam idades compreendidas entre os 62 e os 88 anos. Por sua vez, segundo a tabela 10, as pessoas idosas dependentes têm idades entre os 66 e os 99 anos, ou seja, com um nível etário também elevado.

A idade avançada das cuidadoras e das pessoas dependentes revela dificuldades acrescidas na prestação de cuidados, pois as cuidadoras necessitam de fazer mais esforço físico e têm um desgaste maior, porque pretendem evitar a institucionalização.

Tabela 10 - Caracterização da amostra segundo o sexo e a idade da pessoa dependente

	Sexo PD		Total
	Masculino	Feminino	
66	1	0	1
73	1	0	1
84	0	2	2
88	1	0	1
89	1	0	1
92	1	0	1
96	0	2	2
99	0	1	1
Total	5	5	10

Na Tabela 11 vemos que a origem da dependência está nos acidentes sofridos pelas pessoas dependentes, maioritariamente pelas mulheres.

Tabela 11 - Caracterização da amostra segundo o sexo e a origem da dependência na pessoa dependente

		Situação que originou a dependência		Total
		Envelhecimento	Acidente	
Sexo PD	Masculino	4	1	5
	Feminino	0	5	5
Total		4	6	10

A dependência está relacionada com a incapacidade da pessoa em realizar as suas atividades de forma a satisfazer as suas necessidades, necessitando da ajuda de terceiros.

O envelhecimento da população e, em simultâneo, o aparecimento de patologias crónicas explicam o aumento da dependência que, por sua vez, origina consequências na qualidade de vida das pessoas idosas.

Em algumas situações deste estudo, a pessoa dependente vai exercendo algumas atividades com a ajuda dos cuidadores. Nestes casos, as pessoas dependentes, com auxílio, conseguem sair da cama e permanecer na cadeira durante algum tempo. Desta forma, a pessoa dependente manter-se-á minimamente ativa e a participar nas atividades diárias.

Os acidentes assinalados na Tabela 11 que originaram a dependência dos idosos estão relacionados com quedas e acidente vascular cerebral (AVC).

3.4. Instrumentos de medida

Em seguida apresentamos os instrumentos que estão validados para a população portuguesa, e que em vários estudos têm validado o nível de dependência das pessoas dependentes, a sobrecarga, as dificuldades, as estratégias de *coping*, o nível de satisfação dos cuidadores informais.

Estes instrumentos foram utilizados pela seguinte ordem: questionário sociodemográfico, Índice de Barthel, Escala de Sobrecarga do Cuidador (ESC), Índice de Avaliação das Dificuldades do Cuidador (CADI), Índice de Avaliação das Estratégias de Coping do Cuidador (CAMI), e Índice de Satisfação do Cuidador (CASI).

a) **Questionário sociodemográfico:** instrumento que nos permitiu recolher informações sobre os cuidadores informais. Resulta de um conjunto de pontos com a finalidade de identificar o perfil dos cuidadores informais, a sua caracterização quanto à idade, ao género, à escolaridade, ao estado civil, à profissão, ao tipo de relação com o idoso, há quanto tempo executa a função, entre outras questões que estão mais relacionadas com o papel do cuidador informal, com respostas fechadas (Ver anexo 2). Serão ainda colocadas as seguintes questões:

- Há quanto tempo presta cuidados a esta pessoa?
- Horas por dia que ocupa a prestar cuidados a esta pessoa?
- Que tipo de apoio ou cuidados proporciona?

b) **Índice de Barthel:** Para avaliar o grau de dependência da pessoa idosa nas suas atividades básicas de vida diária utiliza-se o *Índice de Barthel* (Sequeira, 2018), que avalia as capacidades funcionais do idoso e determina o grau de dependência do idoso. É um instrumento composto por dez categorias de Atividades de Vida Diária (AVD's), nomeadamente, a alimentação, o vestir, o banho, a higiene corporal, o uso da casa de banho, o controlo intestinal, o controlo vesical, subir escadas, a transferência cadeira-cama e a deambulação. O resultado da pontuação varia entre 0 e os 100 no grau de independência na realização de diferentes funções e também é possível perceber o grau de assistência que é necessário nas atividades enumeradas. É um instrumento de fácil aplicação e interpretação, e é fiável. Os itens são avaliados segundo três níveis: independência (cotação 10), ajuda (substancial, moderada e mínima) (cotação 5) e dependência (cotação 0). Quanto menor for a pontuação, maior é o grau de dependência (Ver anexo 3). Os resultados são distribuídos consoante a Tabela 12.

Tabela 12 - Pontuação do Índice de Barthel

Grau de dependência	
Independentes	90 - 100 pontos
Ligeiramente dependente	60 - 89 pontos
Moderadamente dependente	40 - 55 pontos
Severamente dependente	20 - 35 pontos
Totalmente dependente	<20 pontos

Fonte: Sequeira (2018, p.55)

c) **Escala de Sobrecarga do Cuidador (ESC):** A avaliação da sobrecarga dos cuidadores, é efetuada através de uma Escala de Sobrecarga do Cuidador (ESC). Trata-se de um instrumento criado por Zarit e Zarit, 1983; Zarit, Orr e Zarit, 1985; Martín et al., 1996; Scazufca, 2002 (citados por Sequeira, 2018), traduzido e adaptado para a população Portuguesa por Sequeira (2007 citado por Sequeira, 2018). Este instrumento permite uma avaliação rápida da sobrecarga dos cuidadores em que quanto maior for a pontuação, maior a sobrecarga do cuidador. Constituído por vinte e duas questões divididas em quatro categorias: 1. Impacto da Prestação de Cuidados, composto por onze itens e refere-se à sobrecarga relacionada com a prestação de cuidados diretos; 2. Relação Interpessoal, composta por cinco itens associados à sobrecarga de relação entre o cuidador e a pessoa dependente; 3. Expectativas face ao cuidar, composta por quatro itens e centra-se nos medos, nos receios e na disponibilidade, para além das expectativas que o cuidador informal tem relativamente ao cuidado; e 4. Perceção da Autoeficácia, composta por dois itens alusivos à opinião do cuidador comparativamente ao seu desempenho (Sequeira, 2018) (Ver anexo 4).

Através deste instrumento é possível avaliar a sobrecarga o cuidador informal e analisar outras informações relacionadas com a saúde, a vida social e pessoal, a situação financeira e emocional. Cada item é pontuado de acordo com uma escala tipo Likert: nunca (1), quase nunca (2), às vezes (3), muitas vezes (4) e quase sempre (5). Na soma total, quanto maior a pontuação, maior será o grau de sobrecarga Tabela 13 (Sequeira, 2018).

Tabela 13 - Pontuação da ESC

Pontuação	Sobrecarga
<46	Sem Sobrecarga
46-56	Sobrecarga Ligeira
>56	Sobrecarga Intensa

Fonte: Sequeira (2018, p.238)

E ainda escalas que serão realizadas a partir de instrumentos de avaliação dos cuidados, o *Carer's Assessment Difficulties Index (CADI)*, o *Carer's Assessment of Satisfaction Index (CASI)* e o *Carer's Assessment of Managing Index (CAMI)*, criados por Nolan e Grant, 1989; Nolan, Grant e Ellis, 1990; Nolan, Keady e Grant, 1995; Nola, Grant e Keady, 1996, 1998 (citados por Sequeira, 2018) e, traduzidos e adaptados para a população Portuguesa por João Barreto e Luísa Brito (Brito, 2002, citado por Sequeira, 2018).

d) **Índice de Avaliação das Dificuldades do Cuidador (CADI)**: O instrumento CADI, é composto por trinta itens e mede as dificuldades que o cuidador sente na prestação de cuidados, ao nível dos seguintes fatores: problemas relacionais com o idoso; reações à prestação de cuidados; exigências de ordem física da prestação de cuidados; restrições na vida social; falta de apoio familiar; falta de apoio profissional; e problemas financeiro (tabela 14). A avaliação de cada dificuldade é dividida em 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) (Sequeira, 2018) (Ver anexo 5).

Tabela 14 - Fatores da escala das dificuldades (CADI)

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

Fonte: Nolan e colaboradores, 1998 (citado por Sequeira, 2018, p.211)

e) **Índice de Avaliação das Estratégias de Coping do Cuidador (CAMI):** o instrumento é composto por trinta e oito itens divididos em três categorias: lidar com os acontecimentos adversos/resolução de problemas; percepções alternativas sobre a situação; e lidar com os sintomas de *stress* (tabela 15). Este instrumento está relacionado com as estratégias de *coping* que são utilizadas pelos cuidadores para que facilitem, resolvam e atenuam as dificuldades que são sentidas nos cuidados à pessoa idosa dependente. A avaliação de cada estratégia é dividida em quatro possibilidades de resposta: se a utiliza ou não (1), caso afirmativo referir se não dá resultado (2), se dá algum resultado (3), ou se dá muito bom resultado (4) (Sequeira, 2018) (Ver anexo 6).

Tabela 15 - Categorias das estratégias de Coping (CAMI)

Categorias CAMI	Questões nº	Itens
Lidar com acontecimentos adversos/ 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 stress	2,4,19,21,28,35,36,37 e 38	9 itens

Fonte: Nolan e colaboradores, 1998 (citado por Sequeira, 2018, p.216)

f) **Índice de Satisfação do Cuidador (CASD):** o instrumento é composto por trinta itens, está relacionado com os aspetos positivos associados ao cuidado prestado,

dividido em categorias: fontes de satisfação relacionadas com a dinâmica interpessoal entre o prestador de cuidados e o alvo desses cuidados; fatores de satisfação relacionadas com a dinâmica intrapessoal e intrapsíquica; e fontes de satisfação relacionadas com a dinâmica de resultados (tabela 16). A avaliação de cada satisfação é dividida em quatro possibilidades: responder se esta situação acontece ou não (1), em caso afirmativo deverá responder se esta não lhe proporciona nenhuma satisfação (2), alguma satisfação(3) ou muita satisfação(4) (Sequeira, 2018) (Ver anexo 7).

Tabela 16 - Categorias e Subcategorias da escala de satisfação do cuidador (CASI)

Categorias e Subcategorias do CASI	Questões nº	Observações
Fontes de satisfação relacionadas com a dinâmica interpessoal e o prestador de cuidados e o alvo destes cuidados		
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
Fontes de satisfação relacionados com a dinâmica interpessoal		
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
Fontes de satisfação relacionadas com a dinâmica de resultados (desejo de obtenção dos melhores resultados possíveis)		
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: Nolan e colaboradores, 1998 (citado por Sequeira 2018, p.226)

3.5. Procedimentos

Neste estudo, a prioridade e a finalidade deste projeto, é proporcionar à pessoa cuidadora (também ela idosa) uma maior qualidade de vida, orientando-a e empoderando-a para que satisfaça as suas necessidades com o apoio das respostas sociais disponíveis na sociedade, de forma a colmatar as dificuldades que tanto ela como os familiares possam enfrentar.

A pré-seleção dos participantes elegíveis foi feita em conjunto com duas enfermeiras da UCC, que previamente contactaram com os cuidadores a solicitar o seu apoio neste projeto. Sendo que esta seleção dos cuidadores informais teve de abranger alguns critérios como a idade superior a 60 anos, residência no conselho e ter ou não ter apoio institucional (SAD).

O primeiro contacto com os cuidadores foi realizado com uma enfermeira da UCC. Através da enfermeira foi-nos possível chegar até aos cuidadores, e assim dialogar com eles numa primeira abordagem sobre o estudo. Após este primeiro contacto realizado entre nós, a enfermeira e o cuidador, passámos a deslocar-nos sozinhas a casa dos cuidadores.

No primeiro contacto, para além de informar os cuidadores sobre o nosso projeto de investigação, juntamente com a enfermeira recolhemos alguns dados sociodemográfico importantes sobre o papel do cuidador. No entanto, este primeiro contacto não foi realizado da mesma forma com todos os cuidadores. Por uma questão de falta de tempo, dos 10 cuidadores, apenas 5 seguiram este processo. Com os restantes cinco, o primeiro contacto foi realizado com a enfermeira, contudo foi apenas uma conversa informal sem questões. As sessões seguintes já decorreram entre os cuidadores informais e a investigadora.

No segundo momento de contacto coube-nos lembrar/informar ao cuidador sobre o estudo, no sentido de pedir a sua colaboração. Todos os participantes da investigação foram informados do anonimato de todos os dados que fornecessem, e que estas informações recolhidas seriam única e exclusivamente utilizadas para este estudo, não causando qualquer preocupação caso algum cuidador pretenda-se desistir do estudo durante o período de investigação. Desta forma foi entregue ao cuidador a carta de consentimento informado, bem como a informação ao sujeito da investigação (anexo 1), para o cumprimento das obrigações éticas vigentes.

Como já referimos anteriormente, aquando o terceiro contacto, dos dez cuidadores informais elegíveis inicialmente um deixou de pertencer aos critérios enumerados, por isso o número de cuidadores ficou reduzido a nove, embora a amostra continuasse a

ser de dez participantes uma vez que um dos cuidadores tinha a seu cargo duas pessoas dependentes. Estas duas pessoas idosas dependentes estão a cargo da mesma cuidadora, no entanto a exigência dos cuidados é diferente.

As sessões tinham carácter quinzenal e eram marcadas consoante disponibilidade da cuidadora e da investigadora. No final de cada sessão marcava-se a data da sessão seguinte. Visto que eram de carácter quinzenal, a investigadora tinha o cuidado de contactar a cuidadora a lembrar-lhe o dia e a hora da sessão seguinte. Tendo em conta que estas idades são consideradas vulneráveis, o contacto prévio das sessões era importante para que as cuidadoras estivessem a contar com a nossa visita.

A recolha de dados foi feita pela investigadora no período de março a junho de 2019. Estas sessões são direccionadas exclusivamente ao cuidador informal, sendo este muitas vezes esquecido e que também precisa de cuidados, principalmente ao nível psicológico e ao nível social, pois a falta de apoio por parte de profissionais e da família pode levar a um descontentamento.

Numa primeira fase, por meio de um questionário sociodemográfico (anexo 2), procedemos à recolha de informação sobre os cuidadores informais e os cuidados que estes prestam. Com estes dados pretende-se delinear um perfil dos cuidadores informais e conhecer também alguns dados sobre a pessoa cuidada que, não sendo o foco do nosso estudo, entendemos ser importante analisar o seu perfil.

Posteriormente, foram recolhidos dados que caracterizam o nível de dependência das pessoas idosas dependentes através da aplicação do Índice de Barthel (anexo 3) (Sequeira, 2018), que é um instrumento utilizado em idosos não institucionalizados e que permite avaliar o grau de dependência da pessoa cuidada nas atividades básica da vida diária. Após esta etapa, direccionamo-nos para o cuidador informal com instrumentos que nos permitissem informações sobre as implicações que existem na prestação de cuidados.

Para continuar a contextualização do papel e das tarefas dos cuidados, aplicámos a Escala de Sobrecarga do Cuidador (anexo 4) (Sequeira, 2018) que é um instrumento

que permite avaliar a sobrecarga do cuidador informal, e permite recolher informações sobre a saúde, a vida social e pessoal, situação financeira, situação emocional e o tipo de relacionamento.

De seguida foram refletidas e debatidas as dificuldades e necessidades que os cuidadores informais enfrentam nesta nova tarefa que é a de cuidar de uma pessoa idosa dependente. Entre cada sessão o cuidador pode refletir e pensar em cuidar mais de si, e não centrar os cuidados e as energias apenas na pessoa idosa dependente. Com a aplicação do instrumento de avaliação das dificuldades e necessidades dos cuidados - o CADI (anexo 5) (Sequeira, 2018), Índice de avaliação das dificuldades do cuidador que compreende a perceção, as dificuldades dos cuidadores, até que ponto tal tarefa o pode perturbar. Com a aplicação do CAMI (anexo 6) (Sequeira, 2018), Índice de Avaliação das Estratégias de *Coping* do Cuidado, foi-nos possível perceber quais as estratégias empreendidas pelos cuidadores para tentar enfrentar a situação e se são ou não eficazes. Por fim, o nível de satisfação dos cuidadores, o CASI (anexo 7)(Sequeira, 2018), Índice de Satisfação do Cuidador, que permite recolher elementos relacionados com os aspetos positivos associados ao cuidado prestado. Tais questionários serão aplicados a todos os sujeitos da amostra e o seu preenchimento será feito de forma individual.

O facto de estes cuidadores estarem no seu domicílio a prestar cuidados ao seu familiar impossibilita-os de comunicar e conseqüentemente estreitam os laços sociais. O desenrolar destas sessões representaram para os cuidadores informais um local de diálogo e de partilha de ideias e opiniões.

As sessões, com a duração de mais de uma hora e meia cada, foram centradas nas tarefas, nas necessidades, nas dificuldades, nas estratégias, na satisfação e na sobrecarga do cuidador. As atividades do cuidador informal de idosos dependentes passam a ser introduzidas na rotina diária de quem desempenha essa função, muitas vezes árdua e difícil, por terem associadas a esta função diversas atividades da rotina doméstica. Desta feita passamos a descrever, na apresentação de resultados, 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.

3.6.Procedimentos de investigação

A análise dos resultados foi realizada com recursos ao programa *Statistics Package for the Social Sciences* (SPSS), versão 25 para o Windows, por forma a analisar quantitativamente os dados recolhidos através do questionário e dos testes utilizados.

Capítulo IV. Apresentação, Análise e Discussão dos Resultados

Os instrumentos adotados para a realização da presente investigação foram organizados segundo os objetivos delineados, a escala de Barthel (nível de dependência das AVD's), do nível de sobrecarga do cuidador (ESC), das dificuldades do cuidador CADI (*Caregivers Assessment of Difficulties Index*), das estratégias de coping do cuidador CAMI (*Carers Assessment of Managing Index*), e da satisfação do cuidador CASI (*Carers Assessment of Satisfation Index*), todos estes instrumentos são versões portuguesas e/ou estão devidamente aferidas para a população portuguesa.

4.1.Apresentação dos Resultados

- Nível de dependência

Neste ponto, através do instrumento de avaliação do Índice de Barthel foi possível avaliar a capacidade funcional do idoso e determinar o grau de dependência em cada atividade. A manifestação da dependência surge na consequência de uma patologia ou devido a um acidente. Quando surge nos idosos pode ser mais acentuado devido a outros fatores como a polimedicação, a alimentação descuidada, a falta de ajudas técnicas, os ambientes inadaptados (Sequeira, 2018).

Após a aplicação do instrumento, os valores foram somados e classificados consoante o nível de dependência, de acordo com o proposto por Sequeira (2018). Na Tabela 17 podemos verificar o grau de dependência do idoso segundo a escala de Barthel. Tal

classificação resulta da soma dos valores que derivam da ponderação de cada item (Sequeira, 2018). Quanto menor for a pontuação, maior os níveis de dependência do idoso. Como podemos analisar na Tabela 17 na soma de cada item obtivemos resultados entre os 0 e os 45.

Tabela 17 - Pontuação da Escala de Barthel

Código	Cotagem Soma_IB
CI2	20
CI3M	0
CI3S	30
CI4	20
CI5	45
CI6	10
CI7	20
CI8	40
CI9	0
CI10	10

Estes resultados realçam um elevado número de pessoas dependentes, sendo este um dos indicadores do esforço das cuidadoras informais quer a nível físico, psicológico ou emocional. Evidencia-se que neste estudo, a dependência demonstra uma vulnerabilidade dos idosos dependentes.

Através da Tabela 12 são identificados os pontos de corte usados pelo autor para identificar os níveis de dependência. Através dos dados desta tabela é possível fazer a análise dos níveis dependência dos idosos.

Na Tabela 18 podemos observar os resultados ao nível da dependência dos idosos. Os níveis de dependência são os seguintes: idosos totalmente dependentes 40%, os severamente dependentes 40% e os moderadamente dependentes 20%. Ambos os sexos apresentam a mesma percentagem de dependência (50%). Podemos observar que também em ambos os sexos os níveis de dependência centram-se no totalmente e severamente dependente, com a soma entre sexo correspondente a 40% em cada nível.

Tabela 18 - Níveis de dependência dos idosos segundo o género

		Sexo PD		Total	Percentagem
		Masculino	Feminino		
Níveis_de_dependência_IB	Totalmente dependente	2	2	4	40.00%
	Severamente dependente	2	2	4	40.00%
	Moderadamente dependente	1	1	2	20.00%
Total		5	5	10	100.00%
Percentagem		50	50	100	

Verifica-se na Tabela 19 a análise de cada item da escala consoante o número de respostas dadas a cada nível de dependência. Importa realçar a percentagem onde o idoso dependente necessita dos cuidados de uma terceira pessoa, ou seja, o cuidador informal. Considerando o item da atividade básica da alimentação, constata-se que 60% dos idosos são dependentes pois não se conseguem alimentar sem o auxílio da cuidadora informal. Relativamente à capacidade de se vestir, sendo a maioria, cerca de 90% são dependentes de outra pessoa na totalidade, não se conseguem vestir sozinhos. Face à atividade do banho 90% são totalmente dependentes, assim necessitam de ajuda de terceiros. No que diz respeito à higiene corporal os valores são os mesmos, 90% ou seja, a maioria encontra-se numa situação de dependência. Relativamente ao uso da casa de banho 80% a percentagem mais elevada indica que os idosos se encontram totalmente dependentes de outro para esta atividade. Face ao controlo intestinal verifica-se que 60% dos idosos são incontinentes ocasionais, pois apenas apresentam episódios ocasionais de incontinência e necessita de ajuda por enemas ou clisteres. No controlo vesical 70% dos idosos apresentam incontinência ocasional, apresentam episódios ocasionais de incontinência. No que diz respeito à mobilidade subir escadas cerca de 80% dos idosos recetores de cuidados encontram-se numa situação de dependência. Relativamente às transferências cadeira-cama 80% estão numa situação de dependência, que não possibilita exercer esta atividade. Por último a deambulação 70% dos idosos destinatários dos cuidados são dependentes.

Tabela 19 - Análise de cada item da Escala de Barthel

		Frequência	Porcentagem
Alimentação	Dependente	6	60.00%
	Necessita de ajuda	4	40.00%
Vestir	Dependente	9	90.00%
	Necessita de ajuda	1	10.00%
Banho	Dependente	9	90.00%
	Independente	1	10.00%
Higiene Corporal	Dependente	9	90.00%
	Independente	1	10.00%
Uso da casa de banho	dependente	8	80.00%
	Necessita de ajuda	2	20.00%
Controlo intestinal	Incontinente fecal	2	20.00%
	Incontinente ocasional	6	60.00%
	Independente	2	20.00%
Controlo vesical	Incontinente ou algaliado	2	20.00%
	Independente ocasional	7	70.00%
	Independente	1	10.00%
Subir escadas	Dependente	8	80.00%
	Necessita de ajuda	2	20.00%
Transferência cadeira-cama	Dependente	8	80.00%
	Necessita de grande ajuda	2	20.00%
Deambulação	Dependente	7	70.00%
	Necessita de ajuda	2	20.00%
	Independente	1	10.00%

Após a análise de cada item, realçando as percentagens mais elevadas, podemos destacar que os cuidadores são um grande auxílio para os idosos dependentes em todos os itens. Neste sentido, o cuidador informal tem o papel de contribuir para um ambiente que seja mais seguro de forma a facilitar o cuidado. Uma vez conhecido o grau de dependência de cada pessoa cuidada e, também a dependência face a cada atividade básica, é importante falar de alguns aspetos.

Os resultados obtidos, tendo em conta o grau de dependência de cada atividade básica, indicam-nos que uma grande parte dos idosos dependentes necessita de auxílio de uma pessoa, para que seja possível concretizar tanto estas como outras atividades.

Coloca-se agora a questão do perfil dos cuidadores pois, como já é conhecido tanto pela literatura como pela amostra deste estudo, remete-nos para um contexto onde o prestador de cuidados é também idoso, muitas vezes é o cônjuge ou a filha e, eventualmente, também têm necessidades específicas.

Do ponto de vista das cuidadoras informais, estas indicam que “...já não caminhamos para novas, a força já não é a mesma” (CI10), no sentido de que tiveram de se adaptar a uma realidade diferente e criar estratégias para o cuidado.

Tendo em conta o grau de dependência de cada idoso, foi necessário adaptar algumas situações no ambiente físico da habitação, de forma a promover um melhor cuidado. As cuidadoras indicam que para além de começarem a ter o tempo mais contado e controlado em função do cuidar, outra grande alteração recai sobre as questões habitacionais, pois alguns dos idosos que estão dependentes, e que agora não saem da cama, outrora encontravam-se em cadeira de rodas, por isso tiveram necessidade de criar rampas dentro de casa para que se pudessem movimentar.

Nas palavras de (CI8) “No início era tudo mais fácil, agora já não”. A este propósito, acontece que no início o grau de dependência não era tão acentuado e por isso ainda havia ajuda de ambas as partes. O tempo foi passando e o grau de dependência foi-se agravando e, e conseqüentemente, aumentando o trabalho no cuidador. Importa realçar que são cuidadores desde a primeira necessidade e que acarretam muito stress pessoal, emocional, desgaste físico e psicológico, estando, portanto também a precisar de cuidados de forma a manterem a sua integridade e uma qualidade de vida digna.

Em suma, e como já foi mencionado na literatura (Melo et al., 2014), quando existe um idoso dependente e que precisa de cuidados, é necessária uma reorganização familiar em que, geralmente, um dos membros da família se responsabiliza pelo cuidado. O cuidador desenvolve algumas atividades face às necessidades para as

atividades básicas de vida diária dos idosos dependentes, contudo a dependência dos idosos pode gerar conflitos, sobrecarga, desgaste, prejuízo na saúde do cuidador e também da família. Responsabilizar-se por um idoso dependente implica um sentimento maior de sobrecarga e de depressão, no entanto estes sentimentos são vencidos, nem sempre na totalidade, pelas motivações de cada prestador de cuidados, o que pode acontecer em diferentes momentos.

- Avaliação da Sobrecarga dos cuidadores (ESC)

A escala de sobrecarga do cuidador (ESC) é utilizada para a investigação e permite avaliar os aspetos negativos que estão associados à prestação de cuidados de uma determinada amostra. É um instrumento utilizado em muitos países, e o destinatário é sempre os cuidadores. Avalia a sobrecarga do cuidador informal e permite recolher informações sobre a saúde, a vida social e pessoal, a situação financeira, emocional e o tipo de relacionamento com o idoso dependente.

Alguns dos fatores desta escala podem intervir nas dificuldades da prestação de cuidados, o que contribui para o aumento na sobrecarga dos cuidadores informais. As condições de saúde do cuidador, as próprias características da pessoa cuidada, as limitações de ambos estão, muitas vezes, relacionadas com o próprio processo de envelhecimento, tratando-se de fatores que interferem na sobrecarga do cuidador.

Tais fatores, acumulando com a sobrecarga de papéis do cuidador, originam consequências na qualidade do cuidado à pessoa dependente e também na saúde do próprio cuidador. Por isso, torna-se fundamental a avaliação da sobrecarga do cuidador pois esta contribui para a qualidade de apoio que é prestado ao idoso dependente. Através do corpo humano é possível transmitir a sobrecarga que os cuidadores se fazem sentir, e também são visíveis os sinais de falta de apoio para se adaptarem a esta nova tarefa.

Após a realização do instrumento, os valores foram somados e classificados consoante o nível de sobrecarga, de acordo com o proposto por Sequeira (2018). Na Tabela 20, podemos verificar os níveis de sobrecarga dos cuidadores informais, tal classificação

resulta, após a ponderação de cada item, da soma dos valores Sequeira (2018). Como podemos ver, quanto maior for a pontuação, maior é o nível de sobrecarga. E os valores obtidos variam entre os 50 e os 90.

Tabela 20 - Pontuação da ESC por cuidador

		Cotagem Soma_ESC
Cuidadores Informais	CI2	55
	CI3M	60
	CI3S	63
	CI4	63
	CI5	67
	CI6	78
	CI7	68
	CI8	69
	CI9	89
	CI10	52

Estes resultados realçam que as cuidadoras informais tinham um elevado nível de sobrecarga, sendo este um dos indicadores do esforço físico, psicológico ou emocional.

Como referido anteriormente, em situação de sobrecarga, no processo de cuidar existe um conjunto de efeitos negativos que causam dificuldade aos cuidadores na prestação de cuidados e também noutras tarefas.

Tendo em conta os resultados analisados na tabela anterior (tabela 20), decorrentes da soma de todas as respostas dadas por cada cuidador, quantificadas de 1 a 5, identificam-se os pontos de corte usados por Sequeira (2018), para identificar os níveis de sobrecarga, os quais agrupamos em três níveis. Através dos dados desta tabela é possível fazer análise da sobrecarga dos cuidadores informais relativamente aos papéis que exercem na prestação de cuidados.

Contudo na amostra deste estudo, como podemos observar na tabela 21, apenas nos foi possível assinalar dois dos três níveis da ESC, sendo que 80%, foram identificados em situação de sobrecarga intensa e 20% em sobrecarga ligeira.

Tabela 21 - Níveis de percepção da sobrecarga dos CI

ESC GRAU DE SOBRECARGA		Sexo do CI Feminino	%
Sobrecarga Ligeira		2	20.00%
Sobrecarga Intensa		8	80.00%
Total		10	100.00%

Impacto da prestação de cuidados

Durante os quatro meses em que houve contacto entre as cuidadoras e a investigadora foi visível o nível de desgaste físico que as cuidadoras apresentavam no discurso, quando questionadas sobre a situação. Realçando também que todo este cansaço está relacionado com as mudanças que ocorreram nas suas vidas desde que passaram a desempenhar esta nova função, revelando sinais de cansaço físico, psicológico e emocional. Sentimentos generalizados entre as cuidadoras, mas que, segundo nos diz uma das cuidadoras, se verificou mais num determinado período: “...no início senti mais dificuldade...” (CI3).

Como consequência do cansaço, as cuidadoras tendem a distanciar-se da vida sociofamiliar e à medida que os níveis de dependência também se vão agravando. Relativamente ao contexto social tende a verificar-se um certo distanciamento, tanto da parte familiar como dos amigos, nos cuidados ao idoso dependente, o que contribui para a sobrecarga.

Muitas vezes não é o tempo que dedicamos aos outros que é importante, mas sim a forma como nos dedicamos aos outros. Quando questionadas: “Pensa que as relações sociais foram afetadas negativamente por ter de cuidar do seu familiar?”, a maioria responde positivamente, salientando que existe uma rutura nos vínculos sociais, o que deixa as cuidadoras ainda mais vulneráveis. Nas suas palavras, ouvimos: “...sinto falta de visitas” (CI8) e “...sinto-me sozinha” (CI6), o que revela uma manifesta necessidade de apoio e de companhia. Segundo a literatura, na família é fundamental o elo de

ligação para que seja possível a continuidade da prestação de cuidados ao idoso dependente, contudo este facto não acontece em todos os casos da amostra.

Partindo das palavras da cuidadora CI2, “não é fácil... o meu corpo não aguenta”, constatamos a dificuldade que a tarefa de cuidar do familiar dependente acarreta, ligada a muitas implicações e mudanças que no início não eram expectadas. Associado a este facto, surgiram conseqüentemente fatores ligados à sobrecarga tais como sentimentos negativos, a ansiedade, a exaustão, o stress, o isolamento social, dificuldade financeira, o suporte social, a diminuição da rede familiar, a fragilidade emocional. As cuidadoras são expostas a estas situações tão diversas que é importante ajudá-las, ou contribuir de forma a atenuar a sobrecarga. Muitos autores referem o papel importante da família neste aspeto, e as cuidadoras também o indicam mesmo sabendo as dificuldades.

Relação interpessoal

Com este estudo evidenciamos que a sobrecarga revela a grande vulnerabilidade das cuidadoras informais, “...nova realidade...a aprendizagem desta realidade teve de ser rápida...” (CI3). Segundo as cuidadoras, a rotina dos cuidados afeta os laços afetivos, os vínculos e a reciprocidade entre quem cuida e quem é cuidado. O cuidado diário cria uma relação mais próxima com a pessoa dependente, mas, muitas vezes, gera conflitos, porque o sujeito que cuida está constantemente exposto a um misto de sentimentos que o pode prejudicar.

Expectativas com o cuidar

O terceiro fator da escala de sobrecarga diz respeito às expectativas que o cuidador tem relativamente à prestação de cuidados e centra-se essencialmente nos medos, nos receios e nas disponibilidades.

Correspondente a este fator colocámos as seguintes questões: Tem receio pelo futuro destinado ao seu familiar?”, “Pensa que o seu familiar depende de si?”, “Acredita que o seu familiar espera que cuide dele como se fosse a única pessoa com que ele pudesse

contar?” e “Considera que não dispõe de economias suficientes para cuidar do seu familiar e para o resto das despesas que tem?”

E as respostas dadas foram algo concordantes com o que a CI6 refere, ou seja, que sente receio na prestação de cuidados, pois no início quando foi confrontada com os cuidados não sabia como fazer e sempre teve receio de fazer algo errado, por falta de conhecimento. Um outro aspeto também indicado pela CI6 e pela CI7 está relacionado com as condições físicas das cuidadoras, pois possuem uma certa idade e têm dificuldades em realizar algumas tarefas que envolvam a força física das cuidadoras, principalmente quando os idosos dependentes também não auxiliam. Também outras cuidadoras indicam este aspeto, contudo ainda conseguem ter alguma ajuda do idoso dependente movendo-se sozinho, ajudando ao nível da sobrecarga física.

As questões financeiras também se inserem neste fator como uma sobrecarga, pois as cuidadoras consideram que não dispõem de economias suficientes para fazer face a todas as despesas relativas aos cuidados que têm de prestar. Sobrecarregadas com os cuidados e com a preocupação ao nível financeiro muitas cuidadoras questionam “e de mim quem cuida?”.

Perceção de autoeficácia

O quarto e último fator da escala da sobrecarga está relacionado com a opinião do cuidador relativamente ao seu desempenho. Correspondente a este fator centram-se as seguintes questões “Sente que poderia fazer mais pelo seu familiar?” e “Pensa que poderia cuidar melhor do seu familiar?”.

A autoeficácia está relacionada com a crença e a confiança que a cuidadora tem da sua própria capacidade para concluir uma tarefa ou resolver um problema. Relativamente a estas questões as cuidadoras consideram que fazem os possíveis para cuidarem da melhor maneira dos idosos dependentes, tendo em conta que tudo o que sabem sobre os cuidados aprenderam sozinhas e por necessidade, pois não tiveram qualquer formação.

Relevando o papel dos cuidadores a CI9 refere “o que será dele sem mim”, revelando assim que o papel que desempenha é muito importante, sentimento que se generaliza a todas as cuidadoras com quem conversámos.

A opinião das cuidadoras é desempenhar a sua função da melhor forma, em benefício da qualidade de vida do idoso dependente. O cuidador coloca as necessidades da pessoa dependente em primeiro lugar, deixando as suas necessidades para segundo plano. Muitas vezes, o reflexo da sobrecarga pode estar influenciado pela falta de informação do tratamento das estratégias a adequar para cuidar da pessoa dependente

- Avaliação das dificuldades do cuidador (CADI)

O CADI é um índice que possibilita uma investigação de forma quantitativa e qualitativa e que permite descrever as principais dificuldades dos cuidadores. Dificuldades essas que estão relacionadas com o cuidar do idoso e todas as implicações que existem na vida social, na saúde, na situação económica, no relacionamento e também no apoio dos profissionais. Trata-se de um instrumento que se torna útil para identificar as necessidades/ dificuldades dos cuidadores que prestam cuidados.

A dificuldade do cuidar não está somente na realização das tarefas em si, mas também na dedicação necessária para satisfazer as necessidades do outro, em detrimento das suas próprias necessidades. Os cuidadores sentem a perda da liberdade, limitando a sua vida ao cuidar do outro, não desfrutando de atividades de lazer, o que lhes causa infelicidade e desânimo.

Para a análise desta escala, as questões foram agrupadas em sete fatores, conforme descrito na Tabela 14.

Problemas relacionais com o idoso

No fator dos *problemas relacionais com o idoso* podemos encontrar os seguintes itens: “A pessoa de quem cuido chega a pôr-me fora de mim.” “Por vezes, a pessoa de que estou a cuidar exige demasiado de mim” , “Deixou de haver o sentimento que havia na minha relação” , “A pessoa de quem cuido nem sempre ajuda tanto quanto poderia”

,"A pessoa de quem cuido nem sempre dá valor ao que eu faço", "O comportamento da pessoa de quem cuido causa problemas", "Não recebo apoio suficiente dos serviços de saúde e dos serviços sociais."

Algumas cuidadoras relatam alguns episódios de conflitos com o idoso dependente. Na origem do problema está a falta de paciência e a repetição constante de assuntos a que o idoso dependente se refere dia após dia.

Os idosos dependentes que constituem o nosso estudo apresentam características algo diferenciadas. No caso da CI4, o idoso dependente encontra-se acamado devido a um acidente, mas consciente do que diz. Desde então que, no período da tarde está constantemente a chamar a cuidadora para perto, a cuidadora refere "ela precisa de me ver para estar segura". Contudo, para a cuidadora não é fácil pois precisa de fazer as suas tarefas e nem sempre consegue estar por perto. Esta necessidade que o idoso dependente tem em ter a filha por perto deve-se ao facto de ter medo de que algo possa acontecer e não poder fazer nada por estar acamado. A cuidadora indica que está privada de fazer algumas tarefas, e as que consegue fazer tem de estar sentada ao lado do idoso dependente.

Cuidar de um familiar idoso dependente constitui cada vez mais uma experiência regular, com um grande desafio que implica estar exposto a consequências que estão associadas à prestação de cuidados. As cuidadoras fazem um esforço para conseguir compreender as reações e os comportamentos dos idosos dependentes, mas por vezes torna-se difícil.

No caso da CI3 que tinha dois idosos dependentes a seu cargo, no início, num dos casos, o idoso dependente encontrava-se em cadeira de rodas. Não assumindo que precisava de ajuda, várias eram as vezes em que tentava levantar-se da cadeira sozinho para poder andar, o que originava algumas quedas. A cuidadora estava cansada, irritada e exausta com toda esta situação pois acontecia dia após dia.

Alguns autores ((C. Carvalho et al., 2015)(Duarte, 2014)Almeida, 2015)) defendem que é importante que o cuidador informal reconheça as dificuldades que sentem na

prestação de cuidados, nomeadamente quando a pessoa cuidada não se deixa cuidar, salientando que os cuidadores não se devem sentir culpados nem frustrados com esta situação.

Reações à prestação de cuidados

No fator das *reações à prestação de cuidados* podemos encontrar os seguintes itens: “Não tenho tempo suficiente para mim próprio.”; “Por vezes, sinto-me "de mãos atadas"/ sem poder fazer nada”;; “Chega de transtornar as minhas relações familiares”; “Esta situação faz-me sentir irritado”; “Esta situação está a transtornar-me os nervos”; “Não consigo sossegar, por estar preocupado com os cuidados”; “Não consigo dedicar tempo suficiente às outras pessoas da família”.

As dificuldades sentidas diariamente pelas cuidadoras informais face às reações de quem recebe cuidados são diversas, e concluímos que tudo é feito em volta dos cuidados sem que elas próprias cuidem de si.

A prestação de cuidados também tem aspetos negativos que condicionam os cuidados a vários níveis e de diferentes formas. Pode ser extremamente desgastante e acarreta normalmente stress e sobrecarga por parte de quem os exerce. Por outro lado, quem exerce os cuidados enfrenta desafios constantes e, neste sentido precisam de organizar e preparar esta nova transição de papel.

As reações dos cuidadores estão relacionadas com algumas tarefas que estes desempenham de forma a assegurar a continuidade dos cuidados. Tendo em conta que a tarefa dos cuidados é realizada há muito tempo, muitas situações vão surgindo, e a cada dia a pessoa idosa se torna mais dependente ainda. Podemos referir o caso da CI9 que referia muitas vezes que se sentia esgotada, pois o idoso dependente encontrava-se com dificuldades na deglutição e por isso todos os dias o momento da alimentação era desgastante para ela.

Noutro aspeto as cuidadoras não conseguem sossegar por estarem preocupados com o cuidar, neste caso é evidente o exemplo da CI3 que tem dois idosos dependentes a seu

cargo e precisa de mais dedicação. Além disso, são diferentes e diversificadas as preocupações porque os cuidados a prestar são diferentes em função do motivo da dependência.

A CI6 refere que muitas vezes se sente insegura, tem receio de magoar o idoso dependente nos cuidados que presta, tem algumas dificuldades a nível físico e tudo o que sabe aprendeu com as colaboradoras de SAD. Ao fim de semana ainda fica mais nervosa porque não tem a colaboração do SAD e por isso tem de fazer tudo sozinha.

Neste contexto, comprovamos que desempenhar uma função essencial e apoiar os idosos dependentes nem sempre é fácil, podendo, a qualquer momento, surgir complicações inesperadas.

Por vezes para conseguirmos dar atenção ao idoso dependente fica para trás outras com coisas tão importantes como apoiar e estar com a família. A família, é confrontada com esta nova realidade, o cuidador passa menos tempo com a família, as férias em família deixam de ser possíveis porque todo o processo dos cuidados é muito complexo.

Exigências de ordem física na prestação de cuidados

No fator das *exigências de ordem física na prestação de cuidados* podemos encontrar os seguintes itens: “A pessoa de quem eu cuido depende de mim para se movimentar”; “Deixa-me muito cansado fisicamente”; “A pessoa de quem cuido necessita de muita ajuda nos seus cuidados”; “Ando a dormir pior por causa desta situação”; “A minha saúde ficou abalada”; “A pessoa de quem cuido sofre de incontinência”.

As dificuldades sentidas diariamente pelas cuidadoras informais relativamente às questões físicas estão relacionadas com as exigências da prestação de cuidados. As cuidadoras têm a necessidade de um ambiente seguro para poderem trabalhar, no sentido em que a segurança e a saúde são instrumentos fundamentais para uma boa prestação de cuidados no domicílio. Tendo em conta a saúde das cuidadoras, esta ficou

afetada a vários níveis, e muitas vezes os problemas surgem devido às incertezas e à pressão que origina fadiga, stress, isolamento, lesões, ansiedade, apatia.

Segundo a análise feita na escala de Barthel, a qual indica os níveis de dependência dos idosos dependentes, é possível concluir que o idoso dependente precisa constantemente dos cuidados para qualquer tarefa das atividades básicas de vida diária, neste sentido é necessária muita ajuda da parte das cuidadoras. Nesta escala, quando questionadas sobre a dependência do idoso e de que maneira se sentem afetadas, as cuidadoras referem que os idosos dependentes manifestam interesse em tê-las por perto, pela companhia ou por necessidade.

As horas de sono também afetam as cuidadoras informais, pois algumas referem que as noites não são fáceis: “Durmo ao lado dele, se ele passa mal a noite eu também passo” (CI7). As cuidadoras referem que já não conseguem dormir noites seguidas, porque estão sempre em sobressalto com algum barulho que o idoso possa fazer, ou a levantarem-se para ir ver se está tudo bem. Por vezes existem noites mais difíceis porque o idoso está com dores. Todas estas situações refletem-se fisicamente nas cuidadoras, pois estas durante o dia andam mais cansadas.

Restrições na vida social

No fator das *restrições na vida social* podemos encontrar os seguintes itens: “Afastame do convívio com outras pessoas e de outras coisas”; “Não estou com os meus amigos tanto quanto gostaria”; “Não consigo ter um tempo de descanso, nem fazer uns dias de férias.”

As dificuldades sentidas diariamente pelos cuidadores informais relativamente às restrições da vida social devem-se ao tempo insuficiente dos prestadores de cuidados para realizarem outras tarefas, à falta de reconhecimento social e de informação, devido à necessidade de uma supervisão ao idoso dependente permanente, e aos recursos físicos, emocionais e económicos que, por vezes, são escassos.

A necessidade dos cuidados diários, e a permanência diária em casa fez com que se afastassem do convívio com outras pessoas e de outras coisas, como é o caso da CI8 que deixou de frequentar uma Universidade Sênior para que não faltasse nada ao idoso dependente “...tive de deixar as aulas na UNISOB... e se ele precisava de mim e eu não estava em casa ... com ele assim, eu não conseguia lá estar...”. Assim como a CI3 que também deixou de frequentar a piscina semanalmente “...apesar da minha mãe ficar com alguém, a minha cabeça estava sempre a pensar nela”, a cuidadora mencionou também que a piscina era uma forma de fazer exercício, mas como os cuidados também exigiam dela fisicamente sentia-se muito cansada e por isso também deixou de frequentar. O facto das desistências destas atividades leva a que não estejam com o círculo de amigos tanto como desejariam. As relações sociais que tinham, extra a família, estão cada vez mais condicionadas ao tempo que é diminuto.

A inexistência do descanso das cuidadoras origina que estas se sintam sobrecarregadas com todas as tarefas que precisam de realizar face aos cuidados prestados. Segundo a maioria das cuidadoras, há muito tempo que não fazem uns dias de férias, ou seja, desde que começaram a exercer estas funções. O tempo para descansar é pouco ou nenhum pois existe sempre tarefas a realizar não apenas no que toca às atividades básicas de vida diária do idoso que se encontra dependente, mas a todas as outras tarefas que envolvem os cuidados, “...aquela máquina todos os dias trabalha mais que uma vez ao dia...como são duas é tudo a dobrar” (CI3).

Efetivamente, as cuidadoras têm sempre diferentes tarefas a realizar ao longo do dia, tarefas estas que se tornam rotina dia após dia.

Falta de apoio familiar

No fator da *falta de apoio familiar* podemos encontrar os seguintes itens: “As pessoas da família não dão tanta atenção como eu gostaria” e “Alguns familiares não ajudam tanto quanto poderiam”.

A família também tem um papel importante no perfil dos cuidadores, pois na prestação de cuidados ao idoso dependente é considerada uma entidade de primeira linha.

Caracteriza-se como um pilar fundamental na sociedade. Com esta nova fase da vida dos cuidadores e com as alterações na rotina da família no que refere à prestação de cuidados é essencial desenvolver um caminho que integre a família nos cuidados da pessoa idosa dependente, caminho este que nem sempre é assumido por todos.

Desde o início dos cuidados que a família tem um papel muito importante para os cuidadores, contudo este facto não é visível em todos os casos deste estudo, pois algumas coisas não têm retaguarda familiar próxima. As cuidadoras referem que tendo em conta a idade e os esforços que precisam de fazer para cuidar da pessoa dependente, por vezes necessitam do auxílio de outra pessoa, nomeadamente em alguns momentos do dia, para executar tarefas que, sozinha e sem qualquer apoio se tornam quase impossíveis.

Quanto ao perfil dos cuidadores informais, no âmbito deste estudo verificamos que a família tem um papel influente, sendo enumerada pela maioria dos cuidadores como o principal apoio.

Apesar de referirem que muitas vezes têm a família por perto, existe uma insatisfação pela diminuição de contactos que provoca um aumento na sobrecarga dos cuidados. Muitas vezes absorvidos a tempo inteiro pela tarefa de cuidar, precisam de se envolver na comunidade em atividades de lazer, de forma a fomentarem outras relações.

Falta de apoio profissional

No fator da *falta de apoio profissional* podemos encontrar os seguintes itens: “Parece-me que os técnicos de saúde não fazem ideia dos problemas que os cuidadores enfrentam” e “Não recebo apoio suficiente dos serviços de saúde e dos serviços sociais”.

Relativamente à escala das dificuldades as questões relacionadas com o apoio profissional são as que mais dividem as opiniões das cuidadoras. Algumas cuidadoras mencionam que existe uma insuficiência de respostas formais, sobretudo a inexistência de um serviço que seja mais personalizado e que possa oferecer mais apoio ao cuidador

e mais individualizado. Face às dificuldades e às necessidades presentes nos cuidadores, este apoio podia ser mais vocacionado neste sentido, de forma a orientar e a acompanhar a prestação de cuidados, de modo a adquirirem estratégias facilitadoras.

A insuficiência de respostas formais na sociedade leva a que haja um défice na estrutura social, o que se reflete na falta de apoios que promovam descanso e uma melhor qualidade de vida ao cuidador. Não é fácil conseguir este apoio, visto que não existem vagas disponíveis para o grande número de cuidadores que se encontra na sociedade. Neste grupo de cuidadoras, durante os quatro meses de contacto, apenas uma cuidadora conseguiu descanso de um mês porque já estava numa situação de depressão muito avançada.

Tendo em conta que a nível formal as respostas são escassas seria importante existir uma rede de suporte informal, de forma a que os cuidadores informais possam recorrer a profissionais, para fazer face à falta de recursos materiais, para acederem a orientações de profissionais da área da saúde e também social, no sentido de receberem apoio individual de forma a receberem toda a informação necessária sobre apoios financeiros e de materiais importantes para a prestação de cuidados. Além disso existe a necessidade de inclusão dos cuidadores informais na atenção dos profissionais de saúde e social.

O apoio dos serviços de saúde é destacado pelas cuidadoras, pelo menos as que usufruem deste serviço, pois necessitam de cuidados de enfermagem para o idoso dependente.

Problemas financeiros

No fator dos *problemas financeiros* podemos encontrar os seguintes itens: “Traz-me problemas de dinheiro” e “A qualidade da minha vida piorou”.

Os rendimentos das cuidadoras informais são insuficientes, pois têm dificuldades em fazer face às despesas do idoso dependente e também habitacionais. Evidenciam que é um fator de stress, pois só contam com o dinheiro de pensões e não têm qualquer

outro apoio extra. Devido a estas e a outras preocupações a qualidade de vida das cuidadoras altera-se. Existem consequências na atividade profissional e financeira que acarretam impactos negativos que são afetados, nomeadamente no desempenho, na produtividade e no aumento das despesas.

Financeiramente, as cuidadoras revelam que pelo facto de terem de comprar de todos os materiais necessários para fazer face às necessidades do idoso dependente, nomeadamente fraldas, resguardos, pomadas, e toda a medicação, preferem manter os idosos dependentes em casa evitando os elevados gastos com uma instituição. A permanência do idoso dependente no domicílio condiciona a qualidade de vida das cuidadoras devido a todas as consequências e aos aspetos negativos que surgem.

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

A escala de CAMI permite observar as estratégias de *coping* que os cuidadores utilizam para superar as suas dificuldades, no âmbito da prestação de cuidados. É uma ferramenta útil, realiza-se individualmente a cada cuidador em estudo, e é avaliado item por item. Os cuidadores deverão fomentar as estratégias de *coping* para uma melhoria das suas competências no cuidar. Neste sentido devem utilizar mecanismos para superar as dificuldades que enfrentam, para reforçarem as habilidades ao nível da cognição e também dos comportamentos, para que assim possa haver uma melhoria na expectativa e na solução dos problemas na prestação de cuidados.

Para a análise desta escala, as questões foram agrupadas em três categorias conforme descrito na Tabela 15.

Lidar com os acontecimentos adversos/ resolução de problemas

Na categoria *lidar com os acontecimentos adversos/resolução de problemas* encontram-se os seguintes itens: “Estabelecer um programa regular de tarefas e procurar cumpri-lo”; “Falar dos meus problemas a alguém em quem confio”; “Planear com antecedência e assim estar preparado”; “Procurar obter toda a informação possível acerca do problema”; “Conseguir que a minha família me dê toda a ajuda prática que

puder”; “Manter a pessoa de quem cuido tão ativa quanto possível”; “Modificar as condições da casa de modo a facilitar as coisas”; “Obter toda a ajuda possível dos serviços de saúde/sociais”; “Pensar no problema e encontrar uma forma de lhe dar solução”; “Tomar medidas para evitar que os problemas surjam”; “Confiar na minha própria experiência e na minha competência”; “Estabelecer uma ordem de prioridades e concentrar-me nas coisas mais importantes” e “Ser firme com a pessoa de quem cuido e fazer-lhe ver o que espero dela.”.

As famílias cuidadoras debruçam-se sobre as estratégias de *coping* de maneira a compreender os caminhos e a dar resposta a diversas exigências que resulta da tarefa de cuidar de alguém. Segundo as cuidadoras existe necessidade em pedir ajuda à família (em particular aos filhos), amigos ou vizinhos próximos como apoio para realizar outras tarefas no exterior do domicílio. No caso da CI9, esta optou por não falar de alguns problemas ao nível da prestação de cuidados com a família, pois esta considera que não os deve preocupar com esta situação, visto que também têm os problemas deles e, por isso, tem por hábito conversar com amigas que se encontram fora do país, mas que se contactam todas as semanas. Relativamente à CI6 esta não tem retaguarda família próxima, pois os filhos vivem longe, apesar do contacto telefónico e de se preocuparam, ela não se sente apoiada, pois quando precisa tem de se socorrer com uma vizinha que lhe presta auxílio quando precisa de se ausentar de casa e ir às compras.

A maioria das cuidadoras sente a perda da liberdade e que a vida delas se limita exclusivamente ao cuidado, não desfrutando de qualquer atividade recreativa e de lazer. Apesar destas consequências, as cuidadoras têm rotinas diárias, no caso da CI3, esta gosta de ter tudo planeado sobre o que fazer no dia seguinte e qual a ordem, pois considera que assim tudo se torna mais fácil e também refere que sempre habituou a família, e o idoso, no cumprimento de horários de medicação e de alimentação.

No sentido de proporcionar um bom e cómodo ambiente ao idoso dependente, no caso da CI2, após algum tempo a exercer cuidados achou por bem comprar uma televisão para o quarto do idoso dependente “assim ele pode ver as notícias e eu estou aqui com

ele”. Esta foi a estratégia que a cuidadora usou para poder estar mais perto do idoso e para que este não passe o dia a dormir ou sozinho. Na verdade, tanto o idoso como a cuidadora não têm muitas visitas.

Para combater algumas necessidades habitacionais houve a necessidade da resolução de problemas relativamente à mobilidade do idoso dependente. No caso da CI3 e da CI6, ambas tiveram de construir algumas rampas no início, pois os idosos dependentes estavam em cadeiras de rodas. Além disso, a CI3 teve de fazer alterações na casa de banho, colocando barras para auxiliar.

No início quando se depararam com os cuidados para além de adotarem as estratégias indicadas anteriormente, houve a necessidade de alterar os quartos. Em algumas situações o idoso dependente foi colocado num quarto perto do cuidador, tendo em conta que em alguns casos as divisões são pequenas e por isso a necessidade de mudar de divisão. Noutros exemplo apesar de estarem em camas separadas dormem no mesmo quarto, mas ainda existe um exemplo que ambos dormem juntos, por opção. Os obstáculos à prestação de cuidados aparecem e é preciso lidar com os acontecimentos adversos e solucionar os problemas que vão aparecendo, contudo são precisos meios e financiamento, o que por vezes é feito pelos próprios para poderem poupar algum dinheiro.

Perceções alternativas sobre a situação

Na categoria *perceções alternativas sobre a situação* encontram-se os seguintes itens: “Ver o lado cómico da situação”; “Pensar que há sempre quem esteja pior do que eu”; “Cerrar os dentes e continuar”; “Recordar todos os bons momentos que passei com a pessoa”; “Pensar que a pessoa de quem cuido não tem culpa da situação”; “Viver um dia de cada vez”; “Pensar que a situação está melhor agora do que antes”; “Aceitar a situação tal como ela é”; “Fazer como se o problema não existisse e esperar que ele passe”; “Agarrar-me a fortes crenças pessoais ou religiosas”; “Acreditar em mim próprio e na minha capacidade para lidar com a situação”; “Esquecer os problemas por momentos, deixando divagar o pensamento”; “Manter dominados os meus

sentimentos e emoções”; “Procurar ver o que há de positivo em cada situação”; “Pensar que ninguém tem culpa da situação.”.

Relativamente a esta categoria, trata-se de situações que se resumem a compreensões, a pensamentos, conhecimentos, a ideias e pensamentos sobre diversas situações que acontece nesta tarefa da prestação de cuidados, com ideias muito diferentes para os diferentes acontecimentos. Sempre que falamos em cuidados a tendência é sempre referir-se à família, que acarreta um conjunto de alterações inesperadas e que interfere com a forma que a família vive.

Nesta linha de ideias, e de acordo com as perguntas que estão mencionadas anteriormente a CI3 refere que a nível de cuidados considera que “estou melhor agora que há anos atrás” justificando que com o passar do tempo adquiriu mais conhecimentos e outra visão da prestação de cuidados. Apesar de ter duas idosas dependentes a seu cargo conseguiu ter a capacidade de gerir o seu tempo e de se adaptar às necessidades pois as duas situações são muito diferentes. Embora, a cuidadora também justifique esta frase porque, durante o dia uma das idosas dependente encontrava-se em CD, possibilitando também que a cuidadora realize outras tarefas.

Algumas cuidadoras indicam que em determinadas situações não é fácil gerir os sentimentos e as emoções e que por vezes falam mais alto, irritam-se, ou até usam a expressão “cerrar os dentes”, de forma a conterem-se e não expressarem alguns sentimentos negativos. Esta situação acontece em diferentes acontecimentos, não é em todas as cuidadoras, mas é na maioria. Todas lidam de formas diferentes, e apesar de não expressarem os nervos em frente aos idosos dependentes acabam por fazê-lo nas filhas ou nos maridos. Muitas vezes as estratégias que utilizam é fazer algo que lhes ocupe a cabeça de maneira a poderem abstrair-se da situação de forma a poderem controlar os seus nervos e não descarregarem em ninguém.

Também nesta categoria as cuidadoras recordam bons momentos que passam com os idosos dependentes, e que segundo as cuidadoras é um dos pontos positivos desta sobrecarga que sentem. Muitas vezes sentem-se desanimadas e sem forças e é nestes

momentos que se recordam de bons momentos, buscando forças para continuar. No caso da CI4, esta recorda os bons momentos que tinha no colo da mãe, que está dependente dela. Circunstâncias que ainda aconteciam pouco tempo antes de se tornar cuidadora. A cuidadora refere que ambas têm muita ligação e que agora lhe dá muitos mimos, e que os restantes irmãos não concordam, mas responde que assim se sente bem, e é desta forma que agradece todo o carinho que a mãe lhe deu quando ela mais precisava.

Noutro aspeto, e de acordo com a CI7 esta refere que, algumas vezes durante as sessões “penso que há quem esteja pior que eu”, pois considera que apesar das dificuldades e das necessidades que enfrenta encontra-se satisfeita com o facto de poder cuidar do marido, e que apesar de possuir algumas dificuldades físicas, esta ainda consegue cuidar dele da melhor forma.

Em suma, nesta categoria existe um foco no cuidado, no sentido de perceber as alterações que as cuidadoras realizam face às situações que lhes são apresentadas diariamente, procurando esquecer os problemas e ver o lado positivo da situação.

Lidar com os sintomas de *stress*

Na categoria *lidar com os sintomas de stress* encontram-se os seguintes itens: “Descarregar a tensão, falando alto, gritando, ou coisa semelhante”; “Reservar algum tempo livre para mim próprio”; “Chorar um bocado”; “Arranjar maneira de não pensar nas coisas: lendo, vendo televisão, etc.”; “Tentar animar-me, comendo, bebendo um copo, fumando, etc.”; “Descarregar o excesso de energia e sentimentos, andando, nadando ou fazendo outro exercício físico”; “Reunir-me regularmente com um grupo de pessoas com problemas semelhantes”; “Usar técnicas de relaxamento, meditação ou outras” e “Dedicar-me a coisas que me interessam, para além do cuidar”.

O stress afeta todos os cuidadores de formas diferentes ao nível das emoções, dos comportamentos, da saúde física. Resulta normalmente de algo inesperado, contudo, as cuidadoras lidam com o stress de maneira diferente. Este pode ser caracterizado de diversas formas como por exemplo medo, desconforto, frustração, nervos, irritação. A

maioria das cuidadoras indicam que uma das formas de lidar com o stress é chorar, apontam como um alívio (CI2, CI6, CI8, CI10), outro aspeto mencionado pela CI6 relativamente ao stress, quando está irritada tem por hábito falar alto quando está sozinha, por forma a aliviar a tensão e os nervos.

Segundo as cuidadoras, em alguns casos estas optam por aliviar o stress realizando outras tarefas que as satisfaçam, mas nem sempre resulta. No caso da CI4, esta dedica-se a fazer pequenos livros em tecido com atividades lúdicas/recreativas, desta forma consegue fazer uma das coisas que mais gosta que é coser, e aproveita esta habilidade fazendo atividades que ajudem o próximo. Também a CI7 ocupava o seu tempo a fazer renda, contudo já não consegue realizar pois sente dificuldades na visão. Nos últimos tempos lida com o stress ocupando-se com as questões habitacionais e com o quintal. Do mesmo modo, a CI5, CI9 e CI10 indicam que também lidam com o stress ocupando-se com o quintal, contudo não sentem a mesma capacidade e sentem a sua produtividade afetada. A CI5 para além do quintal também se ocupa da pintura.

No caso da CI2, esta refere que a melhor forma de lidar com o stress é viver um dia de cada vez e não estar sempre a apensar em situações negativas e a culpabilizar o idoso, pois o idoso dependente não tem culpa da situação em que se encontra.

O modo como as cuidadoras informais encaram esta situação de stress pode ser marcada pela própria história de vida, pelas suas crenças e pelos seus valores. As estratégias de *coping* são centradas nos problemas associados aos sentimentos e às emoções que vivenciam. O confronto com a situação vai requerer o desenvolvimento de estratégias de *coping* efetivas para a maior minimização possível das repercussões que possam advir, de forma a preservar ao máximo o equilíbrio familiar.

- Satisfação do cuidador no desempenho das suas funções (CASI)

Atualmente existe uma maior atenção dada à população idosa, uma vez que pratica alguns cuidados no seu próprio domicílio, o que se torna num ponto positivo pois mantem o seu suporte familiar, prevenindo os efeitos negativos do stress tanto no cuidador como na pessoa cuidada. E potencia aspetos positivos como o amor, o suporte, preocupação e a

assistência. A satisfação que é manifestada pelo cuidador pode ser considerada complexa, pois trata-se de um estado subjetivo, que pode variar de acordo com as expectativas, os valores e os desejos de cada indivíduo em diferentes momentos. Pode afetar a saúde física e mental do cuidador, e interfere no comportamento social e/ou profissional.

Para a análise desta escala, as questões foram agrupadas em três categorias, que se dividem em subcategorias conforme descrito na Tabela 16.

Fontes de satisfação relacionadas com a dinâmica interpessoal entre o prestador de cuidados e o alvo desses cuidados

Na categoria *Fontes de satisfação relacionadas com a dinâmica interpessoal entre o prestador de cuidados e o alvo desses cuidados* existem três subcategorias que são elas: *prestador de cuidados como principal beneficiário* que se caracteriza pelos seguintes itens: “A pessoa de quem cuido aprecia o que eu faço”; “Apesar de todos os seus problemas, a pessoa de quem cuido não resmunga nem se queixa”; “É bom sentir-me apreciado pelos familiares e amigos que mais considero”. A segunda subcategoria *pessoa dependente como principal beneficiária* relativamente aos seguintes itens: “Dá-me satisfação ver que a pessoa de quem cuido se sente bem”; “É agradável sentir que as coisas que eu faço dão bem-estar à pessoa de quem cuido”; “É importante para mim manter a dignidade da pessoa de quem cuido”. E, por último, o *benefício mútuo* onde se encontram os seguintes itens: “O facto de prestar cuidados aproximou-me mais da pessoa de quem cuido”; “Prestar cuidados estreitou laços de família e relações de amizade”; “Prestar cuidados é uma forma de mostrar o meu amor pela pessoa de quem trato”.

Nesta categoria, a dinâmica interpessoal procura proporcionar um ambiente equilibrado entre o cuidador informal e o idoso dependente, possibilitando um maior convívio e tornando possível uma maior proximidade entre ambos. As cuidadoras afirmam esta aproximação como ponto positivo para a prestação de cuidados, contribuindo assim para uma maior satisfação. Nesta linha de ideias, a CI3 refere “sinto-me satisfeita, mas cansada” fez o possível pelas duas idosas dependentes que

tinha a seu cargo, para que tivessem os cuidados necessários face às dificuldades sentidas.

Alguns dos idosos dependentes apreciavam os cuidados que lhes eram apresentados. Segundo a CI10, esta indicou que o idoso dependente lhe dizia e demonstrava apreciação do seu trabalho. Também a CI4 era apreciada pela família pelo seu bom trabalho com a idosa dependente. Os laços entre a família e os amigos com a cuidadora permanecem, apreciando assim de perto o bom trabalho. Igualmente no caso da CI9, esta menciona que o irmão, o idoso dependente, apreciava todo o trabalho, paciência e dedicação à maneira dele, pois este não se conseguia manifestar verbalmente. Contudo, existe um caso (CI6) onde a cuidadora indica que é raro o idoso dependente apreciar os seus cuidados. A cuidadora não está insatisfeita com esta situação porque sabe que o idoso dependente não se consegue expressar e tem consciente que faz o possível para que o idoso se sinta satisfeito.

Ainda sobre os laços de família e amigos, a CI5 indica que algum tempo depois de começar a exercer os cuidados, estes laços estreitaram, pois, não consegue ter a mesma liberdade para sair de casa e voltar à rotina que tinha. Apesar disso, refere que o facto de estar mais presente em casa o aproximou mais do idoso dependente.

Nesta linha de ideias da aproximação e do amor pela pessoa dependente insere-se também a CI2, indicando que um dos motivos que originou a sua aproximação pelo idoso dependente, foi o facto de ter tomado a iniciativa de comprar uma televisão para o quarto do idoso, indicando que “apaparico muito” e que assim está junto dele mais tempo. Demonstra satisfação por ver o idoso diferente e mais animado.

Fontes de satisfação relacionadas com a dinâmica intrapessoal e intrapsíquica

Na categoria *Fontes de satisfação relacionadas com a dinâmica intrapessoal e intrapsíquica* existem três subcategorias que são elas: o *prestador de cuidados como principal beneficiário* constituída pelos seguintes itens: “Prestar cuidados dá-me ocasião de mostrar o que sou capaz”; “Prestar cuidados permite-me cumprir o que sinto que é o meu dever”; “Prestar cuidados tem-me ajudado a amadurecer e a crescer como

pessoa”; “Ajuda a evitar que me sinta culpado”; “Permite pôr-me a mim mesmo à prova e vencer dificuldades”; “Prestar cuidados deu à minha vida um sentido que não tinha antes”; “Prestar cuidados faz-me sentir que sou útil e estimado.”. A segunda subcategoria a *pessoa dependente como principal beneficiária* apresenta os seguintes itens: “É agradável ver a pessoa de quem cuido limpa, confortável e bem arranjada”; “Posso garantir que a pessoa de quem cuido tem as suas necessidades satisfeitas.”. E por último, a subcategoria *benefício mútuo* composta pelos seguintes itens: “Tenho possibilidade de retribuir à pessoa de quem cuido o que de bom fez por mim”; “Sou do género de pessoas que gostam de ajudar os outros”; “Creio que se a situação fosse ao contrário, a pessoa de quem cuido faria o mesmo por mim”; “Prestar cuidados é uma maneira de expressar a minha fé”; “No final, eu sei que terei feito o melhor que me foi possível”.

As cuidadoras consideram que a prestação de cuidados é uma forma de mostrar o seu amor pelos idosos dependentes. Neste seguimento, a CI8 indica “tenho gosto de fazer o que faço, mas não estou bem” desta forma a cuidadora refere que sente que o seu dever está cumprido. Este sentimento é geral, com um grande nível de satisfação por terem conseguido ultrapassar algumas das suas dificuldades e necessidades, por forma a haver um benefício mútuo.

Sendo o principal beneficiário o prestador de cuidados, este satisfaz a vontade de prestar cuidados mostrando realmente o que é capaz, permitindo desta forma mostrar o seu dever, visto que assumiu este novo papel de cuidar do seu familiar dependente. Neste seguimento, a CI10 afirma que para ela os cuidados “não é um dever, mas sim um amor ao próximo”. Desta forma, a dinâmica intrapessoal pretende promover a motivação do cuidador, de modo a permitir que este se sinta útil e estimado e, também de maneira a procurar um novo sentido à vida evitando que se sinta culpado pelo sucedido. O cuidador é posto à prova na expectativa de poder vencer as suas dificuldades, que aparecem com o desenrolar deste novo papel e, conseqüentemente amadurecer e crescer como pessoa.

A prestação de cuidados pode promover satisfação de forma a garantir as necessidades do idoso dependente. Nesta linha de ideias, e na sequência de perguntas desta categoria, a CI8 indica que “é essencial no meu trabalho como cuidadora mantê-lo limpo, confortável e bem arranjado”. O idoso dependente é o principal beneficiário da motivação e da aproximação, assim como da satisfação do cuidador informal. A satisfação que está relacionada com a qualidade da prestação e com a dignidade do idoso dependente mantendo este no seu contexto domiciliário, por forma a garantir os melhores cuidados.

Existe também uma satisfação da prestação de cuidados no âmbito do benefício mútuo. Quer a nível da dinâmica intrapessoal e intrapsíquica é visível que o nível da satisfação dos cuidadores está relacionado com a afetividade e a promoção do bem-estar do idoso dependente como podemos constatar a CI3 sente que “quando elas partirem estou com a minha consciência tranquilíssima”, demonstrando sentimentos de solidariedade. Esta última subcategoria indica-nos que existe um sentimento entre ambos que é correspondido embora algumas cuidadoras tivessem sublinhado que se fosse ao contrário talvez fosse mais difícil. Em alguns casos, existem cuidadoras que afirmam ter a possibilidade de retribuir à pessoa de quem cuidam o que anteriormente estas já fizeram por elas.

Fontes de satisfação relacionadas com a dinâmica de resultados

Na categoria *Fontes de satisfação relacionadas com a dinâmica de resultados* existem duas subcategorias que são elas: o *prestador de cuidados como principal beneficiário*, constituída pelos itens: “Prestar cuidados permitiu-me desenvolver novas capacidades e habilidades”; “Prestar cuidados deu-me a oportunidade de alargar os meus interesses e contactos.”; E a *pessoa dependente como principal beneficiária*, com os itens: “É bom observar pequenas melhoras no estado da pessoa que cuido”; “Sou capaz de ajudar a pessoa de quem cuido a desenvolver ao máximo as suas capacidades”; “É bom ajudar a pessoa de quem cuido a vencer dificuldades e problemas”; “Por conhecer bem a pessoa de quem cuido, posso tratar dela melhor do

que ninguém”; “Creio que se a situação fosse ao contrário, a pessoa de quem cuidado faria o mesmo por mim.”.

Relativamente a esta categoria, sendo o principal beneficiário o prestador de cuidados, relaciona-se com os benefícios e os incentivos que o cuidador obtém por cuidar do familiar dependente. Ou seja, por meio da prestação de cuidados o cuidador desenvolve novas competências e habilidades que outrora desconhecia, dando-lhes oportunidade de alargarem os seus interesses e contactos. As cuidadoras pretendem obter os melhores resultados possíveis face à satisfação do cuidador. Indicando que com esta nova tarefa aprenderam muitas questões relacionada com os cuidados, situações mais práticas, a serem mais cuidadosos, pacientes e tolerantes com o idoso dependente.

Relativamente aos benefícios do idoso dependente, a maioria das cuidadoras indica que consegue observar pequenas melhoras no idoso dependente. Somente as CI3 e CI7 é que indicam que não é visível este facto. As cuidadoras concluem dizendo que são capazes de manter a pessoa dependente em casa, não sendo possível colocá-la num lar, até porque conhecem bem a pessoa de quem cuidam e podem tratar dela melhor que ninguém, valorizando o facto de os poderem manter no seu próprio contexto habitacional.

Em suma, nesta escala destaca-se a dinâmica interpessoal que salvaguarda a dignidade e a promoção do bem-estar do idoso dependente, assim como a dinâmica intrapessoal que é a satisfação dos cuidadores relativamente aos resultados de bem-estar dos idosos dependentes.

4.2.Discussão dos dados

Apesar de existirem estudos que envolvam esta temática, esta investigação teve como intuito, evidenciar um problema atual, que é cuidar de um familiar idoso com dependência representa um grande desafio para os cuidadores e implica um envolvimento emocional, um esforço físico, um gasto de tempo e de energia, que

propiciam alguns constrangimentos na saúde e no bem-estar da vida do prestador de cuidados.

De forma a identificar e a realçar o fundamental papel dos cuidadores informais nesta investigação foram realizadas visitas domiciliárias, identificado o nível de dependência do idoso cuidado, a sobrecarga dos cuidadores, as dificuldades, necessidades, estratégias e satisfação do prestador de cuidados (objetivos específicos).

Este estudo, englobou uma amostra de 9 cuidadores informais, que prestam cuidados a idosos dependentes em contexto domiciliário (num total de 10). Após a caracterização sociodemográfica, constatamos que estamos perante um grupo de cuidadoras informais, cuja média de idades é de 72,5 anos.

A função de cuidar é algo natural no ser humano, no entanto, perante situações de doença da pessoa cuidada, o envolvimento emocional é um fator dificultador ao bem-estar do cuidador. Este presta cuidados continuamente, e assume responsabilidades não remuneradas, existe geralmente um laço emocional entre ambos.

Com a análise dos resultados alcançados, podemos aferir que, após a transição para o papel de prestadores de cuidados, existem impactos na vida dos cuidadores informais. A transição de papéis é um processo que pressupõe ao cuidador desenvolver e adquirir competências que o capacitem para a identificação das necessidades e, posteriormente, para intervirem eficazmente e para assumirem em liberdade a autonomia para avaliar e requerer, se necessário, serviços de apoio (Sequeira, 2018).

O cuidador informal passou por um processo de transição e de adaptação, uma vez que prestar cuidados tornou-se numa grande tarefa que acarreta responsabilidades, e uma mudança de vida que implicou despende mais energia, assumir mais trabalho e esforço, mas também mais carinho e força de vontade.

Neste processo complexo de transição, os cuidadores deparam-se com algumas questões relacionadas com os cuidados, tais como: a incerteza, a confusão, a sensação de isolamento, a procura de informação, a necessidade de habilidades, apoio e

confiança para dar continuidade à prestação de cuidados, gerir comportamentos, problemas emocionais e financeiros e transformar o ambiente, tornando-o mais seguro. Desta forma, constatamos que os cuidadores enfrentam diversos desafios aos quais têm de se adaptar. Em todo o processo de cuidar da pessoa idosa dependente, a família, é muito importante pois será a garantia do equilíbrio necessário entre o cuidador e o idoso dependente. E, uma boa relação entre ambos proporciona um bom cuidado. Neste processo de transição, o apoio familiar acontece, no entanto, com o tempo, as responsabilidades recaem cada vez mais somente sobre os cuidadores.

Coloca-se agora a questão do perfil dos cuidadores, pois como já é conhecido, tanto pela literatura, como pelo estudo que aqui apresentamos, que nos remete para um contexto onde o prestador de cuidados (muitas vezes o cônjuge ou a filha) é também idoso e, eventualmente também têm necessidades específicas.

Relativamente à dependência dos idosos nas atividades de vida diária, constatou-se que existe uma elevada dependência dos idosos em todos os domínios. Os cuidados são prestados a idosos dependentes que têm entre 66 e 99 anos, sendo que cinco são do sexo feminino e cinco do sexo masculino. A origem da dependência do idoso está relacionada com as quedas e com acidentes vasculares cerebrais (AVC). Os resultados obtidos, tendo em conta o grau de dependência de cada atividade básica, indicam-nos que uma grande parte dos idosos dependentes necessita de auxílio de uma pessoa para que seja possível concretizar tanto estas como outras atividades.

Na consequência dos elevados níveis de dependência do idoso, acresceram responsabilidades por parte dos cuidadores informais que não se resumem só ao cuidar, pois existe um grande risco de doenças físicas, tendo em conta a idade das cuidadoras e dos esforços que necessitam de realizar no ato de cuidar.

Em suma, e segundo a literatura, quando na família existe um idoso dependente de cuidados, é necessária toda uma reorganização familiar em que geralmente um dos membros da família se responsabiliza pelo cuidado. Ao cuidador cabe desenvolver algumas atividades de resposta às necessidades básicas de vida diária dos idosos dependentes, contudo a dependência dos idosos pode gerar conflitos, sobrecarga,

desgaste, prejuízo na saúde do cuidador e também da família. Responsabilizar-se por um idoso dependente pode conduzir a um sentimento de sobrecarga e de depressão, no entanto estes sentimentos, que podem acontecer em diferentes momentos, são vencidos, nem sempre na totalidade, pelas motivações de cada prestador de cuidados.

Neste contexto, e neste estudo em específico, o familiar que desempenha o papel de prestador de cuidados ao idoso dependente, devido a certos constrangimentos, revela estar a passar por situações de sobrecarga, o que os expõe a múltiplos fatores de desgaste. O cuidar do idoso dependente é uma tarefa que consome praticamente todo o dia dos cuidadores, vendo-se, muitas vezes, obrigados a deixar outras tarefas a descoberta. Os cuidadores colocam as necessidades da pessoa dependente em primeiro lugar, deixando as suas necessidades para segundo plano.

Os resultados desta escala demonstram que os principais fatores geradores de sobrecarga dos cuidadores estão relacionados com os comportamentos e com o grau de dependência dos idosos dependentes, com a gestão de cuidados de atividade de vida diária, com a exigência dos cuidados prestados, com as condições de saúde do cuidador, com a resolução de problemas, com a tomada de decisão, com as perdas ocupacionais, financeiras e sociais, com a falta de informação, conhecimento e habilidades, com a falta de apoio formal, informal e familiar e a ausência de profissionais por perto.

Tais fatores também condicionam a vida sociofamiliar do cuidador, pois com as tarefas e a dedicação dos cuidadores neste papel e à medida que os níveis dos cuidados vão progredindo, tendem a distanciar-se das suas famílias. Esta consequência não é observável em todos os casos do estudo, contudo é uma situação visível no impacto dos cuidados. Estes factos refletem nos cuidadores sintomas como a ansiedade, o stress, a tristeza, apatia, instabilidade emocional, isolamento social, depressão tornando os cuidadores mais vulneráveis. Estes sentimentos de sobrecarga por vezes são vencidos pelas motivações impulsionadoras para a prestação de cuidados.

Apesar de todos estes fatores e sentimentos de sobrecarga, os cuidadores informais exercem esta função de bom grado, pois indicam que apesar de todo o cansaço vale a

pena o esforço para conseguir manter o idoso dependente no seu domicílio e perto de si, pois apesar de todas as consequências já enumeradas, indicam que, só eles podem prestar cuidados ao seu familiar.

A tarefa de cuidar de um familiar idoso dependente expõe o cuidador perante uma série de situações adversas. A falta de possibilidade de escolha em ser cuidador, surgiu da necessidade de cuidar, e originou algumas dificuldades, pois não está unicamente relacionado com as tarefas, mas também com a dedicação necessária para satisfazer as necessidades. Contudo, devido às suas condições físicas, os cuidadores têm regularmente dificuldades em desempenhar o seu papel.

Tornou-se importante perceber as dificuldades que os cuidadores informais percecionam para uma melhor execução do seu papel e para melhorar a sua vida e a do idoso dependente.

Tendo por base a literatura de referência, sabe-se que na prestação de cuidados, os cuidadores informais deparam-se com dificuldades e necessidades que tendem a aumentar a sobrecarga e, conseqüentemente, diminuem a sua qualidade de vida, assim, determinou-se que seria importante neste estudo identificar as dificuldades dos cuidadores, no sentido de possibilitar um melhor futuro na prestação de cuidados no contexto domiciliário.

Efetivamente, os cuidadores indicam que as dificuldades sentidas prendem-se com a exigência inerente ao ato de cuidar, relacionado com a capacidade física do cuidador, o tempo que é exigido para a prestação de cuidados, a restrição da vida social, a limitação e necessidade de controle do tempo, a insuficiência de tempo para realizar as atividades de vida diária, tais como fazer compras, a carência de respostas de apoio ao cuidador no sentido de usufruírem de mais oportunidades de aprendizagem face às necessidades, os problemas financeiros devido ao facto dos custos que a prestação de cuidados acarreta. No geral, os cuidadores informais assumem os cuidados do idoso dependente numa atitude de enorme generosidade e dedicação, contudo queixam-se de ficarem esquecidos por de trás dos seus dependentes.

Apesar de todas as dificuldades indicadas, os cuidadores referem a existência de alguns aspetos positivos nesta tarefa, nomeadamente a realização pessoal, o afeto, o sentirem-se úteis, o sentimento de gratidão e de recompensa, o fortalecimento das relações, o sentimento de dever cumprido e a capacidade de evitar a institucionalização.

De forma a ultrapassar as dificuldades inerentes aos cuidados, os cuidadores adotam estratégias de *coping* para resolver situações de sobrecarga e de stress tendo foco nas emoções, nos problemas, nas prioridades e na procura de situações positivas.

As estratégias do *coping* dos cuidadores centram-se na sobrecarga e no *stress* que os cuidados proporcionam. Neste sentido, as estratégias adotadas pelas cuidadoras face às características negativas dos cuidados centram-se nas atividades de lazer, ou seja, algumas cuidadoras conseguem intervalar os cuidados com outras atividades como tratar do quintal, dedicarem-se à costura e à pintura, e outras cuidadoras optam por questões religiosas. Por forma a controlarem as suas emoções e alguns problemas, tentam controlar os seus sentimentos estabelecendo prioridades para, assim, melhorarem as suas competências do cuidar para além de relembram os bons momentos partilhados na companhia com o idoso. De referir ainda que, em diversas situações o *stress* é difícil de controlar forçando a elevação do tom de voz, em resposta a certos comportamentos dos idosos.

Relativamente à última escala, que tem o propósito de avaliar e identificar aspetos positivos, associados à prestação de cuidados, identificados pelo cuidado como fontes de satisfação, podemos observar que na dinâmica interpessoal é importante salvaguardar a dignidade e a promoção do bem-estar do idoso dependente.

Ao nível da dinâmica intrapessoal mostra a satisfação dos cuidadores ao perceberem que os idosos apresentam bem-estar. Sendo o cuidador o principal beneficiário, na dinâmica interpessoal, este sente uma grande satisfação quando é reconhecido pelo seu papel. Na dinâmica intrapessoal as cuidadoras sentem-se satisfeitas pelo facto de saberem que estão a cumprir aquele que é o seu dever.

Por fim na categoria do benefício mútuo, em ambas as dinâmicas a satisfação das cuidadoras estão relacionadas com a afetividade, com a promoção do bem-estar e com sentimentos de solidariedade. As cuidadoras indicam que apesar da idade a maior fonte de satisfação sucede pelo facto de serem capazes de ajudar o idoso dependente a vencer as suas dificuldades e a evitar a sua institucionalização.

De forma geral, é importante realçar o trabalho cada vez mais especializado com os cuidadores informais, fomentando recursos capazes de apoiar e fortalecer a prestação de cuidados, para isso foi necessário fazer este levantamento.

Com a realização das visitas domiciliárias foi possível investigar em que sentido o papel da mediação tem um impacto no cuidador informal, no desenvolvimento da prestação de cuidados ao idoso dependente. Com o propósito de conhecer um determinado contexto, pessoas e seus problemas, foi possível a aplicação dos instrumentos, contudo não foi exequível da parte do mediador a ocorrência do encaminhamento que tinha sido pensado ou que era mais prudente fazer, no sentido de fazer face às necessidades apresentadas. Tendo em conta a escassez ou, em alguns dos casos, a ausência de apoio de profissionais houve a necessidade de assumirmos o papel de mediar alguns factos que foram realçados nas visitas domiciliárias.

Podemos verificar que as visitas domiciliárias demonstraram uma ação *in loco*, ou seja, um trabalho feito no local, permitindo que houvesse um desenvolvimento ao nível da relação de afinidade e posteriormente de confiança entre investigadora e cuidadoras. Desta forma, foi estabelecida uma relação de proximidade e de ajuda, permitindo que as cuidadoras compreendessem e desenvolvessem da melhor forma o papel que desempenham.

Com o papel de mediador, na sequência das visitas domiciliárias, influenciámos no desenvolvimento de competências sociais, pessoais e familiares no cuidador informal, através de estratégias de ação e de informação adequadas. Também procurámos influenciar no sentido de se gerarem novas perspetivas do cuidar, procurando salientar que, para cuidarmos de alguém, é preciso cuidar primeiro de nós próprios, enquanto prestadores de cuidados.

Neste contexto, a componente de informação adequada originou algumas alterações no âmbito do conhecimento relativamente à prestação de cuidados, possibilitando um melhor desempenho no seu papel, controlando mais facilmente as emoções e sentimentos e, diminuindo algumas dúvidas inerentes à prestação de cuidados. O mediador foi imparcial, procurando colocar problemas práticos de forma a resolver algumas situações, promovendo uma melhor orientação e informação, mais comunicação entre cuidadoras e idoso dependente, ajudando a ultrapassar os medos e garantindo um ambiente confortável e de confiança.

PARTE III – CONSIDERAÇÕES FINAIS

Considerações finais

Com a realização deste estudo, algumas conclusões surgiram para dar resposta às questões colocadas e aos objetivos traçados. Esperamos que este estudo seja um contributo para aprofundamento do tema “*Cuidadores Informais, e agora! -O papel da mediação no cuidado prestado aos cuidadores informais*”, permitindo compreender todo o processo de cuidar de uma pessoa idosa dependente em contexto domiciliário. É importante uma reflexão sobre a realidade dos cuidadores por vezes desconhecida pela comunidade. É uma questão que, nos últimos tempos tem sido muito debatida, contudo estas pessoas ainda não são reconhecidas.

Com esta investigação procurámos perceber e compreender as situações reais das cuidadoras informais que compõem a nossa amostra, a nível emocional, social, familiar, quanto ao isolamento, à dependência, às dificuldades, às estratégias, à sobrecarga e satisfação com os cuidados prestados. Podemos constatar que as cuidadoras estão numa situação fragilizada, fruto de tudo o que caracteriza as suas condições de vida enquanto cuidadoras.

As visitas domiciliárias que lhes fizemos centraram-se na escuta ativa e, em comprovar as necessidades de acompanhamento das cuidadoras ao nível profissional. Através deste estudo também percebemos de que forma é que estas pessoas, enquanto cuidadoras, estão, ou a não, a ser valorizadas pelo seu trabalho diário com os idosos dependentes. Além disso também pudemos avaliar as consequências com que se defrontam diariamente.

Todas as cuidadoras que colaboraram com o nosso estudo mencionam a mesma frase, em jeito de desabafo: “e de mim quem cuida?”. Na verdade, elas cuidam mas, mais dia menos dia são elas a precisarem de cuidados, e coloca-se a questão: Até que ponto é que os responsáveis por estas áreas profissionais, de prestar serviços, estão sensíveis e conscientes desses problemas?. A falta de respostas e de profissionais especializados são lacunas que precisam de ser superadas, porque com o aumento da esperança de vida e o grau de dependência dos idosos, existe cada vez mais necessidade de intervir e de se criarem condições e profissionalizarem os cuidadores.

Ao longo do estudo foram encontradas algumas limitações. A primeira, prende-se com o tamanho da amostra. É importante que em estudos próximos seja considerada uma amostra maior, para que possibilite uma maior generalização dos dados. A segunda limitação que apontamos deriva da inexistência de apoio técnico, para especializar o cuidador nas suas funções. Se este facto fosse colmatado, potencializando e capacitando os cuidadores, as pessoas cuidadas poderiam ter outras condições no domicílio. A terceira limitação deve-se ao facto de a amostra deste estudo encontrar-se muito sobrecarregada, não só com as tarefas do cuidar como com todas as outras tarefas que acumula em simultâneo. Daí não estar tão disponível para uma maior colaboração no nosso estudo. A quarta limitação relaciona-se com a duração da ação que promovemos, pois precisávamos de mais tempo para intervir, e que essa intervenção pudesse ser através de uma equipa multidisciplinar ou de outra abordagem para realmente poder ajudar as cuidadoras a sentirem a sua situação em vias de se resolver. A quinta limitação está relacionada com a quantidade de escalas que utilizámos para a investigação, pois deveria ter sido mais reduzida e, assim mais centralizada no problema. Por fim a última limitação, foi preciso espaço e tempo para conquistar a confiança das cuidadoras e o à vontade para exporem as suas situações, depois de ultrapassada essa barreira, as cuidadoras tinham a necessidade de falar e divagavam, o que dificultava a necessidade voltar ao assunto.

Tendo em conta as limitações consideradas, esta intervenção com os cuidadores informais que cuidam de idosos em situação de dependência no domicílio foi um diminuto contributo, contudo muito válido. Trata-se de um trabalho de investigação e, como possuímos uma amostra pequena não nos é possível generalizar as conclusões, no entanto não devemos suprimir a sua importância.

Estas conclusões permitem alertar para a importância destes estudos, para que possam ser ferramentas úteis por forma a criar e a implementar cuidados e medidas de intervenção por profissionais, possibilitando uma melhoria na qualidade de vida dos cuidadores informais e dos idosos dependentes.

Com este estudo também procuramos chamar à atenção das entidades competentes e responsáveis das lacunas existentes no que respeita às respostas a dar a todas as pessoas cuidadoras que precisam de ajuda e de respostas no sentido de melhor prestarem eficazmente os cuidados aos seus dependentes. Até à data, e em termos práticos, pouco se tem feito nesse sentido, prevalecendo a ideia de que ninguém se lembra deles, ninguém está disponível para eles, ninguém está sensível às suas necessidades. Neste contexto, o Estado também não facilita o apoio, pois a burocracia é um impedimento para muitas cuidadoras lutarem pelos seus direitos.

Assumir o novo papel de cuidador familiar implica algumas mudanças na vida do cuidador ao nível físico e emocional, uma vez que cuidar de alguém que se encontra dependente exige um grande esforço. Contudo, não nos devemos esquecer que exercer esta tarefa tem complicações, e que os cuidadores também precisam de atenção e de reforço positivo. Assim, a mensagem desta revisão incide nos cuidadores, quem cuida também merece cuidados!

BIBLIOGRAFIA

- Almeida, H. (2012). Biologia do Envelhecimento: uma introdução. In C. Paúl & O. Ribeiro (Eds.), *Manual de Gerontologia* (pp. 21–40). Lisboa: LIDEL.
- Almeida, M. (2015). No nosso tempo. In A. Jorge, A. Leuschner, H. Bárrios, J. Veríssimo, & M. Almeida (Eds.), *Tudo muda num instante* (pp. 19–48). Lisboa: Clube.
- Amaral, A. (2018). Animação Sociocultural e Estimulação Cognitiva nos Lares. In R. Pocinho & B. Trindade (Eds.), *Diferentes Perspetivas da Animação e do Envelhecimento* (pp. 6–25). Coimbra: EUEDITO.
- André, S., Cunha, M., & Rodrigues, V. (2010). Família enquanto entidade cuidadora ... *Millenium*, 31, 131–134.
- André, S., Cunha, M., & Rodrigues, V. (2011). Autopoiese e o cuidado: cuidadores informais. *Millenium*, 41, 145–148.
- Araújo, O. (2009). Idosos dependentes : Impacte positivo do cuidar na perspectiva da família. *Revista Sinais Vitais*, (86), 25–30. Retrieved from <http://hdl.handle.net/1822/20901>
- Azeredo, Z. (2011). *O idoso com um todo...* Viseu: PsicoSoma.
- Brodsky, H., & Donkin, M. (2009). Family caregivers in dementia. *Dialogues in Clinical Neuroscience*, 11(2), 217–228. <https://doi.org/10.1002/gps.2284>
- Carvalho, C., Castro, L., & Ardore, M. (2015). Cuidadores familiares e o Envelhecimento da Pessoa com Deficiência Intelectual: Implicações na prestação de cuidados. *Kairós Gerontologia*, 18(3), 333–351.
- Castro, L., Souza, D. N. De, Pereira, A., Santos, E., Lomeo, R., & Teixeira, H. (2016). Competências dos cuidadores informais familiares no autocuidado: autoestima e suporte social. *Atas Do Congresso Ibero-Americano Em Investigação*

Qualitativa, 2, 1346–1355. <https://doi.org/http://hdl.handle.net/10773/18977>

Coutinho, C. (2019). Metodologias mistas. In *Metodologia de intervenção em ciências sociais e humana: teoria e prática* (2nd ed., pp. 355–387).

Cruz, D., Loureiro, H., Silva, M., & Fernandes, M. (2010). As vivências do cuidador informal do idoso dependente. *Revista de Enfermagem Referência, III Série*(nº 2), 127–136. <https://doi.org/10.12707/RIII1018>

Cuz, J., Barbosa, A., Figueiredo, D., Marques, A., & Sousa, L. (n.d.). Cuidar com sentido (s): Guia para cuidadores de pessoas com demência. Retrieved from www.ua.pt/cs/ReadObject.aspx?obj=21116

Decreto-Lei nº 101/2006 de 6 de junho., Pub. L. No. Diário da República nº 109/2006-I Série-A (2006). Ministério da Saúde. Retrieved from <https://dre.pt/pesquisa/-/search/353934/details/maximized>

Dominelli, L. (2013). Serviço social com idosos: intervenção orientada para o mercado ou para serviços universais? In M. Carvalho (Ed.), *Serviço social no envelhecimento* (pp. 67–80). Lisboa: PACTOR.

Duarte, A. (2014). Ao Cuidador. In *Manual do Cuidador* (pp. 9–12). Retrieved from <https://biblioteca.sns.gov.pt/artigo/manual-do-cuidador-informal-de-utentes-dependentes/>

Fernandes, A. (2005). Processos e Estratégias de Envelhecimento. *Sociologia*, 15, 223–247. Retrieved from <https://ler.letras.up.pt/uploads/ficheiros/3730.pdf>

Ferré-Grau, C., Rodero-Sanchez, V., Cid-Buera, D., Vivies-Relats, C., & Aparicio-Casals, M. R. (2011). *Guía de cuidados de enfermería: cuidar al cuidador en atención primaria. Tarragona: Publidisa*. Tarragona: Publidisa. Retrieved from <http://www.urv.cat/media/upload/arxius/Biblioteca/Infermeria/guia-de-cuidados-de-enfermeria.pdf>

Figueiredo, D., Lima, M., & Sousa, L. (2012). Cuidadores Familiares De Idosos

- Dependentes Com E Sem Demência: Rede Social Pessoal E Satisfação Com a Vida. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 13(1), 117–129. Retrieved from <http://www.scielo.gpeari.mctes.pt/>
- Jorge, A. (2015). Quando tudo muda num instante. In A. Jorge, A. Leuschner, H. Bárrios, J. Veríssimo, & M. Almeida (Eds.), *Tudo muda num instante* (pp. 11–18). Lisboa: Clube do Autor.
- Karsch, U. (2003). Dependent seniors: families and caregivers. *Cadernos de Saúde Pública*, 19(3), 861–866.
- Leuschner, A. (2015). Aspectos sociopsicológicos do cuidar. In A. Jorge, A. Leuschner, H. Bárrios, J. Veríssimo, & M. Almeida (Eds.), *Tudo muda num instante* (pp. 137–172). Lisboa: Clube do Autor.
- Melo, R., Rua, M., & Santos, C. (2014). Necessidades do cuidador familiar no cuidado à pessoa dependente: uma revisão integrativa da literatura. *Revista de Enfermagem Referência*, IV Série(Nº 2), 143–151. <https://doi.org/10.12707/RIV14003>
- Pimentel, L. (2013). *Filho és Pai serás, Cuidar de Pessoas Idosas em Contexto Familiar*. Lisboa: Coisas de Ler.
- Pocinho, R. (2018). *Diferentes Perspetivas da Animação e do Envelhecimento*. Coimbra: EUEDITO.
- Portaria nº100/2019 de 6 de setembro, Pub. L. No. Diário da República nº 171/2019-I Série (2019). Aprova o Estatuto do Cuidador Informal, altera o Código dos Regimes Contributivos do Sistema Previdencial de Segurança Social e a Lei n.º 13/2003, de 21 de maio. Retrieved from <https://data.dre.pt/eli/lei/100/2019/09/06/p/dre>
- Ribeiro, O., & Paúl, C. (2012). *Manual de envelhecimento ativo*. Lisboa: LIDEL.
- Romão, A., Pereira, A., & Gerardo, F. (2008). *As necessidades dos Cuidadores*

Informais. Lisboa.

Rosa, M. (2012a). Envelhecimentos: conceitos. In *O Envelhecimento da Sociedade Portuguesa* (pp. 19–25). Lisboa: Fundação Francisco Manuel dos Santos.

Rosa, M. (2012b). Mais Grisalhos: como e porquê. In *O Envelhecimento da Sociedade Portuguesa* (pp. 26–33). Lisboa: Fundação Francisco Manuel dos Santos.

Saint-Exupéry, A. (2001). *Le Petit Prince*. Lisboa: Editorial Presença.

Schumacher, K., Beck, C., & Marren, J. (2006). Family caregivers, caring for older adults, working with their families. *American Journal of Nursing*, 106(8), 40–49.

Sequeira, C. (2018). *Cuidar de idosos com dependência física e mental*. (Coord, Ed.) (2ª). Lisboa: LIDEL.

Soares, B. (2018). Promoção e Participação Ativa da Pessoa Idosa na Comunidade. In R. Pocinho & B. Trindade (Eds.), *Diferentes Perspetivas da Animação e do Envelhecimento* (pp. 37–52). Coimbra: EUEDITO.

Sousa, L., Sequeira, C., Ferré-Grau, C., Martins, D., Neves, P., & Fortuño, M. L. (2017). Necessidades Dos Cuidadores Familiares De Pessoas Com Demência a Residir No Domicílio: Revisão Integrativa. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental*, 5(spe5), 45–50. <https://doi.org/10.19131/rpesm.0166>

Trindade, I., Almeida, D., Rocha, S., Fernandes, S., & Varela, V. (2017). Caracterização do grau de sobrecarga dos cuidadores de utentes dependentes da Unidade de Saúde Familiar USF Descobertas. *Rev Port Med Geral Fam*, 178–186.

ANEXOS

Anexo 1 – Consentimento Informado

Anexo 2 – Questionário sociodemográfico

Anexo 3 – Índice de Barthel

Anexo 4 – Escala de Sobrecarga do Cuidador

Anexo 5 – Índice de Avaliação das Dificuldades do Cuidador (CADI)

Anexo 6 - Índice de Avaliação das Estratégias de Coping do Cuidador (CAMI)

Anexo 7 – Índice de Satisfação do Cuidador (CASI)

Anexo 1

TERMO DE CONSENTIMENTO INFORMADO PARA PARTICIPAÇÃO EM INVESTIGAÇÃO

Considerando a "Declaração de Helsínquia" da Associação Médica Mundial (Helsínquia 1964; Toquio 1975; Veneza 1983; Hong Kong 1989; Somerset West 1996 e Edimburgo 2000)

Título do estudo: Cuidadores Informais, e agora! - O papel da mediação no cuidador prestado aos cuidadores informais.

Investigador responsável: Adriana Gala Santos

Eu, abaixo-assinado _____ com _____ anos de idade, compreendi a explicação que me foi fornecida acerca da investigação que se tenciona realizar, bem como do estudo em que serei incluído(a). Foi-me dada a oportunidade de fazer perguntas que julguei necessárias e, de todas, obtive resposta satisfatória.

Tomei conhecimento que, de acordo com as recomendações da Declaração de Helsínquia, a informação e a explicação que me foram prestadas versaram os objectivos, os métodos, os benefícios previstos, os riscos potenciais e o eventual desconforto. Além disso, foi-me afirmado que tenho o direito de recusar a todo o tempo a minha participação no estudo, sem que isso possa ter como efeito qualquer prejuízo na assistência que me é prestada. Os registos dos dados poderão ser consultados pelo responsável científico e ser objeto de publicação, mas os elementos de identidade pessoal serão sempre tratados de modo estritamente confidencial.

Como tal, consinto que me seja aplicado o inquérito proposto pelo/a investigador/a que me apresentou o estudo.

Assinatura do/a participante: _____ **Data:** ___/___/___

Assinatura do/a investigador/a: _____ **Data:** ___/___/___

INFORMAÇÃO AO PARTICIPANTE

Título do estudo: Cuidadores Informais, e agora! - O papel da mediação no cuidador prestado aos cuidadores informais.

Identificação do investigador: Adriana Gala Santos

Explicação do estudo: Este estudo será desenvolvido pelo investigador supracitado e tem como objetivo principal: Analisar a importância do papel do mediador junto dos cuidadores informais. Na prossecução deste objetivo será aplicado um questionário que incluiu escalas. Na avaliação do cuidador informal salientamos os instrumentos que existem em termos de dificuldades (*Carer's Assessment Difficulties Index - CADDI*), estratégias de coping a utilizar (*Carer's Assessment of Managing Index - CAMMI*), satisfação (*Carer's Assessment of Satisfaction Index - CASI*) e sobrecarga. Abordamos ainda outros instrumentos que podem servir de apoio à prática clínica, como o Índice de Barthel que avalia o grau de dependência da pessoa idosa nas suas actividades básicas de vida diária. A recolha de dados será assegurada pelo investigador, estando prevista para os meses de Março de 2019 e Junho de 2019. A recolha de dados será previamente agendada de acordo com a disponibilidade e horário dos envolvidos.

Não existe qualquer risco, desconforto ou custo adicional, se aceitar participar neste estudo. O acesso aos resultados é realizado através de consulta pública ou contactando diretamente os investigadores depois de concluído o estudo. Com este estudo espera-se poder contribuir para melhorar a qualidade do cuidador informal que cuida de pessoas idosas dependentes em domicílio.

Condições: A participação é estritamente voluntária e a qualquer momento poderá desistir de participar, sem que tenha qualquer prejuízo. Reserva-se o direito de esclarecimento de qualquer dúvida a respeito da investigação, sempre que necessário.

Confidencialidade e anonimato: As informações obtidas serão mantidas em absoluto sigilo, ficando sob responsabilidade do investigador. Os dados de cada participante serão codificados pelos investigadores e introduzidos numa base de dados, pelo que os elementos de identidade pessoal serão sempre tratados de modo estritamente confidencial e anónimo.

Disponibilidade para esclarecimento de dúvidas: Para esclarecer qualquer dúvida ou preocupação sobre o estudo, agora ou em qualquer altura, poderá contactar os investigadores através do seguinte contacto:

Questionário

Nº do questionário: _____

Data : ____/____/____

No âmbito do Mestrado em Gerontologia Social, da Escola Superior de Educação de Coimbra, está a ser desenvolvido um estudo de investigação sobre: "Cuidadores Informais, e agora! - O papel da mediação no cuidador prestado aos cuidadores informais" para este estudo será efetuada uma recolha de dados, para a qual se solicita a sua colaboração através do preenchimento do presente instrumento. Todos os dados recolhidos são confidenciais e serão utilizados somente nesta investigação.

Informações acerca do prestador informal de cuidados

Nome:		Sexo	M
Data de Nascimento:	/ /	Idade:	Anos
			F

Estado Civil:	Casado (a)/ em união de facto	Divorciado(a)	Solteiro(a)
---------------	-------------------------------	---------------	-------------

Situação Ocupacional (escolha apenas uma situação, aquela que melhor se ajuste ao seu caso)

<input type="checkbox"/>	Empregado(a) a tempo inteiro	<input type="checkbox"/>	Desempregado(a)
<input type="checkbox"/>	Empregado(a) a tempo parcial	<input type="checkbox"/>	Baixa clínica
<input type="checkbox"/>	Aposentado(a) / reformado(a)	<input type="checkbox"/>	Doméstica
<input type="checkbox"/>	Outra (pf. Indicar)		

Profissão:

Grau de Escolaridade

<input type="checkbox"/>	Não frequentou o ensino formal
<input type="checkbox"/>	1º Ciclo do Ensino Básico (4ª classe)
<input type="checkbox"/>	2º Ciclo do Ensino Básico ou Clico Preparatório (5º/6º anos)
<input type="checkbox"/>	Ensino secundário (antigo Ensino Industrial ou Comercial)
<input type="checkbox"/>	Ensino Superior (Bacharelato, Licenciatura, Mestrado, Doutoramento)

Relação com a pessoa a quem presta cuidados

<input type="checkbox"/>	Cônjuge	<input type="checkbox"/>	Genro/nora
<input type="checkbox"/>	Filho/Filha	<input type="checkbox"/>	Amigo(a)/ Vizinho(a)
<input type="checkbox"/>	Irmão/Irmã	<input type="checkbox"/>	Outro membro da família (pf. Indicar)

Distância entre si e a pessoa a quem presta cuidados

- Vivem na mesma casa
- Vivem em casas diferentes, mas no mesmo edifício (ou geminadas)
- A uma distância passível de ir a pé
- Até 10 minutos de carro/autocarro ou comboio
- Até 30 minutos de carro/autocarro ou comboio
- Até 1 hora de carro/autocarro ou comboio
- Há mais de 1 hora de carro/autocarro ou comboio

Quais as razões que o levaram a assumir a responsabilidade de tomar conta?

- | | |
|--|---|
| <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Obrigação Moral <input type="checkbox"/> Solidariedade <input type="checkbox"/> Laços de consanguinidade <input type="checkbox"/> retribuição de apoio <input type="checkbox"/> Afeto pelo dependente <input type="checkbox"/> Princípios religiosos <input type="checkbox"/> Exemplo a seguir pelos filhos | <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Expetativa de recompensa <input type="checkbox"/> Não havia mais ninguém <input type="checkbox"/> Parentesco com o dependente <input type="checkbox"/> Sexo <input type="checkbox"/> Coabitação <input type="checkbox"/> Disponibilidade <input type="checkbox"/> Experiências |
|--|---|

Que tipo de ajuda costuma prestar?

- | | |
|--|--|
| <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Cozinhar <input type="checkbox"/> Limpeza da habitação <input type="checkbox"/> Colocar fralda <input type="checkbox"/> Acompanhar nas saídas <input type="checkbox"/> Assistir no autocuidado: comer <input type="checkbox"/> Assistir no autocuidado: banho <input type="checkbox"/> Assistir no autocuidado: ir ao sanitário | <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Fazer companhia <input type="checkbox"/> Gerir regime terapêutico <input type="checkbox"/> Gestão do lar <input type="checkbox"/> Fazer compras <input type="checkbox"/> Assistir no autocuidado: mobilidade <input type="checkbox"/> Assistir no autocuidado: vestir e despir <input type="checkbox"/> Assistir no autocuidado: transfrir-se |
|--|--|

Há quanto tempo presta cuidados a esta pessoa? Anos Meses

Horas por dia que ocupa a prestar cuidados a esta pessoa. Horas

Presença de Apoio Institucional à pessoa de quem cuida

Social	
<input type="checkbox"/>	Apoio Domiciliário
<input type="checkbox"/>	Centro de dia
<input type="checkbox"/>	Centro de convívio
<input type="checkbox"/>	Outro. Especifique

Saúde	
<input type="checkbox"/>	Cuidados Ambulatórios
<input type="checkbox"/>	Enfermagem domiciliária
<input type="checkbox"/>	Fisioterapia
<input type="checkbox"/>	Terapia da fala
<input type="checkbox"/>	Terapia ocupacional
<input type="checkbox"/>	Outro. Especifique

Presença de outro prestador informal de cuidados (ex., família, amigas, vizinhos)

- Não
 Sim

Quem?

Em que tarefas?

Informações sobre a pessoa dependente

Nome:		Sexo	M
Data de Nascimento:	/ /	Idade:	Anos
			F

Situação que originou a dependência

<input type="checkbox"/>	Envelhecimento
<input type="checkbox"/>	Acidente
<input type="checkbox"/>	Doença Aguda
<input type="checkbox"/>	Doença crónica
<input type="checkbox"/>	Outra

Outras informações relevantes

Anexo 3

Independente (não apresenta episódios de incontinência. Se necessita de sonica ou coletor, fá-lo sozinho).	10
Controlo Vesical	
Independente ocasional (episódios ocasionais de incontinência e necessita de ajuda para uso de sonda ou coletor)	5
Incontinente ou algiado	0
Independente (sob e desce escadas. Pode usar um instrumento de apoio).	10
Subir escadas	
Necessita de ajuda (necessita de ajuda física ou supervisão para subir/descer escadas).	5
Dependente	0
Independente (não necessita de qualquer ajuda. Se usa a cadeira de rodas, transfere-se sozinho).	15
Transferência cadeira - cama	
Necessita de ajuda mínima (ajuda mínima e supervisão).	10
Necessita de grande ajuda (é capaz de se sentar, mas necessita de muita ajuda para a transferência).	5
Dependente	0
Independente (caminha, pelo menos, 50 metros sozinho ou com ajuda de andarrilho, canadianas).	15
Deambulação	
Necessita de ajuda (caminha 50 metros com ajuda ou supervisão).	10
Independente com cadeira de rodas (anda, pelo menos, 50 metros).	5
Dependente	0
Total	

Grau de dependência	
Independentes	90 - 100 pontos
Ligeiramente dependente	60 - 89 pontos
Moderadamente dependente	40 - 55 pontos
Severamente dependente	20 - 35 pontos
Totalmente dependente	<20 pontos

Índice de Barthel

No âmbito do Mestrado em Gerontologia Social, da Escola Superior de Educação de Coimbra, está a ser desenvolvido um estudo de investigação sobre: "Cuidadores Informais, e agora! - O papel da mediação no cuidador prestado aos cuidadores informais." para este estudo será efetuada uma recolha de dados, para a qual se solicita a sua colaboração através do preenchimento do presente instrumento-Índice de Barthel, que avalia o grau de dependência da pessoa idosa. Todos os dados recolhidos são confidenciais e serão utilizados somente nesta investigação.

N.º _____ Data: ___/___/___ Muito Obrigada pela sua colaboração!

Itens	Atividade Básicas de Vida Diária	Cotação
Alimentação	Independente (capaz de usar qualquer instrumento. Come num tempo razoável).	10
	Necessita de ajuda (necessita de ajuda para cortar, levar à boca, etc.). Dependente	5
	Independente (veste-se, despe-se e ajusta a roupa. Aperta os sapatos, etc.).	0
Vestir	Necessita de ajuda (pelo menos em metade das tarefas, mas realiza-as num bom tempo). Dependente	10
	Independente (toma banho geral em duche ou banheira. Entra e sai do banho sem ajuda de terceiros). Dependente	5
	Independente (lava a face, mãos e dentes. Faz a barba)	0
Banho	Independente (lava a face, mãos e dentes. Faz a barba)	5
Higiene Corporal	Dependente	0
	Independente (usa-a sem ajuda, senta-se, levanta-se e arranja-se sozinho)	10
	Necessita de ajuda (para manter o equilíbrio, limpar-se e ajustar a roupa). Dependente	5
Uso da casa de Banho	Independente (não apresenta episódios de incontinência. Se necessita de enemas ou clisteres, fá-lo sozinho).	0
	Independente ocasional (episódios ocasionais de incontinência e necessita de ajuda para enemas ou clisteres)	10
	Incontinente fecal	5
Controlo Intestinal	Incontinente fecal	0



Escala de Sobrecarga do Cuidador (Sequeira, 2018)

A ESC é uma escala que avalia a sobrecarga objetiva e subjetiva do cuidador informal. Leia atentamente cada uma das afirmações, e indique de que modo se aplica ao seu caso, colocando o sinal X no espaço que melhor corresponder à sua opinião. Todos os dados recolhidos são confidenciais e serão utilizados somente nesta investigação.

Nº _____ Data: ____/____/____

Muito Obrigada pela sua colaboração!

Nº	Itens	Nunca	Quase Nunca	Às vezes	Muitas vezes	Quase sempre
1	Sente que o seu familiar solicita mais ajuda do que aquela que necessita?					
2	Já não dispõe de tempo suficiente para as suas tarefas?					
3	Sente-se tenso quando tem de cuidar do seu familiar?					
4	Sente-se envergonhado pelo comportamento do seu familiar?					
5	Sente-se irritado quando está junto do seu familiar?					
6	A relação com familiares e amigos está afetada de forma negativa?					
7	Tem receio pelo futuro destinado ao seu familiar?					
8	Pensar que o seu familiar depende de si?					
9	Sente-se esgotado/a por estar junto do seu familiar?					
10	Cuidar do seu familiar afeta a sua saúde?					

11	Considera que não tem uma vida privada como desejaria devido ao seu familiar?						
12	Pensa que as relações sociais foram afetadas negativamente por ter de cuidar do seu familiar?						
13	Não se sente à vontade em convidar amigos para irem lá a casa devido ao seu familiar?						
14	Acredita que o seu familiar espera que cuide dele como se fosse a única pessoa com que ele 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 de seu familiar por muito mais tempo?						
17	Sente que perdeu o controlo da sua vida depois da doença do seu familiar se ter manifestado?						
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	Pensa que poderia cuidar melhor do seu familiar?						
22	Em geral, sentem-se muito sobrecarregado por cuidar do seu familiar?						

Índice de Avaliação das Dificuldades do Cuidador (CADI) (Sequeira, 2018)

O CADI é uma lista composta por 30 potenciais dificuldades que estão relacionadas com o cuidar do idoso dependente. Um instrumento para identificar as necessidades/dificuldades dos cuidadores. Leia atentamente cada uma das afirmações, e indique de que modo se aplica no seu caso colocando o sinal X.

Nº _____ Data: ____/____/____

Muito Obrigada pela sua colaboração!

	Não acontece no meu caso	Acontece, mas não me perturba	Acontece e causa-me alguma perturbação	Acontece e perturba-me muito
1	Não tenho tempo suficiente ara mim próprio.			
2	Por vezes, sinto-me "de mãos atadas"/ sem poder fazer nada.			
3	Não consigo dedicar tempo suficiente às outras pessoas da família.			
4	Traz-me problemas de dinheiro.			
5	A pessoa de quem 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 não fazem ideia dos problemas que os cuidadores enfrentam.			
8	Afasta-me do convívio com outras pessoas e de outras coisas.			
9	Chega de transtornar as minhas relações familiares.			
10	Deixa-me muito cansado fisicamente.			
11	Por vezes, a pessoa de que estou a cuidar exige demasiado de mim.			

12	Deixou de haver o sentimento que havia na minha relação.					
13	A pessoa de quem cuido necessita de muita ajuda nos seus cuidados.					
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.					
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.					
30	Esta situação faz-me sentir culpado.					

Índice de Avaliação das Estratégias de Coping do Cuidador (CAMI) (Sequeira, 2018)

O CAMI é uma lista composta por 38 afirmações que estão relacionadas com as estratégias de coping. Um instrumento para identificar de que forma é que o cuidador resolve as suas dificuldades quando presta os cuidados à pessoa idosa dependente. Leia atentamente cada uma das afirmações, e indique de que modo se aplica no seu caso colocando o sinal X.

N.º _____ Data: ___/___/_____

Muito Obrigada pela sua colaboração!

	Não procedo desta forma	Faço assim e acho que:		
		Não dá resultado	Dá algum resultado	Dá muito bom resultado
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 a alguém em quem confio.			
4	Reservar algum tempo livre para mim próprio.			
5	Planear com antecedência e assim estar preparado.			
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.			
10	Procurar obter toda a informação possível acerca do problema.			
11	Pensar que a pessoa de quem cuido não tem culpa da situação.			
12	Viver um dia de cada vez.			
13	Conseguir que a minha família me dê toda a ajuda prática que puder.			

14	Manter a pessoa de quem cuida tão ativa quanto possível.				
15	Modificar as condições da casa de modo a facilitar as coisas.				
16	Pensar que a situação está melhor agora do que antes.				
17	Obter toda a ajuda possível dos serviços de saúde/sociais.				
18	Pensar no problema e encontrar uma forma de lhe dar solução.				
19	Chorar um bocadinho				
20	Aceitar a situação tal como ela é.				
21	Arranjar maneira de não pensar nas coisas: lendo, vendo televisão, etc.				
22	Fazer como se o problema não existisse e esperar que ele passa.				
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, etc.				
29	Confiar na minha própria experiência e na minha competência.				
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 cuida 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-me 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 do cuidar.								

□

Anexo 7

Índice de Satisfação do Cuidador (CASI) (Sequeira, 2018)

O CASI é uma lista composta por 30 itens que estão relacionados com aspetos positivos associados à prestação de cuidados. Leia atentamente cada uma das afirmações, e indique de que modo se aplica no seu caso colocando o sinal X.

Nº _____ Data: ____/____/____

Muito Obrigada pela sua colaboração!

		Isto acontece no meu caso e dá-me		
		Não acontece no meu caso	Nenhuma satisfação	Muita satisfação
1	Prestar cuidados permitiu-me desenvolver novas capacidades e habilidades.			
2	A pessoa de quem cuido aprecia o que eu faço.			
3	O facto de restar 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 à pessoa de quem cuido o que de bom fez por mim.			
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 resmunga nem se queixa.			
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 cuida 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 com 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 a internar 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 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.				

