



**Escola Superior de Saúde**  
Instituto Politécnico da Guarda

I Curso de Mestrado em Enfermagem Comunitária  
3º Semestre

**O IDOSO DEPENDENTE NO DOMICILIO:  
PERCEÇÃO DE SOBRECARGA DO CUIDADOR INFORMAL NUM  
CONCELHO DO DISTRITO DA GUARDA**

Maria da Conceição Pereira Coelho

Guarda  
2012



**Escola Superior de Saúde**  
Instituto Politécnico da Guarda

I Curso de Mestrado em Enfermagem Comunitária

3º Semestre

**O IDOSO DEPENDENTE NO DOMICILIO:  
PERCEÇÃO DE SOBRECARGA DO CUIDADOR INFORMAL NUM  
CONCELHO DO DISTRITO DA GUARDA**

Trabalho elaborado no âmbito da unidade curricular de  
Relatório.

Maria da Conceição Pereira Coelho

**Orientador:**

Professor Doutor Ezequiel Martins Carrondo

**Coorientador:**

Professor Doutor Carlos Alberto Sequeira

Guarda

2012

## **ABREVIATURAS**

a.C. - antes de Cristo

CI's - Cuidadores Informais

cit. - citado

h - horas

ID's - Idosos Dependentes

nº - número

p. - página

Séc. - século

% - percentagem

## **SIGLAS**

ABVD - Atividades Básicas da Vida Diária

AIVD - Atividades Instrumentais da Vida Diária

AVC - Acidente Vascular Cerebral

CIE - Conselho Internacional de Enfermeiros

CIPE - Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem

CSP - Cuidados da Saúde Primários

DGS - Direção Geral da Saúde

ESC - Escala de Sobrecarga do Cuidador

DL - Decreto-lei

INE - Instituto Nacional de Estatística

INS - Instituto Nacional de Saúde

OMS - Organização Mundial da Saúde

ONU - Organização das Nações Unidas

OCDE - Organização de Cooperação e Desenvolvimento Económico

PNS - Plano Nacional de Saúde

RNCCI - Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados

SAPE - Sistema de Apoio à Prática de Enfermagem

SAM - Sistema de Apoio ao Médico

SPSS - Statistical Package for the Social Sciences

UE - União Europeia

ULSG - Unidade Local de Saúde da Guarda

WHO - World Health Organization

Ao André e Edith

A vós que tudo compreendestes;

A vós que me incentivastes;

A vós que tudo suportastes.

Pelas lágrimas ocultadas;

Pelas birras reprimidas;

Pelo tempo não oferecido;

Pelo carinho não dispensado;

Pela ternura esquecida;

A desculpa sentida de um ser não perfeito, de  
uma mãe em construção.

Agradeço aos cuidadores e idosos que participaram neste estudo. O meu profundo agradecimento, sem eles nada seria possível.

Ao meu orientador Prof. Doutor Ezequiel Martins Carrondo por toda a sua exigência, apoio e disponibilidade.

Ao meu coorientador, Professor Doutor Carlos Sequeira pela sua disponibilidade, pelo seu apoio, estímulo e pelo acolhimento que recebi. Apesar de não fazer parte do grupo de docentes da Escola Superior de Saúde da Guarda, disse sim ao meu apelo.

Aos meus filhos sempre afáveis, pelo amor, pelos seus carinhos, compreensão, paciência, nos momentos de maior tensão, desalento, desmotivação ou simplesmente pela grande ajuda ao nível da informática, devido à minha falta de destreza.

Obrigada por terem feito toda esta caminhada ao meu lado num momento tão difícil das nossas vidas.

Aos meus queridos pais, que sempre me ajudaram com os netos, que me motivaram e deram ânimo, nos momentos mais difíceis.

A todos os outros que estiveram presentes nesta jornada e que colaboraram de forma direta ou indireta na realização deste trabalho.

A todos...

Muito Obrigada

Não podemos esperar colher se não semearmos, temos de ser capazes de nos organizar, enquanto sociedade, para lhes dar oportunidade de ficarem nas suas casas o mais tempo possível”

António Leuschener, 2004

## ÍNDICE DE FIGURAS

página

Figura 1 - Demographic structure of the population in 2008 and 2060.....	27
Figura 2 - Evolução das pirâmides etárias da população de 1960-2025.....	33
Figura 3 - Mapa do distrito da Guarda.....	35
Figura 4 - Autonomia dos idosos.....	48
Figura 5:- Funções da família de Duvall e Miller 1995.....	57
Figura 6 - Papel do cuidador informal .....	63
Figura 7 - Tipos de apoios ao idoso dependente (Sequeira, 2010) .....	63
Figura 8 - As cinco situações de crise.....	74
Figura 9 - Fases do processo de recolha de dados.....	99



## ÍNDICE DE GRÁFICOS

página

Gráfico 1 - Proporção da população idosa (65 + anos), 1960-2050.....	30
Gráfico 2 - Previsão da evolução da população jovem e idosa em Portugal, 1990-2020.....	33

## ÍNDICE DE QUADROS

página

Quadro 1 - População residente (N.º) por local de residência e sexo.....	31
Quadro 2 - Esperança de vida aos 65 anos por sexo.....	32
Quadro 3 - Tarefas de desenvolvimento familiar.....	58

Tabela 1 - População e área de influência da ULSG.....	35
Tabela 2 - Estrutura etária por área de influência.....	36
Tabela 3 - Taxa de natalidade e taxa de mortalidade por área de influência.....	37
Tabela 4 - Índice de envelhecimento por área de influência.....	38
Tabela 5 - Características sociodemográficas dos CI's.....	103
Tabela 6 - Características do agregado familiar.....	104
Tabela 7 - Distribuição dos CI's, de acordo com o tipo de rendimento.....	105
Tabela 8 - Distribuição do somatório de apoios aos CI's.....	105
Tabela 9 - Distribuição dos CI's, de acordo com a auto perceção do estado de saúde.....	106
Tabela 10 - Distribuição dos CI's, de acordo com a ESC e subescalas.....	106
Tabela 11 - Distribuição dos CI's, de acordo com a ESC - Impacto de prestação de cuidados.....	107
Tabela 12 - Distribuição dos CI's, de acordo com a ESC - Relação interpessoal.....	108
Tabela 13 - Distribuição dos CI's, de acordo com a ESC - Expetativas face ao cuidar.....	108
Tabela 14 - Distribuição dos CI's, de acordo com a ESC - Perceção de autoeficácia.....	109
Tabela 15 - Distribuição dos CI's, de acordo com a ESC - Nível de sobrecarga.....	109
Tabela 16 - Distribuição dos idosos dependentes, de acordo com as suas características Sociodemográficas.....	110
Tabela 17 - Distribuição dos idosos, de acordo com o seu grau de dependência.....	111
Tabela 18 - Distribuição dos idosos dependentes, de acordo com o grau de dependência em cada item da escala de Barthel (ABVD).....	112
Tabela 19 - Distribuição dos idosos dependentes, de acordo com o grau de dependência nas atividades de vida diária (AIVD).....	113

## RESUMO

**Título:** O idoso dependente no domicílio: percepção de sobrecarga do cuidador informal num concelho do distrito da Guarda

O envelhecimento crescente da população é uma realidade que emerge numa sociedade dita desenvolvida, onde a melhoria das condições de vida e dos dispositivos em saúde levam à sobrevivência de um maior número de pessoas idosos, algumas com doenças crónicas. A mudança dos estilos de vida, uma migração da população mais jovem, a deterioração das redes naturais de ajuda e o custo elevado dos serviços de saúde, implicam a necessidade de uma melhor assistência desta população no domicílio.

Todas estas alterações sociais, humanas e tecnológicas, levam por consequente, ao aumento do número de pessoas que necessitam de cuidados cada vez mais complexos, maior probabilidade de cuidados de longa duração, conduzindo a uma maior solicitação de apoios formais e informais.

Cuidar do idoso dependente no domicílio, constitui para a família um enorme desafio e acarreta uma elevada sobrecarga. Cumulativamente podem surgir problemas como *stress*, ansiedade, medo e sofrimento, levando por vezes ao desequilíbrio familiar.

Este estudo diz respeito aos cuidadores informais de idosos dependentes no domicílio, tendo como principal objetivo agregar informações sobre a percepção de sobrecarga na prestação de cuidados ao idoso dependente no domicílio, num concelho do distrito da Guarda.

Trata-se de um estudo predominantemente quantitativo, transversal, descritivo e exploratório. Foram aplicados três instrumentos, já validados: Escala de sobrecarga dos cuidadores, índice de Barthel e índice de Lawton, e um questionário, para recolha da informação sociodemográfica, de contexto clínico.

Os resultados encontrados evidenciam uma associação inversa entre a dependência do idoso e a sobrecarga do cuidador informal. São cuidadores maioritariamente do sexo feminino, com mais de 65 anos, com baixa escolaridade, com elevados níveis de sobrecarga, prestando cuidados todos os dias da semana a idosos com mais de 75 anos, totalmente dependentes, resultados semelhantes aos de alguns estudos nacionais.

Concluimos, que os resultados obtidos evidenciam as vivências dos cuidadores informais do idoso dependente, nomeadamente os motivos de aceitação do papel, as dificuldades, fatores relacionados com a sobrecarga e algumas fontes de satisfação que advêm do ato de cuidar.

Face aos resultados, consideramos importante uma avaliação sistemática por parte dos profissionais de saúde, para a promoção de intervenções seguras e adequadas para melhorar as condições de vida destes intervenientes.

**PALAVRAS-CHAVE:** Idoso dependente, cuidador informal; sobrecarga

## ABSTRACT

**Title:** Dependent elderly: perceived informal caregiver burden of county district Guarda

The increasing aging population is a reality that emerges in a developed society, where the increase of the living conditions and health devices lead to the survival of a greater number of elderly people with chronic diseases. The lifestyles' changing, the younger population migration, the decay of the natural network help and the health services' high cost draw in the need for better care of this population at home.

All these social, human and technological changes, therefore lead to the increasing number of people who need increasingly complex care, increased most likely long term care, leading to a greater demand for formal and informal support.

Taking care of dependent elderly at home is for the family, the informal caregiver, a tremendous challenge and means a high overhead to the careers. Consequently, problems such as stress, anxiety, fear and suffering may arise sometimes leading to a family imbalance.

This study concerns the informal caregivers of dependent elderly at home, with the primary goal to add information about the perception of burden in providing care to dependent elderly at home, a municipality in the district of Guarda

This is a study predominantly quantitative, cross-sectional descriptive and exploratory. Three instruments were applied, already validated: caregiver burden scale, Barthel and Lawton index, and a questionnaire to collect sociodemographic and clinical information.

Our results show an inverse association between the dependence of the elderly and informal caregiver burden. Caregivers are predominantly female, over 65 years, with low education, with high levels of overhead, providing care every day of the week to seniors over 75 years, totally dependent, results similar to some national studies.

We conclude that the results obtained highlight the experiences of informal caregivers of dependent elderly, including the reasons for accepting the role, difficulties, factors related to overhead and some sources of satisfaction that come from giving care

Given the results, we consider important to a systematic evaluation on the part of health professionals, to promote safe and appropriate interventions to improve the living conditions of those involved.

**KEYWORDS:** Dependent elderly; informal caregiver; overburden

INTRODUÇÃO.....	18
-----------------	----

## PARTE I - FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

<b>1. - ENVELHECIMENTO HUMANO.....</b>	<b>23</b>
1.1 - ASPETOS DEMOGRÁFICOS DO ENVELHECIMENTO .....	23
1.1.1 - Envelhecimento demográfico na Europa Comunitária.....	26
1.1.2 - Envelhecimento demográfico em Portugal.....	29
1.1.3 - Envelhecimento demográfico no Distrito da Guarda.....	34
1.2. - IMPLICAÇÕES DO ENVELHECIMENTO.....	39
1.2.1-Envelhecimento biológico.....	41
1.2.2 - Envelhecimento psicológico.....	43
1.2.3 - Envelhecimento social.....	44
1.3 - ENVELHECIMENTO E DEPENDÊNCIA NO IDOSO .....	46
<b>2. - A PRESTAÇÃO DE CUIDADOS AO IDOSO DEPENDENTE.....</b>	<b>49</b>
2.1 - O IDOSO DEPENDENTE.....	49
2.2 - AS NECESSIDADES DO IDOSO DEPENDENTE.....	50
2.3 - OS CUIDADORES INFORMAIS.....	52
<b>3. - A FAMÍLIA COMO CUIDADOR PRINCIPAL.....</b>	<b>54</b>
3.1 - AS ALTERAÇÕES DA ESTRUTURA FAMILIAR AO LONGO DOS TEMPOS.....	55
3.2 - A FAMÍLIA E A SAÚDE.....	59
3.3 - A FAMÍLIA CUIDADORA DO IDOSO DEPENDENTE NO DOMICÍLIO .....	61
3.4 - A IMPORTÂNCIA DA ENFERMAGEM DE SAÚDE FAMILIAR.....	64
<b>4. - CONSEQUÊNCIAS DA PRESTAÇÃO DE CUIDADOS NOS CUIDADORES INFORMAIS.....</b>	<b>67</b>
4.1 - SOBRECARGA NOS CUIDADORES INFORMAIS .....	71
4.2 - NECESSIDADES DOS CUIDADORES INFORMAIS.....	77
4.3 - ESTRUTURAS E APOIO AOS CUIDADORES INFORMAIS.....	80

## PARTE II - ESTUDO EMPÍRICO

<b>5. - METODOLOGIA.....</b>	<b>85</b>
5.1 - PROBLEMA E OBJETIVO DA INVESTIGAÇÃO .....	85



5.2 - DESENHO DE INVESTIGAÇÃO.....	87
5.3 - VARIÁVEIS E SUA OPERACIONALIZAÇÃO.....	88
5.4 - POPULAÇÃO E AMOSTRA.....	93
5.5 - INSTRUMENTOS DE COLHEITA DE DADOS.....	94
5.6 - CONSIDERAÇÕES ÉTICAS.....	97
5.7 - PRÉ-TESTE DO QUESTIONÁRIO.....	98
5.8 - PROCEDIMENTO DA RECOLHA DE DADOS.....	99
5.9 - ESTRATÉGIAS PARA ANÁLISE DE DADOS.....	100

### **PARTE III - ANÁLISE E TRATAMENTO DOS DADOS**

<b>6. - RESULTADOS .....</b>	<b>102</b>
6.1 - CARACTERIZAÇÃO DOS CUIDADORES INFORMAIS.....	103
6.1.1 - Características sociodemográficas do CI.....	103
6.1.2 - Caracterização do agregado familiar.....	104
6.1.3 - Caracterização dos CI's, de acordo com o tipo de rendimento .....	104
6.1.4 - Distribuição dos CI's, de acordo com o tipo de apoios e sobrecarga .....	105
6.2 - CARACTERIZAÇÃO DOS IDOSOS DEPENDENTES.....	109
6.2.1 - Características sociodemográficas do Idoso Dependente.....	109
6.2.2 - Distribuição dos idosos dependentes de acordo com o grau de dependência.....	110
6.2.3 - Atividades Básicas da Vida Diária (ABVD) .....	112
6.2.4 - Atividades Instrumentais da vida diária (AIVD) .....	112
<b>7. - DISCUSSÃO.....</b>	<b>114</b>
<b>CONCLUSÃO.....</b>	<b>121</b>

<b>REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....</b>	<b>126</b>
----------------------------------------	------------

#### **APÊNDICES**

APÊNDICE A - Questionário.....	137
APÊNDICE B - Consentimento Informado.....	143
APÊNDICE C - Tratamento Estatístico.....	144

#### **ANEXOS**

ANEXO A - Autorização da Presidente do Conselho de Administração da ULSG.....	155
-------------------------------------------------------------------------------	-----

ANEXO B - Autorização para aplicação das escalas de avaliação Do. Prof. Dr. Carlos.....	156
ANEXO C - Escala de Sobrecarga do Cuidador.....	157
ANEXO D -Índice de Lawton (Lawton & Brody, 1969; Sequeira, 2007) .....	169
ANEXO E - Índice de Barthel (Mahoney & Barthel, 1965; Sequeira, 2007.....	160

## INTRODUÇÃO

A sociedade atual depara-se com um problema relacionado com o envelhecimento demográfico da população que tem como principal característica, uma maior longevidade das pessoas, à qual se associa um aumento significativo do índice de dependência da população idosa.

De acordo com as Nações Unidas (1999) e tendo por referência a população mundial, a proporção de pessoas com mais de 60 anos duplicará entre 2006 e 2050, verificando-se pela primeira vez na história da humanidade, a existência de mais idosos do que jovens (INE, 2011). As alterações demográficas, ocorridas no passado recente, repercutem-se sobre os mais variados domínios da vida em sociedade, sendo cada vez mais difícil ignorá-los, dada a ameaça que representam para o equilíbrio da sociedade.

A OMS (2002) estima, que nas próximas décadas aumentem de forma significativa as necessidades de cuidados de saúde da população mais idosa, paralelamente a um aumento acentuado da prevalência de doenças de evolução prolongada e com elevado grau incapacitante, das quais advêm situações de exclusão e desigualdade social, levando á mudança das políticas de saúde e de solidariedade social.

Assim, o governo, através do seu Programa Nacional para a Saúde das Pessoas Idosas, contempla estratégias para operacionalizar a promoção de um envelhecimento ativo, proporcionando respostas adequadas às suas necessidades. Este programa assenta, essencialmente, em três domínios de intervenção: a promoção do envelhecimento ativo, a organização da prestação de cuidados de saúde e a promoção de ambientes facilitadores de autonomia e independência.

No entanto, o aumento de idosos só é preocupante pelo facto de se desenvolver num contexto inadequado em que o conjunto de vários fatores agrava as condições de vida dos mais velhos, não sendo produtores, remetendo-os para uma posição e um estatuto social desfavorável (Sequeira, 2007).

Para o mesmo autor, as políticas sociais e de saúde sugerem a manutenção dos idosos no seu domicílio, assumindo o familiar que cuida, uma importância *major*, seja pelo crescente aumento do número de idosos dependentes, incapazes de viver autonomamente na nossa comunidade, ou pela sobrecarga do familiar cuidador, que assume todos os cuidados ao idoso dependente.

Também a OMS (1998) remete-nos para a ideia de que a Família é a principal unidade básica de desenvolvimento pessoal e, igualmente, o local onde se vivencia um conjunto de experiências fundamentais para a formação das suas personalidades, sendo uma estrutura social importante no desenvolvimento e na saúde do indivíduo. O mesmo é corroborado pela Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE) quando define membro da família prestador de cuidados, como “sendo o prestador de cuidados com as características específicas: responsável pela prevenção e tratamento da doença ou incapacitante de um membro da família” (2010:27).

Atualmente é reconhecida a importância fundamental do papel desempenhado pelas pessoas que prestam cuidados a familiares idosos dependentes, tendo em conta os aspetos demográficos e socioeconómicos relacionados com uma situação de dependência, bem como a natureza complexa dos cuidados no domicílio e das interações que se geram entre os intervenientes nesse tipo de contexto.

Os estudos consultados são unânimes em sugerir que as pessoas que prestam cuidados a familiares durante longos períodos, como acontecem na maior parte dos casos de familiares de idosos dependentes, frequentemente sofrem alterações adversas em várias e importantes áreas da sua vida: alterações na vida familiar e social, problemas económicos e laborais, cansaço e desgaste prolongados, a nível físico e psíquico (Brito, 2003; Santos, 2008; Imaginário, 2008; Ricarte, 2009; Andrade, 2009 e Pinto et al, 2010).

Este estudo surge no âmbito do I Curso de Mestrado em Enfermagem Comunitária na Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico da Guarda (IPG), tendo como objetivo principal, agregar informações sobre a perceção da sobrecarga do cuidador informal na prestação de cuidados ao idoso dependente no domicílio, num concelho do distrito da Guarda. Considerando que a dependência do idoso constitui um grave problema de saúde desta comunidade, tão envelhecida, constituindo um dos aspetos mais evidentes e característicos da evolução demográfica da população da área de influência da ULSG e concomitante do concelho em estudo, situação que se agravou nos últimos 10 anos, dados corroborados pelo INE (2011).

A necessidade e o interesse sentidos para a realização deste estudo, surge da perceção e inquietação que a autora do trabalho e outros profissionais de saúde têm, aquando das visitas domiciliárias, onde a sobrecarga e as dificuldades sentidas pelos familiares que cuidam dos seus idosos dependentes, são uma manifestação constatada no dia-a-dia destes profissionais. Assim, pretende-se que este estudo venha contribuir para uma melhoria da qualidade dos cuidados prestados, para um maior ganho em saúde levando ao bem-estar dos prestadores de

cuidados, já que o bem-estar, de quem cuida, certamente, se irá refletir no bem-estar daqueles que são cuidados, melhorando assim a qualidade de vida de todos os envolvidos.

O enfermeiro especialista faz parte de um grupo de profissionais, privilegiados no contato com a comunidade, durante todo o ciclo vital da pessoa nos diferentes contextos na saúde e na doença, desde o nascimento até a morte. O enfermeiro especialista posiciona-se, intervém, promove e mantém ligações entre os indivíduos, famílias, comunidades e o resto do sistema de cuidados de saúde, trabalhando tanto em autonomia como em colaboração para a prevenção da doença e da incapacidade, bem como para promover, melhorar, manter e restaurar a saúde.

Conhecedora desta realidade, com o desejo e determinação de prestar serviços de qualidade à nossa comunidade, levou-nos a formular a questão central: “Qual a perceção de sobrecarga referida pelo cuidador informal do idoso dependente no domicílio num concelho do distrito da Guarda?”. Para a sua concretização delinearam-se os seguintes objetivos que norteiam a investigação, tendo em conta a problemática exposta:

- Descrever o perfil dos prestadores de cuidados, dos idosos dependentes e do contexto da prestação de cuidados (idade, sexo, estado civil, profissão e habilitações literárias, habitacionais, entre outros);
- Conhecer a perceção do familiar/cuidador informal acerca da sobrecarga/ dificuldades sentidas, do seu estado de saúde e outros aspetos associados à sua situação, enquanto prestador de cuidados a idosos dependentes no domicílio;
- Avaliar o índice de dependência do idoso nas suas atividades básicas de vida diária (ABVD) e nas atividades Instrumentais de Vida Diária (AIVD).

Este estudo segue uma abordagem predominantemente quantitativa, transversal, descritiva e exploratória. Constituíram a população alvo, todos os CI's e idosos dependentes, inscritos na rede de cuidados continuados integrados num Centro de Saúde do Distrito da Guarda, que aceitaram participar voluntariamente no estudo.

O trabalho encontra-se estruturado em três partes distintas: Na primeira parte é realizado o enquadramento teórico do estudo, que pretende sustentar a justificação do estudo. Na segunda parte é apresentado o estudo empírico, onde as opções metodológicas servem de veículo a este estudo. Na terceira parte estão caracterizadas as amostras, a apresentação e análise dos resultados. Para finalizar, são apresentadas as conclusões que se julgam pertinentes e as limitações do estudo. Para a realização deste trabalho, utilizámos várias fontes bibliográficas, que se consideraram atuais e de referência. Entre elas, destaca-se as leituras

bibliográficas, as consultas webgráficas e, ainda, a recorrência a vários artigos científicos. A bibliografia assim como a elaboração e apresentação do trabalho estão de acordo com as normas propostas pela escola e segundo o novo acordo ortográfico.

## **PARTE I – FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA**

## 1. - ENVELHECIMENTO HUMANO

### 1.1 - ASPETOS DEMOGRÁFICOS DO ENVELHECIMENTO

A palavra velho deriva do latim *veclu*, *vetu*, *vetuludim* e o sufixo *mento* que se acrescenta para formar a palavra envelhecimento. Em qualquer dicionário, podemos encontrar a seguinte definição de velho: “adj., muito avançado em idade, avelhentado; antigo, que já não está em uso; fora de moda; antiquado; muito usado, gasto; ou um., homem de idade avançada, ancião”. Havendo assim, uma grande dificuldade em apresentar uma definição geral de envelhecimento, por se tratar de um conceito multidimensional, multifatorial e extremamente complexo. Hipócrates (460-377 a.C.) refere que “Envelhecer é o preço que pagamos por viver mais tempo” (Hipócrates, 460-377 a.C.).

O mais antigo dicionário, o de Richelet, estabelece uma diferença entre a velhice masculina e a velhice feminina em que os homens velhos são caracterizados por atributos de ordem moral as mulheres velhas a partir de elementos exteriores associados ao aspeto físico como a postura do corpo:

[O homem é] velho depois dos 40 anos até aos 70. Os velhos são geralmente imaginados como invejosos, avaros, tristes, faladores, queixam-se incessantemente, os velhos não são hábeis no afeto. [A mulher é] velhas dos 40 até aos 70 anos. As velhas são fortemente fastidiosas. Velha decrépita, velha encarquilhada, velha borbulhenta (Richelet, 1679; cit. por Vaz, 2006:112)

A única certeza é de que se trata de um processo inevitável e irreversível. Fontaine (2000) faz uma elucidação que nos parece importante: o envelhecimento não é sinónimo de velhice. A velhice é um estado que caracteriza um grupo de determinada idade, enquanto o envelhecimento é um processo. Simone de Beauvoir (1970; cit. por Vaz, 2006) refere que o envelhecimento é um fenómeno biológico com consequências biológicas que se apresentam através de determinados comportamentos considerados típicos da idade avançada. Caracteriza-se ainda, por modificar a relação do indivíduo com o mundo e consigo mesmo. O envelhecimento começa no momento da concepção, a velhice ou os seus sinais e sintomas físicos e mentais só se manifestam de forma clara a partir de determinada idade (Jacob, 2001 e Ricarte, 2009)

O mesmo autor (2009:45) define envelhecimento como:“ (...) um processo bio-pisco-social de cariz individual (...), o envelhecimento nunca poderá ser explicado ou previsto sem termos em consideração as dimensões biológicas, psicológicas e sociais que lhe estão



inerentes”. Através da vária literatura consultada, verificamos, que o envelhecimento populacional é um dos maiores desafios dos governantes da atualidade. O aumento da proporção de pessoas idosas em relação ao total da população é um fenómeno nacional e mundial. Este fenómeno, não só é característico da sociedade mundial, como da sociedade portuguesa, e de todas as regiões do país, traduzindo-se em alterações da estrutura etária da população.

Desde os primórdios, que o homem persegue dois grandes objetivos até hoje inconquistados: **a vida eterna e a juventude plena**. Assim, desde tempos imemoriais, práticas mágicas, religiosas e cientistas, presentes ao longo da história da humanidade exprimem esse anseio. Até hoje, o único ser humano, que consta em registos que viveu cento e vinte e dois anos e seis meses foi a Francesa Jane Calment, falecida em Agosto de 1997.

Na Bíblia, consta, que a vida não é eterna e que “**sendo o homem carne, os seus dias não passarão de cento e vinte anos**” (S. João 6, 3). Atingir esta idade ou sequer aproximar-se dela, foi até hoje privilégio de muito poucos. Os oitenta anos, que hoje nos países mais desenvolvidos exprimem essa esperança de vida, são uma conquista do século XX, que se deve aos enormes avanços na área social mas sobretudo na área dos cuidados de saúde.

A velhice foi sempre percebida como um momento particular da vida humana, em relação ao qual foram variadas as perspetivas sociais e culturais desde a antiguidade. Cada sociedade tem visto a velhice de forma positiva ou negativa, no seu contexto e momento da sua própria história. Assim, algumas sociedades valorizavam ou rejeitavam os seus idosos, segundo o valor especial que lhes era atribuído, sendo considerados depositários de grande sabedoria e transmissores da mesma. “Ser velho era ser-se sábio; era ter-se a mais-valia do tempo que fazia do velho o conselheiro, o amigo memoria das gerações” (Fontaine, 2000:56).

O estatuto de velhice foi evoluindo ao longo dos tempos com valorizações ou rejeições em cada sociedade. No Novo Testamento, é referido que o povo judeu considerava o idoso como um chefe, tendo um posto privilegiado, sendo guia do povo, do poder político, religioso, jurídico, para além do respeito e veneração que lhe era concebido. Já na sociedade da Antiguidade, a velhice estava relacionada com o mundo sagrado. Ao idoso era atribuído o papel de dirigente da sua sabedoria que adquiria ao longo da sua vida. Mas foi Hipócrates (460-377 a.C.), que formulou as primeiras hipóteses relativas às primeiras causas do envelhecimento, considerando como uma perda de calor e humidade que converte o corpo em frio seco, relacionado com a energia que cada indivíduo procede ao nascer e a forma como esta se vai diminuindo.

A valorização do idoso e da velhice manteve-se até os primeiros séculos do Cristianismo, sendo depois do século V, desvalorizada, com perda de poder, de autonomia, considerada um símbolo negativo, temido por todos.

A medicina, com o seu olhar científico sobre a velhice, ao perceber as causas de morte e as razões da maior incidência de certas patologias, retira a morte do plano metafísico e integra a velhice na continuidade da vida e da sociedade. A lógica científica traduz a velhice como resultante da deterioração das capacidades físicas e não de uma aspiração à reflexão como preconizavam os teólogos ou os filósofos. É neste contexto, que surgem novas propostas para uma melhoria e manutenção da saúde contribuindo para um **melhor envelhecimento**. Assim, argumenta-se, que cuidar do corpo é uma forma de garantir uma velhice mais ativa e plena.

Para além do seu interesse científico, que há muito motiva os investigadores, as doenças que acompanham o envelhecimento estão entre os principais desafios que se colocam à medicina moderna, tanto no que respeita às patologias, como aos mecanismos celular e molecular que as aumentam.

As teorias psicológicas ou fisiológicas tendem a fazer da velhice um enfraquecimento mais ou menos acentuado. É certo que a realidade muitas vezes contradiz este ponto de vista. Quase todas as grandes coisas em todos os domínios da atividade ou do pensamento nos vêm de homens que viveram muitos anos e que tiveram uma velhice plena e rica.

Um estudo aprofundado da evolução dos artistas de vida longa e bem preenchida suscita uma admiração fascinante. O melhor exemplo é Victor Hugo que é considerado por muitos como “ discípulo na juventude, profeta na velhice ”. Da inacreditável massa que é a sua produção, este fragmento patenteia esta expressão cósmica de tal alma no fim da vida, fazendo dele um génio de arte de todos os tempos e de todo o mundo.

*J' ai tout pesé, j'ai vu le fond, j'ai fait la somme,  
Et je n'ai pas distrait un chiffre du total;  
J'ai mis le nécessaire au regard du fatal;  
Je n'ai pas reculé devant le syllogisme;  
La vérité dût-elle être mère du schisme,  
J'ai voulu que le vrai jaillît et triomphât;  
J'ai remué dix fois les os de Josepha;  
J'ai tâché, les heurtant, d'en tirer l'étincelle;  
J'ai compusé l'antique archive universelle;  
Et l'enigme semblait toujours s'approfondir...*<sup>1</sup>

Fonte: “Dernière Gerbe- Victor Hugo 1902

---

<sup>1</sup>Tudo pensei, vi o fundo, fiz a soma, e não extrai uma peça do total, pus o necessário ao olhar do total, não recuei diante do Silogismo, a verdade deveria ser mãe doschisme, quis que a verdade surja e triunfe, mexi dez vezes os ossos de Josefa, eu tentei, atingindo-os, retira-lhes a faísca, compus o antigo arquivo universal, e o enigma, parecia aprofundar-se cada vez mais

Também, Santos (2002:89) refere que, em relação ao idoso, “ é fundamental que este permaneça ocupado, isto para que o confronto com a reforma seja minimizado”. Daí a importância de manter o idoso ativo, abrandando assim a evolução do envelhecimento. Para que o idoso se mantenha ativo, é necessário que no domínio sociocultural exista uma educação para a velhice, para o descanso, aproveitando e desfrutando do grande tempo livre de que dispõe, aproveitando as várias ocupações/distrações que a sociedade lhes proporciona, socializando com os amigos, familiares.

Os progressos das ciências da saúde trouxeram, nestas últimas décadas, um grande contributo para a longevidade, sendo estes últimos anos de vida, muitas vezes acompanhados de situações de grande fragilidade e incapacidade para os idosos.

### **1.1.1 - Envelhecimento demográfico na Europa Comunitária**

Nos tempos e na sociedade em que vivemos, é crucial refletir sobre o impacto do envelhecimento da população. Os vários estudos, nesta temática, referem, que, a sociedade mundial atual depara-se com um problema relacionado com o envelhecimento demográfico da população. O aumento sustentado da longevidade e a capacidade crescente do homem, para controlar a natalidade representam alguns dos grandes feitos da Humanidade nos últimos 50 anos.

Sendo o envelhecimento, definitivamente, um fenómeno relativo ao processo físico e restrito à esfera privada, torna-se uma questão central, uma vez que o aumento quantitativo do grupo de pessoas idosas o transforma numa questão social, tornando-se um dos principais desafios do século XXI (Rodrigues e Henriques, 2007; cit. por Brito, 2003).

O envelhecimento, segundo diversos autores, irá assumir uma tendência mais universal e homogénea nas próximas décadas, mas subsistirá uma grande diversidade em termos de momento da ocorrência e ritmo da mudança demográfica, tornando-se particularmente mais evidente quando se analisa o fenómeno do envelhecimento nas regiões desenvolvidas e em desenvolvimento.

Viver mais tempo do que alguma vez foi possível é, naturalmente, uma enorme conquista, assim, nos últimos 50 anos, a esperança de vida aumentou em cerca de cinco anos na União Europeia (UE). As últimas projeções demográficas revelam que, até 2060, pode ocorrer outro aumento de aproximadamente sete anos. Conjugada com as baixas taxas de

fecundidade, esta situação levará a uma mudança drástica na estrutura etária da população, como comprova a figura 1.

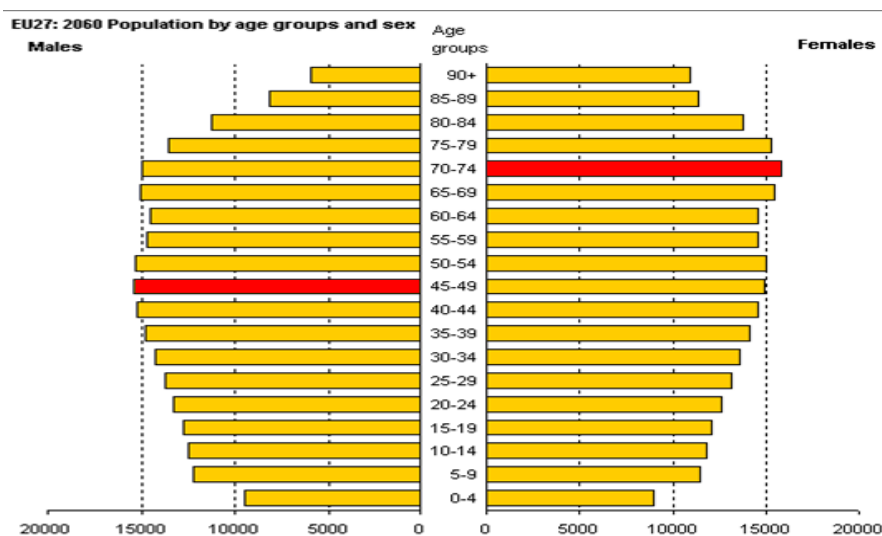


Figura1: Demographic structure of the population in 2008 and 2060<sup>2</sup>

Fonte: Commission services, graph published in the 2010 Interim Joint Report on pensions of the Economic Policy Committee and Social Protection Committee, noted by the 7-8 June 2010 EPSCO and ECOFIN

A população dos países em desenvolvimento, embora sejam relativamente jovem, prevê-se que, muitos destes vão conhecer um ritmo de duplo envelhecimento sem precedentes, em virtude de uma forte redução nos níveis de fecundidade e de um rápido aumento da longevidade. Assim, segundo a ONU (2006), prevê que o número de pessoas idosas represente 26,1% da população destes países em 2050, contra os atuais 15,3%. Por sua vez, a percentagem de jovens continuará a diminuir.

No que diz respeito à União Europeia em 2005 atingiu 459,5 milhões de habitantes (Commission des Communautés Européennes, 2006)<sup>3</sup>. Em termos de população situa-se em terceiro lugar no Mundo, muito atrás da China (1,3 mil milhões de habitantes) e da Índia (1,1 mil milhões), mas muito à frente dos Estados Unidos (300 milhões), da Rússia (144 milhões) ou do Japão, com 128 milhões de habitantes (ONU). Os 459,5 milhões de habitantes da Europa dos 25 repartiam-se de forma bastante diversificada: Quatro países estão próximo ou ultrapassavam os 60 milhões de habitantes (Alemanha: 82,5; França: 60,6; Reino Unido: 60; e Itália: 58,5 milhões de habitantes), mas a chegada dos novos membros, incluindo a Roménia e a Bulgária em 2007 aumenta sensivelmente o número de países de pequena dimensão populacional.

Também, na nossa vizinha Espanha, a proporção dos idosos, com mais de 65 anos tem aumentado nos últimos anos, representando 15,9% da população total em 2001, e espera-se,

<sup>2</sup> Estrutura da População demográfica de 2008 a 2016

<sup>3</sup> Comissão das Comunidades Europeias

que em 2015 será de 20,3% segundo a “Eurostat”, embora com diferenças significativas entre as províncias: Bacia (23,10%) e Guadalajara (20,38%) são os que têm uma maior proporção de pessoas idosas e Albacete (16,50%) que tem uma população mais jovem.

Em França, como nos países desenvolvidos e não desenvolvidos, o envelhecimento da população mundial, indica que “la santé s’améliore partout dans le monde”<sup>4</sup>. Conta-se ao nível mundial 650 milhões de idosos, com 60 anos e mais, prevendo-se que haverá mais de 2 milhões até 2050. Esta evolução positiva, trás também no plano de saúde \_ “des problèmes particuliers aux quels il faudra faire face au XXI<sup>e</sup> siècle. Il est essentiel de préparer les soignants et les sociétés à répondre aux besoins de populations vieillissantes”<sup>5</sup>..O que leva, atualmente, a União Europeia (UE) a fazer face ao declínio demográfico, ao baixo crescimento natural e ao envelhecimento de uma parte da população.

Segundo a UE (2010), o envelhecimento **da população** resulta dos progressos consideráveis realizados nos domínios económico, social e médico em termos de serviços prestados aos Europeus. Este envelhecimento da população decorre de **várias tendências demográficas simultâneas**:

- ✓ O número médio de filhos por mulher é 1,5 em 2006 enquanto o limiar de renovação das gerações é 2,1, prevê-se para 2030 uma taxa de 1,6;
- ✓ O declínio da fecundidade (“baby crash”) seguiu-se ao “baby-boom” que está na origem da grande parte das pessoas dos 45-65 anos na população europeia, o que coloca alguns problemas em termos de financiamento das reformas;
- ✓ A esperança de vida (que aumentou 8 anos entre 1960 e 2006) poderá ainda aumentar 5 anos entre 2006 e 2050, fazendo assim aumentar a proporção de pessoas com idades de 80 e 90 anos, pessoas que estão frequentemente em situação de fragilidade;
- ✓ A imigração (1,8 milhões de imigrantes com destino à UE em 2004, 40 milhões em 2050 segundo as projeções do Eurostat) poderia compensar os efeitos da baixa fecundidade e do prolongamento do tempo de vida.

Assim, segundo as previsões do “Eurostat” estas tendências reduzirão ligeiramente a população total da (UE), que ficará igualmente muito mais idosa. O número de europeus em idade de trabalhar (dos 15 aos 64 anos) diminuirá 48 milhões entre 2006 e 2050 e a taxa de dependência deverá duplicar, atingindo 51% em 2050.

---

<sup>4</sup>A saúde melhorou em todo o mundo.

<sup>5</sup>Problemas, particulares, aos quais devemos fazer face no séc. XXI, sendo essencial preparar os cuidadores e a sociedade, para responder às necessidades da população idosa.

Perante este fato, o aumento da população idosa e dada a sua vulnerabilidade e dependência justificam plenamente uma reflexão mais atenta sobre a mesma. Tomando como referência as influências desse grupo populacional na vida de um país, a Assembleia Geral das Nações Unidas (1999), sintetizou alguns princípios que regem os direitos sociais das pessoas idosas, entre os quais destacamos: possibilidade de residência no seu próprio domicílio durante o tempo que desejar; viver com dignidade e segurança, livre de explorações e de maus tratos físicos e mentais.

### **1.1.2 - Envelhecimento demográfico em Portugal**

Durante muito tempo pensou-se que a causa do envelhecimento residia exclusivamente na baixa da mortalidade. No entanto, reconhece-se hoje que o declínio da fecundidade e os fluxos migratórios, internos e externos, têm um papel mais preponderante no processo do envelhecimento. Os primeiros, com efeitos diretos na dimensão dos efetivos mais jovens, os segundos, com consequência direta e imediata na estrutura etária da população, sobretudo em idade ativa e indireta, pelas transferências de nascimentos que originam (OMS, 2002).

O envelhecimento demográfico e as alterações no padrão epidemiológico e na estrutura social e familiares verificadas na Europa não diferem muito das verificadas em Portugal, determinando novas necessidades em saúde, para as quais urge organizar respostas adequadas, pois como é sabido e sendo do senso comum, que são os últimos anos de vida frequentemente acompanhados de situações de grande fragilidade e de incapacidade, suscetíveis de prevenção, tratamento e recuperação, e, com a possibilidade de manutenção da dignidade e melhor qualidade de vida.

Assim, a população desencadeia o fenómeno do envelhecimento demográfico quando a sua dinâmica se caracteriza pelo aumento da importância das pessoas idosas no total da população. Pode existir envelhecimento numa situação em que diminuem os efetivos idosos (pessoas com 65 ou mais anos). Isto acontece porque as outras classes etárias diminuem e a proporção de idosos no total da população aumenta (envelhecimento pela base).

Em Portugal, a proporção de pessoas com 65 ou mais anos, duplicou nos últimos quarenta anos, passando de 8% em 1960, para 11% em 1981, 14% em 1991 e 18% em 2010. De acordo com as projeções demográficas mais recentes, elaborados pelo Instituto Nacional

de Estatística (INE), estima-se que esta proporção volte a duplicar nos próximos 50 anos, representando, em 2050, 32% do total da população, como podemos verificar através do gráfico 1,

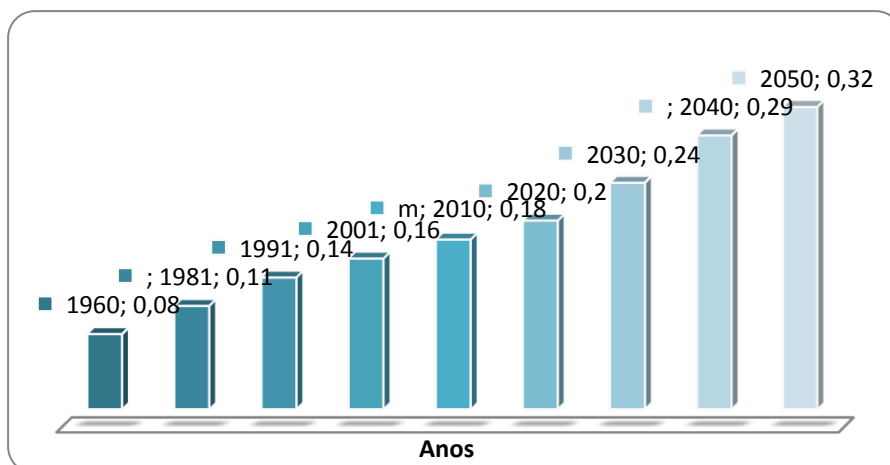


Gráfico 1 – Proporção da população idosa (65 + anos), 1960-2050

Fonte: INE, Recenseamentos gerais da população, 1960 a 2001 e projeções de população residente, 2000-2050

As mesmas estatísticas do INE (2011) refletem que, se por um lado, o grau do envelhecimento demográfico se enquadra nos padrões dos restantes países do Sul da Europa, constata-se, por outro lado, que o ritmo não é o mesmo em todas as regiões do País. As diferentes evoluções demográficas observadas a nível regional determinam assimetrias regionais do fenómeno do envelhecimento (INE, 2011).

Desde há muito que as regiões do interior do Continente se pautam por elevados níveis de envelhecimento da sua população, sobretudo, devido aos surtos migratórios, internos e externos, especialmente de população em idade ativa, com efeitos diretos na diminuição da natalidade e desertificação daqueles espaços.

Os resultados definitivos dos Censos 2011 apontam para uma superioridade numérica das pessoas idosas, comparativamente aos jovens. Esta situação de envelhecimento demográfico, em Portugal, assim como na maioria dos outros países, tem vindo a evidenciar-se cada vez mais. Através do quadro 1, podemos conhecer o número da população residente em 2011, em Portugal Continental e regiões autónomas da Madeira e dos Açores.

Quadro 1: População residente por Local de Residência e Sexo

<b>População residente (N.º) por Local de residência e Sexo; Decenal (1)</b>			
<b>Período de referência dos dados</b>			
<b>2011</b>			
<b>Sexo</b>			
<b>HM</b>	<b>H</b>	<b>M</b>	
<b>N.º</b>	<b>N.º</b>	<b>N.º</b>	
<b>Portugal</b>	10 561 614	5 047 387	5 514 227
<b>Continente</b>	10 047 083	4 799 593	5 247 490
<b>Região Autónoma dos Açores</b>	246 746	121 533	125 213
<b>Região Autónoma da Madeira</b>	267 785	126 261	141 524

Fonte: INE - Última atualização destes dados: 30 de novembro de 2011

Segundo os vários especialistas, o envelhecimento demográfico veio para ficar nas próximas dezenas de anos nos países desenvolvidos. Segundo o último relatório anual do Conselho da Europa sobre a “Evolução demográfica recente na Europa”, os portugueses serão menos de um milhão em 2050, sendo a população mais envelhecida, havendo perto de 2,5 idosos por cada jovem, como confirma o quadro 2



Quadro 2: Esperança de vida aos 65 anos, por sexo

Período de referência dos dados	Sexo	Esperança de vida aos 65 anos (Metodologia 2007 - Anos) por Sexo; Anual
		Local de residencia
		Portugal
		Ano
2009 - 2011	HM	18,62 &
	H	x
	M	x
2008 - 2010	HM	18,47
	H	16,64
	M	19,89
2007 - 2009	HM	18,19
	H	16,36
	M	19,67
2006 - 2008	HM	18,13
	H	16,25
	M	19,61
2005 - 2007	HM	17,99
	H	16,07
	M	19,48

Fonte: INE - Última atualização destes dados: 30 de Novembro de 2011

No mesmo seguimento, o Plano Nacional de Saúde (2012-2016) faz referência ao envelhecimento da população portuguesa, estimando que existam 1 709 099 pessoas idosas, correspondendo a 16,5% da população em geral. Da totalidade desta população, 41% tem idade igual ou superior a 75 anos e há um predomínio de género feminino em relação ao género masculino.

Este envelhecimento faz com que, nas últimas décadas, se tenha vindo a verificar uma modificação no modelo demográfico, passou de um modelo de elevada fecundidade e elevada mortalidade, para um modelo demográfico em que ambos se encontram em níveis mais baixos. Este facto provoca o estiramento da base da pirâmide de idades, com a redução dos crescimentos dos estratos populacionais mais idosos, como comprova a figura 2.

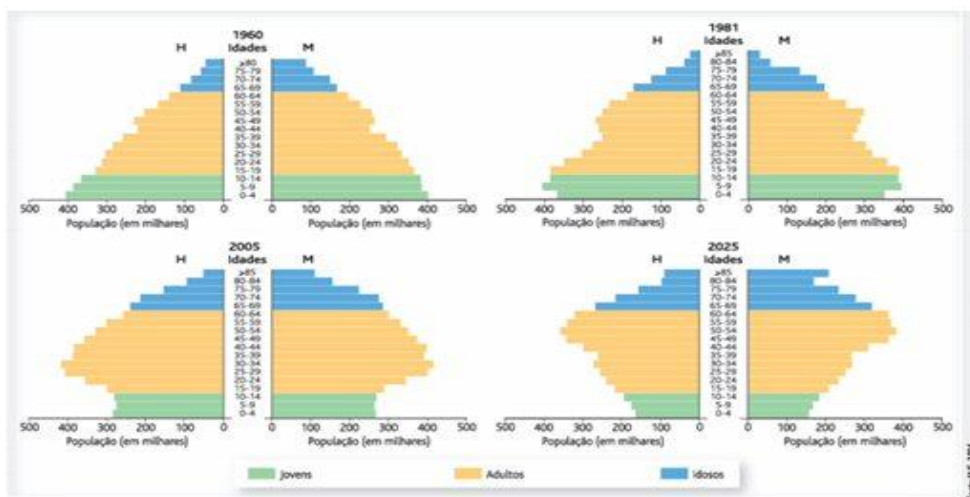


Figura 2: Evolução das pirâmides etárias da população de 1960-2025  
 Fonte: INE - Última atualização destes dados: 30 de Novembro de 2011

Esta inversão da pirâmide etária reflete o envelhecimento da população, sendo este aumento de longevidade associada a um aumento substancial das necessidades de apoio e de mais cuidados a esta faixa etária, colocando as famílias, profissionais de saúde, população em geral e governantes a mudanças significativas e novos desafios.

Este envelhecimento da população portuguesa deve-se ao contínuo decréscimo da taxa de natalidade (gráfico 2), à redução da taxa de mortalidade e ao aumento da esperança média de vida. Já o aumento da esperança média de vida resulta de uma melhoria das condições de vida, dos progressos da medicina, levando a uma melhoria da assistência médica.

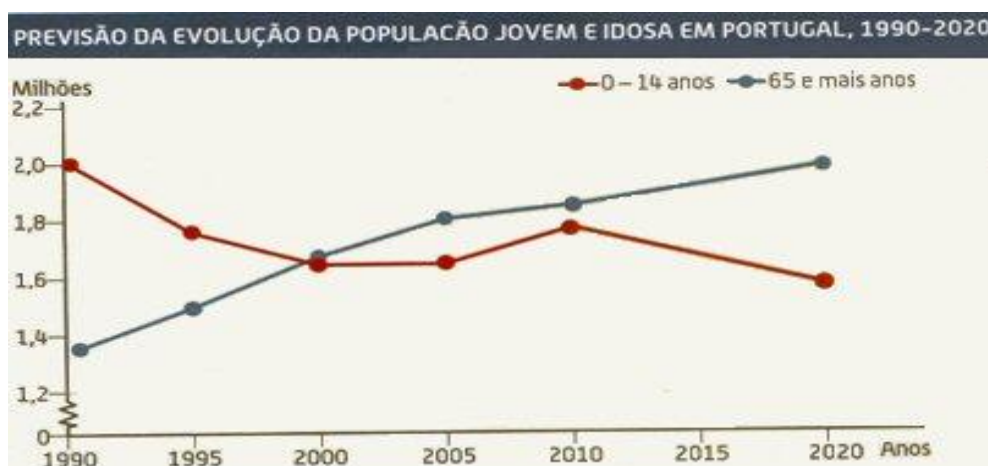


Gráfico 2 – Previsão da evolução da população jovem e idosa em Portugal, 1990-2020.  
 Fonte: INE - Última atualização destes dados: 30 de Novembro de 2011

O grupo dos mais idosos (com mais de 85 anos) é o que cresce mais rapidamente, aumentando substancialmente, não sendo o ritmo de crescimento uniforme. Segundo Stanhope e Lancaster (2011), quanto mais tempo um individuo viver, maior é a probabilidade

de viver ainda mais tempo. Quanto mais tempo um indivíduo viver, maior é a probabilidade de viver ainda mais tempo, Com o aumento da esperança média de vida, prevê-se que a idade média da população aumente cerca de 2 anos para as mulheres e 2,5 anos para os homens em 2050. Isto poder-se-á traduzir numa esperança média de vida de 84,7 anos para as mulheres e de 79 anos para os homens (INE, 2011).

Segundo Stanhope e Lancaster (2011), a idade cronológica é um modo arbitrário de projetar a necessidade de cuidados de saúde, e na população idosa há uma grande variação no estado da saúde de cada um.

As necessidades específicas das pessoas idosas e das pessoas com elevado grau de perda de autonomia, requerem por parte dos governos, respostas diferenciadas que obrigam, na organização social atual, a um processo integrador de duas dimensões: a da saúde e a da segurança social, que caminham lado a lado.

Neste âmbito, o Governo, através da Resolução do Conselho de Ministros de 7 de abril de 2005, criou a Comissão para o Desenvolvimento dos Cuidados de Saúde às Pessoas Idosas e às Pessoas em Situação de Dependência (constituída por despacho conjunto do Ministro da Saúde e do Ministro do Trabalho e da Solidariedade Social). Esta comissão surgiu para desenvolver um plano de ação que garanta a prática integrada dos cuidados continuados, promovendo a criação de serviços comunitários de proximidade e a articulação com os centros de saúde, hospitais e instituições de apoio social. Considerando prioritário a atuação da melhoria dos serviços e cuidados de saúde dos mais idosos e cidadãos em situação de dependência, dada a maior vulnerabilidade destes grupos sociais.

Contudo a realidade atual da nossa sociedade, na maioria das vezes, é outra, muito mais amarga. O facto de existirem mais idosos vulneráveis e dependentes agudiza a consciência dos problemas que estes enfrentam.

### **1.1.3 - Envelhecimento demográfico no Distrito da Guarda**

A Unidade Local de Saúde da Guarda presta cuidados de saúde pública, primários, diferenciados e continuados a cerca de 160.000 habitantes. A sua área de influência global perfaz um total de 4.930,5 Km<sup>2</sup>. A área geográfica de influência da Unidade Local de Saúde da Guarda é extensa, com uma orografia montanhosa e uma densidade populacional baixa. Os maiores aglomerados populacionais encontram-se na cidade da Guarda e de Seia como comprova a figura 3.



Figura 3: Mapa do distrito da Guarda  
 Fonte: Relatório de Gestão de Contas ULSG (2010)

Através da tabela 1, podemos verificar que a população do concelho do distrito da Guarda, onde é realizado o nosso estudo é de 9.672 utentes, sendo que pertencem ao género masculino (48,32%) e ao género feminino (51,68%), dados corroborados pelo INE (censos 2011). Com uma densidade populacional de 20,0 habitantes/km<sup>2</sup> e uma superfície de 484,5, constituído por 26 freguesias rurais e 1 freguesia urbana (sede de Concelho).

Tabela 1 - População e Área de Influência da ULSG

Área de Influência	Superfície (Km2)	População	Densidade
Almeida	518	6.844	13,2
Celorico da Beira	247,2	8.514	34,4
Figueira Castelo Rodrigo	508,6	6.459	12,7
Fornos de Algodres	131,5	5.173	39,3
Gouveia	300,6	15.162	50,4
Guarda	712,2	44.030	61,8
Manteigas	122	3.579	29,3
Meda	286	5.642	19,7
Pinhel	484,5	9.672	20,0
Sabugal	822,7	13.002	15,8
Seia	435,7	26.634	61,1
Trancoso	361,5	10.264	28,4
Total	4.930,5	154.975	31,4

Fonte: Relatório de Gestão de Contas ULSG (2010)

Quanto aos indicadores demográficos, verificamos através da tabela 2, que a estrutura etária da população residente na área de influência da ULSG revela-nos que 53% da população possui entre 25 a 64 anos de idade. A população com mais de 65 anos perfaz 25% do total de residentes. Os escalões mais jovens são os menos significativos, representando cada escalão 11 % da população, dados corroborados pelo INE (2011).

Um dos aspetos mais evidentes e característicos da evolução demográfica da área de influência da ULSG e concomitante do concelho em estudo é o forte envelhecimento da população, situação que se agravou nos últimos 10 anos. No entanto, isto não significa que existam idosos a mais, há é um reduzido número de jovens. De facto verifica-se que o número de idosos ultrapassa o número de jovens. Este fenómeno altera por completo a estrutura demográfica do concelho uma vez que permite concluir a existência de um duplo envelhecimento da base e do topo da estrutura etária. O Índice de Dependência dos Jovens diminuiu nestes 10 anos, enquanto o Índice de Dependência dos Idosos evoluiu de forma crescente.

Tabela 2 -Estrutura etária por área de influência

Área de Influência	0 aos 14 anos	15 aos 24 anos	25 aos 64 anos	Mais de 65 anos
Almeida	626	667	3.523	2.028
Celorico da Beira	1.012	917	4.353	2.232
Figueira Castelo Rodrigo	673	686	3.195	1.905
Fornos de Algodres	595	589	2.612	1.377
Gouveia	1.509	1.656	7.791	4.206
Guarda	6.033	4.997	24.115	8.885
Manteigas	381	409	2.040	749
Meda	567	598	2.773	1.704
Pinhel	1.018	898	4.963	2.793
Sabugal	1.067	1.233	6.193	4.509
Seia	2.967	3.010	15.078	5.579
Trancoso	1.156	1.200	5.206	2.702
Total	17.604	16.860	81.842	38.669

Fonte: Relatório de Gestão de Contas ULSG (2010)

Através da tabela 3, da estrutura etária da população residente na área de influência da ULSG podemos verificar que a taxa de mortalidade da população, em todos os concelhos com exceção da Guarda, é superior tanto à média de Portugal Continental (9,8%) como à média da

região centro (11,2%). Por sua vez, a taxa de natalidade é, em todos os concelhos, inferior à média nacional (9,3%) e regional (7,9%).

Tabela 3 - Taxa de Natalidade e Taxa de Mortalidade por área de influência

Área de Influência	Taxa de Natalidade	Taxa de Mortalidade
Almeida	3,6	16,6
Celorico da Beira	6,2	13,6
Figueira Castelo Rodrigo	5,7	18,3
Fornos de Algodres	6,7	17,5
Gouveia	4,9	17,6
Guarda	8,2	11,0
Manteigas	4,1	17,2
Meda	4,8	14,4
Pinhel	5,3	16,2
Sabugal	4,6	24,4
Seia	5,9	14,4
Trancoso	5,0	13,8
Continente	9,3	9,8
Zona Centro	7,9	11,2

Fonte: Relatório de Gestão de Contas ULSG (2010)

O índice de envelhecimento exprime a relação entre o número de idosos e a população jovem. Deste modo, constatamos através tabela 4, elevado nível de envelhecimento em toda a área de influência da ULSG.

Tabela 4 - Índice de Envelhecimento por área de influência

Área de Influência	Índice de Envelhecimento
Almeida	324,0
Celorico da Beira	220,6
Figueira Castelo Rodrigo	283,1
Fornos de Algodres	231,4
Gouveia	278,7
Guarda	147,3
Manteigas	196,6
Meda	300,5
Pinhel	274,4
Sabugal	422,6
Seia	188,0
Trancoso	233,7
Continente	120,3
Zona Centro	149,7

Fonte: Relatório de Gestão de Contas ULSG (2010)

O processo de envelhecimento demográfico que estamos a viver, associado às mudanças verificadas na estrutura e comportamentos sociais e familiares, determinará, nos próximos anos, novas necessidades em saúde, lançando enormes desafios aos sistemas de saúde no que se refere não apenas à garantia de acessibilidade e qualidade dos cuidados, como à sustentabilidade dos próprios sistemas e exigindo que, ao aumento da esperança de vida à nascença, corresponda um aumento da esperança de vida “com saúde” e sem deficiência.

Em suma, o concelho em estudo assistiu a um decréscimo acentuado dos seus habitantes na última década. Não admira quando sabemos que as áreas rurais, nas quais se insere o concelho, foram perdendo a sua atratividade, levando a uma diminuição de residentes, justificada, também, pela diminuição da natalidade, bem como, pelas saídas à procura de melhores condições de vida oferecidas por um ambiente urbano mais desenvolvido.

Esta alteração da estrutura demográfica pode vir a originar implicações ao nível da economia e da sociedade, nomeadamente, na esfera dos sistemas sociais como Segurança Social, Saúde e Educação. Ainda, segundo os dados do INE (2011) o concelho revela fortes sinais de uma região desertificada, características próprias de um concelho periférico situado

na região interior do País, sendo consequências naturais do posicionamento geomorfológico numa das regiões menos desenvolvidas do nosso País.

## 1.2 - IMPLICAÇÕES DO ENVELHECIMENTO

Sendo um facto o aumento da população idosa e dada a sua vulnerabilidade, justifica plenamente uma reflexão mais atenta sobre a mesma. Se numa fase inicial a preocupação com esta dinâmica demográfica esteve centrada, sobretudo, na sustentabilidade futura, atuando nas múltiplas áreas disciplinares que abordam a temática, hoje existe um vasto conjunto de literatura sobre o tema, com origem, nos mais variados domínios de investigação. Assim, no entender de Henrard (1997; cit. por Vaz, 2009). o envelhecimento é um conceito de duplo sentido que engloba a senescência como expressão do “desenrolar do tempo biológico, e o avanço da idade como o desenrolar do tempo cronológico”.

As pesquisas sobre o fenómeno do envelhecimento biológico são mais atuais do que nunca, nomeadamente devido ao rápido aumento da população da terceira idade, tanto nos países industrializados, como também no terceiro mundo. Fontaine (2000:89) refere que “resulta da vulnerabilidade crescente e de uma maior probabilidade de morrer, a que se chama senescência”.

Desde o início do século, que a esperança de vida nos países industrializados aumentou de forma espetacular e nada permite prever ou considerar uma inversão desta tendência nas próximas décadas. O mesmo autor refere que:

A senescência é definida habitualmente como o conjunto dos processos biológicos que, na medida em que a idade avança, coloca os indivíduos mais sensíveis aos fatores [sic] suscetíveis de levar à morte. A morte pode acontecer após o declínio das capacidades de adaptação do organismo para manter as suas funções internas face às agressões exteriores tais como as doenças ou os acidentes. (Henrard, 1997: 1; cit. por Vaz, 2006:102).

Também refere que o envelhecimento é um fenómeno biológico comum do reino animal, e vegetal, embora nem todos os envelhecimentos sofram alterações da mesma maneira, e ao mesmo ritmo. Assim, o ser humano não envelhece de uma forma básica mas sim paulatinamente, pelo que a “velhice” instala-se de uma forma progressiva e natural, na maioria dos casos.

Sendo o envelhecimento um processo ao qual estão sujeitos todos os seres vivos e, muito embora já se tenha estudado sobre este fenómeno, não existe consenso sobre o que o causa. O facto da prevalência de doenças, sobretudo de doenças crónicas, ser crescente com a idade, dificulta a avaliação e a distinção do que corresponde ao envelhecimento normal ao



envelhecimento patológico, mas importa sublinhar que não deve ser aceite o estereótipo criado de que o **ser idoso é um ser doente**. Isto quer dizer que sendo o processo de envelhecimento universal, ele não afeta todos os indivíduos da mesma forma. O processo de envelhecimento não se repercute da mesma forma nos diferentes órgãos ou sistemas de um mesmo indivíduo. Trata-se, por isso, de um processo diferenciado e diferenciador. Contudo, importa salientar que nem todas as pessoas envelhecem da mesma maneira (a variação da diferenciação dos indivíduos aumenta com a idade), nem os órgãos ou sistemas envelhecem simultaneamente: o que é comum é a diminuição da reserva funcional, sendo que os indivíduos levam cada vez mais tempo a reagir ao *stress* e a recuperar a homeostase (Berger et al, 1995; cit. por Imaginário, 2008).

Também, Okuma (1998, cit. por Santos, 2002) acrescenta que a velhice não é definível por simples cronologia, mas sim pelas condições físicas, funcionais, mentais e de saúde do indivíduo, sugerindo que o processo de envelhecimento é pessoal e diferenciado. Nessa perspectiva, a autora considera que o envelhecimento humano constitui um padrão de modificações e não um processo unilateral. Ele corresponde à soma de vários processos entre si, os quais envolvem aspetos biopsicossociais. Portanto, na velhice, como em qualquer outra idade, há pessoas sãs e pessoas doentes. A verdade é que muitas das enfermidades supostamente próprias da velhice e que já existiam antes, manifestando-se com menor intensidade, com a chegada da velhice, aceleram o seu curso. Isto não exclui o facto de que, com o passar dos anos, processam-se no organismo mudanças naturais que constituem uma velhice sã e normal.

Em síntese, poderemos dizer que o processo de envelhecimento comporta modificações físicas e psicossociais, mas que o envelhecimento não é doença, nem está necessariamente associado a doença ou incapacidade. Assim, a maioria das pessoas idosas continuam a ser autónomas até idades bastantes avançadas, não necessitando de ajuda para realizar as atividades de vida diária, comunicando sem dificuldades importantes com os seus semelhantes e participando na vida social e económica do seu país (OMS, 2002).

Neste sentido, abordaremos, neste trabalho, alguns dos aspetos intervenientes das funções biológicas e psicológicas e sociais da pessoa idosa e as suas implicações na saúde para que possamos refletir acerca desta temática.

### 1.2.1 - Envelhecimento biológico

O envelhecimento é marcado por alterações não só a nível biológico, mas também a nível psicológico, social e ao nível das relações interpessoais entre indivíduos.

De acordo com Schroots e Birren (1980; cit. por Fontaine, 2000), consideram que, “o envelhecimento tem três componentes: o processo de envelhecimento biológico que resulta da vulnerabilidade crescente e de uma maior probabilidade de morrer, a que se chama senescência; o envelhecimento social, relativo aos papéis sociais apropriado às expectativas da sociedade para este nível etário; o envelhecimento psicológico, definido pela autorregulação do indivíduo no campo de forças, pelo tomar decisões e opções, adaptando-se ao processo de senescência e envelhecimento.

Já Birren Cugningham (1985), referido por Fontaine (2000:23), sustenta que “cada indivíduo não tem uma, mas sim três idades diferentes: a sua idade biológica, a sua idade social e a sua idade psicológica”. Ainda para o mesmo autor, a “*idade biológica*” está ligada ao envelhecimento humano. Cada órgão sofre modificações que diminuem o seu funcionamento durante a vida, e a capacidade de autorregulação torna-se também menos eficaz. Há claramente uma distinção entre idade cronológica e idade funcional, em que esta última depende das características específicas de cada indivíduo e do modo como as desenvolveu ao longo da vida. Marchand (2001; cit. por Vaz, 2009) realça que, atualmente, já não se questiona que o envelhecimento seja um facto biológico inevitável, associado ao código genético de cada um, mas questiona-se que haja correspondência exata entre envelhecimento físico e declínio intelectual. A autora reafirma essa correspondência, fazendo sobressair uma evolução em que a cognição e a afetividade interagem fortemente na idade adulta mais velha.

Com a chegada da velhice as alterações anatómicas são as mais visíveis e as que se manifestam em primeiro lugar (Netto, 2004). Os cabelos embranquecem, caem mais facilmente e com mais frequência, não sendo naturalmente substituídos. A pele fica mais seca, tornando-se mais quebradiça e pálida, perdendo o brilho natural. O enfraquecimento do tônus muscular e da constituição óssea leva a mudanças na postura do tronco e das pernas. As articulações tornam-se mais endurecidas, reduzindo assim a extensão dos movimentos e produzindo alterações no equilíbrio e na marcha. Fisiologicamente podem ser observadas características como a lentidão do pulso, do ritmo respiratório, da digestão e assimilação dos alimentos. Em suma, há decadência de alguns órgãos vitais (coração, fígado, rins, pulmões etc.) e alterações no metabolismo basal. Assim, o envelhecimento biológico é caracterizado pela diminuição da taxa metabólica, como consequência da redução das trocas energéticas do

organismo, levando a uma diminuição acentuada da capacidade de regeneração da célula, o que leva ao envelhecimento dos tecidos (McArdle, Katch e Katch, 1998; cit. por Sequeira, 2010). Estas constatações associadas ao envelhecimento intrínseco implicam a diminuição da capacidade funcional.

Como fenómeno biológico, o envelhecimento tem sido interpretado com teorias que explicam as causas do envelhecimento celular e do aparecimento de perturbações de saúde que diminuem as probabilidades de sobrevivência quando a idade avança. Nem sempre as alterações funcionais e estruturais são coincidentes com o envelhecimento cronológico pautado pelo calendário. Do assincronismo entre os dois modos de envelhecimento decorrem as variações físicas/mentais, variáveis nos idosos com a mesma idade.

A abordagem das teorias do envelhecimento celular emergiu no século XIX resultado das pesquisas de um grupo de médicos, tais como; Bichat, Broussais, Charcot e Louis que propuseram a utilização de novas técnicas e teorias para o tratamento de pessoas mais velhas (Haber, 1998; cit. por Vaz, 2006). A mesma autora refere que, até esse período, a medicina não separava as “pessoas de idade” dos outros pacientes, prescrevendo-se terapêuticas de forma indiferenciada, sem consideração das especificidades das idades do organismo:

(...) a velhice passou a ser vista como um estado patológico qualitativamente diferente, com uma natureza fisiológica própria. (...) Nesse processo de reformulação, o envelhecimento veio a ser definido como uma doença progressiva, causadora de múltiplas modificações fisiológicas (Groisman, 2002; cit. por Vaz, 2006:71).

Foi Charcot (1825-1893) que, na história da geriatria do século XIX, se destacou, realizando estudos durante 20 anos no Hospice de la Vieille-Femmes de Salpêtrière em Paris. Este estudioso observou minuciosamente muitas das pacientes internadas, registando todos os seus movimentos, reflexos e sensibilidades para depois poder compará-los entre eles. Aquando da deteção das doenças de maior prevalência nas “pessoas de idade” pôde afirmar que as obras médicas que até então se referiam à “idade senil”, eram simples textos literários, filosóficos ou pura imaginação.

Assim, “*atrofia*” é, para Charcot s.d., o termo que melhor designa as alterações anatómicas dos órgãos e dos tecidos (Vaz, 2006). A atrofia generalizada nos indivíduos manifesta-se, nas “pessoas de idade”, por uma diminuição da estatura, do peso e por um emagrecimento mais ou menos acentuado.

A perda de autonomia, leva a uma dependência física, podendo refletir-se ao nível da marcha, locomoção, higiene e alimentação, entre outras. Esta dependência depende ainda de alterações como perda de visão, da audição, da fala, da orientação e do estado de espírito.

## 1.2.2 - Envelhecimento psicológico

Schroots e Birren, (1980, cit. por Fontaine, 2000:89) refere que o envelhecimento psicológico pode ser “Definido pela autorregulação do indivíduo, no campo das forças, pelo tomar decisões e opções adaptando-se ao processo de senescência e envelhecimento”

No domínio do estudo do envelhecimento psicológico, foi na Rússia, onde se destacou Pavlov (1894-1936) com os estudos de conexões entre os aspetos fisiológicos e psicológicos, estudando as funções dos sistemas nervoso central e os modos de comportamento observáveis. Pavlov, ao desenvolver experiências com animais, demonstrou que os animais mais velhos reagiam a estímulos rápidos num estado de confusão o que foi atribuído a uma menor condutibilidade das vias nervosas. Esta teoria é ainda hoje usada para explicar os processos de envelhecimento no processo de aprendizagem.

A evolução dos estudos neste período contrariou a ideia sustentada pela perspectiva psicométrica de que a cognição durante a idade adulta sofre um progressivo declínio associado à deterioração neurológica que acompanha o processo de envelhecimento. Foi a perspectiva Piagetiana, que introduziu a ideia de que não são os produtos da inteligência que devem ser estudados, mas sim os processos através dos quais esses produtos são construídos.

Sequeira (2010) vem corroborar essa perspectiva, referindo, que as alterações corporais no idoso têm repercussões psicológicas, que se traduzem na mudança de atitudes e comportamentos, não fosse o envelhecimento, um processo dinâmico e complexo. Segundo o mesmo autor (2010), o envelhecimento psicológico depende de fatores patológicos, genéticos, ambientais e do contexto sociocultural, em que o idoso se encontra inserido e da forma como cada um organiza e vive o seu projeto de vida.

Confirma-se assim, que a idade psicológica respeita as competências comportamentais que a pessoa pode mobilizar em resposta às mudanças do ambiente. Inclui as capacidades amnésicas (a memória), as capacidades intelectuais (a inteligência) e as motivações para o empreendimento. Ficando claro, que a manutenção de atividades significativas, no projeto de vida de cada um, constitui um fator de equilíbrio por excelência (Sequeira, 2010).

Baltes e Baltes (1999; cit. por Sequeira, 2010) apresentam um modelo psicológico de envelhecimento bem-sucedido, no qual o idoso saudável mantém a funcionalidade em domínios bem definidos, dando sentido e significado à sua existência, garantindo uma compensação, relativa às possíveis perdas, associadas ao processo de envelhecimento.

A saúde surge sistematicamente, como o aspeto mais importante da vida do idoso, sendo uma das variáveis determinantes da satisfação do seu projeto de vida. (Brito, 2003;

Santos, 2008; Imaginário, 2008; Fernandes, 2009; Ricarte, 2009; e Pinto et al,2010). Assim, para que o idoso possua saúde, é fundamental haver um ajuste entre o idoso e o meio. O bem-estar, com saúde, é um estado que engloba o corpo e a mente, não sendo esses estáticos, visto que os nossos sentimentos estão continuamente a relacionar-se com o mundo à nossa volta. Estes fatores são referidos pela OMS, (1998), quando diz que no séc. XXI, não só vivemos mais, mas também gozamos de uma melhor qualidade de vida, ou quando usa lemas com “dar mais vida aos anos...”, “...dar mais saúde aos anos...” ou ainda, “...Dar mais anos à vida...”).

### **1.2.3 - Envelhecimento social**

Olhar o idoso na atualidade, enquanto agente de uma sociedade em mudança, torna-se, em nosso entender, um desafio. Com efeito, o envelhecimento acarreta alterações profundas na sociedade, destacando-se Fernandes (2002:56), ao salientar que “o problema social que representa a velhice nas sociedades modernas é um exemplo paradigmático da forma como certas perspectivas, científicas e não científicas, podem contribuir para deformar através da difusão de ideias e representações já construídas do que é a velhice”.

Todavia, sendo o envelhecimento um problema social, “Relativo aos papéis sociais apropriado às expectativas da sociedade para este nível etário” (Fontaine, 2000:102), a velhice passou a mobilizar pessoas, meios, esforços e atenções por parte dos vários agentes, sendo esta preocupação crescente, relativamente a este fenómeno, por parte das instituições governamentais e de saúde, demonstrada através de investigações e de políticas próprias, relativas e dirigidas, à pessoa idosa.

A perda da autonomia, será exatamente o contrário de autonomia, isto é, a interdição ou a incapacidade de escolha das suas regras de conduta, da orientação dos seus atos, com os seus riscos ou suas satisfações. Porém, essas pessoas continuam a ter direito ao direito de si próprios e dos outros.

Um estudo efetuado por Mizrahi e Mizrahi (1997; cit. por Vaz, 2009) sobre a morbilidade individual, em França, mostra que na ausência de qualificação, a situação de desemprego aparece como um dos riscos sociais mais importantes que contribuem para o envelhecimento prematuro:

Os desempregados acusam um envelhecimento prematuro de cerca de 3 anos por relação aos ativos.[sic] (...) uma diferença de envelhecimento relativo de mais de 5 anos entre um operário não qualificado no desemprego e um quadro superior no ativo[sic] (Vaz, 2009:10).

É uma imagem de desconfiança e ceticismo na sua capacidade de adaptação, associada a estereótipos expressos na visão de que as ‘pessoas de idade’ “não servem para nada”, que “estão desatualizados” e “não aderem à mudança notória da imagem negativa atribuída pela sociedade moderna ao trabalhador”. Essa falta de confiança é justificada com a influência que essa imagem negativa exerce, carecendo de fundamento, a atribuição de falta de confiança nas próprias faculdades. É a sensação de inutilidade, de medo do futuro, que o idoso receia de ficar submetido à tutela dos filhos e da sociedade. Assim, a idade social, refere-se ao papel, aos estatutos e aos hábitos da pessoa, relativamente aos outros membros da sociedade, sendo fortemente determinada pela cultura e pela história de um país.

A exclusão profissional induz quer a perda do estatuto conferido pela atividade profissional, quer a perda do reconhecimento social que ela sustentava. A esta, inclui-se a passagem à situação de reforma, como perda de identidade anteriormente alicerçada num desempenho profissional que facilitava as trocas sociais. A reforma, como marco cronológico da velhice, representa, tendencialmente, (...) “um momento de alto risco para o equilíbrio e o bem-estar psicológico da pessoa”. (Cordeiro, 1987; cit. por Vaz, 2009:235) A ausência de atividade profissional associa-se a um sentimento de perda de meios pessoais de fazer face ao *stress* de origem interna (angústia), ou o *stress* de origem externa (aquele que deriva de situações de mudança (Santos, 2008; Imaginário, 2008 e Ricarte, 2009).

Todo este processo de mudança do estado de saúde, nos papéis desempenhados socialmente, nas expectativas de vida, nas habilidades socioculturais ou mesmo na capacidade de gerir as respostas humanas, requer que o ser humano interiorize um novo conhecimento, suscetível de alterar o comportamento e, conseqüentemente mudar a definição de si no contexto social (Garcia, 1994; cit. por Santos, 2008).

O envelhecimento é frequentemente caracterizado como um “*handicap*” físico e psíquico, que o colocam em estado de maior dependência em relação aos que o rodeiam e à sociedade, provocando situações de tensão que podem levar à depressão.

No plano social, o idoso dependente necessita de manter o equilíbrio fisiológico e emocional, já que “... a existência de preconceitos em relação ao idoso, estereótipos ou atitudes negativas, a perda de estatuto e mesmo o crescente aumento de violência social representam fatores precipitantes da perda da autonomia” (Fernandes, 2002:49).

Segundo Sequeira (2007:87), “a monitorização da saúde, o suporte social, o apoio familiar e o apoio formal/informal ao nível da assistência são fundamentais para a promoção da saúde e da funcionalidade”. O mesmo autor refere ainda que para que esta realidade se concretize, é necessário ajudar os idosos a reforçar ou a encontrar um projeto/significado de

vida, mesmo em contexto de défices. Este apoio deve ser prestado por elementos significativos e em articulação com as instituições de saúde, sociais ou comunitárias, não descurando as preferências individuais e coletivas dos mais velhos, de modo a facultar bem-estar emocional e psicológico.

Nesta perspetiva, o Ministério da Saúde (2004) preconiza um envelhecimento ativo, para evitar que esta nova etapa da vida se associe a algo “penoso” e seja encarada em termos negativos. Refere também, que um envelhecimento bem sucedido, com qualidade de vida, está em grande parte dependente da saúde uma vez que, existe uma forte correlação entre uma “boa saúde” e a autonomia e dependência do idoso.

### 1.3 - ENVELHECIMENTO E DEPENDÊNCIA NO IDOSO

Se numa fase inicial a preocupação com a população idosa esteve centrada, sobretudo, na sustentabilidade futura, atualmente as áreas disciplinares que abordam a temática são múltiplas. Vários autores, conhecedores da dura realidade da dependência do idoso, decidiram investigar, dando origem a um vasto conjunto de literatura sobre o tema, com origem, nos mais variados domínios de investigação.

Imaginário (2008:45).refere que “aceitar o envelhecimento, assumi-lo nas suas grandezas e misérias, viver com ele, é provavelmente a maior tarefa que um homem enfrenta”

A maior parte das pessoas desfrutam de uma saúde que lhes permite viver de uma forma independente (Santos, 2000; cit; por Imaginário, 2008). Esta mesma autora considera independência quando se consegue alcançar um nível aceitável de satisfação das necessidades, através de ações adequadas, sem ajuda de outra pessoa. Mas este fenómeno, não se encontra presente em todas as pessoas idosas, dado que a grande maioria necessita de ajuda de outras pessoas para a realização de atividades da sua vida diária.

Assim, Garcia (1994; cit. por Pinto et al, 2010.10) apresenta como definição de dependência:

“(…) situação na qual uma pessoa carente de meios para conseguir bens ou serviços económicos essenciais a um nível de vida mínimo vê-se obrigada a solicitar e a aceitar assistência pública ou privada. Condição de vida de uma pessoa, cujo desenvolvimento normal depende, em parte ou no todo, de fatores[sic] alheios aos seus próprios recursos”.

Também (Vilão, 1995; cit. por Ricarte, 2009:26), refere, que a pessoa dependente “é aquela que “...necessita de transferir para terceiros as atividades tendentes à satisfação das necessidades humanas básicas no contexto de uma doença crónica, incapacitante ou

deficiência”. Já o Conselho de Europa (1998) define dependência como “ a necessidade de ajuda e assistência nas necessidades de vida diária” ou “ o estado em que se encontram as pessoas que, por perda de autonomia física, psíquica ou intelectual, tem necessidades de ajuda na realização das atividades do cotidiano, de modo particular, nos cuidados pessoais”. A CIPE (2010:107) vem corroborar a mesma ideia, definindo dependente como “estado de dependência com as seguintes características específicas: estado de estar dependente de alguém ou de alguma coisa, para ajuda ou apoio”.

Sequeira (2008) refere que esta definição incorpora: uma limitação física, psíquica ou intelectual, a incapacidade da pessoa para realizar por si próprias as atividades de vida diária, e a necessidade de assistência por parte de outra pessoa.

O Governo Português, através do Decreto-lei nº 101, de 6 de Junho de 2006, descreve o conceito de dependência, como sendo:

(...) “a situação em que se encontra a pessoa que, por falta ou perda de autonomia física, psíquica, intelectual, resultante ou agravada por doença crónica, demência orgânica, sequelas pós- traumáticas, deficiências, 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 atividades de vida diária”,

Em suma, dependência é a incapacidade que cada individuo tem, por razões ligadas à perda de autonomia física, psíquica ou intelectual, com necessidade de uma ajuda importante a fim de realizar necessidades específicas resultantes da realização das atividades da vida diária. Consideramos que todas estas definições de dependente são imperiosas para a compreensão da complexidade deste conceito, uma vez que todas elas se complementam, abrangendo toda a sua dimensão desta definição.

Segundo os autores consultados, a dependência nos idosos verifica-se com mais frequência face aos obstáculos que o impossibilitam de satisfazer as suas necessidades de vida diária, a ausência de afeto familiar, o isolamento, a solidão e a inatividade proveniente da reforma. (Santos, 2008; Andrade, 2009; Imaginário, 2008; Ricarte, 2009; e Pinto et al, 2010).

Mas, sabemos que, em determinadas situações, o idoso apenas necessita de ajuda para adquirir ou readquirir a sua independência e autonomia, a fim de manter o equilíbrio fisiológico e emocional.

Saur Hernández e Sangüesa Giménez (2000; cit. por Imaginário, 2008:67) classificam a autonomia dos idosos em três grandes grupos, como se pode observar através da figura 4





Figura 4: Autonomia dos Idosos

Fonte: Cristina Imaginário (2008) O idosa dependente em contexto Familiar

Os conceitos de independência e autonomia têm a vantagem de mostrar as diferentes combinações possíveis, que acontecem no idoso. Assim o idoso pode ser autônomo e independente, dependente e autônomo ou seja, pode ter necessidade de ajuda para realizar as atividades de vida diária, o que lhe provoca dependência, mas manter a autonomia, porque decide do seu modo de vida. Pode ainda ser independente e não autônomo, quando lhe é interdito a escolha de regras do seu comportamento, não por uma situação de dependência, mas porque é interdita ao idoso fazer escolha das regras das suas atividades, não por incapacidade, mas porque se encontra inserido numa instituição, onde este não dependente, perde parcial ou totalmente a sua autonomia. Por último, o idoso pode ser dependente e não autônomo, quando depende completamente de terceiros para satisfazer as suas necessidades de vida diária.

## 2. - A PRESTAÇÃO DE CUIDADOS AO IDOSO DEPENDENTE

### 2.1 - O IDOSO DEPENDENTE

Cada vez mais nestes anos, dispomos de uma quantidade maior de estudos sobre a psicologia do envelhecimento, ajudando-nos assim a compreender a dinâmica do processo de envelhecimento do ser humano; a passagem do tempo, incidências nas suas vidas, da doença e dependência. Assim, o aumento de longevidade traz consigo uma maior prevalência das doenças crônicas e de dependências nas atividades da vida diária.

Aliado ao envelhecimento, está o conceito de dependência. Segundo Veríssimo, (2004:34), dependência é “ (...) uma função que varia ao longo da vida, implicando reajustamentos criados pelo próprio indivíduo”. Entende-se a função como a capacidade da pessoa em se adaptar aos problemas do dia-a-dia “ (...) incluindo a sua participação como indivíduo na sociedade, ainda que apresente alguma limitação física, mental ou social.

O termo dependência visto à luz do envelhecimento liga-se ao conceito de fragilidade, ou seja, uma vulnerabilidade do indivíduo em relação aos desafios com que se depara no seu dia-a-dia. Esta vulnerabilidade, esta perda progressiva de adaptação ao seu meio envolvente, decorrente de várias situações, levam o indivíduo a ficar frágil e dependente de terceiros. Assim, a independência/dependência podem ser consideradas como dois extremos de um *continuum* onde as pessoas se movem e que existem em relação a algo ou alguém para realizar uma tarefa. Se a pessoa é independente, quer dizer que para realizar essa tarefa recorre aos seus próprios meios, atingindo um nível aceitável de satisfação das suas necessidades. Se o indivíduo é dependente, não consegue bastar-se a si próprio para a realização das tarefas, não conseguindo atingir um nível aceitável de satisfação das suas necessidades sem a ajuda de terceiros.

As pessoas não são sempre independentes ou dependentes. Ao longo de todo o ciclo da vida, movem-se num *continuum* independência/dependência, sendo, em algumas alturas, mais dependentes do que noutras (Stanhope e Lancaster, 2011) As mesmas autoras, referem que “ o nível aceitável de satisfação é um nível que permite a presença de um equilíbrio fisiológico e psicológico que se manifesta por estados satisfatórios de bem-estar. No entanto,

uma necessidade pode permanecer ligeiramente insatisfeita sem necessitar de ajuda de outrem”. São precisamente segundo as mesmas autoras, as pessoas com 75 e mais anos, os denominados “mais idosos”, que suscitam maiores preocupações, principalmente na área dos cuidados de saúde, dado ser evidente e compreensível a estreita relação entre o aumento da longevidade e uma maior morbidade. Esta população tem conseqüente aumento das necessidades de apoio de cuidados pessoais e de saúde.

O que levou Relvas (2000) a referir que o envelhecimento é uma importante questão familiar, independentemente da vivência conjunta ou separada (em termos físicos) das gerações, pela existência de uma especificidade do relacionamento familiar nesta etapa do ciclo de vida. A função é avaliada com base na capacidade de execução das atividades básicas e instrumentais da vida diária

Surge assim, em todo o mundo ocidental, a problemática da prestação de cuidados a idosos que, até agora, e na maior parte dos casos, tem estado a cargo dos familiares.

Tomando como referencia as influências desse grupo populacional para a vida de um país, a Assembleia Geral das Nações Unidas, sintetizou alguns princípios que regem os direitos sociais das pessoas idosas, entre os quais destacamos: a possibilidade de residência no seu próprio domicílio durante o tempo que desejava; viver com dignidade e segurança, livre de explorações e de maus tratos físicos e mentais.

## 2.2 - AS NECESSIDADES DO IDOSO DEPENDENTE

Ao debruçar-se sobre a motivação Maslow, fala das necessidades fundamentais, propondo uma hierarquia, com cinco categorias: necessidades fisiológicas, de segurança, pertença, estima e de realização pessoal. As duas primeiras situam-se no plano da sobrevivência, e as restantes no campo da vida social.

A satisfação dessas necessidades é feita ao longo da vida de uma forma dependente e independente, sendo numa primeira fase da vida satisfeitas por terceiras pessoas. O mesmo acontece à medida que a idade vai avançando, sendo na essência, as mesmas que em outras etapas da vida. Da mesma forma como acontece no reino animal, o ser humano tem necessidades mesmo antes de nascer. Sendo a satisfação de certas necessidades humanas indispensáveis à sobrevivência, ao crescimento, desenvolvimento e bem-estar de todo o indivíduo. (Stanhope e Lancaster, 2010:101).

Apesar da melhoria do nível de vida da população em geral, ocorrida nas últimas décadas, esta melhoria apenas ocorreu em alguns grupos de idosos, sendo os outros expostos a novos constrangimentos, que brotam não só da sua situação de inatividade, insuficiência de recursos ou de situação de saúde mais fragilizada, mas também, porque uma grande maioria são expostos ao abandono e à solidão (Pires, 1994; cit. por Imaginário, 2008; Santos, 2008; Andrade, 2009 e Fernandes, 2009). Enumeras necessidades são frequentemente manifestadas pelos mais idosos, emergindo da perda progressiva da capacidade física, alterações dos processos sensoriais, perceptíveis, cognitivos e afetivos, transformações da auto estima/autoimagem, o que leva a um isolamento social e familiar. Estas necessidades, não se manifestam somente no domínio biológico e psicológico, mas também no domínio sociológico, cultural e espiritual, como já foi referido anteriormente.

Com um tão elevado índice de longevidade, verificamos um grande esforço de adaptação dos mais idosos à reforma, apresentando por vezes problemas de saúde, diminuição dos rendimentos ou sofrendo a perda do cônjuge. Como nos dizem Stanhope e Lancaster (2011), para o estágio familiar designado por "família idosa", as tarefas de desenvolvimento familiar são a adaptação à reforma, a manutenção de modos de vida satisfatórios, a diminuição dos rendimentos aos problemas de saúde ou a morte de um dos elementos do casal. Encontramos nesta fase do ciclo vital, uma adaptação à nova forma de vida, em que é necessária a aceitação da passagem à reforma e ao novo estilo de vida.

A dor está presente, resultando por vezes nos familiares um abrandamento no ritmo da vida quotidiana, uma dificuldade em tomar decisões, uma perda do gosto de viver e de autoestima. Têm que se gerir os afastamentos da família e do doente, os quais vivem as mesmas fases emocionais. Posteriormente, a impotência face à perda, leva a um período de desestruturação familiar, surgindo frequentemente uma depressão reacional, não patológica (Ahya et al, 2000; cit. por Richarte, 2009). Surgindo como uma perturbação da dinâmica familiar, do exercício do papel, das interações sociais, emergindo estratégias de adaptação quer no âmbito individual, quer no âmbito familiar

De alguma maneira, a patologia individual converte-se em patologia familiar, porque todos sentem a influência negativa do sofrimento da família, como tal, não é a mesma antes durante e depois da doença. Esta "nova família" surgirá em função da sua estrutura anterior do momento evolutivo da história familiar, do momento afetado pela doença, da gravidade, do tipo do processo patológico e das crenças associadas a essa doença.

### 2.3 - OS CUIDADORES INFORMAIS/FAMILIARES

Como já referimos, a Organização Mundial de Saúde (2002) estima que, nos próximos vinte anos, aumentem substancialmente as necessidades de cuidados de saúde da população mais idosa, paralelamente a um aumento acentuado da prevalência de doenças não transmissíveis e de evolução prolongada.

Assim, o domicílio é visto como um espaço em que pessoas portadoras de doenças crónicas e outras patologias, idosos vulneráveis e dependentes, podem viver com melhor qualidade e manter a doença de forma estável (Santos, 2008; Andrade, 2009; Imaginário, 2008; Fernandes, 2009; Ricarte, 2009; e Pinto et al, 2010).). Tenta-se assim, fazer com que as pessoas mais velhas consigam permanecer nas suas casas a maior parte do tempo possível e com o máximo de autonomia. Surge, então, a necessidade de maiores cuidados e acompanhamento dessas pessoas, sendo que grande partes delas passam a coabitar e a ser cuidadas pelas respetivas famílias.

Os cuidados prestados aos idosos dependentes, no ambiente domiciliário, podem ser de dois tipos: cuidados formais - prestados no âmbito profissional - e cuidados informais, - prestados pela rede familiar ou pelos vizinhos e amigos. Sendo o cuidado informal, todo o cuidado prestado parcial ou total, à pessoa com dependência por pessoas pertencentes à família. Carletti e Rejani (1999; cit. por Ricarte, 2009) refere que cuidar pode dividir-se em formal ou informal, sendo o cuidado formal constituído pelos cuidados prestados pelas agências do sistema formal de saúde aos indivíduos que deles necessitam, e o cuidado informal os prestados pela família ou comunidade à pessoa com dificuldades ou impossibilitada de se auto cuidar, o mesmo é referido pelos autores consultados (Santos, 2008; Imaginário, 2008; Andrade, 2009; Fernandes, 2009; Brito, 2003 e Pinto et al, 2010).

Também a Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE, 2010:72) refere que prestador de cuidados, é o: “ indivíduo com as características especiais: aquele que assiste na identificação, preparação ou tratamento da doença ou incapacidade, aquele que atende às necessidades de um dependente”.

Através das inúmeras referências bibliográficas, podemos dar como definição de cuidador como sendo a pessoa que dá assistência a alguém, que por incapacidade precisa de ajuda. Um cuidador que não auferir qualquer tipo de rendimento financeiro por prestar cuidados é designado por cuidador informal. Geralmente, estes cuidadores são membros da família, amigos ou vizinhos como é referido por Grilo (2009; cit. por Pinto et al, 2010).

Dentro da família existe sempre um familiar que assume a responsabilidade de cuidar do idoso dependente. Este familiar que passa mais tempo na prestação de cuidados pode chamar-se de cuidador principal ou primário. Os restantes membros da família, que, apesar de prestarem algum tipo de cuidados, não assumem essa responsabilidade na totalidade, são chamados de cuidadores secundários. Alguns estudos “ (...) demonstram que, para além do prestador principal, existem outros elementos que asseguram o papel de prestadores secundários na ausência do primeiro ou em complemento” (Mendonça, Martinez e Rodrigues, 2004; cit. por Pinto et al, 2010:37).

A pessoa pode tornar-se cuidador de várias formas; por instinto, quando motivada inconscientemente a prestar auxílio a alguém que necessita dele; por vontade própria, quando motivada com intuito de satisfazer as emoções pelo meio da relação com o outro; por capacidade, quando é a pessoa que tem formação técnica; e por conjuntura, quando se encontra numa situação extrema não havendo outra opção, ou por uma mistura de todas elas. (Maia et al, 2003; cit. por Ricarte, 2009).

Em termos gerais, a motivação e as causas que levam os cuidadores a iniciar ou continuar a prestação de cuidados são várias, tais como: “ (...) tradições de um país, pelas normas sociais, pelo estágio de evolução relativamente às modificações da estrutura familiar, pela conceção da vida, pela história de cada indivíduo (...) ” (Santos, 2008:23).

Em suma, a pessoa torna-se cuidador; por **amor**, que é um sentimento que não requer explicação científica; por **gratidão**, na qual se consideram as experiências passadas; por **moralidade**, que segue basicamente as expectativas de uma sociedade; por **solidariedade conjugal**, filial ou familiar; por **vontade própria em promover cuidados**; pela **componente religiosa**. (Santos, 2008; Imaginário, 2008; Andrade, 2009; Fernandes, 2009; Ricarte, 2009; Pinto et al, 2010).

### 3. - A FAMÍLIA COMO CUIDADOR PRINCIPAL

O conceito de cuidar desenvolveu-se ao longo da história da humanidade entre o sentimento maternal do cuidar, as concepções éticas religiosas, o acervo de conhecimentos técnicos e científicos e de crenças válidas em cada tempo, em cada espaço e, modernamente, também, através do código de direitos e deveres individuais socialmente instituídos.

Segundo Collière (1989:27) “cuidar é a arte que precede todas as outras, sem a qual não seria possível existir. “(...) Cuidar é e será sempre, não apenas indispensável á vida dos indivíduos, mas á perenidade de tudo o grupo social”, “ Ser cuidado..., cuidar de si próprio..., cuidar..., a mais velha prática da história de mundo ”(Collière, 1989:38).

Está na origem de todos os conhecimentos e na matriz de todas as culturas pois desde que surge a vida que existem cuidados, porque é preciso tomar conta da vida para que ela possa permanecer”. Desde que o homem existe, este sempre necessitou de cuidados, pois só através deles foi possível assegurar a vida e fazer recuar a morte. Esta função é primordial e inerente à sobrevivência de todo o ser vivo.

A mesma autora define cuidar como:

“...um ato individual que prestamos a nós próprios desde que adquirimos autonomia mas é igualmente, um ato de reciprocidade que somos levados a prestar a toda a pessoa que, temporária ou definitivamente, tem necessidade de ajuda para assumir as suas necessidades vitais” (Collière, 1989:235).

De igual modo, a prestação de cuidados, foi, desde sempre, atribuída e desempenhada pela mulher, pois em torno desta, símbolo de fecundidade e vida, elaboravam-se todas as práticas e rituais, desde a concepção ao nascimento. “As atividades de cuidados prestados pelas mulheres organizavam-se em torno de dois polos, do nascimento à morte: O corpo e o alimento...” Collière (1989:41). Ao longo dos tempos, este saber vivido foi transmitido de geração para geração, perpetuando-se no tempo.

Nos primórdios, os principais cuidados eram essencialmente prestados em casa, pela família, vizinhos ou pessoas próximas, que se mantinham junto dos doentes, idosos ou moribundos, para lhes assegurarem tudo o que fosse necessário. (Anderson, 1998; cit. por Veríssimo 2004:24) diz que “ (...) em Portugal é a família o centro da tradição da responsabilidade coletiva pela prestação de cuidados” (...). É na família onde existem os contratos cara-a-cara, a continuidade na relação, a afetividade e as relações não meramente instrumentais. Esta constatação foi fortificada pelos dados do Ministério da Saúde de

Desemprego e Segurança Social, em que “... cerca de 80% dos cuidados às pessoas idosas, são de caráter informal e prestados pelos familiares, vizinhos, amigos e voluntários” (Ribeiro et al., 1995; cit. por Imaginário; 2008), o mesmo foi verificado nos estudos por nós consultados. (Brito, 2003; Santos, 2008; Andrade; 2009; Fernandes, 2009; Ricarte 2009 e Pinto et al, 2010).

Os restantes membros da família, que, apesar de prestarem algum tipo de cuidados não assumem essa responsabilidade na totalidade, são chamados de cuidadores secundários. Neste sentido, “ (...) estudos demonstram que, para além do prestador principal, existem outros elementos que asseguram o papel de prestadores secundários na ausência do primeiro ou em complemento” (Mendonça, Martinez e Rodrigues, 2004:33).

Dominguez-Alcón, (1997, cit. por Imaginário, 2008:87), define:

Como a assistência proporcionada pela família pelos amigos, ou pelos vizinhos a pessoa com necessidade de cuidados instrumental, ou pessoal, nas atividades da vida quotidiana (...) trata-se de uma fonte de cuidados não remunerados, para que as pessoas incapacitadas ou outros grupos continuem a viver no seu lar, ou na comunidade e não sejam institucionalizadas.

Dada a necessidade de cuidados informais que as pessoas idosas dependentes necessitam, é fundamentais, que existam laços afetivos entre os que cuidam e os que são cuidados, pois (...) as relações entre cuidadores e idosos dependentes, geralmente não começam com esta forma de relacionamento entre eles. Previamente, já terá havido padrões de afeição, reciprocidade, deveres comuns, tarefas partilhadas nas relações entre cônjuge e entre filhos e pais. (Mendonça, Martinez e Rodrigues, 2004:45).

Cuidar de um idoso dependente em contexto familiar requer a existência de vários aspetos, demonstrados em vários estudos (Santos; 2002; cit. por Imaginário, 2008), que existam fortes laços de solidariedade, sentimentos de afeto, carinho e desejo de manter o idoso dependente no seio da família. A mesma autora refere, que quando nada mais temos a oferecer do que nós mesmos, a crença de que a vida possui um significado e uma finalidade ajudam a amparar o familiar que cuida. Em tais momentos, os atos são mais eloquentes do que as palavras. A mensagem essencial deve ser transmitida atrás daquilo que se faz (Relvas, 2000).

### 3.1. - AS ALTERAÇÕES DA ESTRUTURA FAMILIAR AO LONGO DOS TEMPOS

A palavra família deriva do latim “*família*”, aparecendo em Roma derivado de “*famulus*” que quer dizer servidor (Relvas, 2002:75).



O conceito de família inspirou diversas ciências como a sociologia, a medicina, a história, a antropologia, a demografia, a estatística, que em muito contribuíram para a construção e evolução deste conceito.

Esta designava em Roma, o conjunto de pessoas (parentes e domésticos) e bens patrimoniais que viviam e estavam sob a autoridade do “*pater familias*”. O nível de organização e diferenciação das agregações, a família como instituição social, mais antiga, sofreu ao longo dos séculos profundas transformações, quer na sua constituição, quer na sua estrutura, para poder assegurar a sua continuidade e sobrevivência como sistema familiar.

Para Alarcão (2000:35):

A Família é um espaço privilegiado para a elaboração e aprendizagem de dimensões significativas da interação (...). É, ainda, o espaço de vivência de relações afetivas [sic] profundas (...) numa trama de emoções e afetos positivos e negativos que, na sua elaboração, vão dando corpo ao sentimento de sermos quem somos e de pertencermos àquela e não a outra qualquer família.

Acrescenta ainda, que talvez o mais importante seja vê-la como um todo, como uma emergência dos seus elementos, o que a torna una e única tal como refere Jackson (1965; cit. por Alarcão, 2000). Podemos fazer apelo ao bom senso: o todo é mais do que a soma das partes, é tudo o que nos interessa. Relva (1996:10) também nos remete para esta noção, de que “é um ser uno e particular (...) é deste modo entendida como um sistema, um todo, uma globalidade, (...) sendo o todo mais do que a soma das partes”.

Zurro e Pérez (1999:108) remetem-nos para a ideia que por família “se entiende la unidad biopsicosocial, integrada por un número variável de personas, ligadas por vínculos de consanguinidade, matrimónio y/o unión estable y que vivem en un mismo hogar”<sup>6</sup>. Acrescentam ainda que a definição de família deve ir mais além da definição tradicional e fenomenológica, e deve ser entendida como uma organização intermédia entre a sociedade e o indivíduo.

Tradicionalmente, quando falamos de família há tendência a representá-la de forma idealizada, composta por filhos e pelos pais. Na realidade de hoje, cada vez mais constatamos que na sociedade atual coabitam diferentes tipos de famílias: compostas por pais e filhos (incluem por regra duas gerações), por um só cônjuge, sem filhos, por uns anciãos. Esta modifica-se quer a nível de extensão, quer a nível da riqueza funcional.

O ciclo vital da família é definido por Relvas (2000:16) como a “sequência previsível de transformações na organização familiar, em função do cumprimento de tarefas bem definidas”, tarefas, que segundo esta autora, caracterizam as suas etapas. Representa um

---

<sup>6</sup> Entende-se por família “uma unidade biopsicossocial, integrada por um número variável de pessoas, ligadas por vínculos de consanguinidade, matrimónio e ou união estável e que vivem num mesmo lugar”

esquema de classificação, composto por várias fases, ou etapas, de crescimento, maturação e envelhecimento do ser humano. O desenvolvimento familiar reporta-se à mudança da família, enquanto grupo bem como, às mudanças nos seus membros individuais. A interação é cumulativa e indivíduo (s) e famílias como evoluem no seu processo de formação e desenvolvimento. (Bateson, 1987; cit. por Alarcão, 2000). A mesma autora (2000:17) refere, que a família apresenta dois tipos de funções durante o ciclo vital, a **função interna**, que se caracteriza pelo desenvolvimento e proteção dos seus membros, e a **função externa** pela qual se desenvolve a socialização, adequação e transmissão de cultura, podendo ainda desempenhar tarefas como a criação de sentimento de individualização e autonomia dos seus membros. Consideram-se etapas diferenciadas desenvolvendo-se em dois níveis, indivíduo - grupo familiar, família - meio social.

As duas referidas por Relvas, que incluíam, por assim dizer, subfunções, apresentam as mesmas características que as de Duvall e Miller (1985; cit. por Stanhope e Lancaster, 2011), que identificam seis funções familiares:

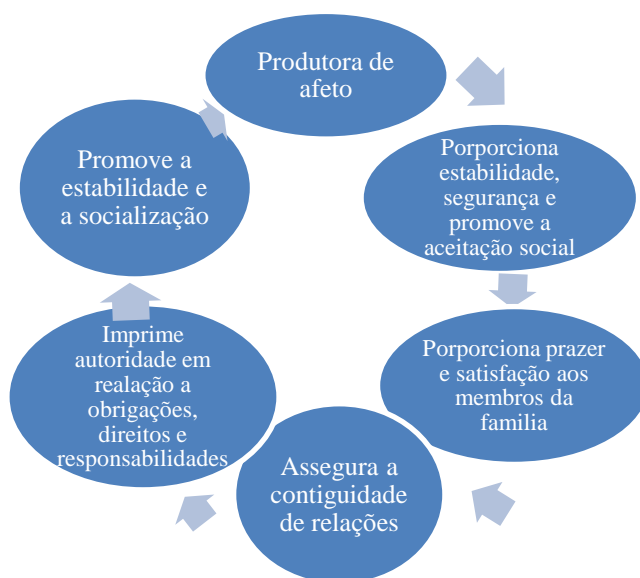


Figura 5: Funções da família de Duvall e Miller, 1995

Fonte: Stanhope e Lancaster (2011). Enfermagem de Saúde Pública: Cuidados de Saúde na Comunidade Centrados na População.

A Família é assim, um espaço privilegiado para a elaboração e aprendizagem de dimensões significativas da interação: os contactos corporais, a linguagem, a comunicação, as relações interpessoais. É, ainda, o espaço de vivência de relações afetivas profundas: a filiação, a fraternidade, o amor, a sexualidade... numa trama de emoções e afetos positivos e negativos que, na sua elaboração, vão dando corpo ao sentimento de sermos quem somos e de pertencermos àquela e não a outra qualquer família.

A estrutura de uma família representa as posições ocupadas pelos indivíduos que estão envolvidos dentro dessa unidade familiar, de forma regular com ocorrência de interações e relações, onde cada membro ocupa uma determinada posição, ou tem um determinado estatuto. Cada membro é orientado por papéis, sendo expectativas de comportamento, obrigações direitos e deveres, que estão ligados à posição por eles ocupada na família.

Stanhope e Lancaster (2011) estabelecem também tarefas de desenvolvimento consoante o estágio familiar. Estas autoras consideram a família como um sistema social onde o indivíduo se desenvolve e onde o crescimento físico e social é promovido. É uma unidade, onde se fortalece um sistema de valores e crenças e atitudes face à doença, responsabilizando-se pelos cuidados de saúde e desenvolvendo habilidades e competências. A execução destas tarefas de desenvolvimento familiar interliga-se com o cumprimento dos deveres de cada membro da família, em que cada elemento tem uma tarefa a executar, contribuindo para o desempenho adequado dos papéis familiares.

As tarefas de desenvolvimento familiar descritas por Friedman (1992) e adotadas por Stanhope e Lancaster (2011) atribuem a cada estágio familiar as suas próprias tarefas, inumeradas no quadro 3.

Quadro 3- Tarefas de desenvolvimento familiar

ESTÁDIOS FAMILIARES	TAREFAS DE DESENVOLVIMENTO
<b>Formação da família</b>	Casamento Relacionamento com a rede familiar Planeamento Familiar
<b>Nascimento dos Filhos</b>	Estabilização da unidade familiar Reajustamento dos membros da família Apoio nas necessidades de desenvolvimento
<b>Família com filhos em idade pré-escolar</b>	Socialização Manutenção de um casamento estável
<b>Família com filhos em idade escolar</b>	Socialização dos filhos Promoção do desempenho escolar Manutenção de uma relação conjugal
<b>Família com filhos adolescentes</b>	Equilíbrio da liberdade e responsabilidade Comunicação aberta Construção de alicerces
<b>Saída dos filhos de casa</b>	Independência dos filhos Reajustamento do casamento Apoio aos pais idosos
<b>Família de meia-idade</b>	Reforço da relação familiar Manutenção da relação Pais/filhos Promover ambiente saudável Cultivar atividades de tempos livres
<b>Família idosa</b>	Adaptação à reforma Manutenção de modos de vida satisfatórios Adaptação à diminuição de rendimentos Adaptação a problemas de saúde Adaptação à morte

Fonte: (Stanhope e Lancaster, 2010; adaptado de Friedman, 1992)

A falha no desempenho da tarefa pode levar a infelicidade familiar, reprovação social e dificuldade em tarefas futuras (Duvall e Miller, 1985; cit. por Stanhope e Lancaster, 2011).

A família pode assim considerar-se um sistema em constante equilíbrio, adequando a sua organização face às situações de crise natural ou acidental, situações vividas quando as suas funções de família são descuradas.

### 3.2 - A FAMÍLIA E A SAÚDE

O Plano Nacional de Saúde para 2004-2010 enfatiza a intervenção de rede e implementação de equipas multidisciplinares com um paradigma de abordagem dos cuidados centrados na família.

“A família é um grupo de pessoas unidas por laços de proximidade emocional e partilha mútua e que se identificam como família.” (Friedman; 1992; cit. por Stanhope e Lancaster, 2011:102). A família, como unidade, caracteriza-se principalmente pelas inter-relações estabelecidas entre os seus membros, num contexto específico de organização, estrutura e funcionalidade. Considerada como um conjunto de indivíduos ligados por relações, em constante interação com o exterior, constitui-se como um grupo complexo com funções sociais definidas. (Minuchin, 1990; Hanson, 2005; Alarcão, 2000). Como sistema é compreendida como um todo e partes indivisíveis, implicando uma visão global da sua estrutura e desenvolvimento (Bertalanffy, 1977; cit por Figueiredo, 2009), num contexto ecosistémico mediado pelos processos adaptativos inerentes às competências de auto-organização do sistema familiar.

Enquanto unidade social dinâmica, a família constitui-se como um sistema de interação que supera e articula dentro dela os vários componentes individuais. As famílias continuam a ser espaços privilegiados de cuidados de suporte à vida e à saúde dos seus membros (Brito, 2003; Santos, 2008; Imaginário, 2008; Andrade, 2009; Fernandes, 2009; Ricarte, 2009 e Pinto et al, 2010).

A adaptação individual e familiar a uma situação de dependência de um dos elementos depende da qualidade das interações familiares e do significado que a família atribui à doença e dependência, assim como da fase de desenvolvimento em que a família se encontra (Ferreira, 2006). Logo, é importante o reforço e o apoio emocional/psicológico na adaptação da família à doença, tendo sempre em consideração a fase do ciclo de vida, bem como as representações da doença que a família tem. É então importante dar ênfase à comunicação no

seio familiar. A comunicação doente/família será uma das formas de adaptação à situação de dependência. O doente deve conseguir falar da sua doença aos familiares e vice-versa.

Mas a família, vive hoje tempos de desespero, angústia, incerteza e pobreza, onde os direitos adquiridos deixaram de o ser e onde tudo é questionado e interrompido em prol de um projeto invisível. A procura, por parte do cuidador, das unidades de saúde ocorre, em muitos casos, em momentos de extremo sofrimento (Jacinta, 2011). Os profissionais de saúde devem estar atentos e procurar investigar a possibilidade da relação entre os motivos desta procura e o possível desgaste físico e mental proveniente do processo de cuidar. Contudo, na maioria das vezes, o modelo biomédico aplicado, impede que seja detetada verdadeira razão dessa procura e o seu real estado de saúde, pois limita-se simplesmente ao tratamento sintomático do problema.

Os mecanismos de defesa e adaptação familiares, segundo (Martins, 2003; cit. por Pinto et al, 2010:234) "estão em grande parte relacionados com o tipo de relação que mantinham com o idoso dependente". Os mesmos autores referem que "o desempenho deste papel interfere com aspetos da vida pessoal, familiar, laboral e social predispondo-os a conflitos".

A maior parte das famílias, com idosos dependentes a seu cargo, tem que "arregaçar as mangas" e fazem o caminho na construção e operacionalização de um novo projeto. No entanto, devido à relação cada vez mais desfavorável que se verifica entre a população ativa e a população dependente, nos vários países, a situação económica obriga à contenção das despesas públicas na área da Saúde e Segurança Social. Assim, tendo como objetivo a autonomia e a qualidade de vida e de cuidados, mas também por motivos meramente económicos, tem-se vindo a manifestar, em termos políticos, um redobrado ênfase e interesse nos cuidados comunitários, especialmente no que se refere aos cuidados prestados por familiares no domicílio (Nolan e Grant, 1989; INE, 1996; Barreto, 1996-1998; Nolan *et al*, 1996; Paul, 1997; cit. por Brito, 2003). Confirma-se assim, mesmo em termos de alcance numérico relativo, a necessidade de se reforçarem as estruturas informais e comunitárias de apoio, tanto aos doentes dependentes, como ao cuidador informal.

Portugal nesta matéria está a dar os primeiros passos com a implementação da RNCCI, no âmbito dos Ministérios da Saúde e do Trabalho e da Solidariedade Social, criada pelo Decreto-Lei n.º 101/2006, de 6 de Junho, com o objetivo de prestar cuidados continuados integrados a pessoas que, independentemente da idade se encontrem em situação de dependência.

Neste âmbito, reconhecamos o contributo do Serviço Nacional de Saúde (SNS) ao longo dos seus 32 anos de existência, assim como, o valor em saúde decorrente dos cuidados das famílias e suas repercussões positiva no estado de saúde e qualidade de vida dos idosos dependentes e a importância da participação do cidadão /família na definição e consecução das políticas de saúde.

Importa hoje, em tempo de séria ameaça do Sistema Nacional de Saúde (SNS), um sucesso da nossa democracia, para garantir a sua manutenção e desenvolvimento e melhor o defendermos, conhecermos e apropriarmos na íntegra o conteúdo do artigo 64º da Constituição da República Portuguesa, sobre a Saúde, que de seguida citaremos:

1. Todos têm direito à proteção da saúde e o dever de a defender e promover.
2. O direito à proteção da saúde é realizado:
  - a) Através de um serviço nacional de saúde universal e geral e, tendo em conta as condições económicas e sociais dos cidadãos, tendencialmente gratuito;
  - b) Pela criação de condições económicas, sociais, culturais e ambientais que garantam, designadamente, a proteção da infância, da juventude e da velhice, e pela melhoria sistemática das condições de vida e de trabalho, bem como pela promoção da cultura física e desportiva, escolar e popular, e ainda pelo desenvolvimento da educação sanitária do povo e de práticas de vida saudável.

(...)

Muitos familiares, apesar de inicialmente terem expressado o desejo de que os cuidados fossem ministrados no domicílio, mudam de opinião depois da doença e da dependência terem progredido mais. Tendo-se verificado que menos de um terço deles falecem em casa, um número semelhante é hospitalizado 1-3 dias antes da morte e os restantes tem um internamento mais longo. Assim, verifica-se que uma pessoa que viva só ou na companhia de um familiar incapacitado tem geralmente de ser internada em determinado momento (Santos, 2008). A permanência das pessoas dependentes no seu domicílio, com os ganhos inerentes quer para o cidadão, quer para os serviços, pressupõe a oferta de cuidados de saúde e apoio social programados. (Brito, 2003, Imaginário, 2008; Andrade, 2009; Fernandes, 2009; Ricarte, 2009 e Pinto et al, 2010).

### 3.3 - A FAMÍLIA CUIDADORA DO IDOSO DEPENDENTE NO DOMICILIO

Com o surgimento das alterações na sociedade, relativamente ao envelhecimento da população, ao aumento da esperança média de vida, à prevalência de doenças crónicas, ao crescimento de doenças associadas a comportamentos de risco e à redefinição de políticas de saúde, volta a aumentar a responsabilização da família e comunidade com os seus utentes.

Para Figueiredo (2009) estas implicaram significativas mudanças na estrutura e na organização familiar, surgindo novas formas de família com maior diversidade e interações conjugais, mesmo no âmbito das estruturas familiares tradicionais, como nas famílias nucleares. “Num contexto sociocultural a família desempenha um papel fundamental e é a unidade básica em que nos desenvolvemos e socializamos”(Relvas, 2000:73)

A sociedade moderna fez com que a família seja constituída de forma nuclear, ou seja, convivendo sob o mesmo teto pais e filhos, mesmo assim, os laços afetivos, a cooperação o contacto com os demais membros permanecem presentes, sendo as relações familiares formadas em afeto, sentimento de reciprocidade e de obrigação (Imaginário; 2008).

Apesar das transformações e das diferenças entre as famílias, elas ainda assumem funções básicas, perante o idoso, sendo a principal fonte de ajuda e apoio, tanto nas atividades domésticas, como nas de vida diária, sendo a trocas expressivas e instrumentais desenvolvidas primordialmente no âmbito da família. A família mantém-se como unidade emocional e afetiva, continuando a ser um espaço privilegiado de cuidados de suporte à vida e à saúde dos seus membros com capacidade auto-organização.

Move-se o desejo do familiar de acompanhar o idoso, especialmente quando precisam que as relações sejam de ajuda em diversos âmbitos das suas vidas, de modo a que possam viver da maneira mais íntegra possível, mais apropriada e feliz, como é agora comum dizer “maior qualidade de vida”, “com menos sofrimento “.Mas do conjunto de elementos da rede de apoio familiares, destaca-se habitualmente uma pessoa, sobre a qual recaem as maiores responsabilidades e o maior número de tarefas, a quem os Anglo-saxónicos designam por “*caregiver*” ou “*carer*”, ou seja, a pessoa que cuida e olha pelo idoso no seu dia-a-dia (De la Rice & Herrnando, 1994; cit. por Pinto et al, 2010:67).

Na sociedade atual, a tradição, a religião, a cultura, o contexto económico político e social, determinam um número elevado de parâmetros, levando a uma variedade de formas de vida familiar, o que leva a uma reflexão sobre a vida familiar que incide não só nas estruturas, mas também, nas funções, nos papéis, nas representações e nas relações. O que leva Rice (2004; cit. por Pinto et al, 2010:46) a dizer que “a unidade familiar representa um grupo de indivíduos que vivem junto ou em íntimo contacto, que fornece cuidados, apoio, sustento e orientação aos membros que dela dependem e uns aos outros”.

O processo de prestação de cuidados é um processo complexo e dinâmico, caracterizado por constantes variações, nas necessidades e sentimentos de quem recebe os cuidados e de quem os presta, em função da própria evolução da doença e da situação de dependência, do contexto familiar e da fase do ciclo familiar, das redes de apoio social, dos

sistemas de crenças e, fundamentalmente, de como o cuidador informal percebe todos esses fatores. (Brito, 2003; Santos, 2008; Imaginário, 2008; Andrade, 2009; Fernandes, 2009; Ricarte, 2009 e Pinto et al, 2010).

Já Sequeira (2010) divide o papel do cuidador informal em três grandes apoios, como descritos através da figura 6.

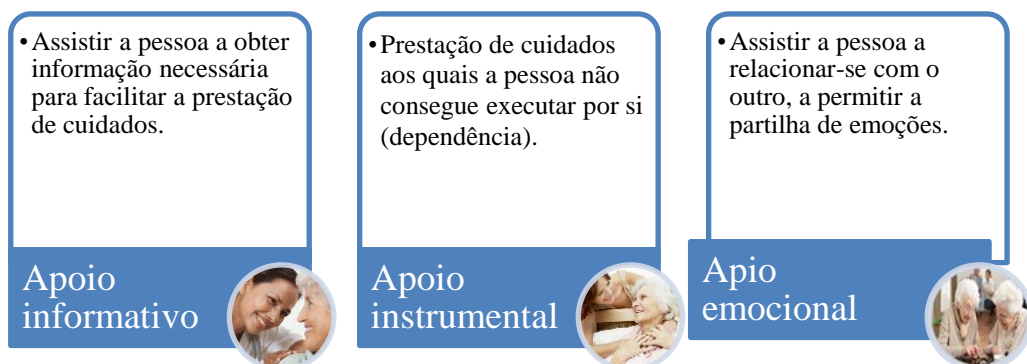


Figura 6: Papel do cuidador Informal  
Fonte: Sequeira (2010a). Cuidar de idosos com demência Física e Mental.

Segundo o mesmo autor, nos referidos apoios, o cuidar poderá ser catalogado em cinco tipos, podendo estes aparecer de forma isolada ou, como na maior parte dos casos ocorrem em simultâneo, como comprova a figura 7.

Preocupação	Supervisionar	Orientar	Ajuda parcial	Substituição
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Surge em situações em que existe a possibilidade da pessoa dependente não desempenhar corretamente uma tarefa e daí resultarem consequências negativas para a sua saúde.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Tipo de vigilância necessária quando se verifica a possibilidade da pessoa ter dificuldade no desempenho correto de uma determinada tarefa.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Implica a existência de uma incapacidade para o desempenho de uma tarefa de forma autónoma, pelo que necessita que o ajude, não no sentido de substituir, mas no sentido de lhe dizer como fazer.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Implica substituição, em parte, de uma tarefa. Este tipo de apoio apenas deve ser executado quando os tipos de ajuda anteriores deixaram de ser a melhor resposta.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Existe apenas, quando está presente uma incapacidade total para o desempenho de uma determinada função.</li> </ul>

Figura 7: Tipos de apoios ao Idoso dependente (Sequeira, 2010):  
Fonte: Sequeira (2010). Cuidar de idosos com demência Física e Mental.

Também Bris (1994; cit. por Pinto et al, 2010) diz que a rede familiar faz parte de uma das **quatro soluções** para o cuidado do idoso dependente. Surgem cuidados formais prestados por uma diversidade de profissionais remunerados e /ou voluntários, instituições (hospitais e lares) e também a prestação de cuidados informais por parte das redes e vizinhas, contribuindo de uma forma decisiva para a manutenção do idoso dependente no domicílio.



Cuidar implica uma relação de entreajuda, no sentido de satisfazer as necessidades fundamentais do doente (Fernandes, 2009). Assim, o familiar cuidador principal ao assumir o papel de tutor ou responsável pelo bem-estar e prestação de cuidados fica sujeito a tensão e a agentes de *stress*, mas também a ganhos. Estes ganhos incluem, a proximidade, solidariedade, intimidade, satisfação, gratificação pessoal e bem-estar pelo que está a proporcionar ao seu familiar, permitindo retribuir sentimentalmente com dedicação um afeto profundo ou como um cumprimento de uma “obrigação moral”.

Como já referimos, o cuidador familiar, tem sido objeto de estudo e de preocupação de diversos quadrantes de investigação, desde a área da saúde, social, política, filosófica entre outras, devido à crescente importância dada ao papel da família ou às dificuldades ao apoio aos familiares, quer a nível da saúde, quer a nível socioeconómico.

### 3.4 - A IMPORTÂNCIA DA ENFERMAGEM DE SAÚDE FAMILIAR

A ansiedade causada pela doença ou morte de um familiar exerce uma forte influência no funcionamento e saúde da família, onde os padrões de comportamento podem influenciar a saúde do indivíduo. A saúde familiar é “um estado dinâmico de relativa mudança de bem-estar, que inclui os fatores biológico, psicológico, espiritual sociológico e cultural do sistema familiar.” (Hanson, 2005:7) Pode então referir-se que a saúde do indivíduo afeta toda a função familiar e por sua vez a função da família afeta a saúde do indivíduo, assim a enfermagem de família pode ter como objetivo a família como um todo, como um contexto, como um sistema ou como um componente da sociedade.

Ao longo dos últimos anos, o modelo de Enfermeiro de Família - ou enfermeiro de saúde familiar - preconizado *Ministerial Conference on Nursing and Midwifery in Europe* (2000) assumiu grande relevo nos debates sobre o atual estado dos Cuidados de Saúde Primários (CSP) em Portugal. Sobretudo depois da explosão do número de USF's a funcionar no país, serviços desenhados a pensar numa oferta de cuidados centrados na família e não o doente isolado como ponto de referência.

O Enfermeiro de família (...) assume a responsabilidade pela prestação de serviços de enfermagem a um grupo limitado de famílias, em todos os processos da vida, nos vários contextos da comunidade (Ordem dos Enfermeiros 2010:1).

Ordem dos Enfermeiros (2010), estabelece o regulamento de competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem em saúde familiar, nos termos da alínea c) do nº 4

do artigo 31-A do Estatuto da Ordem dos Enfermeiros, aprovado pelo D/L nº 104/98 do 21 de Abril, alterado e republicado pela lei nº 111/2009 de 16 de Setembro.

As competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem em saúde familiar são as seguintes:

- ✓ Cuida da família como unidade de cuidados;
- ✓ Presta cuidados específicos nas diferentes fases do ciclo de vida da família ao nível da prevenção primária, secundária e terciária.

A família é considerada pelo enfermeiro especialista, como unidade de cuidados onde promove a capacitação da mesma face às exigências e especificidades do seu desenvolvimento, focalizando-se na família como um todo, assim como nos seus membros individualmente, sendo foco dos cuidados as dinâmicas internas da família e suas relações

A abordagem nos cuidados inerentes à enfermagem de saúde familiar influencia o tipo de avaliação e os cuidados a prestar, pois a visão da família como algo mais do que o contexto individual é o aspeto central da prática de enfermagem familiar. A abordagem que os enfermeiros utilizam é determinada por muitos fatores, incluindo o local dos cuidados de saúde, as circunstâncias familiares e os recursos do enfermeiro. (Stanhope e Lancaster, 2011)

A tomada de decisão do enfermeiro que orienta o exercício profissional autónomo implica uma abordagem sistémica e sistemática. Na tomada de decisão, o enfermeiro identifica as necessidades de cuidados de enfermagem da pessoa individual ou do grupo (família e comunidade) após efetuada a correta identificação da problemática do cliente, as intervenções de enfermagem são prescritas de forma a evitar riscos, detetar precocemente problemas potenciais e resolver ou minimizar os problemas reais identificados. Queiroz (2009).

Segundo Stanhope e Lancaster (2011), o enfermeiro de saúde familiar apoia a família na sua habilidade para desempenhar as tarefas relacionadas com a saúde, contribui para que a família assuma essas responsabilidades, através da ajuda para que ela reforce os seus recursos, e intervém mais diretamente, quando necessário, tendo em conta a situação familiar.

As mesmas autoras (2011) referem que, a abordagem do desenvolvimento familiar, ajuda os enfermeiros de saúde familiar não só a compreender e a antecipar-se aos problemas práticos da família, bem como a identificar as forças familiares. A estrutura conceptual pode servir de guia na identificação do estágio de desenvolvimento da família, a extensão com que a família está a cumprir as tarefas associadas aos respetivos estádios, a história de desenvolvimento familiar e a disponibilidade de recursos essenciais ao desempenho das

tarefas de desenvolvimento. Um exemplo da aplicação da estrutura conceptual do desenvolvimento da intervenção da enfermagem comunitária é a sua adequação como guia antecipatório. Os membros da família podem ser ajudados, ou serem preparados para lidarem com os papéis de transição do ciclo de vida familiar e de torná-los cientes dos recursos de apoio comunitários.

Wright e Leahey (2009) propõem uma intervenção à família a três níveis: cognitivo, afetivo e motor, com o objetivo de promover, melhorar e apoiar o funcionamento da família. No domínio cognitivo, as intervenções têm como alvo ajudar a família a mudar a sua perceção e capacidade de resolução de problemas de saúde através de intervenções do tipo informar, educar, redefinir problemas e valorizar as potencialidades da família. No domínio afetivo, as intervenções de enfermagem destinam-se a reduzir ou aumentar as emoções que estejam a impedir a família de resolver os seus problemas. No domínio comportamental destinam-se a ajudar os elementos da família a adquirir e/ou mudar comportamentos, nomeadamente solicitando a colaboração em tarefas específicas, como a prestação de cuidados ao elemento doente.

O Plano Nacional de Saúde (2012-2016) refere que os profissionais de Saúde devem:

- Desenvolver e protocolar a articulação de cuidados e investir de forma proactiva na comunicação entre prestadores dentro e entre instituições e serviços, assegurando a articulação de cuidados e orientando o doente de forma eficiente, e permitir a monitorização e avaliação.
- Intervir sobre os determinantes associados ao acesso como fator-chave das iniquidades em saúde, promovendo estratégias de melhoria do acesso aos seus cuidados, adequando os seus serviços flexibilizado a sua resposta, diversificando as suas práticas (acesso telefónico, email), trocando experiências e avaliando o seu desempenho.
- Estimular ativamente a educação para a saúde, o auto cuidado, a figura de cuidador informal, do voluntário e o sector social como relevantes na prestação de cuidados e como parceiros nos cuidados de saúde, pois minimizam a necessidade de acesso e reduzem a procura inadequada dos serviços de saúde.
- Promover a confiança do cidadão no seu médico e enfermeiro de família numa relação que promova a proximidade e continuidade de cuidados personalizados, como principais gestores da sua situação de saúde, e responsáveis pela mobilidade entre os vários serviços de saúde.

O mesmo PNS (2012-2016), prevê que os profissionais de saúde, futuramente, incorporem aspetos da saúde e do bem-estar dos indivíduos e das populações na missão da sua atividade profissional, numa perspetiva de agente do sistema de saúde, com capacidade e responsabilidade por produzir e/ou proteger a saúde.

A função da Enfermagem de Saúde Familiar é aplicável ao desempenho de estratégias que minimizem o sofrimento e promovam a saúde, sabendo que a mudança de comportamentos é um processo difícil, moroso e complexo, influenciado por um grande número de fatores, psicológicos, sociais e culturais.

#### **4. - CONSEQUÊNCIAS DA PRESTAÇÃO DE CUIDADOS NOS CUIDADORES INFORMAIS**

A vida dos cuidadores informais pode ser afetada como já foi referida de várias formas,” le cancer envahit le malade, mais penetre aussi la famille et son environnement”<sup>7</sup> (Eurostat, 2011:2), sendo frequente os cuidadores principais dos idosos dependentes manifestarem modificações ao nível das relações familiares, da saúde física e mental, socioeconómicas e emocionais. O que leva (Imaginário, 2008:12) a dizer que:(...) a prestação de cuidados representa custos para quem os realiza”.

O cuidador informal vê-se confrontado com inúmeras atividades a realizar diariamente, dependendo o seu desempenho de fatores como o tipo e frequência da necessidade de cuidados, do contexto do dependente e cuidador, decorrentes da situação clínica, (Lages, 2005; cit por Ricarte, 2009:44):

É fundamental a existência de uma relação de empatia entre o doente e o cuidador (...). A compreensão empática consiste na capacidade e disponibilidade, experimentar os medos e as alegrias do doente, (...) sem no entanto, ser afetados por esses sentimentos.

Os familiares apresentam como razões para cuidar dos pais ou parentes idosos “um misto de amor e afeto, desejo... compromisso mútuo social e familiarmente adquirido, por afeto e carinho” (Celma Vicente, 2001; cit. por Imaginário, 2008:54).

O mesmo verificou Andrade (2009) no seu estudo, quando os cuidadores principais referiram, tornaram-se cuidador, devido essencialmente à relação de parentesco, ao agravamento do estado de saúde da pessoa idosa, à ausência de outra solução que não a de ser o próprio cuidador a cuidar e ao fato de já existir entre o cuidador e a pessoa idosa dependente uma relação anterior de prestação de cuidados, assumiram a prestação de cuidados baseados na resignação, na obrigação moral, na reciprocidade, invocando, ainda, princípios religiosos e o fato de ser uma oportunidade para servir de modelo a seguir para os filhos, o que vai de encontro aos estudos já citados. (Brito, 2003; Santos, 2008; Fernandes, 2009; Ricarte, 2009 e Pinto et al, 2010)

No estudo de Imaginário (2008) nos discursos dos cuidadores informais, também foi constatada a existência de um sentimento generalizado de que a tarefa de cuidar do idoso

---

<sup>7</sup>- O cancro invade o doente, mas penetra também na família e no seu ambiente

dependente é um dever familiar, referindo que o habitat familiar é o lugar idóneo para cuidar do idoso dependente, assumindo que recebem melhores cuidados pelos familiares. O mesmo foi verificado em todos os estudos por nós consultados (Santos, 2008; Imaginário, 2008; Andrade; 2009; Fernandes, 2009; Ricarte, 2009 e Pinto et al, 2010).

Mas todos os autores por nós consultados, são unânimes em dizer, que uma das razões que os cuidadores informais manifestam de uma forma mais exacerbada, tem a ver com as relações familiares, podendo surgir conflitos familiares, resultantes de desacordos entre o cuidador principal e os outros familiares, face aos comportamentos, decisões e atitudes de uns e outros. (Santos, 2008; Imaginário, 2008; Andrade, 2009; Fernandes, 2009; Ricarte 2009 e Pinto et al, 2010). Muitas vezes, estas alterações que ocorrem durante o período da prestação de cuidados do idoso dependente, não são exclusivamente negativas. Algumas podem ser, geradoras de satisfação no prestador de cuidados, em que apesar das dificuldades, da árdua situação, esta pode ser muito positiva, principalmente quando se está disponível para lutar por alguém que se ama, e a quem se deseja expressar carinho, afeto e interesse. (Imaginário, 2008; Andrade, 2009; Fernandes, 2009 e Ricarte 2009).

O estudo realizado por Pinto et al (2010) evidência, que as dificuldades mais referidas pelos inquiridos foram as exigências de ordem física na prestação de cuidados, deficiente apoio profissional, restrição na vida social e problemas financeiros. Tendo-se também observado, que existe significação afetiva ao familiar idoso dependente a quem prestam cuidados, percebendo que a pessoa cuidada não é para culpar, sendo vista como uma estratégia de *coping* altamente eficaz. A perda de estatuto social e económico, resultante da perda de rendimento económico familiar e pelo acréscimo de gastos com os cuidados ao idoso dependente, as famílias chegam a viver com sentimento de resignação e impotência. As experiências de conflito potenciam a perceção de repercussões negativas, em que as relações interpessoais passadas influenciam o comportamento entre ambos.

Sequeira (2007) refere que as características intrínsecas do cuidador, como a perceção de autoeficácia ou a autoestima, são determinantes para a perceção de sobrecarga, e quanto maior for o conhecimento que o cuidador tem sobre a situação do idoso dependente, menor será a tendência para o aparecimento de elevados níveis de sobrecarga.

Segundo Sequeira (2007:104-105), as funções do cuidador, são múltiplas e desgastantes:

- Providenciar uma vigilância de saúde adequada, e efetuar a ligação entre o idoso dependente e os serviços de saúde;
- Promover a autonomia e a independência;
- Promover um ambiente seguro no domicílio e exterior;
- Adaptar o ambiente de forma a prevenir os acidentes;
- Assegurar um ambiente confortável e um sono adequado;
- Promover a participação/envolvimento familiar;

- Supervisionar a atividade do idoso;
- Promover a comunicação e socialização;
- Promover a manutenção ou a estimulação pelo interesse no desenvolvimento de um projeto pessoal, história de vida, religião, etc.
- Estimular a manutenção de uma atividade/ocupação;
- Supervisionar/incentivar as atividades físicas (no interior e exterior da casa);
- Supervisionar/incentivar as atividades de lazer e sociais;
- Supervisionar/ajudar ou substituir nas atividades de vida diária (ABVD e AIVD);
- Prestar outros cuidados de acordo com cada contexto específico, e segundo as orientações dos profissionais de saúde que assistem o idoso.
- (...).

Através de todas estas tarefas/funções, podemos concluir que cuidar de um idoso, é muito mais do que assisti-lo na alimentação, higiene, mobilidade e administração da medicação, envolvendo assim todo um conjunto de situações e experiências, que estão diretamente relacionadas com as alterações na saúde e no bem-estar deles mesmos.

Santos (2008) através do seu estudo demonstrou em que medida as vivências do cuidar influencia a vida do cuidador familiar do idoso dependente já inserido num Programa de Cuidados Continuados. Ao nível das alterações da rotina diária o cuidador refere ter menor disponibilidade de tempo para si próprio, bem como uma menor disponibilidade de tempo para a execução das atividades domésticas. No âmbito profissional, em algumas situações o cuidador foi obrigado a renunciar ao emprego, faltar ao trabalho ou ajustar seu horário de acordo com as necessidades do idoso dependente. Na saúde, verificamos alterações no domínio físico e psicológico, no campo social evidenciou-se uma restrição na atividade social do prestador de cuidados.

Além dos aspetos socioeconómicos e demográficos, é fundamental compreender que a prestação de cuidados a idosos inclui muito mais do que os aspetos instrumentais e físicos como a alimentação, a higiene, a mobilidade e a medicação, que normalmente são considerados e medidos. Brown e Stetz (1999; cit. por Pinto et al, 2010) consideram que a prestação de cuidados requer um esforço contínuo a nível cognitivo, emocional e físico, muitas vezes não reconhecido e inadequadamente recompensado.

O mesmo observou Fernandes (2009) com o seu estudo, onde referencia que a maioria dos cuidadores assumiu a responsabilidade integral no cuidar, tendo sido fator que comprometeu negativamente a vida sócio afetiva do cuidador pelo fato de dedicar muitas horas ao ato de cuidar, apresentando assim elevados níveis de sobrecarga. Tal como em outros estudos a sobrecarga não se verificou estar associada às características sociodemográficas do cuidador familiar, nem ao seu rendimento, mas sim ao grau de dependência que o doente apresenta.

Bowers (1987; cit. por Ricarte, 2009), ao se referir às várias tipologias propostas acerca do processo de prestação de cuidados, sugere que o fato de “prestar cuidados” é um trabalho invisível inclui todo um conjunto de componentes do cuidar, mais subtis e menos tangíveis, ligados à gestão do quotidiano e de ordem afetiva que, contribuiriam porventura de forma mais importante para a qualidade de vida do idoso dependente, do que propriamente os aspetos físicos e instrumentais dos cuidados, o mesmo foi verificado pelos autores por nós consultados (Santos, 2008; Imaginário, 2008; Andrade, 2009; Fernandes, 2009 e Pinto et al, 2010)

Nesta perspetiva, Ricarte (2009), refere, que importa compreender a realidade que envolve o cuidador no domicílio e o que isso traz de consequência à família cuidadora, pois só assim se podem implementar cuidados individualizados em que o idoso dependente e a sua família se encontram no centro das decisões, tentando responder às suas necessidades globais.

No entanto, sobretudo devido à relação cada vez mais desfavorável que se verifica nos vários países, entre a população ativa e a população dependente, a situação económica obriga à contenção das despesas públicas na área da Segurança Social. “ É preciso envolver a família, mas a família está sobrecarregadíssima, cansadíssima, esgotada e ainda há os familiares que não estão interessados, que não dá para envolver na prestação de cuidados” (Relvas, 2000:56).

Existe um enorme potencial em termos de cuidadores informais mas não há apoio social no domicílio suficiente para as necessidades (Imaginário, 2008; Pinto et al, 2010). Do ponto de vista das leis do trabalho, as coisas não são facilitadoras, não é viabilizado que uma família tenha um idoso a cargo, mas se for internado numa instituição, tem determinadas benesses económicas, se o tiver em casa, não tem qualquer tipo de regalias, portanto, não existe apoio nem promoção, nem incentivo para a família desempenhar esta tarefa, de facto cansativa. A intervenção social no nosso país é mínima, ao quase nulo, não há medidas promotoras de apoio à família que tem idosos dependentes a seu cargo, não há apoios económicos para familiares que queiram ficar em casa para cuidar do idoso, não há nenhum reconhecimento, nem regalias fiscais. O que leva a um conjunto de condições, frequentemente vivenciadas num complexo contexto de preocupação constante, conflito, perda, luto, raiva, culpa e ressentimento, rapidamente conduzem a situações de morbilidade aumentada nessas pessoas. A universalidade existe no nascer e no morrer! E é completamente assimétrico o apoio que se tem dado ao início da vida e ao final da vida.

O papel do cuidador principal representa uma participação imensa quer para a manutenção dos doentes dependentes no domicílio, quer para a proteção de um

envelhecimento o mais ativo possível, pois é o cuidador informal que melhor sabe reconhecer o ciclo social e familiar do doente dependente, dando assim continuidade ao seu ciclo vital. (Brito, 2003; Pinto et al, 2010).

#### 4.1 - A SOBRECARGA NOS CUIDADORES INFORMAIS

O termo “sobrecarga” vem de uma tradução do termo inglês *burden*. (Dicionário de Língua Portuguesa:455). Sendo um conjunto de consequências que ocorrem na sequência de um contacto, vivencia próxima neste caso, com um idoso dependente no domicílio. Assim, numa primeira abordagem intuitiva, parece um termo de fácil caracterização, mas na prática constata-se que a sua definição é bastante complexa.

Segundo Pereira (1996; cit. por Sequeira, 2007) habitualmente este termo é referido apenas em sentido negativo, ou seja sob a forma de “peso”, “fardo”, pelo que alguns autores chamam à atenção para a insuficiência do mesmo, na eventualidade de se pretender com este caracterizar as consequências associadas ao cuidar. Platt (1985; cit. por Sequeira, 2007b) define-a como um conjunto de problemas, dificuldades ou acontecimentos adversos que afetam a vida daqueles que têm uma relação significativa com o doente psiquiátrico.

Como já foi referido, vários estudos foram realizados na tentativa de compreender as dificuldades encontradas pelos cuidadores aquando o ato de cuidar do idoso dependente no domicílio. O estudo de Brito (2003) que tinha como objetivo “identificar fatores associados com a morbilidade dos prestadores de cuidados a familiares idosos” evidenciou que efetivamente os prestadores de cuidados apresentam indicadores de uma morbilidade mais elevada do que a população em geral, tanto no que diz respeito à sintomatologia depressiva, como em relação à sua perceção do estado de saúde. Em relação à sintomatologia depressiva, os valores obtidos aproximam-se dos encontrados noutras populações de prestadores de cuidados, pelo que se confirmou que a situação de prestar cuidados a familiares idosos ocasiona alterações negativas na saúde mental destes.

Santos (2008), que tinha como objetivo através do seu estudo “Conhecer as repercussões associadas ao cuidar”, constatou, que os sentimentos partilhados pelos cuidadores foram de depressão, *stress* e sentimentos contraditórios ou de ambivalência que punham em causa a relação de manutenção da “reciprocidade equilibrada” para com a pessoa idosa.



Ricarte (2009), através do seu estudo, observou que existem dois níveis no que respeita às repercussões do cuidar: as objetivas, que são resultantes da prática dos cuidados, e as subjetivas, que percecionam as primeiras. As repercussões objetivas têm um cariz mais visível, enquanto as subjetivas são menos explícitas, uma vez que se manifestam através de *stress* ou sofrimento. A carga objetiva é definida como toda a alteração observável e verificável, e a subjetiva como o sentimento de uma obrigação originada pelas tarefas desempenhadas. A carga relaciona-se com a tensão própria do ambiente das relações interpessoais, e pode ser vivida de forma diferente pelo cuidador. Para alguns esta não é sentida como um fardo, mas sim um ato de amor, ou mesmo uma obrigação, para outros, pode provocar sentimentos de grande intensidade, revolta, sofrimento e obrigatoriedade. A carga subjetiva traduz-se como a perceção que o ato de cuidar possa envolver no que respeita à sua perceção emocional.

Visto nesta perspetiva, as repercussões negativas constituem um foco de atenção utilizado na investigação, constatada pelos trabalhos desenvolvidos nesta área e pela necessidade de implementação de estratégias preventivas. Por outro lado, a sobrecarga está associada a uma “deterioração” da qualidade de vida do cuidador e a uma maior morbilidade, pelo que a sua caracterização é fundamental para uma prevenção efetiva (Sequeira, 2010).

Sequeira (2004) refere que a qualidade de vida dos cuidadores é influenciada de forma negativa ou positiva dependendo das estratégias que estes adotam, ou seja, o modo como gerem situações face ao *stress*. O mesmo autor (2007) refere que a história de vida do cuidador com o idoso dependente torna-se relevante para a aceitação do papel do cuidador de forma positiva ou negativa. As experiências de conflito potenciam a perceção de repercussões negativas, em que as relações interpessoais passadas influenciam o comportamento entre ambos. Segundo o mesmo autor, as características intrínsecas do cuidador, como a perceção de autoeficácia ou a autoestima, são determinantes para a perceção de sobrecarga, e quanto maior for o conhecimento que o cuidador tem sobre a situação do idoso dependente, menor será a tendência para o aparecimento de elevados níveis de sobrecarga.

Com efeito, a situação de prestação de cuidados parece poder afetar a saúde física dos prestadores, sendo que alguns estudos sugerem a ocorrência de alterações no sistema imunitário, para além de problemas de sono, fadiga crónica, hipertensão arterial e outras alterações cardiovasculares (Begany *et al*, 1996; cit. por Imaginário, 2008). Também Sequeira (2010:197) faz referência a um conjunto de variáveis determinantes, acrescentando “a idade; o sexo; o rendimento; a escolaridade; o grau de parentesco; a ocupação/atividade profissional, as atitudes e crenças; (...)”.

Fernandes (2009) através do seu estudo refere, que tal como em outros estudos a sobrecarga não se verificou estar associada às características sociodemográficas do cuidador familiar, nem ao seu rendimento, mas sim ao grau de dependência que o doente apresenta.

O âmbito da natureza subjetiva resulta da atitude e respostas emocionais do cuidador à tarefa de cuidar. Valoriza a perceção do cuidador acerca da repercussão emocional das exigências ou problemas associados à prestação de cuidados. A vantagem na distinção destas dimensões reside na possibilidade de analisar separadamente as tarefas da prestação informal de cuidados e as respostas emocionais do cuidador (Sequeira, 2010:197) acrescentando variáveis como: “autoconceito, o «locus» de controlo, as aptidões pessoais, que sobretudo na vertente relacional e de resolução de problemas, que representam um papel determinante na perceção da sobrecarga.”

Mas é sobretudo na área da saúde mental que os efeitos da prestação de cuidados a familiares mais se fazem notar, com níveis de depressão e ansiedade superiores aos da população em geral. (Brodaty, 1999; cit. por Brito, 2000).

Por outro lado, a depressão e a situação de exaustão do prestador de cuidados são apontadas como causas comuns para a interrupção dos cuidados no domicílio (Brito, 2003). Contudo, o cuidar acarreta uma sobrecarga para a família que é mediada por uma relação entre a carga objetiva (acontecimentos e experiências negativas associadas à prestação de cuidados) e subjetivas (sentimentos de quem presta cuidados). O mesmo autor refere “sobrecarga ou tensão: pode acarretar problemas físicos, psicológicos, emocionais, sociais e financeiros, que acabam por afetar o bem-estar do doente e cuidador”. Esta sobrecarga do familiar tem vindo a ser estudada em vários países incluindo Portugal na sua grande maioria a nível hospitalar e dirigida para situações de dependência.

Segundo Braithwaite (cit. por Ricarte, 2009), a sobrecarga do cuidador informal é uma perturbação que resulta do facto de se lidar com a dependência física e a incapacidade mental do indivíduo a quem se prestam cuidados, correspondendo desta forma à perceção subjetiva que o cuidador tem das ameaças às suas necessidades fisiológicas, sociais e psicológicas. Para a autora, cuidar de um familiar idoso e/ou dependente é um processo contínuo, raramente reversível que encerra cinco situações de crise como comprova a figura 8.

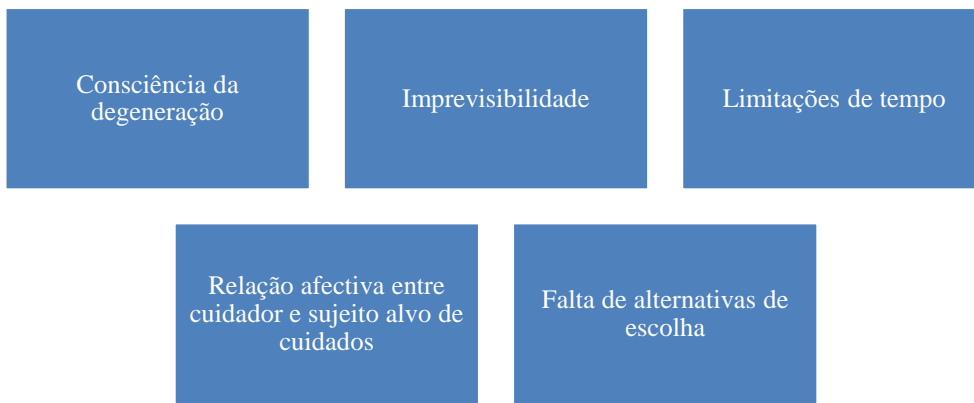


Figura: 8 As cinco situações de crise  
 Fonte; Braithwaite,( cit. por Ricarte, 2009)

A família tenta controlar essas emoções e explosões emocionais, levando ainda a um distanciamento dos membros da família. Surgem os sentimentos de perda, a dificuldade de adotar novos papéis e estabelecer novos objetivos que possam responder às alterações de vida familiar.

Com o estudo de Ricarte (2009) o autor pode observar, que o fato de cuidar influenciou nestes cuidadores o contexto de vida, torna-se necessário o reconhecimento das responsabilidades através de um maior apoio, motivação e valorização pelo trabalho desenvolvido.

Os problemas psicossociais desencadeiam situações de *stress* social que por sua vez produzem o aparecimento de situações de afetação dos indivíduos implicando crises e disfunções familiares, podendo mesmo gerar manifestações clínicas em alguns elementos da família. (Zurro, 2003; Santos, 2008; Andrade, 2008; Imaginário, 2009).

Os episódios stressantes têm efeito cumulativo, como por exemplo, circunstâncias pessoais e familiares, situações não desejadas, imprevistas, inesperadas e com grande impacto desencadeiam as referidas crises familiares. Ainda a dificuldade de adaptação às etapas do ciclo vital pode desencadear crises, que segundo Pittman (2001; cit. por Zurro, 2003; Santos, 2008; Andrade, 2008 e Imaginário, 2009), denominou crises de desenvolvimento, que são universais, previsíveis, geram alterações da função familiar e problemas de saúde em alguns membros.

Sobretudo na área do *stress*, verifica-se que têm sido realizadas algumas investigações sobre a influência dos fatores psicossociais na saúde e na doença mental e sobre os mecanismos que podem levar essas variáveis a contribuir para o desenvolvimento e

manutenção de comportamentos inadequados, Gonçalves (2003; cit. Ricarte, 2009) destaca os seguintes fatores de stress, identificados pelos cuidadores informais:

- Cuidadores diretos, contínuos, intensos e a necessidade de vigilância constante;
- Desconhecimento ou falta de informação para o desempenho do cuidado;
- Sobrecarga de trabalho para um único cuidador, especialmente os problemas de saúde desencadeados pela idade avançada do cuidador;
- Conflitos familiares vinculados ao trabalho solidário do cuidador (sem ajuda) e ao não reconhecimento do seu esforço por parte dos demais familiares;
- A dificuldade em adaptar as exigências do cuidar aos recursos disponíveis, incluindo os recursos financeiros, a redução das atividades sociais e profissionais, o abandono das atividades de lazer, entre outras.

Também segundo Petronilho (2008:78):

(...) as situações de crise e mesmo de rutura são frequentes, e a única forma de aliviar a sobrecarga pessoal e familiar de quem cuida dos idosos é de fato[sic], conhecer e poder intervir junto desta população, antecipando-se às suas necessidades específicas e apoiando o seu esforço, evitando que surjam situações de descompensação que, além de prejudiciais ao próprio, precipitam frequentemente a institucionalização do idoso, que é afinal o que se pretende evitar.

Começa agora a ser conhecida, e a ser mais valorizada o nível de sobrecarga muito elevado, dos cuidadores principais, mas em contrapartida, verifica-se, a existência de sentimentos em relação ao cuidar que são emocionalmente gratificantes, traduzindo-se numa perspetiva pessoal enriquecedora; o mesmo foi verificado em todos os estudos por nós consultados (Santos, 2008; Imaginário, 2008; Andrade, 2009; Fernandes, 2009; Ricarte 2009 e Pinto et al, 2010).

Sommerhalder (2001; cit. por Ricarte 2009), inúmera aspetos vivenciados pelos cuidadores, como positivos ou benéficos, sendo estes:

- Crescimento pessoal;
- Aumento do sentimento de realização, do orgulho e da habilidade para enfrentar desafios;
- Melhoria do relacionamento interpessoal (tanto com o idoso, como com as outras pessoas);
- Aumento do significado da vida;
- Prazer;
- Satisfação;
- Retribuição;
- Satisfação consigo próprio;
- Bem-estar com a qualidade do cuidado oferecido.

A satisfação do cuidador é imensa, quando estes estão cientes de terem dado, e feito tudo o que está ao seu alcance para minimizar o sofrimento do seu familiar:-

No estudo de Imaginário (2008) também foi constatada a existência de um sentimento generalizado de que a tarefa de cuidar do idoso dependente é um dever familiar, referindo que o habitat familiar é o lugar idóneo para cuidar do idoso dependente, assumindo que recebem melhores cuidados pelos familiares.

Os cuidadores manifestaram, ainda sentimento de mestria ou autoeficácia, sendo assim, um recurso psicológico que estes desenvolvem para “poder defender-se” e fortalecer, tornando-se mais aptos para os cuidados a prestar. Foram também encontrados aspetos positivos do cuidado ao nível psicológico e ao nível sócio afetivo em todos os estudos por nós consultados (Imaginário, 2008; Andrade, 2009; Pinto et al, 2010).

Assim, em todos os estudos por nós consultados (Brito, 2003; Santos, 2008; Imaginário, 2008; Andrade, 2009; Fernandes, 2009; Ricarte, 2009 e Pinto et al 2010), a família, cuidador principal desempenha um papel de destaque, não só como um meio de chegar ao utente, mas também como principal promotor da continuidade dos cuidados.

Também é necessário referir a influência que o cuidador tem em relação ao familiar doente. Melo (2005) estabelece a relação entre a educação do cuidador com o aparecimento da morbilidade do doente. No entender de Relvas (2002), embora o binómio doente e família sejam há muito referenciados, a verdade é que a família na maior parte das vezes fica relegada para segundo plano, não sendo este binómio tratado como um todo. Na maior parte das vezes, ao personalizarmos os cuidados ao doente, servimo-nos da família, como um veículo de informação e suporte unidirecional, não a encarando, como um elemento, também ele bastante carente dos nossos cuidados.

Ampliando este conceito Sequeira (2010) refere que a ausência de treino dos cuidadores informais constitui um fator preditivo de deterioração cognitiva e funcional do indivíduo dependente.

Já Santos (2008) através do seu estudo, demonstrou em que medida as vivências do cuidar influenciam a vida do cuidador familiar principal, verificando-se na saúde alterações no domínio físico e psicológico, evidenciou-se no campo social uma restrição na atividade social do prestador de cuidados.

O estudo de Brito (2003) confirmou no que respeita às características sociodemográficas dos prestadores de cuidados, há uma predominância de mulheres, filhas, noras e esposas, na prestação de cuidados, o que vem ao encontro dos dados encontrados pelos autores por nós consultados (Santos, 2008; Imaginário, 2008; Andrade, 2009; Fernandes, 2009; Ricarte, 2009 e Pinto et al, 2010). Quanto às características dos idosos dependentes, os mesmos autores, observaram que eram na sua maioria mulheres, viúvas, reformadas, e com um nível de escolaridade muito baixo. Os mesmos autores, evidenciaram uma experiência física e emocional desgastante, que afeta o bem-estar psicossocial, a saúde física e a qualidade de vida dos cuidadores, esta evidência, que os indivíduos que prestam cuidados a familiares dependentes no domicílio frequentemente sofrem alterações adversas na

vida familiar e social, para além de manifestarem um aumento sensível da sua morbilidade, sobretudo ao nível da saúde mental.

Assim, através dos estudos por nós consultados, todos evidenciaram uma experiência física e emocional desgastante, que afeta o bem-estar psicossocial, a saúde física e a qualidade de vida dos cuidadores. Esta evidência, que os indivíduos que prestam cuidados a familiares dependentes no domicílio frequentemente sofrem alterações adversas na vida familiar e social, para além de manifestarem um aumento sensível da sua morbilidade, sobretudo ao nível da saúde mental (Brito, 2003; Santos, 2008; Imaginário, 2008; Andrade; 2009; Fernandes, 2009; Ricarte, 2009; e Pinto et al, 2010).

Ao reconhecerem, que os cuidadores são os intervenientes, principais e fundamentais, na prestação de cuidados de saúde ao idoso dependentes no domicílio e que deverá se, a médio e a longo prazo, uma das principais prioridades das políticas de saúde pública no nosso país. O acentuado envelhecimento demográfico da população portuguesa e o aumento da prevalência das doenças crónicas e degenerativas, associadas a uma maior longevidade, faz com que tenhamos em mente, e não esquecer, **de quem cuida, não fique por cuidar.**

O suporte só será benéfico se forem identificadas as necessidades da família, cuidador principal.

#### 4.2 - AS NECESSIDADES DOS CUIDADORES INFORMAIS

O conceito de necessidades, em linguagem corrente, reporta-nos para um desejo, uma aspiração, algo de que precisamos e que nos é imprescindível. Segundo Watson (1998:111), uma necessidade “ est généralement définiee comme la demande d’une personne qui, lorsqu’elle est satisfaite, soulage ou diminue sa souffrance immédiate ou améliore son sens immédiat d’adéquation et de bien-être”<sup>8</sup>, Imaginário (2008: 54), refere que “Subjacente ao crescimento, desenvolvimento e sobrevivência do ser humano, está a noção de satisfação de um conjunto de necessidades”

Sequeira (2007), ao estudar o fenómeno, refere que este conjunto de condições, frequentemente vivenciadas num contexto complexo de preocupações constantes, conflito, perda, luto, raiva, culpa e ressentimento, rapidamente conduz a situações de morbilidade aumentada nessas pessoas. Visto nesta perspectiva, as repercussões negativas constituem um

---

<sup>8</sup> “ É definida geralmente como a exigência de uma pessoa, assim que é satisfeita, alivia ou diminui o seu sofrimento imediato ou melhora o seu sentido imediato de adequação e bem-estar”

foco de atenção utilizado na investigação, constatada pelos trabalhos desenvolvidos nesta área e pela necessidade de implementação de estratégias preventivas.

Como já foi referido, cada cuidador apresenta necessidades que dependem da sua condição individual, variando consoante diversos fatores, tais como: o grau de dependência do idoso, a sua situação financeira e, também, os meios de apoio existentes na Comunidade. Assim, segundo Quaresma (1996; cit. Ricarte, 2009), entre as necessidades mais frequentemente referidas pelo cuidador informal, destacam-se:

- Situação financeira, devido às despesas com o idoso (saúde, alimentação e apoio social);
- Ajudas ao nível técnico, abrangendo os artigos que permitem uma maior autonomia do idoso;
- Dependente, facilitando a ajuda do prestador de cuidados (camas articuladas, cadeiras de rodas, andarilhos e bengalas);
- Proteção, assistência e apoio social devido às carências resultantes da incompatibilidade em continuar a assumir uma atividade profissional e a prestação de cuidados dentro da família.
- Apoios na comunidade, facilitando o acesso à informação e permitindo, assim, o acesso aos serviços disponíveis;
- Disponibilidade de tempo, aumentando o seu próprio isolamento causado pelas funções e responsabilidades que assume, de modo a ter tempo livre para as suas próprias necessidades e descanso.
- Facilidade em estar acompanhado, conviver e ser apoiado ao nível psicossocial, possibilitando a partilha da situação em que se encontra, dos seus receios e/ou dificuldades;
- Acesso à informação sobre o modo como ajudar de forma mais eficaz o idoso dependente, com o conhecimento dos serviços disponíveis na comunidade;
- Acesso a formação, de modo a permitir a ajuda mais adequadas ao idoso dependente cuidado, através de práticas que também oferecem uma maior segurança sobre os cuidados prestados ao cuidador.

Também, Pinto et al, (2010) evidenciaram, que as dificuldades mais referidas pelos inquiridos foram as exigências de ordem física na prestação de cuidados, deficiente apoio profissional, restrição na vida social e problemas financeiros. Foi também identificada a necessidade de esclarecimentos/instrução profissional sobre a melhor forma de cuidar do idoso dependente, tendo sido referenciados os serviços de saúde e serviços sociais como insuficientes.

Através do seu estudo Imaginário (2008) refere, que as necessidades dos cuidadores são várias tais como: a ajuda de outrem no âmbito das tarefas e no âmbito emocional, a ajuda dos serviços de saúde que se prende com a informação, a prestação de cuidados e fornecimento de material clínico técnico, ajudas económicas e ter saúde. A maior parte dos cuidados ao idoso dependente são prestados pelo sistema informal, proporcionados pelo cuidador informal em primeiro lugar, em alternativa pelos outros elementos do agregado familiar e pelos vizinhos.

Para além dos fatores geradores de sentimento de angústia, de sobrecarga e de tensão, os cuidadores principais, sentem outras necessidades tais como, a falta de reconhecimento social, de informação de supervisão, de meios económicos, de assistência e do esgotamento dos recursos físicos, emocionais (Imaginário, 2008; Andrade, 2009; Fernandes, 2009; Ricarte, 2009; Pinto et al 2010). Estas famílias, atualmente confrontam-se com um leque de transformações sociais complexas e muitas vezes problemáticas, criando obstáculos para a prestação de cuidados sistemáticos ao idoso dependente no domicílio familiar.

Por outro lado, a sobrecarga está associada a uma “deterioração” da qualidade de vida do cuidador e a uma maior morbilidade, pelo que a sua caracterização é fundamental para uma prevenção efetiva, o que levou McCubbin e McCubbin a criarem o Modelo de resiliência ao *Stress*, “Ajuste e Adaptação da Família”. Este modelo, segundo Hanson (2005:58), baseia-se (...) no trabalho sobre *stress* e adaptação de Ruben Hill, (...) e no modelo duplo ABCX desenvolvido por McCubbins e Patterson. Elas estavam interessadas em saber o motivo pelo qual as famílias reagiam de maneiras muito diferente quando confrontadas com fatores stressantes semelhantes.

Hawley e DeHann (1996:293) defendem que a resiliência no indivíduo e na família descreve a sua trajetória no sentido da sua adaptação e prosperidade diante de situações de *stress* tanto no presente como ao longo do tempo. Famílias resilientes respondem positivamente a estas condições de uma maneira singular, dependendo do contexto, do nível de desenvolvimento, da interação resultante da combinação entre fatores de risco, de proteção e de esquemas compartilhados.

Este modelo apresenta uma visão geral dos sistemas, ou seja, o que ocorre numa parte da família afeta o grupo familiar. Segundo Hanson (2005:132), “(...) os membros da família está interligada e dependentes uns dos outros (...) quando ocorre uma mudança de saúde de um dos membros, todos os outros serão afetados e a unidade familiar como um todo, será alterada”.

Por sua vez o funcionamento da família também influencia a saúde física e o bem-estar psicológico dos membros da mesma Hanson, (2005:132) sugeriu que a família pode desempenhar um papel na determinação do curso da doença, na sintomatologia, no grau de incapacidade e na resposta afetiva ou na angústia do membro familiar afetado.

De acordo com a aplicação de um modelo de *stress* familiar à doença, no modelo de resiliência, as famílias têm mais probabilidade de se adaptarem com sucesso a uma doença se: segundo Hanson, (2005) os vários fatores de *stress* ou as exigências familiares não acontecerem todas ao mesmo tempo; se a família tiver maior facilidade em se adaptar a



diferentes padrões funcionais de mudança de papéis, sendo mais flexíveis quando necessário; definem uma situação de modo positivo conseguindo mais facilmente dominar o problema e controlá-lo; têm boas capacidades de  *coping*  e de comunicação. Segundo a CIPE (2010:86) *Coping* é a “totalidade dos esforços cognitivos e comportamentais feitos pela pessoa para gerir situações especiais, externas ou internas, avaliadas como esgotando ou excedendo os seus recursos”.

#### 4.3 - ESTRUTURAS E APOIO AOS CUIDADORES INFORMAIS

Apesar dos enormes progressos da medicina nestas últimas décadas ter tido um papel preponderante no aumento da longevidade, os últimos anos de vida são, na maior parte das vezes, acompanhados de situações de enorme fragilidade e incapacidade relacionadas com perda de autonomia e de dependência.

É com as situações de maior risco ou vulnerabilidade que implica a diferenciação e personalização de cuidados de saúde, sendo neste contexto que se adaptam à prática dos cuidados continuados de longa duração, onde a complementaridade entre as famílias e os apoios públicos atingem o seu expoente máximo.

É neste percurso de dependência, que a família serve de alicerce dos cuidados, aumentando os cuidados contínuos e diários prestados pelos familiares no domicílio. Em Portugal, assim como em alguns países da Europa tais como França, Espanha a maioria dos cuidados aos idosos continuam a ser efetuados pelos familiares. Sendo que 80% dos cuidados informais prestados às pessoas idosas são exercidos pela família, vizinhos, amigos e alguns voluntários. “A grande maioria dos nossos idosos e seus familiares se lhes fosse dada a oportunidade, escolheriam morrer nas suas próprias casas, no aconchego do seu lar (...) e não num ambiente estranho” (Brito, 2003:89).

No entanto, as alterações das estruturas familiares, a formação de novos modelos de família e a alta taxa de atividade das mulheres portuguesas, no conjunto dos países da União Europeia, são um facto, o que revela que a mulher portuguesa apesar de ser a principal prestadora de cuidados na família, ainda exerce uma atividade profissional, constituindo assim uma sobrecarga de trabalho, sendo possível dispor de menor disponibilidade para as atividades doméstica ou para outros cuidados dos familiares idosos mental (Brito, 2003; Imaginário, 2008; Ricarte , 2009; e Pinto et al, 2010)

Através dos estudos por nós consultados, verificou-se que os apoios disponibilizados os cuidadores informais provinham das redes formais e informais, sendo a maior parte fornecida pelo sistema informal, pelo cuidador principal em primeiro lugar e em alternativa pelos outros membros da família e pelos vizinhos (Imaginário, 2008; Andrade, 2009; Pinto et al, 2010).

Relativamente aos apoios informais eram provenientes da Segurança Social, da Santa Casa de Misericórdia, do Centro de Dia da Freguesia e dos técnicos de saúde, que para além do apoio psicológico, recebiam essencialmente apoio no domínio curativo. (Imaginário, 2008; Andrade, 2009; Pinto et al, 2010).

Por sua vez, a transição para o cuidado na comunidade tem aumentado a consciência da extensão e importância da família na prestação de cuidados e na manutenção do familiar idoso em sua casa, que de outra forma seria institucionalizado. Assim, tendo como objetivo a autonomia e a qualidade de vida e de cuidados, mas também por motivos meramente económicos, tem-se vindo a manifestar, em termos políticos, um redobrado ênfase e interesse nos cuidados comunitários, especialmente no que se refere aos cuidados prestados por familiares no domicílio (Nolan & Grant, 1989; Paul, et al, 1997; INE, 2008).

Cuidar de um familiar idoso, pode apresentar-se como uma tarefa árdua e difícil de desempenhar continuamente, representando muitas vezes uma necessidade de reorganização familiar, alterando muitos aspetos da vida do cuidador, comprometendo o seu bem-estar físico e psicológico. O aumento da consciência das implicações destas mudanças para a vida da família tem sido identificado como um dos fatores que pode levar a crises familiares e afetar em particular o cuidador principal que é em geral o membro da família que suporta a maior carga física e emocional dos cuidados (Brito, 2003; Sequeira; 2007; Imaginário, 2008; Andrade, 2009; Fernandes, 2009; Ricarte, 2009 e Pinto et al, 2010).

Com a reorganização da assistência social em 1945 reconhece-se o “lamentável atraso no campo da saúde e a necessidade de combater” várias doenças transmissíveis. Preconiza-se assim a assistência a três níveis: curativo, preventivo, construtivo. São criadas as caixas de previdência, os dispensários, os postos de consulta e os centros de assistência social. Mas apesar desta reestruturação havia ainda uma grande desarticulação entre os vários serviços.

Com a reforma de 1971 (Decreto – Lei nº413/71), o Centro de Saúde é visto como base das ações de saúde e como organismo polivalente com vista a coordenar as atuações dos vários setores até então dispersos, com o fim de evitar gastos desnecessários e duplicação de esforços. A integração dos serviços que prestavam cuidados de saúde primários realizou-se em 1982 (Decreto-Lei nº 254/82). Mas na prática, a desarticulação entre hospitais e centros de

saúde mantém-se apesar de algumas experiências pontuais realizadas. Mas, a lei de bases da saúde (Lei nº 48/90 de 24 de Agosto), refere que o sistema de saúde assenta nos cuidados de saúde primários e deve ser promovida uma intensa articulação entre os vários níveis de saúde. Já desde Alma-Ata se vem pensando nas várias maneiras de tornar possível o objetivo de “saúde para todos no ano 2000”. Nenhum grupo profissional agindo isoladamente pode proporcionar toda a assistência que a comunidade tem o direito de receber. Há necessidade de uma multidisciplinaridade coordenada, da qual toda a equipa multidisciplinar faz parte.

Os cuidadores informais em Portugal podem solicitar apoio nos serviços sociais e de saúde, para a ajuda de cuidados diários, ajuda domiciliária e serviços de enfermagem, embora muitos deles não estejam ainda devidamente esclarecidos, quanto a estes serviços. Em 1998 foi criado em Portugal o Decreto-lei nº 407/98, propondo uma nova filosofia na prestação de cuidados a pessoas em situação de dependência, que visa a articulação, através da conjugação de esforços do Estado e os serviços que o integram, as instituições e as famílias ou até outras formas de solidariedade, como os vizinhos e os voluntários, perspetivando o apoio domiciliário integrado e o desenvolvimento das Unidades de Apoio Integrado. Também surge do ponto de vista político e social, o DL nº 281/2003 do 8 de novembro, que cria a rede de cuidados continuados de saúde no domicílio, onde é de salientar:

“ (...) que na prestação de cuidados de saúde em geral, a família e a comunidade social, têm constituído e, deverão continuar a intervir como fatores [sic] essenciais e indispensáveis no apoio (...) aos mais frágeis e carenciados. (...) para a reabilitação global e a independência funcional dos doentes, o apoio domiciliário e ocupacional de que necessitam e a reinserção social a que têm direito.”

É neste contexto, que a visita domiciliária é um componente essencial do trabalho em cuidados de saúde primários, destinando-se a prestar cuidados integrais (de promoção, proteção, assistência e reabilitação) ao idoso dependente e seus familiares, que por determinados motivos não podem recorrer ao centro de saúde. Pertencem a um grupo de risco e os cuidados domiciliários permitem-lhes continuar em sua casa com uma qualidade de vida e saúde, tendo sempre em conta a pessoa na sua tripla dimensão de ser biológico, psicológico e social. Assim, esta atividade segundo López (1990; cit por Ricarte, 2009) uma vida digna, proporcionando-lhe apoio e colaboração, levando-o ao autocuidado, contribuindo para o bem-estar pessoal e familiar.

A visita domiciliária destina-se, para além de um ponto de vista assistencial ao utente e seus familiares no domicílio, à promoção, proteção, cura e reabilitação num clima de corresponsabilização do indivíduo, família e comunidade com os profissionais da equipa. Por Ricarte (2009) tem finalidades que ultrapassam o plano curativo e que são, “de instrução,

orientação. Fomento de autocuidado, potencialização da capacidade do paciente e seus familiares para assumir e enfrentar os problemas, e conseguir a necessária coordenação de todos os recursos institucionais, humanos e materiais”.

Com as visitas domiciliares, pretende-se:

- ✓ Ajudar o indivíduo e suas famílias a alcançar um maior nível de saúde e de bem-estar, controle e aceitação da sua situação, conseguindo maior independência, potenciando ao máximo as suas capacidades;
- ✓ Aumentar o nível de educação sanitária do indivíduo, família e comunidade;
- ✓ Conhecer o meio familiar, instruindo na prevenção das doenças, realizando ações de proteção da saúde e colaboração na recuperação e reabilitação dos doentes;
- ✓ Coordenar as ações com outros níveis de assistências (hospitais).

Mas, reconhece-se que estes serviços são insuficientes, dado que as principais necessidades dos cuidadores informais segundo (Silva et al., 1995; cit. por imaginário, 2008.78) são: “sistemas de substituição para descanso (...) que permitam ao prestador de cuidados terem alguns dias de férias...;“...prestação de cuidados á noite e nos fins de semana...;“...informação e formação sistemática sobre as tarefas do prestador de cuidados...”

Assim, pensamos e de acordo com os vários estudos já realizados nesta área, que o cuidador informal, com um bom serviço de apoio, nomeadamente os cuidados domiciliário, será possível a satisfação de cuidadores e cuidados. Para tal é necessário ter: um familiar que tenha capacidade de adaptação ao idoso dependente, com ou sem doença grave; e uma equipa de Saúde, (Médico, Enfermeiro, Psicólogo, Nutricionista, Fisioterapeuta,) podendo garantir um internamento rápido e compulsivo quando necessário.

Neste contexto, é inevitável pensar em respostas sociais que permitam aos mais velhos e suas famílias o apoio adequado a partir de uma rede integrada de serviços diversificados, que incluam os serviços públicos, particulares de solidariedade social, privados e autarquias, articulando-se entre si e com a rede informal de apoio.

## **PARTE II - ESTUDO EMPÍRICO**

## 5. - METODOLOGIA

No decurso da fase metodológica, o investigador define os meios que lhe permitem realizar a investigação. É nesta fase que o investigador determina a forma de proceder para obter as respostas às questões de investigação ou verificar as hipóteses (Fortin *et al.* 2009).

Nesta fase será definido: o problema de investigação; os objetivos; o desenho de investigação; as variáveis; a população; os instrumentos de colheita de dados e o tratamento estatístico.

### 5.1 - PROBLEMA E OBJETIVO DA INVESTIGAÇÃO

A formulação de um problema de investigação constitui uma das etapas principais do processo de investigação. Fortin *et al.* (2009:48) afirma que “qualquer investigação tem como ponto de partida uma situação considerada como problemática, isto é, que causa um mal-estar, uma irritação, uma inquietação, e que, por consequência, exige uma explicação ou pelo menos uma melhor compreensão do fenómeno observado.” Um problema de investigação é uma situação que necessita de uma solução, de um melhoramento ou de uma modificação, ou ainda pode ser um desvio entre a situação atual e a situação tal como deveria

A formulação do problema exige que o investigador justifique o porquê da sua escolha. Sendo assim, a formulação do problema deste estudo prende-se com o facto de estar direcionado para os cuidadores informais/familiares dos idosos dependentes inscritos na rede de cuidados continuados integrados, num Centro de Saúde da Unidade Local de Saúde da Guarda Assim, o problema de investigação delineado para este estudo é:

**Qual a perceção de sobrecarga referida pelo cuidador informal do idoso dependente no domicílio num Concelho do Distrito da Guarda.**

Como foi referido, a formulação de um problema exige uma justificação do porquê da sua escolha. Com a elaboração deste estudo, pretende-se conhecer a verdadeira dimensão dos problemas e sobrecarga/dificuldades com os quais os cuidadores informais do idoso dependente se deparam prestam cuidados no domicílio.

A questão central enunciada por nós conduz-nos á formulação de um conjunto de questões de investigação, designadamente:

- ✓ Qual o perfil dos prestadores de cuidados, dos idosos dependentes e do contexto da prestação de cuidados no domicílio num concelho do Distrito da Guarda?
- ✓ Qual a perceção do familiar/cuidador informal acerca da sobrecarga/ dificuldades sentidas, do seu estado de saúde e outros aspetos associados à sua situação, enquanto prestador de cuidados a idosos dependentes no domicílio?
- ✓ Qual o índice de dependência do idoso nas suas atividades básicas de vida diária (ABVD) e nas atividades Instrumentais de Vida Diária (AIVD)?

As questões enumeradas resultam da pesquisa bibliográfica efetuada durante o trabalho, assim como do interesse pela temática resultante da colaboração com estes familiares cuidadores, aquando das visitas domiciliárias efetuadas pela equipa de enfermagem do Centro de Saúde da ULSG. É com base nestes pressupostos que procuramos conhecer, compreender e analisar esta realidade, com dados cujas fontes são fornecidas pelos próprios intervenientes no processo, através da recolha de informação relacionada com as próprias vivências.

Uma vez formulado o problema é necessário delinear o objetivo da investigação, e assim definir o que se pretende efetuar para realizar o estudo. O objetivo irá conduzir-nos à justificação do porquê do estudo, através de um enunciado declarativo que precisa a orientação da investigação, segundo o nível de conhecimentos estabelecidos no domínio em questão. É ainda nesta etapa que o investigador deve determinar a direção que pretende dar à investigação com o intuito de dar resposta ao problema de investigação (Fortin *et al.* 2009).

Apoiando-se nas questões que norteiam este estudo, pretendemos com o presente estudo contribuir para um melhor conhecimento das dificuldades sentidas pelo cuidador principal pelo fato de cuidar do idoso dependente no domicílio, contribuindo assim para um melhorar do seu bem-estar, já que este bem-estar, certamente se irá refletir no bem-estar daqueles que são cuidados, melhorando assim a qualidade de vida de todos os envolvidos, deste modo delineados os seguintes objetivos:

- Descrever o perfil dos prestadores de cuidados, dos idosos dependentes e do contexto da prestação de cuidados (idade, sexo, estado civil, profissão e habilitações literárias, condições habitacionais, entre outros.
- Conhecer a perceção do familiar/cuidador informal acerca da sobrecarga/ dificuldades sentidas, do seu estado de saúde e outros aspetos associados à sua situação, enquanto prestador de cuidados a idosos dependentes no domicílio.

- Avaliar o índice de dependência do idoso nas suas atividades básicas de vida diária (ABVD) e nas atividades Instrumentais de Vida Diária (AIVD).

Com base nestes pressupostos, procuraremos conhecer, compreender e analisar esta realidade no domicílio, sendo este a fonte direta dos dados, através das vivências narradas pelos intervenientes.

## 5.2 - DESENHO DE INVESTIGAÇÃO

De acordo com Fortin *et al.* (2009), o conceito desenho de investigação é definido como o conjunto de decisões a tomar para pôr de pé uma estrutura, que permita explorar empiricamente as questões de investigação ou verificar hipóteses definindo mecanismos de controlo, para que haja menor risco de erro. A mesma autora refere que o controlo de potenciais fontes de enviesamento, que possam influenciar os resultados, é outro objetivo do desenho de investigação. Sendo assim, pode-se afirmar que o desenho de investigação guia o investigador na realização e planificação do estudo para que seja atingido o objetivo do mesmo.

Quanto ao tipo de estudo, é predominantemente quantitativo, pois com base em Fortin (2009), este pode ser caracterizado pela capacidade de medição de variáveis e pela obtenção de resultados numéricos suscetíveis de serem generalizados a outras populações ou contextos. Por conseguinte, é um método que apela a explicações, predições, relações causa-efeito e é aplicável a fenómenos humanos previsíveis e controláveis (Burns e Grove, 2001; cit. por Fortin, 2009). É exploratório, uma vez que se pretende conhecer algumas das realidades existentes num dos concelhos do Distrito da Guarda: características sociodemográficas dos cuidadores informais inquiridos, dos que cuidam e do contexto da prestação de cuidados, bem como a sua perceção acerca do seu estado de saúde e dos vários aspetos associados à situação de cuidar de pessoas, a prevalência das dificuldades sentidas pelos cuidadores e a sua relação com o cuidar em contexto domiciliário. É descritivo, porque se pretende descrever fatos e fenómenos, vivenciados na experiência dos inquiridos, utilizando o guião de entrevista e questionário, técnica esta que predomina para a observação em pesquisas deste tipo (Fortin *et al.*, 2009).



É transversal, porque se pretende avaliar as dificuldades do cuidador informal num determinado momento, aquando da aplicação dos instrumentos de colheita de dados, em Abril e Maio de 2012.

### 5.3 - VARIÁVEIS DO ESTUDO E SUA OPERACIONALIZAÇÃO

Antes de passar à enumeração e descrição das variáveis selecionadas para o nosso estudo, torna-se pertinente definir o seu conceito e descrever o modo como se procede à sua operacionalização.

Segundo Fortin *et al.* (2009:171) as variáveis são “unidades de base da investigação. Elas são qualidades, propriedades ou características de pessoas, objetos de situações suscetíveis de mudar ou variar no tempo. As variáveis tomam diferentes valores que podem ser medidos, manipulados ou controlados”. Desta forma, podem assumir diferentes valores e serem expressas em graus, quantidades e /ou diferenças.

As variáveis podem ser classificadas de diferentes maneiras segundo o papel que exercem numa investigação. Baseado em Fortin *et al.* (2009), podem ser independentes, dependentes, de investigação, atributos e estranhas. Os mesmos autores (2009:171) afirmam ainda que as variáveis de investigação são “qualidades, propriedades ou características que são observadas ou medidas. Não há variáveis independentes a manipular nem relações de causa e efeito a examinar”.

Conforme Fortin *et al.* (2009) refere as variáveis estranhas estão presentes em todos os estudos e podem exercer efeitos inesperados sobre outras variáveis ao longo do estudo, e consequentemente influenciar os resultados de uma investigação. O investigador deve por conseguinte, fazer tudo ao seu alcance para reduzir a sua influência ao mínimo possível.

Segundo os mesmos autores, podemos falar em definição conceptual e definição operacional de uma variável, ou seja, para ser uma medida a variável deve primeiro ter um significado conceptual (conceito abstrato decorrente da teoria), e é necessário enunciar os procedimentos a aplicar para medir a variável. Uma definição operacional enuncia as atividades necessárias para medir as variáveis. Codificar uma variável significa decompô-la de forma e torná-la mais clara e objetiva possível, para poder ser analisada com o máximo rigor e uniformidade de critérios, sendo possível a sua mensuração. Neste tipo de estudo as variáveis estabelecidas são:

#### **Variáveis Sociodemográficas**

##### Idade

Segundo o Enciclopédia e Dicionários Porto Editora (2012a), esta variável refere-se ao número de anos que uma pessoa conta desde o seu nascimento até à data atual. De acordo com Costa e Melo (1999), a idade é o período durante o qual um ser viveu ou existiu. É um fator biológico que caracteriza o indivíduo e tem um significado muito importante em todos os estádios da vida do homem. Desde o nascimento até à morte o organismo cresce e desenvolve-se, apresentando necessidades que diferem ao longo da vida. Assim, a operacionalização desta variável foi realizada através da elaboração de uma questão aberta (cf. apêndice B).

### Género

O género é definido, em termos médicos, como o conjunto das características biológicas e qualidades que diferenciam o homem da mulher (Morreira et al., 2006). Segundo Prazeres (2003), o conceito de género diz respeito à construção social do “ser-se homem” ou “ser-se mulher”, formada a partir das diferenças biológicas entre homem e mulher. Porém, numa determinada sociedade, o género define os papéis e as responsabilidades dos indivíduos enquanto elementos de um ou de outro grupo, induz experiências de vida, determina expectativas pessoais, condiciona oportunidades e modela a forma como homens e mulheres se relacionam mutuamente.

É uma variável dicotómica, existindo na sua distinção um conjunto de caracteres biológicos, sociais, psicológicos e morais. Foi elaborada uma pergunta fechada, de escolha única (cf. apêndice B).

### Estado civil

Segundo Costa e Melo (1999), o estado civil é uma qualidade definidora do estado pessoal que consta obrigatoriamente do registo civil. Assim, o estado civil é a situação em que se encontram os indivíduos, tendo em conta as relações estabelecidas entre si, por meio de celebração ou rompimento do contracto matrimonial. Estes definem:

- ✓ Solteiro, como sendo o “Homem que ainda não casou” (1529);
- ✓ Casado, como sendo o “indivíduo que contraiu matrimónio. O matrimónio é um sacramento da igreja que valida, perante Deus, a união do homem com a mulher; contrato perante a lei para um homem e uma mulher viverem em comum e beneficiarem de certos privilégios legais” (317);
- ✓ Divorciado, como o “indivíduo desunido, separado por divórcio. O divórcio é o ato ou efeito de divorciar ou divorciar-se; dissolução do casamento, em vida dos cônjuges, por decisão judicial, que extingue para o futuro o vínculo matrimonial” (.563);

- ✓ Viúvo, como o “Homem a quem morreu o cônjuge, e que não casou novamente” (1707);
- ✓ União de facto é uma situação de duas pessoas que vivem como cônjuges, sem vínculos matrimoniais (Academia das Ciências de Lisboa, 2001).

Esta variável foi operacionalizada através de uma pergunta fechada com quatro tipos de respostas possíveis (cf. apêndice B).

#### Grau de parentesco com o cuidador

Grau de parentesco é definido como sendo a qualidade de ser parente; com sanguinidade; afinidade; semelhança; vínculo que une duas pessoas em consequência de uma delas descender da outra ou de ambas procederem de um progenitor comum (Costa e Melo, 1999).

Para a Academia das ciências de Lisboa (2001), o grau de parentesco diz respeito à proximidade relativa medida pelo número de gerações que separam os parentes. Geração que vincula os parentes.

Para avaliar esta variável foi elaborada uma pergunta mista, na qual foram propostos cinco itens de resposta e deixado um espaço em aberto para especificar outro grau de parentesco (cf. apêndice B).

#### Grau de Escolaridade

De acordo com a Enciclopédia e Dicionários Porto Editora (2012b), esta variável é, por definição, o cumprimento de um determinado ciclo de estudos. Se um indivíduo completou todos os anos de um ciclo e for aprovado, diz-se que este obteve o grau de escolaridade do ciclo em questão. Desse modo, o aprovado no último nível do ensino fundamental, obtém a escolaridade do ensino fundamental.

Para avaliar esta variável foi elaborada uma pergunta mista, na qual foram propostos seis itens de resposta e deixado um espaço em aberto para especificar outros números de anos de escolaridade completos (cf. apêndice B).

#### Atividade Profissional

A profissão é considerada para Costa e Melo (1999), como o exercício habitual de uma atividade económica, como meio de vida.

Para avaliar esta variável foi elaborada uma pergunta fechada, de escolha única (cf. apêndice B)

#### Tipo de família (circunstancia em que vive)

O vocábulo familiar é definido como sendo pessoas aparentadas que vivem, geralmente na mesma casa (Couto et al, 1999).

A funcionalidade familiar refere-se à dinâmica familiar e à qualidade da relação do utente com os seus familiares (Azevedo e Matos, 1989).

Para avaliar esta variável foi elaborada uma pergunta mista, na qual foram propostos sete itens de resposta e deixado um espaço em aberto para especificar outro tipo de família (cf. apêndice B).

#### Fonte de rendimentos

Segundo Machado (1991:335) o *nível social* é a “categoria social constituída pelos indivíduos que possuem o mesmo género de vida, os mesmos recursos materiais e as mesmas aspirações” e *nível de vida* é o “conjunto de condições económicas que tornam fácil ou difícil a vida da população, quanto ao valor da moeda, abundância ou carestia de produtos alimentares, vestuário, entre outros”.

É uma variável complexa que envolve várias dimensões tais como: profissão, nível de instrução, rendimento familiar, conforto da habitação e aspeto do bairro habitado.

Para avaliar esta variável foi elaborada uma pergunta mista, na qual foram propostos sete itens de resposta e deixado um espaço em aberto para especificar outra fonte de rendimento.

#### **Relativamente ao contexto:**

##### Tempo despendido na prestação de cuidados

Torna-se relevante contextualizar o tempo despendido nas diferentes atividades de vida diária.

De acordo com Freitas (2000), a sociedade e os indivíduos vivem de acordo com a complexidade do ritmo imposto por motivos culturais, sociais e económicos, regendo a sua vida diária com base num tempo socialmente construído e diferentemente valorado.

Segundo estas autoras, a estandardização do tempo, a sua divisibilidade em horas, minutos e segundos, criou nas sociedades hábitos de controlo e de uso do tempo como um recurso utilizado até à exaustão, pois a noite e as condições climatéricas inóspitas deixaram de ser, na sua generalidade, limites no uso do tempo.

Como tal, os cuidadores atribuem um valor diferente às suas atividades de vida diária, despendendo para cada uma, um número diferente de horas, que pode influenciar a sobrecarga do cuidador.

Para avaliar esta variável foi elaborada uma pergunta mista, na qual foram propostos cinco itens de resposta e por uma questão aberta (cf. apêndice B).

##### Apoios ao cuidador informal

De acordo com a Enciclopédia e Dicionários Porto Editora (2012b), esta variável é, por definição, uma ajuda moral ou material; proteção; auxílio, O apoio social, na opinião de Dunst e Trivette (1990, cit. por Pais Ribeiro, 1999), é caracterizado pelos recursos ao dispor dos indivíduos e unidades sociais (tais como a família) em resposta aos pedidos de ajuda e assistência.

Para avaliar esta variável foi elaborada uma pergunta mista, na qual foram propostos cinco itens de resposta e deixado um espaço em aberto para especificar outro tipo de apoios

#### Antecedentes Pessoais (do idoso dependente)

De acordo com a Enciclopédia e Dicionários Porto Editora (2012b), esta variável é, por definição que vai ou está antes. O que tem uma consequência. Acontecimentos anteriores. Pessoais, deriva do latim *personalis*, Relativo à pessoa, sendo próprio de cada pessoa. O termo doença crônica é usado para designar patologias com um ponto em comum: são persistentes e necessitam de cuidados permanentes. São exemplos frequentemente as doenças não transmissíveis como hipertensão arterial, diabetes mellitus, doenças cardiovasculares, osteoartrose e cancro.

Para avaliar esta variável foi elaborada uma pergunta mista, na qual foram propostos oito itens de resposta e deixado um espaço em aberto para especificar outro tipo de doença

#### Grau de dependência do idoso dependente

O Conselho de Europa (1998) define dependência como “ a necessidade de ajuda e assistência nas necessidades de vida diária” ou “ o estado em que se encontram as pessoas que, por perda de autonomia física, psíquica ou intelectual, tem necessidades de ajuda na realização das atividades do quotidiano, de modo particular, nos cuidados pessoais

Para avaliar o grau de dependência dos idosos e condizente com o anteriormente descrito foram plicadas as escalas: de Lawton e Brody, de Sequeira 2007 e Índice de Barthel, Sequeira 2007. (anexo E e anexo D)

#### Sobrecarga do cuidador informal

O termo “sobrecarga do cuidador” traduz-se num estado psicológico que resulta da interação de várias variáveis – esforço físico, pressão emocional, restrições sociais e exigências económicas que emergem ao cuidar do doente dependente (Dillehay e Sandys, 1990 cit. por Marques, 2007).

Para avaliar esta variável foi utilizado o questionário de avaliação da sobrecarga do Cuidador Informal (ESC) traduzida e adaptada para a população portuguesa por Sequeira (2007) a partir da Burden Interview Scale (Zarit e Zarit, 1983; Martin, 1996; Scazufca, 2002).

Esta escala, na versão original, era constituída por 29 questões, onde se incluíam aspetos relacionados com a saúde física e psicológica, os recursos económicos, o trabalho, as relações sociais e a relação com o “recetor de cuidados”. (anexo C)

#### 5.4 - POPULAÇÃO E AMOSTRA

Nesta etapa do processo de investigação é necessário definir a população e a amostra deste estudo. A primeira etapa do processo de amostragem consiste em delinear qual a população que será estudada.

A população define-se como um conjunto de elementos quer sejam sujeitos, espécies ou processos que possuem características comuns, ou seja, o que se visa obter na população é que todos os elementos apresentem as mesmas características definidas por um conjunto de critérios (Fortin, 2009).

De acordo com Fortin (2009:312), a amostra é a “fracção de uma população sobre a qual se faz o estudo”. A amostra deve ser representativa da população, pois as características da população devem estar presentes em todos os elementos da amostra. Segundo Fortin (1999:202) “a amostra é um subconjunto de uma população ou de um grupo de sujeitos que fazem parte de uma mesma população”. A amostra é assim, uma réplica em miniatura.

A escolha dos participantes foi efetuada por meio de critérios de seleção que asseguram uma relação íntima dos participantes e com as experiências que iremos descrever e analisar. Assim, constituíram a população alvo do nosso estudo, todos os cuidadores informais e idosos com algum tipo de dependência, inscritos na rede de cuidados continuados integrados num Centro de Saúde do Distrito da Guarda.

A presente amostra é constituída por trinta e seis cuidadores informais e seus idosos dependentes inscritos na rede de cuidados continuados integrados há mais de um ano, num Centro de Saúde do Distrito da Guarda.

Assim, a partir dos dados obtidos, foram selecionados os cuidadores que preenchiam os seguintes critérios:

- Ter mais de dezoito anos de idade;
- Ser o cuidador identificado como estando a prestar cuidados de forma regular ao idoso dependente, inscrito num Centro de Saúde do Distrito da Guarda.
- Serem cuidadores de idosos que de acordo com a escala de Lawton e Brody tenham alguma situação de dependência;

- Não ser pago pelo facto de cuidar do idoso dependente
- Residir no concelho em estudo do distrito da Guarda.
- Que aceitem participar no estudo, assinando o consentimento informado.

## 5.5 - INSTRUMENTOS DE COLHEITA DE DADOS

Dado a natureza do estudo, optou-se por instrumentos de colheita de dados que se baseiam na autoavaliação e relatos de vários aspetos inerentes ao processo de cuidar do idoso dependente e seus cuidadores. A seleção dos instrumentos obedeceu à sua especificidade e adequação aos objetivos do estudo, bem como às características dos participantes. Assim, os instrumentos de colheita utilizados para o nosso estudo foram os seguintes:

**A escala de sobrecarga do cuidador (Sequeira, 2007):** A avaliação da sobrecarga é efetuada com o recurso à escala de sobrecarga do cuidador (ESC), traduzida e adaptada para a população portuguesa por Sequeira (2007) a partir da Burden Interview Scale (Zarit e Zarit, 1983; Martin, 1996; Scazufca, 2002).

Esta escala, na versão original, era constituída por 29 questões, onde se incluíam aspetos relacionados com a saúde física e psicológica, os recursos económicos, o trabalho, as relações sociais e a relação com o “recetor de cuidados”. (Anexo C)

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

- **“IMPACTO DE PRESTAÇÃO DE CUIDADOS”:** agrupa os itens que se referem à sobrecarga relacionada com a prestação de cuidados diretos, em que se destacam a alteração do estado de saúde, o elevado número de cuidados, a alteração das relações sociais e familiares, a falta de tempo, o desgaste físico e mental. Encontram-se os itens relativos ao impacto dos cuidados diretos no contexto do cuidador, sendo estes (1,2,3,6,9,10,11,12,13,17 e 22).
- **“RELAÇÃO INTERPESSOAL”:** apresenta e agrupa os itens que relacionam a sobrecarga entre cuidador e a pessoa dependente alvo de cuidados. Estes avaliam o impacto interpessoal resultante da relação da prestação de cuidados, principalmente associados às dificuldades interrelacionais. Esta relação é avaliada por cinco itens, sendo estes (4,5,16,18 e 19).

- **“EXPECTATIVAS FACE AO CUIDAR”**: Estas expectativas relacionam-se com a prestação de cuidados relativos ao cuidador, no que diz respeito aos medos, receios e disponibilidades, sendo constituído por quatro itens (7,8,14 e 15).
- **“PERCEÇÃO DE AUTOEFICÁCIA”**: relaciona-se com a opinião do cuidador face ao seu desempenho e, é constituído por dois itens (20 e 21).

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

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

**Índice de Barthel (ABVD), (Mahoney & Barthel, 1965; Sequeira, 2007) versão abreviada:** Estas atividades são definidas de um modo sucinto, segundo Sequeira (2007), como, “um conjunto de atividades primárias da pessoa relacionadas com o auto cuidado e a mobilidade, que permitem ao indivíduo viver sem necessitar de ajuda”. O instrumento de avaliação das atividades básicas da vida diária (ABVD) baseia-se na versão abreviada do Índice de Barthel (Mahoney & Barthel, 1965; Sequeira, 2007). Sendo este índice composto por 10 atividades básicas de vida diária, em que cada atividade apresenta entre dois a quatro níveis de dependência, o *score* “0” corresponde à dependência total, sendo a independência pontuada com “5”, “10” ou “15” pontos de acordo com os níveis de diferenciação.

As variáveis estudadas pelo Índice de Barthel são: a alimentação; o vestir; o banho; a higiene corporal; o uso da casa de banho; o controlo intestinal; o controlo vesical; o subir escadas; a transferência cadeira/cama e a deambulação. (Anexo E)

Quanto menor for a pontuação maior é o grau de dependência, variando de modo inversamente proporcional ao grau de dependência, flutuando a sua cotação global entre 0 a 100 pontos, consoante os seguintes pontos de corte:

- 90-100 Pontos - Independente;
- 60- 90 Pontos - Ligeiramente dependente;
- 40-45 Pontos - Moderadamente dependente;
- 20-35 Pontos - Severamente dependente,
- <20 Pontos - Totalmente dependente



Este índice possibilita a avaliação da capacidade funcional do idoso e determina o grau de dependência de forma global e de forma parcelar, em cada atividade

**Índice de Lawton (Lawton & Brody, 1969; Sequeira, 2007), versão abreviada:** Constituída por oito atividades instrumentais que fazem parte do instrumento de avaliação da vida diária (AIVD), através da versão abreviada do Índice de Lawton (Lawton & Brody, 1969; Sequeira, 2007), sendo estas: cuidar da casa, lavar a roupa, preparação da comida, ir às compras, utilização do telefone, utilização de transporte, gestão do dinheiro e gestão da medicação. (Anexo D)

Cada item apresenta 3, 4 ou 5 níveis diferentes de dependência, pelo que cada atividade é pontuada de “1 a 3”, de “1 a 4” ou de “1 a 5”, em que uma maior pontuação corresponde a um maior grau de dependência.

Este índice varia entre 8 e 30 pontos, de acordo com os seguintes pontos de corte:

- 8 Pontos Independente;
- 9 - 20 Pontos Moderadamente dependentes necessitam de uma certa ajuda;
- >20 Pontos Severamente dependentes necessitam de muita ajuda.

O Índice de Lawton é um instrumento que permite avaliar o grau de dependência nas atividades instrumentais de vida diária de forma global e também de forma parcelar.

**Questionário:** Para Fortin (2009), o questionário é um instrumento de medida que traduz os objetivos de um estudo com variáveis mensuráveis, sendo habitualmente preenchido pelos próprios sujeitos sem qualquer tipo de assistência. Fortin *et al.* (2009:249) define questionário como “um dos métodos de colheita de dados que necessita das respostas escritas a um conjunto de questões por parte dos sujeitos”.

De acordo com Fortin *et al.* (2009), a aplicação de um questionário permite recolher conhecimentos, atitudes, valores e comportamentos referentes a um dado tema/situação. Deste modo, é importante ter em conta o que se quer avaliar e como se vai avaliar, devendo haver rigor na seleção do tipo de questionário a aplicar, aumentando, assim, a credibilidade do mesmo.

Para se proceder à avaliação dos cuidadores informais e do idoso dependente, torna-se imperativo a utilização de instrumentos para caracterizar essa mesma população. Para tal foi elaborado um conjunto de questões que irão permitir avaliar as características sociodemográficas dos idosos dependentes, dos cuidadores informais e algumas informações clínicas pertinentes para a investigação. Este questionário é constituído por questões abertas e

fechadas. Foi construído tendo por base os objetivos, a revisão bibliográfica e outros estudos realizados. Com as variáveis de caracterização, pretendeu-se avaliar os cuidadores informais do ponto de vista da sua situação sociodemográfica (ex. sexo, idade, estado civil, escolaridade, entre outras) e da prestação de cuidados. Estas variáveis foram operacionalizadas em escalas qualitativas (ordinais e nominais) e quantitativas (discretas de razão), com perguntas fechadas e mistas de resposta única ou múltipla. (apêndice C).

## 5.6 - CONSIDERAÇÕES ÉTICAS

De acordo com Fortin *et al.* (2009), qualquer investigação efetuada junto de seres humanos levanta questões morais e éticas. A ética coloca determinados problemas aos investigadores, decorrentes da presença de exigências morais que, em certas situações, podem entrar em conflito com o rigor da própria investigação. Fortin *et al.* (2009) menciona, ainda, que durante a aquisição dos conhecimentos existe um limite que, jamais, poderá ser ultrapassado e que se refere ao respeito pela pessoa e à proteção do seu direito de viver livre e dignamente enquanto ser humano.

A investigação aplicada a seres humanos pode, por vezes, causar danos aos direitos da pessoa, conforme descrito anteriormente. Fortin *et al.* (2009) refere que é necessário tomar todas as disposições legais para proteger as pessoas que participam nas investigações. Então, é preciso respeitar os direitos fundamentais: o direito à autodeterminação (a pessoa tem o direito de decidir livremente sobre a sua participação ou não numa investigação), o direito à intimidade (a investigação deve ser o menos invasiva possível e a intimidade dos intervenientes deve ser protegida), o direito ao anonimato e à confidencialidade (a identidade dos intervenientes não pode ser associada as respostas individuais), o direito à proteção contra o desconforto e o prejuízo (corresponde às regras de proteção contra inconvenientes suscetíveis de lhe fazerem mal ou de a prejudicarem) e, finalmente, o direito a um tratamento justo e equitativo (direito de ser informado sobre a natureza, o fim e a duração da investigação, para a qual é solicitada a participação da pessoa, assim como os métodos utilizados no estudo).

Sendo o objetivo deste estudo conhecer as dificuldades sentidas pelo cuidador informal aquando da prestação de cuidados ao idoso dependente no domicílio, foram realizadas todas as formalidades necessárias à garantia de proteção dos direitos e liberdades dos inquiridos. Será de salientar que, no que diz respeito aos instrumentos de colheita de

dados utilizados neste trabalho, foram cumpridos todos os requisitos legais para a sua utilização. (apêndice A)

Numa fase inicial, foi solicitado à Unidade Local de Saúde da Guarda o consentimento para aceder aos dados relativos aos utentes inscritos neste Centro de Saúde, que tivessem apoio dos serviços domiciliários, a autorização para aplicação dos instrumentos de colheita de dados (Apêndice A), tendo recebido a respetiva autorização (anexo A).

Para o efeito foi elaborado o consentimento informado (apêndice B) apresentaram-se todas as informações que são consideradas pertinentes para o consentimento livre e esclarecido dos inquiridos. Através do guião de entrevista foi apresentado: Etapas e objetivos do estudo; Finalidade do estudo; Garantia do respeito pela vontade dos cuidadores em colaborar ou não no estudo qualquer que seja a fase em que se encontre, garantia do anonimato das informações e de estas servirem apenas para a realização do estudo; Investigadores envolvidos.

Construído o modelo empírico a estudar e selecionados os instrumentos de avaliação, foi solicitada ao autor a devida autorização para a utilização dos mesmos ao Prof. Doutor Carlos Sequeira (anexo B) por correio eletrónico.

## 5.7 - PRÉ-TESTE DO QUESTIONÁRIO

Com a finalidade de verificar a clareza, compreensão, precisão e pertinência das questões, assim como as dificuldades sentidas na aplicação dos instrumentos, visando a validação dos mesmos para a população em estudo prever o tempo médio do preenchimento do guião de entrevista com questionário, o pré-teste foi realizado numa das freguesias do concelho em estudo, a quatro cuidadores e idosos dependentes, com características similares às da população alvo. Esta etapa é segundo Fortin *et al.* (1999) ... (...) indispensável, e permite corrigir e modificar o questionário, resolver problemas imprevistos e verificar a redação e a ordem das questões.

Após a aplicação dos quatro questionários, houve necessidade de fazer algumas correções de pormenor, tais como: alterar a sequência e ajustar algumas questões. Ao nível da pergunta nº 2, parte II do questionário ao idoso dependente. “Qual a sua relação com o seu habitat”, verificamos, que a palavra “habitat”, não constava do vocabulário do idoso, assim, aquando da aplicação do questionário, referimos o que significava habitat, (tendo perguntado; se sentia bem na sua casa, em família, na sua aldeia, com os amigos e vizinhos). Quanto á pergunta “ Numero de anos coabita com o idoso dependente”, verificou-se que a resposta era

um pouco ambígua, pois o cuidador respondia o número de anos que vivia com o idoso dependente, e não o número de anos em que o idoso se tornou dependente.

## 5.8 - PROCEDIMENTO DA RECOLHA DE DADOS

A colheita de dados foi realizada nos domicílios dos cuidadores de idosos dependentes, inscritos num Centro de Saúde da unidade Local de Saúde da Guarda, que tinham as características por nós previamente definidas, tendo sido realizada durante o mês de Maio e Junho de 2012, (apêndice C).Atendendo ao interesse em caracterizar o melhor possível o perfil dos cuidadores foram contactados pessoalmente todos os cuidadores informais em visitação domiciliária, identificados e inscritos no Centro de Saúde da unidade Local de Saúde da Guarda solicitando a autoriza o e esclarecendo sobre os objetivos do estudo a realizar. Os idosos dependentes e seus cuidadores informais foram identificados através das seguintes formas (Figura 9).

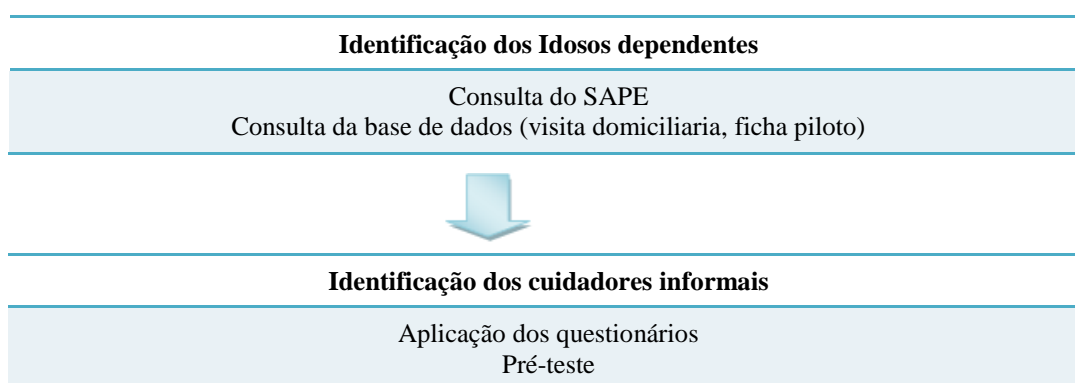


Figura 9: Fases do processo de recolha de dados  
Fonte: Elaborac o própria em 22/01/212

A escolha de área geográfica deve-se ao fato de ser um Concelho com uma popula o bastante envelhecida, por ser o concelho de naturalidade e de residência da investigadora, facilitando assim a disponibilidade para a realiza o deste estudo, tanto a nível de conhecimentos da popula o como do concelho, uma vez que o tempo disponível para a realiza o da disserta o ser muito limitado Em segundo lugar, pela facilidade de acesso ao Centro de Saúde, através da equipa de Enfermagem, da qual a investigadora faz parte, que foram elementos facilitadores para o estudo, visto que a equipa presta diariamente apoio domiciliário e lida diretamente com os indivíduos que são o foco da nossa aten o.

## 5.9 - ESTRATÉGIAS PARA ANÁLISE DE DADOS

No presente estudo, a análise descritiva foi realizada com o apoio do programa estatístico, SPSS, versão 17.0 para Windows. As variáveis quantitativas são expressas em média, desvio padrão, mínimo e máximo. As variáveis categóricas/dicotômicas são apresentadas em frequências absolutas e relativas. No nosso estudo existem duas variáveis principais: a sobrecarga do CI, uma variável dependente, onde foi utilizada a ESC, escala numérica de tipo Likert de 0 a 5. Em relação á dependência dos idosos, podemos catalogá-la como variável independente onde foram utilizadas duas escalas: O índice de Lawton e o Índice de Barthel. Foram ainda avaliadas outras variáveis individuais e independentes, sendo avaliadas no questionário, encontrando-se relacionadas com as características sociodemográficas do CI's e do ID, onde foram utilizados variáveis do tipo numérico e variáveis nominais. Estas variáveis encontram-se controladas no questionário uma vez que nos permitiram fazer associações sobre a existência ou não de sobrecarga do CI, aquando da prestação de cuidados.

## **PARTE III - ANÁLISE E TRATAMENTO DOS DADOS**

## 6. - RESULTADOS

Neste capítulo apresentamos os cálculos estatísticos utilizados e os resultados obtidos, com o intuito de responder aos objetivos traçados para este estudo.

Os resultados obtidos foram organizados em três partes: na primeira parte organizamos os resultados relativos ao cuidador informal, em termos da sua caracterização sociodemográfica (sexo, grupo etário, estado civil e grau de escolaridade), caracterizamos o seu estado de saúde, situação profissional, tempo de prestação de cuidados, tempo de cuidados prestados por dia, tipo de cuidados, apoios que recebe e como concebe o seu estado de saúde através dos resultados obtidos referentes à escala de Sobrecarga.

Na segunda parte, é também apresentada a caracterização sociodemográfica do idoso dependente (sexo, grupo etário, estado civil, grau de escolaridade), relação de parentesco com o cuidador principal, antecedentes pessoas de doença, dependência nas atividades de vida diária e nas atividades instrumentais, através resultados obtidos com a utilização das duas escalas (AIBV e AIVD).

Para a apresentação das características sociodemográficas optámos por apresentar os resultados em tabelas de forma a tornar a leitura dos mesmos mais fáceis (cf. apêndice C)

Foram calculadas médias e desvios-padrão para as variáveis numéricas contínuas com distribuição simétrica (escala de sobrecarga e escalas de dependência funcional) e frequências absolutas e relativas das variáveis categóricas (todas as restantes). As escalas de sobrecarga e dependência funcional foram categorizadas segundo os pontos de corte definidos na literatura, de forma a classificar os cuidadores e idosos, prospectivamente, em graus de intensidade/dependência. O Índice de Lawton classificou todos os idosos como gravemente dependentes inviabilizando assim a utilização desta escala na resposta ao objetivo de associação entre sobrecarga e dependência. Todas as perguntas de resposta aberta foram posteriormente fechadas em várias categorias, consoante a concordância nas respostas dadas, de forma a facilitar a sua análise e comparação. Os antecedentes pessoais de doenças não foram analisados separadamente mas sim o seu somatório. O tipo de rendimento também foi posteriormente redefinido em categorias dadas a variedade de combinação de rendimentos os idosos e agregados familiares (cf. apêndice C).

## 6.1 - CARACTERIZAÇÃO DOS CUIDADORES INFORMAIS

### 6.1.1- Características sociodemográficas do CI

Começamos pela caracterização sociodemográfica dos cuidadores informais, que participaram neste estudo, através das respostas obtidas ao questionário, bem como os resultados descritivos obtidos através da escala de sobrecarga Assim, apresentamos o sexo, a idade, o estado civil, o grau de escolaridade, a profissão a relação de parentesco e estado de saúde, número de anos e dias de prestação de cuidados

A presente amostra é constituída por vinte e nove cuidadores do sexo feminino (80,6%), maioritariamente com idade superior a 65 anos (n=22; 61,1%), dos quais vinte e nove são casados ou vivem em união de facto (80,6%). No que se refere à escolaridade verificamos que catorze dos cuidadores informais (38,9%) não frequentou a escola básica, seguidos de onze (30,6%) que obtiveram a 4ª classe, quatro (11,1%) possuem o 9º ano e apenas um (2,8%) possui um Curso Superior. Quanto á situação profissional observa-se que quinze dos CI's são reformados (41.6%), dez (27.8%) mulheres domésticas quatro agricultores e quatro desempregadas (11.1%) e apenas três usufruem de um salário (8.3%) (cf. tabela 5).

Tabela 5 - Características sociodemográficas dos CI's

		Nº	%
Sexo	Feminino	29	80,6
	Masculino	7	19,4
Idade	30-49	4	11,1
	50-64	10	27,8
	65+	22	61,1
Estado Civil	Solteiro	5	13,9
	Casado/união	29	80,6
	Viúvo	2	5,6
Grau Escolaridade	Sem escolaridade	14	38,9
	4ª Classe	11	30,6
	9º Ano	4	11,1
	12º Ano	6	16,7
	Curso superior	1	2,8
Profissão	Reformado	15	41,6
	Domestica	10	27,8
	Desempregado	4	11,1
	Salário	3	8,3
	Agricultor	4	11,1

Fonte: Elaboração própria em 22/06/212



### 6.1.2 - Caracterização do Agregado familiar

Através da tabela 6, verifica-se que são principalmente os cônjuges (47,2%) e os filhos (33,3%) os cuidadores informais, sendo a estrutura de família nuclear que prevalece (72,2%). Dados corroborados pela **pergunta n° 1**- Motivos que o levaram a ser cuidador (a): dezanove CI's (52,8%) responderam que é familiar e que é um dever, seguidos de onze CI's (20,6%) que responderam que não tinham mais ninguém, e cinco CI's (13,9%) responderam que os restantes membros da família estavam ausentes

Quanto ao número de anos de prestação de cuidados do CI's, ao Idoso dependente, verificamos, que dezasseis dos CI's (45,7%) prestam cuidados entre 3 a 6 anos, seguidos de sete CI's (20,0%), que prestam cuidados entre 6 a 10 anos, quatro CI's (11,0%), prestam cuidados entre 10 e 14 anos, havendo apenas sete CI's (20,0%), que prestam cuidados há mais de 1 ano, ou seja entre (1 a 3 anos). Quanto ao número de dias verificamos que todos eles prestam cuidados todos os dias.

Tabela 6 - Características do agregado familiar

	Nº	%	
Grau de parentesco	Marido/esposa	17	47,2
	Mãe/pai	12	33,3
	Outro	7	19,4
Tipo de família	Alargada	8	22,2
	Monoparental	2	5,6
	Nuclear	26	72,2
Número de Anos de Prestação de Cuidados	1a-3ª	7	20,0
	3a-6ª	16	45,7
	6a-10ª	7	20,0
	10a-14ª	4	11,4
	14a+	1	2,9

Fonte: Elaboração própria em 22/06/2012

### 6.1.3 - Caracterização dos CI's, de acordo com o tipo de rendimento

Quanto ao tipo de rendimento do cuidador verificamos que quinze CI's (41,7%) recebem a pensão de velhice como rendimento principal, nove CI's (25,0%) recebem o Rendimento Social de Inserção e seis CI's (16,7%) têm um salário (cf. Tabela 7).

Quanto á pergunta n.º 9 do questionário “Coabita atualmente com o idoso dependente”, trinta e três dos CI's (91,7%) dos cuidadores responderam que coabitam com o

idoso dependente. Quanto á pergunta “Houve alteração de residência por parte do cuidador”, trinta dos CI’s (83,3%) dos cuidadores responderam que não.

Tabela 7 - Distribuição dos CI’s, de acordo com o tipo de rendimento

Fonte de rendimento		
	Nº	%
Rendimento Social Inserção	9	25,0
Pensão velhice	15	41,7
Pensão invalidez	1	2,8
Complemento dependência	1	2,8
Salário	6	16,7
RSI +Pensão Invalidez	1	2,8
Pensão Invalidez + Pensão Velhice	2	5,6
Outro	1	2,8
Total	36	100,0

Fonte: Elaboração própria em 22/06/212

#### 6.1.4 - Distribuição do tipo de apoios e sobrecarga do CI’s

Quanto ao tipo de apoios, podemos verificar através a tabela 8, que dezoito dos CI’s (50%) recebem apoio da equipa de profissionais do C.S e doze dos CI’s (33,3%) referem não receberem nenhum tipo de apoio, existindo seis CI’s (16,7%) que recebem apoio da equipa de profissionais do C.S, e do Centro de Dia da freguesia onde vivem.

E quando perguntamos, ” Tem mais pessoas a cargo” vinte e um dos CI’s (58,3%) responderam que não e quinze CI’s (41,7%) responderam que sim. Dados corroborados também com a **Pergunta nº 3** “Que apoios necessita para cuidar do seu familiar?”, vinte e seis dos CI’s (72,3%), responderam que necessitam “de mais ajuda nas AVD (s)” quatro dos CI’s (11,1%) responderam “de mais tempo”, três CI’s (8,3%) responderam de “demais ajuda económica”, dois CI’s (5,6%) responderam “de nada” e um dos CI’s (2,8%) respondeu: “de uma melhor casa”.

Tabela 8 - Distribuição do somatório de apoios aos CI’s

Somatório de apoios aos CI’s		
	Nº	%
0	12	33,3
1	18	50,0
2	6	16,7
Total	36	100,0

Fonte: Elaboração própria em 22/06/212

Em relação à auto percepção do estado de saúde, verifica-se que a maioria, ou seja, dezassete (47,2%), percebe a sua saúde como razoável, nove CI's (25%) como boa e oito CI's (22,2%) como muito fraca (cf. Tabela 9).

Dados que a pergunta nº 4 “ Quais as alterações sentidas na sua vida pelo fato de prestar apoio ao seu familiar?” do questionário vem corroborar, visto que catorze dos CI's (38,9%) responderam “Cansaço”; dez CI's (27,0%) responderam “não ter vida própria”, sete dos CI's (19,4%), “falta de tempo”, três CI's (8,3%), “cansaço e velhice”, dois CI's (5,6%), responderam “não terem sentido alterações. Também através da pergunta nº 2 - Quais as dificuldades que sente o cuidar do se familiar?, vinte dos CI's (58,3%), responderam “ajuda nas AVD (s) ”, e seis dos CI's (16,7%), responderam “que tem falta de tempo”., o que nos leva a concluir que o impacto da prestação de cuidados, altera negativamente o estado de saúde do cuidador.

Tabela 9 - Distribuição dos CI's, de acordo com a auto percepção do estado de saúde

Percepção do estado de Saúde		
	Nº	%
Muito boa	1	2,8
Boa	9	25,0
Razoável	17	47,2
Fraca	1	2,8
Muito fraca	8	22,2

Fonte: Elaboração própria em 22/06/212

Quanto á sobrecarga dos CI's, os resultados obtidos com a aplicação da Escala de sobrecarga, aplicada ao CI's do concelho do distrito da Guarda, em estudo, vamos descreve-la, através da análise das subescalas que são: impacto de prestação de cuidados; Relação Interpessoal; Expectativas face ao cuidador, Percepção de autoeficácia. Com a aplicação da ESC, obtivemos em média  $80,0 \pm 14,8$  pontos, (cf. tabela 10).

Tabela 10 - Distribuição dos CI's, de acordo com a ESC e subescalas

ESC			
	Nº	Media	Desvio-padrão
ESC_total	36	80,00	14,817
ESC_IPC	36	38,81	8,109
ESC_RI	36	16,06	4,714
ESC_EFC	36	18,31	2,189
ESC_PAE	36	6,83	2,311

Fonte: Elaboração própria em 22/06/212

Para melhor percetibilidade, apresentamos os dados dos níveis de sobrecarga, para as quattros subescalas (cf. tabelas 11,12 13 e 14).

Sendo os níveis da sobrecarga em relação ao fator “ **Impacto de prestação de cuidados**”, que referem a sobrecarga relacionada com a prestação de cuidados diretos, estes apresentam elevada sobrecarga, em média  $38,8 \pm 8,1$  pontos (tendo eles respondido: às vezes, muitas vezes ou a maioria quase sempre, aos itens 2;3,9;10 e 22), (cf. tabela 11).

Tabela 11 - Distribuição dos CI's, de acordo com a ESC- **Impacto de prestação de cuidados**

<b>Impacto de prestação de cuidados</b>		
	Nº	%
16	2	5,6
26	1	2,8
29	1	2,8
32	2	5,6
33	1	2,8
34	2	5,6
35	1	2,8
36	1	2,8
37	2	5,6
38	3	8,3
39	1	2,8
40	2	5,6
41	2	5,6
42	1	2,8
43	2	5,6
44	4	11,1
46	2	5,6
47	1	2,8
48	3	8,3
49	2	5,6

Cada item é pontuado de forma qualitativa/quantitativa da seguinte forma: nunca = (1); quase nunca = (2); às vezes = (3); muitas vezes = (4) e quase sempre = (5). Nesta versão (1 a 5)

Fonte: Elaboração própria em 22/06/212

Quando à subescala “**Relação Interpessoal**”, que diz respeito ao impacto interpessoal resultante da relação da prestação de cuidados, principalmente associados às dificuldades interrelacionais, observa-se que os CI's apresentam uma sobrecarga de  $16.0 \pm 4,7$  ponto, visto terem respondido aos itens: 4,5;16,18 e 19 (nunca ou quase nunca, e às vezes). Demonstrando, que os CI's, mesmos sendo afetados negativamente, existem sentimentos positivos em relação ao ato de cuidar, como a auto satisfação pelo “dever cumprido”, cuidando o melhor possível do ID, enquanto as suas”, forças o permitirem”, mostrando que possuem capacidade e amor para cuidar do seu familiar que “só o tem a ele” (cf. tabela 12).

Tabela 12 - Distribuição dos CI's, de acordo com a ESC - Relação Interpessoal

<b>Relação Interpessoal</b>		
	Nº	%
5	1	2,8
7	1	2,8
10	1	2,8
11	5	13,9
12	3	8,3
13	2	5,6
14	1	2,8
15	2	5,6
17	1	2,8
18	5	13,9
19	5	13,9
20	2	5,6
21	3	8,3
22	2	5,6
23	2	5,6

Cada item é pontuado de forma qualitativa/quantitativa da seguinte forma: nunca = (1); quase nunca = (2); às vezes = (3); muitas vezes = (4) e quase sempre = (5). Nesta versão (1 a 5)

Fonte: Elaboração própria em 22/06/212

Em relação à subescala “**Expectativas face ao cuidar**”, as expectativas relacionam-se com a prestação de cuidados relativos ao cuidador, verificando-se que a maioria dos CI's refere níveis elevados de sobrecarga com uma média de  $18,3 \pm 2,1$  pontos, tendo respondido aos itens (8;14 e 5, às vezes muitas vezes e quase sempre). (cf. tabela 13).

Tabela 13 - Distribuição dos CI's de acordo com a ESC- Expectativas face ao cuidar

<b>Expectativas face ao cuidar</b>		
	Nº	%
9	1	2,8
16	6	16,7
17	3	8,3
18	5	13,9
19	7	19,4
20	14	38,9

Cada item é pontuado de forma qualitativa/quantitativa da seguinte forma: nunca = (1); quase nunca = (2); às vezes = (3); muitas vezes = (4) e quase sempre = (5). Nesta versão (1 a 5)

Fonte: Elaboração própria em 22/06/212

Relativamente à “**Percepção de autoeficácia**”, que se relaciona com a opinião do cuidador face ao seu desempenho, os CI's não apresentam níveis de sobrecarga, com uma média de  $6,8 \pm 2,3$  ponto, quando responderam aos itens 20 e 21, quase e nunca às vezes, (cf. tabela 14).

Tabela 14 - Distribuição dos CI's de acordo com a ESC - Percepção de autoeficácia

Percepção de autoeficácia		
	Nº	%
2	2	5,6
3	1	2,8
4	4	11,1
5	1	2,8
6	9	25,0
7	4	11,1
8	4	11,1
9	6	16,7
10	5	13,9

Cada item é pontuado de forma qualitativa/quantitativa da seguinte forma: nunca = (1); quase nunca = (2); às vezes = (3); muitas vezes = (4) e quase sempre = (5). Nesta versão (1 a 5)

Fonte: Elaboração própria em 22/06/2012

Dados estes, que a tabela 15 vem corroborar, visto que trinta e quatro dos CI's (94%) possuem uma sobrecarga intensa e que apenas dois dos CI's (5,6%) não têm qualquer tipo de sobrecarga. O que nos leva a concluir que a maior parte da amostra sente sobrecarga severa, quando cuida do idoso dependente.

Tabela 15 -Distribuição dos CI's de acordo com a ESC- Nível de sobrecarga

Escala ESC		
	Frequência	%
Sem sobrecarga (<46)	2	5,6
Sobrecarga intensa (> 56)	34	94,4
Total	36	100,0

Fonte: Elaboração própria em 22/06/2012

## 6.2 - CARACTERIZAÇÃO DOS IDOSOS DEPENDENTES

### 6.2.1 - Características sociodemográficas do idoso dependente

Para apresentar a caracterização sociodemográfica do nosso estudo, os resultados obtidos através da aplicação dos questionários e escalas, são também apresentados por tabelas.

Do presente estudo fizeram parte 36 cuidadores informais/familiares e seus idosos dependentes. Assim, a presente amostra é constituída por dezasseis idosos de sexo masculino (44,4%) e vinte do sexo feminino (55,6%), situando-se a idade de maior número de idosos no intervalo 76-80 anos (27,8%), tratando-se de uma população muito idosa e todos eles reformados. Quanto ao estado civil, a maioria dos idosos vinte (55,6%), são casados, treze (36,1%) são viúvos e três (8,3%) são solteiro(a), dos quais (52,8%) não possuem nenhum grau

de escolaridade, quinze (41,7%) possuem a 4ª classe e dois idosos (5,6%) possuem um curso superior. Em relação à sua situação social, que se refere ao modo como os idosos interagem com o seu meio envolvente, podemos verificar, através da mesma tabela que dezanove idosos (79,2%) convivem apenas com familiares, quatro deles (16,7%) convivem com familiares e amigos, e apenas um idoso (4,2%) convive unicamente com amigos (cf. tabela 16).

Estes dados também foram corroborados através das respostas obtidas, aquando da aplicação do questionário, nomeadamente em relação à pergunta nº 2 - Qual a sua relação com o seu habitat?, 22 dos idosos (88%) responderam que “gosto muito da minha casa” e três (12,%) responderam “gostava mais de estar na minha casa”. Quanto à pergunta nº 3 – Para além do apoio do seu familiar, tem mais ajuda?, seis idosos (12,%) responderam que têm ajuda do Centro de Saúde, seis (12,%) responderam, que não têm ajuda, seguidos de cinco (19,2%) que responderam que têm ajuda de amigos e vizinhos, quatro deles (15,4%) responderam que têm ajuda do Centro de saúde e Centro de Dia, outros quatro (15,4%) da família e apenas um (3,8%) respondeu do Centro de Saúde e família.

Tabela16 - Distribuição dos idosos dependentes, de acordo com as suas características sociodemográficas

		Nº	%
Idade	71-75 Anos	7	19,4
	76-80 Anos	10	27,8
	81-85 Anos	6	16,7
	86-90	9	25,0
	91	4	11,1
Estado Civil	Solteiro	3	8,3
	Casado/união	20	55,6
	Viúvo	13	36,1
Grau de Escolaridade	0	19	52,8
	4ª Classe	15	41,7
	Curso superior	2	5,6
Situação Social	Familiares	19	79,2
	Amigos	1	4,2
	Familiares e Amigos	4	16,7

Fonte: Elaboração própria em 22/06/212

### 6.2.2 - Distribuição dos idosos dependentes, de acordo com o grau de dependência

Para podermos analisar a dependência do idoso no domicílio, utilizamos duas escalas de avaliação: o índice de Barthel (ABVD) que avalia as atividades básicas de vida diária do Idoso dependente, e o índice de Lawton (AIVD), que avalia as atividades instrumentais do idoso dependente e o questionário.

Assim, através das respostas obtidas através do questionário, constatamos que dezoito idosos (50%) têm dependência física e os outros dezoito (50%) possuem dependência física e mental (cf. Tabela 17).

Quanto aos antecedentes pessoais, pela análise da mesma tabela verifica-se que trinta e um, dos idosos (86,1%) tiveram um AVC, vinte e um (58,3%) referem HTA, doze idosos (33,3%) diabetes, onze (30,6%) alcoolismo, quatro (11,1%) doenças psiquiátrica, três (8,3%) obesidades, outros três (8,3%) osteoporose, um deles (2,8%) tabagismos e (2,8%) dificuldade motora.

Através do somatório dos antecedentes pessoais, podemos observar que quinze (41,7%) dos idosos têm como antecedentes três doenças, seguidos de onze (30,6%) com duas doenças, um idoso com sete doenças, dois idosos com quatro doenças e um com cinco doenças. Podendo assim, depreender que a maioria dos idosos apresenta, situações de saúde muito fragilizadas, acarretando uma situação de dependência, carecendo de cuidados diferenciados de longa duração por parte dos Cuidadores. Esta afirmação é corroborada pela resposta dos idosos, quando referem que o seu estado de saúde é muito fraco respondido por treze idosos (48,7%), seguidos de onze (40,7%) referindo que o seu estado de saúde fraco e apenas três idosos (11,1%), referem ser razoável (cf. tabela 17).

Tabela 17 -Distribuição dos Idosos, de acordo com o seu grau de dependência

		Nº	%
Grau de Dependência	Física	18	50,0
	Física/mental	18	50,0
Antecedentes pessoais do idoso	AVC	5	13,9
	HTA	15	41,7
	Diabetes <i>mellitus</i>	12	33,3
	Alcoolismo	11	30,6
	Doença Psiquiátrica	4	11,1
	Obesidade	3	8,3
	Osteoporose	3	8,3
	Dificuldade Motora	1	2,8
	Tabagismo	1	2,8
	Somatório dos antecedentes de doenças	1	7
2		11	30,6
3		15	41,7
4		2	5,6
5		1	2,8
Total		36	100,0

Fonte: Elaboração própria em 22/06/212



### 6.2.3 - Atividades Básicas da Vida Diária (ABVD)

Com a aplicação da escala de Barthel (ABVD), verificamos que vinte (55,6%) idosos possuem uma dependência grave, seguidos de dez (27,6%) com dependência moderada, cinco (13,9%) com dependência total e apenas um (2,8%) com dependência ligeira (cf. Tabela 18). Facto esse, que é corroborado com a pergunta nº 1 do questionário - Qual o seu sentimento face á sua dependência?”, tendo a grande maioria dos idosos, quinze (62,5%), respondido que estão muito dependentes dos cuidadores, quatro idosos (16,75%) responderam que estão muito doentes, seguidos de três que referem que não podem fazer mais nada, e um idoso (4,25%) referiu que “ tem dores” e outro que está velha.”

Tabela 18 - Distribuição dos idosos dependentes, de acordo com o grau de dependência em cada item da escala de Barthel (ABVD)

	ABVD		
	Nº	%	Acumulativa
Independente (90-100)	0	0,0	0,0
Ligeiramente dependente (60-90)	1	2,8	2,8
Moderadamente dependente (40-45 pontos)	10	27,8	30,6
Gravemente dependente (20-35 pontos)	20	55,6	86,1
Totalmente dependente (<20 Pontos)	5	13,9	100,0
Total	36	100,0	

Fonte: Elaboração própria em 22/06/212

### 6.2.4 - Atividades Instrumentais da vida diária (AIVD)

A tabela refere-se aos resultados individuais relativos aos níveis de dependência, por itens da escala de Lawton (AIBD). Tendo em conta que a escala de Lawton classificou todos os idosos como estando severamente dependentes, não foi possível testar a associação entre o grau de dependência do idoso e a sobrecarga do cuidador (cf. tabela 19)

Tabela19 - Distribuição dos idosos dependentes, de acordo com o grau de dependência nas atividades de vida diária (AIVD)

Escala de Lawton (AIVD)		
	Nº	%
Severamente dependente (20 Pontos)	36	100,0

-Legenda: 8 Pontos Independente; 9 - 20 Pontos Moderadamente dependentes necessitam de uma certa ajuda; 20 Pontos Severamente dependentes necessitam de muita ajuda.

Fonte: Elaboração própria em 22/06/2012

## 7. – DISCUSSÃO

Atendendo aos objetivos inicialmente por nós propostos, com este capítulo pretende-se analisar os aspetos do estudo empírico, que consideramos mais relevantes, procedemos á discussão dos resultados obtidos, de acordo com a sequência adotada na apresentação da análise e tratamento dos dados.

É objetivo deste trabalho conhecer a perceção de sobrecarga do cuidador informal quando presta cuidados ao idoso dependente no domicílio. O estudo centra-se na situação de 36 cuidadores informais/familiares, que prestam cuidados a idosos dependentes no domicílio inscritos na rede de cuidados continuados integrados num Centro de Saúde do Distrito da Guarda há mais de um ano.

Na realização deste trabalho deparamo-nos com algumas limitações e dificuldades. A existência de mais idosos dependentes (conforme confirmam os dados descritos na fundamentação teórica) mas que não possuem um cuidador informal identificado como tal levou a que não fosse incluído um maior número de cuidadores informais e seus idosos, no presente estudo, o que implica que dificilmente se poderão inferir resultados para a população em geral, comprometendo assim as generalizações, sendo esta uma das limitações.

O tamanho reduzido da amostra, levou à alteração do título do trabalho, para uma afirmação simples e sucinta, enunciando de forma cônica o tema estudado, como “ o Cuidador Informal e o Idoso Dependente”, havendo a necessidade da inclusão de um complemento de título, que faz refletir sobre a perceção de sobrecarga referida pelo cuidador informal do idoso dependente no domicílio num Concelho do Distrito da Guarda, salvaguardando assim o anonimato dos inquiridos. Na aplicação do questionário surgiram algumas dificuldades. O facto da grande maioria dos CI(s) não saber ler nem escrever, foi uma limitação, mas também devido ao tempo gasto na aplicação do questionário, termos demorado mais tempo que o previsto, devido à recetividade dos familiares e idosos e porque houve necessidade por parte destes, de conversar com alguém, tendo sido então privilegiado o contato direto com os CI's e os seus respetivos idosos no seu domicílio.

Durante a elaboração da fase metodológica surgiram algumas dúvidas, nomeadamente na caracterização do tipo de estudo, tendo sido superado com o apoio prestado pelos orientadores, tendo-se verificado ao longo do trabalho que a metodologia aplicada e o

instrumentos de colheita de dados, para este tipo de população foram adequados aos objetivos do estudo.

Após a aplicação dos questionários aos inquiridos, procedemos á análise estatística, partindo-se para o conhecimento das **características sociodemográficas dos cuidadores informais, dos idosos dependentes e caraterização do contexto da prestação de cuidados.**

### **Características sociodemográficas dos cuidadores informais**

Através dos resultados obtidos, evidenciou-se que a maioria dos CI's de idosos é de sexo feminino, sendo a relação de parentesco com o ID cônjuge (47,2%), com (80,6%), em que os cuidadores são filhas, versus (19,4%) cuidadores do sexo masculino, evidenciando que é sobre estes que incide a maior sobrecarga pelo facto de cuidarem de um dos familiares dependentes. Tal resultado vai de encontro à tradicional atribuição do papel de cuidador à família, tendo Brito (2003:32) referido que” praticamente todos os estudos apontam para o facto de a maior parte dos cuidados (...) serem prestados pelas filhas “, tradição esta que tem atravessado largas gerações. Os mesmos resultados foram constatados nos vários estudos realizados neste domínio (Pinto et al, 2010; Sequeira; 2010; Fernandes, 2009; Andrade, 2009; Ricarte, 2009; Imaginário, 2008; Santos, 2008; Brito, 2003).

No que respeita ao estado civil e ao grau de escolaridade, verificou-se que a grande maioria é casada (80,6%), sem escolaridade (38,9%), ou apenas com a 4ª classe (30,6%), sendo mulheres domésticas ou reformadas, não desempenhando uma atividade remunerada, visto terem mais de 65 anos (61,1%), correspondendo a idosos prestadores de cuidados a cônjuges, seguidos de 27,8% entre os 50-64 anos. Resultados semelhantes aos obtidos pelos estudos por nós consultados (Pinto et al; 2010, Ricarte, 2009; Imaginário, 2008; Santos; 2008 e Brito, 2003). A mesma realidade foi encontrada no estudo de Veríssimo (2004:13), onde a autora refere que os prestadores de cuidados “... apresentavam idades muito próximas dos idosos que cuidavam, logo com maior probabilidade de apresentarem problemas de saúde”.

Atualmente o modelo de família está cada vez mais reduzido, sendo a estrutura nuclear a que prevalece, encontrando-se pessoas idosas muitas sós, em casa, isoladas dos restantes membros da família, vivendo assim os últimos anos da suas vidas, prestando cuidados ao seu familiar, todos os dias da semana à mais de 3 anos, dados estes que vão de encontro com os dados obtidos por (Ricarte, 2009) corroborados com os dados estatísticos, referidos na fundamentação teórica, com a previsão de um prolongamento de esperança média de vida.

Quanto aos motivos que os movem a ser cuidadores, estes respondem que prestam cuidados a um membro da família, que é um dever familiar, sendo o habitat o lugar idóneo para cuidar do seu familiar idoso e dependente, o mesmo foi afirmado pelos idosos e assumindo que são melhor cuidados pelos familiares. É de salientar que os CI'S, foram movidos pelo desejo expresso do idoso ser cuidado em ambiente familiar, pelo compromisso mutuo social e familiar adquirido, pelo fato de não terem ninguém a viver com eles, mas principalmente por ser um dever, pelo afeto e carinho. Os mesmos resultados foram encontrados no estudo de (Imaginário, 2008). A instituição familiar neste concelho é ainda o garante da solidariedade necessária aos idosos dependentes, onde o ato de cuidar está relacionado com o afeto, carinho, obrigação e recompensa destes para com os seus idosos.

Quanto ao tipo de rendimento dos CIS's, verifica-se que a maioria tem uma pensão de velhice, por serem reformados, embora alguns usufruam do rendimento mínimo, sendo este um dos fatores, que no nosso estudo contribui para uma maior sobrecarga destes CI's.

### **Características sociodemográficas dos idosos dependentes**

Analisando as características sociodemográficas dos ID's do nosso estudo, observa-se que (55%) dos nossos idosos dependentes são de sexo feminino versus (44,4%) do sexo masculino, o que se considera em congruência com a realidade do nosso país e mesmo a nível mundial, “onde a predominância de idosos pertencentes ao sexo feminino refletiu a maior longevidade das mulheres em relação aos homens”. Estes dados são corroboradas por vários autores que afirmam que na classe do “idoso”, as mulheres são mais numerosas em comparação com o sexo oposto, tendo estes, idades entre 76-80 anos (n=27,8%), mas seguidos de (25%) com idades entre os 86-90 anos. Estes são predominantemente casados (55,6%) e viúvos com (36,1%), maioritariamente sem escolaridade (52,8%), possuindo (41,7%) a 4ª classe. Esta realidade vai ao encontro do estudo realizado numa comunidade portuguesa, em 2001, onde é referido que a maioria dos idosos é analfabetos. Resultados semelhantes aos estudos de (Pinto et al. 2010; Ricarte, 2009; Imaginário, 2008; Santos; 2008; Brito, 2003), estando também em concordância e relacionados com o envelhecimento da população, e maior prevalência de idosos de sexo feminino (INE, 2010).

Em relação à situação social, estes convivem com familiares e amigos (16,7%), o que significa que os leva a um isolamento afetivo e social cada vez mais acentuado, uma vez que a grande maioria presta cuidados anos seguidos, levando a uma deterioração física e mental.

Quanto ao grau de dependência do idoso, metade possuem dependência física (50%) e a outra metade possuem dependência física e mental, com situações mais frequentes referidas com diagnóstico médico, foram de Hipertensão Arterial (41,7%) seguidos de (33,3%) alcoolismo e diabetes (33,3%), embora muitos deles não possuem apenas uma doença mas sim várias, havendo (41,7%) idosos com três e (30,6%) com sete patologias. Dados esses que diferem da maioria dos estudos realizados sobre a temática, mas que estão em concordância com as características da população deste Concelho da ULSG.

Para a avaliação das ABVD e das AIVD, recorreremos ao índice de Barthel e ao índice de Lawton. Ao nível das ABVD, verificou-se que os ID's apresentam um elevado grau de dependência, (30,6%) com dependência moderada ou ligeiros seguidos de (13,9%) totalmente dependentes versus nenhum independente. Quanto á escala de Lawton, esta classificou todos os idosos como estando severamente dependentes, dados estes que para nós não foram conclusivos, talvez, pelo facto de estes dados estarem relacionados com fatores pessoais e culturais e não com a incapacidade em si desta população, principalmente a do sexo masculino. A população desta geração não foi educada para realizar tarefas como: cozinhar, lavar a roupa ou cuidar da casa, sendo tarefas destinadas ao sexo feminino, talvez por isso, não tenha sido, possível testar o grau de dependência do idoso, nem a associação entre o grau de dependência do idoso e a sobrecarga do cuidador. O mesmo foi constatado no estudo de Ricarte, 2009).

### **Caraterização do contexto da prestação de cuidados**

Foi observado através do nosso estudo que o tempo de coabitação do idoso dependente no agregado familiar o mais referido foi de 1-10 anos, não havendo necessidade de alteração de residência por parte do CI. Dados estes, que estão em consonância como os resultados obtidos através do estudo de (Pinto et al. 2010; Imaginário, 2008; Santos, 2008), onde a coabitação entre o cuidador e idoso dependente é um modelo predominante nos país, em particular em meio rural.

No que se refere ao tempo de prestação de cuidados ao idoso dependente, a maioria dos familiares referiu, serem cuidadores há mais de três anos, prestando cuidados todos os dias da semana. O mesmo foi referido pelos CI's que participaram no estudo de (Ricarte, 2009). No que concerne às necessidades de cuidados dos idosos, os cuidadores referem, que estes necessitam de cuidados físico, emocionais e sociais. Os CI'S, referem que o ato de

cuidar acarreta implicações, que se repercutem a nível económico, social, físico e psicológico (fadiga, saúde, perturbações do sono e *stress*), resultados semelhantes aos estudos de (Pinto et al. 2010; Ricarte, 2009; Imaginário, 2008; Santos, 2008; Brito, 2003). Resultados, que permite inferir que o ato de cuidar é uma ameaça à saúde dos CI's, pelo que há necessidade no nosso entender de que os apoios formais e informais se articulem melhor de modo a promover uma melhor qualidade de vida destes intervenientes.

Quanto às necessidades referidas pelos CI's, estas são de ordem económica, de saúde e ajuda de outrem. As de ordem económica, prendem-se com os encargos de produtos de higiene, fraldas, medicação e alimentação e material de apoio técnico. Na saúde, constatamos que estas se repercutem a nível físico e psicológico. As do domínio físico foram referidas a falta de descanso, repouso, fadiga e desgaste físico. Ao nível psicológico foi o *stress*, a angústia e o medo, os mais referidos, levando à degradação da qualidade de vida dos CI's. A ajuda de outrem, no nosso estudo é fornecida pelos familiares e vizinhos, ajudando nas tarefas quotidianas (levantar, banho, alimentação e companhia), sendo estas duas últimas as mais referidas.

No que concerne aos apoios que usufruem, estes provêm das redes informais (familiares e vizinhos) e das redes formais (Segurança Social, do apoio técnico dos profissionais de saúde e do Cento de Dia da freguesia). É consensual que o serviço de apoio domiciliário é uma necessidade, não só pelos cuidados prestados ao idoso, mas pelo apoio aos CI's. Resultados semelhantes aos estudos de (Pinto et al. 2010; Ricarte, 2009; Imaginário, 2008).

Para melhor compreender a relação entre o grau de dependência do idoso e a sobrecarga do CI's aplicamos a escala ESC que nos permitiu verificar que quase todos os CI's sentem uma sobrecarga intensa (94,4%) versus (5.6%) sem sobrecarga, o que ressalta que quanto maior é o grau de dependência do idoso menor é o grau de sobrecarga, fato corroborado com os resultados obtidos em cada subescalas, Assim, para a IPC obtivemos uma media de 38,81 (+ 8,1), para a RI de 16,1 (+ 4,7), para a EFC de 18,31 (+ 2,1), PAE com 6,83 (+2,3). Existindo assim, uma associação inversa entre a dependência do idoso e a sobrecarga geral e a sobrecarga, fator esse que não foi verificado em nenhum dos estudos realizados nesta temática.

Podemos depreender em relação à percepção de autoeficácia que as opiniões do CI, face ao desempenho perante o ID, sentiram que todos fazem para cuidar do ID, e pouco mais poderiam fazer, referem o sentimento do dever cumprido. O mesmo não acontece face as "Expectativas face ao cuidar" e á Percepção de autoeficácia" apresentando um score médio

elevado de sobrecarga, com o nível em termos quantitativos de 3 a 5. Atendendo às características da nossa população, e aos condicionalismos da região, os CI's sentem receio de não possuírem meios económicos, nem físicos, perante a dependência cada vez maior do ID.

Quando procurámos explicar a variação na escala de sobrecarga, tendo em conta todas as variáveis sociodemográficas, económicas e parâmetros de saúde, quer do idoso quer do CI, descritas na literatura e avaliadas neste estudo, verificamos que, três variáveis explicam (63,6%) a sobrecarga do CI: o rendimento mensal do CI, o tipo de agregado familiar e o nível de escolaridade do CI.

Os cuidadores referiram que a tarefa de cuidar tem implicações de ordem económica, as despesas com a medicação do idoso, sendo este na maior parte dos casos diabético, e hipertenso, a medicação é excessivamente cara, despesas com produtos de higiene (principalmente fraldas) e com alimentação (por vezes esta é fornecida pelo Centro de Dia, pois o cuidador, não se sente capaz de a fazer) não resta mais nada para poderem viver dignamente, resultados que vão de encontro com os dados obtidos por (Pinto et al. 2010; Imaginário, 2008; Santos, 2008).

Quanto ao tipo de agregado familiar, verificamos que estes vivem na grande maioria com o cônjuge, na sua própria casa, sendo o *habitat* familiar o lugar idóneo para cuidar do idoso dependente. Vivem sem os filhos por perto, tendo que assumir as tarefas do cuidar sozinhos sem qualquer ajuda e com as poucas forças que ainda lhes restam, pois são “idosos a cuidar de idosos”, ou seja, idosos que na maior parte das vezes necessitam eles próprios de cuidados.

O grau de escolaridade, também contribui para o aumento de sobrecarga, pois as dificuldades que os CI referem sentir ao cuidar do seu familiar relacionam-se essencialmente com a necessidade de informação no sentido de obterem conhecimentos facilitadores do processo de cuidar. Esta necessidade diz respeito á imobilização e a prestação de cuidados de higiene do idoso dependente, uma vez que o fato de não saberem ler aumenta a ansiedade, a angústia de não saber como fazer para melhor cuidar do seu familiar dependente, lidar com a doença crónica durante inúmeros anos, apenas pode usufruir da sua experiência pessoal, adquirida ao longo destes anos.

Desta forma e pelo já descrito anteriormente, por aumento do rendimento mensal e da escolaridade do cuidador e do número de elementos do agregado familiar, menor é a auto percepção da sobrecarga do CI.

Quando procuramos explicar a existência de uma relação direta entre o grau de dependência nas ABVD e AIVD dos idosos e os níveis de sobrecarga elevados apresentados



pelos CT's, verificamos que no nosso estudo não existe propriamente uma relação direta, visto ter-se verificado que quanto maior é o nível de dependência do idoso, menor é a sobrecarga, resultado que não foi encontrado em nenhum dos estudos referenciados.

Esta evidência pode ser justificada, porque o doente grande dependente, na maioria das vezes é alguém que perdeu não só as suas capacidades físicas, mas também as suas capacidades psíquicas e mentais. Assim, o seu grau de exigência manifestado para com o cuidador é praticamente nulo. Os cuidados que lhe são prestados para a satisfação das suas necessidades humanas básicas e atividades de vida diárias, partem da iniciativa do cuidador e não estão dependentes das exigências (por vezes caprichosas) do doente, que já não manifesta qualquer vontade ou imposição. Sendo assim, o cuidador não percebe uma sobrecarga tão elevada, uma vez que o doente nada lhe exige ou reclama, aceita simplesmente os cuidados que lhe são prestados, independentemente de serem os mais adequados, assíduos e oportunos. O cuidador pode assim, ter alguma organização no seu dia-a-dia, coordenando a prestação de cuidados com outras atividades ou ocupações que possa desenvolver.

## CONCLUSÃO

Numa sociedade cada vez mais envelhecida, Portugal não é exceção, onde o aumento da necessidade de apoio aos idosos dependentes em contexto domiciliário emerge como um problema prioritário nas políticas sociais e de saúde de um país dito desenvolvido.

A necessidade de encontrar respostas para o apoio de pessoas em situação de dependência, foi criada a rede de cuidados continuados integrados, onde o reabilitar e reinserir, a par com políticas de envelhecimento ativo, são os desafios no momento a nível global e onde a intervenção das famílias é reconhecida, pelo valor da colaboração na promoção e melhoramento da funcionalidade do idoso.

Assim, são reconhecidas às famílias funções que desempenham para manter a integridade da unidade familiar, dando resposta às necessidades e expectativas dos seus familiares e da sociedade.

A realização deste trabalho permitiu caracterizar o impacto do cuidar de trinta e seis cuidadores, aquando da prestação de cuidados ao seu familiar dependente em contexto domiciliário, inscritos na rede de cuidados continuados integrados num Centro de Saúde do Distrito da Guarda, onde indicadores de dificuldade, sobrecarga física, psicológica, são uma realidade do cuidador do dia a dia. Seguimos uma abordagem predominantemente quantitativa, transversal, descritiva e exploratória.

Sendo o cuidador, o principal responsável pela assistência do idoso dependente no contexto domiciliário, este trabalho destaca os seus perfis, descreve sentimentos, dificuldades, necessidades evidenciando algumas ações que devem ser tidas em consideração pelo sistema formal de saúde.

No que diz respeito á prestação de cuidados em contexto familiar, a perspetiva dos cuidadores, foi favorável a que esta se desenvolva em meio familiar, constatando-se que existe um sentimento generalizado, de que o ato de cuidar do idoso dependente, é um dever familiar e que o habitat familiar é o lugar idóneo para cuidar do seu familiar idoso e dependente, assumindo que são melhor cuidados pelos familiares, promotores de uma cultura familiar que privilegia os idosos e as suas necessidades de cuidados.

Constatamos que existem fortes laços afetivos entre os cuidadores e seus idosos dependentes, assumindo os cuidadores familiares a prestação dos cuidados, norteando-a por valores baseados na relação de respeito, obrigação, do afeto e reciprocidade, tendo em conta a vontade do idoso.

Quanto ao grau de dependência do idoso nas ABVD, avaliado através da Escala de Barthel, verificou-se que a maioria dos idosos apresenta um elevado grau de dependência física e dependência física e mental. Possui não só uma doença mas sim várias, com diagnóstico médico, sendo as mais frequentes (Hipertensão arterial, diabetes, alcoolismo entre outras). Dados esses que diferem da maioria dos estudos realizados sobre a temática, mas que estão em concordância com as características da população deste Concelho do distrito da Guarda.

Quanto ao grau de dependência nas AIVD, avaliado através da escala de Lawton, esta classificou todos os idosos como estando severamente dependentes, dados estes que para nós não foram conclusivos, talvez, pelo facto de estes dados estarem relacionados com fatores pessoais e culturais e não com a incapacidade em si.

Para melhor compreender a relação entre o grau de dependência do idoso e a sobrecarga do CI's aplicamos a escala ESC que nos permitiu verificar que quase todos os CI's sentem uma sobrecarga intensa. Verificamos no nosso estudo que não existe propriamente uma relação direta entre o grau de dependência nas ABVD e AIVD dos idosos e os níveis de sobrecarga elevados apresentados pelos CI's, visto ter-se verificado que quanto maior é o nível de dependência do idoso, menor é a sobrecarga, resultados contrários ao que foram encontrados nos vários estudos por nós consultados sobre a temática, embora verifiquemos que, três variáveis explicam a sobrecarga do CI: o rendimento mensal o tipo de agregado familiar e o nível de escolaridade.

Os resultados obtidos, são representativos desta população tão envelhecida, que vive na sua maioria, unicamente, com o seu cônjuge, **um idoso que cuida de outro idoso** sem escolaridade, e com poucos recursos económicos.

Assim, quando o doente apresenta um nível de dependência médio, manifesta maiores necessidades físicas e psicológicas, porque tem noção das suas dificuldades e de como pode satisfazê-las, pelo que necessita de mais tempo, mais atenção, manifestando emoções e reações aos cuidados prestados, tornando-se assim mais exigente na satisfação das suas necessidades para com quem deles cuida.

No entanto, pensamos ser pertinente salientar que os resultados revelam uma significativa ligação afetiva ao familiar idoso dependente a quem prestam cuidados, considerando uteis as estratégias relacionadas com as ações que visam lidar com os acontecimentos, procurando soluções alternativas para melhorar a situação.

Nas dificuldades relacionadas com reações e relações humanas na prestação de cuidados, exigências de ordem física, psicológica e problemas financeiros, parece existir uma

resignação e adaptação à situação, (a recordação de bons momentos, pensar que existe alguém pior que nós e que a situação embora difícil, ainda pode vir a piorar), os CI's apresentam assim níveis de satisfação pessoal consideráveis por cuidarem do seu familiar.

Os cuidadores revelam várias necessidades, sendo a ajuda de outrem nas tarefas de cuidar a mais evidenciada, estando associada ao desgaste físico, psicológico e social. Quanto à procura de informação e de ajuda dos serviços de saúde é importantíssima e por vezes procurada, prendendo-se com a informação, (ou a falta dela para saber como lidar com as limitações físicas e com a doença crónica) e a prestação de cuidados e fornecimento de material clínico e técnico. Mas estes CI's possuem um certo sentido das suas competências adquiridas através das necessidades sentidas e das próprias experiências. Daí a importância de reforçar as intervenções da equipa de enfermagem comunitária junto desta população, desenvolvendo o processo de cuidados em colaboração, estimulando a participação significativa dos membros da família, reconhecendo situações de especial complexidade formulando respostas adequadas aos processos globais inerentes ao desenvolvimento familiar.

Quanto aos apoios disponibilizados, provinham de redes informais (principalmente dos vizinhos e amigos ao nível das tarefas do cuidar) e formais, através da Segurança Social (suplemento monetário) do Centro do Dia da freguesia (alimentação e limpeza da casa, pagos pelos beneficiários) e dos profissionais de saúde, (apoio no domínio curativo, fisiológico e psicológico).

É nosso desejo, sensibilizar toda a comunidade e alertar os profissionais de saúde do Centro de Saúde do concelho, da Unidade Local de Saúde da Guarda, para a realidade estudada, trazendo um acréscimo para a compreensão das características e necessidades dos CI's e seus familiares dependentes, dificuldades e repercussões do ato de cuidar, para que possamos promover intervenções seguras e adequadas de modo a permitir melhorar a qualidade de vida destes intervenientes.

Ao debruçarmo-nos sobre este concelho do distrito da Guarda, em particular, e sobre os cuidadores informais de idosos dependentes, inscritos no registo da rede de cuidados continuados integrados do respetivo Centro de Saúde deste concelho, pretendemos estudar, sem dúvida, uma amostra significativa da realidade do Distrito da Guarda, mas seria nosso desejo, a criação de uma equipa de profissionais de saúde que trabalhasse ininterruptamente em parceria com as comunidades em contexto domiciliário. A equipa poderia assim, reconhecer as suas necessidades em termos de saúde, planear cuidados adequados, enfatizando práticas conducentes a estilos de vida saudáveis, assumindo a promoção da saúde como pedra basilar da intervenção em contexto domiciliário; favorecendo processos de

proximidade e a implicação da população nas tomadas de decisão com o objetivo de desenvolver intervenções orientadas para a obtenção de ganhos em saúde.

Também a criação de programas de intervenção comunitária, dirigida aos cuidadores, onde a conjugação de esforços dos poderes políticos locais e os profissionais de saúde especializados podem potencializar uma melhor qualidade de vida dos cuidadores e seus idosos dependentes, através de uma prática globalizante, centrada na comunidade, onde o enfermeiro, fato do seu conhecimento e experiência clínica, tem capacidade para responder de forma adequada às necessidades da comunidade, pois intervém em múltiplos contextos, assegurando o acesso a cuidados eficazes, integrados continuados.

Ao longo da realização deste trabalho, foram surgindo algumas limitações, das quais se destaca a inexperiência inicialmente sentida por parte do investigador. A primeira dificuldade sentida foi o número reduzido de unidades amostrais, que não corresponde à realidade existente, o que implica que dificilmente se poderão inferir resultados representativos para a população em geral. No sentido de salvaguardar o anonimato dos participantes no estudo, pareceu-nos útil não referir o concelho e o Centro de Saúde onde se realizou o estudo, tendo sido assim alterado o título inicial do trabalho.

A existência de estudos que avaliam a sobrecarga dos CI's são muitos, no entanto sugere-se a realização de futuros trabalhos que incidam sobre ferramentas mais apropriadas para compreender as necessidades reais dos CI's e seus familiares. Ferramentas que permitam aos profissionais de CSP monitorizarem o estado de saúde da população, para poderem intervir o mais precocemente possível, ficando, a sugestão de alargar o estudo à população idosa, existente na comunidade tendo ou não um cuidador.

Com os resultados dos instrumentos de colheita de dados, procedemos à respetiva análise, onde foram encontradas inúmeras dificuldades devido à nossa falta de conhecimento ao nível do SPSS, mas a nossa determinação e o apoio de amigos, revelou-se de enorme ajuda, sendo compensador e gratificante.

Mas o reduzido número de horas, atribuídas pela escola para a orientação do trabalho, foi uma das grandes limitações durante a realização deste estudo.

Contudo, foi um trabalho empenhado e gratificante pela adesão/contribuição dos cuidadores e seus familiares, considerado ser um alerta para a investigadora e restantes profissionais de saúde, realçando a importância primordial dos enfermeiros de saúde comunitária, nas suas funções de promotores de saúde, dinamizadores e interlocutores nas diferentes parcerias com as entidades existentes na comunidade, potenciando os seus recursos.

Pretende-se trazer informações que incitem à reflexão sobre as questões relacionadas com a sobrecarga/dificuldades que o cuidador poderá desencadear aquando da prestação de cuidados. Pensamos ter contribuído com este estudo para o conhecimento e melhoria da qualidade de vida destes intervenientes no seu dia-a-dia, considerando que nós podemos e devemos, em conjunto, contribuir para mudança de pensamentos e de comportamentos.

Em suma, considera-se que foram ultrapassadas as limitações sentidas no decorrer da elaboração do estudo e, que o mesmo poderá contribuir para consciencializar, auxiliar os enfermeiros de Cuidados de Saúde Primários, realçando a importância do seu papel privilegiado e primordial, na execução das suas funções junto da comunidade, em contexto domiciliário. O enfermeiro especialista em enfermagem comunitária e familiar, deve considerar a família como unidade de cuidados, promovendo a capacitação da mesma face às exigências e especificidades do seu desenvolvimento, considerando-a como unidade de cuidados, focalizando-se tanto na família como um todo, quanto nos seus membros individualmente, agindo como promotores de saúde, prestando serviços de qualidade, dinamizadores e interlocutores nas diferentes parcerias com as entidades existentes na comunidade, potencializando melhor os seus recursos.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Alarcão, M. (2000). *(Des) Equilíbrios Familiares* (3ª ed.). Coimbra: Quarteto.

Andrade, F. e M, Mendes. (2009). *O Cuidado Informal à Pessoa Idosa Dependente em Contexto Domiciliário: Necessidades Educativas do Cuidador Principal*. Acedido em janeiro 20, 2011 em

[http://repositorium.sdum.uminho.pt/bitstream/1822/10460/1/Disserta%25C3%25A7%25C3%25A3o\\_Mestrado\\_Fernanda\\_%2520Andrade-Vers%25C3%25A3o\\_final.pdf](http://repositorium.sdum.uminho.pt/bitstream/1822/10460/1/Disserta%25C3%25A7%25C3%25A3o_Mestrado_Fernanda_%2520Andrade-Vers%25C3%25A3o_final.pdf).

Assembleia Nacional das Nações Unidas (1999). *Direitos Humanos Pessoas Idosas*. Acedido em fevereiro 22, (2011/ 2012), em Direitos

humanos: [www.unric.org/html/portuguese/ecosoc/ageing/D\\_H\\_Pessoas\\_Idosas.pdf](http://www.unric.org/html/portuguese/ecosoc/ageing/D_H_Pessoas_Idosas.pdf)

Azevedo, Z. e Matos, E. (1989) *Avaliação do Relacionamento do Idoso com a Família em Medicina Familiar*. Geriatria. Lisboa: Miguel Couto. D. L. 19231/87. Ano II, vol. II, n.º 20 (Dezembro 1989), p. 24-29.

Bermejo, J. C. (2004). *A relação de ajuda no encontro com os idosos*. Lisboa: Edições Paulistas: Atlas

Brito, M. E. (2003). *Cuidar da pessoa idosa em casa: uma perspetiva[sic] dos prestadores de cuidados formais*. Universidade Aberta. Lisboa: Tese de Mestrado em Comunicação em Saúde.

Brito, M. E. (2000). *A Saúde Mental dos Prestadores de cuidados a familiares idosos*. Faculdade de Medicina, Universidade do Porto. Coimbra: Tese de Mestrado.

Caldas, C. P. (2003). *Envelhecimento com Dependência: responsabilidades e demandas da família*. Cadernos de Saúde Publica, 19 (3), 773-781.

Caldas, C. P. (1995). *Contribuindo para a construção da rede de cuidados: trabalhando com a família do idoso portador de síndrome demencial*. Revista de Enfermagem. 1995, Vol. 3, p 8

Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem CIPE (2010) Acedido em março, 21, 2012em

CIPE:<http://www.ordemenfermeiros.pt/projectos/Paginas/ClassificacaoInternacionalPraticaEnfermagem.aspx>

Conferência Europeia “*Juntos pela Saúde Mental e Bem-estar*” Bruxelas, 12-13 Junho 2008, Pacto Europeu para a Saúde Mental e Bem-Estar

Cristina, I (2008). *O idoso dependente em contexto Familiar*, Edição Formasau: Formação em Saúde

Comunicação da Comissão sobre o envelhecimento, de 29 de Abril de 2009, intitulada «Gerir o impacto do envelhecimento da população na UE (Relatório sobre o Envelhecimento Demográfico 2009) e documento de trabalho dos serviços da Comissão «DemographyReport 2008: em Meeting Social Needs in an Ageing Society» [SEC (2008) 2911]. Acedido em novembro, 10, 2012:[http://www.consilium.europa.eu/uedocs/cms\\_data/docs/pressdata/en/ecofin/114988.pdf](http://www.consilium.europa.eu/uedocs/cms_data/docs/pressdata/en/ecofin/114988.pdf).

Conferência Europeia “*Juntos pela Saúde Mental e Bem-estar*” Bruxelas, 12-13 Junho 2008, Pacto Europeu para a Saúde Mental e Bem-Estar

Cristina Imaginário (2008). *O idoso dependente em contexto Familiar*, Edição Formasau: Formação em Saúde

Coehn, J, M.; Ahrens, A. H., Pearson, J. L. (1996). *Hopelessness: a mediator or moderator of depression in Alzheimer's disease caregivers?* Journal of Mental Health and Aging. Vol.2, nº 1.

Colliéré, M. F. (1999). *Promover a vida: da prática das mulheres de virtude aos cuidados de enfermagem*. Lisboa: Edições Técnicas

Colliéré, M. F. (2003). *Cuidar... primeira arte da vida*. 2ª ed. Lisboa: Loures Lusociência

Constituição da República (2010). Artigo nº 64. Acedido em janeiro 20, 2012, em Legislação: [www.parlamento.pt](http://www.parlamento.pt) > Página Inicial > Legislação



Couto, J. e Moutinho, I. W (1999). *Enciclopédia Microsoft Encarta99*. EUA: Microsoft, 1999. 1 CD-ROM (700 MB).

Costa, J. e Melo, A. (1999). *Dicionário de Língua Portuguesa 8.ª edição*. Porto: Porto Editora.

Decreto-Lei n.º 101/2006, de 06 de Junho de 2006. Acedido em Novembro 10, 2011, em Legislação: [http://www.legislacao.mvdj.org/saude/decreto nº 101/2006](http://www.legislacao.mvdj.org/saude/decreto%20n%20101/2006)

Decreto-Lei n.º 413/71 de 27 de Setembro. Acedido em novembro 10, 2011, em Legislação: [http://www.legislacao.mvdj.org/saude/decreto nº 413/71](http://www.legislacao.mvdj.org/saude/decreto%20n%20413/71)

Decreto-Lei n.º 254/82, de 29 de Junho. Acedido em Dezembro 17, 2011, em Legislação: [http://www.legislacao.mvdj.org/saude/decreto nº 254/82](http://www.legislacao.mvdj.org/saude/decreto%20n%20254/82)

Decreto-Lei n.º 407/98, de 21 de Dezembro. Acedido em dezembro 17, 2011, em Legislação: [http://www.legislacao.mvdj.org/saude/decreto nº 407/98](http://www.legislacao.mvdj.org/saude/decreto%20n%20407/98)

Decreto-Lei n.º 281/2003, DR 259 SÉRIE I-B de 2003-11-08. Acedido em dezembro 17, 2011, em Legislação : [http://www.legislacao.mvdj.org/saude/decreto nº 281/2003](http://www.legislacao.mvdj.org/saude/decreto%20n%20281/2003)

Dicionário Priberam da Língua Portuguesa (2001). *Definição de antecedentes*. Acedido em dezembro, 21, 2011, em Priberam: [tp://www.priberam.pt/dlpo/default.aspx?pal=emigra% C3%A7% C3%A3o](http://www.priberam.pt/dlpo/default.aspx?pal=emigra%C3%A7%C3%A3o)

Dicionário da Língua Portuguesa Contemporânea da Academia de Lisboa (2001) Lisboa: Verbo

Eurostat (2011) *A Europa*. Acedido em dezembro 12, 2011, em estatísticas Europeias: [epp.eurostat.ec.europa.eu/statistics\\_explained/index.php/.../pt](http://epp.eurostat.ec.europa.eu/statistics_explained/index.php/.../pt)

Fernandes, M. C. (2009). *Sobrecarga física, emocional e social nos Cuidadores Informais*. Revista Sinais Vitais, 43,31-35.

Fernandes, J (2009). *Cuidar no Domicilio – Sobrecarga do cuidador Familiar*: Faculdade de Medicina de Lisboa, Acedido em janeiro, 20,2011, em cuidados paliativos: <http://biblioteca.universica.net/html-bura/ficha/palams/id/49367887.html>.

Ferreira, S. (2006). *O prestador informal de cuidados à pessoa idosa alvo de apoio domiciliário integrado: uma análise exploratória como suporte da efetividade de um programa de promoção da saúde*. Lisboa: Escola Nacional de Saúde Publica/Universidade Nova de Lisboa

Figueiredo, M. H. J. (2009) *Enfermagem de Família: um Contexto do Cuidar*. Dissertação de Doutoramento em Ciências de Enfermagem. Instituto de ciências Biomédicas. Universidade do Porto

Fontaine, R. (2000). *Psicologia do envelhecimento*. Lisboa: Climepsi Editores

Fontaine (2002). *Naissance de la vieillesse*. Paris: ed. Odile Jacob

Fortin, M., Côté, J. e Filion, F.(2009). *Fundamentos e Etapas do Processo de Investigação*. Loures: Lusodidacta.

Fortin, M. F. (2003). *O processo de investigação*. Loures: Lusociência

Fortin, M. F. (1999). *O processo de Investigação: da conceção [sic] à realização*. Lisboa: Lusociência, 1999.

Francisco, J. (2009). *Cuidador familiar: um personagem muitas vezes esquecido*. Enfermagem aberta (agosto 2009).

Gonçalves, C. (1990). *A atitude dos enfermeiros perante o doente idoso*. Dissertação em serviços de Enfermagem. Coimbra: Escola Superior de Enfermagem Dr. Ângelo da Fonseca.

Honoré, B. (2004). *Cuidar: Persistir em conjunto na existência*. Loures: Lusociência

Hanson, S. M. (2005). *Enfermagem de cuidados de saúde à família: teoria, prática e investigação* (2ª ed.). Lisboa: Lusociência

Imperatori, E. (1999). *Mais de 1001 conceitos para melhorar a qualidade dos serviços de saúde*. Lisboa: Edinova.

Instituto Nacional de Estatística (INE). *O envelhecimento em Portugal: Situação demográfica e socioeconómica recente das pessoas idosas*. Lisboa: (Censos 2011), Acedido em setembro 10, 2011, em Serviço de Estudos Sobre a População do Departamento de Estatísticas Censitárias e de População do INE : WWW: <URL:http://www.ine.pt.

Instituto Nacional de Estatística (INE). *O envelhecimento em Portugal*, Acedido em novembro 10, 2011 em Serviço de Estudos Sobre a População do Departamento de Estatísticas da População do INE :WWW: <URL:http://www.ine.pt.

Jacinta, M. O. N. (2011). *Sintomatologia psiquiátrica do cuidador informal*. Acedido em Outubro 29, 2012 em [http://portal.arsnorte.min-saude.pt/portal/page/portal/ARSNorte/Comiss%C3%A3o%20de%20C3%89tica/Estudos%20Conclu%C3%ADdos/Ficheiros/Parecer\\_27\\_2011\\_Sintomatologia\\_Psiqui%C3%A1trica\\_Cuidador\\_In.pdf](http://portal.arsnorte.min-saude.pt/portal/page/portal/ARSNorte/Comiss%C3%A3o%20de%20C3%89tica/Estudos%20Conclu%C3%ADdos/Ficheiros/Parecer_27_2011_Sintomatologia_Psiqui%C3%A1trica_Cuidador_In.pdf)

Lage, M. I. G. S. (2007). *Avaliação dos cuidados informais aos idosos: estudo do impacto do cuidado no cuidador informal*. Instituto de Ciências Biomédicas de Abel Salazar, Universidade do Porto. 2007. Tese de Doutoramento.

Landry, F. (1998). *Versune théorie de l'apprentissage experientielle*. In: Courtois Paris, la documentation Française

Lakatos, E. e Marconi, M. (1995). *Metodologia Científica* (2ª ed.). São Paulo: Atlas.

Lawton, M.P. e Brody, E. (1969). Assessment of older people: self-maintaining and instrumental activities of daily living. *The Gerontologist*, Vol. 9.

Magalhães, C. P. e Bempost, M. C. (2003). *Antropologia do cuidar*. *Sinais Vitais*. 50, 43-47.

- Marconi, M. e Lakatos, E. (1996). *Técnicas de pesquisa* (3ª ed.). São Paulo: Atlas.
- Marote, A. (2005). *Realidade dos Cuidadores Informais de idosos dependentes da Região Autónoma da Madeira*. Revista Sinais Vitais. 61,19-24.
- Martin, C. (2001). *Soigner pour apprendre. Acquérir un savoir infirmier*. Lausanne, ed .L.E.P.
- Martins, T. Ribeiro, J. P., Garrete, C. (2004). *Ansiedade e depressão em Cuidadores Informais de pessoas com incapacidade funcional*. Atas do 5º Congresso Nacional de Psicologia da Saúde. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian, 415-420.
- Martins, T., Ribeiro, J. P., Garrete, C. (2003). *Estudo de validação do Questionário de Avaliação da Sobrecarga do Cuidador Informal*. Psicologia, Saúde & Doença, Vol. 4 (1), 131-147.
- Martins, Z. e Perez, C (1999). *Atención Primaria: conceptos, organización y práctica clínica*. 4a ed. Vol. I. Barcelona: Harcourt Brace
- Martins, Z (2003). *Atención Primaria: conceptos, organización*. 1a ed. Vol. I. Barcelona: Harcourt Brace,.
- Maslow, A. (1908-1970). *Teorias de motivação*. Acedido em novembro 10, 2011 em teorias de motivação: <http://orientacaopsicologica.com/2008/03/27/maslow-mcgregor-e-herzberg-teorias-motivacao/>
- Melo, H.P (2005). *Os direitos do doente e o direito*. In.V seminário nacional, aspetos éticos das pessoas em situação de doença, Lisboa.C.N.E.C.V.,37-51
- Mendonça, F., Martinez, M. A., Rodrigues, M. (2000). *Avaliação das necessidades dos prestadores informais de cuidados de Saúde*. Geriatria, 15 (159), 33-49
- Ministerial Conference on Nursing and Midwifery in Europe.WHO. 2000. Copenhagen: s.n.,

Moreira, R. e Silva, A. P. (2006). *Psiquiatria e género. Psiquiatria Clínica*. Coimbra. Vol. 27, n.º 4 (Outubro/Dezembro 2006), p. 314

Netto, F.L (2004). *Aspectos biológicos do envelhecimento humano e suas implicações na saúde do idoso*. Pensar a Prática vol.. 7, nº. 1 (2004)

Ordem dos enfermeiros (2010). *Regulamento das competências específicas do enfermeiro especialista em Enfermagem de Saúde Comunitária*. Ordem dos enfermeiros

Ordem dos Enfermeiros (2002). *A cada família o seu enfermeiro*. Lisboa: OE

Organização Mundial de Saúde (2002). *Relatório sobre a saúde do mundo – saúde mental: nova conceção[sic]nova esperança*. Genebra: OMS

Organização Mundial de Saúde (1998). *Relatório sobre a saúde do mundo*. Genebra: OMS.

Organização das Nações Unidas (ONU). Acedido em fevereiro 20, 2011, Saúde no mundo: [http://pt.wikipedia.org/wiki/Organização\\_das\\_Nações\\_Unidas](http://pt.wikipedia.org/wiki/Organização_das_Nações_Unidas)

Pais, R. e J. L..*Escala de Satisfação com Suporte Social (ESSS)*. Análise Psicológica. Série XVII, n.º 3 Julho/Setembro 1999:547-558.

Paul, M. C. (1997). *Lá para o fim da vida*. Coimbra: Livraria Almedina.

Pereira, H. R. (2006). *Subitamente Cuidadores Informais: da incerteza ao (s) ponto (s) de Equilíbrio*. Revista Pensar Enfermagem, 10. (2),19-31.

Petronilho F.A.S (2008). *A transição da família para o papel de cuidadora*. Universidade de Lisboa. Lisboa. Tese de Doutoramento.

Plano Nacional de Saúde (2004-2010). *Estratégias para a saúde*. Acedido em fevereiro 10, 2012, em plano nacional de saúde: [http://www.acs.min-saude.pt/pns\\_2004-2010/](http://www.acs.min-saude.pt/pns_2004-2010/).

Plano Nacional de Saúde (2011-2016) *Estratégias para a saúde*. Acedido em março 10, 2012, em plano nacional de saúde: <http://www.acs.min-saude.pt/pns2011-2016/>.

Prazeres, V. (2003) *Saúde juvenil no masculino: género e saúde sexual e reprodutiva*. Lisboa: Direcção-Geral da Saúde

Pinto, E. e Sónia M. (2010). *Cuidar do Idoso, dificuldades dos familiares*. Formasau-Formação e Saúde, Lda

Queiroz, A. A. (2009), *Enfermeiros e Famílias - Abordagem sobre a enfermagem de família e o enfermeiro (de saúde) da Família*. Revista Sinais Vitais. 85, Julho 2009, 11-20

Ramos, M. J. e Valverde, F. M. (2004). *El cuidador del paciente con demencia: aplicación del test índice del esfuerzo del cuidador*. Revista Española de Geriatria y Gerontologia. Barcelona. 38 (3)

Relatório de Gestão de Contas ULSG (2010). Acedido em julho 23, 2012, em Relatório de contas:

[Acss.min-saude.pt/Portals/0/RELATORIO%20E%20CONTAS%20ULSG%202010.pdf](http://Acss.min-saude.pt/Portals/0/RELATORIO%20E%20CONTAS%20ULSG%202010.pdf)

Rebelo, A. A. e Menezes, B. (1996). *Prestadores de cuidados informais a idosos com 80 e mais anos, na freguesia de Moreira da Maia*. Geriatria, 9 (81), 22-28.

Relvas, A. P. (2000). *O ciclo vital da família: Prespetiva[sic]sistémica*. Lisboa: Edições Afrontamento

Ricarte, L. F. C. S. (2009). *Sobrecarga do cuidador informal de idosos dependentes no Concelho da Ribeira Grande*. Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar, Universidade do Porto. Porto, Tese de Mestrado.

Rodríguez, B e Álvarez, E. D e Cortés, O.P (2001). *Cuidadores informales: Necesidades y ayudas*. Revista de Enfermería Rol, 24 (3), 23-29.

Sagrada Bíblia (2004). Tradução dos originais, mediante a versão dos Monges de Maresous Bégica,. (4º ed.) Editorial Missões Cacujães

- Sampaio, D. e Gameiro, J. (2002). *Terapia Familiar* (5ª ed.). Porto: Edições Afrontamento.
- Santos P. F. C (2002). *A dependência no idoso: estudo da relação entre fatores pessoais e situacionais e manifestações da depressão* (2º ed.). Coimbra: Quarteto Editora.
- Santos, D. I. (2008). *As Vivências do Cuidador Informal na Prestação de Cuidados ao Idoso Dependente: Um Estudo no Concelho da Lourinhã.*- Dissertação de Mestrado em Comunicação em Saúde. Lisboa: Universidade Aberta.
- Santos, M. I. S. (2006). *Os Cuidadores informais dos idosos dependentes em casa.* Dissertação de Mestrado em Comunicação em Saúde. Lisboa: Universidade Aberta.
- Santos, P. A. (2005). *O familiar cuidador em ambiente domiciliário: sobrecarga física, emocional e social.* Tese de Mestrado. Lisboa: Escola Nacional de Saúde Pública da Universidade Nova de Lisboa.
- Sequeira, C. (2010a). *Cuidar de idosos com demência Física e Mental.* Lisboa: Lidel Editora
- Sequeira, C. (2010b). *Adaptação e validação de Escalas de Sobrecarga do Cuidador de Zarit.* Revista Referência, II. Série, nº 12, 9-16.
- Sequeira, C. (2007c). *O Aparecimento de uma Perturbação Demencial e suas. Repercussões na Família.* Tese de Doutoramento, Instituto de Ciência Biomédicas de Abel Salazar da Universidade do Porto.
- Silva, A (1995). *O papel da família no idoso.* Lisboa, Informar.
- Stanhope, M. e Lancaster, J. (2011). *Enfermagem de Saúde Pública: Cuidados de Saúde na Comunidade Centrados na População.* (7ª ed.). Lisboa: Lusociência
- Hipócrates, Tratado de Hipocráticos. Alianza Editorial SA Madrid. 1.996
- Vaz, E (2006). *Se fosse tudo bem, a velhice era boa de enfrentar. Racionalidades leigas sobre envelhecimento e velhice - um estudo no Norte de Portugal.* Acedido em Novembro, 12, 2011 em <http://repositorioaberto.uab.pt/bitstream/10400.2/788/1/LC173.pdf>.

Veríssimo C. (2004). *Idosos dependentes: importância dos conceitos para a produção multidisciplinar de cuidados*. Nursing, 187(4), 20-24.

Victor, H (1902) *Dernière Gerbe*. Émile Bayard; A. Lacroix, Verboeckhoven& Ce.

Wagner, A. (1997). *Caregiver expressed emotion and depression in Alzheimer's disease*. Aging & Mental Health,

Wright, L. M. e Leahey, M. (2009). *Enfermeiras e Famílias: guia para avaliação e intervenção na família*. (4ªed.). São Paulo: Roca.

Watson, J. B. (1989). *Aprendizagem: sistemas, modelos e teorias*. Rio de Janeiro: Interamericana. (Trabalho original publicado)

Watson, J. B. (1988). *Nursing: The philosophie and science of caring*. New York, National League of Nursing.)



## **APÊNDICES**

## APÊNDICE A - Questionário

Este projeto de investigação encontra-se em desenvolvimento no âmbito do I Mestrado em Enfermagem Comunitária na Escola de Saúde da Guarda sendo o investigador principal, a Enfermeira Maria da Conceição Pereira Coelho, tendo como Orientador o Professor Doutor Ezequiel Martins Carrondo da ESSG e como coorientador o Professor Doutor Carlos Sequeira (ESEP).

**A sua participação é muito importante para este estudo, mas, se por qualquer razão, não quiser participar, tem todo o direito de o fazer e agradecemos de igual modo a sua atenção.**

Toda a informação recolhida obedece à condição de anonimato, sendo guardada e codificada confidencialmente.

Grata pela sua inestimável colaboração.

O investigador principal,

Maria da Conceição Pereira Coelho

# QUESTIONÁRIO

A pesquisa que se pretende desenvolver, tem como tema central a percepção das dificuldades/sobrecarga do cuidador informal, prestador de cuidados a idosos dependentes no domicílio num Centro de Saúde do Distrito da Guarda. Pretende-se caracterizar a forma como o cuidador informal prestador de cuidados a idosos dependentes no domicílio encara a prestação desses mesmos cuidados e quais as suas principais dificuldades.

## PARTE I - O Cuidador Informal/Familiar

1. **Sexo:** Feminino  Masculino

### 2. Idade:

- 1. Dos 30 aos 49 anos
- 2. Dos 50 aos 64 anos
- 3. Dos 65 e + anos

### 3. Estado Civil:

- 1. Solteiro- Casado(a) / União de fato
- 2. Viúvo (a)
- 3. Divorciado(a)/Separado

### 4. Número de Anos de Escolaridade Completos:

- 1. Nenhum (não sei ler nem escrever)
- 2. 4ª Classe
- 3. 9º Ano de escolaridade
- 4. Ensino secundário
- 5. Curso superior
- 6. Outro  Qual? \_\_\_\_\_

5. **Atividade Profissional:** \_\_\_\_\_

### 6. Grau de Parentesco:

- 1. Marido/ Esposa
- 2. Mãe/ Pai
- 3. Sogra/ Sogro
- 4. Irmã/ Irmão
- 5. Outro: \_\_\_\_\_

### 7. Circunstâncias em que vive (tipo de Família):

- 1. Alargada
- 2. Monoparental
- 3. Nuclear
- 4. Reconstruída
- 5. Unitária
- 6. Outra

### 8. Fonte de rendimentos principal:

1. Rendimento mínimo garantido
2. Pensão por velhice
3. Pensão por invalidez
4. Pensão de sobrevivência
5. Sem Pensão
6. Complemento por dependência
7. Outro. Qual: \_\_\_\_\_

**9. Coabita atualmente com o idoso dependente?**

Sim  Não

Se não coabita, qual a distância entre os dois? \_\_\_\_\_

**10. Numero de Anos em que coabitação com o idoso dependente?**

**11. Alteração de residência por parte do cuidador Informal**

Sim  Não

**12. Tipo de cuidados prestados ao idoso dependente pelo cuidador(a):**

	Supervisão	Orientação	Ajuda
1. Alimentação	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Banho	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Vestir/Despir	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Higiene Pessoal	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Necessidades fisiológicas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Locomoção	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Higiene Habitacional	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Companhia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Medicação	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Passeio	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. Outros	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Quais? _____			

**13. Número de dias (por semana) que o cuidador informal presta cuidados ao idoso dependente?**

**14. Tempo de prestação de cuidados do cuidador informal ao idoso dependente** 1. > 6

- meses a < 1 ano
2. > 1 < 3 anos
3. > 3 < 6 anos
4. > 6 < 10 anos
5. > 10 < 14 anos
6. > 14 ou + anos

**15. Apoios dados aos Cuidadores** 1. Rede Informal: Sim  Não

2. Apoio Domiciliário
3. Centro de Dia
4. Visita Domiciliária
5. Outro.
- Qual? \_\_\_\_\_

**16. Tem outras pessoas a cargo?**

Sim  Não

Se sim quantos: \_\_\_\_\_

**17. Em geral diria que o seu estado de saúde é:**

- 1. Muito boa
- 2. Boa
- 3. Razoável
- 4. Fraca
- 5. Muito fraca

**PARTE II**

1º Motivos que o levaram a ser cuidador (a);

2º Quais as dificuldades que sente ao cuidar do seu familiar?

3º Que apoios necessita para cuidar do seu familiar?

4º Quais as alterações sentidas na sua vida pelo fato de prestar apoio ao seu familiar?

Muito obrigada pela sua participação

**O Idoso Dependente**

**1. Sexo:** Feminino  Masculino

**2. Idade:**

- 1. 71 - 75 anos
- 2. 76 - 80 anos
- 3. 81 - 85 anos
- 4. 86 - 90 anos
- 5. 91 e + anos

**3. Estado Civil:**

- 1. Solteiro
- 2. Casado(a)/ União de facto
- 3. Viúvo (a)
- 4. Divorciado(a)/ Separado (a)

**4. Número de Anos de Escolaridade Completos:**

- 1. Nenhum (não sei ler nem escrever)

- 2. 4ª Classe
- 3. 9º Ano de escolaridade
- 4. Ensino secundário
- 5. Curso superior
- 6. Outro  Qual? \_\_\_\_\_

**5. Profissão:** \_\_\_\_\_

**6. Tipo de dependência**

- 1. Física
- 2. Mental
- 3. Física/ mental
- 4. Outra? \_\_\_\_\_

**7. Antecedentes pessoais:**

- 1. HTA
- 2. AVC
- 3. Tabagismo
- 4. Alcoolismo
- 5. Diabetes Mellitus
- 6. Obesidade
- 7. Osteoporose
- 8. Doença Psiquiátrica
- 9. Outro. Qual \_\_\_\_\_

**8 Situação Social:**

- 1. Convive com familiares
- 2. Convive com amigos
- 3. Participa em atividades de organizações sociais
- 4. Dinamiza atividades sociais
- 5. Outro. Quais? \_\_\_\_\_

**9 Que tipos de cuidados lhe são prestados?**

	Supervisão	Orientação	Ajuda
1. Alimentação	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Banho	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Vestir/Despir	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Higiene Pessoal	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Necessidades fisiológicas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Locomoção	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Higiene Habitacional	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Companhia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Medicação	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Passeio	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. Outros	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Quais? _____			

**10 Em geral diria que o seu estado de saúde é:**

- 1. Muito boa

- 2. Boa
- 3. Razoável
- 3. Fraca
- 4. Muito fraca

## PARTE II

1º Qual é o seu sentimento face á sua dependência?

2º Qual a sua relação com o seu habitat?

3º Para além do apoio do seu familiar, tem mais ajudas?

Muito obrigada pela sua participação

## APÊNDICE B – Consentimento Informado

### DECLARAÇÃO DE CONSENTIMENTO INFORMADO

Eu, Maria da Conceição Pereira Coelho, Enfermeira no Centro de Saúde de Pinhel, estando presentemente em fase de elaboração de Dissertação no âmbito do 1º Curso de Mestrado em Enfermagem Comunitária, na Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico da Guarda, sobre "a sobrecarga do cuidador principal na prestação de cuidados ao idoso dependente no domicílio", gostaria de obter a sua colaboração para a realização de uma entrevista e aplicação de escala (s) de avaliação.

A sua colaboração é de primordial importância para a investigação.

Assumo o compromisso de que serão respeitadas todas as imposições éticas inerentes a um trabalho de investigação, nomeadamente a preservação do anonimato e da intimidade dos participantes.

Se se considera bem informado(a) e aceita participar neste estudo, por favor assine o documento.

Muito obrigado.

APÊNDICE A (O/A Participante)

---

(Maria da Conceição Pereira Coelho)

---

\_\_\_\_\_, \_\_/\_\_/\_\_



## APÊNDICE C - Tratamento estatístico

### IDOSOS

idade_id		
	Frequency	ValidPercent
71-75 anos	7	19,4
76-80 anos	10	27,8
81-85 anos	6	16,7
86-90	9	25,0
91	4	11,1
Total	36	100,0

estado_civil_id		
	Frequency	ValidPercent
solteiro	3	8,3
casado/uniao	20	55,6
viuvo	13	36,1
Total	36	100,0

escol_id		
	Frequency	ValidPercent
0	19	52,8
4ª classe	15	41,7
curso superior	2	5,6
Total	36	100,0

dependencia_id		
	Frequency	ValidPercent
fisica	18	50,0
fisica/mental	18	50,0
Total	36	100,0

**AVC\_id**

	Frequency	ValidPercent
nao	5	13,9
sim	31	86,1
Total	36	100,0

**HTA\_id**

	Frequency	ValidPercent
nao	15	41,7
sim	21	58,3
Total	36	100,0

**Diabetes\_id**

	Frequency	ValidPercent
nao	24	66,7
sim	12	33,3
Total	36	100,0

**Alcoolismo\_id**

	Frequency	ValidPercent
nao	25	69,4
sim	11	30,6
Total	36	100,0

**Dca\_psiq\_id**

	Frequency	ValidPercent
nao	32	88,9
sim	4	11,1
Total	36	100,0

**obesidade\_id**

	Frequency	ValidPercent
nao	33	91,7
sim	3	8,3
Total	36	100,0

**osteoporose\_id**

	Frequency	ValidPercent
nao	33	91,7
sim	3	8,3
Total	36	100,0

**Tabagismo\_id**

	Frequency	ValidPercent
nao	35	97,2
sim	1	2,8
Total	36	100,0

**dific\_mot\_id**

	Frequency	ValidPercent
nao	35	97,2
sim	1	2,8
Total	36	100,0

**somatorio dos antecedentes**

	Frequency	ValidPercent
1	7	19,4
2	11	30,6
3	15	41,7
4	2	5,6
5	1	2,8
Total	36	100,0

**sit\_soc\_id**

	Frequency	ValidPercent
familiares	19	79,2
amigos	1	4,2
familiares e amigos	4	16,7
Total	24	100,0
Total	36	

**est\_saud\_id**

	Frequency	ValidPercent
razoavel	3	11,1
fraca	11	40,7
muito fraca	13	48,1
Total	27	100,0
Total	36	

**2\_parte\_1\_id**

	Frequency	ValidPercent
estou doente	4	16,7
estou dependente	15	62,5
estou velha	1	4,2
nao posso fazer mais nada, estou a morrer	3	12,5
nao tenho dores	1	4,2
Total	24	100,0
Total	36	

**2\_parte\_2\_id**

	Frequency	ValidPercent
gosto da minha casa	22	88,0
gostava mais de estar na minha casa	3	12,0
Total	25	100,0
Total	36	

**2\_parte\_3\_id**

	Frequency	ValidPercent
centrosaude	6	23,1
centrosaude + familia	1	3,8
centrosaude e de dia	4	15,4
familia	4	15,4
amigos/vizinhos	5	19,2
nao tenho	6	23,1
Total	26	100,0
Total	36	

**CUIDADOR**

**sexo\_cuid**

	Frequency	Percent	ValidPercent	CumulativePercent
Valid feminino	29	80,6	80,6	80,6
masculino	7	19,4	19,4	100,0
Total	36	100,0	100,0	

**idade\_cuid**

	Frequency	Percent	ValidPercent	CumulativePercent
Valid 30-49	4	11,1	11,1	11,1
50-64	10	27,8	27,8	38,9
65+	22	61,1	61,1	100,0
Total	36	100,0	100,0	

**est\_civil\_cuid**

	Frequency	Percent	ValidPercent	CumulativePercent
Valid solteiro	5	13,9	13,9	13,9
casado/uniao	29	80,6	80,6	94,4
viuvo	2	5,6	5,6	100,0
Total	36	100,0	100,0	

**escol\_cuid**

		Frequency	Percent	ValidPercent	CumulativePercent
Valid	0	14	38,9	38,9	38,9
	4ª classe	11	30,6	30,6	69,4
	9º ano	4	11,1	11,1	80,6
	12º ano	6	16,7	16,7	97,2
	curso superior	1	2,8	2,8	100,0
	Total	36	100,0	100,0	

**parentesco\_cuid**

		Frequency	Percent	ValidPercent	CumulativePercent
Valid	marido/esposa	17	47,2	47,2	47,2
	mae/pai	12	33,3	33,3	80,6
	outro	7	19,4	19,4	100,0
	Total	36	100,0	100,0	

**tipo\_familia\_cuid**

		Frequency	Percent	ValidPercent	CumulativePercent
Valid	alargada	8	22,2	22,2	22,2
	monoparental	2	5,6	5,6	27,8
	nuclear	26	72,2	72,2	100,0
	Total	36	100,0	100,0	

**rend\_principal\_cuid**

		Frequency	Percent	ValidPercent	CumulativePercent
Valid	rendimentominimoobligatorio	9	25,0	25,0	25,0
	pensao velhice	15	41,7	41,7	66,7
	pensao invalidez	1	2,8	2,8	69,4
	complementodependencia	1	2,8	2,8	72,2
	salario	6	16,7	16,7	88,9
	RMG+pensao invalidez	1	2,8	2,8	91,7
	pensao invalidez + pensao velhice	2	5,6	5,6	97,2
	outro	1	2,8	2,8	100,0
	Total	36	100,0	100,0	

**coab\_cuida**

		Frequency	Percent	ValidPercent	CumulativePercent
Valid	nao	3	8,3	8,3	8,3
	sim	33	91,7	91,7	100,0
	Total	36	100,0	100,0	

**alt\_resid\_cuid**

		Frequency	Percent	ValidPercent	CumulativePercent
Valid	nao	30	83,3	83,3	83,3
	sim	6	16,7	16,7	100,0
	Total	36	100,0	100,0	

**tempo\_prest\_cuid**

		Frequency	ValidPercent	CumulativePercent
Valid	1a-3a	7	20,0	20,0
	3a-6a	16	45,7	65,7
	6a-10a	7	20,0	85,7
	10a-14a	4	11,4	97,1
	14a+	1	2,9	100,0
	Total	35	100,0	
Total		36		

**somatorio de apoios dados ao cuidador**

		Frequency	Percent	ValidPercent	CumulativePercent
Valid	0	12	33,3	33,3	33,3
	1	18	50,0	50,0	83,3
	2	6	16,7	16,7	100,0
	Total	36	100,0	100,0	

**outras\_pess\_cargo\_cuid**

		Frequency	Percent	ValidPercent	CumulativePercent
Valid	nao	21	58,3	58,3	58,3
	sim	15	41,7	41,7	100,0
	Total	36	100,0	100,0	



**est\_saud\_cuid**

		Frequency	Percent	ValidPercent	CumulativePercent
Valid	muito boa	1	2,8	2,8	2,8
	boa	9	25,0	25,0	27,8
	razoavel	17	47,2	47,2	75,0
	fraca	1	2,8	2,8	77,8
	muito fraca	8	22,2	22,2	100,0
	Total	36	100,0	100,0	

**2\_parte\_1\_cuid**

		Frequency	Percent	ValidPercent	CumulativePercent
Valid	nao temos mais ninguem	11	30,6	30,6	30,6
	é familiar / dever	19	52,8	52,8	83,3
	restantefamilia ausente	5	13,9	13,9	97,2
	desemprego	1	2,8	2,8	100,0
	Total	36	100,0	100,0	

**2\_parte\_2\_cuid**

		Frequency	Percent	ValidPercent	CumulativePercent
Valid	velhice + cansaço	1	2,8	2,8	2,8
	cansaço	3	8,3	8,3	11,1
	velhice	2	5,6	5,6	16,7
	sem tempo	6	16,7	16,7	33,3
	ajudaavd	21	58,3	58,3	91,7
	sem dinheiro / casa adequada	3	8,3	8,3	100,0
	Total	36	100,0	100,0	

**2\_parte\_3\_cuid**

	Frequency	Percent	ValidPercent	CumulativePercent
Valid mais ajuda avd	26	72,2	72,2	72,2
mais tempo	4	11,1	11,1	83,3
melhor casa	1	2,8	2,8	86,1
mais ajuda economica	3	8,3	8,3	94,4
nada	2	5,6	5,6	100,0
Total	36	100,0	100,0	

**2\_parte\_4\_cuid**

	Frequency	ValidPercent
cansaço	14	38,9
cansaço + velhice	3	8,3
nao tenho vida propria / solidao	10	27,8
falta tempo	7	19,4
nada	2	5,6
Total	36	100,0

**c\_Barthel**

	Frequency	Percent	ValidPercent	CumulativePercent
Valid ligeiramente dependente	1	2,8	2,8	2,8
moderadamente dependente	10	27,8	27,8	30,6
gravemente dependente	20	55,6	55,6	86,1
totalmente dependente	5	13,9	13,9	100,0
Total	36	100,0	100,0	

**c\_Lawton**

	Frequency	Percent	ValidPercent	CumulativePercent
Valid gravemente dependente	36	100,0	100,0	100,0

## **ANEXOS**

## Anexo A – Autorização da Presidente do Conselho de Administração da ULSG



Exma. Senhora  
Maria da Conceição Pereira Coelho  
Rua da Guiné, nº 3  
6400 – 328 Pinhel

Sua referência

Sua comunicação de

Nossa referência

Data,  
Guarda, 26/03/12


2502

**ASSUNTO:** Aplicação de uma entrevista no âmbito do estudo "A sobrecarga do cuidador principal na prestação de cuidados ao idoso dependente no domicílio".

Em resposta ao vosso pedido de autorização para aplicação de uma entrevista no âmbito do estudo "A sobrecarga do cuidador principal na prestação de cuidados ao idoso dependente no domicílio" e de acordo com o parecer da Comissão de Ética de que nada tem a opor, informo que o mesmo se encontra autorizado.

Com os melhores cumprimentos.

A Presidente do Conselho de Administração

  
\_\_\_\_\_  
(Dra. Ana Manso)

CE/ML

## **Anexo B - Autorização para aplicação das escalas de avaliação Do Dr. Prof. Carlos Sequeira**

### **Informação sobre utilização de Instrumentos de avaliação**

<b>NOME DO INSTRUMENTO:</b> Índice de Lawton (Lawton & Brody, 1969; Sequeira, 2007), Índice de Barthel (Mahoney & Barthel, 1965; Sequeira, 2007) Escala de sobrecarga do cuidador (Sequeira, 2007, 2010)
<b>INVESTIGADOR PRINCIPAL</b> (nome, morada, tel., e-mail de contacto) <b>Nome:</b> Maria da Conceição Pereira Coelho Rua da Guiné, nº 3 – 6400-328 Pinhel <b>Telefone:</b> 927478843 <b>E-mail:</b> <a href="mailto:ccoelho209@gmail.com">ccoelho209@gmail.com</a>
<b>TÍTULO DO ESTUDO</b> <b>Sobrecarga do Cuidador Principal na Prestação de Cuidados ao Idoso no Domicílio no Concelho de Pinhel.</b>
<b>CALENDÁRIO PREVISTO</b> (DATA DE INICIO DE FIM) <a href="#">Utilização prevista durante o mês de Fevereiro de 2012</a>
<b>AMOSTRA:</b> Cuidadores informais/familiares dos idosos dependentes no domicílio, inscritos no Centro de Saúde de Pinhel.
<b>COMENTÁRIOS</b>

## Anexo C - Escala de Sobrecarga do Cuidador

### Escala de sobrecarga do cuidador (Sequeira, 2007, 2010)

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.

°	Item	unca	uase nunca	s vezes	uitas vezes	uase sempre
1	Sente que o seu familiar solicita mais ajuda do que aquela que realmente necessita?					
2	Considera que devido ao tempo que dedica ao seu familiar já não dispõe de tempo suficiente para as suas tarefas?					
3	Sente-se tenso/a quando tem de cuidar do seu familiar e ainda tem outras tarefas por fazer?					
4	Sente-se envergonhado(a) pelo comportamento do seu familiar?					
5	Sente-se irritado/a quando está junto do seu familiar?					
6	Considera que a situação atual afecta de uma forma negativa a sua relação com os seus amigos/familiares?					
7	Tem receio pelo futuro destinado ao seu familiar?					
8	Considera que o seu familiar está dependente de si?					
9	Sente-se esgotado quando tem de estar junto do seu familiar?					
10	Vê a sua saúde ser afectada por ter de cuidar do seu familiar?					
11	Considera que não tem uma vida privada como desejaria devido ao seu familiar?					
12	Pensa que as suas relações sociais são afectadas negativamente por ter de cuidar do seu familiar?					
13	Sente-se pouco à vontade em convidar amigos para o(a) visitarem devido ao seu familiar?					
14	Acredita que o seu familiar espera que você cuide dele como se fosse a única pessoa com quem ele(a) pudesse contar?					
15	Considera que não dispõe de economias suficientes para cuidar do seu familiar e para o resto das despesas que tem?					

16	Sente-se incapaz de cuidar do seu familiar por muito mais tempo?					
17	Considera que perdeu o controle da sua vida depois da doença do seu familiar se manifestar?					
18	Desejaria poder entregar o seu familiar aos cuidados de outra pessoa?					
19	Sente-se inseguro acerca do que deve fazer com o seu familiar?					
20	Sente que poderia fazer mais pelo seu familiar?					
21	Considera que poderia cuidar melhor do seu familiar?					
22	Em geral sente-se muito sobrecarregado por ter de cuidar do seu familiar?					

## Anexo D – Índice de Lawton (Lawton & Brody, 1969; Sequeira, 2007)

### Versão Abreviada

Índice de Lawton (Lawton&Brody, 1969; Sequeira, 2007)

Atividades Instrumentais de Vida Diária (AIVD): Pontuação \_\_\_\_\_

O Índice de Lawton avalia as Atividades Instrumentais de Vida Diária do idoso a que presta cuidados, leia atentamente cada uma das afirmações, e indique de que modo se aplicam ao seu caso, colocando o sinal **X** no espaço que melhor corresponder à sua opinião.

Item	AIVD	Cotação
<b>Cuidar da casa</b>		
	Cuida da casa sem ajuda	1
	Faz tudo exceto o trabalho pesado	2
	Só faz tarefas leves	3
	Necessita de ajuda para todas as tarefas	4
	Incapaz de fazer alguma tarefa	5
<b>Uso do telefone</b>		
	Usa-o sem dificuldade	1
	Só liga para lugares familiares	2
	Necessita de ajuda para o usar	3
	Incapaz de usar o telefone	4
<b>Lavar a roupa</b>		
	Lava a sua roupa	1
	Só lava pequenas peças	2
	É incapaz de lavar a sua roupa	3
<b>Uso de transporte</b>		
	Viaja em transporte público ou conduz	1
	Só anda de táxi	2
	Necessita de acompanhamento	3
	Incapaz de usar o transporte	4
<b>Preparar a comida</b>		
	Planeia, prepara e serve sem ajuda	1
	Prepara se lhe derem os ingredientes	2
	Prepara pratos pré-cozinhados	3
	Incapaz de preparar	4
<b>Uso do dinheiro</b>		
	Paga as contas, vai ao banco, etc.	1
	Só pequenas quantidades de dinheiro	2
	Incapaz de utilizar o dinheiro	3
<b>Ir às compras</b>		
	Faz as compras sem ajuda	1
	Só faz pequenas compras	2
	Faz as compras acompanhado	3
	É incapaz de ir às compras	4
<b>Responsável pelos medicamentos</b>		
	Responsável pela sua medicação	1
	Necessita que lhe preparem a medicação	2
	Incapaz de se responsabilizar pela medicação	3



## Anexo E – Índice de Barthel (Mahoney & Barthel, 1965; Sequeira, 2007)

### Versão abreviada

Índice de Barthel (Mahoney & Barthel, 1965; Sequeira, 2007)

Atividades Básicas de Vida Diária (ABVD): Pontuação \_\_\_\_\_

O Índice de Barthel avalia as Atividades Básicas de Vida Diária do idoso a que presta Cuidados, leia atentamente cada uma das afirmações, e indique de que modo se aplicam ao seu caso, colocando o sinal **X** no espaço que melhor corresponder à sua opinião.

Item	ABVD	Cotação
<b>Alimentação</b>	Independente	10
	Necessita de ajuda	5
	Dependente	0
<b>Banho</b>	Independente	5
	Dependente	0
<b>Controlo intestinal</b>	Independente	15
	Incontinência involuntária	10
	Ocasional	5
	Incontinente fecal	0
<b>Uso da casa de banho</b>	Independente	10
	Necessita de ajuda	5
	Dependente	0
<b>Transferência da cadeira - cama</b>	Independente	15
	Necessita de ajuda mínima	10
	Necessita de grande ajuda	5
	Dependente	0
<b>Vestir</b>	Independente	10
	Necessita de ajuda	5
	Dependente	0
<b>Higiene corporal</b>	Independente	5
	Dependente	0
<b>Controlo vesical</b>	Independente	10
	Incontinência urinária	5
	Ocasional	0
<b>Subir escadas</b>	Independente	10
	Necessita de ajuda	5
	Dependente/Incontinente ou algaliado	0
<b>Deambulação</b>	Independente	15
	Necessita de ajuda	10
	Ind. c/ cadeira de rodas	5
	Dependente	0