



**INSTITUTO POLITÉCNICO DE
PORTALEGRE**



Escola Superior de Educação e Ciências Sociais

**Mestrado em Gerontologia
Especialização em Gerontologia Social**

**Cuidadores informais:
Dificuldades ao cuidar e necessidades de quem
cuida**

Dissertação para obtenção do Grau de Mestre em Gerontologia

Marta Sofia Mosca Pereira

Orientador: Professor Doutor João Emílio Alves

Outubro, 2018

**INSTITUTO POLITÉCNICO DE
PORTALEGRE**

Escola Superior de Educação e Ciências Sociais

**Mestrado em Gerontologia
Especialização em Gerontologia Social**

**Cuidadores informais:
Dificuldades ao cuidar e necessidades de quem
cuida**

Dissertação para obtenção do Grau de Mestre em Gerontologia

Marta Sofia Mosca Pereira

Orientador: Professor Doutor João Emílio Alves

Outubro, 2018

PROVA ACADÉMICA DE MESTRADO

- 10 de abril de 2019, às 10h00, no Salão Nobre da Escola Superior de Educação e Ciências Sociais do Instituto Politécnico de Portalegre.

CONSTITUIÇÃO DO JÚRI:

Presidente: Professor Doutor Abílio José Maroto Amiguiño

Arguente: Professora Doutora Ana Isabel Silva

Orientador: Professor Doutor João Emílio Alves

Agradecimentos

É com muito orgulho que dou por terminada esta etapa, não podendo deixar de agradecer a todos aqueles que contribuíram para o meu sucesso e incentivaram-me a nunca desistir.

Primeiramente aos meus pais que me ensinaram que tudo na vida exige esforço, dedicação e empenho e que permitiram aquilo que eles nunca tiveram, a possibilidade de possuir formação académica.

Um agradecimento muito especial ao meu orientador, Professor Doutor João Emílio Alves, que me acompanhou neste trajeto demonstrando sempre disponibilidade em produzir um trabalho de qualidade e por ter contribuído para o enriquecimento dos meus conhecimentos.

Um obrigado à Dr.^a Isabel Mascarenhas e Dr.^a Ana Ensinas por terem permitido o meu acesso ao Centro Humanitário de Elvas da Cruz Vermelha Portuguesa, enquanto investigadora e onde tão bem me acolheram.

Um grande obrigado à restante família e amigos pelos conselhos e por todo o carinho.

Por último, e não menos importante, agradeço a todos os cuidadores que participaram neste trabalho.

Com todo o sacrifício, esta é mais uma fase que chegou ao fim.

A todos muito obrigado!

Resumo

Como consequência de uma população envelhecida, existe a necessidade de analisar os cuidados prestados, nomeadamente aos idosos dependentes.

O papel da família, em especial do cuidador informal, na prestação de cuidados tornou-se fundamental para promover o conforto, bem-estar e qualidade de vida das pessoas em situação de dependência.

O presente estudo procurou investigar acerca dos cuidadores informais da Unidade de Cuidados Continuados do Centro Humanitário de Elvas da Cruz Vermelha Portuguesa, a fim de identificar as suas características, dificuldades e necessidades ao cuidar o idoso dependente.

A questão de partida que norteou esta investigação pode ser sintetizada do seguinte modo: Quais as mudanças no quotidiano do cuidador informal, no plano das dificuldades e das necessidades, decorrentes dos cuidados prestados aos idosos dependentes?

Como objetivo geral procurou-se identificar as mudanças percecionadas pelos cuidadores informais após assumirem a prestação de cuidados ao idoso dependente. Decorrente deste objetivo geral, os objetivos específicos passaram por: traçar o perfil dos cuidadores informais a nível sociodemográfico, compreender a relação existente entre cuidadores e idosos, identificar os fatores que conduziram à sua situação de cuidador, tipificar a duração e os tipos de cuidados prestados pelos cuidadores aos idosos, identificar as dificuldades sentidas no quotidiano e analisar as necessidades percecionadas pelos cuidadores informais.

Apoiamo-nos na metodologia qualitativa, com especial enfoque na utilização da técnica de recolha de dados da entrevista, acompanhada por uma análise de conteúdo, quer do resultado apurado por via das entrevistas, quer a partir de vários documentos que serviram de base às reflexões teóricas e metodológicas inerentes à investigação realizada.

A amostra é composta por quinze cuidadores informais.

As dificuldades identificadas pelos nossos participantes foram o esforço físico e emocional, a saúde na generalidade, a restrição na vida pessoal, social, familiar e no trabalho e o insuficiente apoio formal enquanto que as necessidades foram o suporte informal, o suporte formal, o apoio financeiro, a formação/conhecimento e o reconhecimento do papel de cuidador informal através de políticas sociais.

Palavras – chave: Envelhecimento, cuidadores informais, dificuldades e necessidades

Abstract

As a result of aging population, there is a need to evaluate the care provided, namely the elderly dependents.

The role of the family, especially the informal caregiver, in the provision of care becomes fundamental to promote comfort, well-being and quality of life for dependents.

The present study sought to study the informal caregivers of the Unidade de Cuidados Continuados de Longa Duração e Manutenção do Centro Humanitário de Elvas da Cruz Vermelha Portuguesa with the objective of identifying their characteristics, difficulties and needs.

The starting point is: What are the changes in the daily care of the informal caregiver, in terms of the difficulties and needs, resulting from the care given to dependent elderly people?

The general objective is to identify the changes perceived by informal caregivers after taking care of the dependent elderly. The specific objectives are to lay out the profile of informal caregivers at the sociodemographic level, understanding the relationship between caregivers and the elderly, identify the factors that led to the caregivers' situation, duration types and of care provided by caregivers to the elderly, identify the difficulties experienced and analyze the needs of informal caregivers.

We rely on the qualitative methodology, with a special focus on the collection technique of the interview, accompanied by an analysis of the content of the interviewed results and the various documents that served as the basis for the theoretical and methodological reflections.

The sample is composed of fifteen informal caregivers.

The difficulties identified by our participants were physical and emotional stress, general health, restriction in personal, social, family and work life and insufficient formal support and the needs were informal support, formal support, financial support, training / knowledge and recognition of the role of informal caregivers through social policies.

Key – words: Aging, informal caregivers, difficulties and needs

Abreviaturas

C.I - Cuidador Informal

CVP - Cruz Vermelha Portuguesa

INE - Instituto Nacional de Estatística

RNCCI - Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados

UCCLDM - Unidade de Cuidados Continuados de Longa Duração e Manutenção

ÍNDICE

Introdução	14
Parte 1: Enquadramento teórico	18
Capítulo 1: Serviço Social Gerontológico	18
1.1. Objetivos de intervenção.....	18
1.2. Contextos específicos de intervenção.....	19
1.3. Direção, Gestão e Coordenação das Respostas Gerontológicas.....	20
Capítulo 2: Envelhecimento e dependência	21
2.1. Processo de envelhecimento.....	21
2.2. Aspetos demográficos do envelhecimento.....	23
2.3. Prestações e respostas sociais aos idosos.....	28
2.4. Impacto da doença e dependência do idoso na família.....	31
Capítulo 3: Cuidadores e o ato de cuidar	34
3.1. Tipologias da prestação de cuidados.....	34
3.2. O papel de cuidador informal.....	36
3.2.1. Impacto negativo da prestação de cuidados.....	41
3.2.2. Redes de suporte e serviços formais.....	46
Capítulo 4: Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados	49
Parte 2: Enquadramento empírico e estratégia metodológica	52
Capítulo 5: Caracterização sociodemográfica do território	52
5.1. Envelhecimento demográfico no concelho de Elvas.....	52
5.2. Caracterização da instituição.....	55
Capítulo 6: Metodologia	57
6.1. Questão de partida.....	57
6.2. Objetivos do estudo.....	58
6.3. Instrumento de recolha de dados.....	58
6.4. Hipóteses de investigação.....	60
6.5. Participantes.....	62
6.6. Considerações éticas.....	63

Parte 3: Resultados empíricos	64
Capítulo 7: Caracterização sociodemográfica da amostra	64
7.1. Género, idade e estado civil.....	64
7.2. Habilitações, profissão e situação laboral atual.....	66
7.3. Localidade e composição agregado familiar.....	67
Capítulo 8: Relação entre idoso e cuidador	68
8.1. Elo de ligação e motivação	69
8.2. Duração e tipos de cuidados prestados	72
Capítulo 9: Vivências do cuidar	75
9.1. Dificuldades ao cuidar.....	75
9.2. Necessidades de quem cuida	84
Capítulo 10: Análise e discussão dos dados	89
Conclusões	104
Bibliografia	109
Anexos	113
Anexo 1 - Autorização para a realização do estudo.....	114
Anexo 2 - Declaração do consentimento informado.....	116
Anexo 3 - Guião de entrevista.....	118
Anexo 4 - Tabelas resumo dos resultados das entrevistas aplicadas.....	123

Índice de figuras

Figura 1 - População residente (Nº), Portugal e NUTS II, 2011-2016.....	24
Figura 2 - Índice de Envelhecimento (%), Portugal e NUTS II, 2011-2016.....	25
Figura 3 - Pirâmides etárias, Portugal, 2011, 2016 e 2080 (projeções, cenário central)	27
Figura 4 - Mapa do concelho de Elvas.....	52
Figura 5 - Dificuldades identificadas pelos cuidadores informais.....	99
Figura 6 - Necessidades identificadas pelos cuidadores informais.....	103

Índice de gráficos

Gráfico 1 - População residente no concelho de Elvas (Nº).....	53
Gráfico 2 - Índice de envelhecimento no concelho de Elvas (2016) (%).....	54
Gráfico 3 - Índice de dependência nos idosos no concelho de Elvas (2016) (%).....	54

Índice de Imagens

Imagem 1- Centro Humanitário de Elvas	55
Imagem 2 - Sala de Acolhimento.....	89

Índice de tabelas

Tabela 1 - Distribuição da amostra segundo o género.....	64
Tabela 2 - Distribuição da amostra segundo a idade.....	65
Tabela 3 - Distribuição da amostra segundo o estado civil.....	65
Tabela 4 - Distribuição da amostra segundo as habilitações literárias.....	66
Tabela 5 - Distribuição da amostra segundo a profissão.....	66
Tabela 6 - Distribuição da amostra segundo a situação no mercado de trabalho.....	67
Tabela 7 - Distribuição da amostra segundo o seu distrito de residência.....	67
Tabela 8 - Distribuição da amostra segundo a composição do agregado familiar.....	68
Tabela 9 - Relação de parentesco entre o cuidador e o idoso.....	69
Tabela 10 - Relação entre cuidador e idoso após a situação de dependência.....	69
Tabela 11 - Coabitação com o idoso antes da situação de dependência.....	70
Tabela 12 - Coabitação com o idoso antes do internamento na UCCLDM.....	70
Tabela 13 - Motivação para assumir o papel de cuidador informal.....	71
Tabela 14 - Duração da prestação de cuidados.....	72
Tabela 15 - Perceção do cuidador face à prestação de cuidados.....	72
Tabela 16 - Prestação de cuidados a outros idosos dependentes.....	73
Tabela 17 - Tipos de cuidados prestados ao idoso dependente.....	74
Tabela 18 - Perceção do esforço físico e emocional do cuidador informal na prestação de cuidados.....	75
Tabela 19 - Perceção do estado de saúde após assumir o papel de cuidador informal.....	76
Tabela 20 - Alteração na vida pessoal do cuidador informal.....	77
Tabela 21 - Alteração na vida social e relações familiares do cuidador informal.....	78
Tabela 22 - Implicações na atividade profissional do cuidador informal.....	79
Tabela 23 - Dificuldades económicas sentidas pelo cuidador informal.....	80
Tabela 24 - Ajuda financeira recebida pelo cuidador informal.....	81
Tabela 25 - Apoio informal e formal recebido pelo cuidador informal.....	81

Tabela 26 - Sentimento do cuidador informal face ao cuidar do idoso dependente.....	82
Tabela 27 - Disponibilidade do cuidador informal para continuar a prestar cuidados no pós alta.....	83
Tabela 28 - Avaliação do cuidador informal sobre o suporte informal e formal na prestação de cuidados.....	84
Tabela 29 - Avaliação dos cuidadores informais sobre o apoio financeiro na prestação de cuidados.....	85
Tabela 30 - Opinião dos cuidadores informais sobre a importância das ações de formação.....	86
Tabela 31 - Percepção dos cuidadores informais acerca do papel das políticas sociais.....	86
Tabela 32 - Avaliação dos recursos formais da área de residência do cuidador informal.....	87
Tabela 33 - Percepção dos cuidadores informais sobre a RNCCI.....	88
Tabela 34 - Auxílio solicitado pelo cuidador informal.....	89

Introdução

A presente dissertação, “Cuidadores Informais: dificuldades ao cuidar e necessidades de quem cuida” foi desenvolvida no âmbito do Mestrado em Gerontologia (especialização na área social), na Escola Superior de Educação e Ciências Sociais do Instituto Politécnico de Portalegre.

Esta dissertação de mestrado beneficiou do desenvolvimento do projeto PerSoParAge¹ – Recursos Pessoais e Sociais para a Autonomia e Participação numa Sociedade Envelhecida - que tem como objetivo desenvolver propostas e ferramentas de análise e intervenção que respondam aos desafios das regiões envelhecidas de Portugal, através da avaliação de concelhos de Castelo Branco, Guarda e Portalegre.

A investigação científica constitui o método por excelência que permite adquirir novos conhecimentos, distinguindo-se de outros tipos de aquisição de saberes pelo seu carácter sistemático e rigoroso. O processo consiste em examinar fenómenos que visa obter respostas a questões determinadas que se deseja aprofundar (Fortin, Côté & Fillion, 2009).

Para os mesmos autores acima citados, na investigação científica, a teoria existente sobre um determinado tema é um meio de desenvolver conhecimentos, sendo considerada como um conjunto coerente de conceitos, de preposições e de definições visando descrever, explicar ou prever fenómenos. É através do desenvolvimento de conhecimentos, provenientes da investigação, que a ciência progride constantemente.

A escolha do tema constitui um passo muito importante para o investigador, uma vez que é na sequência dessa escolha que as etapas seguintes se vão desenvolver, podendo estar frequentemente associado a *“preocupações clínicas, profissionais, comunitárias, psicológicas ou sociais”* (Fortin, Côté & Fillion, 2009, p. 67).

Assim, o presente estudo foi realizado tendo como tema de fundo o processo de envelhecimento populacional, assim como a necessidade de haver alguém que preste cuidados sociais e de saúde para garantir que o indivíduo, com dependência, usufrua de qualidade de vida.

O estudo desta temática constitui objeto de várias disciplinas, justificando-se o impulso das correntes da gerontologia que se ocupam em dar visibilidade social ao papel determinante da família no cuidado aos idosos (Sequeira, 2010).

¹ Consiste num projeto coordenado pelo Instituto Politécnico de Castelo Branco em parceria com o Instituto Politécnico de Portalegre com a participação do Professor Doutor Alexandre Martins e Professor Doutor João Emílio Alves, sendo este último o orientador da presente dissertação.

Para Birren (1999, p. 470 cit. por Oliveira, 2005, p. 6) a literatura sobre o envelhecimento tem crescido exponencialmente, podendo considerar-se como a “*época de ouro*” na investigação gerontológica, levando o autor a afirmar que “*o envelhecimento é uma das mais complexas series de fenómenos que a ciência tem que enfrentar*”, definindo a sua organização na sociedade.

Também para Leão (2011, cit. por Carvalho, 2015, p. 253) a expressão “*globalização do envelhecimento*” sintetiza bem a dimensão deste fenómeno e a sua centralidade nas sociedades contemporâneas.

Sequeira (2010) afirma que com o aparecimento da gerontologia como conhecimento científico, o envelhecimento surge como objeto de estudo de várias ciências, destacando-se a visão multidisciplinar deste fenómeno.

Numa sociedade cada mais marcada pelo envelhecimento destaca-se o aumento das necessidades de saúde aos idosos, emergindo o conceito de cuidador informal (c.i.) que presta apoio ao idoso dependente. No entanto, cuidar de quem cuida deverá ser uma responsabilidade e uma preocupação de todos os que centram a sua intervenção na dinâmica cuidador/idoso (Figueiredo, 2007).

Contudo, através do enquadramento teórico realizado, foi possível verificar que os indivíduos que cuidam de idosos dependentes, designados de c.i., apresentam frequentemente uma sobrecarga associada a essa prestação de cuidados.

Neste sentido, o cuidador merece cada vez mais atenção em diversos estudos, para que as suas características sejam reconhecidas, assim como também para desenvolver recursos e técnicas que os ajude na prestação de cuidados aos dependentes.

Para José, Wall & Correia (2002), cuidar representa um dos desafios a serem superados, envolvendo longos períodos de tempo dispensados ao doente, desgastes físicos, custos financeiros, sobrecarga emocional, riscos mentais e físicos.

Segundo Lage & Araújo (2014, p. 225) “*o cuidado limita e constrange a vida pessoal e social dos cuidadores (...) podendo ter efeitos devastadores no bem-estar das famílias*”.

Perante este contexto, é necessário desenvolver respostas face às necessidades dos idosos dependentes, nomeadamente no suporte formal, sendo exemplo a Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI) que devido à intervenção multidisciplinar é considerada um paradigma na prestação de cuidados.

Neste sentido, seguindo o tema das dificuldades e necessidades de quem ocupa o papel de cuidador e a Rede de apoio identificada anteriormente, para a amostra do presente estudo, selecionaram-se os c.i. que prestam cuidados aos idosos dependentes que estejam internados na Unidade de Cuidados Continuados de Longa Duração e Manutenção (UCCLDM) do Centro Humanitário de Elvas da Cruz Vermelha Portuguesa

(CVP), instituição onde realizei o estágio curricular, no âmbito do primeiro ciclo de estudos em Serviço Social e local que me despertou o interesse pela problemática.

O Centro Humanitário de Elvas trata-se de uma instituição que procura prestar cuidados continuados de saúde e de apoio social adequados a indivíduos que, independentemente da idade, se encontrem em situação de dependência.

O estudo realizado impõe como questão de partida: Quais as mudanças no quotidiano do cuidador informal, no plano das dificuldades e das necessidades, decorrentes dos cuidados prestados aos idosos dependentes?

Através da realização deste estudo pretende-se alcançar o objetivo geral de identificar as mudanças percebidas pelos cuidadores informais após assumirem a prestação de cuidados ao idoso dependente.

Descrita a questão de partida e o objetivo geral de investigação, pressupõem-se três hipóteses de investigação que se constituem como elemento orientador deste estudo, nomeadamente: 1) O apoio informal, nomeadamente por via da família, assume um papel primordial na prestação de cuidados ao idoso dependente; 2) O ato de cuidar de um idoso dependente é desgastante, tendo repercussões no próprio indivíduo e nas relações sociais e familiares; 3) A relação entre cuidador formal e informal deve ser um processo de complementaridade na prestação de cuidados. O aprofundamento destas hipóteses será objeto de referência mais à frente, no capítulo da metodologia.

Para que o objetivo acima mencionado seja alcançado e as hipóteses apresentadas sejam confirmadas ou infirmadas, a presente investigação seguiu uma metodologia qualitativa, mediante a realização de entrevistas semi-diretivas e complementadas com a observação não participante.

A dissertação encontra-se organizada em três partes.

A primeira parte com características de enquadramento teórico, a segunda de natureza empírica e a terceira com a apresentação e análise dos resultados empíricos, sendo possível encontrar dez capítulos distintos.

Este trabalho contém num primeiro momento, de natureza teórica, uma revisão sistemática da literatura, onde se aborda o Serviço Social Gerontológico, o processo de envelhecimento, a dependência e o seu impacto na família, a caracterização das diferentes tipologias de prestação de cuidados, o perfil dos cuidadores, o impacto negativo da prestação de cuidados, a relevância da rede de suporte e serviços e, por fim, é caracterizada a RNCCI.

Num segundo momento, de natureza prática, começa-se por fazer a caracterização do território em estudo, assim como da instituição selecionada para que, posteriormente, se aborde a metodologia de estudo tendo em conta a questão de investigação, os

objetivos, o instrumento de recolha de dados, as hipóteses de investigação, os participantes e os procedimentos éticos.

Por fim, num terceiro momento, apresenta-se os resultados alcançados e a análise e discussão dos mesmos e registam-se as principais conclusões, tendo em conta toda a revisão da literatura efetuada e os resultados alcançados pelos instrumentos de recolha de dados.

De salientar que é possível encontrar as referências bibliográficas e os anexos que foram utilizados durante o desenvolvimento do estudo, sendo uma parte imprescindível para a compreensão de todo o caminho percorrido.

Parte 1: Enquadramento teórico

Na primeira parte do trabalho pretende-se expor uma abordagem sobre o enquadramento teórico da problemática selecionada. Para tal, foram desenvolvidas várias temáticas, como a relevância da formação dos Assistentes Sociais em Gerontologia, aspetos preponderantes relativamente ao processo de envelhecimento, assim como a sua dependência e impacto que tem no contexto familiar, a caracterização da prestação de cuidados e o perfil dos cuidadores informais (c.i.) e, por fim, a questão centrada na RNCCI.

*“Quando a velhice chegar, aceita-a, ama-a.
Ela é abundante em prazeres se souberes amá-la.
Os anos que vão gradualmente declinando estão
entre os mais doces da vida de um homem.
Mesmo quando tenhas alcançado o limite extremo dos anos,
estes ainda reservam prazeres”
(Sêneca)*

Capítulo 1: Serviço Social Gerontológico

1.1. Objetivos de intervenção

Segundo Granja & Pereira (2009, cit. por Paixão 2015), o Serviço Social e a Gerontologia têm algumas fronteiras. No entanto, os profissionais com estas formações têm competências para efetuar diagnósticos psicossociais, desenvolver atividades destinadas à população idosa e intervir psicossocialmente.

Os Assistentes Sociais, com formação em gerontologia, ao trabalhar com idosos devem adotar estratégias e táticas formativas adequadas, devendo as mesmas serem metódicas e refletidas (Veiga-Branco, 2012 cit. por Paixão, 2015).

Para Pinto (2013, cit. por Paixão, 2015), o profissional deve desenvolver juntamente com a pessoa mais velha uma intervenção baseada no pressuposto da capacitação, de forma a desenvolver no indivíduo a capacidade de estar presente em vários âmbitos das configurações sociais, ganhando a capacidade de ser um elemento ouvido e com influência sobre o que decide para a sua vida, com consciência e capacidade de reflexão sobre as consequências e vantagens das suas decisões.

De acordo com Carvalho (2013, p. 182), o principal objetivo da intervenção social gerontológica é:

“Conhecer e transformar a realidade das pessoas idosas, contribuindo, em conjunto com outras profissões, para o bem-estar deste grupo populacional através de um sistema global de ações (...) O assistente social detecta, diagnostica e analisa as necessidades sociais das pessoas idosas, procurando não centrar-se apenas nas carências reais e/ou potencialidades da pessoa idosa ou do seu meio numa visão tradicional da intervenção baseada num diagnóstico de dificuldades, problemas, necessidades e carências da pessoa e da situação”.

Também García e Jiménez (2003, p. 59 cit. por Carvalho, 2013, p. 183), a este propósito, referem:

“Pode-se afirmar que a eficácia da intervenção do assistente social depende, em grande medida, não só da qualidade dos recursos sociais previstos pelas políticas sociais, mas também do que a própria pessoa é capaz de investir, como esforço, motivação e desejo de seguir em frente”.

Os mesmos autores acima mencionados, citados por Carvalho (2013), afirmam que os objetivos do Serviço Social Gerontológico situam-se em três dimensões:

- A nível individual (procura manter e aumentar a funcionalidade social da pessoa idosa e potenciar a autoestima, a confiança em si mesmo, a autonomia pessoal e a identidade individual da pessoa idosa);
- A nível grupal (procura criar oportunidades de inserção, criar vínculos entre a pessoa idosa e o seu meio e restaurar laços de solidariedade);
- A nível comunitário (procura conhecer a comunidade a nível populacional, económico, associativo e a sua história, conhecer as capacidades e potencialidades da comunidade, potenciar o associativismo e desenvolver programas de organização e desenvolvimento comunitário que favoreçam a integração dinâmica da pessoa idosa).

1.2. Contextos específicos de intervenção

Conforme estabelecido anteriormente, o Assistente Social desenvolve a sua intervenção em diferentes dimensões, e associado a essas dimensões estão os contextos em que podem estar inseridos.

Neste sentido, em intervenção social gerontológica podemos identificar dois contextos: o serviço social em instituições e serviços de cariz residencial e o serviço social em instituições e serviços de cariz domiciliário.

De acordo com Carvalho (2013, p. 190), os objetivos de intervenção do Serviço Social em instituições e serviços de cariz residencial é o de *“promover a integração social e pessoal do residente no meio de convivência da instituição, assim como potenciar a manutenção e o reforço dos laços existentes com a sua família e comunidade”.*

Santiago (2003 cit. por Carvalho, 2013) sintetiza as funções do Assistente Social neste contexto, apresentando cinco tipos de funções:

- Função preventiva (desenvolvimento de atuações destinadas a promover a integração dos residentes e a detetar precocemente possíveis situações de conflitos entre residentes e famílias);

- Função socioeducativa (desenvolvimento de atuações que favoreçam as competências e habilidades pessoais dos residentes);

- Função assistencial (efetivação de respostas às diferentes necessidades sociais das pessoas idosas, informando-a, aconselhando-a e orientando-a sobre os diferentes recursos sociais existentes e desencadeando projetos de intervenção que atendam às distintas situações-problemas que se acrescentam);

- Função planificadora (desenvolvimento de atuações técnicas na programação de projetos de intervenção e participando na planificação geral da instituição);

- Função organizadora e coordenadora (fazendo parte da equipa interdisciplinar da instituição, participando na elaboração e desenvolvimentos dos diferentes projetos institucionais e estando em contacto direto e sistemático com os restantes profissionais, com vista a uma atuação coordenada e integral).

No Serviço Social em instituições e serviços de cariz domiciliário, a principal preocupação do assistente social é *“estimular a pessoa idosa para manter uma atividade física e intelectual, dentro das suas capacidades e tendo em conta as suas especificidades individuais e possibilidades ambientais, numa perspetiva de prevenção de consequências negativas do processo de envelhecimento”* (Carvalho, 2013, p. 194).

Ribeirinho (2005, cit. por Carvalho, 2013) defende que para além das funções referidas anteriormente, o diagnóstico é realizado mediante três etapas: entrevista ao domicílio, a avaliação diagnóstica e a coordenação e otimização de recursos.

1.3. Direção, Gestão e Coordenação das Respostas Gerontológicas

Segundo Garcia e Jiménez (2003, cit. por Carvalho, 2013), o papel do Assistente Social neste âmbito é:

- Supervisionar, apoiar e dar suporte técnico sistemático, através da definição e programação da intervenção, monitorizando todo o processo, desde a planificação à avaliação;

- Gerar processos empáticos e de coordenação e complementaridade entre os profissionais, prevenindo conflitos interpessoais e problemas de eficácia;

- Realizar a supervisão do cumprimento das normas laborais das organizações no que diz respeito aos horários, férias, planos de trabalho;

- Organizar e distribuir as tarefas e funções dos profissionais da equipa interdisciplinar;

- Identificar necessidades de formação com vista ao desenvolvimento de competências profissionais;

- Elaborar, em equipa interdisciplinar ou com as direções das organizações, os planos das atividades anuais, a partir das necessidades, interesses, recursos diagnosticados, procedendo ao acompanhamento da implementação desse plano, respetiva avaliação e produção de um relatório de atividades.

Segundo González (2003, cit. por Carvalho, 2013), em termos genéricos, o assistente social com funções de coordenação tem como objetivos: manter a motivação do pessoal através de estímulos permanentes ao desenvolvimento de uma boa prática profissional e à melhoria da qualidade de vida da pessoa idosa, estimular a formação permanente dos profissionais, criar oportunidades de intercâmbio de experiências e conhecimentos entre profissionais internos e externos para enriquecer as práticas institucionais e desenvolver em todo o pessoal o sentimento de pertença e de responsabilidade profissional, através da técnica do trabalho em equipa.

Capítulo 2: Envelhecimento e dependência

2.1. Processo de envelhecimento

Na literatura são diversas as definições que se associam ao conceito de envelhecimento.

A Direção Geral de Saúde (2006, p. 5 cit. por Ramos, 2012, p. 5) define envelhecimento como *“um processo de mudanças progressivas de estruturas biológicas, psicológicas e social dos indivíduos que iniciando-se mesmo antes do nascimento se desenvolve ao longo da vida”*.

Para Zimerman (2000, p. 19 cit. por Ramos, 2012, p. 5) o processo de envelhecimento é um processo altamente individualizado. O autor refere que o idoso não é o idoso com 65 ou mais anos, mas *“aquele que tem diversas idades: a idade do seu corpo, da sua história genética, da sua parte psicológica e da sua ligação com a sociedade”*.

Segundo Robert (1994, p. 31 cit. por Oliveira, 2005, p. 24), o envelhecimento consiste numa *“perda progressiva e irreversível de capacidade de adaptação do organismo às condições mutáveis do meio ambiente”*.

Para Andrade (2009) o processo de envelhecimento não deve ser apenas considerado como um fenómeno cronológico, mas deve ser analisado sob uma perspectiva holística em torno de um conjunto de condições físicas, funcionais e mentais.

Associado ao conceito de envelhecimento está a ansiedade e refere-se ao modo como envelhecemos, assumindo que é um processo complexo, dinâmico que ocorre ao longo de toda a vida, desde a concepção até à morte (Lima, 2010, cit. por Carvalho, 2013).

Para Alain Grand (2004, cit. por Romão, Pereira & Gerardo, 2008) a terceira idade abarca a população que chegou à reforma em boa saúde e está disponível para uma multiplicidade de atividade, assemelhando-se ao que Gaullier chamou de *“segunda carreira”*. A quarta idade, seguindo ainda Alain Grand, é a que corresponde verdadeiramente à velhice, sendo o período em que tendencialmente surge a dependência e a necessidade de ajuda.

De acordo com a literatura, podemos distinguir diversos tipos de envelhecimento: biológico, cronológico, cognitivo, psicológico, social e demográfico. Contudo, é importante ter em conta que uma mudança numa das estruturas não é inócua para as outras, pois tudo acontece num processo de interação.

De acordo com Rosa (2012) ao falarmos de envelhecimento temos que apontar para dois conceitos diferentes: o envelhecimento individual (podendo ser analisado o envelhecimento cronológico e o envelhecimento biopsicológico) e o envelhecimento coletivo (que faz referência ao envelhecimento demográfico e ao envelhecimento societal).

Passaremos agora a analisar brevemente os tipos de envelhecimento encontrados.

O envelhecimento fisiológico ou biológico *“refere-se às transformações físicas que reduzem a eficiência dos sistemas orgânicos e funcionais do organismo, traduzindo-se numa diminuição progressiva da capacidade da manutenção do equilíbrio”* (Ramos, 2012, p. 5). Para Lima (2010, cit. por Carvalho, 2013) a ideia é a que começamos a envelhecer dia após dia, como um processo que envolve crescimento, desenvolvimento e finitude.

Figueiredo (2007), a este envelhecimento biológico, dá o nome de senescência, definindo-a não como uma doença, mas pode colocar os idosos numa situação vulnerável ao surgimento de ameaças na sua autonomia e independência.

O envelhecimento cronológico é o que analisa a questão da idade da pessoa. Neste sentido, faz-se referência à velhice como algo inevitável, que pertence ao ciclo de vida,

sendo “a idade da velhice relacionada por mudanças específicas, que podem ter a mesma importância e intensidade do que aquelas que pautam o período que se precedem” (Lima, 2010, p. 11, cit. por Carvalho, 2013, p. 3).

No que se refere ao envelhecimento cognitivo, Figueiredo (2007), afirma que algumas funções cognitivas tendem a aumentar com a idade, enquanto que outras se mantêm relativamente estáveis. Sequeira (2007) defende que para a maioria dos idosos, as alterações cognitivas não têm implicações nas suas atividades diárias, uma vez que ocorrem de forma gradual e os idosos conseguem readaptar-se a novos ambientes e rotinas familiares.

O envelhecimento psicológico ou biopsicológico depende da forma como cada idoso organiza e vivência o seu projeto de vida e do processo do próprio envelhecimento. Para Rosa (2012) é vivido por cada indivíduo de forma diferente, uma vez que cada pessoa manifesta os sinais de envelhecimento de forma singular. Para Lima (2010, p. 14, cit. por Carvalho, 2013, p. 4) o envelhecimento psicológico é “*definido pela autorregulação do indivíduo, pelas mudanças nas funções psicológicas, como a memória e a tomada de decisão e pela forma de lidar com o processo de senescência.*”

O envelhecimento demográfico define-se “a partir do momento em que a proporção da população idosa total aumenta, quer como resultado da perda de importância relativa da população jovem ou da população em idade ativa, ou de ambas.” (Carilho, 2007, p. 24, cit. por Carvalho, 2013, p. 3). Está relacionado com o declínio da fertilidade, com a diminuição da natalidade e com o aumento da longevidade, ou seja, com a consequente modificação da estrutura da população jovem, adulta e idosa.

Por fim, temos o envelhecimento cultural e social que é associado “ao conjunto específico de papéis sociais que os indivíduos adotam”, ou seja, é o que se espera que os sujeitos na velhice adotem e que irá influenciar o autoconceito do que é ser velho (Fonseca, 2006, p. 24, cit. por Carvalho, 2013, p. 4).

2.2. Aspetos demográficos do envelhecimento

Paralelamente a esta reflexão de cunho teórico que foi possível registar, encontramos frequentemente dados estatísticos acerca do fenómeno do envelhecimento que atestam a sua tendência de crescimento, quer à escala global, quer à escala nacional e regional/local o seu crescimento.

De seguida, passaremos a apresentar dados que demonstram o envelhecimento evidenciado anteriormente através da análise da população residente e do índice de envelhecimento.

Figura 1. População residente (Nº), Portugal e NUTS II, 2011-2016

	Portugal	Norte	Centro	A. M. Lisboa	Alentejo	Algarve	R. A. Açores	R. A. Madeira
População total (Nº)								
2011	10 542 398	3 687 224	2 316 169	2 827 050	754 385	446 140	247 194	264 236
2012	10 487 289	3 666 234	2 298 938	2 818 388	748 699	444 390	247 549	263 091
2013	10 427 301	3 644 195	2 281 164	2 807 525	743 306	442 358	247 440	261 313
2014	10 374 822	3 621 785	2 263 992	2 809 168	733 370	441 468	246 353	258 686
2015	10 341 330	3 603 778	2 256 364	2 812 678	724 391	441 929	245 766	256 424
2016	10 309 573	3 584 575	2 243 934	2 821 349	718 087	441 469	245 283	254 876

Fonte: Instituto Nacional de Estatística, IP. Estatísticas Demográficas 2016 pág. 20, Edição 2017

No ano de 2016 a população residente ² em Portugal foi estimada em 10 309 573, das quais 4 882 456 homens e 5 427 117 mulheres, representando uma taxa de crescimento efetivo negativa de - 0,3%, uma vez que existe uma diminuição de 31 757 habitantes face ao ano anterior, mantendo-se a tendência de decréscimo populacional (INE, 2017) ³.

Em 2016, e face a 2011, verificou-se em Portugal um decréscimo de 130 484 no número de jovens (pessoas dos 0 aos 14 anos de idade), que passou de 14,9% para 14%, um decréscimo de 271 335 pessoas em idade ativa (dos 15 aos 64 anos de idade), que passou de 66, 0% para 64,9%. Em contrapartida, o número de pessoas idosas aumentou 168 994 (pessoas com 65 e mais anos de idade), que passou de 19,0% para 21,1% (INE, 2017).

Assim, em 2016, a população residente em Portugal eram composto por 14% de jovens, 64,9% de população ativa e 21,1% de população idosa.

De acordo com a figura 1, ao longo do período 2011-2016, verifica-se um decréscimo da população na região do Norte, Centro, Alentejo e na Região Autónoma da Madeira, sendo a região do Algarve e a Região Autónoma dos Açores as que apresentam poucas variações populacionais. A partir de 2015, na Área Metropolitana de Lisboa verifica-se um ligeiro aumento da população.

Os indicadores que podem refletir os resultados da população residente podem ser dois: a natalidade e a mortalidade. De seguida iremos analisa-las.

²Conjunto de pessoas que, independentemente de estarem presentes ou ausentes num determinado alojamento no momento de observação, viveram no seu local de residência habitual por um período contínuo de, pelo menos, 12 meses anteriores ao momento de observação, ou que chegaram ao seu local de residência habitual durante o período correspondente aos 12 meses anteriores ao momento de observação, com a intenção de aí permanecer por um período mínimo de um ano." Consultado em <http://smi.ine.pt/Conceito/Detalhes/6259> (Acedido a 10 de setembro de 2017)

³ Consultado em

https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_publicacoes&PUBLICACOEstipo=ea&PUBLICACOEscalecao=107661&selTab=tab0&xlang=pt (Acedido a 6 de janeiro de 2018)

De 2011 a 2014 houve um decréscimo da natalidade em Portugal, mas em 2016 registou-se o nascimento de 87 126 nados-vivos filhos de mães residentes em território nacional, sendo um aumento de 1 626 face a 2015 (+1,9%), refletindo-se na taxa bruta de natalidade que, em 2015, era de 8,3 passando para 8,4 nados-vivos por mil habitantes, em 2016. O acréscimo do número mencionado contribuiu também para uma ligeira recuperação do índice sintético de fecundidade, representando de 1,30, em 2015, para 1,36 filhos por mulher em idade fértil (15 a 49 anos) em 2016. (INE, 2017)

No entanto, relativamente à mortalidade, verifica-se que, em 2016 existiram 110 535 óbitos, havendo um ligeiro aumento de 1 996 no número de óbitos, face a 2015 (+1,8%). Da totalidade dos óbitos registados em 2016, 70,5% ocorreu em pessoas com idades iguais ou superiores a 75 anos. (INE, 2017)

Em 2016 houve também um aumento da proporção de óbitos de crianças com menos de 1 ano no total de óbitos, sendo em 2016 de 0,3%, ligeiramente superior ao valor registado em 2015 (0,2%). Estes valores contribuem para o aumento da taxa de mortalidade infantil que, em 2016, foi de 3,2 óbitos por mil nados vivos, aumentando face ao valor registado em 2015 (2,9 óbitos por mil nados vivos). Ainda relativamente à mortalidade é analisada a taxa bruta de mortalidade, sendo em 2016 de 10,7, valor ligeiramente superior ao de 2015 (10,5) (INE, 2017).

Figura 2. Índice de Envelhecimento (%), Portugal e NUTS II, 2011-2016

	Portugal	Norte	Centro	A. M. Lisboa	Alentejo	Algarve	R. A. Açores	R. A. Madeira
	Índice de Envelhecimento (Nº)							
2011	127,6	114,1	160,7	119,7	175,0	125,3	72,3	87,0
2012	131,1	118,9	164,5	122,1	177,1	127,8	74,1	90,6
2013	136,0	125,3	170,3	125,4	180,7	131,8	76,0	95,0
2014	141,3	132,2	177,0	128,5	186,5	135,6	78,6	99,8
2015	146,5	139,5	183,3	131,7	191,6	138,4	82,4	105,3
2016	150,9	146,4	188,5	133,7	194,7	140,1	85,6	111,5

Fonte: Instituto Nacional de Estatística, IP. Estatísticas Demográficas 2016 pág. 28, Edição 2017

A alteração na estrutura etária da população, com o decréscimo da população jovem e o aumento da população idosa, reflete um aumento do processo de envelhecimento demográfico, sendo a idade média da população residente de 42 anos, em 2015, para 44 anos, em 2016 (INE, 2017).

De acordo com a figura 2, em 2016, observa-se que em Portugal o Índice de Envelhecimento ⁴ está sempre a aumentar, passando de 128, em 2011, para 151 idosos por cada 100 jovens, em 2016.

O mesmo acontece em todas as regiões de Portugal, sendo o Alentejo a região mais envelhecida (194,7) e a Região Autónoma dos Açores a menos envelhecida (85,6).

Nos últimos 40 anos, em Portugal a população idosa (com mais de 65 anos) duplicou, representando cerca de 16,7% da população total e, de acordo com as projeções atuais, em 2050 representará 32% da população do país (Instituto Nacional de Estatística, 2002, cit. por Sequeira, 2010).

Em 2050, na maioria dos países desenvolvidos, os idosos ultrapassarão os dois terços da população total, o que poderá colocar em risco a sustentabilidade do mesmo, se não forem tomadas medidas atempadas (Sequeira, 2010).

A este cenário de população envelhecida acresce ainda o Índice de Dependência ⁵, existindo, em 2050, 57,8%, o que significa que mais de metade dos idosos se encontrarão numa situação de dependência de outrem (Sequeira, 2010).

Para Romão, Pereira & Gerardo (2008) observa-se o que os autores designam por “*envelhecimento do envelhecimento*”, ou seja, um aumento gradual do número de pessoas com mais de 80 anos, estimando-se que, em 2050, a proporção de idosos com mais de 80 anos venha a representar 14,1% da população europeia, valor médio do qual Portugal (13,8%) se aproximará de outros países, como a Alemanha, Itália e Espanha que tenderão a possuir valores mais elevados. De acordo com as projeções do European Commission /Eurostat (2007), as autoras referem que Portugal será o quarto país mais envelhecido da Europa.

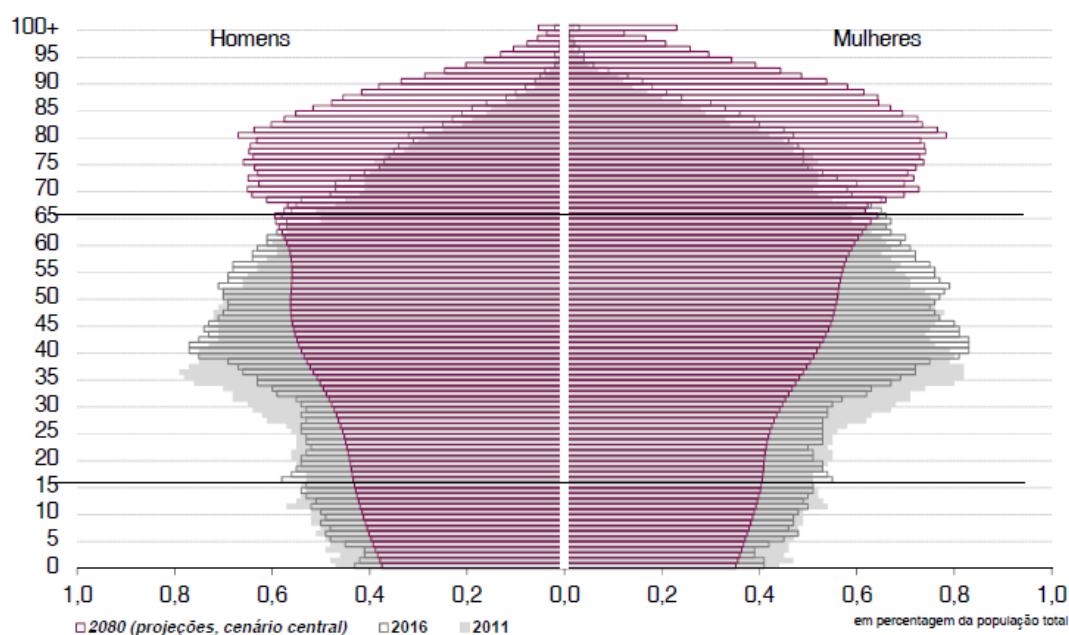
Segundo Rosa (2012), verifica-se que a parcela dos idosos mais velhos (80 e mais anos) tem vindo a reforçar a estatística, tendo o seu número quase duplicado uma vez que as estatísticas mostram que no início dos anos 40 apenas 46% atingiam os 65 anos e, atualmente, quase 87% dos indivíduos atingem essa idade.

Como forma de terminar a análise do envelhecimento demográfico, iremos analisar a pirâmide etária em que estão presentes os valores dos censos de 2011, valores de 2016 e uma projeção de 2080, ilustrando o aumento do envelhecimento da população portuguesa.

⁴ “Relação entre a população idosa e a população jovem, definida habitualmente como o quociente entre o número de pessoas com 65 ou mais anos e o número de pessoas com idades compreendidas entre os 0 e os 14 anos (expressa habitualmente por pessoas dos 0 aos 14 anos).” Consultado em <http://smi.ine.pt/Conceito/Detalhes/925> (Acedido a 10 de setembro de 2017)

⁵ “Relação entre a população idosa e a população em idade ativa, definida habitualmente como o quociente entre o número de pessoas com 65 ou mais anos e o número de pessoas com idades compreendidas entre os 15 e os 64 anos (expressa habitualmente por 100 pessoas com 15-64 anos).” Consultado em <http://smi.ine.pt/Conceito/Detalhes/923> (Acedido a 10 de setembro de 2017)

Figura 3: Pirâmides etárias, Portugal, 2011, 2016 e 2080 (projeções, cenário central)



Fonte: Instituto Nacional de Estatística, IP. Estatísticas Demográficas 2016 pág. 30, Edição 2017

De acordo com a figura 3, é possível concluir que as projeções indicam que até 2080 a população idosa vai continuar a aumentar, enquanto que a população jovem e adulta irá diminuir.

As alterações na composição etária da população residente em Portugal são reveladoras do envelhecimento demográfico ocorrido nos últimos anos, como de resto tem acontecido na maioria dos países desenvolvidos como resultado do decréscimo da população jovem e da população em idade ativa e do aumento da população idosa.

De acordo com Oliveira (2005) ao analisar este fenómeno é necessário distinguir entre dois tipos de envelhecimento: a partir da base da pirâmide, havendo uma redução drástica de crianças e jovens; e a partir do topo, havendo um aumento da faixa etária de idosos.

Tendo em consideração os dados do INE (2017), se em 2016 o Índice de Envelhecimento era de 151 idosos para cada 100 jovens, o cenário central das projeções mais recentes da população residente indica que, em 2080, pode aumentar para 317 idosos para cada 100 jovens.

Assim, se atualmente o envelhecimento demográfico é uma realidade bastante visível, prevê-se que a população idosa continue a crescer, sobretudo os idosos com idade superior a 80 anos.

2.3. Prestações e respostas sociais aos idosos

Tendo em conta que o envelhecimento está em constante crescimento, é necessário alertar para esta problemática, sendo fundamental ir ajustado as políticas sociais e de saúde a esta tendência.

Caeiro (2008, cit. por Carvalho, 2013) define que o conceito de política social pode ser entendido em termos de cariz prático, sendo o conjunto de políticas públicas com fins sociais, e de cariz teórico na qual a política social é entendida como uma disciplina científica no conjunto das ciências sociais. A política social define-se como *“um sistema de políticas públicas que procura concretizar as funções económicas e sociais do Estado, com o objetivo de promover a coesão social e a condição coletiva para melhores patamares de qualidade de vida.”* (p. 85).

Mais especificamente, as políticas sociais de velhice representam um conjunto de equipamentos e serviços que têm como finalidade colmatar as necessidades das pessoas idosas que decorrem da sua entrada na velhice, sendo o Estado o principal interveniente (Carvalho, 2013).

Segundo Carvalho & Pinto (2014), a partir de 1976, data em que foi fundada a primeira constituição democrática, foi assumido que as pessoas idosas tinham direito à Segurança Social é à proteção do Estado.

O fenómeno do envelhecimento demográfico traz consigo uma extensão de ocorrências com relevância política, social e económica, uma vez que implica uma política *“na área do melhoramento da qualidade de vida do idoso, manutenção do ambiente sociofamiliar, oferta de respostas atempadas e adequadas à satisfação das suas necessidades em situações específicas”* (Romão, Pereira & Gerardo, 2008, p. 45).

Jacob (2007, cit. por Lemos, 2012) afirma que o envelhecimento nos últimos anos é um desafio para as políticas sociais devido às consequências sociais, económicas e políticas, sendo necessário promover a inclusão e integração da população envelhecida através de respostas sociais e equipamentos de apoio social.

Paúl (1997, cit. por Lemos, 2012) defende que pode-se dividir as redes sociais de apoio aos idosos em dois grandes grupos: num primeiro momento estão presentes o apoio formal, onde se incluem os serviços estatais, os serviços de poder local e as instituições privadas com fins lucrativos e, num segundo grupo estão envolvidas as redes de apoio informal, que incluem a família, os amigos e os vizinhos.

Lage (2005, cit. por Ramos, 2012) refere que no contexto atual, em que as políticas sociais e de saúde se encaminham para a manutenção das pessoas idosas no seu domicílio, o c.i. assume importância sobretudo pela insuficiente e inadequação dos

serviços de saúde e sociais na resolução das necessidades das famílias com idosos a cargo.

Oliveira (2005, p. 97) afirma que não só os familiares e as instituições sociais têm o dever de apoiar e confortar o idoso, mas também os responsáveis da Nação, uma vez que têm a responsabilidade de cumprir o que diz a Constituição da República Portuguesa que dedica ao idoso o artigo 72:

“1) As pessoas idosas têm o direito à segurança económica e a condições de habitação e de convívio familiar e comunitário que respeitem a sua autonomia e evitem e superem o isolamento e a marginalização; 2) a política de terceira idade engloba medidas de carácter económico, social e cultural tendentes a proporcionar às pessoas idosas oportunidade de realização pessoal, através de uma participação ativa na vida da comunidade”.

Para Sequeira, Sá, Carvalho & Pinto (2008) o crescimento permanente da população idosa implica a atualização das suas exigências, acompanhando as mudanças e as reestruturações dos mecanismos de proteção social.

Para Romão, Pereira & Gerardo (2008) a implementação das medidas políticas na área social dirigidas à população idosa acontece pelo seu aumento quantitativo e da evolução e consagração dos seus direitos sociais, visando contribuir para a garantia de qualidade de vida dos idosos permitindo a redução das desigualdades sociais que afetam um número significativo de grupo das pessoas idosas.

Neste sentido, a Segurança Social dispõe de prestações sociais e complementos, de natureza pecuniária, que visam compensar a perda de remuneração de trabalho ou assegurar valores mínimos de subsistência ou de combate à pobreza ⁶:

- Pensão de Velhice - Prestação pecuniária mensal atribuída aos beneficiários do regime geral de segurança social quando atingem a idade legalmente presumida como adequada para a cessação do exercício da atividade profissional (idade igual ou superior a 66 anos e 4 meses, em 2018, e que tenham descontado durante pelo menos 15 anos para a Segurança Social);
- Pensão Social de Velhice - Prestação pecuniária mensal atribuída às pessoas a partir da idade normal de acesso à pensão de velhice do regime geral de segurança social. É diferente da pensão de velhice porque apoia os beneficiários não abrangidos por qualquer sistema de proteção social obrigatória ou que não têm descontos suficientes para a Segurança Social para ter direito à pensão de velhice;

⁶ Consultado em http://www.seq-social.pt/documents/10152/14653624/Guia_Pessoas_Idosas/e39f972b-48a8-4336-a625-a8c6430be6d4 (Acedido a 12 de abril de 2018)

- Acréscimo vitalício de pensão- É uma prestação pecuniária atribuída aos antigos combatentes que realizaram descontos para a Segurança Social, paga uma vez por ano.
- Benefícios adicionais de Saúde - É um apoio concedido aos idosos que recebem o Complemento Solidário para Idosos, para reduzir as despesas com a saúde, através de dois programas: benefícios adicionais de saúde (medicamentos, óculos e lentes e próteses dentárias removíveis) e programa nacional de promoção da saúde oral (cheque-dentista);
- Complemento por cônjuge a cargo - É uma prestação pecuniária, mensal, atribuída aos pensionistas de velhice e de invalidez do regime geral da segurança social com cônjuge a cargo;
- Complemento solidário para idosos - É uma prestação pecuniária, mensal, atribuída aos pensionistas de velhice e sobrevivência ou equiparadas com baixos recursos.

Como forma de promover o apoio à família em situação prestadora de cuidados ao idoso dependente, foi criado um conjunto de respostas de apoio social para pessoas idosas cujo objetivo é privilegiar, através de serviços e equipamentos adequados, a manutenção dos utentes no seu meio familiar em função das necessidades e do grau de autonomia das pessoas idosas. Neste sentido, os tipos de respostas sociais a que poderão aceder ⁷ são :

- Serviço de apoio domiciliário - Equipa que presta cuidados e serviços na habitação do idoso que se encontra em situação de dependência física ou psíquica e que não possam assegurar, temporária ou permanentemente, a satisfação das suas necessidades básicas e ou a realização das atividades instrumentais da vida diária ou que não disponham de apoio familiar;
- Centro de convívio - Equipamento social onde se organizam atividades recreativas e culturais;
- Centro de dia - Equipamento social que funciona durante o dia e que presta vários serviços que ajudam a manter as pessoas idosas no seu meio social e familiar;
- Centro de noite - Equipamento social que visa o acolhimento noturno por se sentirem sozinhas, isoladas ou inseguras, necessitam de acompanhamento durante a noite;

⁷ Consultado em http://www.seg-social.pt/documents/10152/33603/N35_apoios_sociais_idosos/638b6f1a-61f6-4302-bec3-5b28923276cb (Acedido a 12 de abril de 2018)

- Acolhimento familiar para pessoas idosas - Alojamento, temporário ou permanente de pessoas idosas em casa de famílias com competências lhes proporcionar um ambiente estável e seguro, quando não possam permanecer em suas casas, por falta de condições familiares ou de outros apoios sociais;
- Estrutura residencial para pessoas idosas - Equipamento social que visa o alojamento, temporário ou permanente, para pessoas idosas em sejam desenvolvidas atividades de apoio social e prestados cuidados de enfermagem.

Santos (2008) refere que os esforços desenvolvidos, quer do ponto de vista social quer do ponto de vista da saúde, no sentido de dar resposta aos idosos dependentes têm sido desenvolvidos, no entanto continuam a ser insuficientes para as necessidades das populações.

2.4. Impacto da doença e dependência do idoso na família

Numa perspetiva sistémica, a doença pode ser definida enquanto crise situacional ou accidental, sendo uma fonte de stress para a família, como relata Peter Steinglass *“a doença é como um terrorista que surge à porta, irrompe pela casa fora exigindo tudo o que a família tem”* (Guadalupe, 2012).

Sousa, Mendes & Relvas (2007, cit. por Guadalupe, 2012) declaram que a crise accidental (não normativa) de uma doença traz ao sistema familiar obrigações e transformações estruturais e funcionais, desgasta e esgota, introduzindo um forte potencial de vulnerabilidade na vida das famílias.

Também para Couto (1994, cit. por Guadalupe, 2012) a doença cria instabilidade nas esferas das pessoas, desorganiza as relações sociais, nomeadamente os núcleos de inserção mais imediatas, desorganiza o seu ajustamento social, impedindo de cumprir as obrigações em continuidade, colocando muitas dúvidas sobre o futuro.

Associada à doença está, na maioria das vezes, situações de dependência que obrigam o doente a necessitar de ajuda de terceiros para a realização de tarefas diárias.

De acordo com o Ministério de Trabalho e Solidariedade Social (2009, p.8 cit. por Ramos, 2012, p. 11) *“consideram-se em situações de dependência os indivíduos que não possam praticar com autonomia os atos indispensáveis à satisfação das necessidades básicas do quotidiano, carecendo de assistência de outrem.”*

Segundo Sequeira (2010 p. 5), a dependência surge como o resultado do aparecimento de um défice, que limita a atividade funcional da pessoa, em consequência de um processo patológico ou incidente, sendo definida pelo autor como

a *“incapacidade do individuo para alcançar um nível de satisfação aceitável relativamente às suas necessidades, pelo facto de se encontrar impossibilitado de adotar comportamentos ou realizar tarefas sem a ajuda de outros.”*

A Direção Geral de Saúde (2004, p. 7 cit. por Paixão, 2015, p. 15) refere que *“os últimos anos de vida são, muitas vezes, acompanhados de situações de fragilidade e de incapacidade que, frequentemente estão relacionadas com situações suscetíveis de prevenção.”*

Para Figueiredo (2007), depois de se estabelecer que um individuo é dependente, é necessário conhecer o grau de incapacidade funcional para ajudar a decidir quais os cuidados necessários, podendo procurar ajuda em cinco tipos de instituição: os serviços formais ao domicílio cujas atividades são remuneradas; hospitais que cumprem as funções de acolhimento e tratamento da doença; lares de idosos; a família e a prestação de cuidados por parte de vizinhos e de amigos.

Segundo Martins (2006, cit. por Ramos, 2012), a dependência nos idosos surge com maior intensidade quanto maior for a necessidade de satisfazer alguns obstáculos como a falta de apoio, afeto familiar, o isolamento e a solidão devido a perdas de familiares e amigos e a inatividade da reforma.

Imaginário (2004, p. 49) concorda com o autor acima citado ao afirmar que *“o grau de dependência é tanto maior quanto mais elevado for o grupo etário”*.

De acordo com Romão, Pereira & Gerardo (2008, p. 27), nas últimas décadas tem-se assistido a um reconhecimento dos direitos das pessoas em situação de dependência, sendo insistentemente realçado pelas organizações internacionais como é o caso da União Europeia, que no ano 2002 determinou que *“os estados membros deverão orientar as políticas de apoio à dependência pela combinação entre universalidade, alta qualidade e sustentabilidade no tempo”*, sendo um objetivo que se colocam à política social dos países mais desenvolvidos, tendo em conta a evolução demográfica e o contexto económico de contenção.

Para Sequeira (2010), o aparecimento de uma dependência implica uma transição para uma nova etapa da vida, considerando-se que se trata de uma situação de dependência física quando se verifica um comprometimento nas atividades de vida diária enquanto a dependência mental pressupõe um comprometimento na cognição que também pode impedir desempenhar determinadas tarefas.

Segundo Brito (2002) são as pessoas com 75 e mais anos que suscitam maiores preocupações, sobretudo na área da saúde, dada a relação entre aumento da longevidade e o aumento das necessidades de apoio e cuidados pessoais de saúde.

Carvalho (2013) afirma que a doença, a incapacidade e a dependência não são uma consequência do envelhecimento humano, muito embora ocorra com a idade

avançada, uma vez que o ganho em longevidade é também associado ao surgimento de fragilidade física e mental requerendo maiores necessidades de apoio, quer por parte da família, quer pela procura de serviços sociais e de saúde.

De acordo com a literatura, a família surge como a principal responsável pelos cuidados aos idosos dependentes.

Gil (2010, p. 26) defende que estamos perante “*duas categorias socialmente construídas: as pessoas dependentes que necessitam de cuidados e os cuidadores familiares, cujos atos cuidam de forma uniforme, tendo por base um modelo solidário*”. Segundo a mesma autora, os cuidados prestados pela família podem assumir diferentes expressões como “*cuidadores naturais*”, “*cuidadores informais*”, “*principal cuidador*” ou “*principal suporte*” (p. 36).

Araújo, Paúl & Martins ⁸ (2010) defendem que a família, na sociedade contemporânea, é um pilar fundamental no apoio aos idosos dependentes, sendo um suporte em substituição dos sistemas de saúde e de proteção social, delegando-lhes o papel central nos cuidados em situação de doença e dependência.

Para Sousa, Figueiredo & Cerqueira (2006), a família pode ser definida como um sistema que se move ao longo do tempo, à medida que incorpora elementos e perdas de membros.

Segundo Carvalho (2015), o crescente número de pessoas que vive durante muitos anos em situação de dependência funcional é uma realidade desafiante para as famílias que se distanciam dos modelos de vida e das relações face a um conjunto de fatores sociais e culturais.

Para Rolland (1993, cit. por Sousa, Mendes & Relvas, 2007) a ocorrência de uma doença é um momento de crise da família que exige a capacidade de se adaptar a uma ocorrência difícil. Realça ainda que a doença, incapacidade e a morte são experiências universais que colocam desafios à família que as enfrentam.

Cerqueira (2005) considera a família como uma teia de laços sanguíneos e objetivos, rodeada de complexidade, onde cada indivíduo procura apoio necessário para ultrapassar os momentos de crise que surgem ao longo do ciclo vital.

Sequeira (2007) defende que a família é o grupo primário básico de apoio, sobretudo a longo prazo, sendo habitualmente o c.i. um membro da família muito próximo do idoso que, na maioria das vezes, se responsabiliza de forma direta pela totalidade dos cuidados.

⁸ Consultado em <http://www.scielo.mec.pt/pdf/ref/vserlIn2/serlIn2a05.pdf> (Acedido a 6 de janeiro de 2018)

Imaginário (2004) afirma que a família pode ser considerada como a mais antiga e utilizada forma de assistência da humanidade.

Também para Romão, Pereira & Gerardo (2008), estudos realizados em Portugal indicam que entre 70% e 80% dos cuidados a pessoas dependentes são prestados pela rede informal, em especial pelos familiares mais próximos.

De acordo com Lage (2005, p. 209, cit. por Romão, Pereira & Gerardo, 2008, p. 32), *“o stress ocorre quando existe um desequilíbrio perceptível entre as exigências impostas à família e as capacidades para resolver os problemas”*.

Para Guadalupe (2012), o desafio de viver uma doença na família é tanto maior quanto mais inesperadamente surgir, quanto maior gravidade apresentar e sua evolução e quanto maior grau de incapacidade trazer ao indivíduo.

Sequeira (2010) afirma que a escolha do cuidador é algo muito subtil, sendo influenciada pelas características e experiências pessoais que cada membro da família possui e pelo contexto em que se encontra. Acrescenta ainda que cuidar de um familiar com dependência surge, em muitas situações, de forma inesperada e para a qual o cuidador não se sente preparado para assumir tal papel.

O autor acima citado defende ainda que *“cuidar de um idoso doente e dependente de forma eficiente, implica uma reorganização entre o cuidador, o idoso e a família, no sentido de encontrar alternativas capazes de potenciar as habilidades e os recursos pessoais existentes”* (p.189).

Também para Jani-Le Bris (1994, cit. por Carvalho, 2015) quando se predispõe a cuidar de um idoso dependente, a família sofre diversas mudanças, nomeadamente: alterações da habitação, privações de tempo, menos tempo dedicado a outros membros da família ou ao lazer, confinamento ao espaço doméstico e por privações financeiras.

Para Lage & Araújo (2014, p. 225) *“a experiência de cuidar pode ter efeitos devastadores no bem-estar das famílias envolvidas comprometendo as relações positivas, a estabilidade financeira e colocando em perigo a saúde física e psicológica dos seus membros.”*

Capítulo 3: Cuidadores e o ato de cuidar

3.1. Tipologias da prestação de cuidados

Cerqueira (2005, p. 23) destaca o papel de Florence Nightingale como o primeiro indivíduo que salientou que cuidar como sendo *“um ato rodeado de humanidade e profundidade, sentindo, por isso, uma grande necessidade de criar uma profissão voltada*

para cuidar das pessoas”, considerando que é essencial para o desenvolvimento e realização da pessoa.

Para Collière (1999, p. 235, cit. por Paixão, 2015, p. 18) cuidar é

“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 temporariamente ou definitivamente tem necessidade de ajuda, para assumir as suas necessidades vitais”.

Elliot (1996, cit. por Romão, Pereira & Gerardo, 2008) distingue duas dimensões do cuidar: o lado carinhoso dos afetos (*caring about*) e o assegurar as tarefas (*caring for*), sendo que uma dimensão envolve necessariamente a outra porque sem a dimensão afetiva haveria apenas a prestação de serviços e não cuidados.

Grelha (2009, p. 37, cit. por Paixão, 2015, p. 24) define cuidado como

“(...) zelar pelo bem-estar de alguém, prestando-lhe assistência, assumindo a responsabilidade e os encargos inerentes a esse ato, também designado como o facto de estar atento a alguém ou a alguma coisa para se ocupar do seu bem-estar ou do seu estado, no seu bom funcionamento nas diferentes etapas de vida.”.

O contexto da prestação de cuidados ao idoso dependente pode ocorrer em dois contextos diferentes: no âmbito do cuidado formal e do cuidado informal.

A prestação de cuidados formais é habitualmente executado por profissionais devidamente qualificados (médicos, enfermeiros, psicólogos, assistentes sociais), designados por cuidadores formais. Os quais contam com uma preparação específica para o desempenho deste papel integrado no âmbito de uma atividade profissional com competências próprias. Estes compreendem uma diversidade de profissionais remunerados em hospitais, lares e instituições comunitárias (Sequeira, 2010).

A prestação de cuidados informais acontece preferencialmente no domicílio e é habitualmente da responsabilidade dos elementos da família, vizinhos e outros, sendo designados por c.i. (Sequeira, 2010).

Segundo Sousa, Figueiredo & Cerqueira (2006, p. 53) os c.i. são *“elementos da rede social que lhe prestam cuidados regulares, não remunerados na ausência de um vínculo formal ou estatutário”.*

Elliot (1996, cit. por Romão, Pereira & Gerardo, 2008, p. 29) afirma que os c.i. são responsáveis por uma relação de proximidade entre quem cuida e quem beneficia dos cuidados, sendo insubstituíveis porque *“só eles têm a especial vantagem que a pessoa seja cuidada (caring for) e se sinta cuidada (caring about)”.*

De acordo com Figueiredo (2007, p. 149), a prestação de cuidados é uma experiência complexa, específica e diversificada, por isso *“não se pode estabelecer um*

único padrão de adaptação e enfrentamento perante as diversas situações de prestação de cuidados”.

Nesta linha de análise, importa salientar que a presente dissertação se debruça sobre os c.i. e o impacto que a prestação de cuidados tem nas suas vidas.

3.2. O papel de cuidador informal

Justificada a problemática do envelhecimento e do seu impacto no contexto familiar, o estudo desenvolveu-se incidindo em particular sobre o papel dos c.i.

Para Rocha, Vieira & Sena ⁹ (2008), o conhecimento do perfil dos c.i. e as suas dificuldades permitem planejar e implementar políticas e programas públicos de suporte social, uma vez que se o cuidador está em situação de sobrecarga isso contribui para o desenvolvimento de conflitos entre o cuidador e o idoso dependente.

A literatura sobre os c.i. ou cuidadores familiares emerge da literatura por volta do final dos anos 70 do século XX (Romão, Pereira & Gerardo, 2008).

Para Serapioni (2005, p. 248 cit. por Romão, Pereira & Gerardo, 2008, p. 28) a viragem para os c.i. seria o sinal de maior preocupação do sistema público com os aspetos da *“humanização e personalização das intervenções sociais”*.

Se anteriormente foi definido o que se entende por c.i., agora iremos apresentar os três tipos de cuidadores definidos na literatura.

Neri e Carvalho (2002, cit. por Sequeira, 2010) diferenciam vários tipos de cuidadores: primários, secundários e terciários que, independentemente do tipo de cuidador, todos eles apresentam um papel relevante no suporte de apoio à prestação de cuidados à pessoa idosa, podendo existir uma rede de cuidadores e não apenas um único cuidador.

Romão, Pereira & Gerardo (2008) afirmam que existem muitas declinações entre cuidador principal e cuidador secundário, mas existe consenso em considerar que se trata de pessoas próximas que prestam apoio a pessoas, que por doença ou fragilidade, necessitam de ajuda para realizarem atividades do quotidiano.

O cuidador primário ou principal é aquele a quem é depositado a responsabilidade pela prestação de cuidados, ou seja, *“tem a responsabilidade integral de supervisionar, orientar, acompanhar, e/ou cuidar diretamente a pessoa idosa que necessita de cuidados”*. O cuidador secundário é alguém que ajuda na prestação de cuidados de forma ocasional ou regular, sendo *habitualmente “familiares que dão apoio ao cuidador principal”*. Por fim, o cuidador terciário é alguém que ajuda esporadicamente, ou apenas

⁹ Consultado em <http://www.scielo.br/pdf/reben/v61n6/a02v61n6.pdf> (Acedido a 6 de janeiro de 2018)

quando é solicitado em situações de emergência, não tendo qualquer responsabilidade de cuidar (Neri e Carvalho, 2002, cit. por Sequeira, 2010, p. 157).

De seguida realizamos a caracterização dos c.i., tendo em conta diversas dimensões como o género, a idade, o estado civil, as habilitações literárias, a coabitação, o grau de parentesco, o tipo de cuidado que presta, a motivação para assumir o papel e a duração da prestação de cuidados, de forma a podermos estudar as características desta população.

Brito (2002, p. 32) afirma que *“praticamente todos os estudos apontam para o facto de a maioria dos cuidados a idosos dependentes serem prestados pelas filhas”,* acrescentando que *“são pessoas casadas, com idades compreendidas entre os 45 e os 69 anos, com baixo nível de escolaridade, sem emprego remunerado e vivendo no mesmo domicílio da pessoa dependente”.*

Dwyer e Coward (1991, cit. por Sequeira, 2010) referem que a maior prevalência do sexo feminino se deve a questões sociodemográficas, ou seja, porque existe uma maior tendência para o cuidador e o alvo de cuidados serem mulheres, mas tal situação levanta alguns problemas.

José, Wall & Coreia, (2002) vão também ao encontro das ideias anteriormente mencionadas, referindo que a tarefa de cuidar recai tradicionalmente no elemento feminino mais próximo, embora se constate que os homens participam cada vez mais na prestação de cuidados.

Figueiredo (2007, p. 109) também defende que *“tradicionalmente a tarefa de cuidar de um idoso recai sobre o elemento feminino mais próximo”,* sendo que o sexo masculino está cada vez mais a ocupar também essa tarefa.

Contudo, os homens não estão ausentes da prestação de cuidados. Como refere Jegermalm, (2005, cit. por Romão, Pereira & Gerardo, 2008), quando existe necessidade de cuidados pessoais continuados são sobretudo assegurados pelas mulheres, mas nas ajudas de supervisão por umas horas e fazer companhia envolve tanto homens como mulheres.

Algumas pesquisas denunciam esta clivagem de género na prestação de cuidados por estereótipos que produzem o efeito de tornar a experiência masculina algo invisível ou restringida a ajudas materiais (Ray, 2006; Ribeiro, 2005, cit. por Romão, Pereira & Gerardo, 2008).

Por exemplo, Perista (2002, cit. por Carvalho, 2015) refere que as mulheres portuguesas têm uma dupla jornada de trabalho: o trabalho fora de casa a tempo integrar e o trabalho doméstico, uma vez que a taxa de atividade feminina em Portugal é superior à média das mulheres europeias e em famílias com pessoas idosas a cargo é necessário desenvolver estratégias que conciliem a vida pessoal com a vida pessoal.

Santos (2008) afirma que os c.i. não exercem atividade profissional porque têm que se centrar nas atividades que são imprescindíveis para os idosos.

Quanto à idade dos cuidadores, afirmam que estão entre os 45 e os 60 anos, sendo que quanto mais velha for a pessoa dependente mais velho será o cuidador. São, na sua maioria, cônjuges que prestam cuidados, aparecendo os filhos em segundo lugar (Figueiredo, 2007; Sousa, Figueiredo & Cerqueira, 2006).

Para Carvalho (2015) os cuidadores são sobretudo os cônjuges, quer homens ou mulheres, havendo maior expressão para as mulheres, seguindo-se as filhas que são pessoas em idade ativa entre os 30 e os 50 anos. Relativamente às esposas cuidadoras, a autora refere que se encontram com idades entre os 64 anos e os 75 anos e, na maioria das vezes, numa faixa etária de senescência, revelando muitas incapacidades físicas.

Para além dos cônjuges e dos filhos, Paúl (1997, cit. por Andrade, 2009) destaca também o papel dos irmãos. Segundo o autor existe uma percentagem de idosos dependentes que têm como cuidador os irmãos, sendo as mulheres que recebem mais ajuda das irmãs do que os homens.

Lage (2007, cit. por Loureiro, 2009) refere que a prestação de cuidados é, primeiramente, assumida pelo cônjuge, depois pelos filhos e, na ausência ou impossibilidade destes, são outros familiares, sendo os vizinhos o que ocupam o último lugar.

Para Santos (2008) ao nível do parentesco, os cônjuges surgem como principal fonte de assistência ao idoso e na sua ausência são os filhos, sendo que no caso de serem os filhos, estes tendem a transferir a responsabilidade para a sua esposa, a nora do indivíduo dependente.

Gratão (2006, cit. por Santos, 2008) afirma que os amigos e vizinhos tornam-se cuidadores quando há ausência de familiares na prestação de cuidados.

Na opinião de Sequeira (2010), cuidadores que têm maior nível de escolaridade apresentam, habitualmente, menor sobrecarga porque têm maior facilidade em manifestar as suas dificuldades. Assim, afirma que cuidadores sociais mais desfavorecidos (menor escolaridade, menores rendimentos e piores condições habitacionais) atingem maiores níveis de sobrecarga.

Carvalho (2015) defende que, no que diz respeito a cuidadores, existe uma predominância de níveis de escolaridade não superiores ao atual primeiro ciclo do ensino básico, seguindo-se a não existência de nenhum grau de escolaridade, o 6º ano, o 9º ano, o 11º ano, o 12º ano e o grau médio e superior.

Sousa (2004, cit. por Santos, 2008) refere que são os c.i. casados que assumem maior proporção, seguindo os solteiros ou divorciados/separados. Com uma menor proporção estão os viúvos.

Para Carvalho (2015) os cuidados familiares são prestados sobretudo por um elemento da rede familiar de acordo com a sua proximidade de residência, uma vez que quando a pessoa é totalmente dependente, a maioria dos cuidadores costuma viver debaixo do mesmo teto.

Jani-Le Bris (1994, cit. por Loureiro, 2009) refere que a coabitação intergeracional constitui um modelo predominante nos países do sul, apesar de se verificar mudanças nesse sentido, sobretudo nos meios urbanos.

Sousa, Figueiredo & Cerqueira (2006) referem que a motivação é o fator dinamizador e orientador do comportamento humano, direcionando-o para objetivos específicos, sendo um conjunto de razões influenciadas por tradições, padrões e normas sociais.

Segundo Jani-Le Bris (1994, cit. por Loureiro, 2009) a aquisição do papel de cuidador pode ocorrer por duas vias. Numa primeira via pode ocorrer por um processo sub-reptício em que o cuidador adquire o papel de forma quase impercetível à medida que a doença progride, revelando dificuldades em datar o início da aquisição do papel. Numa segunda via pode ocorrer numa sequência de um incidente súbito em que a aquisição do papel é causado por um acidente inesperado, sendo a decisão tomada de forma mais consciente e cujo início é mais fácil de datar.

Para Figueiredo (2007) é importante reconhecer o início da prestação de cuidados, uma vez que permite intervir acerca das motivações e na preparação e adequação do papel de c.i.

Para Ray (2006, cit. por Romão, Pereira & Gerardo, 2008), no contexto de relações conjugais duradoras, cuidar do parceiro é percebido como fazendo parte do contrato matrimonial.

Em relação aos filhos, a decisão de ser cuidador pode ser a decisão óbvia e por toda esperada, de acordo com os valores familiaristas. Mas, por outro lado, a decisão pode decorrer de laços afetivos ou da história cultural que une filhos e pais (Romão, Pereira & Gerardo, 2008).

Segundo Sequeira (2007), num dos seus estudos, identificou que as principais razões que estão na adaptação do papel são: por iniciativa própria (61%), por decisão familiar (18%), por ser a única pessoa que podia cuidar (12%), por solicitação da pessoa dependente (6%) e, por fim, 3% dos cuidadores não souberam responder.

Para Figueiredo (2007) as motivações resultam do amor, a ternura e o afeto pelo idoso, a obtenção de aprovação social, evitamento de censuras, a obtenção da

autoestima, o reconhecimento social, a evitação de sentimentos de culpa, a evitação da instituição e a solidariedade conjugal.

Segundo Jani-Le Bris (1994, cit. por Carvalho, 2015) os c.i. iniciam a sua função quando acontece uma doença, sendo que no caso dos cônjuges torna-se um processo natural e integrado nos hábitos do quotidiano.

Em relação à prestação de cuidados realizada pelos filhos, Félix (2010, cit. por Paixão, 2015) defende que é devido ao dever de reciprocidade e solidariedade, contornando eventuais críticas sociais, uma vez que a institucionalização num lar ainda é vista pela sociedade como algo negativo.

De acordo com Leite (2006, p. 89, cit. por Loureiro, 2009, p. 28) *“talvez não exista uma motivação, mas sim um vastíssimo conjunto de motivações e combinações, dificultando deste modo, a sua compreensão.”*

Segundo Carvalho (2015) os serviços prestados ao idoso dependente variam entre os expressivos e os instrumentais. Nos instrumentais inclui-se o trabalho doméstico, a higiene pessoal e de domicílio, a alimentação e o transporte, sendo mais frequente nos cuidados prestados pelas filhas. Os filhos asseguram os cuidados ao nível de lazer e da gestão de bens. Nos serviços expressivos inclui-se o suporte social, relacional, emocional e a companhia. Ainda segundo a mesma autora, é possível afirmar que *“os cuidados primários são prestados pelas filhas e os cuidados secundários prestados pelos filhos, existindo uma correlação de género quanto ao tipo de apoio prestado.”* (pág. 246).

Yuaso (2000, cit. por Santos, 2008) refere que os cuidados são de carácter físicos/pessoais (exemplo: cozinhar, limpar a casa), apoio social (exemplo: acompanhamento ao médico), apoio emocional/ psicológico (exemplo: companhia, encorajamento e animo) e apoio financeiro.

Na opinião de Martins (2006, p. 81 cit. por Ramos, 2012, p.26) *“maiores cuidados e mais tempo de assistência estão associados a maior sobrecarga do cuidador”*.

Segundo Carvalho (2015) a duração dos cuidados diários é, em média, de quatro horas por dia. Mas, os cuidados variam consoante o grau de dependência, a disponibilidade do cuidador e o relacionamento que mantém com o mesmo, sendo que o número de horas prestadas no cuidado aumenta com a permanência ou não na mesma habitação.

Para Jani Le Bris (1994, cit. por Carvalho, 2015) os cuidados são prestados de forma continuada e duram, em média, uns 10 anos, sendo a duração destes influenciada pelo grau de dependência, pelo tipo de cuidador e pela necessidade dos cuidados.

Resumidamente, para o presente estudo, o perfil dos c.i., é considerado da seguinte forma:

- Quanto ao género, é maioritariamente exercido por mulheres, apesar do homem estar cada vez mais inserido nos cuidados;
 - Quanto à idade, é sobretudo por indivíduos entre os 45 e os 60 anos;
 - Quanto ao estado civil são maioritariamente casados;
 - Quando ao agregado familiar, idoso e cuidador habitam na mesma habitação;
 - Quanto às habilitações literárias, são maioritariamente indivíduos com pouca ou nenhuma escolaridade, sendo esse fator diretamente relacionado com a possibilidade de solicitar ou não a ajuda de terceiros para aliviar as dificuldades;
 - Quanto à situação no mercado de trabalho, são maioritariamente cuidadores sem atividade laboral;
 - Quanto ao grau de parentesco, é maioritariamente exercido pelos cônjuges, seguido das filhas e em caso da responsabilidade ser do filho, este transfere a responsabilidade para a sua esposa, nora do idoso. Pode também surgir o irmão;
 - Quanto à motivação para assumir o papel de cuidador é difícil de compreender esta dimensão, podendo estar relacionado com aspetos sociais ou afetivos. Os autores defendem que pode ser por fazer parte do contrato matrimonial, sentimentos afetivos com o idoso e a solidariedade;
 - Quanto à duração dos cuidados são em média de 10 anos;
 - Quanto às características dos cuidados prestados podem ser expressivos e instrumentais ou de carácter físico, social, emocional e financeiro.
- Construído o perfil do c.i., é importante analisar o impacto negativo da prestação de cuidados.

3.2.1. Impacto negativo da prestação de cuidados

O cuidado informal a pessoas idosas dependentes e suas consequências têm sido abordada por muitos investigadores.

De acordo com a literatura sobre o tema que consultámos, o impacto negativo da prestação de cuidados informais é denominada pelos autores como sobrecarga, sendo um termo muito utilizado na gerontologia que estuda os impactos do c.i.

Santos (2008) defende que a prestação de cuidados ao idoso dependente tem múltiplas facetas, envolvendo diversos aspetos da vida do c.i. No entanto é importante mencionar que a sua dimensão está relacionada com o grau de dependência do indivíduo alvo de cuidados.

Para Sequeira (2010), os cuidadores que avaliem a prestação de cuidados de forma negativa, que percecionem a relação como sobrecarga tendem a ter um desempenho menos eficiente.

Santos (2003, cit. por Lemos, 2012) defende que quando o cuidador assume a responsabilidade de cuidar, muitas vezes, não tem consciência de que a sua vida vai mudar, requerendo a readaptação das atividades pessoais, sociais e profissionais, levando a conflitos intrapessoais pelo desejo de cuidar o idoso dependente e de se auto-cuidar e interpessoais pela falta de apoio das redes sociais informais e formais.

Andrade (2009) afirma que a falta de um cuidador substituto, a falta de conhecimentos sobre a doença e as técnicas cuidativas e a preocupação de quanto tempo vai durar a situação são problemas que poderão aumentar a sobrecarga do cuidador.

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

Brown e Stetz (1999, cit. por Brito, 2002) consideram que a prestação de cuidados requer um esforço a nível cognitivo, emocional e físico que não é reconhecido nem adequadamente recompensado.

A sobrecarga pode ser dividida em duas formas: a sobrecarga objetiva e a sobrecarga subjetiva.

A sobrecarga objetiva diz respeito à tarefa de cuidar e refere-se à restrição de tempo, maior esforço físico, gastos económicos, alteração na vida pessoal, relações familiares e saúde física e mental, estando relacionada com os acontecimentos e atividades concretas que levam à alteração na vida do cuidador, sendo observáveis e quantificáveis (Sequeira, 2010).

A sobrecarga subjetiva é definida como os sentimentos, atitudes e relações emocionais do cuidador à experiência do cuidado, podendo conter indicadores que avaliem a sobrecarga objetiva (Sequeira, 2010).

O cuidador vê-se confrontado com diversas dificuldades ao cuidar o idoso dependente que podem ser divididas em físicas, emocionais e socioeconómicas.

Relativamente à sobrecarga física, Sequeira (2010) afirma que frequentemente os cuidadores manifestam dores musculares, cansaço, alterações no sono, tristeza, tensão nervosa e irritabilidade.

Rocha, Vieira & Sena (2008) referem que as dificuldades físicas são as atividades que causam maior sofrimento para o c.i., uma vez que cuidar de um indivíduo

dependente implica ter condições físicas, espaço e equipamentos adequados que os ajude nas tarefas pesadas, como a locomoção.

Marques, Teixeira & Souza ¹⁰ (2012) também defendem que os cuidadores apresenta dificuldades físicas, distinguindo-se o cansaço físico geral, dores nas costas e pernas e conseqüente agravamento das condições musculares e ortopédicas.

Apesar de todos os problemas físicos que podem advir do ato de cuidar, a dimensão emocional da sobrecarga é aquela que mais impacto tem no cuidador (Brito, 2002; Sequeira, 2010).

Relativamente à sobrecarga emocional, para Brito (2002, p. 35) a depressão é o quadro patológico que mais se verifica, com manifestações frequentes um ano após o início da prestação de cuidados. Assim, “*é na área da saúde mental que os efeitos da prestação de cuidados mais se fazem notar*”. Segundo o mesmo autor, as mulheres tendem a estar mais envolvidas emocionalmente, manifestando níveis mais elevados de tensão e mais dificuldades em aceitar o apoio externo.

Para Rocha, Vieira & Sena (2008) os cuidadores sentem-se emocionalmente envolvidos na situação de prestação de cuidados e além de desempenhar novos papéis e tarefas revelam frequentemente sentimentos de depressão e ansiedade.

Segundo Félix (2010, p. 38, cit. por Paixão, 2015, p. 28) quando um cuidador se encontra vulnerável pode desenvolver patologias de foro cognitivo e comportamental levando a “*dificuldades no desempenho das tarefas do quotidiano e à necessidade de ajustamento psicológico, social e laboral.*”, acrescentando ainda que, na maioria das vezes, o cuidador não se sente emocionalmente preparado para a deterioração sofrida pelo idoso dependente.

Rocha (2009, cit. por Paixão, 2015) refere que a saúde mental e física do cuidador está relacionado com a sua perceção do *stress* e de outras variáveis sociodemográficas que irão influenciar a forma como este encara os problemas.

De acordo com Carvalho (2015) os cuidados prestados a idosos podem ser causadores de *stress* físico e psíquico, tendo efeitos quer para o cuidador, quer para a pessoa a cuidar. A autora, citando Sousa e Figueiredo (2004), refere ainda que esse *stress* e a dificuldade resultante da responsabilidade social dos idosos podem ser causadores de violência sobre os mesmos.

Os c.i. experienciam mais *stress*, problemas de saúde aumentados, tomam mais medicação e têm maiores comportamentos de risco relacionado com a sua saúde, podendo também sofrerem de uma diminuição do sistema imunitário, maior probabilidade de doenças infecciosas e desenvolver doenças cardiovasculares,

¹⁰ Consultado em <http://www.scielo.br/pdf/tes/v10n1/v10n1a09.pdf> (Acedido a 6 de janeiro de 2018)

problemas respiratórios, distúrbios ao nível do sono e distúrbios músculo-esqueléticos (Loureiro, 2009).

Para Santos (2005, cit. por Santos, 2008) os cuidadores sentem a sensação de deterioração do estado de saúde, verificando doenças crónicas e uma saúde global mais fragilizada, devendo ter em conta a idade do cuidador, pois os que apresentam maior número de anos tendem a estar mais expostos a maiores problemas de saúde.

O mesmo autor acima citado refere que, no caso particular dos cônjuges em idade avançada, os esforços diários empregues, que muitas vezes excedem as suas próprias capacidades físicas, podem conduzir a negligência da sua própria saúde, podendo haver o agravamento ou o desenvolvimento de patologias.

A prestação de cuidados ao idoso dependente ocupa muito tempo ao c.i. observando-se sobretudo uma diminuição do tempo para si próprio, redução dos contactos sociais e alterações na vida familiar.

Para Bocchi (2004, cit. por Marques, Teixeira & Souza, 2012) a situação de cuidar leva a que muitos cuidadores não tenham tempo para si e para as suas necessidades, devido ao pouco tempo que resta após prestarem cuidados ao idoso.

Brito (2003, cit. por Santos, 2008) refere que o cuidador deixa de ter tempo para o convívio e participação de cariz social, promovendo o isolamento social.

Para além da redução de tempo dedicado à carreira profissional, também o convívio social é afetado, implicando um menor estabelecimento das relações sociais e a fragilização dos contactos pré-existentes, levando, na maioria das vezes, *“ao isolamento e à menor oportunidade de encontrar apoio social.”* (Ramos, 2012, p. 24).

Para Santos (2008) na prestação de cuidados, o cuidador disponibiliza muito tempo e dedicação deixando de ter tempo para outros familiares, acarretando custos emocionais irreparáveis.

Góngora (1996, cit. por Sousa, Relvas & Mendes 2007) refere que o isolamento social pode deixar o doente e a família mais vulnerável a perturbações emocionais, perpetuar o estigma da doença e criar problemas para o enfrentamento da doença.

Sousa, Figueiredo & Cerqueira (2006), analisam os cuidadores que têm que dividir o seu tempo entre exercer uma profissão e o tempo despendido ao cuidado com o idoso. Os autores defendem que a atividade laboral pode ter efeitos benéficos ou nefastos, ou seja, se por um lado a atividade profissional permite escapar das lidas de cuidar e um convívio com amigos e colegas, por outro, pode implicar alterações no horário de trabalho, sensação de desempenho afetado, atrasos, recusas de promoção e até a possibilidade de desistir da profissão. Os autores salientam que a *“a inexistência de estruturas de apoio ou de ajudas informais constitui uma razão suficiente para exigir a cessação da atividade profissional.”* (p. 70).

Gil (2010, p. 39) defende que, ao contrário do trabalho remunerado que tem valor económico e, por isso, valor social, o trabalho não remunerado exercido nos cuidados familiares são, na maioria das vezes, um trabalho não reconhecido e invisível, sendo *“totalmente subestimado, em termos de valor social e económico”*.

A situação de prestação de cuidados é também exigente a nível financeiro, nomeadamente pelas despesas acrescidas que os cuidadores acarretam, podendo ser mais grave se este tiver que abandonar a profissão (José, Wall & Correia, 2002).

Sequeira (2010) refere que a junção de menor rendimento e necessidade de maiores gastos pode conduzir a situação de sobrecarga financeira.

Para Andrade (2009), as dificuldades económicas incluem a dificuldade em obter recursos materiais (fraldas, medicamentos e ajudas técnicas) e recursos humanos (ajuda de terceiros na prestação de cuidados).

Para Medeiros (2000, cit. por Santos, 2008) as dificuldades económicas são mais significativas quando se trata de famílias com baixos recursos que se veem obrigadas a recorrer a apoios no setor público. Rocha, Vieira & Sena (2008) acrescentam ainda que quando existe escassez financeira o cuidador exhibe angústia porque não consegue prestar melhores cuidados ao idoso.

Segundo Araújo, Paúl & Martins (2010) o apoio aos idosos e suas famílias é muito importante, tendo como objetivo diminuir as dificuldades da tarefa do cuidar. Relativamente ao apoio informal ao c.i. insere-se os restantes membros da família, os amigos e os vizinhos, sendo um apoio de supervisão e apoio emocional ao cuidador. Relativamente ao apoio formal o idoso dependente recebe o auxílio de agentes individuais, como o médico, o farmacêutico, a assistente social e o enfermeiro e agentes coletivos como o Centro de Saúde e o Serviço de Apoio Domiciliário através de ajudas técnicas, ajuda na gestão da terapêutica e avaliação do estado clínico do idoso.

Os autores acima citados referem ainda que os cuidados formais são realizados apenas de segunda a sexta-feira no período diurno, sendo insuficiente para apoiar o c.i.

Romão, Pereira & Gerardo (2008) também defendem que apesar do Serviço de Apoio Domiciliário ser considerado por vários c.i. como a solução adequada para os idosos, não é suficiente para eles próprios, sendo que a solução apontada pelos cuidadores seria de dispor do apoio a tempo inteiro, inclusive nos fins-de-semana. Contudo, este serviço a tempo inteiro encontra-se sobretudo no privado com custos que dificultam o seu acesso.

No inverso da sobrecarga negativa está a sobrecarga positiva, e nesse sentido encontramos dois aspetos positivos relacionados com a gratificação social e afetiva (Quaresma, 1993, cit. por Romão, Pereira & Gerardo 2008) e sentimentos de realização

pessoal, desenvolvimento de competências e habilidades, aprendizagens e amadurecimento pessoal (Lage, 2005, cit. por Romão, Pereira & Gerardo, 2008).

De acordo com Sequeira, *et. al.*, (2008) já é extensa a literatura que destaca os aspetos positivos, nomeadamente ter a oportunidade de cuidar de um familiar doente pode ser uma experiência muito gratificante, na medida em que é dado ao cuidador a oportunidade de lutar por alguém de quem gosta e a quem deseja expressar carinho e atenção.

3.2.2. Rede de suporte e serviços formais

Conforme estabelecido anteriormente, o c.i. é caracterizado sobretudo pelo tempo que dedica a cuidar do idoso dependente, tendo diversas complicações na sua vida. Porém, todas essas repercussões podem ser atenuadas ou até mesmo inexistentes se forem acionadas redes formais e informais que complementem os cuidados.

Lage (2005, cit. por Carvalho, 2015) refere que quando nos referimos ao suporte informal, queremos evidenciar a prestação de cuidados a pessoas em situação de dependência por parte da família, amigos, vizinhos e outros grupos de pessoas.

Para Minonzio, (2004, cit. por Romão, Pereira & Gerardo, 2008) tem que haver o reconhecimento de que as soluções sociais para organizar os cuidados ganham eficiência e sustentabilidade quando conseguem conjugar, numa lógica de complemento, as ajudas familiares e próximas do idoso, os serviços do setor público e das instituições de solidariedade.

Para Araújo, Paúl & Martins (2010) é evidente a necessidade de cooperação entre grupos informais e formais para melhorar o apoio aos idosos e cuidadores, potencializando uma resposta mais eficaz na prestação de cuidados.

Sousa (2004, cit. por Sequeira, *et.al.*, 2008) refere que o crescente aumento do número de pessoas dependentes para cuidar durante mais tempo e dispor de menor número de cuidadores disponíveis, implicam respostas a nível dos apoios formais.

Romão, Pereira & Gerardo (2008) afirmam que apesar dos esforços realizados, a rede de apoio formal continua a ser inadequada para responder de forma satisfatória às necessidades das famílias com idosos dependentes a cargo.

Ribeiro (1999, cit. por Sequeira, 2010, p. 199) defende que “*o suporte social pode constituir um ótimo modelador da perceção da sobrecarga, essencialmente o suporte social percebido, uma vez que nem sempre equivale ao suporte social existente*”.

Marques, Teixeira & Souza (2012) também defendem que o apoio formal contribui para o enfrentamento dos problemas de saúde-doença, na medida em que ajuda os cuidadores a terem maior controlo das situações stressantes.

Porém, e nas palavras de Imaginário (2004, p. 80), “*as ajudas formais neste contexto são escassas*” e “*o sucesso de prestação de cuidados informais passa necessariamente pelos apoios que o cuidador recebe, provenientes estes de redes informais ou de redes formais*”. Afirma ainda que “*os profissionais de saúde devem ajudar os prestadores de cuidados informais a descobrir formas mais eficazes de lidar com os problemas que advêm desta prestação.*”

De acordo com Kroger (2001, p. 18, cit. por Romão, Pereira & Gerardo, 2008) calcula que se os custos que pesam sobre as famílias não forem aliviados pelo recurso ao apoio formal, “*a sustentabilidade dos cuidados informais torna-se altamente questionáveis*”.

Alves (2013, cit. por Carvalho, 2015) defende que o recurso a suportes sociais pode ser interpretado como uma forma de substituir o papel das redes informais ou pode surgir como complemento essencial para garantir a continuidade de cuidados promovidos pela família.

Ao nível dos apoios formais, Sequeira, et.al., (2008) destaca os programas comunitários de educação e suporte destinados aos c.i., uma vez que constituem um importante recurso, na medida em que se espera que os cuidadores recebam informações, aconselhamento e suporte com a finalidade de estarem melhor preparados para desempenharem as suas funções.

Para Sequeira (2010), o c.i. com conhecimentos sobre a doença, com capacidade de intervenção e com uma boa perceção de autoeficácia têm melhores condições para o bem-estar do idoso dependente e encontram-se menos vulneráveis ao aparecimento de repercussões, uma vez que a ausência de explicações para o aparecimento desta problemática também contribui para a existência de uma maior inquietação por parte do cuidador.

Padilla (2008, cit. por Marques, Teixeira & Souza, 2012) afirma que a formação dos cuidadores promove um processo de reflexão sobre a experiência de cuidar, aprendem novas formas e técnicas, repercutindo positivamente na garantia da integridade física e emocional dos cuidadores.

Jacobzone e Robine (2000, cit. por Gil, 2010) alertam para a necessidade de haver uma reforma profunda e contínua dos serviços às necessidades reais da população, nomeadamente no domínio com os encargos no domicílio.

Gomes & Mata (2012, cit. por Lemos, 2012) salientam que ser cuidador de idosos dependentes no domicílio requer uma constante aprendizagem, conhecimentos e habilidades baseadas nas necessidades dos cuidadores e o sucesso do cuidado dependente depende da capacidade de cuidar e lidar com as situações e da sua

aprendizagem em realizar os cuidados sem pôr em causa o seu bem-estar e o da pessoa cuidada.

Marques, Teixeira & Souza (2012) referem que as formações com c.i. já desenvolvidas revelaram sucessos significativos nos cuidadores no âmbito de maior partilha e interação com outros cuidadores acerca das suas inquietudes, novos conhecimentos sobre doenças, sugestões em como cuidar melhor, mudanças nas ideias preconcebidas e consciencialização do grupo de profissionais em oferecer habilidades básicas no acompanhamento dos cuidadores e idosos dependentes.

Nesta linha de orientação, Carvalho (2015, p. 255) evoca a necessidade de desenvolvimento de sistemas de suporte para que mais pessoas sejam cuidadas no seu domicílio, bem como a sistemas de apoio emocional e/ou social para os cuidadores manterem as suas capacidades físicas, emocionais e sociais *“consolidando uma tendência de implementação de respostas na área social e de saúde orientadas para aliviar a sobrecarga dos cuidadores e para os apoiar no desempenho das suas funções”*.

Kraan (1991, cit. por Romão, Pereira & Geraldo, 2008) um bom exemplo em que as políticas sociais têm em consideração os cuidadores é a Suécia. Neste país, existem medidas de apoio ao c.i, nomeadamente com saídas do emprego negociadas entre empregadores e empregados para cuidar sem que seja descontado no ordenado mensal e se as necessidades do cuidado forem permanentes o cuidador tem a possibilidade de solicitar ao município em que reside apoio económico.

Assim, se é importante que os responsáveis políticos desenvolvam políticas de acordo com o crescente processo de envelhecimento, é tão ou mais importante iniciarem estratégias de apoio ao cuidador, sendo através de sistemas formais ou de maior disponibilidade de outros elementos informais que auxiliem o cuidador principal.

Toni Antonucci e Kahn (1980, cit. por Gil, 2010) concordam com os autores acima citados ao afirmarem que o suporte social é determinante na vida do indivíduo, sendo um atenuante ao stress da doença e da dependência.

Apesar de se notar melhorias na oferta de serviços e equipamentos destinados aos idosos, estes permanecem insuficientes, o mesmo acontece nos benefícios sociais dirigidos às famílias cuidadoras que são o principal apoio dos idosos em situação de dependência (José, Wall e Correia, 2002).

Segundo Palma (1999, cit. por Andrade, 2009) as principais necessidades dos c.i. são: fisiológicas (por exemplo, a necessidade de dormir), económicas (obter recursos humanos e materiais), ajuda de outrem (reforço do suporte informal e formal) e de formação/conhecimento (para aumentar as competências dos cuidadores).

Para Quaresma (1996, cit. por Santos, 2008) as necessidades dos c.i. prendem-se com o apoio económico, ajudas técnicas, proteção social, apoios na comunidade, ter tempo para si, convívio e a informação /formação.

Capítulo 4: Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados

Dado o cenário demográfico, é esperado que se verifique um aumento das necessidades de cuidados de saúde e de respostas, uma vez que com o avanço da idade tende a aumentar “o *risco de doenças crónicas não transmissíveis ou degenerativas (como tumores, diabetes, doenças cardiovasculares, alzheimer) e aumentam as dificuldades de mobilidade, de visão e audição*” (Rosa, 2012, p. 34), que frequentemente levam o indivíduo a depender de apoio familiar ou profissional.

Assim, com a finalidade de dar resposta a estas necessidades, surge a RNCCI que consiste num modelo organizacional decorrente da parceria entre o Ministério do Trabalho e da Solidariedade Social e o Ministério da Saúde, e orientada pelo Decreto-Lei n.º 101/2006 de 6 de junho ¹¹.

Em Portugal, a RNCCI surge como um novo paradigma na prestação de cuidados, essencialmente devido à prestação de cuidados integrados e aos princípios da multidisciplinariedade e interdisciplinaridade e, como refere Nogueira (2009, p. 9 cit. por Carvalho, 2015, p. 258), “*esta evolução teve por base o envelhecimento demográfico, a mudança de perfil das patologias, as situações de dependência de fragilidade com alta necessidade de apoio social e familiar e a mudança do perfil das famílias.*”

Segundo Yanguas e Perez, (2001, cit. por Sequeira, *et.al.*, 2008), os programas de internamento de carácter temporário integrados na RNCCI, em franca expansão em Portugal, têm como objetivo principal aliviar ou diminuir temporariamente a sobrecarga provocada pela prestação de cuidados à pessoa dependente, para que o cuidador possa usufruir de tempo para si.

A prestação de cuidados de saúde e de apoio social é garantida através de dois tipos de unidade: as unidades de internamento e as unidades que não necessitam de internamento. Se o utente tiver que ser internado podem ser utilizadas as Unidade de Convalescência, Unidade de Média Duração e Reabilitação, UCCLDM e as equipas intra-hospitalares de suporte em cuidados paliativos (inseridas na Rede Nacional de Cuidados Paliativos). No entanto, se o utente não necessitar de internamento existem as Unidades de Dia e de Promoção da Autonomia que ainda em fase de implementação, e os Cuidados Continuados Domiciliários através das Equipas de Cuidados

¹¹ Consultado em <http://www.sg.min-saude.pt/NR/rdonlyres/A110CE46-A607-4BD1-AB82-BE86B31314C3/18627/38563866.pdf> (Acedido a 20 de abril de 2016)

Continuados de saúde que existem ao longo de todo o território nacional com as suas especialidades de intervenção (Instituto da Segurança Social, 2018) ¹²

A coordenação da RNCCI é efetuada a nível nacional pela Administração Central do Sistema de Saúde e é operacionalizada pelas Equipas de Coordenação Regional, sediadas nas Administrações Regionais de Saúde, e as Equipas de Coordenação Local que estão integradas nos Agrupamentos de Centros de Saúde ou em Unidades Locais de Saúde (Carvalho, 2015).

De acordo com Carvalho (2015, p. 257), o Serviço Social tem um papel fundamental nas equipas multidisciplinares que acolhem os utentes nas unidades, sendo “o assistente social que integre esta equipa responsável pelos procedimentos inerentes ao processo de admissão, incluindo a determinação do montante a pagar pelo cuidador/família”.

Segundo um estudo realizado pela autora citada anteriormente, os cuidadores apontam como motivos para a solicitação na rede o cansaço físico e psicológico, a necessidade de usufruir de férias, necessidade de apoio em situação de internamento para cirurgia/tratamento hospitalar do cuidador principal e a existência de outras situações de dependência na família.

O internamento na rede pode também ser uma mais-valia para o cuidador adquirir competências com a equipa, uma vez que os profissionais valorizam o desenvolvimento de competências por parte da família, prestando informações sobre procedimentos mais adequados, tornando as tarefas menos pesadas.

Sendo os c.i. da amostra selecionada para o presente estudo cuidadores de idosos dependentes, que estão internados na UCCLDM, iremos agora desenvolver esta tipologia de internamento.

Entende-se por UCCLDM uma

“Unidade de internamento de carácter temporário ou permanente com espaço físico próprio para prestar apoio social e cuidados de saúde de manutenção a pessoas com doenças ou processos crónicos com diferentes níveis de dependência e que não reúnam condições para serem cuidadas no domicílio ” (art.17 do decreto-lei nº 101/ 2006, de 6 de junho).

Esta tipologia de internamento tem por finalidade proporcionar cuidados que previnam e retardem o agravamento da situação de dependência, favorecendo o conforto e a qualidade de vida.

O internamento deve ser superior a noventa dias com possibilidade de ser igual ou inferior quando se trate de prestar suporte aos familiares cuidadores por necessidade

¹²Consultado em http://www.seg-social.pt/documents/10152/27195/N37_rede_nacional_cuidados_continuados_integrados_rncci/f2a042b4-d64f-44e8-8b68-b691c7b5010a (Acedido a 15 de julho de 2018)

de descaso do cuidador. Os utentes são provenientes de outras respostas da Rede, de instituições de saúde ou de solidariedade e segurança social ou ainda do domicílio.

De acordo com o art.18 do decreto-lei nº 101/2006, de 6 de junho, as UCCLDM devem assegurar cuidados de manutenção de estimulação, cuidados de enfermagem diários, cuidados médicos, prescrição e administração de fármacos, apoio psicossocial, controlo fisiátrico periódico, cuidados de fisioterapia e de terapia ocupacional, animação sociocultural, higiene, conforto, apoio no desempenho das atividades da vida diárias e apoio nas atividades instrumentais.¹³

¹³ Importa referir que todas as informações acima descritas foram objeto de estudo durante o estágio curricular, na licenciatura em Serviço Social, realizado durante o ano letivo 2015/2016.

Parte 2: Enquadramento empírico e estratégia metodológica

Para a realização do presente estudo pretende-se caracterizar o território e a instituição selecionada, identificar a questão de partida, os objetivos, o instrumento de recolha de dados, as hipóteses de investigação, os participantes do estudo e as considerações éticas.

*“Cuidar é mais que um ato, é uma atitude.
Portanto, abrange mais que um momento de atenção.
Representa uma atitude de ocupação, preocupação,
de responsabilização e de envolvimento afetivo com o outro.”*
(Leonardo Boff)

Capítulo 5: Caracterização sociodemográfica do território

5.1. Envelhecimento demográfico no concelho de Elvas

Elvas é um concelho localizado no sul do Distrito de Portalegre, limitado pelo Distrito de Évora e por Espanha com 630 quilómetros quadrados de área, 25 mil habitantes e sete freguesias (Assunção, Ajuda, Salvador e Santo Ildefonso, Caia, São Pedro e Alcáçova, União das Freguesias de Barbacena e Vila Fernando, União das Freguesias de Terrugem e Vila Boim, Santa Eulália, São Brás e São Lourenço e São Vicente e Ventosa).¹⁴



Figura 4 - Mapa do concelho de Elvas

O município é limitado a norte pelo município de Arronches, a nordeste por Campo Maior, a sudeste por Olivença e Badajoz (municípios espanhóis), a sul por Alandroal e Vila Viçosa e a oeste por Borba e Monforte.

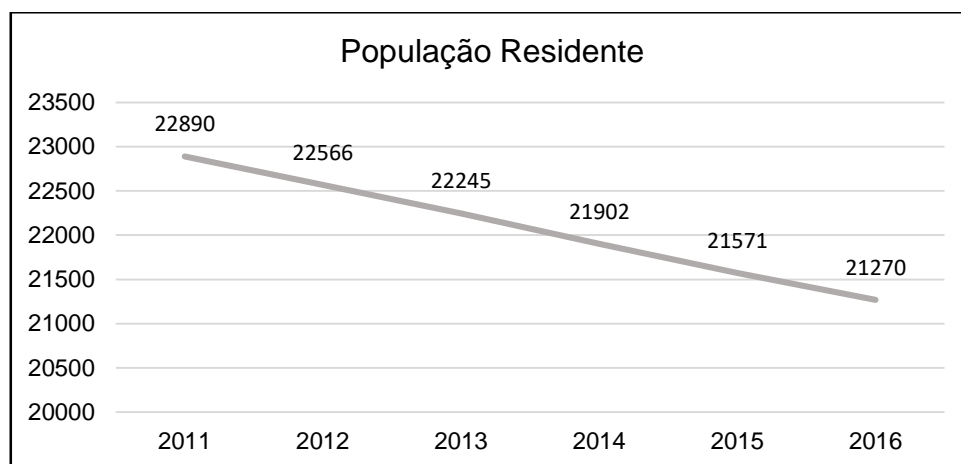
Possui diversas associações de âmbito desportivas, recreativas e culturais e sociais. A monumentalidade de Elvas é muito valiosa e desfruta de elementos para uma visita turística aconselhável, nomeadamente com o Aqueduto da Amoreira, Fortes da

¹⁴ Consultado em <http://www.cm-elvas.pt/municipio/concelho/caracterizacao> (Acedido a 6 de dezembro de 2017)

Graça e de Santa Luzia, três Fortins, Muralhas Seiscentistas, Castelo, Igrejas e património militar edificado.

Do ponto de vista demográfico, a cidade de Elvas apresenta os seguintes indicadores, que importa analisar no contexto desta pesquisa: população residente, o índice de envelhecimento e o índice de dependência dos idosos, sendo os dois últimos indicadores objeto de comparação com Portugal, Alentejo e Alto Alentejo.

Gráfico 1. População residente no concelho de Elvas (Nº)



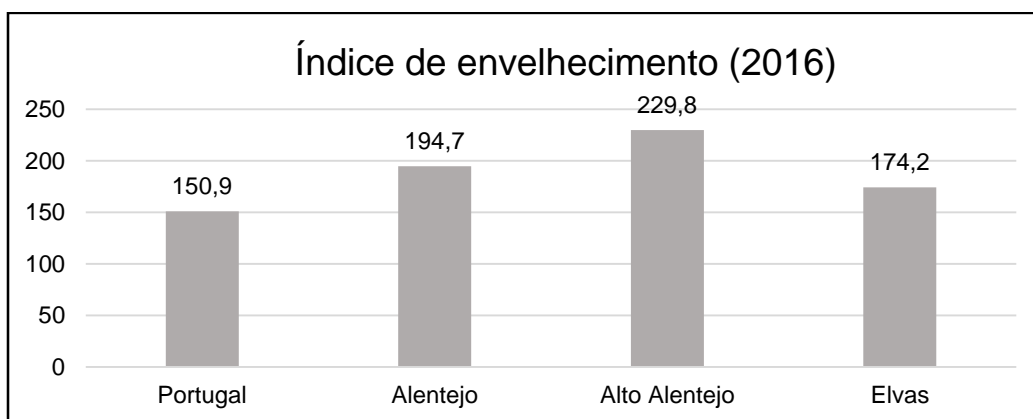
Fonte: Elaboração própria com base dos dados do INE acedido a 13 de Janeiro de 2018

Neste sentido, e com base no gráfico 1, considera-se que, de forma geral, em Elvas, a população residente tem vindo a reduzir, passando de 22890 habitantes, em 2011, para 21270, em 2016.

A explicação para tal fenómeno centra-se sobretudo na redução do número de filhos por casal como consequência da entrada da mulher no mercado de trabalho, à prioridade dada à evolução na carreira e à secundarização relativamente à construção de família e, por fim, à própria conjuntura socioeconómica que leva a que os casais adiem a decisão de serem pais e reduzam igualmente o número de filhos, tendo como principal consequência a redução da taxa de natalidade, não permitindo um aumento de crianças e jovens que estimulem o crescimento da população.

Assim, conforme observado anteriormente, em que a população residente em Portugal diminuiu, também no concelho de Elvas se observa essa tendência.

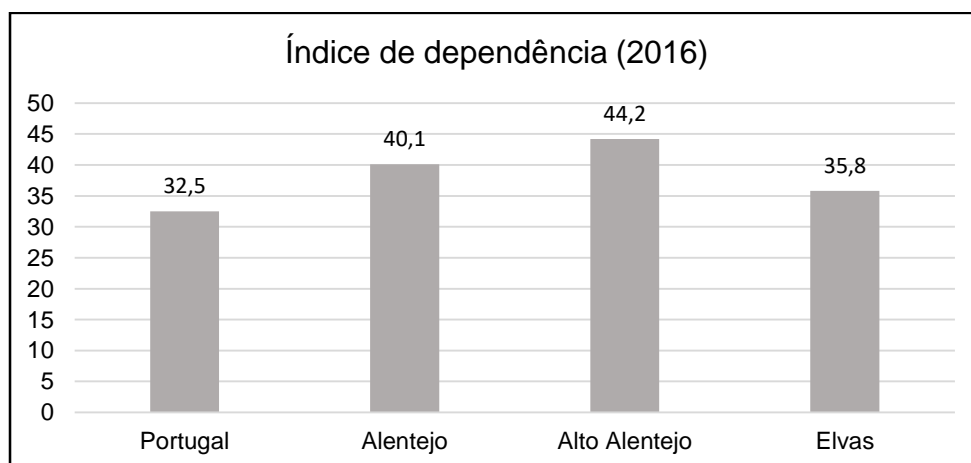
Gráfico 2 – Índice de envelhecimento no concelho de Elvas (2016) (%)



Fonte: Elaboração própria com base dos dados do INE acedido a 13 de Janeiro de 2018

Através da observação do gráfico 2, verificamos que relativamente a Elvas existem 174 idosos para cada 100 jovens. Em comparação com Portugal (existem 151 idosos para cada 100 jovens) o concelho de Elvas apresenta um valor mais elevado. Porém, quando se analisa em comparação com o Alentejo (existem 195 idosos para cada 100 jovens) e com o Alto Alentejo (existem 230 idosos por cada 100 jovens), o valor é mais reduzido.

Gráfico 3 – Índice de dependência nos idosos no concelho de Elvas (2016) (%)



Fonte: Elaboração própria com base dos dados do INE acedido a 13 de Janeiro de 2018

Por último, o índice de dependência que já foi definido no capítulo 2, e que corresponde a uma necessidade crescente de cuidados de saúde e assistência.

São as famílias que são reconhecidas como o principal contexto para a promoção e manutenção da independência e saúde dos seus membros como a principal entidade

prestadora de cuidados informais aos indivíduos na última fase da sua vida, quando as suas capacidades funcionais diminuem e a autonomia não é mais possível.

O aumento da longevidade, a maior esperança média de vida, as transformações a nível social, psicológico e biológicos, as dificuldades de adaptação, a maior predisposição à doença, a menor atividade física e mental e a menor capacidade de resposta são consideradas os fatores que justificam este aumento do índice de dependência nos idosos.

Ainda de acordo com o gráfico 3, no concelho de Elvas por cada 100 indivíduos em idade ativa, existem 36 idosos dependentes. Conforme observado no Índice de Dependência, em comparação com Portugal (por cada 100 indivíduos em idade ativa existem 33 idosos dependentes) o valor é mais elevado, mas comparado com o Alentejo (por cada 100 indivíduos em idade ativa existem 40 idosos dependentes) e o Alto Alentejo (por cada 100 indivíduos em idade ativa existem 44 idosos dependentes) o valor de Elvas é mais reduzido.

5.2. Caracterização da instituição

A instituição da CVP¹⁵ foi fundada por José António Marques, iniciando a sua atividade a 11 de fevereiro de 1865, sob a designação de “*Comissão Provisória para Socorros e Feridos e Doentes em Tempo de Guerra*”, tendo atuado em diversos cenários de conflitos armados/catástrofes e desastres, quer no território nacional, quer internacional.



Imagem 1 - Centro Humanitário de Elvas

Os grupos mais vulneráveis são os idosos, crianças, vítimas de violência doméstica, pobres, imigrantes, sem abrigo, reclusos, pessoas com deficiência, procurando prestar apoio e assistência social. Esta instituição humanitária de utilidade pública é destinada a defender a paz e a dignidade humana, promovendo a vida e a saúde.

Tem como presidente de honra o Presidente da República a quem é reservado o alto patrocínio da instituição.

¹⁵ Consultado no *síte* da CVP a sua história, organização e princípio em <http://www.cruzvermelha.pt>. (Acedido a 6 de dezembro de 2017)

Atualmente, em 2018, o Presidente Nacional, Dr. Francisco George, é o órgão máximo, cabendo assegurar o prestígio, a manutenção, a sustentabilidade, o desenvolvimento e progresso da instituição.

A sede da CVP está localizada em Lisboa, no Palácio do Conde d'Óbidos, em que o Ministério da Defesa Nacional é quem compete o exercício da tutela e respetiva administração dos seus recursos.

A sua organização está assente em Serviços Centrais, Serviços Autónomos e Estruturas Locais. A Direção Nacional é o órgão máximo competindo-lhe a orientação de atividade da instituição, constituída pelo Presidente Nacional, quatro vice-presidentes e por quatro vogais.

As estruturas locais (delegações e centros humanitários) têm uma direção própria a quem compete a gestão da atividade a nível local, existindo atualmente 170 estruturas locais.

O Centro Humanitário de Elvas da CVP é uma estrutura local e fica localizado na Rua António Vitorino de Almeida, nº 15, no concelho de Elvas.

Até novembro de 2011 existia em Elvas dois serviços distintos: a delegação da CVP e a Unidade de Cuidados Continuados e a Residência Assistida. Em novembro de 2011 os dois serviços acima referidos fundiram-se, passando a ser designado por Centro Humanitário de Elvas, sendo um serviço autónomo com gestão e direção própria em que a missão e os objetivos são comuns à CVP.

Esta instituição é constituída por três pisos e possui instalações e equipamentos adaptados às necessidades dos utentes.

Relativamente à organização do espaço possui: no piso -1 fica localizada a Residência Assistida, a Rede Local de Intervenção Social -RLIS- e a Unidade de Transportes, Socorro e Apoio Social; no piso 0 fica localizada também a Residência Assistida, o Ginásio de Medicina de Reabilitação em Ambulatório e o Centro de Dia; e, por fim, no piso 1 a UCCLDM e a Unidade de Convalescença. Dispõe ainda de apoio ao nível alimentar e de roupeiro social.

A UCCLDM de Elvas teve início a 15 de abril de 2011 e foi inaugurada a 17 de maio de 2011, pela então ministra da saúde e pelo presidente nacional da CVP. A unidade tem capacidade para vinte utentes e é constituída por seis quartos triplos e um quarto duplo, que têm casas de banho próprias com equipamentos adequados às necessidades físicas dos utentes.

É um espaço que acolhe todas as pessoas que se encontram em situação de dependência e que necessitam de cuidados que não podem ser assegurados no próprio domicílio.

O primeiro contacto com a unidade ocorre no momento de acolhimento, marcada pela presença de toda a equipa técnica, pela família e pelo utente. É a partir desse momento que se iniciam todas as intervenções da equipa técnica de forma a melhorar a qualidade de vida da pessoa que se encontra em situação de dependência.

Os processos dos utentes são geridos em equipa e através de dois aplicativos informáticos que têm como objetivo registar todas as informações do utente e da sua passagem na Rede. A nível nacional o aplicativo é o GestCareCCI e a nível interno é o GestCarePICC, onde cada área tem um separador para remeter os seus registos e avaliações, estando as duas plataformas em rede.

Através de uma observação direta ao piso é possível registar que este espaço é muito cómodo e que assegura a satisfação das necessidades dos seus utentes, existindo uma sala multidisciplinar, sala de acolhimento, sala de equipamentos técnicos, sala de sujios, wc geral, balcão de enfermagem, sala de maceradora, sala de arrumos, sala de convívio, refeitório e um gabinete da coordenadora de enfermagem.¹⁶

Capítulo 6: Metodologia

6.1. Questão de partida

Segundo Quivy e Campenhoudt (2003), a melhor forma de começar um trabalho de investigação consiste em anunciar uma pergunta de partida, para que o investigador exprima exatamente aquilo que procura saber, elucidar e compreender melhor. A pergunta de partida servirá de primeiro fio condutor da investigação, sendo que para isso deve apresentar qualidade de clareza, de exequibilidade e de pertinência.

Para Fortin, Côté & Fillion (2009, p. 53), a questão de investigação “*é uma interrogação precisa, escrita no presente e que inclui o ou os conceitos em estudo (...) ela indica claramente a direção que se entende tomar.*”. É uma pergunta explícita respeitante a um tema de estudo que o investigador tem o desejo de estudar, tendo em vista o desenvolvimento dos seus conhecimentos.

Neste sentido, assumiu-se neste estudo a seguinte questão de partida: Quais as mudanças no quotidiano do cuidador informal, no plano das dificuldades e das necessidades, decorrentes dos cuidados prestados aos idosos dependentes?

¹⁶ Importa referir que todas as informações acima descritas foram objeto de estudo durante o estágio curricular realizado na referida instituição.

6.2. Objetivos do estudo

Na opinião de Fortin, Côté & Filion (2009), o objetivo de investigação deve indicar de forma clara qual é o fim que o investigador persegue, sendo que uma investigação deve conter um objetivo geral e objetivos específicos.

O objetivo geral do estudo prende-se com a identificação das mudanças percebidas pelos cuidadores informais após assumirem a prestação de cuidados ao idoso dependente.

No que diz respeito aos objetivos específicos, são mais concretos do que o objetivo geral e identificam de forma mais precisa aquilo que se pretende alcançar com a execução do projeto.

Neste sentido, para dar continuidade ao objetivo geral destacam-se os seguintes objetivos específicos:

- Traçar o perfil do c.i. a nível sociodemográfico;
- Compreender a relação existente entre cuidadores e idosos;
- Identificar os fatores que conduziram à situação de cuidador;
- Tipificar a duração e os tipos de cuidados prestados pelos cuidadores aos idosos;
- Identificar as dificuldades sentidas no quotidiano;
- Avaliar as necessidades percebidas pelos c.i.

6.3. Instrumento de recolha de dados

Segundo Fortin, Côté & Filion (2009, p.4) a investigação científica *“é um processo que assenta a colheita de dados observáveis e verificáveis, retirados do acesso aos nossos sentidos tendo em vista descrever, explicar, predizer ou controlar fenómenos.”*

A metodologia de investigação adequada ao presente estudo é uma metodologia qualitativa, cujo método depende da orientação que o investigador quer dar ao seu trabalho. Importa referir que sendo uma abordagem qualitativa, a intenção não é generalizar para o universo, mas verificar se os nossos resultados corroboram a teoria.

Este estudo apresenta uma metodologia de lógica intensiva, ou seja, através de um método de investigação qualitativa.

A metodologia qualitativa serve para compreender o sentido da realidade social na qual se inscreve a ação. Para Fortin, Côté & Filion (2009, p. 20), neste tipo de metodologia *“a compreensão mútua do investigador e dos participantes é essencial no processo de investigação (...) que visa compreender o fenómeno tal como é vivido e relatado pelos participantes.”*

Assim, o instrumento de recolha de dados é a entrevista aplicada a c.i. de idosos dependentes.

Para Fortin, Côté & Fillion (2009, p. 375), a entrevista “é o principal método de recolha de dados nas investigações qualitativas. Esta é um modo particular de comunicação verbal entre duas pessoas, um entrevistador que recolhe dados e um respondente que fornece a informação.”

Para Quivy e Campenhoudt (2003, p. 192) o sucesso de uma entrevista depende da composição das perguntas e da capacidade de concentração e habilidade do entrevistador, sendo que “o investigador fará esforço para reencaminhar a entrevista para os objetivos cada vez que o entrevistado deles se afastar e por colocar perguntas às quais o entrevistado não chega por si próprio de forma tão natural quanto possível.”

Carvalho (2015) afirma que nas entrevistas é muito importante a capacidade de escutar, de questionar e de observar assim como registar as evidências e os factos observados de modo direto e indireto. Para a autora, o acolhimento entre os sujeitos, escuta e o silêncio é o que torna possível o sucesso da entrevista, prestando atenção aos seus detalhes e fazendo anotações.

Conforme estabelecido, o guião de entrevista que servirá de suporte a esta estratégia metodológica de base qualitativa é composto por três partes, as quais passamos a explicitar (Anexo 3).

A primeira parte com questões que visam obter a caracterização sociodemográfica da amostra em estudo no que toca ao género, idade, estado civil, composição do agregado familiar, habilitações literárias, profissão, situação profissional atual e a sua residência.

A segunda parte contém questões que visam conhecer a relação entre o idoso e o cuidador onde inclui o elo de ligação, motivação da decisão, duração do papel e os tipos de cuidados prestados.

Por fim, a terceira parte passa sobretudo por analisar a questão de partida, através de questões em que o entrevistado expressa livremente as suas perceções acerca das mudanças no quotidiano decorrentes de ato de cuidar, nomeadamente as suas dificuldades, procurando ir também ao encontro do interesse em apurar as necessidades dos cuidadores informais em mobilizar apoios e suportes na prestação de cuidados.

Para complementar as entrevistas, será fundamental recorrer à observação.

Na opinião de Fortin, Côté & Fillion (2009), a observação é um dos principais meios de pesquisa utilizados em investigação qualitativa, cabendo ao investigador examinar o comportamento dos participantes e os acontecimentos que se produzem.

Neste sentido, a observação permite analisar o contexto institucional, aquando do desenvolvimento da entrevista, de forma a analisar o comportamento dos cuidadores e conseguir atingir os objetivos definidos para cada questão do guião de entrevista.

Posteriormente, para analisar as entrevistas, iremos utilizar a técnica de análise de conteúdo que permite uma rentabilização e simplificação da análise das informações (Anexo 4).

Em investigação social, o método de inquirição por via das entrevistas está associado ao método de análise de conteúdo, por forma a aparecer o máximo possível de elementos de informação e de reflexão que servirão para o investigador realizar a análise sistemática de conteúdos (Quivy e Campenhoudt, 2003).

Para Quivy e Campenhoudt (2003, p. 227) a análise de conteúdo *“oferece a possibilidade de tratar de forma metódica informações e testemunhos que apresentam um certo grau de profundidade e de complexidade”*.

6.4. Hipóteses de investigação

Definida a problemática, a questão de partida e os objetivos de investigação, apresentam-se de seguida as hipóteses de investigação que permitirão ser validadas ou não após a análise da recolha de dados.

Para Fortin, Côté & Fillion (2009, p. 53), a hipótese *“é uma predição sobre uma relação existente entre variáveis, que se verifica empiricamente. Ela é emitida logo que o quadro teórico foi fixado e supõe que os conhecimentos do investigador sobre o tema sejam mais amplos do que eram no momento de formular a questão de investigação.”*

Segundo Quivy e Campenhoudt (2003) a hipótese é uma preposição provisória que será confrontada numa etapa posterior da investigação com dados da observação.

Assim, com base na investigação realizada acerca dos c.i. definiram-se três hipóteses de investigação, a saber:

- Hipótese 1: Lage (2005, cit. por Sequeira, 2010) defende que a família tem estado associada desde sempre a uma função de cuidadora. Sousa e Figueiredo (2004, cit. por Carvalho, 2015) e Figueiredo (2007) vão também ao encontro desta ideia ao afirmarem que em Portugal a ideia de que as famílias são responsáveis pelos cuidados aos mais idosos é aceite e assumido como um processo natural, justificado por ser um processo cultural e socialmente.

Sequeira (2007) e Sousa, Mendes & Relvas (2007) afirmam que o c.i. é sobretudo a família, nomeadamente o membro mais próximo do doente, que na maioria das vezes se responsabiliza de forma direta pela totalidade dos cuidados. Acrescenta ainda que a família constitui um recurso fundamental na prestação de cuidados aos idosos

dependentes, completando ou substituindo as redes formais, permitindo que estes permaneçam no seu domicílio por maior tempo possível retardando a institucionalização não desejada.

Assim, como primeira hipótese definimos: O apoio informal, nomeadamente por via da família, assume um papel primordial na prestação de cuidados ao idoso dependente.

- Hipótese 2: O impacto negativo da prestação de cuidados é defendido na literatura como sobrecarga. (Sequeira, 2010).

Cerqueira (2005) afirma que o impacto provocado na família depende do facto de ser de curta duração ou de evolução progressiva, gerando uma crescente tensão no que se refere á exaustão e ao acumular de tarefas, acrescentando ainda que quando um cuidador se vê confrontado com a situação de dependência do seu ente querido, geram-se situações de grande sofrimento, podendo ser mais ou menos intenso consoante a percepção de cada um.

Carvalho (2015) defende que para as famílias é cada vez mais difícil lidar com os desafios colocados na prestação de cuidados aos mais idosos pela sua dependência, uma vez que as pessoas que vivem com esse diagnóstico são cada vez mais e vivem com patologias graves e incapacitantes durante mais tempo, não sendo compatível com a disponibilidade da família que é cada vez mais sujeita a constrangimentos.

Assim, como segunda hipótese definimos: O ato de cuidar um idoso dependente é desgastante, tendo repercussões no próprio indivíduo e nas relações sociais e familiares.

- Hipótese 3: Sequeira (2010, p. 17) afirma que os dados de envelhecimento que são apresentados evidenciam a necessidade de elaborar estratégias que otimizem os atores formais e informais *“de forma a potenciar a sua articulação e evitar a sobrecarga das redes de suporte.”*

Tem que haver o reconhecimento de que as soluções sociais para organizar os cuidados ganham eficiência e sustentabilidade quando conseguem conjugar, numa lógica de complemento, as ajudas familiares e próximas do idoso, os serviços do setor público e das instituições de solidariedade Minonzio, (2004, cit. por Romão, Pereira & Gerardo, 2008).

Para Gil (2007, cit. por Carvalho, 2015) remeter a responsabilidade da dependência do idoso para a família implica preparar, formar, apoiar, acompanhar e supervisionar os cuidadores que se confrontam com um caminho, muitas vezes, ausente de apoios profissionais e de serviços de qualidade.

Assim, como terceira hipótese definimos: A relação entre cuidador formal e informal deve ser um processo de complementaridade na prestação de cuidados.

6.5. Participantes

A população que é objeto de estudo, designada de população-alvo, é um grupo de pessoas ou de elementos que têm características em comum e que satisfazem os critérios de seleção definidos previamente (Fortin, Côté & Filion, 2009).

Segundo Fortin, Côté & Filion (2009), a amostra é a fração da população que constitui o objeto de estudo, correspondendo a uma menor dimensão da população.

A amostragem é um processo pelo qual um grupo de pessoas ou uma porção da população é escolhido para representar uma população inteira, sendo necessário escolher com cuidado a amostra que se pretende estudar uma vez que através deste processo o investigador irá tirar conclusões precisas sobre a população, sendo que esses resultados têm que representar fielmente a população visada (Fortin, Côté & Filion, 2009).

Neste estudo, a amostragem selecionada foi a amostragem não probabilística que consiste em *“tomar uma amostra no qual se encontrem características conhecidas na população”* e sendo uma amostragem acidental ou de conveniência *“é constituída por indivíduos facilmente acessíveis e que respondem a critérios de inclusão precisos (...) permitindo escolher indivíduos que estão no local certo e no momento certo”*. (Fortin, Côté & Filion, 2009, p. 321).

Após definida a população em estudo, e seguindo o processo de amostragem, é necessário definir a amostra.

De forma a realizar o estudo foi estabelecido contacto com a Assistente Social do Centro Humanitário de Elvas, a solicitar uma reunião para informar da minha intenção em recolher dados através dos c.i. com idosos dependentes internados na UCCLDM.

O contacto foi de fácil acesso, uma vez que já tinha realizado o estágio curricular na instituição, cuja orientação tinha sido feita pela mesma profissional.

Assim, em abril de 2017, ainda no primeiro ano do mestrado, dirigi-me à instituição e as minhas intenções foram aceites, ficando combinado o envio de uma autorização formal à Diretora da mesma instituição (Anexo 1).

Importa referir que foram selecionados os c.i. de idosos com as seguintes características:

- A pessoa dependente tem que possuir 65 ou mais anos, de forma a ir ao encontro do que é descrito na literatura e considerado cronologicamente como “idoso”;
- O idoso dependente a cargo tem que possuir previamente o diagnóstico de dependência, parcial ou total, pela equipa multidisciplinar da instituição selecionada;
- No momento do acolhimento na instituição, o cuidado tem que ficar a cargo de um c.i. e não pelo próprio indivíduo, isto porque, por vezes, são os próprios idosos que estão

em condições de ficar responsáveis por si próprio, contrariando a existência de um cuidador informal responsável pelo seu internamento.

6.6. Considerações éticas

Para que fosse possível a efetiva realização da presente investigação foi necessário, previamente, acautelar os procedimentos morais e éticos.

Ao definir a amostra é muito importante respeitar os direitos dos indivíduos e obter destes as autorizações antes de iniciar o estudo no terreno, uma vez que qualquer que seja o tema a estudar deve ser sempre conduzido pelo respeito aos direitos das pessoas.

Para Fortin, Côté & Fillion (2009, p. 193),

“O consentimento é considerado como livre e voluntário se a pessoa, que dá a sua concordância, usufrui de todas as suas faculdades mentais e não foi sujeito a nenhuma forma de manipulação, coerção ou pressão. O sujeito pode a qualquer momento mudar a sua decisão. Para que o consentimento seja esclarecido, é preciso que a pessoa possa ter toda a informação necessária para poder julgar das vantagens e dos inconvenientes da sua participação”.

Desta forma, procedeu-se à assinatura do consentimento informado e autorização da gravação das mesmas para que, numa fase posterior, à medida que as entrevistas fossem sendo realizadas e devidamente transcritas, proceder-se à atribuição de um número de registo de cada participante que é apenas do conhecimento do investigador. (Anexo 2)

Parte 3: Resultados empíricos

Nesta fase do estudo pretendeu-se analisar os dados das entrevistas realizadas aos cuidadores informais (c.i), assim como também proceder à discussão dos mesmos com base na revisão literária apresentada na primeira parte da dissertação.

Em relação a um conjunto de questões que a seguir iremos expor, dada a riqueza da informação avançadas pelos inquiridos, proceder-se-á a uma seleção de excertos das entrevistas como mecanismo evidenciador das nossas leituras e conclusões. Assim, para cada item a discutir, serão apresentadas algumas passagens decorrentes das entrevistas, cujo conteúdo procura ilustrar e corroborar as nossas leituras e interpretações.

“Cuidar de idosos constitui um ato de amor da maior relevância que deve ser incentivado e preservado”

(Eurico Figueiredo)

Capítulo 7: Caracterização sociodemográfica da amostra

Neste capítulo pretendemos traçar o perfil sociodemográfico do c.i, nomeadamente através da identificação do género, idade, estado civil, habilitações literárias, profissão, situação no mercado de trabalho, localidade e composição do agregado familiar.

7.1. Género, idade e estado civil

No que concerne ao género, idade e estado civil do c.i, os resultados apurados foram os seguintes.

Tabela 1. Distribuição da amostra segundo o género

Género	N	%
Feminino	14	93,3%
Masculino	1	6,7%
Total	15	100%

De acordo com os dados recolhidos das aplicações das entrevistas e com base na tabela 1, concluímos que catorze inquiridos são do género feminino e um inquirido é do género masculino. Destacamos o fraco envolvimento masculino na prestação de cuidados (6,7%) contra os 93,3% do envolvimento feminino na amostra selecionada.

Tabela 2. Distribuição da amostra segundo a idade

Faixa Etária	N	%
30 a 40 anos	1	6,7%
41 a 50 anos	6	40%
51 a 60 anos	3	20%
61 a 70 anos	1	6,7%
71 a 80 anos	2	13,3%
+ 80 anos	2	13,3%
Total	15	100%

Como a idade dos entrevistados varia muito, foi necessário recorrer à construção de intervalos etários.

Em relação à idade verificamos que a idade mínima se situa nos 38 anos e a máxima nos 85 anos, estando a média de idade aproximadamente nos 58 anos (57,6 anos).

De acordo com as entrevistas realizadas, verificamos que apenas um cuidador se encontra situado na faixa etária dos 61 a 70 anos, tendo 66 anos.

Assim, podemos analisar os resultados da tabela 2 tendo em conta os cuidadores com idade ativa para exercer uma atividade profissional e os cuidadores que se encontram em idade para serem considerados idosos, ou seja, 65 ou mais anos.

Portanto, concluímos que 66,7% dos c.i podem ser considerados ativos como resultados da soma das percentagens das três primeiras faixas etárias (6,7%+40%+20%). Pelo contrário, 33,3% dos c.i são considerados idosos sendo a soma das restantes três faixas etárias (6,7%+13,3%+13,3%). Realçamos assim a ideia de que, apesar da maioria dos cuidadores estarem em idade ativa, existem cuidadores idosos a cuidarem de idosos dependentes, situação que tende a reproduzir uma sociedade cada vez mais envelhecida. Destacamos ainda o facto de haver dois cuidadores com idade superior a 80 anos.

Tabela 3. Distribuição da amostra segundo o estado civil

Estado Civil	N	%
Casado (a)	10	66,7%
União de facto	3	20%
Viúvo (a)	2	13,3%
Total	15	100%

Com base na tabela 3 concluímos que o papel de c.i na UCCLDM é maioritariamente exercido por cuidadores casados com 66,7%, seguindo-se os cuidadores em união de facto com 20% e, por último, os cuidadores viúvos com 13,3%.

7.2. Habilitações, profissão e situação laboral atual

No que concerne às habilitações literárias, à profissão e à situação no mercado de trabalho, os resultados foram os seguintes.

Tabela 4. Distribuição da amostra segundo as habilitações literárias

Habilitações Literárias	N	%
Analfabeto (a)	2	13,3%
Ensino Primário	4	26,7%
Do 5º ao 9º ano	3	20%
Ensino Secundário	5	33,3%
Ensino Superior	1	6,7%
Total	15	100%

De acordo com a tabela 4 concluímos que 33,3% dos c.i. possuem o ensino secundário, seguindo-se o ensino primário com 26,7%, os cuidadores que possuem do 5º ao 9º ano com 20% e os analfabetos com 13,3%. Destacamos que apenas um cuidador possui o ensino superior com 6,7%.

Tabela 5. Distribuição da amostra segundo a profissão

Profissão	N	%
Não tem	3	20%
Empregado (a) Doméstico (a)	3	20%
Diversos	9	60,3%
Total	15	100%

Ao analisar a tabela 5 concluímos que os c.i. da UCCLDM possuem diversas profissões. Destacamos os 20% dos cuidadores que afirmam não possuir qualquer profissão e os 20% cuja profissão é de empregado doméstico. Os restantes cuidadores possuem diversas profissões como funcionário público, feirante, operador de posto, assistente dentário, secretário, empregado rural, pedreiro, vendedor ambulante e enfermeiro.

Conforme verificado anteriormente na tabela 4, se apenas um cuidador possui o ensino superior isso vai refletir na presente tabela em que apenas um cuidador possui qualificações profissionais superiores, neste caso, ligadas á área da enfermagem.

Tabela 6. Distribuição da amostra segundo a situação no mercado de trabalho

Situação laboral	N	%
Empregado (a)	6	40%
Desempregado (a)	3	20%
Reformado (a)	4	26,7%
Reformado (a) por invalidez	2	13,3%
Total	15	100%

Com base na tabela 6 os c.i. são cuidadores empregados (40%), seguindo-se os cuidadores reformados (26,7%), os cuidadores desempregados (20%) e os cuidadores reformados por invalidez (13,3%).

A percentagem de cuidadores empregados vem corroborar com a idade dos c.i. analisados anteriormente na tabela 2. Ou seja, se na tabela 2 podemos verificar que 66,7% dos cuidadores estavam em idade ativa é previsto que ao analisar a sua situação no mercado de trabalho estes estejam aptos para exercer atividade laboral, estando 40% empregados e 20% desempregados.

Por outro lado, se também verificamos que 33,3% dos cuidadores estão em idade igual ou superior a 65 anos, é previsto que 26,7% dos cuidadores que estejam reformados.

7.3. Localidade e composição agregado familiar

No que concerne à localidade e composição do agregado familiar, os dados apurados são os seguintes.

Tabela 7. Distribuição da amostra segundo o seu distrito de residência

Localidade	N	%
Évora	7	46,7%
Portalegre	7	46,7%
Badajoz (Espanha)	1	6,7%
Total	15	100%

De acordo com a tabela 7 é possível afirmar os c.i. estão divididos entre os distritos de Évora (46,7%) com residência em Alandroal, Arraiolos, Vila Viçosa e São Romão. Também com 46,7% estão os cuidadores do distrito de Portalegre com residência em Avis, Campo Maior e Elvas. Destacamos um cuidador (6,7%), cuja localidade é na cidade de Badajoz que se situa fora de Portugal, mas muito próximo da cidade Elvas correspondendo à localidade onde o idoso dependente está internado.

Tabela 8. Distribuição da amostra segundo a composição do agregado familiar

Agregado familiar	N	%
Cônjuge	2	13,3%
Cônjuge (idoso dependente)	2	13,3%
Filho (s) + cônjuge	5	33,3%
Filho (s) + cônjuge (idoso dependente)	1	6,7%
Cônjuge + pai (idoso dependente)	1	6,7%
Neta + nora + sogra (idoso dependente)	1	6,7%
Neto + filho + cônjuge (idoso dependente)	1	6,7%
Cônjuge+ cunhado + filho (s)	1	6,7%
Tio + tia (idoso dependente)	1	6,7%
Total	15	100%

De acordo com a tabela 8 podemos concluir que a composição do agregado familiar dos c.i. é bastante diferenciada.

Ao analisá-la, podemos observar que o mais comum é que o cuidador resida com o (s) filho (s) e o cônjuge, com 33,3%. De seguida estão os cuidadores que residem apenas com o cônjuge com 13,3% e com a mesma percentagem estão os que residem com o cônjuge, sendo o idoso dependente. Por fim, e com igual percentagem de 6,7% surgem todos os outros agregados familiares.

Capítulo 8: Relação entre idoso e cuidador

Neste capítulo pretendemos compreender a relação existente entre os cuidadores e os idosos através da identificação da relação de parentesco, compreender a relação entre cuidadores e idosos após a situação de dependência, conhecer se os cuidadores e idosos se encontravam em coabitação antes da situação de dependência e antes do internamento na Unidade em Elvas, identificar os fatores que conduziram à situação de cuidador, perceber se os cuidadores entendem que os cuidados aos idosos eram

bem executados assim como se têm mais idosos a cargo e tipificar a duração e os tipos e cuidados prestados pelos cuidadores aos idosos.

8.1. Elo de ligação e motivação

No que concerne à relação de parentesco dos c.i. com os idosos dependentes, os resultados são os seguintes.

Tabela 9. Relação de parentesco entre o cuidador e o idoso

Grau de parentesco	N	%
Cônjuge	4	26,7%
Filha	6	40%
Sobrinha	2	13,3%
Neta	1	6,7%
Nora	2	13,3%
Total	15	100%

Com base na tabela 9, a relação de parentesco que mais se observa é a filial, representando 40%, seguindo-se a relação conjugal com 26,7%. Nota-se ainda outros graus de parentesco como a de sobrinha e a de nora com 13,3% e, por último, a de neta com 6,7%.

Tabela 10. Relação entre cuidador e idoso após a situação de dependência

	N	%
Mudou	2	13,3%
Não mudou	13	86,7%
Total	15	100%

De acordo com a tabela 10, a maioria dos c.i. revelaram que a relação com o idoso não mudou após a situação de dependência, representando 86,7%. Como ilustração complementar dos resultados da tabela, selecionamos algumas citações das entrevistas que passamos a citar:

C.i. 1 – *“Continuamos bem os dois, damo-nos bem. Somos amigos. Fomos sempre muito amigos. Nada mudou.”*

C.i. 7 – *“Nunca tivemos nenhum conflito. O nosso relacionamento continua o mesmo. Entendo e percebo perfeitamente o que ela está a passar. Não afetou nada, continua igual.”*

C.i.13 – *“Sempre nos demos bem. Está tudo igual. Eu é que sofro muito de os ver a descair. Sempre fomos muito chegados, muito cúmplices.”*

Por outro lado, 13,3% dos cuidadores responderam que a relação mudou porque ficou mais afetiva:

C.i. 2 – *“Eu acho que mudou porque as necessidades são outras e se calhar mudou. Mudou também a forma de expressarmos os nossos sentimentos para com ela. Melhorou. Somos muito mais afetivos porque temos essa necessidade de lhe mostrar carinho.”*

C.i. 6 - *“Mudou a relação porque eu tenho muita pena dela (...) tenho muita pena dela e de noite choro por ela.”*

Tabela 11. Coabitação com o idoso antes da situação de dependência

	N	%
Sim	5	33,3%
Não	10	66,7%
Total	15	100%

Ao analisarmos a tabela 11 podemos concluir que a maioria dos c.i. não residiam com o idoso antes da situação de dependência, representando 66,7%. Todas as respostas negativas se devem ao facto de o idoso residir no seu próprio domicílio antes de ser dependente dos cuidados do cuidador.

Por outro lado, 33,3% dos idosos dependentes coabitavam com o c.i. antes de serem dependentes. Esse facto corresponde a cuidadores e idosos que constituem um casal e pelo cuidador residir com o idoso na mesma habitação por outros motivos para além da sua dependência.

Tabela 12. Coabitação com o idoso antes do internamento na UCCLDM

	N	%
Sim	1	6,7%
Não	14	93,3%
Total	15	100%

De acordo com a tabela 12 verificamos que a maioria dos c.i. não residia com o idoso antes do seu internamento, representando 93,3%.

Essa elevada percentagem deve-se ao facto dos idosos, antes do seu internamento, terem sido transferidos de outra unidade da Rede, de idosos que vieram

do seu próprio domicílio ou de idosos que vieram transferidos de uma unidade hospitalar.

Tabela 13. Motivação para assumir o papel de cuidador principal

Motivação	N	%
Retribuição/ Solidariedade	2	13,3%
Pessoa mais próxima	3	20%
Não havia mais ninguém	8	53,3%
Maior disponibilidade	1	6,7%
Decisão própria	1	6,7%
Total	15	100%

Com base na tabela 13, a principal motivação que levou os c.i. a assumir esse papel foi porque não havia mais ninguém para ocupar esse lugar, representando 53,3%:

C.i. 3 – *“Os meus primos não, tudo trabalha. Ninguém aceitava, tudo trabalha.”*

C.i. 4 – *“Ora porque não tinha ninguém que cuidasse dela senão eu.”*

C.i. 7- *“O meu marido como é o nosso suporte familiar lá em casa a nível financeiro não tinha tempo e não podia. Então tive que ser eu.”*

Segue-se o facto de ser a pessoa mais próxima do idoso com 20%:

C.i. 2 – *“É assim, dentro da nossa família, a seguir á minha mãe, eu sou/fui sempre a referência da família.”*

C.i. 10- *“Sou eu a que está mais perto. Sempre foi assim.”*

C.i. 13 – *“Sou a que estou mais próxima deles.”*

A retribuição/solidariedade surge com 13,3%:

C. i. 1 – *“O meu marido era o meu direito.”*

C i. 15 – *“Eu até disse á doutora que se ela tinha cuidado de mim desde os 16 anos agora é a minha vez.”*

Com 6,7% surge o cuidador que tem uma maior disponibilidade:

C.i. 9 – *“Tenho um bocadinho de maior disponibilidade.”*

Por fim, também com 6,7% surge por decisão própria:

C.i. 11 – “Eu é que tomei a decisão, tive que ser eu a tomar a decisão.”

8.2. Duração e tipos de cuidados prestados

No que concerne à duração e tipos de cuidados prestados, os resultados são os seguintes:

Tabela 14. Duração da prestação de cuidados

Duração	N	%
1 a 3 anos	9	60%
4 a 7 anos	4	26,7%
8 a 11 anos	1	6,7%
+ 11 anos	1	6,7%
Total	15	100%

Em relação à duração da prestação de cuidados verificamos que a mínima é de 1 ano e a máxima se situa nos 17 anos. Ao analisarmos a tabela 14, é possível concluir que maioritariamente os cuidados são realizados entre 1 ano e 3 anos, representando 60%. Seguem-se os cuidados prestados entre os 4 anos e os 7 anos com 26,7%, os cuidados prestados entre os 8 anos e os 11 anos com 6,7% e os cuidados prestados há mais de 11 anos com 6,7. De realçar que a média da prestação de cuidados se situa aproximadamente nos 5 anos (4,6 anos).

Tabela 15. Perceção do cuidador face à prestação de cuidados

	N	%
Bem feitos	15	100%
Total	15	100%

Através da tabela 15 é possível verificar que todos os c.i. consideram que os cuidados prestados ao idoso dependente eram bem executados.

A percentagem deve-se ao facto dos cuidadores terem tido explicações dos profissionais de saúde que ensinaram como é que os cuidados eram corretamente realizados:

C.i. 4 - “Conseguia sabe porquê? As raparigas iam lá e explicavam como fazer porque não podia fazer força.”

C.i. 10 – “Eu até já dei injeções que me ensinaram lá no hospital (...) como eu não podia andar com ela todos os dias, elas ensinaram-me.”

C.i. 11 – “Nós, eu e a minha mãe, fazíamos como nos diziam para fazer. O enfermeiro que lá ia dizia.”

Outros cuidadores afirmaram que faziam o que podiam:

C.i. 1 – “Sinto que faço aquilo que poder.”

C.i. 9 – “Há dias mais complicados. Acho que eram bem feitos.”

C.i. 13 – “Cuidar é coração que ajuda a fazer. Faço o que tenho que fazer.”

Houve também cuidadores que já tinham experiência a cuidar de outro elemento da família dependente:

C.i. 3 – “Eu gostava porque ficava com os meus avós logo de pequena, fui criada com eles. Acompanhei sempre e gosto.”

C.i. 6 - “Sim. Por causa de ter cuidado do meu marido.”

C.i. 12 – “Eu tive os meus pais assim e era eu que os cuidava. Nunca os deixei ir para um lar. Já estava dentro disto há muito tempo.”

Por fim, um cuidador assume essa função pelo facto da profissão que exerce enquanto enfermeiro:

C.i. 2 – “Sim. Mesmo a minha profissão é a área em que trabalho. Trabalho em cuidados continuados (...) só como enfermeira é logico que já tinha experiencia.”

Tabela 16. Prestação de cuidados a outros idosos dependentes

	N	%
Sim	4	26,7%
Não	11	73,3%
Total	15	100%

De acordo com a tabela 16, a maioria dos c.i. afirmaram que não tinham mais idosos dependentes a cargo, representando 73,3%. Porém, 26,7% tinham mais do que um idoso dependente a cargo. Existe um cuidador que tinha o tio a cargo, outro cuidador a mãe e dois cuidadores tinham o pai.

Tabela 17. Tipos de cuidados prestados ao idoso dependente

	Higiene	Vestuário/ Calçado	Alimentação	Medicação	Lazer/ Companhia	Idas ao exterior	Levantar/ Posicionar
C.i.1	X	X	X	X	X	X	X
C.i.2	X	X	X	X	X	X	X
C.i.3	X	X	X	X	X	X	X
C.i.4	X	X	X	X	X	X	X
C.i.5	X	X	X	X	X	X	X
C.i.6	X	X	X	X	X	X	X
C.i.7	X	X	X	X	X	X	X
C.i.8	X	X	X	X	X	-	X
C.i.9	X	X	X	X	X	X	X
C.i.10	-	X	X	X	X	X	X
C.i.11	X	X	X	X	X	X	X
C.i.12	X	X	X	X	X	X	X
C.i.13	-	-	X	X	-	X	-
C.i.14	X	-	-	X	X	X	X
C.i.15	X	X	-	X	X	X	X
Total	13	13	13	15	14	14	14

De acordo com a tabela 17 é possível analisar quais os cuidados que os c.i. prestavam ao idoso quando este estava no domicílio, antes do seu internamento.

Podemos verificar que os c.i. realizavam quase todos os cuidados, com ou sem ajuda de apoio informal e formal, como será analisado mais adiante.

Os cuidados menos prestados eram: a higiene, o vestuário/calçado e a alimentação, uma vez que a prestação de cuidados assim como a sua frequência está diretamente ligada à dependência parcial ou total do idoso dependente, uma vez que apesar de serem cuidados menos frequentes, exigem uma vigilância e ajuda parcial do cuidador enquanto o idoso realiza os cuidados.

Os cuidados que têm maior representatividade é a medicação, uma vez que todos os c.i. afirmaram que eram os responsáveis de dar a medicação ao idoso.

Existe ainda outros cuidados como o lazer/companhia, as idas ao exterior e o levantar/posicionar.

Capítulo 9: Vivências do cuidar

Neste capítulo pretendemos identificar as mudanças no quotidiano do c.i., no plano das dificuldades e das necessidades, decorrentes dos cuidados prestados aos idosos dependentes.

9.1. Dificuldades ao cuidar

No que concerne às dificuldades identificadas pelos c.i., os resultados são os seguintes:

Tabela 18. Perceção do esforço físico e emocional do cuidador informal na prestação de cuidados

	Esforço físico		Esforço emocional	
	N	%	N	%
Sim	13	86,7%	13	86,7%
Não	2	13,3%	2	13,3%
Total	15	100%	15	100%

De acordo com a tabela 18 é possível verificar que a maioria dos c.i. afirmaram que cuidar de um idoso dependente exige um esforço físico e emocional (86,7%).

Em relação ao esforço físico, os cuidadores revelaram sobretudo dores nos braços, pernas, costas e na coluna. Como ilustração complementar dos resultados da tabela selecionamos algumas citações das entrevistas como passamos a citar:

C.i. 1 – *“Num dia doía mais um braço, no outro dia era a perna ou as costas por causa de ajudar.”*

C.i. 2 – *“Muito grande. Dores no corpo sempre porque a minha mãe é pesada e exige uma parte física.”*

C.i. 14 – *“Já não era capaz de o lavar, de o levantar. Já me caiu por duas ou três vezes. Cai e depois o corpo não tem ação para me ajudar a levantar. É complicado.”*

Apenas 13,3% afirmaram não fazerem esforço físico ao cuidar do idoso:

C.i. 15 – *“Nós não olhávamos para isso. Ao fim do dia até as lágrimas me vinham aos olhos. O corpo não doía nada.”*

Em relação ao esforço emocional (86,7%) os sentimentos que os cuidadores revelaram possuir é de nervosismo, solidão, cansaço, depressão, inutilidade, desilusão, tristeza, revolta e ansiedade:

C.i. 7 – *“Sim, muito cansaço. Sobretudo psicológico. Porque eu queria atender aos dois e estava-me a sentir inútil.”*

C.i. 9 – *“Sim. É muito desgastante. Algumas vezes sentia-me sozinha, é uma situação complicada.”*

C.i. 14 – *“Em termos emocionais também. Revoltada comigo porque queria mais e não sou capaz. Não sou capaz de fazer mais.”*

Apenas 13,3% dos cuidadores revelaram não ter sentido nenhum esforço emocional porque se consideram pessoas muito saudáveis emocionalmente:

C.i. 1 – *“Não, estava sempre bem disposta. Eu sempre dizia que não fazia mal.”*

C.i. 2 – *“Considero-me uma pessoa bastante saudável em termos emocional e se calhar muito mais forte do que aquilo que suponha, portanto não tenho problemas desse nível.”*

Tabela 19. Perceção do estado de saúde após assumir o papel de cuidador informal

	N	%
Piorou	10	66,7%
Manteve-se igual	5	33,3%
Total	15	100%

Com base na tabela 19 observamos que 66,7% dos c.i. afirmaram que a sua saúde tem sido prejudicada desde que assumiu o papel de cuidador:

C.i. 3 – *“Então pois. A minha cara... a minha tia tem 57 anos e eu tenho 80. A minha cara está pior que a da minha tia três vezes. As pessoas até me dizem que meto medo. Tenho a minha cara muito diferente do que a que tinha. É 24 horas sobre 24 horas.”*

C.i. 10 – *“Sim. Está-me a prejudicar. Piorou. Está sempre a piorar. Gostava de voltar a ser a pessoa que eu era.”*

C.i. 13 – *“Sim. Principalmente na cabeça. Parte emocional. Está muito complicado, tive que aumentar a dose dos comprimidos porque não me quero ver assim ao pé deles.”*

Com 33,3% identificamos os cuidadores que não consideram que a saúde tivesse sido prejudicada e como justificação apresentaram o facto de a saúde debilitada ser o

reflexo da avançada idade, por se considerarem uma pessoa muito saudável ou porque têm a ajuda de uma terceira pessoa que o auxilia nos cuidados a prestar:

C.i. 1 – *“Já tenho menos força. Mas é da idade.”*

C.i. 2 – *“Não. Sou uma pessoa saudável.”*

C. i. 5 – *“Não, pela ajuda do meu marido. Porque ele fazia a força.”*

Tabela 20. Alteração na vida pessoal do cuidador informal

	N	%
Sim	11	73,3%
Não	4	26,7%
Total	15	100%

Ao analisar a tabela 20 é possível afirmar que a maioria dos cuidadores afirmaram que a sua vida pessoal ficou prejudicada após assumir o papel de c.i., representando 73,3%, sobretudo na própria higiene, viram a sua imagem debilitada, deixaram de ter tempo de descanso, deixaram de ter tempo livre e não usufruiu do seu período de férias:

C.i. 2 – *“Para mim não dá. Eu costumo dizer isto com alguma graça, mas é a verdade e muitas vezes dava por mim com as unhas dos pés tão grandes. Portanto, é uma coisa tão básica, a nossa higiene, e havia alturas em que me deixava para trás.”*

C.i. 9 - *“Sim. O ano passado, por exemplo, não tive férias porque foi na altura em que ela andava pior e não fomos.”*

C.i. 13 – *“Sim, deixei. Deixei de poder descansar mais, estou sempre em alerta. Deixei de estar sossegada. Deixei de viver a minha vida.”*

Em relação ao 26,7% dos cuidadores que não sentiram a sua vida pessoal prejudicada deve-se ao facto de sentirem que é isso que se tem que fazer, porque tinham ajuda de outra pessoa na prestação de cuidados ou tinham sido sempre pessoas de muito trabalho e que nunca se sentiram com necessidade de ter tempo para si:

C.i. 8. – *“Não. Nós temos que estar onde estamos.”*

C.i. 11 – *“Não. Quando precisavam eu ia. E tinha a minha mãe. Se ele tivesse pior telefonava e eu ia.”*

C.i. 15 – *“Não. Nós sempre fomos pessoas de trabalho. Nunca abalamos para lado nenhum. Sempre fomos o governo de casa. Não sinto diferença.”*

Tabela 21. Alteração na vida social e nas relações familiares do cuidador informal

	Vida social		Relações familiares	
	N	%	N	%
Sim	8	53,3%	8	53,3%
Não	7	46,7%	7	46,7%
Total	15	100%	15	100%

De acordo com a tabela 21 concluímos que a maioria dos cuidadores sentem que houve alteração na vida social e nas relações familiares (53,3%).

Em relação à vida social, os cuidadores sentem que ficaram prejudicados, representando 53,3%, afirmando que deixaram de ter tempo para conviver com os amigos, o que fez aumentar o sentimento de isolamento:

C.i. 7 – *“Sim. Entre amizades não acabou, mas deixei de beber café com amigos, de sair um pouco com os amigos, os fins-de-semana acabaram porque tenho que cuidar.”*

C.i. 9 – *“Sim. Nós temos um grupo de motares e nas sextas-feiras vamos jantar com os amigos e tenho que ter aquele alerta. Se me toca a mim ir lá dormir, venho me embora mais cedo para ajudar a deitar. Limita bastante a vida.”*

C.i. 12 – *“Sim. Nunca mais fui a uma festa. Nunca mais fui a uma visita. Estou ali isolada.”*

Por outro lado, 46,7% dos cuidadores afirmaram que a vida social não sofreu alterações porque a prioridade é o idoso dependente, porque estão habituados a ter uma vida social fraca ou reduzida ou porque foram pessoas que trabalharam muito durante a vida e não houve espaço para desenvolver os laços sociais:

C.i. 2 – *“É assim, não sinto isso. Acima de tudo sinto obrigação de tomar conta deles. Portanto, é o que eu penso somente. É uma questão de prioridades. Eles estão doentes e precisam muito e não há hipótese.”*

C.i. 11- *“Não. O meu marido tem pouco tempo e nós somos de poucas saídas. Já estou habituada a isto.”*

C.i. 15 – *“Não, sempre a trabalhar.”*

Em relação às relações familiares, os cuidadores também sentem que houve alterações, representado 53,3%. Os cuidadores afirmaram que ao assumir o papel de c.i. deixaram de ter tempo para se dedicarem ao próprio casamento, que não conseguem ir visitar os filhos e os netos, que prejudicou a relação com os irmãos e que não têm disponibilidade para estarem com os filhos menores de idade:

C.i. 3 – “Quando o meu marido estava no hospital não podia ir visitá-lo porque tinha que cuidar da minha tia.”

C.i. 9 – “Em relação ao marido sinto-me prejudicada, mas ele ajuda bastante e compreende. É cansativo também para ele. É desgastante para todos. Uma pessoa acaba por ter menos paciência uns para os outros.”

C.i. 13 – “Sim, a minha vida principalmente. Porque sou muito pegada com ela. Costumávamos fazer sessões de cinema com a minha filha e agora de andar de um lado para o outro tive que deixar de dar tanta atenção. Ela às vezes revolta-se contra mim porque eu não estou. Compreende, mas sente falta da mãe.”

Os 46,7% dos cuidadores que não sentiram alterações nas relações familiares deve-se ao facto de sentirem que a prioridade é o idoso dependente ou porque não têm nenhuma família próxima com quem possam conviver:

C.i. 8 – “Nós contornamos sempre tudo. Não podemos estar dez minutos, estamos cinco.”

C.i. 11- “Não. O meu marido tem pouco tempo e nós somos de poucas saídas. Já estou habituada a isto.”

C.i. 15 – “Não, sempre a trabalhar.”

Tabela 22. Implicações na atividade profissional do cuidador informal

	N	%
Sim	3	50%
Não	3	50%
Total	6 ¹⁷	100%

Conforme ilustra a tabela 22, 50% dos c.i. consideraram que foram prejudicados no trabalho e que 50% não sentiram esse efeito.

Os 50% dos cuidadores que sentiram que o trabalho ficou prejudicado é porque revelaram que se sentem muito cansados e por isso não conseguem ter o mesmo desempenho profissional ou porque têm que faltar muitas vezes para auxiliar o idoso no domicílio:

C.i. 9 – “Sinto-me mais cansada. Às vezes estou a trabalhar e digo para a minha chefe que estou cansada e ela nota isso.”

¹⁷ Anteriormente, na tabela 6, verificamos que apenas seis cuidadores estavam empregados. Logo, para esta questão foram excluídos os desempregados, os reformados e os reformados por invalidez.

C.i. 13 – *“Por um lado o meu trabalho é seguro, compreendem e eu tenho isenção de horário. Mas não permite evoluir porque ando mais desgastada. A própria qualidade do trabalho fica prejudicada.”*

C.i. 14 – *“Sim, muitas vezes porque eu tenho que faltar muitas vezes. Ou porque ele está doente ou porque preciso de ficar em casa.”*

Os 50% dos cuidadores que afirmaram que não se sentiram prejudicados, apontam como justificação o facto de não poderem sequer pensar em prejudicar as horas de trabalho para não perderem o emprego, outro cuidador referiu que como trabalha na empresa do cônjuge tem flexibilidade no horário de trabalho e existe também um cuidador que não se sente prejudicado, mas admite que sente necessidade de trabalhar menos horas:

C.i. 2 – *“Não senti que me prejudicou. Menos horas se calhar senti a necessidade.”*

Ci. 8 – *“No meu trabalho nunca houve problema porque eu sei que não posso faltar, isso está logo fora de questão.”*

C.i. 11 – *“Não. Como trabalho com o meu marido é mais fácil. Mas se tivesse noutra tipo de trabalho era mais complicado, teria que meter alguns dias de baixa.”*

Tabela 23. Dificuldades económicas sentidas pelo cuidador informal

	N	%
Sim	6	40%
Não	9	60%
Total	15	100%

De acordo com a tabela 23 podemos concluir que a maioria dos c.i. não sente dificuldades económicas, representando 60%. A justificação dada assenta no facto da reforma do idoso chegar para as despesas ou pelo recurso a poupanças que servem para cobrar as despesas do idoso dependente:

C.i.7 – *“(…) tem uma reforma baixa, mas sempre foi uma pessoa que soube gerir tudo e nunca aceitou nada da nossa parte (…) e neste momento a reforma dela é para pagar as despesas dela. A reforma dela é para ela.”*

C.i. 13 – *“Não. Com o dinheiro que eles recebem dá para suportar as despesas. Têm reformas baixas, mas gerem bem. Sempre foram muito controlados.”*

C.i. 15 – *“Até ao ponto de hoje não. Eu ganho pouco e ela também. A sorte é que temos tudo no banco. Poupanças de uma vida. Mas vou tirando, daquenada está seco. Não sinto dificuldades, mas vejo que está a acabar.”*

Os 40% dos cuidadores que afirmaram ter dificuldades económicas é porque a reforma do idoso é baixa e insuficiente, destacando o facto de dois cuidadores revelarem que têm que dividir as contas com os irmãos:

C.i. 1 – *“Ele tem reforma baixa e eu tenho que meter para que não lhe falte aqui nada. Vou indo há medida que vou poupando para chegar as coisas para aqui.”*

C.i. 2 – *“A reforma que o meu pai recebe não chega para os dois, portanto... Pedi aos meus irmãos naturalmente que dessem o que falta. Dividimos entre os três o que falta.”*

C.i. 9 – *“Sim. Eu tenho que pôr e os meus irmãos também porque a reforma da minha mãe é baixa. Entre os três vamos ajudando.”*

Tabela 24. Ajuda financeira recebida pelo cuidador informal

	N	%
Recebe	-	-
Não recebe	15	100%
Total	15	100%

Com base na tabela 24 concluímos que nenhum cuidador recebe ajuda financeira por estar a assumir o papel de cuidador informal.

Tabela 25. Apoio informal e formal recebido pelo cuidador informal

	Apoio informal		Apoio formal	
	N	%	N	%
Recebe	10	66,7%	7	46,7%
Não recebe	5	33,3%	8	53,3%
Total	15	100%	15	100%

Com base na tabela 25 verificamos que o apoio informal é mais notório que o apoio formal.

Em relação ao apoio informal, 66,7% revelaram que tiveram o apoio de alguém próximo que o auxiliou na prestação de cuidados, surgindo a figura da filha, dos irmãos, do marido, do pai, da mãe do filho:

C.i. 8 – *“Sim, do meu pai. Mas em determinados momentos ele ainda lá esteve. Mas eles depois zangam-se.”*

C.i. 9 – *“Dos meus irmãos. Íamos alterando a dormir lá em casa dela. Na higiene, no banho. Íamos fazendo rotativo.”*

C.i. 14 – *“Sim. Do marido. Se não fosse ele não sei como seria.”*

Um facto interessante é que, se anteriormente na tabela 1 foi possível verificar que os cuidadores eram maioritariamente do género feminino, no apoio informal ao c.i. verificamos que este é exercido por um grande número de elementos do género masculino, exercido pelos irmãos, marido, pai e filho (num total de sete respostas) face à figura da mãe e da filha (total de três respostas).

No entanto, 33,3% dos cuidadores referiram que não possuem apoio informal.

Em relação ao apoio formal, 46,7% revelaram ter possuído ajuda de uma equipa de enfermagem, do Serviço de Apoio Domiciliário, de uma equipa da Cáritas e da CVP.

C.i. 1 – *“Ia lá todas as semanas um enfermeiro. Ia medir a tensão, curava a ferida da perna. Enquanto o meu marido pode andar íamos ao posto médico. Quando ele deixou de andar eram eles que iam lá.”*

C.i. 11 – *“Sim. As pessoas da Cáritas.”*

C.i. 13 – *“Tive que ir à Cruz Vermelha de Vila Viçosa pedir para irem fazer a higiene. Ao ajudarem a eles, também me ajudam a mim. É para isso que eles existem. Alivia bastante. Não é o suficiente, mas é grande ajuda.”*

Por outro lado, 53,3% dos c.i. afirmaram que não possuíam apoio formal porque a reforma do idoso dependente era insuficiente para cobrir o pagamento do serviço ou o apoio que tiveram foi um apoio esporádico:

C.i. 3 – *“Não, não. Só ia lá fazer algum penso se eu pedisse a alguém.”*

C.i. 9 – *“(…) mas nunca teve ajuda de profissionais porque nós conseguíamos fazer. Até porque a reforma dela não dava para tanto e ela tem as despesas dela.”*

C.i. 15 – *“Não, só do centro de dia. Mas foi muito pouco tempo.”*

Tabela 26. Sentimento do cuidador informal face ao cuidar do idoso dependente

	N	%
Sente-se bem	15	100%
Não se sente bem	-	-
Total	15	100%

Com base na tabela 26 observamos que todos os cuidadores se sentem bem por ser o responsável de prestar cuidados ao idoso dependente:

C.i. 10 - *“Sinto. Parece que é tudo tão natural.”*

C.i. 14 - *“Sim. Já me sentia com a minha mãe e agora tem que ser com ele.”*

C.i. 15 - *“Sinto. E não sou capaz de pagar por tudo o que ela me fez.”*

Tabela 27. Disponibilidade do cuidador informal para continuar a prestar cuidados no pós-alta

	N	%
Sim	4	26,7%
Não	8	53,3%
Não sabe	3	20%
Total	15	100%

De acordo com a tabela 27 podemos concluir que 53,3% dos cuidadores não estão disponíveis para continuar a prestar cuidados no após alta do idoso na Unidade, afirmando que a sua saúde não permite continuar com essa responsabilidade e porque possuem outro idoso dependente à sua responsabilidade e não conseguem escolher entre os dois:

C.i. 2 - *“Não. É muito difícil para mim ter que escolher um para ficar lá em casa. Portanto nunca seria capaz de fazer isso.”*

C.i. 3 - *“Não posso. Tenho um velho com 90 anos. Nem tenho saúde nem sou capaz. Sinto o coração cansado, até a falar tenho que parar. Não posso.”*

C.i. 13 - *“Não. Nós fazemos as coisas com o coração, mas o cuidado que ele irá precisar é mais profissional. O coração já não é suficiente. Acaba por nos estar a consumir e não resolvemos nada.”*

Cerca de 26,7% dos cuidadores afirmaram que pretendem voltar a assumir essa responsabilidade no pós-alta, mas terá que ser com ajuda:

C.i. 8 - *“Sim, Deus queira que sim. Mas com ajuda.”*

C.i. 14 - *“Sim, tem que ser. Teremos que o levar para casa e fazermos os possíveis e os impossíveis para ele estar bem.”*

C.i. 15 - *“Sim. Se tiver a ajuda do centro de dia. Muita ajuda. Tem que ser com ajuda.”*

Por fim, 20% afirmaram não saber responder porque depende dos cuidados que o idoso precise no pós - alta:

C.i. 7 - *“Ela está pior agora. Quando eu cuidava dela em casa ela ainda andava, neste momento já não. O que é que eu faço assim? Não sei. Tenho que ver o estado em que ela está na altura.”*

C.i. 11 - *“Não sei. Vamos vendo um dia de cada vez.”*

9.2. Necessidades de quem cuida

No que concerne às necessidades identificadas pelos cuidadores, os resultados são os seguintes:

Tabela 28. Avaliação do cuidador informal sobre o suporte informal e formal na prestação de cuidados

	Suporte informal		Suporte formal	
	N	%	N	%
Positivo	13	86,7%	15	100%
Negativo	1	6,7%	-	-
Não sabem	1	6,7%	-	-
Total	15	100%	15	100%

Através da tabela 28 podemos observar que os cuidadores informais consideraram importante o suporte informal (86,7%) e o suporte formal (100%).

Os c.i. que afirmaram ser importante o suporte informal alegaram que a figura de um membro da família, amigos ou vizinhos permite distrair, desabafar, conversar, terem pessoas que os ajudem nas decisões sobre os cuidados ao idoso dependente e é porque assim sabem que existe mais alguém que se preocupa com o idoso e que não estão sozinhos nesta tarefa de cuidar:

C.i. 7 - *“Sim. Nem que seja para o apoio psicológico. Há decisões que nós temos que tomar, e se nós tivermos o apoio de um outro familiar nos sentimos mais confortáveis.”*

C.i. 13 - *“Sim. Porque chegamos a fases da vida em que todos precisamos uns dos outros. É o poder sentir que não estamos sozinhos.”*

C.i. 14 - *“Sim. Sempre distraímos. Sempre vem alguém e falamos. Saímos daquele espaço nem que seja meia hora. É o conversar.”*

Destacamos o facto de haver um cuidador que considera o suporte informal pouco importante porque o ritmo de vida e de trabalho não permite que as pessoas ajudem.

Em relação ao suporte formal verificamos que todos os inquiridos acham muito importante porque ensinam a família, socorrem o c.i., dão segurança, aconselham, dão força, conforto e é o saber que alguém com competências profissionais cuida do idoso dependente, algo de tantos cuidados:

C.i. 2 – *“Eu nos meus utentes e na minha equipa os nossos utentes acabamos por fazer parte da família com muita facilidade. Para nós é o nosso maior motor para continuar, é o reconhecimento da família e dos utentes.”*

C.i. 12 - *“Sim. Elas são muito boas pessoas. Sentia alegria, apoiada e sempre que lá iam davam-me muita força.”*

C.i. 13 - *“Sim. Se existir uma equipa por detrás em que tenhamos confiança e que nos sintamos apoiados nós estamos confortados em como estão bem entregues. Sentimos que eles estão bem e que as coisas são normais, têm o cuidado e a atenção devida. É confortável e liberta-nos.”*

Tabela 29. Avaliação dos cuidadores informais sobre o apoio financeiro na prestação de cuidados

	N	%
Positivo	15	100%
Negativo	-	-
Total	15	100%

De acordo com a tabela 29 verificamos que todos os c.i. consideram que o apoio financeiro é muito importante na prestação de cuidados.

É interessante verificar que apesar de 60% não possuir dificuldades económicas e apenas 40% dos cuidadores afirmarem sentir essas dificuldades (informação obtida na tabela 23), quando questionados sobre a importância do apoio financeiro todos sentiram que é fundamental, uma vez que mesmo não sentindo dificuldades o apoio financeiro torna-se um suporte para todos os c.i. que, muitas vezes, se veem confrontados com a necessidade de gerir bem o dinheiro e os recursos que o idoso necessita.

Para os cuidadores que referiram sentir dificuldades económicas torna-se uma necessidade evidente e urgente, no entanto para os cuidadores que referiram que, de momento, não sentir necessidades económicas é uma forma de não se sentirem apreensivos quanto ao futuro, caso as necessidades do idoso aumente.

Houve um cuidador que referiu ainda que, por vezes, o idoso dependente não tem noção das despesas associadas ao cuidar porque a dependência e a doença exigem muito dinheiro podendo piorar:

C.i. 10 - *“Sim, era. A pessoa que está dependente, muitas vezes, não sabe que precisa desse apoio porque não se apercebe das despesas. Não tem consciência do dinheiro.”*

C.i. 12 - *“Sim. Deviam de olhar mais para eles. Sinto-me revoltada com a situação.”*

C.i. 13 - *“Sim. Bastante. Há doenças que exigem dinheiro e as famílias não conseguem dar capacidade de resposta. Não havendo essa atenção não conseguem. Têm que ver as condições que a família tem para dar resposta a essa pessoa doente.”*

Tabela 30. Opinião dos cuidadores informais sobre a importância das ações de formação

	N	%
Positiva	13	86,7%
Negativa	-	-
Não sabe	2	13,3%
Total	15	100%

Ao analisar a tabela 30 podemos verificar que a maioria dos cuidadores 86,7% consideraram que é importante as ações de formação para melhorar os cuidados prestados ao idoso porque permite tirar dúvidas e ir adaptando os cuidados às novas necessidades do idoso, consoante as indicações prestadas nas formações. Os cuidados afirmaram que assim iriam sentir-se mais preparados, confiantes, apoiados e motivados:

C.i. 7 – *“Todas as formações são importantes. Fiz em Vila Viçosa. Há coisas que pensamos ser de uma forma e afinal são de outra.”*

C.i. 13 - *“Sim. Nunca fui a nenhuma. Nós somos confrontados com uma realidade que vamos conhecendo aos poucos. Nós não estamos preparados para a situação e onde podemos recorrer. Não temos noção de nada. Sentia-me apoiada e motivada em saber que poderia expor as dúvidas e saber mais.”*

C.i. 14 - *“Sim. Sempre falávamos. Cada um dizia aquilo que pensava. Nós cuidamos como sabemos, mais nada.”*

Cerca de 13,3% dos cuidadores não souberam responder porque, apesar da entrevistadora ter explicado o que são ações de formação, estes não souberam expressar a sua opinião.

Tabela 31. Perceção dos cuidadores informais acerca do papel das políticas sociais

	N	%
Positiva	12	80%
Não	-	-
Não sabe	3	20%
Total	15	100%

De acordo com a tabela 31 podemos observar que a maioria dos cuidadores (80%) consideram importantes que as políticas sociais reconheçam o c.i. como um elemento fundamental na prestação de cuidados ao idoso dependente porque sentem-se injustiçados e esquecidos. Existem também cuidadores que dão o exemplo das formações para aumentar as competências do cuidador e mencionaram a realidade social de outro país que apoiam o cuidador do idoso dependente que fica no domicílio a realizar os cuidados e que tem vencimento por isso:

C.i. 2 - *“Não é valorizado de maneira nenhuma. Claro que sim. Eu vejo-me nesta situação e sinto-me um bocadinho injustiçada.”*

C.i. 13 - *“Sim. O cuidador já devia ter sido reconhecido há muitos anos porque ele sempre existiu. É essencial, já deveria ter sido feito. Os verdadeiros cuidadores não são considerados nada, apenas somos a filha do utente. Não temos estatuto. Os direitos dos cuidadores não existem.”*

C.i. 14 - *“Sim. Ali em Badajoz é diferente. Uma pessoa que está a cuidar de uma pessoa idosa tem um ordenado. Cuidar é um trabalho.”*

Cerca de 20% dos cuidadores não souberam responder a esta questão.

Tabela 32. Avaliação dos recursos formais da área de residência do cuidador informal

	N	%
Positiva	3	20%
Negativa	12	80%
Total	15	100%

Conforme a tabela 32, é possível verificar que a maioria dos c.i. (80%) consideraram que os recursos formais da sua área de residência não são suficientes, sendo caros, sem condições ou com vagas muito limitadas ou inexistentes:

C.i. 2 - *“Não. É assim tal como a polícia, precisávamos e ter um polícia e cada esquina. Os que existem alguns já estão velhos e sem condições (...) às vezes os nossos idosos não estão a ser tratados da melhor forma.”*

C.i. 9 - *“Não. O grande problema também é que através da Segurança Social há poucas participações. O privado não pode ser, fica bastante limitado.”*

C.i. 10 - *“Tenho feito inscrições em lares. Estive num lar, mas aquilo era tão pequeno... e assim não. Não gostei. Muito fechado. Depois noutros pedem muito dinheiro, mas ela não pode. Só falam no dinheiro. Os lares aproveitam-se da situação.”*

Porém, houve 20% de cuidadores que afirmaram não ter sentido dificuldade em encontrar uma resposta de acordo com as necessidades do idoso dependente.

Tabela 33. Percepção dos cuidadores informais sobre a RNCCI

	N	%
Positiva	15	100%
Negativa	-	
Total	15	100%

De acordo com a tabela 33 todos os cuidadores consideram que a RNCCI é um bom suporte para quem cuida de um idoso dependente porque apoiam os cuidadores quando os cuidados vão além das suas capacidades ou pela tipologia de descaso de cuidador que permite ao c.i. dispor, durante o período de internamento, de tempo para si. Os cuidadores afirmaram ainda que as equipas multidisciplinares dão apoio às famílias e as instituições possuem melhores condições que os lares em que os idosos estão inscritos:

C.i. 5 - *“Sim. Porque as pessoas têm competências. Dão mais apoio que nos lares.”*

C.i. 6 - *“Muito, acho. Porque vejo que têm o apoio nos cuidados e são muito atenciosos para nós, tanto para os doentes como para as famílias. São ótimas pessoas, enfermeiras, médicos, doutoras, assistentes sociais. Não tenho queixa delas. São muito boas.”*

C.i. 14 - *“Ele aqui gosta. Mesmo o olhar dele está diferente. Mas estive seis meses á espera. Gosto muito. E gostava que fosse para um lar que fosse assim. São espetaculares.”*

Porém, os cuidadores apontam algumas críticas à Rede como o facto do período de descanso do cuidador ser pequeno, de haver poucas vagas e que deveria haver secções consoante o grau de dependência do idoso internado:

C.i. 2 - *“Claro que sim. Tínhamos que ter era mais vagas.”*

Ci. 9 - *“Boa. Tudo em geral está bom. Gosto do pessoal. Só acho que deveria haver secções diferentes porque estão todos misturados.”*

C.i. 13 - *“Sim. Está bem estruturada no sentido das condições, do apoio dos técnicos, todo o que trabalha e envolve o serviço. Mas acho que o descanso do cuidador de três meses por ano é pouco. É muito pouco tempo para um ano inteiro.”*

Tabela 34. Auxílio solicitado pelo cuidador informal

	N	%
Apoio financeiro	3	20%
Lar compartilhado pela Segurança Social	7	46,7%
Maior apoio domiciliário	1	6,7%
Transferência do idoso para uma unidade perto da localidade do cuidador	2	13,3%
Auxílio nas idas a exames	1	6,7%
Nada	1	6,7%
Total	15	100%

Ao analisar a tabela 34 podemos observar qual foi o apoio solicitado pelo c.i. aquando da entrevista. Desde logo que é evidente que o Lar compartilhado pela Segurança Social é quem tem maior percentagem, com 46,7%. Segue-se o apoio financeiro com 20%, a transferência para uma unidade perto do cuidador com 13,3% e, por fim, o maior apoio domiciliário e o auxílio nas idas aos exames com 6,7%. Existe ainda um cuidador que não pediu nada.

Capítulo 10: Análise e discussão dos dados

Na análise e discussão dos dados é possível encontrar os resultados obtidos com recurso ao instrumento de recolha de dados, neste caso a entrevista, para ir ao encontro do objetivo geral e específicos definidos.

O universo em análise é constituído por uma amostra de quinze c.i., cujos idosos dependentes se encontram internados na UCCLDM do Centro Humanitário de Elvas da CVP.

A seleção dos entrevistados foi realizada com base nos critérios que se definiram anteriormente na parte metodológica.



Imagem 2 - Sala de acolhimento

Os resultados apresentados resultam de uma pesquisa realizada entre os meses de abril a julho de 2018 numa sala designada de “*Sala de Acolhimento*” da referida instituição, conforme ilustrado na imagem 2.

Neste capítulo pretende-se também apurar se os dados vão ou não ao encontro com as pesquisas realizadas no âmbito da mesma temática de investigação.

Numa primeira dimensão, relembramos que foram estudadas as características sociodemográficas do cuidador com a finalidade de obter informações acerca do seu género, idade, estado civil, habilitações literárias, profissão, situação no mercado de trabalho, localidade e composição do agregado familiar.

Nesta amostra, como na generalidade dos estudos (Sequeira, 2010; José, Wall & Correia, 2002; Brito, 2002; Andrade, 2009; Figueiredo, 2007; Carvalho, 2015), são as mulheres que assumem maior responsabilidade no cuidar representando 93,3% dos c.i. entrevistados e como refere Carvalho (2015) as questões de género nos cuidados devem-se a culturas, pela organização social, pela política e pela própria ideologia.

Em relação ao género masculino, apesar de autores (Figueiredo, 2007; Romão, Pereira & Gerardo, 2008; Carvalho, 2015) afirmarem que estes estão cada vez mais presentes na prestação de cuidados, o que verificamos é que a nossa amostra tem uma fraca presença de cuidadores homens, representando apenas 6,7%.

Em relação à idade podemos verificar que os nossos dados se aproximam dos estudos realizados ao afirmarem que as idades dos c.i. se situam entre os 45 e os 69 anos (Brito, 2002; Figueiredo, 2007; Sousa, Figueiredo & Cerqueira, 2006), uma vez que a idade mínima se situa nos 38 anos e a idade máxima nos 85 anos, havendo uma maior expressão nas idades compreendidas entre os 41 e os 50 anos com 40% seguindo-se as idades compreendidas entre os 51 e os 60 anos com 20% e estando a média de idade aproximadamente nos 58 anos (57,6 anos). Assim, a maioria c.i. encontram-se com idade compreendidas entre os 41 e os 60 anos, uma vez que se fizermos a junção verificamos que a maioria dos cuidadores (60%) estão nas idades defendidas pelos autores analisados.

Em relação ao estado civil, o papel de c.i é maioritariamente exercido por cuidadores casados representando 66,7%, conforme mencionado na literatura (Brito, 2002; Santos, 2008). Seguem-se os cuidadores em união de facto com 20% e, por último, os cuidadores viúvos com 13,3%.

Em relação às habilitações literárias, apesar da teoria revelar que o c.i. tem baixo nível de escolaridade (Brito, 2002; Carvalho, 2015) o que verificamos é que 33,3% dos cuidadores possuem o ensino secundário, seguindo-se o ensino primário com 26,7%, os cuidadores que possuem do 5º ao 9º ano com 20% e os analfabetos com 13,3%. Destacamos que apenas um cuidador possui o ensino superior com 6,7%.

As profissões dos c.i. vão ao encontro das habilitações, uma vez que não exigem formação específica, representando 20% de doméstica e 6,7% de diversas profissões, havendo apenas 6,7% que possui uma profissão com formação superior, correspondendo ao único c.i. que possui ensino superior.

Em relação à situação laboral atual no mercado de trabalho, os dados apurados não concordam com os estudos efetuados por Brito (2002) e por Santos (2008) que afirmam que os cuidadores não têm emprego remunerado, uma vez que verificamos que na nossa amostra os cuidadores estão empregados (40%) como refere Carvalho (2015) em que as mulheres cuidadoras portuguesas têm que conciliar a vida profissional com a prestação de cuidados aos idosos dependentes. Segue-se os cuidadores reformados com 26,7%, os cuidadores desempregados com 20% e os cuidadores reformados por invalidez com 13,3%.

Realçamos que a percentagem de cuidadores empregados vem concordar com a idade dos c.i., em que 66,7% dos cuidadores estão em idade ativa, sendo esperado que ao analisar a sua situação no mercado de trabalho estes estejam aptos para trabalhar, estando 40% empregados e 20% desempregados. Por outro lado, também verificamos que 33,3% dos cuidadores estão em idade igual ou superior a 65 anos, contribuindo para os 26,7% dos cuidadores que estão reformados.

No que respeita à localidade dos cuidadores são do distrito de Évora e Portalegre, ambas com uma percentagem de 46,7%. Destacamos o facto de um cuidador residir na cidade de Badajoz que se situa fora de Portugal, mas muito próximo da cidade Elvas onde o idoso está internado.

Em relação à composição do agregado familiar podemos concluir que é bastante diferenciada, sendo o mais comum o cuidador que resida com o (s) filho (s) e o cônjuge, com 33,3%. De seguida estão os cuidadores que residem apenas com o cônjuge com 13,3% e com a mesma percentagem estão os que residem com o cônjuge, mas que é o idoso dependente. Por fim, e com igual percentagem de 6,7% surgem todos os outros agregados familiares.

Numa segunda dimensão procurou-se indagar acerca do elo de ligação do cuidador com o idoso, a motivação para assumir o papel de c.i., a duração e os tipos de cuidados prestados.

Em relação à questão *“Qual é o seu grau de parentesco com o idoso?”*, podemos verificar que o que mais se observa é a filial, representando 40%, indo ao encontro da ideia apresentada por Brito (2002, p. 32) que afirma que *“praticamente todos os estudos apontam para o facto de a maioria dos cuidados a idosos dependentes serem prestados pelas filhas.”*

Porém, noutros estudos (Figueiredo, 2007; Sousa, Figueiredo & Cerqueira, 2006; Carvalho, 2015; Andrade, 2009; Santos, 2008) são os cônjuges que constituem o principal suporte na prestação de cuidados, tendo mais horas de assistência, seguindo-se os filhos em segundo. Porém, no nosso estudo estes valores surgem em oposto, representando a relação filial 40% e a conjugal 26,7%.

Nota-se ainda outros graus de parentesco. Como refere Loureiro (2009) e Santos (2008) quando os cuidados são prestados pelos filhos muitos dos trabalhos são divididos com as noras do idoso, representadas no nosso estudo com 13,3%. As sobrinhas também surgem com 13,3% e, por último, a neta com 6,7%. Loureiro (2009) afirma que os irmãos também podem estar envolvidos na prestação de cuidados, mas nesta amostra não têm presença.

Em relação à questão “*A relação com o idoso mudou após a situação de dependência?*” podemos observar que a maioria dos c.i. (86,7%) revelaram que a relação não mudou. Por outro lado, 13,3% dos cuidadores responderam que a relação mudou porque ficou mais afetiva dadas as necessidades do idoso dependente aos seus cuidados, podendo afirmar que a dependência pode aproximar o cuidador ao idoso.

Em relação à questão “*Coabitava com o idoso antes da situação de dependência?*” podemos concluir que a maioria dos c.i. não residiam com o idoso antes da situação de dependência, representando 66,7%, devendo-se ao facto do idoso residir no seu próprio domicílio antes de ser dependente dos cuidados de alguém. Por outro lado, 33,3% dos idosos dependentes coabitavam com o c.i. antes de serem dependentes, devendo-se a constituírem um casal e por um cuidador residir com o idoso na mesma habitação por motivos subjacentes á sua dependência.

Em relação à questão “*Antes do internamento nesta unidade, o idoso coabitava consigo?*” podemos verificar que a maioria dos c.i. não residia com o idoso antes do seu internamento, representando 93,3%, sendo que essa elevada percentagem deve-se ao facto dos idosos terem sido transferidos de outra unidade da Rede, idosos que vieram do seu próprio domicílio e/ou que tenham sido transferidos de uma unidade hospitalar.

Por outro lado, verificamos que apenas um cuidador residia com o idoso antes do internamento na unidade de Elvas, sendo o primeiro contacto com a Rede, indo ao encontro da ideia apresentada por alguns autores (Loureiro, 2009; Brito, 2002; Carvalho, 2015) ao afirmarem que idosos dependentes e cuidadores vivem debaixo do mesmo teto.

Em relação à questão “*Quais as razões que o/a levaram a assumir o papel de cuidador informal?*” podemos concluir que para a maioria dos c.i. foi porque não havia mais ninguém para ocupar esse lugar, representando 53,3%, seguindo-se o facto de ser a pessoa mais próxima do idoso com 20%. Com uma percentagem de 13,3% situa-se a

retribuição/solidariedade indo ao encontro de estudos de Figueiredo (2007) e Carvalho (2015) que defendem que nos meios rurais predomina o sentimento de dever, resultante do respeito e dos laços de afeto como o amor, ternura e afeto pelo idoso. Com uma percentagem de 6,7% situa-se o cuidador que tem uma maior disponibilidade. Também com 6,7% está a decisão própria, contrariando o estudo realizado por Sequeira (2010) que afirma que a decisão própria representa 61% no seu estudo.

Em relação à questão *“Há quanto tempo presta cuidados ao idoso?”* podemos verificar que a mínima é de 1 ano e a máxima se situa nos 17 anos, sendo possível concluir que maioritariamente os cuidados são realizados entre 1 e 3 anos, representando 60%. Segue-se os cuidados prestados entre os 4 anos e os 7 anos com 26,7%, os cuidados prestados entre os 8 anos e os 11 anos com 6,7% e os cuidados prestados há mais de 11 anos com 6,7%. De realçar que a média da prestação de cuidados se situa aproximadamente nos 5 anos (4,6 anos), contrariando a ideia de Carvalho (2015) que afirma que os cuidados prestados aos idosos dependentes são em média de 10 anos.

Em relação à questão *“Considera que os cuidados que prestava ao idoso eram bem executados?”* é possível verificar que todos os c.i. consideraram que os cuidados prestados ao idoso dependente eram bem executados, apesar de Cerqueira (2005) afirmar que a maioria dos cuidadores são pessoas sem formação específica que lhes permita garantir a qualidade dos cuidados nem estão preparados emocionalmente para assumir a prestação das mesmas. A percentagem deve-se ao facto dos c.i. terem tido explicações dos profissionais de saúde que ensinaram como é que os cuidados eram corretamente realizados, de fazerem o que podiam, de terem experiência por cuidar de outro elemento da família dependente e pela profissão que possui enquanto enfermeiro.

Em relação à questão *“Atualmente, é responsável por prestar cuidados a outros idosos?”*, a grande maioria dos c.i. afirmaram que atualmente não têm mais idosos dependentes a cargo, representando 73,3%. Porém, 26,7% tem mais do que um idoso dependente a cargo, nomeadamente o tio, a mãe e o pai.

Em relação à questão *“Que tipos de cuidados prestava ao idoso quando estava no domicílio, antes do seu internamento? Exemplifique.”* podemos verificar que os c.i. realizaram quase todos os cuidados, com ou sem ajuda de apoio informal e formal.

Os cuidados prestados pela amostra são os definidos por Carvalho (2015) como instrumentais ou expressivos. Ou seja, nos cuidados instrumentais realizavam a higiene, o vestuário/calçado e a alimentação, a medicação, as idas ao exterior e o levantar/posicionar. Em relação aos cuidados expressivos realizavam o lazer/companhia, sendo mais centrado no apoio emocional e na companhia.

É importante referir que, apesar de haver cuidados mais frequentes e menos frequentes, os menos frequentes representam as situações em que o idoso possui alguma autonomia, sendo o papel do c.i. apenas de vigilância ou de apoio parcial.

Numa terceira dimensão pretendemos analisar as vivências do cuidar, nomeadamente o que os c.i. identificaram como dificuldades e as necessidades de cuidar o idoso dependente.

Nas dificuldades pretendemos verificar o que os c.i. consideraram como obstáculo e que dificulta a prestação de cuidados, nomeadamente o esforço físico e emocional, o estado de saúde, o tempo para si próprio, a vida social e as relações familiares, a atividade laboral, a nível económico e o apoio informal e formal de que dispõe. Pretende-se também saber se o c.i. se sente bem a realizar esta tarefa e se está disponível para a continuar a realizar no pós-alta do idoso.

Através da questão *“Quando o idoso estava no domicílio, cuidar exigia um esforço físico e emocional?”* foi possível verificar a exigência física e emocional de cuidar de um idoso dependente, sendo o que a literatura designa como sobrecarga.

Em relação ao esforço físico, é possível verificar que a maioria dos c.i. (86,7%) afirmaram que cuidar de um idoso dependente exigia um esforço físico, conforme defendido por Sequeira (2010), Rocha, Vieira & Sena (2008) e Maques, Teixeira & Souza (2012) revelando sobretudo dores musculares nos braços, pernas, costas e na coluna. Apenas 13,3% afirmam não fazerem esforço físico ao cuidar do idoso.

Seguindo a mesma linha, também o esforço emocional é sentido pela maioria dos cuidadores (86,7%). É sobretudo nesta dimensão que autores como Brito (2002), Carvalho (2015), Sequeira (2010) e Rocha, Vieira & Sena (2008) defendem haver maior expressão, sobretudo de depressão. Na nossa amostra os sentimentos que os cuidadores revelaram sentir com maior frequência é de nervosismo, solidão, cansaço, depressão, inutilidade, desilusão, tristeza, revolta e ansiedade. Os c.i. revelaram ainda que, por vezes, para diminuir esses sentimentos auto medicam-se com recurso a psicofármacos. Apenas 13,3% dos cuidadores revelaram não ter sentido nenhum esforço emocional porque se consideram pessoas muito saudáveis emocionalmente.

Se verificámos que os cuidadores afirmaram que a prestação de cuidados ao idoso dependente exigia um esforço físico e emocional, quando questionados sobre *“Pensa que o seu estado de saúde tem piorado desde que está a cuidar o idoso dependente?”* observamos que 66,7% dos c.i. afirmaram que a sua saúde tem sido prejudicada desde que assumiu o papel de cuidador, conforme defendido por Loureiro (2009) e Santos (2008) ao referirem que os c.i. sofrem uma diminuição do sistema imunitário, com maior frequência de doenças infecciosas e um risco elevado de desenvolver doenças

cardiovasculares, problemas respiratórios, distúrbios ao nível do sono e distúrbios músculo-esqueléticos.

Por outro lado, 33,3% não consideraram que a sua saúde tivesse sido prejudicada e como justificação apresentaram o facto da saúde ser o reflexo da avançada idade, por se considerarem uma pessoa muito saudável ou porque têm a ajuda de uma terceira pessoa que o auxilia nos cuidados a prestar.

Em relação à questão *“Considera que dedica demasiado tempo a cuidar do seu familiar e que o tempo é insuficiente para si?”* é possível afirmar que a maioria dos cuidadores afirmaram que a sua vida pessoal ficou prejudicada após assumir o papel de c.i., representando 73,3%, conforme mencionado por George e Gwyther (1986, cit. por Loureiro, 2009) e por Marques, Teixeira & Souza (2012) que afirmam que a falta de tempo disponível para cuidar de si próprio, associado ao facto de se sentir física e psicologicamente condicionado ao idoso, pode contribuir para sentimentos de culpa nesses cuidadores ao pensarem em si próprios. Os cuidadores que afirmaram que a sua vida tinha sido prejudicada justificaram que prejudicou a própria higiene, viram a sua imagem prejudicada, deixaram de ter tempo de descanso, deixaram de ter tempo livre e não usufruem do seu período de férias.

Em relação aos 26,7% dos cuidadores que não sentiram a sua vida pessoal prejudicada deve-se ao facto de sentirem que é isso que se tem que fazer, tinham ajuda de outra pessoa na prestação de cuidados e que tinham sido sempre pessoas de muito trabalho e que nunca se sentiu com necessidade de ter tempo para si.

Porém, não só a vida pessoal dos cuidadores ficou prejudicada, mas também os contactos sociais e familiares que o rodeiam, havendo uma diminuição dos mesmos.

Através da questão *“A sua vida social e relações familiares têm sido prejudicadas desde que está a assumir o papel de cuidador?”* podemos verificar as alterações da vida social e nas relações familiares do c.i.

Em relação à sua vida social, os cuidadores sentem que ficaram prejudicados, representando 53,3%, afirmando que deixaram de ter tempo para conviver com os amigos, o que fez aumentar o sentimento de isolamento, indo ao encontro da ideia defendida por Santos (2008) e por Ramos (2012, p. 24) ao afirmarem que a diminuição do convívio social leva *“ao isolamento e à menor oportunidade de encontrar apoio social.”*, podendo deixar o doente e a família mais vulnerável a perturbações emocionais, perpetuar o estigma da doença e criar problemas para o enfrentamento da doença.

Por outro lado, 46,7% dos cuidadores afirmaram que a vida social não sofreu alterações porque sentem que a prioridade é o idoso dependente, porque estão habituados a ter uma vida social fraca ou reduzida ou porque foram as pessoas que trabalharam muito durante a vida e não houve espaço para desenvolver os laços sociais.

No que respeita às relações familiares, os cuidadores também sentiram que houve alterações, representado 53,3%, como afirma Santos (2008) ao referir que a prestação de cuidados ao idoso deixa muito pouco tempo para o cuidador. Os c.i. alegaram que deixaram de ter tempo para se dedicarem ao próprio casamento, que não conseguem ir visitar os filhos e os netos, que prejudicou a relação com os irmãos e que não têm disponibilidade para estarem com os filhos menores de idade.

Os 46,7% dos cuidadores que não sentiram alterações nas relações familiares deve-se ao facto de sentirem que a prioridade é o idoso dependente ou porque não têm nenhuma família próxima com quem possam conviver, sendo o idoso o único elemento familiar próximo.

Em relação à questão *“Sente que alguma vez o seu trabalho ficou prejudicado desde que é cuidador de um idoso dependente?”* apenas os cuidadores empregados é que responderam à questão e podemos observar que 50% afirmaram que foram prejudicados no trabalho e que os restantes 50% não sentiram esse efeito.

Os 50% dos cuidadores que sentiram que o trabalho ficou prejudicado é porque revelaram que se sentem muito cansados e por isso não conseguem ter a mesma produtividade e que têm que faltar muitas vezes para auxiliar o idoso no domicílio, conforme defendido por Hessel e Kelck (2009, cit. por Carvalho, 2015, p. 254) que afirmam que *“o impacto negativo é particularmente notório no domínio laboral, comprometendo o investimento numa carreira e a progressão profissional”*. Andrade (2009) refere ainda que existem cuidadores que assumem uma *“carreira de cuidadores”* face à necessidade dispensar muito tempo para cuidar do idoso dependente.

Também Sousa, Figueiredo & Cerqueira (2006, p. 70) defendem a ideia mencionada anteriormente ao afirmarem que os cuidadores que têm que dividir o seu tempo entre exercer uma profissão e o tempo despendido ao cuidado com o idoso, implicam alterações no horário de trabalho, sensação de desempenho afetado, atrasos, recusas de promoção e até a possibilidade de desistir da profissão, salientando que a *“a inexistência de estruturas de apoio ou de ajudas informais constitui uma razão suficiente para exigir a cessão da atividade profissional.”*

Os 50% dos cuidadores que afirmaram que não se sentiram prejudicados é porque não podem sequer pensar em prejudicar as horas de trabalho para não perderem o emprego, outro cuidador referiu que como trabalha na empresa do cônjuge tem flexibilidade no horário de trabalho e existe também um cuidador que não se sente prejudicado, mas admite que sente necessidade de trabalhar menos horas.

Em relação à questão *“Tem sentido dificuldades económicas desde que presta cuidados ao idoso?”* podemos concluir que a maioria dos c.i. não sente dificuldades económicas, representando 60%, contrariamente à ideia defendida por autores que

afirmam que a situação de prestação de cuidados é exigente a nível financeiro sobretudo quando existem menores rendimentos e maiores gastos, conduzindo a sobrecarga financeira (José, Wall & Correia, 2002; Sequeira, 2010; Andrade, 2009; Ramos, 2012; Santos (2008). A justificação dada corresponde ao facto da reforma do idoso chegar para as despesas face ao cuidado de que o idoso necessita e porque houve o recurso a poupanças que servem para cobrir as despesas do idoso dependente.

No entanto, é importante mencionar que, apesar dos c.i. afirmarem não sentirem dificuldades económicas, referiram preocupações a esse nível se o idoso tiver que receber maiores cuidados ou se tiver que integrar um Lar, uma vez que poderá aumentar as despesas e a reforma não será suficiente para cobrir esses gastos.

Assim, podemos afirmar que as dificuldades financeiras podem estar ligadas ao grau de dependência do idoso e à duração da prestação de cuidados, uma vez que quanto maior dependência possuir o idoso maiores serão os cuidados necessários e com isso maiores gastos, daí a preocupação dos c.i. que atualmente não têm dificuldades financeiras, mas que com o aumento da dependência do idoso poderão ser afetados por essa dificuldade.

Os 40% dos cuidadores, que corresponderam ter dificuldades económicas é porque a reforma do idoso é baixa e insuficiente, destacando o facto de haver cuidadores que revelaram que têm que dividir as contas com os irmãos para garantir que o idoso dependente tenha todos os recursos disponíveis para assegurar o seu bem-estar.

Em relação à questão *“Usufri de alguma ajuda por estar a cuidar do idoso dependente?”* podemos concluir que nenhum cuidador recebe ajuda financeira por estar a assumir o papel de c.i.

Em relação à questão *“Quando o idoso estava no domicílio, recebia algum apoio de familiar, amigos e/ou vizinhos?”*, que faz referência ao apoio informal, a maioria dos c.i., representando 66,7%, revelaram que tiveram apoio de alguém próximo que o auxiliou na prestação de cuidados, representados na figura de filha, de irmãos, do marido, do pai, da mãe do filho. Para Sequeira (2010) e Araújo, Paúl & Martins (2010) a existência de ajudas representa um efeito protetor para o cuidador porque diminuiu a sobrecarga da prestação de cuidados, sendo um apoio de supervisão e emocional.

Um facto interessante é que se anteriormente verificámos que os cuidadores eram maioritariamente do género feminino, no apoio informal ao cuidador verificamos que é exercido por um grande número de elementos do género masculino, surgindo assim na nossa amostra o cuidador informal secundário.

Apenas 33,3% dos cuidadores afirmaram não contar com nenhum apoio informal, sobretudo porque não têm elementos da família que queiram partilhar a tarefa do cuidar.

Em relação à questão *“Quando o idoso estava no domicílio, recebia auxílio de profissionais de saúde?”*, que faz referência ao apoio formal recebido, apenas 46,7% revelaram ter possuído ajuda de uma equipa de enfermagem, do Serviço de Apoio Domiciliário, de uma equipa da Cáritas e da CVP, conforme defendido por Cerqueira (2005) que afirma que os serviços e apoios aos cuidadores em Portugal são escassos, apesar de se terem desenvolvido o cuidador continua a deparar-se com muitas dificuldades. Araújo, Paúl & Martins (2010) também vão ao encontro da ideia acima mencionada, uma vez que revelam que os apoios formais, embora desenvolvidos, ainda são insuficientes.

Por outro lado, 53,3% não teve apoio formal criando situações de sobrecarga para o cuidador.

Em relação à questão *“Sente-se bem por ser o responsável de prestar cuidados ao idoso dependente?”* podemos observar que todos os cuidadores se sentem bem por ser o responsável de prestar cuidados ao idoso dependente.

Em relação à questão *“Enquanto cuidado, e após a alta do idoso, sente que será capaz de cuidar o idoso?”* podemos concluir que a maioria dos cuidadores (53,3%) não se sentem preparados para continuar a prestar cuidados após a alta do idoso da unidade devendo-se ao facto dos cuidadores afirmarem que a sua saúde não permite continuar com essa responsabilidade e referirem que possuem outro idoso dependente à sua responsabilidade e não conseguem escolher entre os dois.

Cerca de 26,7% dos cuidadores afirmaram que querem voltar a assumir essa responsabilidade no pós-alta, mas terá que ser com ajuda informal ou formal. Por fim, 20% afirmam não saber responder porque depende das novas necessidades que o idoso precise.

De seguida, iremos ilustrar as dificuldades identificadas pelos nossos participantes de forma sintética para o leitor ficar com uma maior perceção.

Figura 5 – Dificuldades identificadas pelos cuidadores informais



De acordo com a figura 5, podemos afirmar que as dificuldades identificadas pelos nossos participantes foram: esforço físico e emocional (86,7%), saúde na generalidade (66,7%), restrição na vida pessoal (73,3%), social e familiar (53,3%), no trabalho (50%) e o insuficiente apoio formal, em que 53,3% afirmaram não receber.

Identificadas as dificuldades dos c.i., passaremos agora a analisar as necessidades que estes percecionaram para atenuar as dificuldades.

Com o reconhecimento das necessidades pretendemos verificar qual a perceção dos cuidadores sobre a importância do suporte informal e formal, o apoio financeiro, as ações de formação para cuidadores e o reconhecimento e desenvolvimento das políticas sociais.

Tem também como objetivo avaliar se os recursos formais da área de residência do cuidador são suficientes, entender a opinião que estes têm sobre a RNCCI e outros auxílios que o c.i. achem pertinentes para aliviar a prestação dos cuidados aos idosos dependentes, uma vez que, segundo Figueiredo (2007) somente com a identificação das necessidades dos cuidadores informais é que os profissionais de saúde e de ação social poderão desenvolver mecanismos que permitam o sucesso dos cuidados e proteção aos cuidadores.

Em relação à questão “*Considera que o suporte familiar, amigos e/ou vizinhos é importante nestas situações?*” podemos observar que os c.i. consideraram importante o suporte informal (86,7%) referindo que é porque permite distrair, desabafar, conversar,

ajudam nas decisões sobre os cuidados ao idoso dependente e é porque assim sabem que existe mais alguém que se preocupa com o idoso e que não estão sozinhos nesta tarefa de cuidar. Destacamos o facto de haver um cuidador que considera o suporte informal pouco importante porque o ritmo de vida e de trabalho não permite que as pessoas ajudem.

Em relação à questão *“Acha importante que os cuidadores desenvolvam um trabalho de parceria com os profissionais para atenuar as dificuldades de cuidar?”* podemos verificar que todos os cuidadores acharam muito importante a parceria com os profissionais porque ensinam a família, socorrem, dão segurança, aconselham, dão força, conforto e é o saberem que alguém com competências profissionais está a cuidar do idoso dependente algo de tantos cuidados, conforme mencionado por Carvalho (2015, p. 255) ao afirmar que o aumento da procura dos serviços institucionais tem sido constante, com particular incidência no Serviço de Apoio Domiciliário, privilegiando-se *“a manutenção das pessoas no seu contexto habitacional de vida, próximo das suas redes sociais.”*

A maioria dos autores (Romão, Pereira & Gerardo, 2008; Araújo, Paúl & Martins, 2010; Sequeira, 2010; Marques, Teixeira & Souza, 2012; Imaginário, 2004) afirmam que é muito importante a complementaridade entre os cuidadores e os serviços formais, sentimento que também é partilhado por todos os c.i. que constituem a nossa amostra.

Em relação à questão *“Relativamente aos apoios financeiros, acha-os importantes para aliviar a carga na prestação de cuidados?”* podemos verificar que todos os c.i. consideraram que o apoio financeiro é muito importante na prestação de cuidados, como refere Ramos (2012) ao afirma que o impacto económico poderia ser mais leve se existisse maior apoio na doença e na dependência.

É interessante verificar que apesar de apenas 40% dos cuidadores afirmarem sentir dificuldades económicas e 60% não possuir essas dificuldades quando questionados sobre a importância do apoio financeiro todos sentiram que constitui uma necessidade.

Assim, podemos concluir que o apoio financeiro surge como uma necessidade urgente e evidente para os c.i. que consideraram sentir dificuldades económicas porque permitia terem um alívio nas despesas do cuidar, mas também é um suporte para os c.i. que não sentem dificuldade financeira, mas que permitia que tivessem oportunidade de acesso a outras respostas dadas as necessidades do idoso. O apoio económico surge como uma necessidade para que o cuidador se sinta menos apreensivo quanto ao futuro.

Em relação à questão *“Na sua opinião, se houvesse ações de formação para os cuidadores os cuidados melhoravam?”* podemos verificar que 86,7% dos cuidadores consideraram que é importante as ações de formação para melhorar os cuidados

prestados ao idoso porque permitia tirar dúvidas e ir adaptando os cuidados às novas necessidades do idoso. Os cuidadores afirmaram que assim iriam sentir-se mais preparados, confiantes, apoiados e motivados.

Segundo Sequeira *et. al.*, (2008), Sequeira (2010), Sousa, Relvas & Mendes (2007) e Marques, Teixeira e Souza (2012) os programas comunitários são responsáveis em grande medida pelas formações aos cuidadores. Estes possuem uma abordagem psicoeducativas que aconselham e são um suporte aos c.i. sendo muito importantes na prestação de cuidados porque ensinam ao cuidador conhecimento sobre a doença, a ter capacidade de intervenção e explicação a problemática de forma a que estes se sintam menos inquietos com a situação, diminuindo as repercussões do cuidar, nomeadamente os medos, ansiedade e culpa.

Sousa, Mendes & Relvas (2007) mencionam como deverão ser compostas as sessões de formação para os cuidadores: devem ter uma duração breve (6 a 8 sessões), sendo útil distribuir folhetos e materiais informativos de modo a que o cuidador fique com a informação e um memorando sobre os assuntos tratados em cada sessão, deve haver o desenvolvimento do ensino de habilidade e estratégias, o grupo deve ser homogéneo não devendo ultrapassar os quatro a oito participantes e devem ser dirigidos por um ou vários profissionais. Refere ainda que estes programas devem ser publicitados nas unidades de saúde e na comunidade em que a atitude dos profissionais é decisiva devendo estar isentos de juízos críticos e ter comportamentos de interesse e de respeito.

Cerca de 13,3% dos cuidadores não souberam responder porque, apesar da entrevistadora ter explicado o que são ações de formação, estes não souberam expressar a sua opinião.

Em relação à questão *“Considera que é importante que as políticas sociais reconheçam o cuidador informal como um elemento fundamental na prestação de cuidados ao idoso dependente?”* podemos observar que a maioria dos cuidadores (80%) acham importantes que as políticas sociais reconheçam o c.i. como um elemento fundamental na prestação de cuidados ao idoso dependente porque sentem-se injustiçados e esquecidos por uma política que não valoriza quem, por vezes, abdica da própria vida para cuidar alguém, sendo a ideia também partilhada por autores como Gil (2010), Carvalho (2015) e José, Wall & Correia (2002).

Carvalho (2013) afirma que é necessário que os c.i. sejam reconhecidos social e publicamente, nomeadamente com uma política que defenda necessidade de contabilizar o tempo que se cuida da família para cálculos de reforma e uma política de formação aos cuidadores gratuita. Afirma ainda que é necessário promover políticas públicas que fomentem a conciliação entre a vida familiar e o trabalho, nomeadamente

“em termos de prestações pecuniária, flexibilidade no trabalho e proteção a todos aqueles que saem do mercado de trabalho, por livre iniciativa, para cuidarem a tempo inteiro e o regresso garantido ao trabalho após interrupção para cuidar.” (p. 109)

Cerca de 20% dos cuidadores não souberam responder á questão.

Em relação à questão *“Considera que os recursos formais existentes na sua área de residência são suficientes?”* é possível verificar que 80% dos c.i. consideram que os recursos formais da sua área de residência não são suficientes, afirmando que eram caros, que não tinham condições e que não há vagas. O facto dos c.i. afirmarem que os recursos formais são insuficientes poderá estar unida à dificuldade identificada anteriormente sobre o facto de haver um insuficiente apoio formal.

Porém, houve 20% de cuidadores que afirmaram não ter tido dificuldade em encontrar uma resposta de acordo com as necessidades do idoso dependente.

Em relação à questão *“Considera que a RNCCI é um bom suporte para quem cuida de um idoso dependente?”*, podemos verificar que todos os cuidadores consideram que a RNCCI é um bom suporte para quem cuida de um idoso dependente afirmando ainda que as equipas multidisciplinares dão apoio às famílias e as instituições são melhores que os lares em que os idosos estão inscritos.

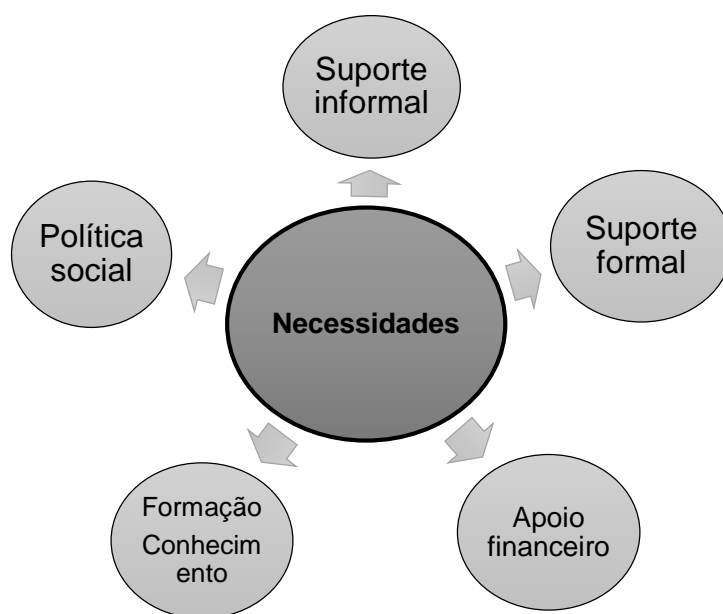
Estudos feitos por Carvalho (2015 p. 261) apontam como motivos para integração na RNCCI o cansaço físico e psicológico, a necessidade de usufruir de férias, a necessidade de apoio em situação de internamento para cirurgia/tratamento hospitalar do cuidador e a existência de outras situações de dependência na família, sendo um serviço é muito vantajoso para o cuidador porque *“liberta-o temporariamente de desgaste associado á responsabilidade assumida, mas também para o idoso que beneficia de serviços de qualidade que lhe permite, em alguns casos, ter ganhos de autonomia.”*

Porém, os cuidadores apontam algumas críticas como o facto do período de descanso do cuidador ser pequeno, de haver poucas vagas e que deveria haver seções consoante o grau de dependência do idoso internado.

Por último, em relação à questão *“Na sua opinião, neste momento e enquanto cuidador, o que lhe faria mais falta?”* tínhamos como objetivo analisar outra necessidade que o c.i. carecesse. Desde logo que é evidente que o Lar participado pela Segurança Social, com 46,7%, seguindo o apoio financeiro com 20%, a transferência para uma unidade perto do cuidador com 13,3% e, por fim, o maior apoio domiciliário e o auxílio nas idas aos exames com 6,7%. Existe ainda um cuidador que não pediu nada.

De seguida iremos ilustrar as necessidades identificadas pelos nossos participantes.

Figura 6 – Necessidades identificadas pelos cuidadores informais



De acordo com a figura 6, podemos identificar como necessidades identificadas pelos nossos participantes: suporte informal (86,7%), suporte formal (100%), apoio financeiro (100%), a formação/conhecimento (86,7%) e o reconhecimento do papel de c.i. através de políticas sociais (80%).

Conclusões

O envelhecimento humano tem vindo a ser alvo de interesse e preocupação por diversas investigações pela conquista de mais anos, mas também pela dependência de cuidados de uma terceira pessoa.

A família surge, num primeiro plano, como cuidadora do idoso dependente, assumindo todas as responsabilidades do cuidar.

Nesse sentido, surge o papel de c.i. que vê a sua vida ser alterada, sendo que o conhecimento desta problemática é fundamental para desenvolver recursos e medidas que permitam diminuir o impacto negativo da prestação de cuidados ao idoso dependente.

O carácter progressivo da doença implica um aumento da dependência, exigindo uma constante adaptação do papel de c.i.

Porém, é importante realçar que a experiência da prestação informal de cuidados não pode ser analisada sob um único padrão, uma vez que cada cuidador irá experienciar o cuidar de forma diferente. Perante a mesma situação, um cuidador pode sentir uma grande sobrecarga enquanto que outro pode-se adaptar com sucesso às exigências do cuidar, dependendo da forma como a pessoa interpreta a mesma situação.

O Serviço Social Gerontológico surge como um campo de atuação muito importante, uma vez que a problemática dos cuidados às pessoas idosas é um tema cada vez mais procurado dada a crescente população idosa, sendo uma área que pode intervir com os cuidadores familiares e com os idosos dependentes.

Tomando este quadro como cenário, o estudo foi desenvolvido num primeiro momento com base numa pesquisa bibliográfica, que permitiu aprofundar a temática, e num segundo momento através de um estudo empírico.

Para desenvolver o trabalho foi solicitada colaboração ao Centro Humanitário de Elvas da CVP para realização de entrevistas aos c.i. da UCCLDM, sendo uma pesquisa realizada entre abril e julho de 2018. O universo em análise é constituído por uma amostra de quinze c.i. de idosos dependentes, sendo selecionada a referida amostra por conveniência.

Para além de se procurar fazer a caracterização da população, pretendeu-se identificar as dificuldades por que passam os c.i. na prestação de cuidados aos idosos dependentes e analisar as necessidades que os cuidadores percecionam para diminuir as dificuldades.

Para além das entrevistas, a observação não participante permitiu analisar o comportamento dos cuidadores informais durante a aplicação das questões e a escuta

atenta foi uma técnica também muito importante para poder apreender os conhecimentos e clarificar os objetivos definidos em cada questão.

Assim, é importante mencionar as principais conclusões a que chegamos.

Em relação à caracterização sociodemográfica dos c.i. são maioritariamente exercidos pelo género feminino, com idade entre os 41 e os 60 anos, casados, que possuem o ensino secundário, empregados, com localização no distrito de Portalegre ou Évora e cujo agregado familiar é constituído pelo filho (s) e o cônjuge.

A relação entre idosos e cuidadores é marcada sobretudo pela relação filial e conjugal, sendo que os cuidadores referiram que a situação de dependência dos idosos não alterou a relação, sendo que se observou que, em alguns casos, a relação ficou mais afetiva. A maioria dos cuidadores e os idosos não coabitavam nem antes da dependência nem antes do internamento na Unidade em Elvas, sendo a coabitação um fator a não considerar neste estudo.

A principal motivação dos cuidadores para assumir o papel foi porque não havia mais ninguém para efetuar os cuidados que são executados maioritariamente entre 1 e 3 anos através de um leque diversificado de cuidados, sendo o mais frequente a administração da medicação, o menos frequente é a higiene, vestuário/calçado e a alimentação. Os cuidadores referiram ainda que consideraram que os cuidados aos idosos eram realizados de forma correta, havendo alguns c.i. que têm mais idosos dependentes a seu cargo.

As dificuldades identificadas pelos c.i. foram ao nível da saúde na generalidade com referência ao nível do esforço físico (dor nos braços, pernas, costas e coluna) e esforço emocional (sentimentos de nervosismo, solidão, cansaço, depressão, inutilidade, desilusão, tristeza, revolta e ansiedade).

Os c.i. exprimiram também dificuldades ao nível das restrições na vida pessoal (deterioração da higiene e imagem, ausência do período de descanso e ausência de férias), na vida social (maior isolamento), nas relações familiares (menos tempo para se dedicar ao casamento, filhos, netos e irmãos) e no trabalho (mais cansaço, menos produtividade e necessidade de trabalhar menos horas).

Por último, os cuidadores expressaram como dificuldade o insuficiente apoio formal, e apesar de haver idosos a usufruírem de apoio de Serviço de Apoio Domiciliário, das Cáritas e da CVP, a maioria dos cuidadores não usufruíram destes serviços sendo que existem cuidadores que refeririam que na sua zona de residência os recursos formais são escassos, são caros, sem condições ou não têm vagas.

De acordo com os autores analisados durante o estudo desta problemática, outras dificuldades apresentadas pelos c.i. são os problemas económicos e o escasso apoio

informal. Porém, e após análise das entrevistas, na nossa amostra não têm tanta expressão.

Relativamente ao apoio informal, a maioria dos cuidadores entrevistados revelaram possuir apoio de um c.i. secundário, que o ajuda na prestação de cuidados ao idoso dependente e que permite atenuar a sobrecarga.

Relativamente às dificuldades económicas, a maioria dos c.i. não consideraram ter problemas económicos porque, até ao momento, as reformas dos idosos são suficientes para cobrir as despesas associadas ao cuidar do idoso dependente, sendo que expressaram preocupação se algum dia o idoso necessitar de maiores cuidados ou tiver que integrar uma resposta de Lar, sendo importante o grau de dependência do idoso mas também a duração da prestação de cuidados um fator a considerar quando são analisadas as dificuldades financeiras dos c.i.

O aumento das dificuldades exige que os c.i. satisfaçam as suas necessidades, sendo fundamental para aliviar os impactos mencionados anteriormente do cuidar de idosos dependentes.

As necessidades identificadas pelos c.i. pretendem-se com o suporte informal uma vez que permite distrair, desabafar, conversar e ajudar nas decisões. O suporte formal surge também como necessidade dando ao cuidador segurança, força e conforto na prestação de cuidados assim como aconselham em como devem realizar melhor os cuidados.

Verificamos também que todos os cuidadores consideram que o apoio financeiro é uma necessidade, sendo considerado uma necessidade que permite alargar as respostas de que o idoso dependente carece ou para melhorar os cuidados de que necessita.

No âmbito das necessidades sociais que o cuidador necessita surge o desenvolvimento das políticas sociais dirigidas ao c.i., uma vez que estes se sentem injustiçados e esquecidos por um sistema que deveria ter em consideração que a sua vida é alterada por ter um idoso dependente à sua responsabilidade. As ações de formação surgem como um exemplo do que deveria ser proporcionado ao cuidador porque permite que estes se sintam preparados, confiantes, apoiados e motivados na continuação da prestação dos cuidados, fomentando a participação da comunidade para evitar o isolamento social.

Como forma de procurar averiguar outra necessidade do cuidador, o Lar participado pela Segurança Social para o idoso dependente surge como principal resposta, uma vez que o cuidador se sente inseguro em relação aos cuidados que os idosos deverão necessitar e este não o poder prestar pelas suas limitações.

Assim, neste contexto, apesar dos c.i. se sentirem bem por prestarem cuidados ao idoso dependente, verificámos a existência de uma preocupação pelo desenvolvimento da doença e dependência do idoso, fazendo com que este necessite de uma resposta definitiva que preste total apoio ao idoso, uma vez que a maioria dos cuidadores revelaram não possuir condições para continuar a prestar cuidados ao idoso dependente no pós-alta.

Os cuidadores referiram que a RNCCI é um suporte essencial para aliviar a prestação de cuidados ao idoso dependente, contudo apontaram críticas e, nesse sentido, deixamos algumas sugestões como o aumento do período de descanso do cuidador, existirem mais vagas e diferentes seções consoante o grau de dependência do idoso.

Após analisarmos o instrumento de natureza qualitativa foi possível destacar que as hipóteses definidas anteriormente são corroboradas com a pesquisa bibliográfica realizada:

- Hipótese 1: A família surge no perfil dos nossos participantes como entidade de primeira linha na prestação dos cuidados ao idoso dependente, uma vez que verificamos que todos os c.i. são membros da família do idoso. Contudo, é importante clarificar que o género feminino é o dominante (93,3%), representado pelas filhas (40%), pela cónjuge (26,7%), pela sobrinha (13,3%), pela nora (13,3%) e pela neta (6,7%).

- Hipótese 2: A população que participou no estudo demonstrou dificuldades a nível do esforço físico e emocional com 86,7%, na restrição na vida pessoal com 73,3%, na restrição na vida social e familiar com 53,3%. Para além das dificuldades acima referidas, os c.i. assumiram também restrição no trabalho com 50% e o insuficiente apoio formal com apenas 43,7% a terem esse apoio. Assim, verificamos que são diversas as repercussões que o cuidador possui, sendo o ato de cuidar de um idoso dependente desgastante em diversos níveis.

- Hipótese 3: No âmbito dos cuidados informais e formais verificamos que os c.i. revelaram ter ajuda de um elemento da rede de suporte informal (66,7%), sendo sobretudo cuidadores secundários do género masculino, mas da rede de suporte formal é menos notório esse apoio (46,7%). No entanto, verificamos que todos os cuidadores consideraram pertinente a complementaridade entre o apoio informal e formal na prestação de cuidados ao idoso dependente. De forma mais ampla, a maioria dos cuidadores (80%) afirmaram que a evolução das políticas destinadas aos c.i. era uma necessidade de forma a serem reconhecidos, nomeadamente através da realização de formações, salientando a importância da troca de conhecimentos entre os cuidadores e os profissionais.

Para terminar este conjunto de reflexões, com carácter conclusivo, importa referir que a realização da dissertação foi muito importante para a nossa formação inicial, o Serviço Social, mas também para o mestrado em que nos encontramos. O estudo foi um desafio e despertou o nosso interesse pela investigação, permitindo um maior desenvolvimento de conhecimentos e a descoberta pelo quotidiano dos cuidadores.

Não se pretende que os resultados deste estudo sejam generalizados para o universo, tanto mais que a utilização da metodologia qualitativa visa, sobretudo, contribuir para o aprofundamento do tema. Neste sentido, acreditamos que conseguimos chegar a alguns dados que constituem pistas de reflexão para o futuro, sobretudo para a análise de um tema que cada vez mais é premente na sociedade portuguesa.

Apesar das diversas investigações sobre esta problemática, é importante continuarmos a investigar sobre o tema apresentado uma vez que cada vez mais os cuidados aos idosos dependentes recaem sobre os c.i. e somente com a identificação dos recursos e medidas é que se pode prevenir as dificuldades de cuidar, sendo fundamental o acompanhamento das condições em que o apoio é prestado, assim como os riscos envolvidos, quer para o cuidador, quer para o idoso.

Bibliografia

Andrade, F. (2009). *O cuidador informal à pessoa idosa dependente em contexto domiciliário: necessidades educativas do cuidador principal*. Dissertação de mestrado não publicada, Universidade do Minho: Instituto da Educação e Psicologia, Braga

Araújo, I; Paúl, C. & Martins, M. (2010). *Cuidar no paradigma da desinstitucionalização: a sustentabilidade do idoso dependente na família*. Revista de Enfermagem, Série 3, nº 2, pp. 45-53. Acedido a 6 de janeiro de 2018 em <http://www.scielo.mec.pt/pdf/ref/vserlIn2/serlIn2a05.pdf>

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

Câmara Municipal de Elvas (s/d). *Localização*. Acedido a 6 de dezembro de 2017 em <http://www.cm-elvas.pt/municipio/concelho/caracterizacao>

Carvalho, M. & Pinto, C. (2014). *Serviço Social: teorias e práticas*. Lisboa: Factor

Carvalho, M. (2013). *Serviço Social no envelhecimento*. Lisboa: Factor

Carvalho, M. (2015). *Serviço Social com Famílias*. Lisboa: Factor

Cerqueira, A. M. M. (2005). *O cuidador e o doente paliativo*. Coimbra: Formasau

Cruz Vermelha Portuguesa (s/d). *Breve historial*. Acedido a 6 de dezembro de 2017 em <http://www.cruzvermelha.pt>

Decreto-Lei nº 101/2006, de 6 de junho. Diário da República, 1º série. A nº 109, 3856. Acedido a 20 de abril de 2016 em <http://www.sg.min-saude.pt/NR/rdonlyres/A110CE46-A607-4BD1-AB82-BE86B31314C3/18627/38563866.pdf>

Direção Geral da Segurança Social (2018). *Proteção Social – Pessoas Idosas*. Acedido a 12 de abril de 2018 em http://www.seg-social.pt/documents/10152/14653624/Guia_Pessoas_Idosas/e39f972b-48a8-4336-a625-a8c6430be6d4

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

Fortin, F. M.; Côte, J. & Fillion, F. (2009). *Fundamentos e etapas do processo de investigação*. Loures: Lusodidacta

Gil, P. A. (2010). *Heróis do quotidiano- dinâmicas familiares na dependência*. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian

Guadalupe, S. (2012). *A intervenção do Serviço Social na Saúde com Famílias e em Redes de Suporte Social*. In Carvalho, M. (Coord), *Serviço Social na Saúde* (pp. 183-185). Lisboa: Pactor

Imaginário, C. (2004). *Idoso dependente em contexto familiar*. Coimbra: Formassau

Instituto da Segurança Social (2017). *Guia Prático- Apoios sociais- Pessoas Idosas*. Acedido a 12 de abril de 2018 em http://www.seg-social.pt/documents/10152/33603/N35_apoios_sociais_idosos/638b6f1a-61f6-4302-bec3-5b28923276cb

Instituto da Segurança Social (2018). *Guia Prático – Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados*. Acedido a 15 de julho de 2018 em http://www.seg-social.pt/documents/10152/27195/N37_rede_nacional_cuidados_continuados_integrados_rncci/f2a042b4-d64f-44e8-8b68-b691c7b5010a

Instituto Nacional Estatística IP (2017). *Estatísticas demográficas 2016*. Edição 2017. Lisboa- Instituto Nacional Estatística. Acedido a 6 de janeiro de 2018 em https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_publicacoes&PUBLICACOESTip_o=ea&PUBLICACOEScolecao=107661&selTab=tab0&xlang=pt

Instituto Nacional de Estatística IP (1994). *Conceito de Índice de Envelhecimento*. In Instituto Nacional de Estatística – Sistema de Metainformação. Acedido a 10 de Setembro de 2017 in <http://smi.ine.pt/Conceito/Detalhes/925>

Instituto Nacional de Estatística IP (1994). *Conceito de Índice de Dependência nos idosos*. In Instituto Nacional de Estatística – Sistema de Metainformação. Acedido a 10 de Setembro de 2017 in <http://smi.ine.pt/Conceito/Detalhes/923>

Instituto Nacional de Estatística IP (2009). *Conceito de População residente*. In Instituto Nacional de Estatística – Sistema de Metainformação. Acedido a 10 de Setembro de 2017 in <http://smi.ine.pt/Conceito/Detalhes/6259>

José, J.; Wall, K. & Correia, S. (2002). *Trabalhar e cuidar de um idoso dependente: problemas e soluções*. Instituto de Ciências Sociais, Universidade de Lisboa, Lisboa

Lage, I & Araújo, O. (2014). *A construção discursiva do cuidador informa a idosos dependentes: percepções, constrangimentos e práticas*. In Fonseca, A. (Coord),

Envelhecimento, Saúde e Doença: novos desafios para a prestação de cuidados a idosos (pp. 221-262). Lisboa: Coisas de Ler

Lemos, A. (2012). *Avaliação das dificuldades dos cuidadores informais de idosos dependentes*. Dissertação de mestrado não publicada, Instituto Politécnico de Bragança, Escola Superior de Saúde, Bragança

Loureiro, V. N. (2009). *A sobrecarga física, emocional e social dos cuidadores informais de idosos com demência*. Dissertação de mestrado não publicada, Universidade Fernando Pessoa. Faculdade de Ciências Humanas e Sociais, Porto

Marques, M; Teixeira, H & Souza, D. (2012). *Cuidadoras informais de Portugal: vivências de cuidar de idosos*. Trab. Educ. Saúde, Rio de Janeiro, Vol. 10, nº 1, pp. 147-159. Acedido a 6 de janeiro de 2018 em <http://www.scielo.br/pdf/tes/v10n1/v10n1a09.pdf>

Oliveira, J. (2005). *Psicologia do Envelhecimento e do Idoso*. Porto: Legis Editora

Paixão, C. (2015). *Desenvolvimento de competências sociais no cuidador informal*. Dissertação de mestrado não publicada, Instituto Politécnico de Portalegre, Portalegre

Quivy, Raymond & Van Campenhoutd, Luc (2003). *Manual de Investigação em Ciências Sociais*. Lisboa: Gradiva

Ramos, P. C. (2012). *Dificuldades e necessidades de cuidadores informais de idosos dependentes da beira-interior*. Dissertação de mestrado não publicada, Universidade da Beira Interior, Faculdade de Ciências da Saúde, Covilhã

Rocha, M; Vieira, M & Sena, R. (2008). *Desvelando o cotidiano dos cuidadores informais de idosos*. Revista Brasileira de Enfermagem, Vol.61, pp. 801-808. Acedido a 6 de janeiro de 2018 em <http://www.scielo.br/pdf/reben/v61n6/a02v61n6.pdf>

Romão, A.; Pereira, A. & Gerardo, F. (2008). *As necessidades dos cuidadores informais- estudo na área do envelhecimento*. Lisboa: Santa Casa da Misericórdia:

Rosa, V.J.M. (2012). *O envelhecimento da sociedade portuguesa*. Lisboa: Fundação Francisco Manuel dos Santos

Santos, D. (2008). *As vivências do cuidador informal na prestação de cuidados ao idoso dependente: um estudo no concelho da Lourinhã*. Dissertação de mestrado não publicada, Universidade Aberta, Lisboa

Sequeira, C. (2007). *Cuidar de idosos dependentes*. Coimbra: Quarteto

Sequeira, C. (2010). *Cuidar de idosos com dependência física e mental*. Lisboa: Lidel Edições Técnicas

Sequeira, C.; Sá, L.; Carvalho, C. J; Pinto, A. J. (2008). *Saúde mental e equilíbrio social*. Porto: Sociedade Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental

Sousa, L.; Figueiredo, D. & Cerqueira, M. (2006). *Envelhecer em família*. Porto: Âmbar

Sousa, L.; Mendes, A. & Relvas, P. A (2007). *Enfrentar a velhice e a doença crónica. Apoio das unidades de saúde e doentes crónicos idosos e suas famílias*. Lisboa: Climepsi Editores

Anexos

Anexo 1- Autorização para a realização do estudo

Ex.^a Senhora Diretora do Centro Humanitário
da Cruz Vermelha Portuguesa de Elvas
Rua António Vitorino Almeida Nº 15
7350-313 Elvas

Eu, Marta Sofia Mosca Pereira, estudante do Mestrado em Gerontologia no Instituto Politécnico de Portalegre, solicito a Vossa Excelência autorização para poder recolher juntos dos cuidadores informais dos vossos utentes, internados na Unidade de Cuidados Continuados de Longa Duração e Manutenção, informação com a finalidade de realizar a dissertação do referido Mestrado, intitulada “Cuidadores Informais: dificuldades ao cuidar e Necessidades de quem Cuida”.

O objetivo geral é analisar as mudanças percecionadas pelos cuidadores informais após assumirem a prestação de cuidados aos idosos dependentes, através de uma entrevista.

A entrevista será agendada com os cuidadores mediante a disponibilidade dos mesmos e da equipa técnica de forma a não interferir com as intervenções dos profissionais e funcionamento da instituição. Assim sendo, como forma de facilitar o local de realização das entrevistas, solicito autorização para realizar as mesmas na sala onde se realizam os acolhimentos, localizada na própria unidade.

Agradeço, desde já, a disponibilidade e fico a aguardar a V. resposta.

Sem outro assunto de momento, apresento os meus melhores cumprimentos.

Portalegre, ____ de _____ de

(Marta Pereira)

(Diretora)

Anexo 2 – Declaração do Consentimento Informado

Consentimento Informado

Instruções

No âmbito de uma investigação para a realização de uma dissertação de Mestrado em Gerontologia pela aluna Marta Sofia Mosca Pereira, estudante no Instituto Politécnico de Portalegre, é solicitado a participação de cuidadores informais de idosos internados para responderem a uma entrevista, conduzida pela estudante acima mencionada que tem como objetivo compreender as necessidades e dificuldades de quem assume o papel de cuidador informal.

Este documento serve para solicitar a sua disponibilidade para a realização de uma entrevista, bem como para esclarecer o objetivo da mesma. Mais se informa e se solicita autorização para a gravação da entrevista em áudio, mediante a utilização de um gravador, de modo a facilitar posteriormente a análise da informação recolhida na entrevista.

Desta forma, o objetivo geral é analisar as mudanças percecionadas pelos cuidadores informais após assumirem a prestação de cuidados aos idosos dependentes.

Garante-se total anonimato e confidencialidade a respeito da informação obtida, sendo esta utilizada unicamente para fins académicos.

A participação neste estudo deve ser totalmente livre e pessoal, respeitando o direito do entrevistado à reserva pessoal no que concerne às questões/temas abordados no decurso da entrevista.

Declaração

Eu, _____, declaro por meio deste termo que concordei em participar no estudo intitulado de “Cuidadores Informais: dificuldades ao cuidar e necessidades de quem cuida”, desenvolvida pela mestranda Marta Sofia Mosca Pereira, a frequentar o Mestrado em Gerontologia do Instituto Politécnico de Portalegre.

Afirmo que aceitei participar por minha livre vontade no âmbito da investigação acima identificada. Fui informado (a), dos objetivos do estudo e a minha colaboração concretizar-se-á pelo fornecimento da informação, no decurso da entrevista. Fui informado(a) de que tenho total liberdade para recusar participar na pesquisa ou abandoná-la no seu decurso e também que será mantido o anonimato e a confidencialidade da informação prestada no âmbito do presente estudo.

Data:

Assinatura do participante:

Anexo 3 – Guião de entrevista

Dimensão	Objetivo (s)	Sub-Dimensão	Questões
Caracterização socio demográfica do cuidador	Compreender o percurso pessoal, escolar, profissional e residencial do cuidador	Género	-
		Idade	1. Qual é a sua idade?
		Estado Civil	2. Qual é o seu estado civil?
		Composição Agregado Familiar	3. Qual é a composição do seu agregado familiar?
		Habilitações Literárias	4. Quais são as suas habilitações literárias?
		Profissão	5. Qual foi/é a sua profissão?
		Situação Profissional Atual	6. Atualmente, qual é a sua situação profissional no mercado de trabalho?
		Residência	7. Qual é a sua localidade?
Relação entre o idoso e o cuidador	Conhecer o tipo de relação com o idoso, as razões que conduziram o cuidar a assumir o papel, analisar a duração e os tipos de cuidados prestados	Elo de ligação	8. Qual é o seu grau de parentesco com o idoso?
			9. A relação com o idoso mudou após a situação de dependência?
			10. Coabitava com o idoso antes da situação de dependência?
			11. Antes do internamento nesta unidade, o idoso coabitava consigo?
		Motivação para a decisão	12. Quais as razões que o/a levaram a assumir o papel de cuidador informal?
		Duração do papel	13. Há quanto tempo presta cuidados ao idoso?
			14. Considera que os cuidados que prestava ao idoso eram bem executados?
			15. Atualmente é responsável por prestar

			cuidados a outros idosos?
		Tipo de cuidados prestados	16. Que tipo de cuidados prestava ao idoso quando estava no domicílio, antes do seu internamento? Exemplifique.
Vivências do cuidar	Perceber quais as mudanças no quotidiano do cuidador informal, no plano das dificuldades e das necessidades, decorrentes dos cuidados prestados aos idosos dependentes	Repercussões no cuidar	17. Quando o idoso estava no domicílio, cuidar exigia um esforço físico e emocional?
			18. Pensa que o seu estado de saúde tem piorado desde que está a cuidar o idoso dependente?
			19. Considera que dedica demasiado tempo a cuidar do seu familiar e que o tempo é insuficiente para si?
			20. A sua vida social e relações familiares têm sido prejudicadas desde que está a assumir o papel de cuidador?
			21. Sente que alguma vez o seu trabalho ficou prejudicado desde que é cuidador de um idoso dependente?
			22. Tem sentido dificuldades económicas desde que presta cuidados ao idoso?
			23. Usufri de alguma ajuda por estar a cuidar de um idoso dependente?
			24. Quando o idoso estava no domicílio, recebia algum apoio de

			familiar, amigo ou vizinhos?
			25. Quando o idoso estava no domicílio, recebia auxílio de profissionais de saúde?
			26. Sente-se bem por ser o responsável de prestar cuidados ao idoso dependente?
			27. Enquanto cuidador, e após a alta do idoso, sente que será capaz de cuidar o idoso?
		Rede de suporte e serviços formais	28. Considera que o suporte da família, amigos e vizinhos é importante nestas situações?
			29. Acha necessário que os cuidadores desenvolvam um trabalho de parceria com os profissionais para atenuar as dificuldades de cuidar?
			30. Relativamente aos apoios financeiros, acha-os importantes para aliviar a carga na prestação de cuidados?
			31. Na sua opinião, se houvesse ações de formação para cuidadores os cuidados melhoravam?
			32. Considera que é importante que as políticas sociais reconheçam o cuidador informal como um elemento fundamental na prestação de cuidados ao idoso dependente?

			33. Considera que os recursos formais existentes na sua área de residência são suficientes?
			34. Considera que a RNCCI é um bom suporte para quem cuida de um idoso dependente?
			35. Na sua opinião, neste momento e enquanto cuidador, o que lhe faria mais falta?

Anexo 4- Tabelas resumo dos resultados das entrevistas aplicadas

• **Dimensão 1: Caracterização Sociodemográfica do cuidador**

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
Género	F	F	F	F	F	F	F	F	F	F	F	F	F	F	M
Idade	85	47	58	78	66	59	42	38	41	60	49	71	43	46	81
Estado Civil	Casada	Casada	Viúva	Casada	Casada	Viúva	Casada	União de facto	Casada	Casada	Casada	Casada	Casada	União de facto	União de facto
Agregado Familiar	Cuidadora + Cônjuge (idoso)	Cuidadora +2 Filhos + Marido	Cuidador + tio + tia (idosa)	Cuidadora + filho + marido (idoso)	Cuidador + marido	Cuidador + 3 netas + 1 nora + sogra (idosa)	Cuidador + marido + cunhado + 2 filhos	Cuidador + marido + 2 filhos	Cuidadora + marido	Cuidadora + marido + filha	Cuidadora + marido + filha (idoso)	Cuidadora + marido (idoso)	Casada + marido + filha	Cuidadora + marido + pai (idoso)	Cuidador + neto + filho + esposa (idosa)
Habilitações Literárias	3º Ano	Licenciada em Enfermagem	2º Ano	Sem escolaridade	9º Ano	Sem escolaridade	12º Ano	12º Ano	12º Ano	12º Ano	9º Ano	4º Ano	12º Ano	6º Ano	4º Ano
Profissão	Doméstica	Enfermeira	Não tem.	Doméstica	Funcionária Pública	Feirante	Nenhuma	Operador de Posto	Assistente Dentista	Nenhuma	Secretária	Empregada rural	Pedreira	Doméstica	Vendedor Ambulante
Situação Profissional Atual	Reformada	Empregada	Reformada por invalidez	Reformada	Reformada por invalidez	Desempregada	Desempregada	Empregada	Empregada	Desempregada	Empregada	Reformada	Empregada	Empregada	Reformada
Residência	Alandroal	Campo Maior	Avis	Elvas	Vila Viçosa	Elvas	Vila Viçosa	Elvas	Campo Maior	Elvas	Vila Viçosa	São Romão	Vila Viçosa	Badajoz (Espanha)	Arraiolos

- **Dimensão 2: Relação entre o idoso e o cuidador**

Pergunta nº 8 – Qual é o seu grau de parentesco com o idoso?		
1	“Esposa.”	Cônjuge.
2	“Filha.”	Filha.
3	“Sou sobrinha.”	Sobrinha.
4	“Esposa.”	Cônjuge.
5	“Filha.”	Filha.
6	“Nora.”	Nora.
7	“Nora.”	Nora.
8	“Neta.”	Neta.
9	“Filha”	Filha.
10	“Sobrinha.”	Sobrinha.
11	“Filha.”	Filha.
12	“Esposa.”	Cônjuge.
13	“Filha.”	Filha.
14	“Filha.”	Filha.
15	“Esposo.”	Cônjuge.
Pergunta nº 9 – A relação com o idoso mudou após a situação de dependência?		
1	<p><i>“O meu marido tinha uns 73 anos quando se prendiam as pernas. Depois fomos a vários médicos. Uns era injeções num lado... outros eram injeções noutra. No fim, agora com 80 anos ele já não saía de casa. Começaram-se a prender as pernas a pouco e pouco e agora já não dá nada. Continuamos bem os dois, damo-nos bem. Somos amigos. Fomos sempre muito amigos. Nada mudou. Ele agora já no fim tinha muito trabalho, mas tudo se fazia. Agora já eu lhe dava de comer porque ele não tinha sensibilidade na mão. Era com uma colher. Com os garfos ele dizia que os garfos não prestavam para nada. Mas eu dizia que era ele que já não tinha habilidade. E eu dava-lhe com a colher e com o</i></p>	Não. Continuou igual.

	<i>garfo e o que era preciso. Ser era para comer pão e queijo eu partia para um prato o pão, os bocadinhos de queijo. Graças a deus, sempre de boa vontade.”</i>	
2	<i>“Eu acho que mudou porque as necessidades são outras e se calhar mudou. Mudou também a forma de expressarmos os nossos sentimentos para com ela. Melhorou. Somos muito mais afetivos porque temos essa necessidade de lhe mostrar o carinho.”</i>	Sim. Melhorou. Mais afetiva.
3	<i>“Esta assim desde que ela veio para a minha casa. Na minha casa está há sete anos. Veio sem comer, sem beber, sem força para abrir a boca para comer, nem se mexia. Andou sempre acamada e em macas com os bombeiros de Sousel, abalava às seis e meia para Portalegre. Depois tentei falar com o médico para mudar de horário porque ela era uma pessoa muito idosa já tinha 81 anos e estava em pele e osso e nunca pensamos... A minha tia vivia em Setúbal em casa de uma senhora onde ela lá trabalhava, estava como sendo da família. Já a vieram até ver. E depois ela teve mal, ficou lá em Setúbal no hospital internada. Depois a Assistente Social, como ela estava muito mal, nunca pensamos que ela sobrevivesse e que ela já tinha feito operação há bexiga, rim e tinha um cancro...muitos problemas. Mas a senhora como teve muitos anos em casa da senhora, então ficou até querer. Lá ia fazer o tratamento que ela já fazia hemodiálise há alguns anos lá em Setúbal, ia de táxi e era perto. Foi aguentando até poder e depois a Segurança Social telefonou lá para a minha casa se havia alguém de família que ela tinha que ir para um lar. Não tinha mais ninguém para a ir visitar e depois eu disse que só eu é que podia ficar com ela. Ia todos os anos de verão á casa da senhora dela e chegava a dormir lá e a senhora vinha a minha casa. Não eramos próximos por causa da distância. A relação com ela... no dia em que veio do hospital de Elvas com alta para aqui as senhoras lá do hospital perguntaram se eu é que era a Joana porque ela gritava muito por mim. Pois então, ela é que estava habituada a mim, sabe o meu nome. Há bocados em que não está bem, mas ainda teve a cantar para mim. Ela pediu para ir para casa, mas eu não posso tenho lá o meu tio. Não mudou, tenho muita pena dela. Sempre convivi com ela, tive as coisas dela na minha casa. Ela não tem ninguém. Era uma pessoa que nunca saía. Foi para aquela casa e vivia só com os patrões. Os outros sobrinhos as pessoas são de longe, uns estão para um lado e outros para outro... às vezes ela ia ver os irmãos, mas nunca conviveu assim com ninguém. Ninguém vem a vê-la. Ela viveu sempre longe.”</i>	Não. Continuou igual.

4	<p><i>“Ele sempre foi muito amigo de trabalhar no campo e nas obras. Depois quando lhe aconteceu esta desgraça... Desde os joelhos até ao pé começaram a aparecer umas manchas e deitavam pus e água por todo o lado. E depois ficou assim sem andar. Também já lhe passaram três AVC`s. Depois foi para o hospital de Elvas e ficou lá. Quando saiu foi para Vila Viçosa e depois foi para a Urra. Depois veio para aqui. Sempre demos bem.”</i></p>	Não. Continuou igual.
5	<p><i>“Ela começou com Alzheimer há três anos. Ficou igual. Só que foi até ela me deixar de conhecer.”</i></p>	Não. Continuou igual.
6	<p><i>“Ela estava a viver no Bairro das Pias com um filho meu, foi ela que o criou. Depois o meu filho juntou-se com uma rapariga, sempre cuidou dela. Ela como ficou viúva faz 15 anos vinha para o cemitério todos os dias e o meu marido trouxe-a aqui para a nossa casa. Eu sempre cuidei dela. Ela varria, ajudava a lavar a loiça. Muito bem. Um dia, em 26 de Natal, estávamos a comer e ela apanhou uma maçã e foi comendo a maçã. Nós ouvimos um barulho e vimo-a já caída fora do passeio, na estrada. Houve um senhor que passou e atropelou-a. Fomos para o hospital com os bombeiros. Tenho fotografias dela. Partiu a clavícula, o braço e teve internada. Depois saiu e foi para casa. Começou a deixar de comer, a acamar. Nós levamos para o hospital outravés. Estava mesmo mal, sem falar. Ficou internada muitos dias. O meu marido já andava muito doente e não podia tratar dela nem dele. Fui á assistente social e tratou-me de tudo. Mandaram-na para Estremoz para a Cruz Vermelha, depois Arronches e eu pedi para vir para aqui.</i></p> <p><i>Mudou a relação porque eu tenho muita pena dela e só quem vem a vê-la e está aos meus cuidados que eu trato de tudo. Tenho muita pena dela e de noite choro por ela. Já me abalou o meu companheiro e isto é muito duro para mim.”</i></p>	Sim. Melhorou. Mais afetiva.
7	<p><i>“ A Inês sempre foi uma pessoa extremamente ativa até aos 76 anos. Sempre cuidou do filho que tem Trissomia 21 e nunca precisou de ninguém. Esteve os seus problemas de saúde, mas estar assim dependente nunca esteve. Desde há um ano para cá que teve um tumor. Fez a cirurgia, teve internada em Évora e a partir daí começou a ficar totalmente dependente. Primeiro teve internada em Évora para meter uma prótese. Depois da prótese veio para casa teve que ser novamente operada para retirarem o tumor. A partir daí foi uma grande queda, parece que a pessoa ativa que era desapareceu. Ficou totalmente dependente. Tivemos que começar a cuidar do Jorge e tive que intercalar entre o Jorge e a Inês. Tenho duas pessoas dependentes. Depois fez os tratamentos da</i></p>	Não. Continuou igual.

	<p><i>radioterapia que foi muito acentuada, e como causa disso partiu uma vertebra. Não sabíamos de nada porque não teve uma queda nem nada, mas partiu. Entretanto começou a fazer quimioterapia também e todos os problemas que ela tinha começou a ficar mais acentuado. Descontrolou tudo. Em dezembro de 2017 teve uma crise de diarreia, que era um dos efeitos secundários da quimioterapia, durante dez dias esteve muito mal e eu tive que ir com ela várias vezes a Évora.</i></p> <p><i>Voltava a ia para casa dela porque eu não tenho onde a meter na minha casa. A partir daí a Inês ficou internada, depois foi para a Unidade de Vila Viçosa e depois veio para aqui em Março.</i></p> <p><i>Nunca tivemos nenhum conflito. O nosso relacionamento continua o mesmo. Entendo e percebo perfeitamente o que ela está a passar. Não afetou nada, continua igual.</i></p>	
8	<p><i>“Ela sempre se mexeu e sempre fez as coisinhas dela. Sempre teve um pouco de dificuldade nas pernas porque ela da cintura para baixo sempre foi muito forte. Entretanto as pernas foram ficando presas e ela cada vez com mais dificuldades em subir as escadas.</i></p> <p><i>Sempre nos demos bem e continuamos igual.”</i></p>	Não. Continuou igual.
9	<p><i>“A minha mãe foi diagnosticada com demência vascular, fez pequenos AVCs que foi matando células do cérebro e ultimamente tem bastantes crises. Tornou-se agressiva. Depois não quer tomar a medicação, nem banho. Tem dias que não fala. Outros dias só chora. Quando está mais embaixo acaba por ter que usar fralda, tem sido complicado. Ela sempre teve umas depressões, mas há uns anos que agravou e como estava a ser já muitas vezes e foi quando se descobriu a demência. Está a ser seguida por um neurologista, está medicada.</i></p> <p><i>Sempre nos demos bem. Quando ela está na fase má todos somos maus para ela porque obrigamos a comer, tomar os medicamentos, o banho. Mas depois esquece-se. Está igual. É complicado, mas nós sabemos que é uma doença. Das ultimas vezes atirou um candeeiro ao meu irmão, depois quer bater.</i></p> <p><i>Depois de descoberto foi para casa com medicação. Mas a medicação deixa de fazer efeito, há alturas em que vamos quase todos os meses ao neurologista para ir ajustando a medicação. Internada nunca ficou, foi através do médico de família que veio para a Rede.”</i></p>	Não. Continuou igual.
10	<p><i>“A minha tia caiu em casa. Nunca teve nada de grave. Vivia sozinha. Eu e as minhas irmãs íamos lá.</i></p> <p><i>Houve um dia em que chegamos lá e ela tinha muita dificuldade em andar e tinha muitas dores. Ela dizia que não tinha acontecido nada e não quis ir ao hospital, para ai em maio do ano passado.</i></p>	Não. Continuou igual.

	<i>Chamei um endireita lá a casa e ela disse que ficou boa, mas no dia a seguir estava igual. Depois consegui lavá-la ao hospital, às urgências. O médico deu-lhe benuron e foi para casa outra vês. Depois veio ao médico de família e mandou-lhe fazer análises e exames. E ela cada vez pior e dizia que não tinha caído. No dia das análises ela não queria ir porque estava mal. Chamamos os bombeiros e fomos para o hospital. O médico mandou fazer um raio x e viu que era o fémur partido porque tinha caído. Ficou internada e foi operada no dia a seguir. Mandaram-na para Vila Viçosa. Sempre nos demos bem, ela é que me criou. Ficou tudo igual. É a mesma coisa.”</i>	
11	<i>“O meu pai começou com o problema da próstata há 8 ou 9 ano e começou a utilizar fraldas. Ele andava normal, gostava de petiscos, de jogar às cartas e de beber. Depois teve pequenos AVCs. Depois teve artroses, mas não quis ser operado. Íamos para Évora. Depois andamos numa neurologista em Évora e ela descobriu uma hidrocefalia. Fui com ele para São José onde era para ser operado em 2013, mas quando o médico o viu disse que ele estava com o AVC e ficou lá no hospital nas urgências. Depois mandaram-no para Évora onde o médico me disse que ele tinha uma paralisia. Fomos para casa. Todos os meses íamos para o hospital. Eu queria que ele viesse para a Rede, mas a minha mãe não queria até ao ano passado. Tratamos das coisas. Sempre nos demos bem. Está tudo igual.”</i>	Não. Continuou tudo igual.
12	<i>“Era uma pessoa sem problemas nenhuns. Há muitos anos passou um AVC e teve quase a morrer em Évora e diziam que ele não recuperava. Mas recuperou e voltou para casa a trabalhar no campo. Mais tarde, teve um enfarte. Veio para Elvas e foi a Lisboa para ser operado ao coração. Depois quando foi operado apareceram os diabetes. Depois começou a andar com feridas num dedo do pé e cortaram-lhe o dedo. Depois tiraram-lhe metade de uma perna. Teve dois meses em Vila Viçosa. Depois começou a fazer fisioterapia á outra perna e começaram a aparecer feridas. Tiraram-lhe a outra perna por causa da inflamação. Agora passou-lhe outro AVC. Desde que ele tirou a primeira perna, há seis anos, que ele começou logo a ficar dependente. Agora está acamado. Sempre nos demos bem, sempre. Continua tudo igual. Ia lá a doutora das Cáritas e dizia que nunca tinha visto um casal sempre bem dispostos, tanto ele como eu. Eu sempre o fazia rir e nunca lá faltou nada.”</i>	Não. Continuou igual.
13	<i>“Sempre foi muito ativo, bastante. Nunca dependeu de nós para nada, fazia tudo ele. Até às compras. Nunca foi de nos andar a ocupar. Entretanto o Alzheimer... Para mim que acompanho</i>	Não. Continuou igual.

	<p><i>todos os dias os meus pais, há mais de três anos que ele começou com a doença. Eu notava na maneira dele, na forma de estar. Mas eu avisava a minha mãe que tinham que ir ao médico porque esta doença é hereditária da família dele. Dos cinco irmãos que teve só um é que não tem porque foi morreu cedo. Eu notava que ele se parava, começou a estar calado, ausente, deixou de falar de bola, andava pouco. Como acompanhei uma tia minha com alzheimer comecei a ver o mesmo padrão. Chamei a atenção á minha mãe, mas nunca aceitaram. A minha mãe só começou a aceitar faz um ano e meio.</i></p> <p><i>Ele começou a ficar isolado em casa, muito perdido.</i></p> <p><i>Sempre nos demos bem. Está tudo igual. Eu é que sofro muito de os ver a descair. Sempre fomos muito chegamos, muito cúmplices.”</i></p>	
14	<p><i>“Era ativo. Depois a minha mãe faleceu e ele entregou-se á bebida. Há quatro anos estava bêbedo, caiu e desde aí ficou assim. Está dependente. A minha mãe faleceu antes de ele cair e ele foi viver comigo. Sempre nos demos bem. Sempre toda a vida andamos sempre juntos. Sempre em casa. Eu ia a comer em casa deles. Próximos. Depois ficou igual. Desde que a minha mãe faleceu que ele mudou um bocadinho, mas está igual.”</i></p>	Não. Continuou igual.
15	<p><i>“Ela foi sempre mulher nº 1. Há dez anos comecei a ver diferente e disse aos meus filhos. Fui a um médico a setúbal com ela, mas antes já tinha ido a um a Évora. O médico disse que era alzheimer. Com a idade tem sido cada vez pior. Depois ela começou a ver que não conseguia fazer as coisas. O meu filho e a minha sobrinha queriam que a metesse no centro de dia, mas eu não queria. Tive internado no hospital e quando voltei ela já estava numa cadeira de rodas no centro de dia. Mas ela não gostava. Mas teve lá ainda 2 anos. Numa consulta a Évora ela ficou logo internada. No dia em que fui busca-la ela caiu no hospital e partiu a cabeça e eu disse que assim não a levava para casa. Como é que eu a curava lá em casa? Depois uma senhora da segurança social meteram-na na cruz vermelha em Estremoz durante cerca de 1 ano. Agora está há um mês aqui.</i></p> <p><i>Sempre nos demos bem. Nada mudou.”</i></p>	Não. Continuou igual.
Pergunta nº 10 – Coabitava com o idoso antes da situação de dependência?		
1	<i>“Sim.”</i>	Sim. São casal.
2	<i>“Não.”</i>	Não. O idoso vivia no próprio domicílio.

3	<i>“Não. Vivia em Setúbal. Ela do hospital de Setúbal ainda foi para casa algum tempo. Depois meteu-se mal foi quando veio para minha casa porque precisava de alguém.”</i>	Não. O idoso vivia no próprio domicílio.
4	<i>“Sempre.”</i>	Sim. São casal.
5	<i>“Não.”</i>	Não. O idoso vivia no próprio domicílio.
6	<i>“Sim.”</i>	Sim. O idoso residia com o cuidador.
7	<i>“Não. Ela só vivia com o filho.”</i>	Não. O idoso vivia no próprio domicílio.
8	<i>“Não. Estava em sua casa.”</i>	Não. O idoso vivia no próprio domicílio.
9	<i>“Não.”</i>	Não. O idoso vivia no próprio domicílio.
10	<i>“Não. Vivia sozinha. Ela nunca teve filhos e o meu tio já morreu.”</i>	Não. O idoso vivia no próprio domicílio.
11	<i>“Não. Já era casada.”</i>	Não. O idoso vivia no próprio domicílio.
12	<i>“Sim. Nem ele podia andar sem mim.”</i>	Sim. São casal.
13	<i>“Não.”</i>	Não. O idoso vivia no próprio domicílio.
14	<i>“Não. Ele viva em casa dele com o meu irmão.”</i>	Não. O idoso vivia no próprio domicílio.
15	<i>“Sim, sempre.”</i>	Sim. São casal.
Pergunta nº 11 – Antes do internamento nesta unidade, o idoso coabitava consigo?		
1	<i>“Na minha casa teve um AVC e ele foi para Évora. Teve um AVC há dois anos no dia 17 de janeiro e ele foi para Évora e teve lá um mês. Ao fim daquele mês mandaram-no para Montemor. Teve em Montemor nem dois meses. Depois de Montemor é que veio para aqui.”</i>	Não. Veio transferido de outra unidade da Rede.
2	<i>“Não.”</i>	Não. Veio transferido de outra unidade da Rede.

3	<i>“Ela veio para minha casa muito doente, quando veio de Setúbal. Depois teve um vírus. Depois teve muito mal até os médicos pensavam que ela não resistia. Estava numa desgraça em Portalegre. Depois o doutor viu que aquilo não estava a correr bem e transferiu-a para o hospital de Elvas. Tinha um problema no coração e era para ser operada, mas como ela não ia resistir desistiram da operação. Não é uma pessoa fácil. Tive logo um esgotamento.”</i>	Não. Veio de uma unidade hospitalar
4	<i>“Não. Estava na Urra.”</i>	Não. Veio transferido de outra unidade da Rede.
5	<i>“Vivia em casa.”</i>	Não. O idoso veio do seu domicílio.
6	<i>“Não porque veio de Arronches.”</i>	Não. Veio transferido de outra unidade da Rede.
7	<i>“Não. Veio de Vila Viçosa logo para aqui.”</i>	Não. Veio transferido de outra unidade da Rede.
8	<i>“Ela antes de vir para aqui ficou acamada mais ou menos oito meses, mas ficou sempre na casa dela.”</i>	Não. O idoso veio do seu domicílio.
9	<i>“Não. Estava em casa dela. Era eu que me deslocava a casa dela. Nós somos três e íamos alterando.”</i>	Não. O idoso veio do seu domicílio.
10	<i>“Não. Veio transferida de Vila Viçosa.”</i>	Não. Veio transferido de outra unidade da Rede.
11	<i>“Não. Eles viviam os dois juntos.”</i>	Não. O idoso veio do próprio domicílio.
12	<i>“Não. Estava na cruz vermelha de Vila Viçosa. Veio transferido.”</i>	Não. Veio transferido de outra unidade da Rede.
13	<i>“Não. Veio do domicílio.”</i>	Não. O idoso veio do seu domicílio.
14	<i>“Sim, estava em minha casa.”</i>	Sim. O idoso veio do domicílio do cuidador, onde reside.
15	<i>“Não. Veio de Estremoz.”</i>	Não. Veio transferido de outra unidade da Rede.
Pergunta nº 12 – Quais as razões que o/a levaram a assumir o papel de cuidador informal?		

1	<i>“O meu marido era o meu direito. Ele tem irmãs e um irmão porque eles eram muitos, mas têm marido. Esse irmão antes vinha nas quartas-feiras comigo, mas agora está a cuidar de uma irmã que lhe morreu o marido e como ele não casou ficou com aquela irmã. Ele vinha nas quartas-feiras, mas agora não pode vir. Vem sempre no sábado ou domingos. Fica a filha da irmã com a irmã.”</i>	Retribuição/Solidariedade.
2	<i>“É assim, dentro da nossa família a seguir há minha mãe eu sou/fui, não sei se por termos de instrução, mas sempre fui a referência da família. Tenho mais dois irmãos, mesmo até na vida pessoal deles, sempre fui a pessoa que os ajudou. Às vezes até em termos económicos e não só em problemas. Depois sou mulher porque eu também acho que tem um bocadinho a ver e depois também porque sou enfermeira e acho que somos um bocadinho penalizados pela nossa profissão.”</i>	Pessoa mais próxima.
3	<i>“ A nossa família nunca foi para lares. Já tratei dos meus avós e dos meus pais acamados os dois ao mesmo tempo. Os meus primos não, ninguém ia ficar. Ninguém aceitava, tudo trabalha. Sou eu a mais próxima e as outras ninguém tem saúde, os meus irmãos é tudo com 80 anos e todos muito doentes. A minha mãe depois faleceu e pude ficar com a minha tia porque se tivesse a minha mãe, que teve dez anos acamada, já não podia. Ainda juntei três anos com o meu pai, os dois acamados. Mais o meu tio...”</i>	Não havia mais ninguém.
4	<i>“Ora porque não tinha ninguém que cuidasse dele senão eu. O meu filho trabalha e nem consegue vir aqui.”</i>	Não havia mais ninguém.
5	<i>“Porque eu sou filha única e tenho essa obrigação com toda a responsabilização que eu possa ter. Sou filha única. Com a ajuda do meu marido.”</i>	Não havia mais ninguém.
6	<i>“Porque não tenho ninguém. Ela estava no poder do meu marido e o meu marido queria ter a sua mãe. Quando o meu marido fechou os olhos continuei eu a cuidar. Não tem mais ninguém. Tinha dois filhos que já faleceram, com o meu marido três. Tem uma filha que é viúva. Só comigo.”</i>	Não havia mais ninguém.
7	<i>“Porque é assim eu desde que a Inês adoeceu eu fazia limpezas a dias. Era um meio de sobrevivência. O meu marido trabalha por conta própria. Logo á partida, assim que ela começou a adoecer eu tive que deixar algumas casas para a poder acompanhar. Ou seja, começou a ter, forçosamente, tempo livre. O meu marido como é o nosso suporte familiar lá em casa a nível financeiro não tinha tempo e não podia. Então tive que ser eu. A família é muito bonita, mas... Nós é que somos sempre a família dela. Não podia deixá-la para trás.”</i>	Não havia mais ninguém.
8	<i>“A enfermeira do centro de saúde ligou-me a dizer que havia a possibilidade de ela vir para aqui para ver se conseguia evoluir em alguma coisa. Não havia mais ninguém para assumir esse papel.”</i>	Não havia mais ninguém.

9	<i>“Tenho um bocadinho de mais disponibilidade porque os meus irmãos trabalham um no supermercado e outro numa bomba de gasolina e para estas reuniões e essas coisas eu consigo ir tratar de alguma coisa.”</i>	Maior disponibilidade.
10	<i>“Ela tem duas irmãs, mas estão longe. Sou eu e as minhas irmãs. Mas quem lá vai mais e está mais em contacto sempre sou eu. Sou a que está mais perto. Sempre foi assim. Eu sempre é que tive atenta a estas coisas deles, mesmo quando o meu tio era vivo e tudo.”</i>	Pessoa mais próxima.
11	<i>“A minha mãe não sabe ler nem escrever. Ela não percebe o que é preciso fazer. O meu irmão é muito afastado. Eu é que tomei a decisão, tive que ser eu a tomar a decisão.”</i>	Por decisão própria.
12	<i>“Tenho que ser eu mesmo. Mão há mais ninguém. Tenho filhos, mas nem vale a pena.”</i>	Não havia mais ninguém.
13	<i>“Porque sou eu que estou cá. Sou a que estou mais próximas deles. Não havia mais ninguém, nem pensar. A minha irmã mora na Covilhã e não pode.”</i>	Pessoa mais próxima.
14	<i>“Porque não tenho mais ninguém. Tinha que ser eu. O meu irmão concordou.”</i>	Não havia mais ninguém.
15	<i>Ela não fala. Assim lá em Estremoz disse que o cuidador era eu. Eu até disse á doutora que se ela tinha cuidado de mim desde os 16 anos e agora é a minha vez.”</i>	Retribuição/Solidariedade
Pergunta nº 13 – Há quanto tempo presta cuidados ao idoso?		
1	<i>“Ora então ele tem 90 anos e tinha ele 73 anos.... Quando ele fez 73 ele já era reformado e fomos viver para um monte. O meu marido estava a cuidar do monte e eu fazia o serviço do monte, a limpeza. O meu marido teve lá até aos 73 anos até agora. Há 17 anos que estamos os dois em casa a viver assim.”</i>	17 anos
2	<i>“Há mais de dois anos. Fez dois anos em Outubro porque a minha mãe teve um AVC e, logo quase em simultâneo, o meu pai começou a ter umas demências. Se calhar já tinha alguns, mas nós não valorizamos muito. Mas nessa altura foi quando a doença dele se começou a manifestar. Foi tudo ao mesmo tempo.”</i>	3 anos
3	<i>“A minha tia veio com 80 ou 81 por isso está a sete anos.”</i>	7 anos
4	<i>“Ele anda em instituições há dois anos. Mais um ano que esteve em casa. Três.”</i>	3 anos
5	<i>“Desde que tem Alzheimer. Há três anos.”</i>	3 anos
6	<i>“Desde que ela está assim. Fez três anos.”</i>	3 anos
7	<i>“Fez um ano em Março quando ela começou a fazer as cirurgias e ficou logo internada.”</i>	1 ano
8	<i>“Desde sempre, mas algo mais grave foi há de um ano.”</i>	1 ano
9	<i>“A minha mãe vai fazer um ano em junho que está aqui. Ai há três anos. Ainda teve dois anos em casa. Depois começou a piorar. Noites que não dormíamos.”</i>	3 anos

10	<i>"Há um ano."</i>	1 ano
11	<i>"Há seis anos. Quando ele andava com o andarilho a Cáritas já ia fazer o apoio. Depois também se tornava mais fácil para a minha mãe porque ele também ajudava."</i>	6 anos
12	<i>"6 anos."</i>	6 anos
13	<i>"Toda a vida os acompanhei. Mas aí a dois anos."</i>	2 anos
14	<i>"Desde que ele caiu. Faz 5 anos em novembro."</i>	5 anos
15	<i>"Para ai uns 8 anos. Ela ainda teve bem dois anos, depois é que foi pior. Quando ela deixou de tomar conta do dinheiro é que vi."</i>	8 anos
Pergunta nº 14 – Considera que os cuidados que prestava ao idoso eram bem executados?		
1	<i>"Sinto que faço aquilo que poder. Por enquanto ainda sou capaz de vir, mas ainda não é sozinha. Tenho que vir com um acompanhante. Já tenho 86 anos, já é difícil. Já estou cansada, mas faço o que posso."</i>	Sim. Fazia o que podia.
2	<i>"Sim. Mesmo a minha profissão é a área em que trabalho. Trabalho com cuidados continuados. Sou coordenadora de uma ECCI. Só como enfermeira é lógico que já tinha experiencia só que estou numa equipa da Rede."</i>	Sim. Pela profissão.
3	<i>"Ah a experiencia... nunca aprendi nem nunca trabalhei nos lares. Eu gostava porque ficava com os meus avós logo de pequena, fui criada com eles. Acompanhei sempre e gosto."</i>	Sim. Experiencia de cuidar de outros membros da família.
4	<i>"Conseguia sabe porquê? As raparigas iam lá e explicavam como fazer porque não podia fazer força."</i>	Sim. Os profissionais de saúde explicavam como fazer.
5	<i>"Faço aquilo que sei, nem sempre será bem feito. Tenho uma filha enfermeira, que não está ao pé de mim, e é com as indicações dela. Quando ela precisava eu ligava."</i>	Sim. Os profissionais de saúde explicavam como fazer.
6	<i>"Sim. Por causa de ter cuidado do meu marido. Ela já andava cansada porque afetou-lhe muito a morte do marido, quatro netos que faleceram. Agora faleceu outro filho. Ela já andava muito deprimida e nós dávamos muito apoio, não a deixava-mos ir sozinha para o cemitério porque tínhamos medo."</i>	Sim. Experiencia de cuidar de outros membros da família
7	<i>"Eu cuidei dela até poder. Mas quando ela chegou aquela situação em que ficou com os efeitos secundários da quimioterapia, que eu já tinha sido alertada pelo médico. Eu não tinha capacidade</i>	Sim. Fazia o que podia.

	<i>para resolver aquilo. Tive que procurar ajuda médica. Nunca me senti incapacitada para cuidar dela. Agora tudo o que envolver doença. Há coisas que eu não sei...</i>	
8	<i>"Lá em casa ela estava sempre deitada porque ela é uma pessoa muito forte. Nem a conseguia levantar. Eu fiz porque se tem que fazer. Acho que eram bem feitos porque ela nunca teve assada, sempre esteve tudo bem. Mas depois com o apoio do lar facilitou muito. Mas se eu lá tivesse á tarde, e as senhoras tivessem lá estado de manhã, eu tinha que a mudar."</i>	Sim. Os profissionais de saúde explicavam como fazer.
9	<i>"Experiencia não tenho. Ela ainda consegue ir ajudando. Há dias mais complicados. Acho que eram bem feitos. Eu brigava sempre com ela quando ela não queria tomar banho."</i>	Sim. Fazia o que podia.
10	<i>"Os cuidados eram normais. Experiência com pessoas doentes nunca tive. Eu até já dei injeções que me ensinaram lá no hospital por causa da minha sogra. Como eu não podia andar com ela todos os dias, elas ensinaram-me. Não é nada de especial. Eram bem feitos."</i>	Sim. Os profissionais de saúde explicavam como fazer.
11	<i>"Nós, eu e a minha mãe, fazíamos como nos diziam para fazer. O enfermeiro que lá ia dizia. Mas elas quando lá iam também faziam muita coisa. A minha mãe tinha tudo arranjado e elas arranjavam-no."</i>	Sim. Os profissionais de saúde explicavam como fazer.
12	<i>"Era tudo eu. Era bem feitos. Também lá iam duas enfermeiras duas vezes por semana e viam que eu tinha condições para tratar do meu marido. Eu é que dava a medicação. Foram elas que me disseram que era melhor ele ir para o descanso do cuidador em Vila Viçosa por causa de mim. Mas ele começou a ficar cada vez pior e veio para aqui. Eu tenho tido muitas complicações. Eu tive os meus pais assim e era eu que os cuidava. Nunca os deixei ir para um lar. Já estava dentro disto há muito tempo."</i>	Sim. Experiencia de cuidar de outros membros da família.
13	<i>"Sim. Entre as duas, mas é muito desgastante. Não se aprende. Cuidar é coração que ajuda a fazer. Faço o que tenho que fazer. Tantas vezes que foi mudar a fralda. Faço por vontade própria."</i>	Sim. Fazia o que podia.
14	<i>"Eu acho que sim. Aprender não aprendi, mas temos que ir vendo como nos desenrascarmos. A mãe da minha nora trabalha num lar e ao princípio pedi e paguei para ela ir tratar dele para eu me orientar. Aconselhei-me com ela. Ao princípio de ele ir para minha casa ia ela de manha a lava-lo e a vestir para eu poder aprender. Depois acabamos por ficar eu a tomar conta dele."</i>	Sim. Os profissionais explicavam como fazer.
15	<i>"Sim. Faço o que posso e o que sei."</i>	Sim. Fazia o que podia.
Pergunta nº 15 – Atualmente, é responsável por prestar cuidados a outros idosos?		
1	<i>"Só o meu marido. Eu estou a viver sozinha."</i>	Não.
2	<i>"Sim. Do pai."</i>	Sim. Do pai.

3	“O meu tio. Não tem filhos, não tem ninguém. Está encarregue a mim. Está na minha casa. Tem 92 anos. Aos 70 e tal anos veio para casa dos meus pais, os meus pais faleceram e eu fiquei com ele.”	Sim. Do tio.
4	“Não.”	Não.
5	“Não. Só á minha mãe. E foi também ao meu pai. Ele faleceu há seis anos, começou a degradar-se cada vez mais. Ela viveu a doença dele toda em casa sozinha com ele. Era ela que cuidava dele, mas quando ele ficou acamado foi quando eu o trouxe para o meu rés/chão. Era ela e eu. Eu com a ajuda dela e ela com a minha ajuda.”	Não.
6	“Não.”	Não.
7	Sim. O meu pai. Também teve um AVC há uma no atrás com 83 anos. Está totalmente dependente. O lado direito ficou completamente afetado. Só que neste caso somos três irmãs e aí já tenho o auxílio e o apoio das minhas irmãs. O caso da Inês sou só eu.”	Sim. O pai.
8	“Não, só a minha avó.”	Não.
9	“Não.”	Não.
10	“Não. A última é ela.”	Não.
11	“Não. Mas já prestei á minha sogra.”	Não.
12	“Não.”	Não.
13	“Sim, a mãe.”	Sim. A mãe.
14	“Não.”	Não.
15	“Não.”	Não.
	Pergunta nº 16 – Que tipos de cuidados prestava ao idoso quando estava no domicílio, antes do seu internamento? Exemplifique.	
1	“Ele acordava de manha e depois eu ia para ele se levantar. Ele sentava-se na cama e eu ajudava-o. A minha casa de banho está dentro do meu quarto e ele vinha agarrado à barra da cama, de pé, e eu fazia a higiene todos os dias. Sempre. Depois vinha e sentava-o na cama e já estava lavadinho e arranjadinho e eu vestia-o. Ao princípio ele ainda comia da mão dele. Depois eram os garfos que não espetavam, ele não tinha habilidade. Depois sentávamo-nos à mesa e eu dava-lhe de comer, partia-lhe a fruta e ele lá comia. De manhã tinha um comprimido que era para a tensão. Escrevia em todas as caixas e depois orientava tudo com o meu marido. Às consultas que eram mais longe, na aldeia, ia eu ou a minha filha. Tadinho, que ela esta também a trabalhar e o marido teve um acidente de trabalho e não pode trabalhar.”	Levantar/posicionar. Higiene. Vestuário/calçado. Alimentação. Medicação. Lazer/Companhia. Idas ao exterior

2	<p><i>“Ela comigo no domicílio nunca esteve. Teve em períodos de férias daqui, no natal. Só teve na minha casa em períodos que eu a levei para passa-lo em casa, por minha iniciativa. Fazia de tudo. Com alguma ajuda porque a higiene ou o banho na cama sou capaz de fazer por causa da experiência que tenho. Com os dois assim não sou capaz. Tenho muita pena de dizer isto porque era um dos meus objetivos, mas é impossível. Fisicamente e psicologicamente. Não consigo porque primeiro há a razão económica porque o meu pai tem uma reforma baixa e a minha mãe não tem nenhuma reforma. Eu levá-los para casa, seja para a minha seja para a deles, pressuponha ter que meter uma pessoa ou duas. Deixar de trabalhar está completamente fora de questão porque não posso fazer. E é assim, em princípio achava que contava com a ajuda de alguns familiares, consegui fazer essa gestão. Mas com o passar do tempo as pessoas vão-se distanciando e mesmo nestes períodos em que levei os meus pais para minha casa, a ultima vez foi no natal, já eram muitas escassas as ajudas. Eu já tinha a minha mãe em casa com o meu pai doente, mas ele conseguia dar alguma ajuda. Não estava tão dependente como está agora.”</i></p>	<p>Levantar/posicionar. Higiene. Vestuário/calçado. Alimentação. Medicação. Lazer/Companhia. Idas ao exterior</p>
3	<p><i>“Eu dormia com ela na mesma cama. Dava-lhe o iogurte, o comer todo passado devagar. Depois ficou melhor e já quis ir comer na cozinha. Depois ela caía muito, estava sempre a fazer penso, já ela tinha o problema na cabeça. Andou sempre em macas a fazer tratamento com os bombeiros de Sousel, não foram os de Avis.</i></p> <p><i>A minha tia acordava, ela tava sempre acordada não deixa dormir os vizinhos ao lado. Ela gritava noites inteiras. Depois de manhã quer dormir. Ou de manhã ou à noite dava-lhe banho dentro do polibã. Eu desprezava o meu marido para dormir com a minha tia.</i></p>	<p>Levantar/posicionar. Higiene. Vestuário/calçado. Alimentação. Medicação. Lazer/Companhia. Idas ao exterior</p>
4	<p><i>“Tudo. Mas o banho era só na cama porque eu não era capaz de o levantar, nem pensar. E agora muito menos.”</i></p>	<p>Levantar/posicionar. Higiene. Vestuário/calçado. Alimentação. Medicação. Lazer/Companhia. Idas ao exterior</p>
5	<p><i>“Tudo o que era preciso.”</i></p>	<p>Levantar/posicionar. Higiene. Vestuário/calçado. Alimentação. Medicação. Lazer/Companhia. Idas ao exterior</p>

6	<p><i>“Fazia tudo. Comer, lavava, dar banho. Desde que ela teve o acidente que não fez mais nada. Tudo.”</i></p>	<p>Levantar/posicionar. Higiene. Vestuário/calçado. Alimentação. Medicação. Lazer/Companhia. Idas ao exterior</p>
7	<p><i>“Desde de levantá-la... Levantava-a, dava-lhe banho, fazia a higiene diária. Depois metia-a no sofá ou na cadeira. Dava-lhe o pequeno-almoço e a medicação. Depois se quisesse ir á casa de banho eu tinha que ir com ela.</i></p> <p><i>Depois á noite ia para minha casa fazer o jantar. O meu marido chegava e apanhava o comer para ela jantar, enquanto eu ficava a cuidar do Jorge que chegava da Cerci. Depois vinha ele para jantar e eu ia deitá-la. Isto foi ainda uma boa temporada. Foi uma fase muito complicada.</i></p> <p><i>Fazia tudo porque tinha medo que ela caísse, e com a vertebra partida era ainda pior.”</i></p>	<p>Levantar/posicionar. Higiene. Vestuário/calçado. Alimentação. Medicação. Lazer/Companhia. Idas ao exterior</p>
8	<p><i>“O lar fazia quase tudo. Mas antes fazia muita coisa. O meu pai às vezes também ia lá. Havia dias em que eu não podia ir porque também tenho duas filhas para cuidar. As idas ao médico, normalmente, ia o meu pai ou a senhora do lar porque se for um filho pode pedir uma justificação para o trabalho, mas se for uma neta já não passam justificação. Ia lá a ter depois quando saísse do trabalho.”</i></p>	<p>Levantar/posicionar. Higiene. Vestuário/calçado. Alimentação. Medicação. Lazer/Companhia.</p>
9	<p><i>“Dormia lá na noite em que me tocava a mim. Depois de manhã levantava-a, dava o banho, o pequeno-almoço, ajudar a vestir, comprimidos e deixá-la preparada para ir para o centro de dia. Normalmente idas ao médico também sou eu.</i></p> <p><i>Quando ela vinha de lá dava o jantar, fazia a higiene, ajudar a deitar. Durante a noite temos que a ajudar a ir á casa de banho.”</i></p>	<p>Levantar/posicionar. Higiene. Vestuário/calçado. Alimentação. Medicação. Lazer/Companhia. Idas ao exterior</p>
10	<p><i>“Ela a higiene vai fazendo, mas tem que ter sempre alguém ao pé. Sou tudo eu. As idas ao médico pedia ao meu marido e ele ia comigo para me dar apoio. Eu é que sempre a levei ao médico, eu é que a levei sempre a todo o lado.</i></p> <p><i>A casa dela não tem condições para ficar lá outras pessoas, nem eu tenho condições para ela lá estar.”</i></p>	<p>Levantar/posicionar. Vestuário/calçado. Alimentação. Medicação. Lazer/Companhia. Idas ao exterior</p>

11	<i>“Faço tudo, mas com a ajuda da minha mãe. Não faço nada sozinha. Só quando ela esteve no hospital é que fui lá para casa e fiz eu. Mas tenho sempre a ajuda dela.”</i>	Levantar/posicionar. Higiene. Vestuário/calçado. Alimentação. Medicação. Lazer/Companhia. Idas ao exterior
12	<i>“As enfermeiras vinham já tarde e se fosse preciso eu fazia a higiene e não estava a espera. Lavava, dava-lhe a medicação, o pequeno-almoço. Elas depois quando chegavam faziam higiene mais a fundo na cama. Nos fins-de-semana era tudo eu porque elas não iam. Era sempre eu. Sempre o acompanhei.”</i>	Levantar/posicionar. Higiene. Vestuário/calçado. Alimentação. Medicação. Lazer/Companhia. Idas ao exterior
13	<i>“Tudo. Ando sempre no meio dos dois. Mas tenho muito o apoio da minha mãe. Ela ainda faz a comida, é o pouco que pode fazer. Mas cada vez pode menos. Ia lá todos os dias o apoio domiciliário. Ia a organizar as coisas, medicamentos, consultas. Agora já não fazia tanto a higiene porque ia lá o apoio, mas continuava a mudar as fraldas nos intervalos.”</i>	Alimentação. Medicação. Idas ao exterior.
14	<i>“Eu com a ajuda do meu marido e do meu irmão damos banhos e ajudamos a vestir. Todos os dias. Dou banho. Ele come sozinho, mas precisamos estar ali a dizer para apanhar bem a colher. Eu não o deixo parar. Se pusermos a roupa ele veste-se. Mas temos que estar ali a ver. Levanta-o da cama, a companhia idas ao médico. Tudo eu, não temos mais ninguém.”</i>	Levantar/posicionar. Higiene. Lazer/Companhia. Idas ao exterior.
15	<i>“No centro de dia iam lá a lavá-la, mas eu também dava quando se sujava ou assim. Iam duas vezes, de manhã e de tarde. Mas eu tanta vez que fiz. Vestia e calçava. Ela ainda conseguia comer sozinha, companhia de carro. Tudo sempre eu. Sempre fui capaz de lhe mudar com um carrinho.”</i>	Levantar/Posicionar. Higiene. Vestuário/Calçado. Lazer/Companhia. Idas ao exterior.

• **Dimensão 3: Vivências do cuidar**

	Pergunta nº 17 – Quando o idoso estava no domicílio, cuidar exigia um esforço físico e emocional?	
1	<p><i>“Olha fazíamos assim, ajudávamo-nos entre os dois no que ele podia. Agora já ele tinha duas canadianas. Primeiro era só uma bengala. Agora já era na canadiana que se apoiava melhor. Antes eu era mais nova. Num dia doía mais um braço, no outro dia era a perna ou as costas por causa de ajudar. Tinha que se fazer as coisas.</i></p> <p><i>Não, estava sempre bem-disposta. Eu sempre dizia que não fazia mal. Às vezes ele não tinha tempo de ir à casa de banho, mas dizia-lhe que não fazia mal nenhum. Havia muita água para limpar. A minha filha no inverno ia lá ajudar a deitá-lo porque uma fazia de um lado e uma de outro para ele não estar tanto tempo ao frio. Aquecíamos um aquecedor a óleo e metíamos a roupa dele encima do aquecedor.”</i></p>	<p>Físico - sim. Dores nos braços, pernas e costas. Emocional – Não. Espírito muito positivo e gosta de ajudar.</p>
2	<p><i>“Muito grande. Dores no corpo sempre porque a minha mãe é pesada e exige uma parte física. Por outro lado eu na minha casa consegui arranjar um escritório que tínhamos e fiz um quarto para os dois porque tenho só uma cama articulada porque em termos económicos não se consegue tudo e consegui comprar uma cama articulada. E eu para poder estar perto, isto no resto-chão da minha casa, durmo no sofá. Durmo no sofá por períodos porque a minha mãe precisa que se vá posicionar. De três em três horas durante a noite eu tinha que me levantar para posicioná-la. Portanto os períodos em que eu dormia mal e o não estar na minha cama, as dores...</i></p> <p><i>Alguma ansiedade se calhar com medo que não lhe aconteça alguma coisa porque como ela tem alguma dificuldade na aglutinação eu tenho sempre algum medo que se vá engasgar.</i></p> <p><i>Agora que tenho cá o meu pai, as vezes... Mas também não é assim nada. Se calhar é uma junção entre muito trabalho. Agora nesta fase estou a sentir mais isso porque tenho tido imenso trabalho e cansada e penso... Neste momento se não tivesse cá o meu pai eu penso que não conseguia fazer nem um terço daquilo que tenho feito. Principalmente agora no final do ano principio deste... e se calhar é por ser mais esta fase de stress no trabalho, mas isso não. Eu considero-me uma pessoa bastante saudável em termos emocionais e se calhar muito mais forte do que aquilo que suponha. Portanto, não tenho problemas desse nível.”</i></p>	<p>Físico – Sim. Dores. Emocionais – Não. Considera-se uma pessoa saudável e associa algum nervosismo ao excesso de trabalho.</p>
3	<p><i>“Ela quando estava lá em casa não dormia nada, gritava todas as noite. Ainda hoje eu não sei o que é dormir. Ela grita, aleija-se. É muito complicado. Pedi ao médico para a mandarem para a psiquiatra no hospital, mas não vejo melhoria. Ela tem muita vida.</i></p>	<p>Físico – Sim. Tem um traumatismo na coluna.</p>

	<p><i>Sabe o que é? É o gostar e o amor que a gente tem pelas pessoas. Eu sinto o ferro a picar nas costas e nos rins e depois não sou capaz de andar. É como sendo um prego. Nem me podia agachar nem nada, agora andava já na última. As vezes caíamos as duas para o chão, eu não tenho equilíbrio. Nasci com um traumatismo de coluna e muitas dores. Ah pois, eu apanho muitas carradas de nervos com ela.”</i></p>	<p>Emocionais – Sim. Sentia-se sempre muito nervosa.</p>
4	<p><i>“Para mim é. Porque não conseguia andar com ele. Doía-me o corpo todo. Às vezes chamava o meu filho, mas ele não pode porque também é doente. Sentia-me mal porque nós criamos os nossos filhos e nunca precisei da ajuda de ninguém. Sentia-me sozinha e agora ainda me sinto mais.”</i></p>	<p>Físico – Sim. Dores no corpo. Emocional- Sim. Sentia-se sozinha.</p>
5	<p><i>“Sim. A minha coluna tem três operações. Fui operada na doença dele. Agora tenho consultas com o neurocirurgião e ele dizia-me para não fazer esforços senão tem que ser outravés operada. Aquelas noites em que ela passava mal foi muito complicado. Foi quando decidi inscrever. O meu marido é taxista, mas ele chegava a levantar-se de manhã para o trabalho sem ter dormido quase nada á noite porque ela teve uma fase em que se levantava. Ia a deitá-la e ela levantava-se. Estava eu acabada de me deitar ... tinha o meu quarto no mesmo dela porque ela impossível estar sozinha. Estava sempre a levantar-se.”</i></p>	<p>Físico – Sim. Dores na coluna. Emocional- Sim. Cansaço.</p>
6	<p><i>“Sim. Sentia-me sem força nos braços e da coluna. E a minha cabeça andava cansada porque andava a tomar conta dos dois. A minha casa não dava para isso. Ando muito cansada da cabeça. Sentia-me cansada, deprimida, já não aguentava mais.”</i></p>	<p>Físico- Sim. Dores nos braços e coluna. Emocionais- Sim. Sentia-se deprimida.</p>
7	<p><i>“Sim, muito cansaço. Sobretudo psicológico. Porque eu queria atender aos dois e estava-me a sentir inútil, nem dava para um lado nem para o outro. A Inês nunca me pediu nada, muito pelo contrário. Sentia sobretudo dores nas costas porque eu tinha que carregar com ela, sobretudo no banho. E tinha medo por causa da vertebra partida, não podia mexer. Sim. Muitas vezes. Cheguei a sentir tudo num dia só.”</i></p>	<p>Físico – Sim. Dores nas costas. Emocionais – Sim. Sentia-se inútil.</p>
8	<p><i>“Sim. Eu era sozinha. E ela é muito forte da cintura para baixo. Doía as costas. Ela ainda ajudava. Às vezes era complicado em termos psicológicos. Toda a gente sabe que ela está aqui e ninguém a vem a ver.”</i></p>	<p>Físicos- Sim. Doía as costas. Emocionais- Sim. Sentia-se sozinha.</p>

9	<p><i>“Sim. Chegamos a estar semanas praticamente sem dormir. Antes de ir para o trabalho ainda tinha que ir fazer a higiene. Depois consoante os horários dos meus irmãos, há semanas em que me toca sempre a mim. Dores de costas porque houve uma fase em que ela tinha uma medicação em que teve pior e ela quase que não se conseguia mexer. Tinha bastante dificuldade.</i></p> <p><i>Sim. É muito desgastante. Algumas vezes sentia-me sozinha, é uma situação complicada. Agora que ela está aqui uma pessoa parece que se esquece um bocadinho, mas foi muito complicado. E ela tem noites que não dorme a noite inteira. Que sair para a rua, temos que ter a porta fechada. Além de fisicamente...são as duas coisas.”</i></p>	<p>Físico- Sim. Dores nas costas. Emocional- Sim. Cansaço.</p>
10	<p><i>“Sim. Ela não está gorda agora, até já estava muito magrinha. Mas para mim, que também tenho problemas de saúde, era muito esforço. As costas, os braços, as pernas...Também tive uma queda.</i></p> <p><i>Sim. As vezes penso que só eu é que tenho que fazer tudo sozinha. Tenho uma irmã aqui perto e ela não vinha. Não aparece nenhuma. Anda tudo assim. As vezes sentia-me desiludida, não sei... ela tanto me criou a mim como as minhas irmãs como os outros sobrinhos, mas ninguém ajudava. Ela esta doente, mas não vem ninguém. A ela ninguém a ajuda.”</i></p>	<p>Físicos- Sim. Dores nas costas, braços e pernas Emocional- Sim. Sentia-se desiludida.</p>
11	<p><i>“Não.</i></p> <p><i>Sim. Sentia-me triste de o ver assim.”</i></p>	<p>Físico- Não. Emocional- Sim. Triste.</p>
12	<p><i>“Sim. Doía as costas, a coluna, os braços. Tenho muitos problemas.</i></p> <p><i>Sim. Triste e cansada. Tive sete filhos e ninguém ajuda. Sinto-me sozinha. Não me aparece ninguém.”</i></p>	<p>Físico- Sim. Dores nas costas, braços e coluna. Emocionais- Sim. Sente-se sozinha.</p>
13	<p><i>“Sim. Grande cansaço. Tanto físico como psicológico. Sentimo-nos fisicamente cansado... as costas, os braços e depois a cabeça. Nós queremos e não conseguimos.</i></p> <p><i>Em termos de cabeça é bastante. Revoltada de tristeza por ver uma pessoa que era tão ativa e de um momento para o outro estar assim. Ele não tem culpa. Nem me posso revoltar contra ninguém. É o perder tudo e sentir-se fraco.”</i></p>	<p>Físicos- Sim. Dores nas costas, braços e cabeça. Emocionais- Sim. Sente-se revoltada.</p>
14	<p><i>“Sim sim, muito. É complicado porque ele não me obedece, só ao marido e ao irmão. Ele sempre foi um bocado complicado, e agora com o problema da queda e partir o crânio a cabeça não...ainda pior. Mas ele vai fazendo. É complicado.</i></p>	<p>Físicos- Sim. Sem forças. Emocionais- Sim. Revoltada.</p>

	<i>Já não era capaz de o lavar, de o levantar. Já me caiu por duas ou três vezes. Cai e depois o corpo não tem ação para me ajudar a levantar. É complicado. Em termos emocionais também. Revoltada comigo porque queria mais e não sou capaz. Não sou capaz de fazer mais.”</i>	
15	<i>“Nós não olhávamos para isso. Fazíamos e gostávamos. Ao fim do dia até as lágrimas me vinham aos olhos. No corpo não doía nada. O problema que tenho é falta de ar. Até agora ainda sinto, e cada vez mais. O meu desgosto maior é se eu morrer á frente de ela. Entrego-a a quem? Tenho ansiedade em saber. É 24 horas a pensar nisso.”</i>	Físicos- Não. Emocional- Sim. Ansiedade pelo futuro.
	Pergunta nº 18 – Pensa que o seu estado de saúde tem piorado desde que está a cuidar o idoso dependente?	
1	<i>“Já tenho menos força. Mas é da idade. Muito má não estou, estou quase com os 86 anos. Está boa. Não estou aqui com dores. Eu já fui operada. Tiraram-me o útero. Tenho duas úlceras no estomago, mas vou indo. Tomo medicação para a tensão. Tomo uns comprimidos para o estomago. De diabetes. E tenho comprimidos para dormir que é comprimidos dos nervos. Bebo à noite todos os dias. É para nervos e coisas assim.”</i>	Não. Associa as doenças que tem á sua idade.
2	<i>“Não. Sou uma pessoa saudável. Não tenho nenhum problema de saúde nem tomo medicação.”</i>	Não. Considera-se uma pessoa muito saudável.
3	<i>“Então pois. A minha cara... A minha tia tem 57 anos e eu tenho 80. A minha cara está pior que a da minha tia três vezes. As pessoas até me dizem que meto medo. Tenho a minha cara muito diferente do que a que tinha. É 24 horas sobre 24 horas. Tomo uns calmantes, uns comprimidos para os nervos. Tenho o problema da coluna que é o mais grave. Sinto-me mal. Tenho andado a fazer exames.”</i>	Sim.
4	<i>“Antes não tinha tantos problemas. Sempre tive problemas nas costas e nas pernas, mas não eram tantos como são agora. E cada vez são mais. Aumentaram da força que eu fazia. Também sofro de coração. Também tenho muita falta de ar.”</i>	Sim.
5	<i>“Não, pela ajuda do meu marido. Porque ele fazia a força. E a minha filha dizia para eu a inscrever. Mas como consegui o meu pai até ao fim... mas tinha a ajuda dela e a ajuda do meu marido quando era preciso. Depois ele ficou totalmente acamado ainda um ano, mas iam lá as enfermeiras. Tive que pedir</i>	Não. Porque o marido ajuda muito.

	<i>ajuda porque a minha saúde não... Sentia-me cansada, tudo. E eu a chorar muitas vezes. Agradeço ao meu marido pelo esforço que ele fazia no que ele pudesse. Mas também já lhe custava a ele, já faz 69 anos. Ela é muito magrinha, mas era um corpo morto. Fazer os levantes, levar à casa de banho. Era tudo com esforço porque ela já não se mexia. Depois a casa de banho não tinha condições para ter uma cadeira de rodas... era muito complicado. Tomo medicação para o coração, colesterol, diabetes... é uma remessa deles.”</i>	
6	<i>“Sim. Estou muito enbaixo. Muitas dores nas pernas. Não me sinto com força.”</i>	Sim.
7	<i>“Nada de grave. Sim, sinto-me pior. Eu tinha que pegar nela.”</i>	Sim.
8	<i>“Não.”</i>	Não.
9	<i>“Tenho uma esclerose, é provável que tenha piorado.”</i>	Sim.
10	<i>“Sim. Fez ontem sete anos que tive uma queda. Está-me a prejudicar. Piorou. Está sempre a piorar. Gostava de voltar a pessoa que eu era.”</i>	Sim.
11	<i>“Não. Eu estou igual.”</i>	Não.
12	<i>“Sim. Começaram com os meus pais e depois com o meu marido.”</i>	Sim.
13	<i>“Sim. Principalmente na cabeça. Parte emocional. Está muito complicado, tive que aumentar a dose de comprimidos porque não me quero ver assim ao pé deles. Não me considero depressiva, mas falo muito com o coração. Não gosto de ver ninguém a sofrer e depois eu sofro.”</i>	Sim.
14	<i>“Sim. Fui operada há um ano ao rim e a um peito. Ando mais prejudicada. É o esforço porque eu não sou capaz de o levantar. O rim não me deixa. Mas tem que se fazer esforço.”</i>	Sim.
15	<i>Sim. Tenho muita falta de ar. Antes não sentia tanto, mas agora sinto.”</i>	Sim.
	Pergunta nº 19 – Considera que dedica demasiado tempo a cuidar do seu familiar e que o tempo é insuficiente para si?	
1	<i>“Neste momento não estou a trata-lo, mas tenho sempre o sentido em como ele era e eu como está agora. Mas não fazia mal. Agora estou só a cuidar de mim lá. A ele tenho-o sempre no pensamento. Eu o que fazia, fazia à noite. À noite fazia o almocinho e o jantar para poder ter tempo para o marido. Lavava a loiça do jantar e de manhã quando me levantava tinha tudo feito.”</i>	Não. Sentia que era isso que tinha que fazer.
2	<i>“Para mim não há. Para mim principalmente. Para o serviço tenho as minhas horas de trabalho que tenho que cumprir como é evidente. Apesar de ter a eles consigo desempenhar a minha profissão da mesma forma. Eu costumo dizer isto com alguma graça, mas é a verdade e muitas vezes dava por mim</i>	Sim. Prejudicou a própria higiene.

	<i>com as unhas dos pés tão grandes. Portanto é uma coisa tão básica, a nossa higiene, e havia alturas em que me deixava para trás.”</i>	
3	<i>“Ah pois com certeza. Eu não jantava. Ela quer uma coisa, depois quer outra. Férias? Eu não sei o que é isso. Às vezes nem o pijama visto, nem ao café vou. Agora vou mais vezes porque o meu tio está muito forte e tenho que o fazer andar. Ainda há pouco tempo tive a arranjar os dentes ao meu tio e á minha tia e eu tive que ficar para trás.”</i>	Sim. Prejudicou a sua imagem.
4	<i>“Ele não deixa dormir nem ele nem ninguém. Dormia de dia e depois durante a noite não queria dormir. Não tinha tempo para descansar.”</i>	Sim. Prejudicou o seu período de descanso.
5	<i>“Sim. Só para ir às compras muitas vezes o meu marido ficava um bocadinho. Era tudo o mínimo, o indispensável. Pedia a uma sobrinha que é minha prima e ela ia lá uma manhã para o cabeleireiro. Ela é que se deslocava.</i>	Sim. Prejudicou a sua imagem.
6	<i>“Sim, já estou sem... nem como. Dão-me a comida, mas não tenho vontade de comer. Só o que faço é chorar. Não tenho vontade de nada.”</i>	Sim. Prejudicou o seu período de descanso.
7	<i>“Isso acabou. Nem pensar... É tratar de medicação, de consultas que são muitas. Ela tem muitas consultas de várias especialidades.”</i>	Sim. Deixou de ter tempo livre.
8	<i>“Não. Nós temos que estar onde estamos. E temos que fazer o que é para fazer hoje. Mesmo com duas filhas pequeninas era impossível eu ter tempo para mim.”</i>	Não. Sentia que era isso que tinha que fazer.
9	<i>“Sim. Estamos sempre em alerta com o telemóvel para qualquer coisa. O ano passado, por exemplo, não tive férias porque foi na altura em que ela andava pior e não fomos.”</i>	Sim. Não usufruiu do período de férias.
10	<i>“Sim, tenho menos. Em casa, às vezes, deixava de fazer as minhas coisas para poder estar lá ao pé dela mais tempo e fazer as coisas dela.”</i>	Sim. Deixou de ter tempo livre.
11	<i>“Não. Quando precisavam eu ia. E tinha a minha mãe. Se ele tivesse pior ela telefonava e eu ia. Prefiro ser eu a ir porque nós percebemos melhor o que os médicos dizem. Quando ia a minha mãe ela desenrascava-se, mas era mais complicado.”</i>	Não. Tinha a ajuda da mãe.
12	<i>“Sim. Eu nunca mais sai da minha casa a ver nada. Gostava de sair mais. Não tenho alegria para nada.”</i>	Sim. Prejudicou o seu período de descanso
13	<i>“Sim, deixei. Deixei de poder descansar mais, estou sempre em alerta. Às vezes á hora do almoço mesmo que tenha mais um bocadinho tenho que ir ver deles. À noite, venho do trabalho, e tenho que ir</i>	Sim. Prejudicou o seu período de descanso

	<i>ver se é preciso alguma coisa. Antes de deitar ainda vou ver se é preciso ajuda para deitar. Telefonava. Deixei de estar sossegada. Deixei de viver a minha vida. Tenho que estar sempre em contacto com eles, não posso ir embora. Estou sempre a pensar no mesmo. Eles agora estão primeiro que eu. Não é bom para mim, mas eu noto.”</i>	
14	<i>“Sim. Muito pouco. Deixei de fazer tudo. O descanso acabou. Agora este mês que ele está aqui até parece mentira. É complicado.”</i>	Sim. Prejudicou o seu período de descanso.
15	<i>“Não. Nós sempre fomos pessoas de trabalho. Nunca abalamos para lado nenhum. Sempre fomos o governo de casa. Não sinto diferença.”</i>	Não. Sempre foram pessoas que estavam sempre a trabalhar.
Pergunta nº 20 – A sua vida social e relações familiares têm sido prejudicada desde que está a assumir o papel de cuidador?		
1	<i>“Tinha umas vizinhas ao pé de mim, mas agora já não estão lá. Agora tenho uma irmã ali ao pé de mim e qualquer coisa é ali com a minha irmã. Sempre tenho ali um desafogo com ela. Tenho muitas amigas. Depois tenho uma filha que dá o apoio que pode. Tenho uma neta com 20 anos que dá apoio, é muito amiga do avô e da avó. Já cá veio visitá-lo.”</i>	Família- Não. Social- Não. Sente que está tudo igual.
2	<i>“É assim, não sinto assim... Acima de tudo sinto obrigação de tomar conta deles. Portanto é o que eu penso somente. Não penso... É uma questão de prioridades. Eles estão doentes e precisam muito e não hipótese. Os outros ficam um bocadinho...”</i>	Família-Não Social- Não A prioridade são os pais.
3	<i>“Quando o meu marido estava no hospital não podia ir visitá-lo porque tinha que cuidar da minha tia. Eu não vou a nada. No outro dia uma amiga ligou para bebermos um café e eu não fui. Ao tempo que não vou para aqueles lados. Nem ali ao pé quanto mais lá para o fundo.”</i>	Família - Sim. Prejudicou o casamento. Social – Sim. Prejudicou as amizades.
4	<i>“Nunca mais sai de casa. E por causa das dores no corpo já nem às compras vou.”</i>	Família- Sim. Social- Sim.
5	<i>“Senti na medida em que eu tenho as duas filhas fora da minha terra e só dependo da disponibilidade delas. A minha para elas. Do marido não tenho queixa, ele compreendia e nunca me disse nada. Eu é que fui a referenciar. E agradeço-lhe muito. Eu nunca fui de sair muito. Eles compreendem a minha situação.</i>	Família – Sim. Não consegue ir visitar as filhas e os netos. Social – Não.

	<i>Quando ela ainda podia eu pegava nela e ia ver os meus netos que são gêmeos e têm três anos. Metia-a no carro e levava-a. Agora ultimamente já não.</i>	
6	<i>“Sim. Não podia sair de casa. Não tinha tempo para ninguém.”</i>	Família - Sim. Social- Sim. Não tem tempo para nada.
7	<i>“Sim. Entre amizades não acabou, mas deixei de beber café com amigos, de sair um pouco com os amigos, os fins-de-semana acabaram porque tenho que cuidar. A nível familiar a relação não acabou, mas está mais reduzida. Eles percebem e ajudam, sobretudo a ir às compras. Há falta de tempo para muita coisa. Enquanto eu antes podia-me sentir um bocadinho depois de jantar, agora já não porque tenho sempre coisas para fazer que acabam por ficar para trás.”</i>	Família - Sim. A família fica sempre para trás. Social- Sim. Prejudicou as amizades.
8	<i>“Não. Ainda ontem tive lá gente em casa e queria levá-la para lá, mas não podia por causa de ela estar acamada. Nós contornamos sempre tudo. Não podemos estar dez minutos, estamos cinco.”</i>	Família – não. Social- não.
9	<i>“Sim. Nós temos um grupo de motares de Campo Maior e nas sextas-feiras vamos jantar com os amigos e tenho que ter aquele alerta. Se me toca a mim ir lá dormir, venho-me embora mais cedo para ajudar a deitar. Limita bastante a vida.” Em relação ao marido sinto-me prejudicada, mas ele ajuda-me bastante e compreende. É cansativo também para ele. É desgastante para todos. Uma pessoa acaba por ter menos paciência uns para os outros. Com os meus irmãos também, as vezes, brigamos. Ou porque um não pode e avisa mesmo na hora. Mas vamos brigando e fazendo as pazes.”</i>	Família - Sim. Prejudicou o casamento e a própria relação com os irmãos. Social- Sim. Prejudicou as amizades
10	<i>“O convívio não, isso não. Como ela não estava na minha casa, conseguia arranjar tempo. A família também não porque a minha filha já tem idade e o marido já está reformado. Eles compreendem.”</i>	Família – não. Social- não.
11	<i>“Não. O meu marido tem pouco tempo e nós somos de poucas saídas. Já estou habituada a isto.”</i>	Família – não. Social- não. Está habituada.
12	<i>Sim. Nunca mais fui a uma festa. Nunca mais fui a uma visita. Estou ali isolada.” Não. Só conto com a minha irmã, mas mora longe.”</i>	Família- Não. Porque não tem ninguém próximo.

		Social- Sim. Sente-se isolada.
13	<p><i>“Sim. Perdi muito. Deixei de sair. Eles compreendem. Ninguém me pode substituir. Sinto falta do convívio.</i></p> <p><i>Sim, a minha filha principalmente. Porque sou muito pegada com ela. Costumávamos fazer sessões de cinema com a minha filha e agora de andar de um lado para o outro tive que deixar de dar tanta atenção. Ela às vezes revolta-se contra mim porque eu não estou. Compreende, mas sente falta da mãe.”</i></p>	<p>Família – sim.</p> <p>Prejudicou o tempo disponível para a filha.</p> <p>Social- sim.</p> <p>Prejudicou as amizades</p>
14	<p><i>“Sim. Saíamos nos fins-de-semana com amigos. Tínhamos um rancho e íamos com o rancho para todo o lado e agora não posso. A família não é nenhuma. Só com o meu marido. Discutíamos porque eu andava cansada. Havia menos paciência.”</i></p>	<p>Família- sim.</p> <p>Prejudicou o tempo disponível para o marido.</p> <p>Social- Sim.</p> <p>Prejudicou as saídas com os amigos.</p>
15	<p><i>“Não. Sempre a trabalhar.”</i></p>	<p>Não. Sempre foram pessoas que trabalharam muito.</p>
	Pergunta nº 21 – Sente que alguma vez o seu trabalho ficou prejudicado desde que é cuidador de um idoso dependente?	
1	-	*reformada
2	<p><i>“Não, senti que nunca me prejudicou. Senti foi isso que lhe estou a explicar. Se tivesse o meu pai no período no início de dezembro até aqui eu provavelmente não conseguia desempenhar. Não o tive a meu cargo, portanto consegui fazer. Menos horas secalhar senti a necessidade. A minha sorte foi nessa altura foi porque o meu pai já estava na RNCCI e fazia parte do grupo de doente que era da nossa equipa e portanto eu cuidava nas horas do meu trabalho na minha casa a cuidar dele.”</i></p>	<p>Não. Mas sente necessidade de fazer menos horas.</p>
3	-	*reformada por invalidez
4	-	*reformada
5	-	*reformada
6	-	*desempregada

7	-	*desempregada
8	<i>“No meu trabalho nunca houve problema porque eu sei que não posso faltar, isso está logo fora de questão.”</i>	Não. Não pode faltar.
9	<i>“Sinto-me mais cansada. Às vezes estou a trabalhar e digo para a minha chefe que estou cansada e ela nota isso. Mas como trabalhamos há imenso tempo juntos. Uma noite sem dormir e quando ia trabalhar de manhã já ia cansada. Se pedir todos os dias não pode ser, mas pedi para vir hoje e ela compreendeu.”</i>	Sim. Sente-se muito cansada.
10	-	*desempregada
11	<i>“Não. Como trabalho com o meu marido é mais fácil. Mas se tivesse noutro tipo de trabalho era mais complicado, teria que meter alguns dias de baixa. Depois como tenho 60% de incapacidade não posso estar em todos os trabalhos.”</i>	Não. Porque trabalha na empresa do marido.
12	-	*reformada
13	<i>“Por um lado o meu trabalho é seguro, compreendem e eu tenho isenção de horário. Tudo bem. Mas não permite evoluir porque ando mais desgastada. Apesar da compreensão por parte da entidade patronal, ninguém faz o meu trabalho. Sou eu que tenho que fazer. Se não fizer num dia, no outro dia tenho o dobro do trabalho. Fico muito prejudicada. A própria qualidade do trabalho fica prejudicada. Ninguém pode deixar de trabalhar para cuidar dos pais porque hoje em dia nós dependemos da vida laboral. Se abdicarmos dessa parte onde podemos ir buscar o dinheiro para viver?”</i>	Sim. Sente-se muito cansada.
14	<i>“Sim, muitas vezes porque eu tenho que faltar muitas vezes. Ou porque ele está doente ou porque preciso de ficar em casa. O patrão compreende porque quando faz falta eu estou lá. E como só trabalho as manhã dá para facilitar.”</i>	Sim. Falta muitas vezes.
15	-	*reformado
Pergunta nº 22 – Tem sentido dificuldades económicas desde que presta cuidados ao idoso?		
1	<i>“Ele tem reforma baixa e eu tenho que meter para que não lhe falte aqui nada. Primeiro tem que ser para aqui, trazer água, pomada, coisas para fazer a barba. Como é que vai chegar? Depois do que sobra é para medicamentos para mim, pagar a água, pagar a luz, gás. Vou indo há medida que vou poupando para chegar as coisas para aqui.”</i>	Sim. Reformas muito baixas.
2	<i>“A reforma que o meu pai recebe não chega para os dois. Portanto... A minha mãe não tem e o meu pai recebe pouco. Ao não chegar o que fiz? Pedi aos meus irmãos naturalmente que dessem o que falta. Dividimos entre os três o que falta.”</i>	Sim. Reformas baixas. Tem que dividir as contas pelos dois irmãos.

3	<i>“Ela veio só com a reforma. Ela não tem nada. O meu marido antes de morrer tinha uma doença oncológica em que tínhamos que ir para médicos em Lisboa para darem opinião. Não ganho para transportes. Eu não tinha dinheiro, chegamos a brigar. O dinheiro não chegava e ainda pagava o transporte da ambulância. Depois tentei pedir a ajuda como estava a tratar dela e o que me valeu foi isso. Ando sempre a caminho da farmácia. Tem lá um saco cheio, que não lhe falta lá nada. O meu marido faleceu á dois anos e eu não tinha dinheiro para pagar o funeral.”</i>	Sim. Reforma baixa.
4	<i>“Pois. Eu não me importava de dar a reforma dele toda para cá, se ele ficasse cá. Este mês já gastei o dinheiro todo e não chega.”</i>	Sim. Reformas baixas.
5	<i>“Pronto, não porque ela tinha a reforma dela para os gastos dela. Agora com ela aqui talvez já não chegue muito bem há coisas que se têm que comprar. Mas... Se tiver que ir para um lar será mais difícil.”</i>	Não. A reforma do idoso chega.
6	<i>“Ela tem reforma. É para pagar aqui. Quando ela estava em casa ia pagando as coisas dela. Era para ela comer, comprar flores, velas e pronto...”</i>	Não. A reforma do idoso chega.
7	<i>“A Inês tem uma reforma baixa, mas sempre foi uma pessoa que soube gerir tudo e nunca aceitou nada da nossa parte. Sempre fez questão de ajudar, e neste momento a reforma dela é para pagar as despesas dela. Nós vamos gerindo da mesma forma que ela fazia. A reforma dela é para ela.”</i>	Não. A reforma do idoso chega.
8	<i>“Não, porque é ela que paga da reforma dela. E ela tem também umas casas arrendadas. Sempre foi ela que pagou tudo. Quem faz os pagamentos das coisas é o meu pai porque ele é que está a receber a reforma da minha avó e a receber as rendas.”</i>	Não. A reforma do idoso chega.
9	<i>“Sim. Eu tenho que pôr e os meus irmãos também porque a reforma da minha mãe é baixa. Entre os três vamos ajudando.”</i>	Sim. Reforma baixa. Tem que dividir as contas com os irmãos.
10	<i>“Não. A reforma dela não está a chegar já para tudo, mas como a diferença ainda é pouca não me faz diferença. Tenho que meter pouco da minha parte.”</i>	Não. A reforma do idoso chega.
11	<i>“Não. Eles vivem só da reforma. Por enquanto não preciso de meter porque do pouco que têm eles gerem o dinheiro. Tinham que pagar a Cáritas, as fraldas, o creme. O dia em que tiver que meter, que nunca aconteceu, tenho que falar com o meu irmão.”</i>	Não. A reforma do idoso chega.
12	<i>“Pagava o apoio domiciliário, mas o resto fazia tudo eu. Agora aqui é complicado, a reforma dele vai toda para aqui. Há vezes que nem a reforma chega para pagar. Depois não somos isentos e temos que pagar tudo à parte.”</i>	Sim. Reformas baixas.

13	<i>“Não. Com o dinheiro que eles recebem dá para suportar as despesas. Nunca tive que dar da minha parte. Têm reformas baixas, mas gerem bem. Sempre foram muito controlados. Faz parte das gerações.”</i>	Não. A reforma chega.
14	<i>“Sim quando tínhamos que pagar a uma pessoa, tínhamos quer ser nós a meter dinheiro. Mas depois começou a melhorar. Com o dele já dá para manter as fraldas e a medicação. Mas um lar não se consegue. Não posso disponibilizar isso do meu ordenado. Agora vou é fazer um seguro na polícia que se ele um dia falecer eu não ter problemas de despesa de funeral. Eles pagam. Estou a tentar fazer para não ter essa preocupação.”</i>	Não. A reforma do idoso chega.
15	<i>“Até ao ponto de hoje não. Eu ganho pouco e ela também. A sorte é que temos tudo no banco. Poupanças de uma vida. Mas vou tirando, daquenada está seco. Não sinto dificuldades, mas vejo que está a acabar.”</i>	Não. Recorre a poupanças.
Pergunta nº 23 – Usufri de alguma ajuda por estar a cuidar do idoso dependente?		
1	<i>“Não, não tenho ajuda de ninguém. Acho que é só a reforma.”</i>	Não.
2	<i>“Não. Só a casa.”</i>	Não.
3	<i>“Não. Tenho só a reforma dela. A minha ficou a ganhar esse. Eu acho que ainda há mais, mas eu fui lá com ela, mas não foi aceite.”</i>	Não.
4	<i>“Não. Só as reformas. Nunca tive ajudas.”</i>	Não.
5	<i>“Não. Eu pedi o complemento porque foi a Assistente Social que a referenciou que disse. Mas ainda não tenho a resposta. Ainda não tinha concorrido. Enquanto chegar... Eu cheguei a pedir para o meu pai e não me deram. Agora ela recebe o complemento de ser viúva e isso também compensa. Como era tão difícil levar a minha mãe a uma junta médica isso foi passando. Mas agora já pedi.</i>	Não.
6	<i>“Não. Só a reforma dela.”</i>	Não.
7	<i>“Não. Já pedi, mas estou a espera de consulta com o médico de família dela. E vou pedir. Nunca concorri porque até aqui não era preciso.”</i>	Não.
8	<i>“Não.”</i>	Não.
9	<i>“Não. Ela é que tem o complemento do idoso. Mas não chega.”</i>	Não.
10	<i>“Não. Já tenho é o papel para pedir ao médico dela para tratar do complemento da segurança social. Como as despesas estão a aumentar.”</i>	Não.
11	<i>“Não. A minha mãe é que tem o complemento.”</i>	Não.
12	<i>“Não. Mas ele tem o complemento por dependência.”</i>	Não.
13	<i>“Não.”</i>	Não.

14	<i>“Não. Fiz os papéis para o complemento. Deram 100 euros que fica para ele. Eu não tenho nada. O dinheiro fica para o que ele precisar.”</i>	Não.
15	<i>“Não. Ela ganha mais que eu porque tem o complemento. Mas vai tudo para ela.”</i>	Não.
	Pergunta nº 24 – Quando o idoso estava no domicílio, recebia algum apoio de familiar, amigos e/ou vizinhos?	
1	<i>“A minha irmã tem doença no coração e nos joelhos e naquilo que ela pode ainda me ajuda. Todos perguntam por ele. Ele tem um irmão que era quem ajudava mais a gente, mas tem uma irmã para cuidar e ele agora já não nos pode ajudar tanto quanto ajudava. Quando podia ele ia a ajudar-me a dar banho e às vezes a vestir. Ele ajudava-me assim. Eles ajudavam-me. A minha filha ajudava e isso aliviava.”</i>	Sim. Da filha.
2	<i>“O percurso de doença da minha mãe foi a partir do dia 19 de outubro de 2015. A minha mãe estava a viver na altura num monte. Mas a minha mãe chega aqui depois de ter passado pelo hospital de Évora, Hospital de Elvas, depois teve em Vila Viçosa e depois teve em Estremoz e depois veio par aqui. Sim sim sim, tinha apoio.</i>	Sim. Dos irmãos.
3	<i>“Não não. Não compensava estar a pedir a ajuda do lar porque a minha tia vai dia sim dia não para o tratamento. Quando a minha tia vem á noite é que precisava, mas as moças já não estão a trabalhar. Depois não tenho ninguém. Eu venho na mesma a visitar para encontrar uma solução. Eu não tenho condições. Tenho lá o meu tio.”</i>	Não.
4	<i>“Não. Só das enfermeiras. Iam lá dar as injeções. O meu filho tem que trabalhar e não pode faltar ao trabalho. Depois vai continuar a ser tudo para mim porque não há ninguém que me ajude. As minhas irmãs não podem.”</i>	Não.
5	<i>“Só do meu marido. As minhas filhas na terra não está nenhuma. Uma está no Algarve e a outra com três crianças pequeninas... Eles estavam disponíveis, mas como estava o meu marido.</i>	Sim. Do marido.
6	<i>“Ninguém. Não, tenho às vezes apoio dos meus filhos quando vêm cá a casa. Pedem para eu cuidar de mim. Mas ele também têm filhos para dar de comer.”</i>	Não.
7	<i>“Sim. Do marido.”</i>	Sim. Do marido.

8	<i>“Sim, o meu pai. Ela tinha lá uma senhora que lhe fazia as coisas e a minha avó pagava. Depois tinha o meu pai, mas a relação deles é muito complicada. Mas em determinados momentos ele ainda lá esteve. Mas eles depois zangam-se.”</i>	Sim. Do pai.
9	<i>“Dos meus irmãos. Íamos alterando a dormir lá em casa dela. Na higiene, no banho. Íamos fazendo rotativo. E do meu marido.”</i>	Sim. Dos irmãos.
10	<i>“Não.”</i>	Não.
11	<i>“Sim. Só a minha mãe.”</i>	Sim. Da mãe.
12	<i>“Não, sou só eu.”</i>	Não.
13	<i>“Sim. Da mãe. Da tia também porque vai lá fazer companhia há minha mãe e passa lá a tarde. Não é muito, mas ajuda.”</i>	Sim. Da mãe.
14	<i>“Sim. Do marido. Se não fosse ele eu não sei como seria.”</i>	Sim. Do marido.
15	<i>“Sim, do filho. Sempre me ajudavam.”</i>	Sim. Do filho.
	Pergunta nº 25 – Quando o idoso estava no domicílio, recebia auxílio de profissionais de saúde?	
1	<i>“Antes de ser internado eu ia passar os medicamentos. O médico vai lá uma vez por semana e eu pedia os medicamentos todos que precisava. Aquilo era ali perto. Ia lá todas as semanas um enfermeiro. Ia medir a tensão, curava a ferida da perna. Enquanto o meu marido pode andar íamos ao posto médico. Quando ele deixou de andar era eles que iam lá.”</i>	Sim. De uma equipa de enfermagem.
2	<i>“Claro. Sim.”</i>	Sim. De uma equipa de enfermagem.
3	<i>“Não não. Só ia lá fazer algum penso se eu pedisse a alguém. Iam fazer pensos quando ela estava ferida. Agora já não iam. Eu é que curava a ferida. Quando sair não sei senhora, eu nem sei se amanhã estou viva. Eu sinto-me tão em baixo e tão cansada que nunca tenho vontade de nada.”</i>	Não. Teve apenas uma ajuda esporádica.
4	<i>“ Sim, das enfermeiras e do médico que ia lá a casa. Iam só dar as infeções. Não o lavavam nem nada. Era uma ajuda.”</i>	Sim. De uma equipa de enfermagem.
5	<i>“Nada.”</i>	Não.
6	<i>“Não.”</i>	Não.

7	“Não. Só precisou mesmo quando foi para o hospital de Évora onde ficou internada e depois foi logo para a rede.	Não.
8	<i>“Tínhamos apoio do lar porque ela como tem Parkinson nós temos apoio do lar. Primeiro o lar levava só a comida, depois a limpeza e agora quando ela ficou acamada requeri também os cuidados da higiene porque era muito complicado com os horários do meu trabalho. Mas ela teve sempre em casa dela. Depois, por último, requeri também os cuidados da roupa. Facilitava-me muito. Ainda teve ajuda das enfermeiras porque uma vez queimou-se com o aquecedor. Por isso é que a técnica da Segurança Social e do Centro de Saúde sabiam a situação em que a minha avó estava.”</i>	Sim. Serviço Apoio Domiciliário do Lar.
9	<i>“Ela estava num centro de dia, mas chegamos a um ponto que um dos meus irmãos tinha que ir dormir com ela. Todas as noites tinha que ficar lá alguém. Mas nunca teve ajuda de profissionais porque nós conseguíamos fazer. Até porque a reforma dela não dava para tanto e ela tem as despesas dela.”</i>	Não. Conseguiram sempre fazer e a reforma não dava para mais essa despesa.
10	“Não.”	Não.
11	“Sim. As pessoas da Cáritas.”	Sim. Equipa da Cáritas.
12	“Sim, das enfermeiras. Gostei bastante delas.”	Sim. De uma equipa de enfermagem.
13	<i>“Sim. Quando a minha mãe caiu e partiu um ombro eu tive que os levar para a minha casa. Depois tinha que tratar deles os dois e eu como já tive cancro não podia mais. Tive que ir à Cruz Vermelha de Vila Viçosa pedir para irem fazer a higiene. Ao ajudarem a eles, também me ajudam a mim. Foi uma das coisas que falei logo com a minha mãe foi que se os serviços existem temos que os pedir. É para isso que eles existem. Alivia bastante. Não é o suficiente, mas é grande ajuda.</i>	Sim. Apoio da Cruz Vermelha.
14	“Não. Nada.”	Não.
15	“Não, só do centro de dia. Mas foi muito pouco tempo.”	Não. Teve apenas uma ajuda esporádica.

Pergunta nº 26 – Sente-se bem por ser o responsável de prestar cuidados ao idoso dependente?		
1	<i>“Bem. Só não venho quando não posso. Quando me sinto pior arrajo-me e venho vê-lo. Não é todos os dias porque não posso, mas vimos sábados, domingos, feridos e quartas-feiras porque o meu genro está assim e não pode trabalhar e ele vem. Se não podemos fazer nada vamos vê-lo. O meu marido não diz nada, nada, nada. Eu gostava que o meu marido tivesse aqui até aos últimos dias. Já conhecemos as pessoas, já vimos e nem é muito longe. O meu genro está sempre disposto a vir.”</i>	Sim.
2	<i>“Sim, então. É um peso um bocadinho grande. Mas é muito muito difícil. É a minha luta. Não é nada fácil.”</i>	Sim.
3	<i>“Sinto-me bem porque fiz tudo o que pude.”</i>	Sim.
4	<i>“Sim. Eu não sou capaz de tomar mais conta dele. Nem pensar.”</i>	Sim.
5	<i>“Gostava de ficar como fiquei com o meu pai. Até ao fim.”</i>	Sim.
6	<i>“Sim.”</i>	Sim.
7	<i>“Sinto. Porque eu consigo saber tudo o que se está a passar com ela. Sei que se houver alguma coisa sei o que deva fazer.”</i>	Sim.
8	<i>“Sinto.”</i>	Sim.
9	<i>“Sim. Às vezes sinto que fico mais sobrecarregada, sinto que não consigo dar tanto de mim em outras coisas.”</i>	Sim.
10	<i>“Sinto. Parece que é tudo tão natural.”</i>	Sim.
11	<i>“Sim. Se não for eu, quem é?”</i>	Sim.
12	<i>“Sinto. Porque tenho muita pena dele. Ele sempre foi boa pessoa.”</i>	Sim.
13	<i>“Sinto.”</i>	Sim.
14	<i>“Sim. Já me sentia com a minha mãe e agora tem que ser com ele.”</i>	Sim.
15	<i>“Sinto. E não sou capaz de pagar por tudo o que ela me fez.”</i>	Sim.
Pergunta nº 27 – Enquanto cuidado, e após a alta do idoso, sente que será capaz de cuidar o idoso?		
1	<i>“Não, não posso. Já não posso tanto. Há pessoas que são fortes, pessoas valentes e que têm força. Mas eu não tenho essas forças.”</i>	Não. Pelo estado da sua saúde.

2	<i>“Não. É muito difícil para mim ter que escolher um para ficar lá em casa. Portanto nunca seria capaz de fazer isso.”</i>	Não. Tem mais um idoso dependente á sua responsabilidade.
3	<i>“Não posso. Tenho um velho com 90 anos. Nem tenho saúde nem sou capaz. Sinto o coração cansado, até a falar tenho que parar. Não posso.”</i>	Não. Tem mais um idoso dependente á sua responsabilidade
4	<i>“Não, isso não consigo. Nem posso. Já nem sou capaz de partir um bocado de pão por causa das minhas mãos. Se ele sair daqui terão que arranjar outro lado onde o meter. Mas para um lado caro não pode ir porque eu não tenho dinheiro.”</i>	Não. Pelo estado da sua saúde.
5	<i>“Eu acho que não devido á minha saúde.”</i>	Não. Pelo estado da sua saúde.
6	<i>“Não. Já não tenho forças para pôr fraldas nem para a lavar. E dar a comida, ela está com a sonda. Não tenho condições em casa para isso. “</i>	Não. Pelo estado da sua saúde.
7	<i>“Ela está pior agora. Quando eu cuidava dela em casa ela ainda andava, neste momento já não. O que é que eu faço assim? Não sei. Tenho que ver o estado em que ela está na altura.”</i>	Não sabe. Depende da saúde do idoso.
8	<i>“Sim, Deus queira que sim. Mas com ajuda.”</i>	Sim. Com ajuda.
9	<i>“Não. E mesmo entre os irmãos já vimos que os horários é impossível continuar assim. Já falamos várias vezes em ela ir para um lar ou para algum sítio. Nós vamos-lhe dizendo, mas ela diz que não quer falar sobre isso e que não ir. Quer ir para casa. Ela não tem consciência que eu não posso mais. Ela não quer ver a realidade.”</i>	Não. Pelo estado da sua saúde.
10	<i>“Sim, enquanto eu conseguir. Mesmo que peça ajuda domiciliária, mas fico com ela. Eu acho faço isto como se fosse normal.”</i>	Sim. Com ajuda.
11	<i>“Não sei. Vamos vendo um dia de cada vez.”</i>	Não sabe.
12	<i>“Não sei, talvez. Eu não tenho condições para o cuidar. As necessidades já são outras.”</i>	Não sabe.
13	<i>“Não. Tenho que ver onde é que consigo chegar e a quem é que posso recorrer para conseguir dar condições de vida e de cuidar. Nós fazemos as coisas com o coração, mas o cuidado que ele irá precisar é mais profissional. O coração já não é suficiente. Acaba por nos estar a consumir e não resolvemos nada. Terá que haver outro acompanhamento.”</i>	Não. Pelo estado da sua saúde
14	<i>“Sim, tem que ser. Teremos que o levar para casa e fazermos os possíveis e os impossíveis para ele estar bem.”</i>	Sim.

15	<i>“Sim. Se tiver a ajuda do centro de dia. Muita ajuda. Tem que ser com ajuda. Pelo menos vontade de a ter em casa tenho.”</i>	Sim. Com ajuda.
Pergunta nº 28 – Considera que o suporte familiar, amigos e vizinhos é importante nestas situações?		
1	<i>Pois então, e verdade. Ele tem uma irmã que vem cá todas as sextas feiras. Vai lá a minha casa e pergunta como estou. E eu cá telefono para dizer como ele está. O marido está reformado e vêm cá todas as sextas feiras ver como ele está. A família do meu marido são todos meus amigos.”</i>	Sim.
2	<i>“É é. É uma das coisas que nós fazemos no meu trabalho, é trabalhar a parte da família. Ensinamos os cuidadores em casa a prestar cuidados ao utente. Tem a máxima importância.”</i>	Sim.
3	<i>“Ah sim sim sim. Eu não sou capaz de viver sozinha.”</i>	Sim.
4	<i>“Isso não. Não ia a melhorar nada. Não é importante, as pessoas trabalham ou estão ocupadas.”</i>	Não. O trabalho não permite que outras pessoas ajudem.
5	<i>“Acho que sim. É sabermos que temos amigos.”</i>	Sim.
6	<i>“Sim. Porque podemos ter conversas muito boas e muito apoio.”</i>	Sim.
7	<i>“Sim. Nem que seja para o apoio psicológico. Há decisões que nós temos que tomar, e se nós tivermos o apoio de um outro familiar nos sentimos mais confortáveis.”</i>	Sim.
8	<i>“Eu acho que sim. Seria muito importante que houvesse. Por exemplo, neste momento, se eu não pudesse estar aqui estaria um dos meus irmãos. Eu adorava. Porque ela está-me sempre a dizer que só eu é que venho cá. Uma pessoa sentia-se mais á vontade. Mesmo que eu não pudesse vir sentia-me bem em saber que alguém estava cá com ela. Depois parte do coração...”</i>	Sim.
9	<i>“Sim. Quando eu dormia lá e corria mal eu sentia-me irritada e chateada e triste. Quando estamos com os amigos falamos em outras coisas e acabamos por nos esquecer um bocadinho disso. É muito bom ter os meus irmãos porque se fosse só eu não sei como seria. Não podia ser, não conseguia.”</i>	Sim.
10	<i>“É sim. É importante tanto psicologicamente como fisicamente. Uma pessoa sozinha ali uma semana, duas semanas sempre seguidas, sem ter um dia, não saímos. Não aliviámos a cabeça. É complicado.”</i>	Sim.
11	<i>“Sim. Sempre desabafa-mos. Falamos. É diferente.”</i>	Sim.
12	<i>“Sim. Porque dava prazer e ajudavam do pai. Se um pai sempre foi bom para os filhos e sempre penou para os criar achava bem que agora ajudassem nesta situação. E eu sentia alegria.”</i>	Sim.

13	<i>“Sim. Porque chegamos a fases da vida em que todos precisamos uns dos outros. É o poder sentir que não estamos sozinhos. Se existir mais pessoas por detrás de nós é sentir que ninguém está sozinho. É cansativo, mas é estar acompanhado. É uma preocupação constante.”</i>	Sim.
14	<i>“Sim. Sempre distraímos. Sempre vem alguém e falamos. Saímos daquele espaço nem que seja meia hora. É o conversar. A casa da minha vizinha é duas portas.”</i>	Sim.
15	<i>“Ela tem muita família, só irmãos são treze. Só tiveram com ela enquanto ela teve dinheiro, agora nada. Não sei, isso não sei.”</i>	Não sabe.
Pergunta nº 29 – Acha importante que os cuidadores desenvolvam um trabalho de parceria com os profissionais para atenuar as dificuldades de cuidar?		
1	<i>“Sim, sim, sim. São todas muito boas e as auxiliares também. Para a gente são todas muito atenciosas. Não temos nada a dizer. Eu digo muitas vezes há minha cunhada que gostava que ele cá tivesse até ao último dia de vida porque eu já sei como é que elas estão a tratar.”</i>	Sim.
2	<i>“Muito. Eu vejo-me como profissional. Portanto... Eu nos meus utentes e na minha equipa os nossos utentes acabamos por fazer parte da família com muita facilidade. Às vezes não é que vá lá fazer uma grande intervenção em ermos de enfermagem, mas sente-se uma gratidão numa altura em que toda a gente trabalha com uma desmotivação enorme... Para nós é o nosso maior motor para continuar, é o reconhecimento da família e dos utentes.”</i>	Sim. Enquanto profissional sente que as famílias necessitam dessa ajuda.
3	<i>“É, é muito importante. Eles socorrem.”</i>	Sim.
4	<i>“Pode ser até importante. Os funcionários de saúde são sempre importantes porque a gente precisa deles a toda a hora.”</i>	Sim.
5	<i>“Sim. Trabalharam para isso e estudaram para isso.”</i>	Sim.
6	<i>“Sim. Porque e sinto que eles são cuidadosos. Confio e sinto-me segura.”</i>	Sim.
7	<i>“Sim. Em todos os aspetos. Nós precisamos desse apoio, nem que seja psicológico para nos aconselharmos, para dar uma ideia, às vezes pensamos uma coisa e podemos estar errados. Se ouvirmos a opinião de um profissional pode ser que consigamos encaixar melhor a situação.”</i>	Sim.
8	<i>“Sim, importantíssimo. Porque nós vemo-nos confrontados com o facto de levar o dia inteiro no trabalho a pensar como é que ela está. Quando sabemos que alguém lá esteve a cuidar dela, uma pessoa trabalha descansada. Assim está acompanhada.”</i>	Sim.

9	<i>“Sim. É bom para ela porque está com alguém. Quando está acompanhada é bom porque nós sabemos que ela está bem. Está com profissionais que secalhar cuidam dela melhor que nós. Eles sempre nos ajudam e facilitam.”</i>	Sim.
10	<i>“Sim. Porque as pessoas que estão dependentes confiarem em quem está a tratar deles e não terem medo que lhe façam mal. Fico descansada.”</i>	Sim.
11	<i>“Sim. É muito importante.”</i>	Sim.
12	<i>“Sim. Elas são muito boas pessoas. Sentia alegria, apoiada e sempre que lá iam davam-me muita força.</i>	Sim.
13	<i>“Sim. Se existir uma equipa por detrás em que tenhamos confiança e que nos sintamos apoiados nós estamos confortados em como estão bem entregues. Sentimos que eles estão bem e que as coisas são normais, têm o cuidado e a atenção devida. É confortante e liberta-nos. Dá-nos liberdade para ficarmos serenos e descansados em casa. Querer que eles fiquem com uma equipa também é cuidar. É o casamento perfeito e deveria que haver muitos mais casamentos destes. Precisamos de mais condições para estas pessoas. Os nossos pais têm que envelhecer com qualidade.”</i>	Sim.
14	<i>“Sim. Muito.”</i>	Sim.
15	<i>“Sim. É muito bom, é tudo excelente.”</i>	Sim.
	Pergunta nº 30 – Relativamente aos apoios financeiros, acha-os importantes para aliviar a carga na prestação de cuidados?	
1	<i>“Pois, mas não há ninguém. Pois, não havia de ser? Quando recebemos a reforma meto num envelope o dinheiro daqui e o resto é para o que for preciso. Primeiro é o dinheiro para a cruz vermelha, depois é o que dinheiro que precisa ele. É muito importante.”</i>	Sim.
2	<i>“Sim. Sem dúvida.”</i>	Sim.
3	<i>“Ah pois com certeza. Mesmo que não houvesse para mim eu ia todos os dias comprar uma empada para a minha tia. Agora já nem pergunto pelo padeiro.”</i>	Sim.
4	<i>“Ora, se tivesse...Mas eu sei que não tenho sorte. Mas é importante.”</i>	Sim.
5	<i>“Sim. É fraldas, cremes, tudo.”</i>	Sim.
6	<i>“Sim. Ela estava com uma pensão que dava para comprar as coisas para ela. Ela gostava muito de comeres de panela. Nós fazíamos isso. Sem esse dinheiro não podia haver isso.”</i>	Sim.

7	“Sim. Não é fácil. Nós temos que deixar a nossa vida para nos dedicarmos a eles. E isso vai mexer e tudo, sobretudo financeiramente.”	Sim.
8	“Claro que é. Porque aqui conseguimos pagar com a reforma dela porque foi tudo calculado com base no irs dela. Mas já foi falada a hipótese de ir para um lar e aí já não chega porque a prestação do lar é muito alta. E eu não posso ajudar. Com dinheiro não havia esse problema.”	Sim.
9	“Sim porque ela tem uma pensão pequena. Há muita coisa que pago do meu dinheiro.”	Sim.
10	“Sim, era. No caso da minha tia ainda não precisa de fraldas, não precisa de muita medicação e isso tudo é muito caro. Com as reformas deles não chega para tudo. E mesmo quem cuida deles nós temos que pagar e não chega para tudo. A pessoa que está dependente, muitas vezes, não sabe que precisa desse apoio porque não se apercebe das despesas. Não tem consciência do dinheiro. A minha tia acha que não está a ter despesas nenhuma. Não há noção.”	Sim.
11	“Sim. Quem precisa é importante.”	Sim.
12	“Sim. Ele foi uma pessoa que penou toda a vida, descontaram para a Segurança Social e agora para estas pessoas assim deveriam de haver mais apoios. Deviam de olhar mais para eles. Sinto-me revoltada com a situação. Eles trabalharam e têm direitos. Não têm direitos a regalias nenhuma.”	Sim.
13	“Sim. Bastante. Há doenças que exigem dinheiro e as famílias não conseguem dar capacidade de resposta. Não havendo essa atenção não conseguem. Têm que ver as condições que a família tem para dar resposta a essa pessoa doente. Quando vamos pedir alguns apoios eles só têm a atenção a totalidade da reforma, mas não as despesas que a doença acarreta e muitas das vezes as despesas são superiores à reforma. Se existem diagnósticos de doenças a longo prazo devia de haver essa sensibilidade.”	Sim.
14	“Sim. Pelo menos para chegar para pagar aquilo que lhes faz falta. A reforma deles são pequenas e para pagar um lar não dá.”	Sim.
15	“Para ela sim, eu não quero.”	Sim.
	Pergunta nº 31 – Na sua opinião, se houvesse ações de formação para os cuidadores os cuidados melhoravam?	
1	“Eu não sei o que faria. Todas as ajudas são importantes. Seja da maneira que for uma ajuda é sempre muito importante. Seja da maneira que for uma ajuda é sempre muito importante. Eu nunca fui. Mas se fosse preciso vinha, se quisessem e dissessem para eu estar presente. A gente agradece tudo o que for melhor para ajudar.”	Sim.

2	<i>“Sim. Apesar de eu não sei como é que funciona o resto o país, mas em termos de ECCL da nossa intervenção nas famílias já conseguimos ajudar. Mas é assim, mesmo nós em termos de intervenção em ECCL já costumamos juntar os nossos cuidadores para troca de partilhas. Foi uma experiência espetacular em que os cuidadores... tínhamos uma cuidadora, em que me estou a lembrar neste momento, que já era idosa e estava a tratar do marido mais idoso e que para ela não saia nem convivia de casa de maneira nenhuma, não deixava o marido em momento algum. E foi nós que conversamos com ela e foi para ela importantíssima, tanto que ela andou durante imenso tempo a falar naquele dia em que teve connosco. É assim, nós também não temos capacidade de mais. Nós conseguimos fazer isso uma vez por ano. Havia necessidade de se fazer esse trabalho. Claro que ia e houvesse, as enquanto cuidadora nunca fui a nenhuma.”</i>	Sim. Enquanto profissional já participou numa sessão e foi muito positiva.
3	<i>“Sim, acho porque eu tratei da minha mãe que faleceu sem nunca ter entrado um enfermeiro em casa da minha mãe. Tudo quanto é para bom acho importante. Falo muito com os médicos para pedir ajuda.”</i>	Sim.
4	<i>“Era muito importante, mas eu não posso. “</i>	Sim.
5	<i>“Acho que sim. Não estando eu já em condições a nível de saúde, mas...”</i>	Sim.
6	<i>“Sim.”</i>	Sim.
7	<i>“Eu acho que sim. Para aqueles que podem fazer deviam de aproveitar. Todas as formações são importantes. Fiz em Vila Viçosa. Há coisas que pensamos ser de uma forma e afinal são de outra.”</i>	Sim.
8	<i>“Sim. Muito bom. Principalmente para quem pode e tem disponibilidade. Eu trabalho por turnos e só tenho direito a um fim-de-semana por mês. Há muitas pessoas que não estão a trabalhar e podem ir.”</i>	Sim.
9	<i>“Sim. Há pessoas que precisam de saber mais. A minha mãe não está acamada a 100%, mas se tivesse a higiene não podia ser feita da mesma maneira e nós teríamos que aprender. Dependendo dos horários estaria disponível.”</i>	Sim.
10	<i>“Eu acho que isso é bom. Sentia que ficava mais preparada para ajudar. Nós fazemos aquilo que achamos que estamos a fazer bem. Era uma maneira de vestir melhor, mudar fraldas e essas coisas todas. Eu até sei de pessoas que não sabem por uma fralda. Não é ruim.”</i>	Sim.
11	<i>“Não sei.”</i>	Não sabe.
12	<i>“Sim. Esclarecia as coisas. Poderia confirmar o que me diziam nas consultas porque às vezes os médicos escondem coisas.”</i>	Sim.

13	<i>“Sim. Nunca fui a nenhuma. Nós somos confrontados com uma realidade que vamos conhecendo aos poucos. Nós não estamos preparados para a situação e onde podemos recorrer. Não temos noção de nada. Sentia-me apoiada e motivada em saber que poderia expor as dúvidas e saber mais.”</i>	Sim.
14	<i>“Sim. Sempre falávamos. Cada um dizia aquilo que pensava. Nós cuidamos como sabemos, mais nada.”</i>	Sim.
15	<i>“Não sei.”</i>	Não sabe.
Pergunta nº 32 – Considera que é importante que as políticas sociais reconheçam o cuidador informal como um elemento fundamental na prestação de cuidados ao idoso dependente?		
1	<i>“Não sei.”</i>	Não sabe.
2	<i>“Não é valorizado de maneira nenhuma. Claro que sim. Eu vejo-me nesta situação e sinto-me um bocadinho injustiçada, mas se pensarmos em pais que cuidam de filhos doentes aí então... uma vida inteira os pais a prepararem-se porque por uma lógica morrem primeiro que os filhos. Deve ser das vidas mais angustiantes que se deve ter.”</i>	Sim. Sente-se injustiçada.
3	<i>“Apoiam muito pouco. O pobre tem o quê? Era muito importante.”</i>	Sim.
4	<i>“Não ligam a isso. Era importante que eles olhassem para isso. E o mais importante era que fizessem mais coisas para os que precisam do que andar a gastar dinheiro. Mais lares, mais pessoal para estas situações.”</i>	Sim.
5	<i>“Acho que sim, bastante. Estão um bocadinho esquecidos. Lá onde eu a referenciei as enfermeiras disseram que eu podia esperar seis meses. Mas foram só três. Acho que podia haver mais centros destes. Apesar de ela, se for para um lar, ter que pagar mais, sinto-me mais confortável com ela aqui. Há lares que não têm as mesmas condições. Sinto-me mais confortável com estes centros.”</i>	Sim.
6	<i>“Não sei, dessas coisas não percebo.”</i>	Não sabe responder.
7	<i>“Eu acho que sim. Apoiam tanta coisa e isto é importante. Estamos a falar da vida das pessoas.”</i>	Sim.
8	<i>“Não sei. Só acho que deveria ser o meu pai a prestar estes cuidados. Eu, como neta, tenho duas pequenas para cuidar. As coisas são complicadas para toda a gente.”</i>	Não sabe responder.
9	<i>“Acho que sim. Por exemplo, essas formações. Ou até mesmo facilitar os transportes para consultas porque nos nossos carros é complicado.”</i>	Sim.
10	<i>“Sim. Era importante a ajuda psicológica para o cuidar. Ajuda financeira. Apoio para férias, para terem uma semana para eles próprios. Nem que fosse só ir ao cinema. Os cuidadores não têm um dia de</i>	Sim.

	<i>descanso e muitos dias seguidos dá cabo da cabeça. Cansa muito a pessoa. Às vezes com o cansaço as coisas começam a ir mal.”</i>	
11	<i>“Sim. Devia de haver mais apoio. Por exemplo no dinheiro porque eu não sabia que isto aumentava todos os anos. Foi um grande aumento para uma reforma pequena. Terem em atenção que não deviam aumentar estas unidades porque as pessoas precisam.”</i>	Sim.
12	<i>“Sim. Sentia-me bem porque estavam a olhar para os idosos que precisam.”</i>	Sim.
13	<i>“Sim. O cuidador já devia ter sido reconhecido há muitos anos porque ele sempre existiu. É essencial, já deveria ter sido feito. Quem está na política tem recursos e sabe-se mexer no meio e no sistema que existe. Os verdadeiros cuidadores não são considerados nada, apenas somos a filha do utente. Não temos estatuto. Só somos importante quando há despesas para pagar. Tem que haver regalias para quem cuidar e sempre cuidou e não haver só uma entidade que nós reconhece para pagar as despesas. Os direitos dos cuidadores não existem.”</i>	Sim.
14	<i>“Sim. Ali em Badajoz é diferente. Uma pessoa que está a cuidar de uma pessoa idosa tem um ordenado. Mas o meu pai tem a residência como estando em Campo Maior. Agora não posso mudar porque ele está dependente e não me deixam. Aqui não. Há muita gente que tem que deixar de trabalhar para poder estar com um pai ou uma mãe em casa. Eu ainda não estou nessa situação, mas não sei se um dia não terei que deixar de trabalhar para tomar conta dele. Achava bem que o governo pagasse um ordenado, ou fosse o que fosse, para podermos viver. Cuidar é um trabalho.”</i>	Sim.
15	<i>“Sim. Eu não quero cá o passado, mas eles têm que dar aos pobres. Os ricos não precisam. Apoiar quem precisa.”</i>	Sim.
	Pergunta nº 33 – Considera que os recursos formais existentes na sua área de residência são suficientes?	
1	<i>“São coisas muito caras. Temos que dar medicamentos, fraldas e aqui é melhor.”</i>	Não. São muito caros.
2	<i>“Não. É assim tal como a polícia, precisávamos e ter um policia e cada esquina. Portanto, a verdade é que a nossa população está a envelhecer muito e a nossa zona não foge à regra e secalhar devia de haver mais instituições em termos de lares e as oportunidades de entrarem lá são muito difíceis e são muito caras. Os que existem alguns já estão velhos e sem condições porque eu vou muitas vezes a alguns e a gente olha para as coisas de uma maneira diferente por causa da profissão e às vezes os nossos idosos não estão a ser tratados da melhor forma.”</i>	Não. Lares sem condições.

3	<i>“O que é que são suficientes? Eu tenho uma má impressão. Há sete anos que a minha tia está inscrita lá no lar e nos bombeiros. Se soubesse não estava a pagar as cotas. Há muita gente á frente.”</i>	Não. Não há vagas em lares.
4	<i>“Acho que não. Porque só há um lar para o meu marido Há três lares, mas só um para homens e os outros só para mulheres.”</i>	Não. Não há vagas em lares.
5	<i>“Não. Há um lar e há a unidade. O lar tem muita muita gente, aquela sala é enorme. Acho que aqueles idosos que estão lá na sala deviam estar divididos em grupos. Estão encima uns dos outros. Eu não a inscrevi ainda. Como eu lá entro e vejo aquilo. Para ela é igual, é mais para nós”</i>	Não. Afirma que os lares que conhece estão sem condições.
6	<i>“Não são porque eu antes disso já tinha inscrito nos lares para ela ir, não estando há espera que o acidente fosse acontecer. Com o meu marido assim já me sentia cansada. Cansava-me a inscrever e diziam que não havia nada.”</i>	Não. Não há vagas em lares.
7	<i>“Não. Está tudo cheio. Não temos onde os colocar. Sempre a mesma resposta. Nós estamos numa situação... o que é que nós fazemos?”</i>	Não. Não há vagas em lares.
8	<i>“Sim. Quando eu precisei não tive dificuldade. Se alguma pessoa teve mais dificuldade... Secalhar tive sorte. Para ali vir para aqui também não tivemos muito tempo á espera.”</i>	Sim. Não teve dificuldade.
9	<i>“Não. Já a inscrevemos num lar, mas as pessoas que lá estão é tudo bastante mais velha que ela. Nem pouco nem muito, nada. O grande problema também é que através da Segurança Social há poucas participações. O privado não pode ser, fica bastante limitado. Dizem logo que há imensa gente”</i>	Não. Não há vagas em lares.
10	<i>“Não. Quando a minha tia estava a sair do hospital precisava de um andarilho e no hospital não puderam emprestar. A enfermeira disse-me que passava um papel e que ia a junta de freguesia que eles emprestavam o andarilho. Eu fui a junta e não me emprestaram o andarilho porque era sexta feira e o armazém já estava fechado. Só na segunda. Eu tive que andar a procurar um andarilho, um simples andarilho. Só por uns dias. Tenho feito inscrições em lares. Estive num lar, mas aquilo era tão pequeno... e assim não. Não gostei. Muito fechado. Depois noutros pedem muito dinheiro, mas ela não pode. Só falam no dinheiro. Os lares aproveitam-se da situação. Noutro lar que fui fizeram as coisas como devem de ser.”</i>	Não. Lares sem condições.
11	<i>“Sim. Eu trabalhei num lá e sei como as coisas funcionam. E a minha mãe estava todos os dias com as pessoas da Cáritas e ela dizia que eram muito acessíveis”</i>	Sim. Não teve dificuldade.
12	<i>“Não. Porque não têm condições para um idoso que está assim dependente. Aquilo é pequeno e está cheio. E lares não há, só em Vila Viçosa.”</i>	Não. Lares sem condições.
13	<i>“Não. Daquilo que me apercebo está tudo preenchido. É impossível. A resposta é que está cheio.”</i>	Não. Não há vagas em lares.

14	<i>“Não. Ele teve num centro de dia e abalava. Quando pensava que ele estava lá. Ele já estava á minha porta. Apanha as auxiliares distraídas e abalava. Ele não gostava. Temos inscrições em lares de Campo Maior e Arronches porque está tudo cheio.”</i>	Não. Não há vagas em lares.
15	<i>“Sim. Fui lá tratar e foi fácil.”</i>	Sim. Não teve dificuldade.
Pergunta nº 34 – Considera que a RNCCI é um bom suporte para quem cuida de um idoso dependente?		
1	<i>“Muito bom.”</i>	Sim.
2	<i>“Claro que sim. Tínhamos que ter era mais vagas. Neste momento estamos a ter dificuldade enquanto em ECI em canalizar os nossos utentes para as unidades. Acho que nunca tivemos tanto tempo à espera.”</i>	Sim. Defende mais camas porque os dependentes estão muito tempo há espera de vaga.
3	<i>“Para mim é muito importante porque tenho conseguido pagar. Porque também já tenho tempo para cuidar do meu tio que é idoso. Não posso passar muito tempo fora de casa. Eu assim já consigo almoçar com o meu tio.”</i>	Sim. Assim consegue cuidar do outro idoso que tem a cargo.
4	<i>“Eu gosto dela. Em todas em que tem estado. Eu nunca tive razão de queixa de ninguém.”</i>	Sim.
5	<i>“Sim. Porque as pessoas têm competências. Dão mais apoio que nos lares.”</i>	Sim. Melhor que os lares
6	<i>“Muito, acho. Porque vejo que têm o apoio nos cuidados e são muito atenciosos para nós, tanto para os doentes como para as famílias. São ótimas pessoas, enfermeiras, médicos, doutoras, assistentes sociais. Não tenho queixa delas. São muito boas.”</i>	Sim.
7	<i>“Ainda estou no início do processo. Até agora não tive problema nenhum. Tudo bem. A minha esperança é que quando ela sair daqui é arranjar um canto para ela. Eu já não consigo. Sem a Rede eu já não sei...”</i>	Sim.
8	<i>“Sim. Gosto muito das instalações, as pessoas são impecáveis. É um trabalho muito desgastante, sobretudo porque é feito por mulheres e eu quando estava em casa com a minha avó via que era muito difícil. Estou a gostar muito.”</i>	Sim.
9	<i>“Boa. Tudo em geral está bom. Gosto do pessoal. Só acho que deveria haver secções diferentes porque estão todos misturados. Nos dias em que ela está bem sente-se mal por ver os outros assim. Nem todos estão na mesma situação. Sinto-me bastante apoiada, dá tempo para ter uma vida normal.”</i>	Sim.

10	<i>“Sim. Em Vila Viçosa aquilo era excelente. Eram tão simpáticos, extraordinários. Sinto-me apoiada. Por enquanto está tudo muito bem.”</i>	Sim.
11	<i>“Sim. Gosto de tudo. Não surgiu ainda nada a dizer. Não venho todos os dias, mas isto está sempre bem arranjado.”</i>	Sim.
12	<i>“Sim. Estou muito contente. Ajuda em ver que o meu marido está a ser bem tratado. Gosto muito da equipa. Tudo muito bem.”</i>	Sim.
13	<i>“Sim. Está bem estruturada no sentido das condições, do apoio dos técnicos, todo o que trabalha e envolve o serviço. Mas acho que o descanso do cuidador de três meses por ano é pouco. É muito pouco tempo para um ano inteiro. Sei que existe muita população envelhecida e os recursos são cada vez menos. Há pouca capacidade de resposta. Quando sinto que já descansei e quando ele volta para casa e volta tudo outravés.”</i>	Sim.
14	<i>“Ele aqui gosta. Mesmo o olhar dele está diferente. Mas estive seis meses á espera. Gosto muito. E gostava que fosse para um lar que fosse assim. São espetaculares.”</i>	Sim.
15	<i>“Sim. Não tenho razão de queixa de nenhuma.”</i>	Sim.
	Pergunta nº 35 – Na sua opinião, neste momento e enquanto cuidador, o que lhe faria mais falta?	
1	<i>“Tudo o que fosse era bom. Precisamos do que vier. Não sei o que escolher. Mas escolhia o dinheirinho.”</i>	Apoio económico.
2	<i>“Enquanto cuidadora secalhar é o apoio económico diferente. Era isso que nos fazia mais falta no sentido de os tirar daqui, de os levar para casa.”</i>	Apoio económico.
3	<i>“Eu quero o que fosse melhor para mim. Que pusessem a minha tia em algum lado, num lar.”</i>	Lar participado pela Segurança Social.
4	<i>“Se ele for para casa precisava de raparigas que fossem tratar dele.”</i>	Maior apoio domiciliário
5	<i>“Secalhar, sei lá... gostava de a ter lá. Um lar em condições.”</i>	Lar participado pela Segurança Social
6	<i>“Não pedia nada. Pedia para ficar aqui. Aqui que ela estava bem. Eu creio que ela daqui já não sai.”</i>	Nada.

7	“Tantos. Pelo menos para acompanhar nas consultas porque são imensas e eu tenho que me esticar. Aliás, nas consultas até não porque eu quero ir ao médico saber o que ele diz. É mais quando ela vai fazer os exames. Tinha que ser uma pessoa de confiança. Os exames é chegar lá e fazer, nem dizem nada. Ocupa muito tempo.”	Auxílio nas idas aos exames
8	<i>“Daqui para um lar seria o melhor, mas nível financeiro não posso apoiar. Teria que ser um lar conforme foi aqui em que só paga consoante o que recebe.”</i>	Lar participado pela Segurança Social
9	<i>“Era um sítio onde ela ficasse e que fosse fazendo atividades e tivesse acompanhada. Um lar da Segurança Social era bom para nós e para ela. Ela está muitas vezes sozinha em casa e fechada para não sair.”</i>	Lar participado pela Segurança Social
10	<i>“Um lar público em condições. Onde seja bem tratada. Com pessoas que estão preparadas para cuidar. Isso era o melhor. Já estou a viver um dia de cada vez, já me mentalizei disso”</i>	Lar participado pela Segurança Social
11	<i>“O apoio que me aliviava era ele ir para um sítio mais próximo de mim. A transferência para Vila Viçosa. Podia ir a vê-lo todos os dias, eu e a minha mãe. Tínhamos o autocarro e íamos. Conheço quem lá trabalha e tudo.”</i>	Transferência do idoso para uma unidade próxima da residência do cuidador
12	<i>“Dentro das dificuldades é as dificuldades das despesas porque cada vez é preciso mais.”</i>	Apoio económico.
13	<i>“Era o conseguir encaixar o meu pai em algum sítio onde ele tivesse as condições devidas pela doença. Temos que confiar onde deixamos o familiar. Mas teria que ser público porque o privado está fora de questão.”</i>	Lar participado pela Segurança Social
14	<i>“Era o lar participado. De outra maneira não pode ser.”</i>	Lar participado pela Segurança Social
15	<i>“Era saúde, mas não pode ser. Meterem- na num sítio perto de casa já eu ficava muito contente. Quanto mais perto melhor.”</i>	Transferência do idoso para uma unidade próxima da residência do cuidador.

