



Departamento de Sociologia

Cuidadores informais de idosos dependentes:
um estudo na freguesia dos Olivais, Lisboa

Maria de Fátima Baptista Pereira Martins

Dissertação submetida como requisito parcial para obtenção do grau de
Mestre em Sociologia

Orientadora:

Professora Doutora Inês Conceição Farinha Pereira, Professor Auxiliar Convidado

ISCTE – Instituto Universitário de Lisboa

Setembro, 2016

AGRADECIMENTOS

Esta etapa foi marcada por grandes acontecimentos na minha vida ...

A realização deste trabalho só foi possível graças ao apoio, estímulo, compreensão e disponibilidade de diversas pessoas.

À Orientadora desta tese, Professora Doutora Inês Pereira pela orientação, amizade e incentivo constantes, pela confiança demonstrada, disponibilidade, ajuda e por ter acreditado neste trabalho.

Ao Professor Doutor José Casanova no apoio à realização desta pesquisa.

Aos cuidadores de idosos que participaram neste estudo, pela disponibilidade e testemunhos enriquecedores que permitiram a realização deste estudo.

Ao Doutor Xisto Gonçalves por não me deixar desistir e por me mostrar sempre o caminho mais adequado.

À minha irmã por perceber a importância deste trabalho para mim, pelo estímulo e orgulho demonstrado, sempre pronta para me apoiar, com compreensão e disponibilidade e pela motivação e amor sempre presentes.

Ao meu sobrinho, pelo carinho, apoio incondicional, incentivo constante e orgulho demonstrado, que apesar de longe fisicamente esteve sempre presente.

À minha mãe que me possibilitou saber a importância do ato de cuidar e do amor e carinho que daí advém.

Ao meu pai, que já partiu, pela sua proteção como se estivesse aqui presente, que estaria muito orgulhoso por esta etapa.

Aos amigos de curso e de trabalho, pela amizade, motivação nos momentos mais difíceis, que me deram força quando esta parecia não existir.

Aos meus amigos e familiares pelo carinho, amizade e apoio constante.

Muito Obrigada a todos!

RESUMO

A população em Portugal encontra-se envelhecida e a tendência é para que esse envelhecimento aumente nos próximos anos. Esta nova realidade desencadeou novos desafios especialmente a necessidade de existência de cuidadores informais para os idosos com dependência.

O estudo desenvolveu-se na freguesia dos Olivais, em Lisboa pois a proporção de idosos é superior à que se verifica em Portugal, dada a relação de proximidade existente entre o investigador e o objeto em estudo e devido ao conhecimento que este tem da realidade observada. Apesar de já haver vários estudos sobre este tema julga-se que este se torna pertinente pois foi aplicado numa zona urbana onde a estrutura etária da população está a envelhecer. A nossa opção metodológica foi por um estudo de abordagem qualitativa, tendo sido utilizada a entrevista semidiretiva. Para a análise das respostas foi utilizada a técnica da análise de conteúdo. Outra técnica utilizada foi a observação participante. Os cuidadores-alvo deste estudo foram abordados pessoalmente pela investigadora/autora desta dissertação nas consultas da Unidade de Saúde Familiar Jardins da Encarnação, Lisboa. O método de amostragem utilizado foi não aleatório ou não probabilístico. A amostra foi de conveniência, constituída por 17 cuidadores, que aceitaram participar no estudo.

De acordo com os resultados podemos concluir que a prestação dos cuidados informais é totalmente da responsabilidade dos elementos da família e o mesmo se verifica em relação aos seus progenitores. Em relação à idade, verificamos que a idade dos cuidadores se situa entre os 47 anos e os 63 anos de idade, dando uma média de 55 anos. A maioria dos cuidadores são do sexo feminino apesar do género masculino se começar a evidenciar na prestação de cuidados. Quanto à proximidade geográfica com o idoso os cuidadores moram próximo. Em relação ao estado civil os casados assumem maior proporção. Na prestação de cuidados, verificamos que a maioria dos cuidadores de idosos dependentes, fazem-no há mais de quatro anos, as principais motivações são as afetivas. Sobre os aspetos negativos os cuidadores informais de idosos dependentes referem as alterações na vida pessoal. Sobre os impactos sentidos na prestação de cuidados referem os socioeconómicos e os emocionais.

Palavras-chave: Cuidador informal, apoio familiar, velhice, dependência.

ABSTRAT

The population in Portugal is aging and the trend is that aging increases in the coming years. This new reality brought new challenges especially the need for existence of informal caregivers for the elderly with dependence.

The study was developed in the parish of Olivais in Lisbon because the proportion of elderly is higher than that found in Portugal, for the existing close relationship between the researcher and the object under study and the knowledge that the researcher have of the observed reality. Although there are already several studies on this subject it is thought that this becomes relevant because it was applied in an urban area where the age structure of the population is aging. Our methodological choice was a qualitative study, and we used a semi-structured interview. For the analysis of the responses was used the technique of content analysis. Another technique used was participant observation. The target caregivers of this study were approached personally by the researcher / author of this dissertation in the consultations of the Family Health Unit Gardens of the Encarnação, Lisbon. The sampling method used was the not random or not probabilistic. The sample of convenience consisting of 17 caregivers who agreed to participate in the study.

According to the results we can conclude that the provision of informal care is entirely the responsibility of family members and the same is true for their parents. In relation to age, we found that the age of caregivers is between 47 and 63 years, giving an average of 55 years. Most caregivers are women despite the males begin to show in care. Regarding the geographical proximity to the elderly caregivers live close. Regarding marital status married assume greater proportion. In care, we found that most caregivers of dependent elderly do it more than four years ago. The main motivation is the affective. On the negative aspects of informal caregivers of dependent elderly relate changes in personal life. On the impacts felt in care highlights the emotional overload.

Key words: informal caregiver, family support, eld, dependency.

Índice

AGRADECIMENTOS	i
RESUMO	ii
ABSTRAT.....	iii
1.INTRODUÇÃO	1
2.ENQUADRAMENTO TEÓRICO.....	3
2.1.CONCEITOS.....	3
2.1.1. FAMÍLIA.....	4
2.1.2. VELHICE.....	5
2.1.3. DEPENDÊNCIA.....	6
2.1.4. CUIDAR.....	6
2.1.5. CUIDADOS SOCIAIS.....	7
2.1.6. REDE SOCIAL PESSOAL.....	7
2.1.7. APOIOS FAMILIARES.....	8
2.1.8. CUIDADO INFORMAL.....	9
2.1.9. CUIDADOR INFORMAL.....	9
2.1.12. MOTIVAÇÕES.....	10
3. O LOCAL EM ESTUDO.....	11
3.1. CONTEXTUALIZAÇÃO E CARACTERIZAÇÃO DO LOCAL DO ESTUDO.....	11
3.2. A POPULAÇÃO.....	11
4. METODOLOGIA.....	12
4.1. OBJETO / OBJETIVOS.....	12
4.2. A PERGUNTA DE PARTIDA.....	13
4.3. RAZÕES DA ESCOLHA DO TEMA.....	13
4.4. TÉCNICAS DE INVESTIGAÇÃO.....	13
4.4.1. A ENTREVISTA.....	14
4.4.1.1 PRÉ-TESTE.....	15
4.4.2. A ANÁLISE DE CONTEÚDO.....	15
4.4.3. A OBSERVAÇÃO PARTICIPANTE.....	15
4.6. CONSIDERAÇÕES ÉTICAS.....	16
4.7. MODELO DE ANÁLISE / CONCEPTUALIZAÇÃO.....	17
5. CONTEXTUALIZAÇÃO DEMOGRÁFICA.....	19
6. APRESENTAÇÕES DOS RESULTADOS DAS ENTREVISTAS.....	23

6.1.RESULTANTES DA ANÁLISE DE CONTEÚDO	23
6.2.RESULTANTES DA OBSERVAÇÃO PARTICIPANTE	31
7.CONCLUSÕES	32
8.LIMITAÇÕES E SUGESTÕES	41
BIBLIOGRAFIA	43
ANEXOS	I
ANEXO A - CONCEITOS / AUTORES	I
ANEXO B. GUIÃO DE OBSERVAÇÃO PARTICIPANTE	II
ANEXO B.1.POSTURA DURANTE A OBSERVAÇÃO	II
ANEXO B.2. ELEMENTOS A OBSERVAR	II
ANEXO C. GUIÃO DE ENTREVISTA	III
ANEXO D. MATRIZ OBSERVAÇÃO	V
ANEXO E. MATRIZ ENTREVISTAS	VI

Índice de Figuras

Figura 3.1. Mapa da freguesia dos Olivais

Figura 3.2. População residente na freguesia de Santa Maria dos Olivais, com 65 e mais anos de idade (N.º), sexo e nível de escolaridade

Figura 4.1 O modelo de análise

Figura 5.1. Operacionalização de conceitos

Figura 5.2. Frequência dos cuidados prestados por cuidadores informais em 2010

Figura 5.3. População mundial com mais de 60 anos entre 1950 – 2050

Figura 5.4. Estrutura da população residente em Portugal por grupos etários em 1981, 1991, 2001 e 2011 (%)

Figura 5.5. Índice de dependência de idosos, Portugal, 1991 – 2012

Figura 5.6. Índice de envelhecimento, Portugal, 1991 – 2012

Figura 5.7. Pirâmides etárias, Portugal, 1991 e 2012

Figura 5.8. Proporção da população residente com 65 ou mais anos de idade (%) por Local de residência (à data dos Censos 2011); Decenal

1.INTRODUÇÃO

Com o aumento da longevidade verifica-se um aumento de pessoas idosas em situação de dependência e/ou deficiência devido ao aumento do número de doenças crônicas. Face a situações de dependência total ou parcial, é necessária a ajuda de alguém que cuide. Mediante a carência de apoio formal muitos dos cuidados são fornecidos por cuidadores informais que prestam o cuidado não recebendo qualquer remuneração pelo seu trabalho. O papel do cuidador informal assume-se como uma extensão das funções tradicionais da família. Muitas vezes, a pessoa que assume o papel de cuidador não tem nenhuma preparação específica para as tarefas que deve realizar tornando-se de particular importância o apoio dos profissionais de saúde e dos serviços sociais. Normalmente, essa ajuda é fornecida por um familiar, que adquire, assim, o papel de cuidador primário.

O papel de cuidador nem sempre é uma atividade consciente e de escolha, sendo normalmente a continuação de um relacionamento anterior de cuidados, apoio e assistência. Costuma-se pensar em cuidados de saúde, naquilo que é fornecido por profissionais de saúde dentro de uma organização bem estruturada, independentemente se é uma organização pública ou privada. No entanto, a ajuda às pessoas cujo estado de saúde se torna numa situação de incapacidade ou dependência crónica com necessidade de assistência para ajudar às necessidades básicas de vida, e/ou atividades instrumentais diárias, também pode ser considerado como cuidados de saúde e esse auxílio é exercido principalmente pelos parentes. Muito do tempo que poderia e/ou deveria ser investido em lazer, é destinado para cuidar do parente dependente. Os que têm um emprego, enfrentam o conflito entre as suas obrigações profissionais e as responsabilidades de cuidador.

Cuidar de uma pessoa é um dos maiores desafios a superar, pois envolve longos períodos de tempo, esforço físico, custos financeiros, sobrecarga emocional, bem como riscos físicos e mentais. Nalguns países, como a Espanha após a publicação da lei de dependência (Instituto de Mayores y Servicios Sociales, 2004), a figura do cuidador não-profissional começou a ser reconhecida. Noutros países como Portugal, e apesar de sua importância, o papel de cuidador não remunerado não é reconhecido legalmente, sendo entendido como uma obrigação familiar e são escassas ou praticamente inexistentes medidas jurídicas que podem proporcionar à família uma melhor qualidade de vida. Assim, o cuidador torna-se num profissional invisível cujo papel provavelmente afetará a sua saúde e a sua qualidade de vida.

Estruturalmente, este trabalho encontra-se dividido em sete partes: no primeiro capítulo a introdução; no segundo o enquadramento teórico, com base numa revisão bibliográfica, procurando contextualizar e fundamentar a pesquisa; no terceiro o local em estudo (contextualização do local e caracterização da população); no quarto o enquadramento metodológico (o objeto e objetivo, a pergunta de partida, as razões da escolha do tema, as técnicas de investigação, a população, as considerações éticas e o modelo de análise); no quinto foi feita uma contextualização demográfica, no sexto as apresentações dos resultados das entrevistas, no sétimo as conclusões e no oitavo as limitações e sugestões.

Com base nos dados do Health at a Glance 2013 – OECD Indicators foi analisada a frequência dos cuidados prestados por cuidadores informais em 2010. Com base nos dados do INE foi analisada a estrutura da população residente em Portugal por grupos etários entre 1981 e 2011, o índice de dependência dos idosos, Portugal, 1991-2012, o índice de envelhecimento em Portugal, 1991-2012, as pirâmides etárias, Portugal, 1991 e 2012 e a proporção da população residente com 65 ou mais anos de idade por local de residência (Portugal e a freguesia de Santa Maria dos Olivais em Lisboa).

2.ENQUADRAMENTO TEÓRICO

Esta fase corresponde àquilo que vulgarmente se designa por “estado da arte”, e que inclui a revisão da literatura, a pesquisa de artigos de revistas científicas, bibliografia, documentação, monografias, estatísticas, etc. que se relacionem e permitam enquadrar as problemáticas referentes ao objeto de estudo selecionado. Nesta fase, importa fixar critérios de seleção de informação que evitem situações de “sobre informação, de subinformação ou de pseudoinformação” (Carmo e Ferreira,1998:28)

Dizer que “toda a investigação assenta num enquadramento teórico”, significa que o investigador deve organizar a sua pesquisa a partir de um quadro concetual em que sejam identificados os principais autores, linhas doutrinárias e onde se precisam os conceitos fundamentais e as ligações que entre eles existem. Trata-se de “desenhar a estrutura conceptual em que se vão fundar as proposições [hipóteses] que se elaborarão em resposta à pergunta de partida” (Quivy e Campenhoudt, 2008:99).

2.1.CONCEITOS

Os conceitos mobilizados foram o conceito de *Família*, centrado na vertente das interações na família, o conceito de *Velhice*, para se perceber como este conceito tem evoluído à medida que a esperança de vida tem aumentado, o conceito *Dependência*, o conceito de cuidar, o conceito de *cuidados sociais*, o conceito de *Rede social pessoal*, o conceito de *Apoios Familiares*, o conceito de *Cuidado Informal*, o conceito de *Cuidador Informal*, o conceito de *sobrecarga*, o conceito de *bem-estar subjetivo* e o conceito das *motivações*.

Fortin (2009) refere que “ Os conceitos são os elementos de base da linguagem que transmitem os pensamentos, as ideias e as noções abstratas (...) são os conceitos e as suas relações mútuas que constituem as proposições teóricas que são verificadas sob a forma de hipóteses, pela investigação”. (Fortin, 2009: 36)

Segundo Fortin (2009) “Para elaborar um quadro teórico ou conceptual, é preciso primeiro definir os conceitos, clarificá-los e precisar as suas relações mútuas. Uma das formas de precisar as relações é ilustrá-las com a ajuda de um diagrama que mostra os conceitos colocados em relação ou os que contribuem para a explicação” (Fortin, 2009: 97)

2.1.1. FAMÍLIA

Relativamente à família moderna, Tocqueville “insiste na ideologia individualista das famílias da ‘sociedade democrática’.

Este autor acima referido menciona que, “nos planos afetivo e normativo, o grupo nuclear se volta sobre si próprio, descarta as gerações mais velhas e tem uma atitude míope para com as gerações futuras: Inaugura assim o tema da *privatização*, na qual se associam liberdade e sentimento de solidão”. (Tocqueville em Kellerhals *et al*, 1984: 10).

Spencer desenvolve a tese da implementação progressiva do casamento de afeição (*union by affection*) por oposição a uma união decorrente apenas do princípio institucional (*union by law*). Posteriormente, em Durkheim, verificar-se-á uma perspetiva próxima desta em que “opõe uma solidariedade familiar *peçoal* (a ligação que se tem com determinada patente) a uma coesão derivada da conservação, na família, dos bens domésticos” (Spencer em Kellerhals *et al*, 1984: 10). Engels inaugura toda uma linha de pensamento consagrada ao impacte dos capitais respetivos do homem e da mulher sobre as relações de afeto e de poder no grupo conjugal” (Engels em Kellerhals *et al*, 1984: 10). De Bonald ou Le Play, considerados *tradicionalistas*, defendem a família-tronco (*famille-souche*), enquanto os *socialistas* “apregoam a soberania do sentimento e da liberdade” (Kellerhals *et al*, 1984: 11). Desde 1945, Burgess *et al*, sugerem “uma distinção ideal-típica entre «*instituição*» e «*companheirismo*» para dar conta da família moderna” (Burgess *et al* em Kellerhals *et al*, 1984: 11)

A “*instituição*” é caracterizada por “ um casamento “arranjado” pelos pais, uma predominância de finalidades económicas (transmissão do património, divisão do trabalho) como princípio de legitimidade da união, uma norma autoritarista de funcionamento, uma sujeição do grupo familiar a regras de conduta doméstica ditadas do exterior” (Burgess *et al* em Kellerhals *et al*, 1984: 11).

Ariès, refere que “a família antiga tinha como função a conservação dos bens, a prática comum de um ofício e a entreaajuda quotidiana num mundo onde indivíduos isolados dificilmente poderiam sobreviver ([dando-se]) a separação progressiva entre lugar de trabalho e lugar de residência ([e uma]) erosão de “sociabilidades públicas”” (Ariès in Kellerhals *et al*, 1984: 16).

Vasconcelos indicou que “não é só nos grupos domésticos que se faz a mobilização dos recursos e se vive quotidianamente a vida familiar, sendo que as relações sociais primárias e as sociabilidades familiares, em regra, extravasam o grupo de co-residência” (Vasconcelos,2002: 508). Para Ariés, a “evolução da família moderna contemporânea assenta numa ideia da família centrada sobre as pessoas e não sobre as coisas e completa-se num papel decisivo desempenhado pela escola (Ariés em Fernandes, 1997: 20).

2.1.2. VELHICE

A este período da vida, está associado o isolamento, a solidão, a doença, a pobreza, carências afetivas e materiais e a exclusão social. Com o aumento da esperança média de vida os mais velhos “deixaram o papel de conselheiros sapientes que tradicionalmente foram desempenhando” (Fernandes, 1997: 2).

Fernandes (2001) refere que nas sociedades tradicionais a velhice aparecia de forma individual, limitado à família, onde cada um “deveria prever os seus dias de velhice, que não eram então muito longos (...) assentava fundamentalmente no sistema de trocas que se estabeleciam entre as gerações dentro do grupo familiar ou doméstico ([e a]) a posse de propriedade era a garantia de uma velhice segura” (Fernandes, 2001: 2).

Segundo Fernandes (1997), a “institucionalização dos sistemas de reformas é o primeiro passo para a autonomia económica dos mais velhos e a emergência da velhice enquanto categoria social” (Fernandes, 1997: 2). Atualmente “é-se jovem biologicamente até cada vez mais tarde e velho socialmente, cada vez mais cedo” (Fernandes, 1997: 9).

Segundo Lenoir a velhice é definida como “uma categoria cuja delimitação resulta do estado (variável) das relações entre as gerações, isto é, da distribuição do poder e dos privilégios entre as classes e entre as gerações” (Lenoir, 1998: 71-72).

A velhice para Guillemarde e Lenoir (1997) representa “a etapa da vida na qual o volume e o conteúdo das trocas são diretamente em função do tipo de laços levados a cabo com a família e em particular com os filhos” (Guillemarde e Lenoir em Fernandes, 1997: 19).

Fernandes (1997) define velhice como:

“a idade de maior vulnerabilidade às relações sociais estabelecidas com a família, ela pode também ser considerada como o momento em que se acentua o jogo cumulativo dos determinismos sociais e onde se cruzam as desigualdades iniciais” (Fernandes, 1997: 19).

Anne-Marie Guillemarde classificou duas concepções de velhice, a *velhice invisível* e a *velhice identificada*.

A *velhice invisível*, “sem forma definida, com contornos contrastados, característica de uma sociedade em que a condição de velho era função do património familiar é típica do século XIX e início do século XX. É invisível na medida em que a solidariedade para com os idosos é praticamente uma solidariedade familiar, privada, remetida para o interior do espaço doméstico.” (Guillemard, 1980: 20). A *velhice identificada*, “ao contrário da anterior, aqui encontramos uma definição homogénea de velhice. Com os sistemas de reforma e a sua gradual generalização a segurança na velhice deixa de ser um atributo da propriedade, isto é, a velhice segura era a que assentava no conforto material do proprietário segurança essa que é gradualmente mediatizada pelo acesso ao trabalho remunerado e à posição social” (Guillemard, 1980: 20).

2.1.3. DEPENDÊNCIA

Para Veysset, (1989) “A dependência é definida em função de critérios anómicos, equivalente a um estado de incapacidade” (Veysset, 1989:20), ou seja, trata-se do indivíduo que não consegue desempenhar sozinho as atividades diárias e que necessita de ajuda. Segundo o Instituto Nacional de Estatística a incapacidade de saúde de um indivíduo com os seus fatores contextuais, ambientais e pessoais revela limitação de atividade e/ou restrição na participação. (INE, 2015)

De acordo com o Conselho da Europa (1998) “A dependência traduz-se na necessidade de ajuda ou assistência importante para as atividades de vida diária” ou, mais concretamente, como “um estado em que se encontram as pessoas que por razões ligadas à perda de autonomia física, psíquica ou intelectual, têm necessidade de assistência e/ou ajudas importantes a fim de realizar os atos correntes da vida diária e, de modo particular, os referentes ao cuidado pessoal.” Conselho da Europa (1998).

2.1.4. CUIDAR

Segundo Ricarte (2009), “cuidar é um conceito complexo e multidisciplinar... o cuidar apresenta múltiplas vertentes, sendo estas: relacional, afetiva, ética, sociocultural, terapêutica e técnica” (Ricarte, 2009:43) Já para Durkheim trata-se de apoiar alguém com doenças físicas ou mentais. “... na teia complexa de interações sociais, as coisas se equiparam, e todos têm algo em especial a contribuir; a dependência se resolverá na interdependência.” (Durkheim, citado por Sennet, 2004:148).

No estudo de José (2012), a análise das 54 entrevistas realizadas permitiu identificar cinco significados: peregrinação (8 casos); compaixão (2 casos); gratificação (3 casos); opressão (18 casos); e conciliação (23 casos). No resumo inicial o autor destaca a opressão e a conciliação. Nomeadamente no na opressão a pessoa está “presa” ao cuidador por estar na reforma ou por ser desempregado de longa duração e não gosta do que faz porque sente que está a prejudicar a sua vida, mesmo não estando a viver com os idosos. Na conciliação, os idosos vivem com os cuidadores, que são muitas vezes “supervisores” de outra pessoa que presta os cuidados, são trabalhadores, há também os cuidadores secundários. A questão que se prende com ambas as categorias deste cuidados, opressão e conciliação, tem a ver com as habilitações literárias, o trabalhar ou não, e verifica-se que isso faz diferença.

2.1.5. CUIDADOS SOCIAIS

Segundo Kroger (2001), os “cuidados sociais” são todo o apoio que é prestado para ajudar as crianças ou as pessoas adultas dependentes nas suas atividades do quotidiano. Esse apoio pode ser prestado informalmente (por pessoas pagas ou não pagas) ou formalmente (por serviços públicos ou privados com ou sem fins lucrativos) (Kroger, 2001:4)

Nas redes de apoio formal, incluem-se os serviços estatais de segurança social e os organizados pelo poder local, a nível do concelho ou da freguesia, criados para servir a população idosa (lares, serviços de apoio domiciliário, centros de dia, ou centros de convívio). Na zona em estudo as ofertas formais que existem são as seguintes: Centro de Dia da Junta de Freguesia Olivais, Centro de Dia Santo Eugénio, ARPI – Associação de Reformados e Pensionistas e Idosos, Centro Social e Paroquial Santa Maria dos Olivais, Labor – Cooperativa de Solidariedade Social, CRL, e Fundação Cardeal Cerejeira.

2.1.6. REDE SOCIAL PESSOAL

Para Sluzki (1996), a rede pessoal é o “conjunto de seres com quem interagimos de maneira regular, com quem conversamos, com quem intercambiamos sinais que nos corporizam, que nos fazem reais (...) é a soma de todas as relações que um indivíduo percebe como significativas ou define como diferenciadas da massa anónima da sociedade (...) [é o que] corresponde ao nicho interpessoal do indivíduo” (Sluzki, 1996: 13 e 42).

2.1.7. APOIOS FAMILIARES

Os apoios familiares podem assumir diversas formas, podem ser do tipo financeiro, de apoio material, de apoio nos serviços domésticos, de apoio moral, ou outros apoios. Podem variar no tempo, ou seja, podem ser quotidianos, ocasionais, moderados, ou intensos. Segundo Cuturello, “as transferências entre as gerações fazem-se fundamentalmente num sentido: de pais para filhos” (Cuturello em Fernandes, 1997: 73).

Segundo Vasconcelos, muitas vezes os apoios podem ser entendidos “como estratégias de reprodução das vantagens sociais (...), transmissões e ajudas essas que em muito contribuem para a definição das posições de classe das famílias” (Vasconcelos, 2002: 511-512). Mesmo em países com uma rede de equipamentos e serviços sociais bem desenvolvida, a família continua a ter um papel fundamental na prestação de cuidados a pessoas idosas.

Para José (2012): “noções como cadeia global de cuidados” (*global care chain*) “têm sido usadas para dar conta da deslocação de cuidadores dos países menos desenvolvidos para os países mais desenvolvidos com o intuito de cuidarem de pessoas idosas, “deixando para trás” os seus próprios filhos e outros dependentes” (José, 2012: 126).

Na Carta Social (2010) consta que “os dados disponíveis, dizem-nos que, em Portugal, a família é a principal provedora de cuidados às pessoas idosas seguida de alguma distância pelas instituições e serviços pertencentes ao chamado terceiro sector (Carta Social, 2010 em José, 2012: 130).

Segundo José (2012) “Portugal insere-se no grupo de países onde vigora um “familismo implícito” que se caracteriza por uma baixa oferta de serviços sociais e por um sistema rudimentar de licenças par aprestar cuidados, e de prestações sociais diretas e indiretas para compensar os custos do cuidar. Este “familismo implícito” reproduz as desigualdades de género na prestação de cuidados familiares, as quais desfavorecem as mulheres” (José, 2012: 64).

Para Mauss, as trocas entre gerações enquadram-se na lógica da *dádiva*:

“deve ser entendida como uma noção de economia de troca-dádiva, distante da economia do utilitarismo e do interesse supostamente natural, à qual se retira o interesse e o cálculo económico (...) a *dádiva*, entendida como prestação total, pressupõe o ato de dar, a obrigação de aceitar e de retribuir os presentes recebidos. ” (Mauss em Fernandes, 1997: 73).

Fernandes (2001) refere que as trocas intergeracionais, caracterizam-se “em torno do domínio afetivo, da ajuda doméstica e financeira, da guarda das crianças e dos cuidados gerais em caso de doença ou incapacidade”. (Fernandes, 2001:11)

2.1.8. CUIDADO INFORMAL

Segundo Sequeira (2007), o cuidado informal (prestado por cuidadores informais), com a prestação de cuidados executados no domicílio e que maioritariamente são da responsabilidade dos elementos da família, amigos, entre outros, cujo desempenho não é remunerado, podendo a prestação dos cuidados ser de uma forma parcial ou total. Este presta ajuda física a pessoas com dificuldades na realização das atividades básicas de vida diária.

Paúl (2012) refere que “os cuidados informais correspondem às tarefas diárias, desempenhadas por uma terceira pessoa, não profissional, que apoia as atividades de vida de pessoas, com algum grau de dependência” (Paúl, 2012:13)

O cuidado informal é definido por Domínguez (1998) “como a assistência proporcionada pela família pelos amigos, ou pelos vizinhos a pessoas com necessidade de cuidados instrumentais, ou pessoais, nas atividades de vida quotidiana (...) trata-se de uma fonte de cuidados não remunerados, para que a pessoas idosas em situação de fragilidade ou dependência, as pessoas incapacitadas ou outros grupos continuem a viver no seu lar, ou na comunidade e não sejam institucionalizados.” (Domínguez, 1998:469)

2.1.9. CUIDADOR INFORMAL

Segundo Gordilho *et al*, (2000) cuidador é aquele que, sendo “membro da família ou não, com ou sem remuneração, cuida do idoso no exercício das suas atividades diárias tais como alimentação, higiene pessoal, medicação de rotina, acompanhamento aos serviços de saúde, excluídas as técnicas ou procedimentos identificados com profissões legalmente estabelecidas (...)”, (Gordilho *et al*, 2000:48)

(Godhead *et al* (2007), definem os cuidadores informais como os atores que cuidam de um amigo, de um familiar ou de vizinho que, em resultado da doença, fragilidade ou deficiência, não consegue viver quotidianamente sem ajuda ou apoio (Godhead *et al*, 2007:13). Esta definição coincide as que se têm apresentado em literatura diversa.

.2.1.10. SOBRECARGA

Sarmiento *et al*, (2010) referem que desempenho do papel de cuidador informal “interfere com aspetos da vida pessoal, familiar e social dos familiares cuidadores” que podem manifestar-se em “tensão, constrangimento, fadiga, frustração, redução de convívio, alteração da autoestima, entre outros” (Sarmiento *et al*, 2010: 46).

A sobrecarga engloba duas dimensões: a objetiva e a subjetiva. A sobrecarga subjetiva é definida como os sentimentos, as atitudes e reações emocionais do cuidador. A sobrecarga objetiva refere-se às consequências negativas do ato de cuidar de algum familiar, tais como alterações na rotina, na vida social e na vida profissional dos familiares.

2.1.11. BEM-ESTAR SUBJETIVO

Segundo Novo (2003), “o Bem-Estar Subjetivo (Subjective Well-Being – SWB) é atualmente definido como um domínio que se refere ao bem-estar global avaliado a partir da Satisfação com a Vida e da Felicidade” (Novo, 2003:22). Edward Diener foi um dos principais pesquisadores na área do bem-estar subjetivo. O seu objetivo foi analisar a avaliação que as pessoas fazem das suas vidas (Diener, Suh, e Oishi, 1997:1) Essas avaliações podem ser negativas ou positivas. O bem-estar subjetivo é multidimensional, pois é constituído por uma dimensão afetiva (avaliação de cada indivíduo sobre as suas experiências emocionais positivas e negativas) e uma dimensão cognitiva (avaliação da satisfação com a própria vida).

2.1.12. MOTIVAÇÕES

Segundo Winter *et al* (2010), os motivos para se ser cuidador informal relacionavam-se com fatores que envolviam o cuidador (a tradição familiar, o não desejar a institucionalização, etc); o idoso e os que envolviam a família e a comunidade (a disponibilidade de outros cuidadores e a (in) existência de fontes financeiras e sociais). As razões para cuidar informalmente de alguém em situação de dependência são diversificadas.

Para Ricarte (2009), as cinco principais razões são o amor, a gratidão (noção de dever, pressão social apoiados no modelo da família tradicional), a moralidade (dever moral, sentimento de gratidão e reciprocidade), a solidariedade (laços afetivos) e a vontade própria.

3. O LOCAL EM ESTUDO

3.1. CONTEXTUALIZAÇÃO E CARACTERIZAÇÃO DO LOCAL DO ESTUDO

O estudo desenvolve-se na freguesia dos Olivais, concelho de Lisboa, pertence à Zona Oriental da capital e ocupa uma área de 8.09 km². Esta freguesia resulta da mudança da designação “Santa Maria Olivais”, Dec-Lei nº56/2012, de 8 de Novembro, Geograficamente os seus limites foram alterados na fronteira com a freguesia do Parque das Nações.

Figura 3.1. Mapa da freguesia dos Olivais

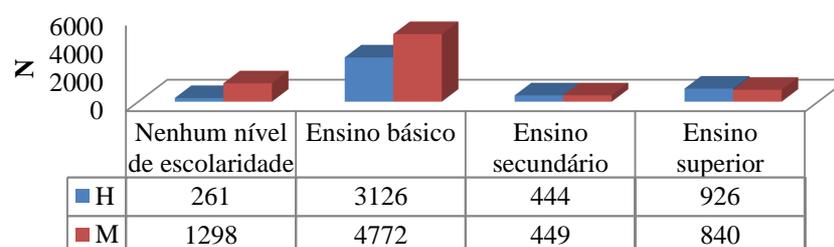


Fonte: Câmara Municipal de Lisboa: lxi.cm-lisboa.pt/lxi/

3.2. A POPULAÇÃO

Na área da Saúde, a população recebe apoio da Unidade de Saúde Familiar Jardins da Encarnação que tem 15.116 utentes inscritos. Segundo os dados do Instituto Nacional de Estatística (2011), esta freguesia é habitada por 51.036 pessoas (9.32% dos habitantes no concelho), das quais, 23.87% (12.115) têm mais de 65 anos e a maioria possui o ensino básico.

Figura 3.2. População residente na freguesia de Santa Maria dos Olivais, com 65 e mais anos de idade (N.º), sexo e nível de escolaridade



Fonte: Construção própria, dados do Instituto Nacional de Estatística, 2011

4. METODOLOGIA

Neste capítulo descreve-se o modo como planeámos e realizámos as etapas metodológicas do estudo, justificando a sua pertinência e as razões da escolha do tema. Apresenta-se o tipo de estudo, os objetivos, as questões de investigação, a população e a amostra, os instrumentos de recolha de informação, e os aspetos éticos e o “desenho da investigação”. A metodologia utilizada na pesquisa foi qualitativa intensiva e assentou na combinação de várias técnicas: entrevistas semidiretiva, análise documental (a análise de fontes estatísticas e a análise de conteúdo) e observação participante.

Fortin (2009) refere que “A investigação científica é em primeiro lugar um processo, um processo sistemático que permite examinar fenómenos com vista a obter respostas para questões precisas que merecem uma investigação” (Fortin, 2009:17). Segundo Fortin (2009), “o desenho de investigação é o plano lógico criado pelo investigador com vista a obter respostas válidas colocadas ou às hipóteses formuladas. (Fortin, 2009:132). Segundo Freixo (2012) “no decurso desta fase o investigador determina o método e procedimentos que utilizará para obter respostas às questões de investigação colocadas” (Freixo, 2012:209).

4.1. OBJETO / OBJETIVOS

Fortin (2009) refere que ao objetivo de um estudo “é um enunciado declarativo que precisa as variáveis-chave, a população alvo e a orientação da investigação” (Fortin, 2009:100). O investigador deve-se sentir motivado e identificado com o estudo.

O presente estudo tem como objetivo analisar os impactos da prestação de cuidados no cuidador informal nas esferas física, emocional e socioeconómica. Os objetivos específicos são caracterizar sócio demograficamente os cuidadores informais, identificar os motivos pelos quais os cuidadores informais desempenham a função de cuidar, determinar o bem-estar subjetivo dos cuidadores informais aferindo as consequências negativas e positivas da prestação de cuidados.

Segundo Carmo e Ferreira (1998), a definição do campo e objeto de uma investigação, deve obedecer a três critérios: em primeiro lugar, a escolha do campo de estudo não deve ser feita ao acaso, podendo nesse caso adotar-se o critério da familiaridade com o tema, uma vez que “ é vantajoso que o trabalho a empreender se enraíze na experiência anterior do investigador”, (Carmo e Ferreira, 1998:45).

4.2. A PERGUNTA DE PARTIDA

A pergunta de partida é definida por Quivy e Campenhoudt (2008) como a fase “ (...) através da qual o investigador tenta exprimir o mais exatamente possível o que procura saber, elucidar, compreender melhor” (Quivy e Campenhoudt, 2008:31-32) Para Fortin (2009), “A questão de investigação é um enunciado interrogativo, escrito no presente que inclui habitualmente uma ou duas variáveis e a população a estudar.” (Fortin, 2009:101).

Assim, definiu-se como pergunta de partida, quais as consequências de sobrecarga nos cuidadores informais decorrentes da prestação de cuidados às pessoas idosas dependentes?

4.3. RAZÕES DA ESCOLHA DO TEMA

Esta temática foi escolhida pela grande importância no contexto social atual e pela pertinência do ponto de vista sociológico. Pretende-se identificar um tema com incidência social - relevante e atual – e, com pertinência sociológica. Escolheu-se a freguesia dos Olivais pois é uma freguesia, em Lisboa, onde a proporção de idosos é superior à que se verifica em Portugal, dada a relação de proximidade existente entre o investigador e o objeto em estudo e devido ao conhecimento que este tem da realidade observada. Apesar de já haver vários estudos sobre este tema julga-se que este se torna pertinente pois irá ser aplicado numa zona urbana onde a estrutura etária da população está envelhecer.

“Estudar o que se tem produzido na mesma área é (...) um ato de gestão de informação indispensável a quem queira produzir algum valor acrescentado à produção científica existente sem correr o risco de estudar o que já está estudado tomando como original o que já outros descobriram” (Carmo e Ferreira, 1998:59).

4.4. TÉCNICAS DE INVESTIGAÇÃO

Segundo Almeida e Pinto (1995) “As técnicas de investigação são conjuntos de procedimentos bem definidos e transmissíveis, destinados a produzir certos resultados na recolha e tratamento da informação requerida pela pesquisa.” (Almeida e Pinto, 1995:85) O investigador deve identificar o que se pretende estudar, as metodologias a utilizar, o período de tempo, em que lugar e quem serão os atores a envolver.

4.4.1. A ENTREVISTA

As entrevistas foram realizadas durante a semana, em horários diferentes de forma garantir o contacto com o cuidador. O guião da entrevista foi constituído por vinte e sete questões, agrupadas em quatro blocos temáticos; “Caracterização sociodemográfica dos cuidadores”. “Impactos da prestação de cuidados”; “Motivações na prestação de cuidados” e “Bem-estar subjetivo dos cuidadores.

Neste estudo, foi a entrevista semidirectiva a que melhor se adequou. A recolha de dados, através de entrevistas, decorreu entre 1 de Abril e 15 de Maio de 2016, com apoio de gravador áudio, com uma duração de tempo, entre quarenta e sessenta minutos, cada uma. A ordem de questões no guião nem sempre foi respeitada, havendo uma adequação ao tipo de entrevistado. Na transcrição das entrevistas cada entrevistado foi designado de E, seguido de um número, que indica cronologicamente as entrevistas (E1 a E17), mantendo-se assim a confidencialidade dos entrevistados. Elaboraram-se matrizes de resultados, com as informações mais significativas, contidas nas entrevistas e na observação. No final de cada entrevista agradecemos a cada cuidador a disponibilidade dispensada e o valor do seu contributo. Verificámos que para eles tinha sido importante partilhar as suas vivências e necessidades. Para a análise dos dados das entrevistas foram utilizadas as tabelas dinâmicas do programa Excel 2013. O entrevistador precisa de encontrar as ‘pessoas certas’ para estudar, fazer perguntas relevantes e identificar os conjuntos implícitos de regras e normas, as situações subjacentes, os processos e as contradições” da ação e interação (Nilsen, Brannen et al, 2012: 37).

Segundo Quivy e Campenhoud (2008) o “investigador dispõe de uma série de perguntas-guias, relativamente abertas, a propósito das quais é imperativo receber uma informação da parte do entrevistado. Mas não colocará necessariamente todas as perguntas na ordem em que as anotou e sob a formulação prevista” Quivy e Campenhoud (2008:194).

Best (1981) refere que “a entrevista é, muitas vezes, superior a outros sistemas de obtenção de dados. Uma razão é que as pessoas, geralmente, preferem falar a escrever” (Best, 1981:159). Concordamos com Ghiglione e Matalon (1997) quando estes referem que a entrevista é indicada para “compreender fenómenos como as atitudes, as opiniões, as preferências, as representações (...) que só são acessíveis de uma forma prática pela linguagem”, permitindo “saber como é que o indivíduo o explica, que significado tem para ele, o que não saberemos se ele não o explicitar” (Ghiglione e Matalon, 1997:13).

Quivy e Campenhoudt (2008), referem que o investigador “deixará andar” o entrevistado tanto quanto possível para que este possa falar abertamente, com as palavras que desejar e pela ordem que lhe convier, esforçando-se simplesmente por reencaminhar a entrevista para os objetivos e colocar as perguntas às quais o entrevistado não chega por si próprio. Considerámos oportuno fazer anotações, principalmente no que diz respeito aos gestos, posturas e expressões faciais. À medida que as entrevistas foram realizadas, foram transcritas para a respetiva grelha de análise.

4.4.1.1 PRÉ-TESTE

Para o pré-teste realizaram-se três entrevistas, tendo como objetivo: verificar se as questões estavam devidamente formuladas, o tempo de cada entrevista e possibilitar à autora do estudo o envolvimento e o conhecimento da população alvo. Da análise do pré-teste não houve necessidade de reformular questões. Todas as questões foram respondidas adequadamente.

4.4.2. A ANÁLISE DE CONTEÚDO

Para a análise das respostas foi utilizada a técnica da análise de conteúdo procurando-se descrever, interpretar e categorizar os depoimentos dos entrevistados. Segundo Bardin (2004) a análise de conteúdo é “...um conjunto de técnicas de análise das comunicações que utiliza procedimentos sistemáticos e objetivos de descrições do conteúdo das mensagens, indicadores (quantitativos ou não) que permitam a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção/recepção (variáveis inferidas) destas mensagens” (Bardin, 2004: 37) O mesmo autor refere que, “a categorização é uma operação de elementos constitutivos de um conjunto, por diferenciação e, seguidamente, por reagrupamento, segundo o género (analogia), com critérios previamente definidos”. (Bardin, 2004:111)

4.4.3. A OBSERVAÇÃO PARTICIPANTE

Outra técnica utilizada foi a observação participante. “... o investigador deverá assumir o seu papel de estudioso junto da população observada, combinando-o com outros papéis sociais cujo posicionamento lhe permita um bom posto de observação. Com o desempenho desses papéis faz de algum modo participar na vida da população observada”. (Carmo e Ferreira, 1998: 107) Para além de observar, pretende-se participar na vida do observado, e captar as vivências, representações.

4.5. A POPULAÇÃO

Segundo Fortin (2009) “A população compreende todos os elementos (pessoas, grupos, objetos) que partilham características comuns, as quais são definidas pelos critérios estabelecidos para o estudo.” (Fortin, 2009:41). Segundo a mesma autora “ A população alvo refere-se à população que o investigador quer estudar e para a qual faz generalizações. A população acessível é a porção da população alvo que está ao alcance do investigador. Pode ser limitada a uma região, a uma cidade, a um estabelecimento, etc” (Fortin, 2009:41). Os cuidadores-alvo deste estudo foram abordados pessoalmente pela investigadora/autora desta dissertação nas consultas da Unidade de Saúde Familiar Jardins da Encarnação, Lisboa. Sempre que o cuidador aceitou participar foi convidado a acompanhar a mesma para a zona de restauração existente no Centro de Saúde. A investigadora esclareceu todas as dúvidas que surgiram, dando alguns tópicos nas questões mais difíceis.

4.5.1. A AMOSTRA

A amostra foi constituída por dezassete cuidadores que aceitaram participar no estudo. O método de amostragem utilizado foi não aleatório ou não probabilístico. A amostra, como não foi possível aferir o número total do universo dos cuidadores, optou-se por uma não representativa e de conveniência. A amostra não probabilística é um procedimento de seleção segundo o qual cada elemento da população não tem uma probabilidade igual de ser escolhido para formar a amostra. Foi de conveniência pois os participantes foram escolhidos em função de duas características específicas: ter mais de 18 anos e ser cuidador informal de idosos residentes na freguesia dos Olivais, Lisboa.

Segundo Carmo e Ferreira (1998) “(...) na amostragem de conveniência utiliza-se um grupo de indivíduos que esteja disponível ou um grupo de voluntários. (...) os resultados obviamente não podem ser generalizados à população à qual pertence o grupo de conveniência” (Carmo e Ferreira, 1998: 197).

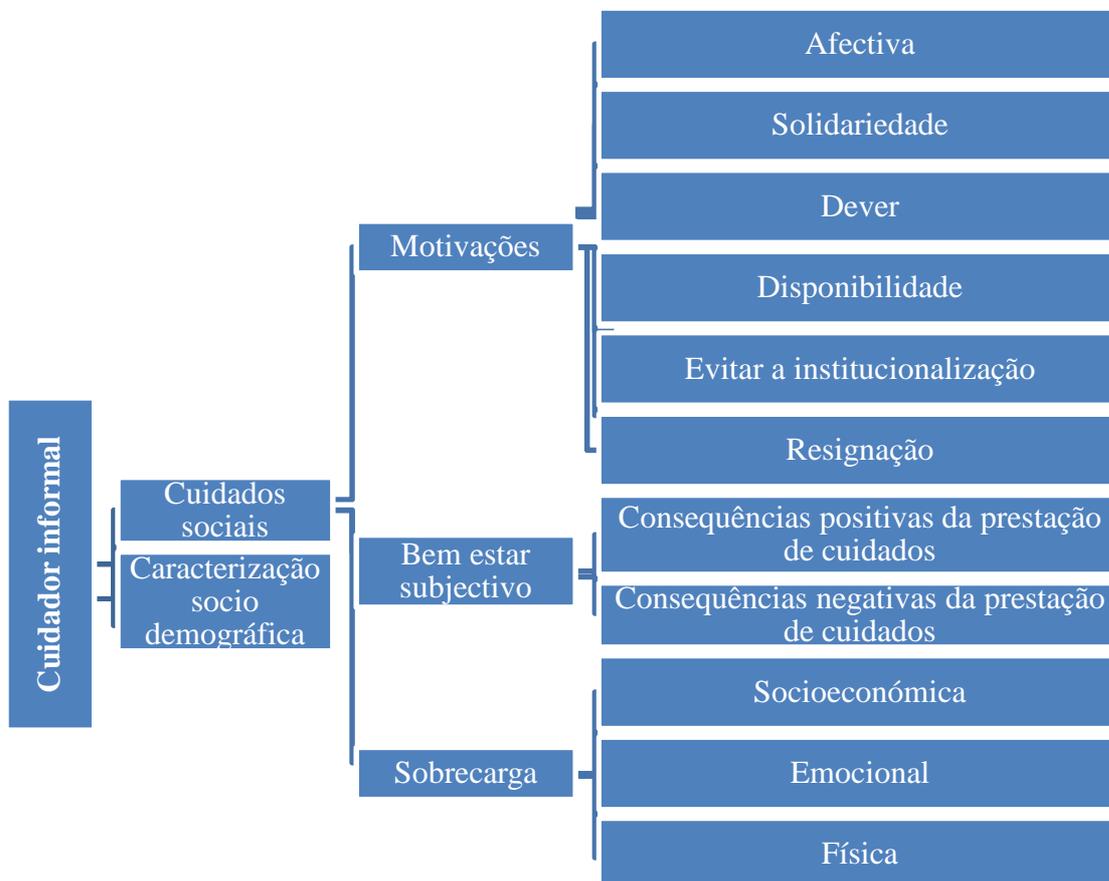
4.6. CONSIDERAÇÕES ÉTICAS

Neste estudo, foram respeitados os aspetos éticos das pessoas que participaram neste estudo: autorização para realização do estudo por parte dos responsáveis da zona de restauração da Unidade de Saúde Familiar Jardins da Encarnação onde se realizaram as entrevistas; participação voluntária dos participantes, garantia de confidencialidade e autorização dos cuidadores para a gravação das entrevistas.

4.7. MODELO DE ANÁLISE / CONCEPTUALIZAÇÃO

Segundo Quivy e Campenhoudt (2008) O modelo de análise é “composto por conceitos e hipóteses estreitamente articulados entre si” num “quadro coerente”, e “articula de forma operacional os marcos e as pistas que serão finalmente retidos para orientar o trabalho de observação e de análise” (Quivy e Campenhoudt, 2008:151). No contexto do cuidador informal, incluíram-se as variáveis da caracterização sócio demográfica como: género, idade, local de residência, anos de escolaridade, estado civil, condição perante o trabalho, situação na profissão, profissão, número de pessoas que compõem o agregado familiar e grau de parentesco. Para o desenvolvimento deste estudo pretendemos conhecer as razões do cuidador informal para assumir o cuidar da pessoa idosa dependente; analisar as repercussões da prestação de cuidados no cuidador principal e identificar as sobrecargas do cuidador principal. Relativamente às dimensões de análise, a escolha é ampla e todos os objetos de estudo são interessantes numa perspetiva social.

Figura 4.1. O modelo de análise



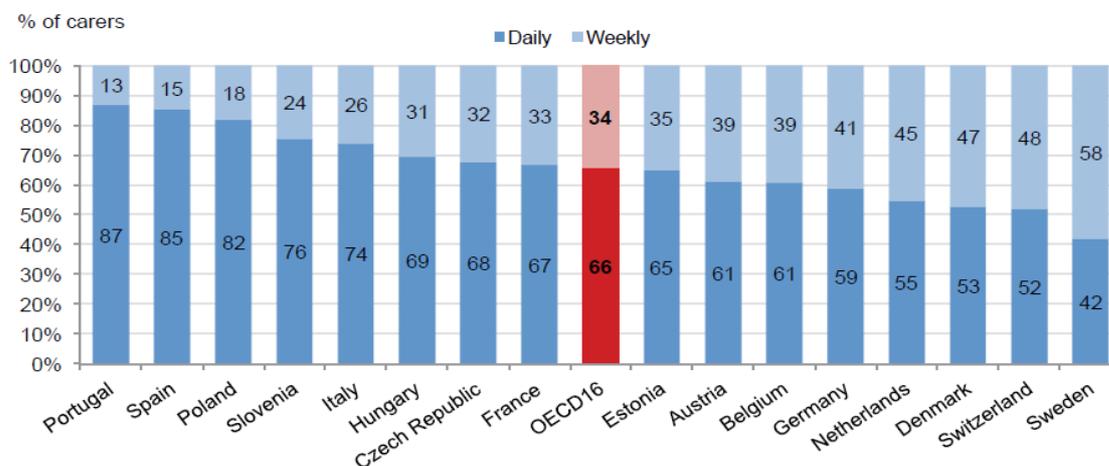
Segundo Fortin (2009) “Os conceitos estabelecem a ligação entre um fenómeno em estudo e a teoria que constitui uma tentativa de explicação do fenómeno.” (Fortin, 2009:92)

Figura 3.4.Operacionalização de conceitos

Conceito	Dimensões		Indicadores	
Cuidador informal	Caracterização sociodemográfica		Sexo	
			Idade	
			Local de residência	
			Escolaridade	
			Estado Civil	
			Condição perante o trabalho	
			Situação profissão	
			Profissão	
			Quantas pessoas compõem o seu agregado familiar	
			Quem é dependente dos seus cuidados	
	Cuidados sociais		Motivações	Dever
				Solidariedade
				Evitar a institucionalização
				Recompensa financeira
				Motivação afetiva
			Bem-estar subjetivo	Consequências negativas da prestação de cuidados
				Consequências positivas da prestação de cuidados
				Sobrecarga
			Emocional	
			Socioeconómica	

5. CONTEXTUALIZAÇÃO DEMOGRÁFICA

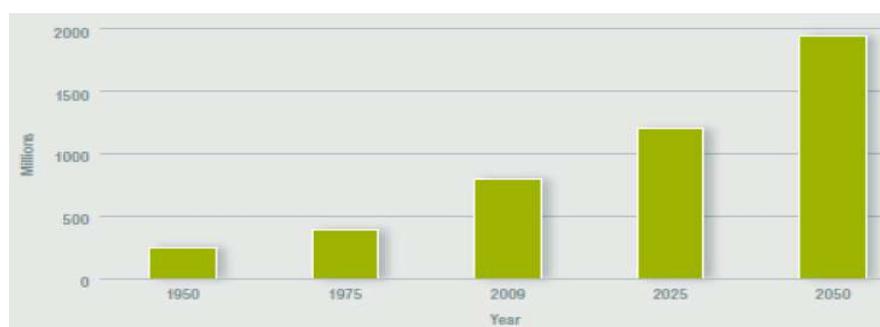
Figura 5.1. Frequência dos cuidados prestados por cuidadores informais em 2010



Fonte: Health at a Gance 2013 – OECD INDICATORS

Em média, nos países da OCDE, 66% dos cuidadores informais presta cuidados diariamente, enquanto os 34% restantes apenas o fazem semanalmente. Existe uma variação ampla entre os países, na intensidade do cuidado prestado. Em Portugal, Espanha e Itália, Polónia e Eslovénia, onde há uma forte cultura de membros da família que prestam cuidados, verifica-se uma prestação de cuidados diários de três quartos ou mais dos cuidadores informais. Contrariamente, na Suécia, na Suíça e na Dinamarca, onde existe uma maior oferta dos cuidados de longo prazo fornecida por trabalhadores assalariados, a proporção de familiares que prestam cuidados diariamente é muito mais baixa.

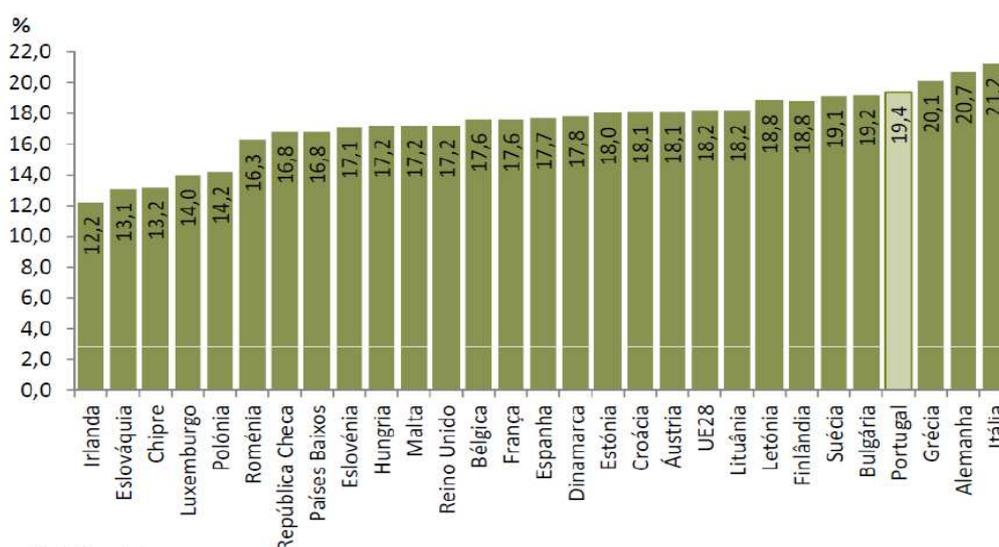
Figura 5.2. População mundial com mais de 60 anos entre 1950 – 2050



Fonte: World Health Organization, 2012:8

Segundo o Relatório Demência: Uma prioridade de Saúde Pública, prevê-se que até 2050 a população mundial com idade superior a 60 anos será de 2 mil milhões.

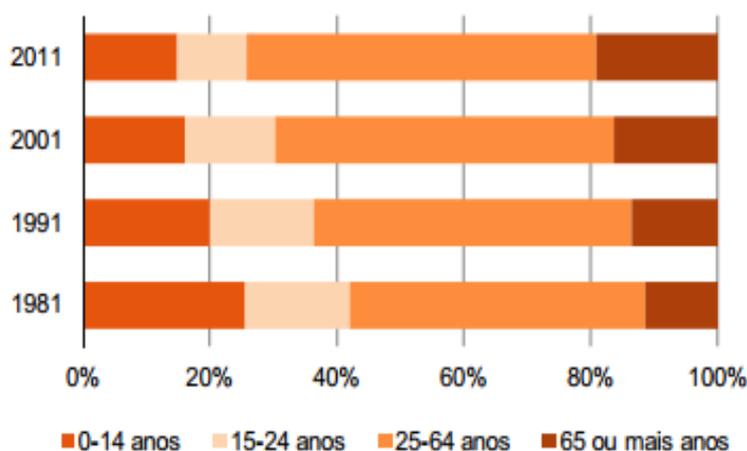
Figura 5.3. Proporção de idosos, UE 28 e estados membros, 2012



Fonte: Eurostat, Instituto nacional de Estatística, 2014:33

Em 2012, Portugal situava-se entre os países mais envelhecidos da União Europeia.

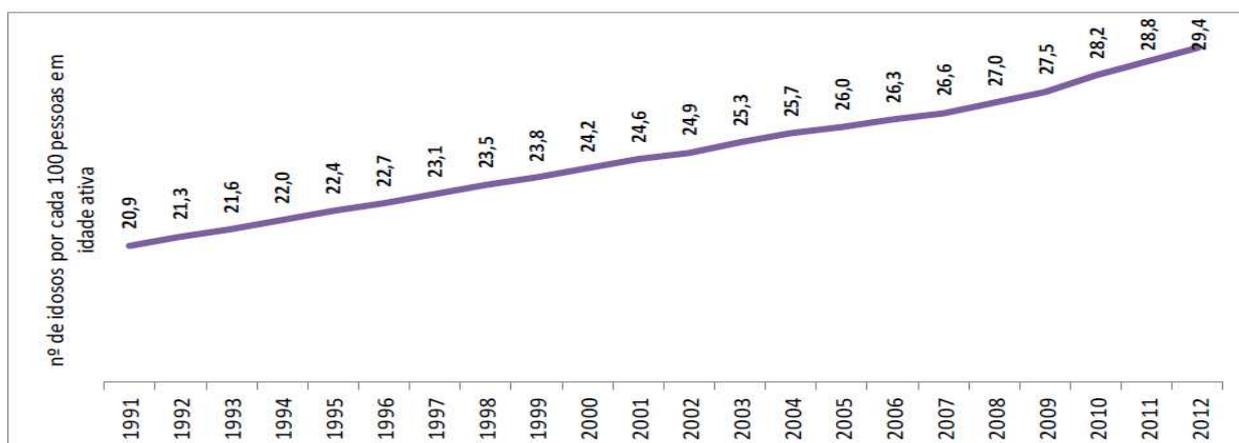
Figura 5.4. Estrutura da população residente em Portugal por grupos etários em 1981, 1991, 2001 e 2011 (%)



Fonte: INE - Censos 2011 – Resultados Provisórios

Nos Censos de 2011 verifica-se o duplo envelhecimento da população, com o aumento da população idosa e com a redução da população jovem. Em 1981, apenas 11,4% da população estava no grupo etário dos mais idosos. Em 2011, Portugal apresenta cerca de 19% da população tem 65 ou mais anos de idade.

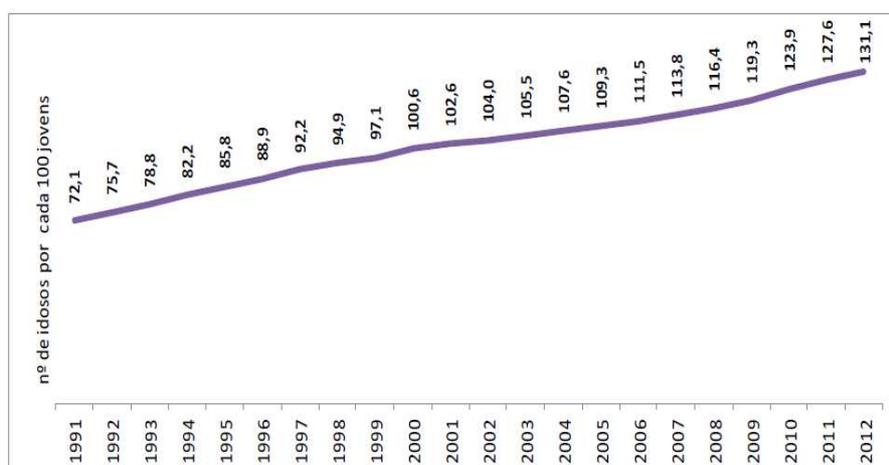
Figura 5.5. Índice de dependência de idosos, Portugal, 1991 – 2012



Fonte: INE - Estimativas de População Residente em Portugal – 2012

Na última década, o índice de dependência total aumentou de 48 em 2001 para 52 em 2011. O agravamento deste índice resulta do aumento do índice de dependência de idosos que aumentou cerca de 21% na última década. Verifica-se o aumento da população mais idosa e a diminuição da população mais jovem,

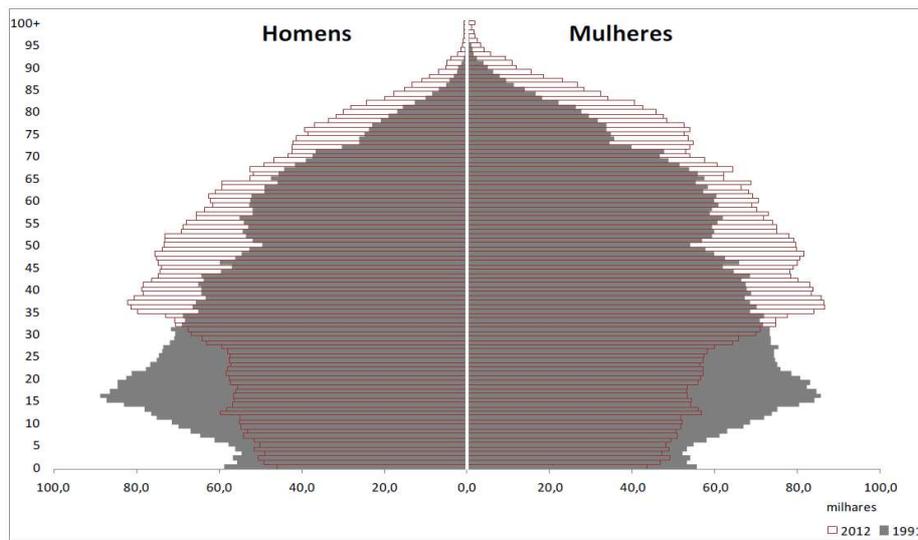
Figura 5.6. Índice de envelhecimento, Portugal, 1991 - 2012



Fonte: INE - Estimativas de População Residente em Portugal – 2012

Os dados indicam que desde 2000 que o número de idosos é superior ao de jovens. Em 2012 por cada 100 jovens residiam em Portugal 131,1 idosos.

Figura 5.7. Pirâmides etárias, Portugal, 1991 e 2012



Fonte: INE - Estimativas de População Residente em Portugal – 2012

A descida da natalidade, o aumento da longevidade e o impacto da emigração, revelam, um declínio populacional nos últimos anos e um continuado envelhecimento demográfico provocando alterações na dimensão e composição por sexos e idades da população residente em Portugal. Entre 1991 e 2012 verifica-se o duplo envelhecimento demográfico: a base da pirâmide apresenta um estreitamento e o topo alarga.

Figura 5.8. Proporção da população residente com 65 ou mais anos de idade (%) por Local de residência (à data dos Censos 2011); Decenal



Fonte: INE

A população Em Portugal encontra-se envelhecida e a tendência é para que esse envelhecimento aumente nos próximos anos. A proporção da população residente com 65 ou mais anos de idade na freguesia de santa Maria dos Olivais é superior à que se verifica em Portugal.

6. APRESENTAÇÕES DOS RESULTADOS DAS ENTREVISTAS

6.1. RESULTANTES DA ANÁLISE DE CONTEÚDO

Os impactos sentidos na prestação de cuidados repartem-se entre os socioeconómicos (N=7) (E2 "... cada vez há mais despesas...o que ganhamos quase não dá para as despesas da farmácia...", E5 "...tenho mais despesas...faço mais deslocações...gastos em combustíveis, parquímetros...", E6 "...esta a tornar-se muito difícil suportar tantas despesas...", E7 "tenho de apoiá-la financeiramente...apesar dela estar isenta do pagamento das consultas os medicamentos são muito caros...", E11 "é incompreensível que os medicamentos sejam tão caros...se não fossem os filhos a apoiar financeiramente não sei o que seria...", E12 "...está a tornar-se uma sobrecarga económica pois tenho de apoiar financeiramente alguns pagamentos referentes à habitação..." E16 "...como estamos mais vezes juntas as minhas despesas duplicam...mais almoços..."), os emocionais (N=6) (E3 "...por vezes não me consigo controlar...choro quando ele não vê,,", E8 "ando a ser tratada a uma depressão...às vezes não consigo lidar com esta situação...", E9 "...sinto-me sempre nervosa...quando ela me liga é um ansiedade pois penso logo que algo se passa...", E10 "...é mito difícil vê-la sofrer e não poder ajudar...esta situação desgasta psicologicamente" E13 "para conseguir ultrapassar a situação de lidar com tantas mudanças na minha vida estou a ser acompanhada psicologicamente..." E14 "...sinto que a nível emocional me sinto muito frágil...nem com a medicação estou a conseguir ultrapassar...") e os físicos (N=4) (E1 "...descanso menos...sinto que ando sempre cansado...", E4 "sinto-me mais cansada pois as deslocações são sempre em transportes públicos...perco muito tempo...ando mais a pé...", E17 "...às vezes até tem consultas no mesmo dia...mesmo não tendo problemas com o horário sinto-me cansada...").

Como consequências negativas os entrevistados referem alterações na vida pessoal (E5 "...deixei de conviver com os meus familiares pois todo o tempo disponível é para cuidar dela...", E6 "...abdiquei da minha vida pessoal..." , E9 "desde que ela ficou assim nunca mais pensei nos meus problemas...agora é ela a prioridade...", E13 "...entrei numa depressão pois não sabia lidar com algumas situações,", E14 "...estou a ser tratado a uma depressão porque não é fácil ver que ele rapidamente se se tornou tão dependente...", E15 "...sinto-me desesperada com esta situação...até me esqueço das minhas consultas..."), na vida familiar (E1 "...esta situação interfere muito com a minha vida pois fico com pouco tempo para o meu filho" , E4 "...deixei de conviver com os meus familiares pois todo o tempo disponível é para cuidar dela...", E8 "sinto-me muito só...os meus familiares deixaram de me convidar pois nunca tinha tempo para eles...", E10 "...tenho

menos disponibilidade para estar com o meu filho”. E16 “...nunca mais pude ir de férias com a família...”), na esfera financeira (E2 “... há pouco dinheiro para tantas despesas...” E7 “...só em medicamentos ela gasta metade da reforma... o que recebe não dá para os gastos...”, E17 “ela recebe pouco da reforma e gasto muito do meu ordenado pois as fraldas são caras....”) (N=3) e na vida social (E3 “não posso sair...tem sempre de ficar alguém com ele...”, E12 “os meus amigos estranham que quando saio estou sempre a telefonar-lhe para saber como ela está...nunca ando descansada”).

Como conseqüências positivas referem uma melhoria no relacionamento (E1 “...passei a dar-me melhor com a minha mãe...”, E5 “deixou de haver conflitos e passámos a ter um relacionamento melhor...”, “...ela era muito severa....ficou mais sensível ao fato de eu estar a apoiá-la ...o relacionamento melhorou...”, E13 “...deixámos de implicar tanto um com o outro e acabamos por nos dar melhor...”, E14 “...antigamente discutíamos por tudo e por nada...agora damos-nos melhor...”, E16 “passámos a almoçar juntas ao fim de semana...entendemo-nos melhor...” e E17 “...como passamos mais tempo juntas conversamos mais e entendemo-nos melhor...”), a satisfação (E2 “... sinto-me feliz porque ele comigo ele está a ser bem tratado...”, E4 “Sei que ela comigo está bem...”, E11 “é bom saber que ela está a ser bem tratada no seu final de vida.”, E12 “Sei que a minha mãe está feliz por eu poder cuidar dela e isso satisfaz-me.”), sentimento de dever cumprido (E6 “A minha irmã não pode tratar e eu sei que ela fica feliz por eu estar a fazê-lo, e assim foi a melhor solução. Sinto que estou a cumprir o meu dever”, E8 “... sei que estou a fazer por ela tudo o que posso...”, E9 “Já me disseram que ela está a ser bem tratada, e isso é importante para mim e reconfortante, porque sei que não lhe pude fazer mais, fiz tudo o que pude.” E15 “...sinto uma sensação de dever cumprido...é a minha mãe e tenho que fazer o que for melhor para ela...”) e o fato de ser gratificante (E3 “...tratar da meu marido é muito gratificante...” e E10 “...sinto que faço tudo o que está ao meu alcance e isso para mim é gratificante, saber que a minha mãe está a ser bem tratada no final de vida.”).

Como principais motivos os entrevistados referem a motivação afetiva (N=5) (E17 “porque a amo”, E16 “...porque quero vê-la o melhor possível...”, E13 “...sinto que comigo terá mais atenção e se sente mais apoiado...”, E2 “...comigo sei que é acarinhado...” e E8 “...porque quero que ela seja bem tratada...”), a obrigação /dever (N=4) (E1 “sinto obrigação de cuidar dela, é a minha mãe...”, E7 “acho que é meu dever cuidar dela.”, E11 “A minha obrigação é cuidar dele...é o meu Pai...”, E12 “sento que tenho o dever de apoiá-la no que eu puder...”, disponibilidade (E3 “...tenho horário flexível e por isso posso gerir o meu tempo com mais facilidade ...”, E9 “ porque mais

ninguém se disponibilizou e ela precisava de apoio...”, E10 “tenho mais disponibilidade do que os meus irmãos.” e a solidariedade E4 “...Não a podia deixar sozinha,... é minha mãe...não tive outra alternativa”, E6 “...porque mais ninguém podia cuidar e não me importei de ter de ser eu a cuidar dela...”, “...porque sou a filha que vive mais perto dela...”(N=3 respetivamente), a resignação (E5 “a minha irmã pediu para ser eu a cuidar da nossa mãe e acabei por aceitar...”) e para evitar a institucionalização (E14 “...porque ele nunca quis ir para um lar e eu sempre lhe prometi que quando chegasse a altura ficaria em casa...”) (N=1 respetivamente).

Relativamente aos entrevistados do sexo masculino (N=6) a maioria possui Licenciatura (N=4), tendo profissão com Técnico superior (N= 4), quem depende dos seus cuidados são na totalidade os pais (N=6), como principais motivos referem a disponibilidade (E9 “ porque mais ninguém se disponibilizou e ela precisava de apoio...”, E10 “tenho mais disponibilidade do que os meus irmãos.”), a obrigação /dever (E1 “sinto obrigação de cuidar dela, é a minha mãe...” e E11 “... a minha obrigação é cuidar dele...é o meu Pai.....”) (N=2 respetivamente), a resignação (E5 “...a minha irmã pediu para ser eu a cuidar da nossa mãe e acabei por aceitar...”) e a solidariedade (E4 “...Não a podia deixar sozinha,... é minha mãe...não tive outra alternativa...” “ (N=1 respetivamente). Como consequências negativas referem alterações na vida pessoal (E5 “...nunca tenho tempo para mim...”, E9 “...desde que ela ficou assim nunca mais pensei nos meus problemas...agora é ela a prioridade...” e E11 “...já tenho problemas na coluna por ter de ajudá-lo a levantar-se...”)e na vida familiar (E1 “...esta situação interfere muito com a minha vida pois fico com pouco tempo para o meu filho...”, E4 “...deixei de conviver com os meus familiares pois todo o tempo disponível é para cuidar dela...”e E10 “...tenho menos disponibilidade para estar com o meu filho ..” (N=3 respetivamente), como consequências positivas referem uma melhoria no relacionamento (E1 “...passei a dar-me melhor com a minha mãe...”, E5 “...deixou de haver conflitos e passámos a ter um relacionamento melhor....”), a satisfação (E4 “...Sei que ela comigo está bem ... “ e E11 “...é bom saber que ela está a ser bem tratada no seu final de vida...” (N= 2 respetivamente) e o fato de ser gratificante (E10 “...sinto que faço tudo o que está ao meu alcance e isso para mim é gratificante... saber que a minha mãe está a ser bem tratada no final de vida.”) e sentimento de dever cumprido (E9 “...Já me disseram que ela está a ser bem tratada... isso é importante para mim e reconfortante... sei que não lhe pude fazer mais... fiz tudo o que pude...”) (N=1 respetivamente). Os impactos sentidos na prestação de cuidados repartem-se entre os físicos (E1 “...descanso menos...sinto que ando sempre cansado...”, E4 “sinto-me mais cansada pois as deslocações são sempre em transportes públicos...perco muito tempo...ando mais a pé...”) emocionais (E9 “...sinto-

me sempre nervosa...quando ela me liga é um ansiedade pois penso logo que algo se passa..." e E10 "...é mito difícil vê-la sofrer e não poder ajudar...esta situação desgasta psicologicamente") e socioeconómicos (E5 "...tenho mais despesas...faço mais deslocações...gastos em combustíveis, parquímetros..." e E11 "é incompreensível que os medicamentos sejam tão caros...se não fossem os filhos a apoiar financeiramente não sei o que seria...") (N=2 respectivamente).

Relativamente aos entrevistados do sexo feminino (N=11) a maioria possui o ensino secundário (N=8), a maioria tem profissão com Administrativos (N= 8), quem depende dos seus cuidados são as suas mães (N=7) e os maridos (N=4 respectivamente), como principais motivos referem a motivação afetiva (N=5) (E2 "...comigo sei que é acarinhado...", E8 "...porque quero que ela seja bem tratada...", E13 "...sinto que comigo terá mais atenção e se sente mais apoiado... ", E16 "...porque quero vê-la o melhor possível..." e E17 "porque a amo"), obrigação/dever (E7 "acho que é meu dever cuidar dela.", E12 "sento que tenho o dever de apoiá-la no que eu puder...") e a solidariedade (E6 "...porque mais ninguém podia cuidar e não me importei de ter de ser eu a cuidar dela..." e E15 "...porque sou a filha que vive mais perto dela...") (N=2 respetivamente), a disponibilidade (E3 "...tenho horário flexível e por isso posso gerir o meu tempo com mais facilidade...") e o evitar a institucionalização (E14 "...porque ele nunca quis ir para um lar e eu sempre lhe prometi que quando chegasse a altura ficaria em casa...") (N=1 respetivamente). Como consequências negativas referem alterações na vida pessoal (N=4) (E6 "...abduquei da minha vida pessoal..." E13 "...entrei numa depressão pois não sabia lidar com algumas situações,", E14 "...estou a ser tratado a uma depressão porque não é fácil ver que ele rapidamente se se tornou tão dependente...", E15 "...sinto-me desesperada com esta situação...até me esqueço das minhas consultas...") na esfera financeira (N=3) (E2 " ... há pouco dinheiro para tantas despesas...", E7 "...só em medicamentos ela gasta metade da reforma... o que recebe não dá para os gastos...", E17 "ela recebe pouco da reforma e gasto muito do meu ordenado pois as fraldas são caras..."), na vida familiar (E8 "sinto-me muito só...os meus familiares deixaram de me convidar pois nunca tinha tempo para eles...", E16 "...nunca mais pude ir de férias com a família...") e na vida social (E3 "não posso sair...tem sempre de ficar alguém com ele..." e E12 "os meus amigos estranham que quando saio estou sempre a telefonar-lhe para saber como ela está...nunca ando descansada") (N=2 respetivamente), como consequências positivas referem uma melhoria no relacionamento (N=5) (E7 "...ela era muito severa...ficou mais sensível ao fato de eu estar a apoiá-la ...o relacionamento melhorou...", E13 "Sei que a minha mãe está feliz por eu poder cuidar dela e isso satisfaz-me.", E14 "...antigamente discutíamos por tudo e por nada...agora damo-nos

melhor...", E16 "passámos a almoçar juntas ao fim de semana...entendemo-nos melhor..." e E17 "...como passamos mais tempo juntas conversamos mais e entendemo-nos melhor..."), o sentimento de dever cumprido (N=3) (E6 "A minha irmã não pode tratar e eu sei que ela fica feliz por eu estar a fazê-lo, e assim foi a melhor solução. Sinto que estou a cumprir o meu dever", E8 "... sei que estou a fazer por ela tudo o que posso... ", E15 "...sinto uma sensação de dever cumprido...é a minha mãe e tenho que fazer o que for melhor para ela..."), a satisfação (N= 2) (E2 "... sinto-me feliz porque ele comigo ele está a ser bem tratado..." e E12 "Sei que a minha mãe está feliz por eu poder cuidar dela e isso satisfaz-me.") e o fato de ser gratificante (N=1) (E3 "...tratar da meu marido é muito gratificante...") e os impactos sentidos na prestação de cuidados repartem-se entre socioeconómicos (N=5) (E2 "... cada vez há mais despesas...o que ganhamos quase não dá para as despesas da farmácia...", E6 "...esta a tornar-se muito difícil suportar tantas despesas...", E7 "tenho de apoiá-la financeiramente...apesar dela estar isenta do pagamento das consultas os medicamentos são muito caros...", E12 "...está a tornar-se uma sobrecarga económica pois tenho de apoiar financeiramente alguns pagamentos referentes à habitação..." e E16 "...como estamos mais vezes juntas as minhas despesas duplicam...mais almoços..."), os emocionais (N=4) (E3 "...por vezes não me consigo controlar...choro quando ele não vê...", E8 "...ando a ser tratada a uma depressão...às vezes não consigo lidar com esta situação...", E13 "para conseguir ultrapassar a situação de lidar com tantas mudanças na minha vida estou a ser acompanhada psicologicamente..." e E14 "...sinto que a nível emocional me sinto muito frágil...nem com a medicação estou a conseguir ultrapassar...") e físicos (N=2) (E15 "...todos os meses tem consultas ou exames...torna-se cansativo..." e E17 "...às vezes até tem consultas no mesmo dia...mesmo não tendo problemas com o horário sinto-me cansada...").

Relativamente à escolaridade, os entrevistados que possuem o ensino secundário (N=10), têm como profissão Administrativos (N= 10), quem depende dos seus cuidados são na sua maioria as suas mães (N=6) e os maridos (N=4), metade deles refere como principais motivos a motivação afetiva (N=5) (E2 "...comigo sei que é acarinhado...", E8 "...porque quero que ela seja bem tratada...", E13 "...sinto que comigo terá mais atenção e se sente mais apoiado...", E16 "...porque quero vê-la o melhor possível..." e E17 "porque a amo"), a solidariedade (N=2), (E4 "...Não a podia deixar sozinha... é minha mãe...não tive outra alternativa", E6 "...porque mais ninguém podia cuidar e não me importei de ter de ser eu a cuidar dela...", a disponibilidade (E3 "...tenho horário flexível e por isso posso gerir o meu tempo com mais facilidade...", o evitar a institucionalização (E14 "...porque ele nunca quis ir para um lar e eu sempre lhe prometi que quando chegasse a altura ficaria

em casa...” e a obrigação/dever (E1 “sinto obrigação de cuidar dela, é a minha mãe...”) (N=1 respetivamente). Como consequências negativas referem alterações na vida familiar (N= 4), (E1 “...esta situação interfere muito com a minha vida pois fico com pouco tempo para o meu filho”, E4 “...deixei de conviver com os meus familiares pois todo o tempo disponível é para cuidar dela...”, E8 “sinto-me muito só...os meus familiares deixaram de me convidar pois nunca tinha tempo para eles...”, E16 “...nunca mais pude ir de férias com a família...”, na vida pessoal (N=3) E6 “...abdiqueei da minha vida pessoal...”, E13 “...entrei numa depressão pois não sabia lidar com algumas situações,”, E14 “...estou a ser tratado a uma depressão porque não é fácil ver que ele rapidamente se tornou tão dependente...”, a nível financeiro (N=2) (E2 “... há pouco dinheiro para tantas despesas...”, E17 “ela recebe pouco da reforma e gasto muito do meu ordenado pois as fraldas são caras... “ e a nível social (N=1), (E3 “não posso sair...tem sempre de ficar alguém com ele...”) como referências positivas referem a melhoria no relacionamento (N=5), (E1 “...passei a dar-me melhor com a minha mãe...”, E13 “...deixámos de implicar tanto um com o outro e acabamos por nos dar melhor...”, E14 “...antigamente discutíamos por tudo e por nada...agora damo-nos melhor...”, E16 “passámos a almoçar juntas ao fim de semana...entendemo-nos melhor...” e E17 “...como passamos mais tempo juntas conversamos mais e entendemo-nos melhor...”) o sentimento de dever cumprido (E6 “A minha irmã não pode tratar e eu sei que ela fica feliz por eu estar a fazê-lo, e assim foi a melhor solução. Sinto que estou a cumprir o meu dever”, E8 “... sei que estou a fazer por ela tudo o que posso... “) e a satisfação (E2 “... sinto-me feliz porque ele comigo ele está a ser bem tratado...”, E4 “Sei que ela comigo está bem ... “) (N= 2 respetivamente) e o fato de ser gratificante (N=1) (E3 “...tratar da meu marido é muito gratificante...” e os impactos sentidos na prestação de cuidados repartem-se entre os emocionais (E3 “...por vezes não me consigo controlar...choro quando ele não vê...”, E8 “ando a ser tratada a uma depressão...às vezes não consigo lidar com esta situação...”, E13 “para conseguir ultrapassar a situação de lidar com tantas mudanças na minha vida estou a ser acompanhada psicologicamente...”, E14 “...sinto que a nível emocional me sinto muito frágil...nem com a medicação estou a conseguir ultrapassar...”) (N=4) e físicos (E1 “...descanso menos...sinto que ando sempre cansado...”, E4 “sinto-me mais cansada pois as deslocações são sempre em transportes públicos...perco muito tempo...ando mais a pé...” e E17 “...às vezes até tem consultas no mesmo dia...mesmo não tendo problemas com o horário sinto-me cansada...”) e os socioeconómicos (E2 “... cada vez há mais despesas...o que ganhamos quase não dá para as despesas da farmácia...”, E6 “...esta a tornar-se muito difícil suportar tantas despesas...”, E16 “...como estamos mais vezes juntas as minhas despesas duplicam...mais almoços...” (N=3 respetivamente).

Os entrevistados que possuem licenciatura (N=7), têm como profissão Técnico superior (N= 7), quem depende dos seus cuidados são na sua maioria as suas mães (N=5) e os pais (N=2), como principais motivos referem a obrigação/dever (N=3), (E7 “acho que é meu dever cuidar dela.”, E11 “ A minha obrigação é cuidar dele...é o meu Pai.....”, E12 “sento que tenho o dever de apoiá-la no que eu puder...”), a disponibilidade (N=2), (E9 “ porque mais ninguém se disponibilizou e ela precisava de apoio...”, E10 “tenho mais disponibilidade do que os meus irmãos.”), a solidariedade (E15 “...porque sou a filha que vive mais perto dela...”) e a resignação (N=1 respetivamente) (E5“a minha irmã pediu para ser eu a cuidar da nossa mãe e acabei por aceitar...”). Como consequências negativas referem alterações na vida pessoal (N= 4) (E5 “...nunca tenho tempo para mim...”, E9 “desde que ela ficou assim nunca mais pensei nos meus problemas...agora é ela a prioridade...”, E11 “...já tenho problemas na coluna por ter de ajudá-lo a levantar-se...”, E15 “...sinto-me desesperada com esta situação...até me esqueço das minhas consultas...”), na vida familiar (E10 “...tenho menos disponibilidade para estar com o meu filho”), na vida social (E12 “os meus amigos estranham que quando saio estou sempre a telefonar-lhe para saber como ela está...nunca ando descansada”) e a nível financeiro (N=1 respetivamente) (E7 “...só em medicamentos ela gasta metade da reforma... o que recebe não dá para os gastos...”). Como consequências positivas referem uma melhoria no relacionamento (E5 "deixou de haver conflitos e passámos a ter um relacionamento melhor....", E7 "...ela era muito severa....ficou mais sensível ao fato de eu estar a apoiá-la ...o relacionamento melhorou...”), satisfação (E11 “é bom saber que ela está a ser bem tratada no seu final de vida.” e E12 “Sei que a minha mãe está feliz por eu poder cuidar dela e isso satisfaz-me.”) e o sentimento de dever cumprido (E9 “Já me disseram que ela está a ser bem tratada, e isso é importante para mim e reconfortante, porque sei que não lhe pude fazer mais, fiz tudo o que pude.” e E15 "...sinto uma sensação de dever cumprido...é a minha mãe e tenho que fazer o que for melhor para ela...") (N=2 respetivamente), o fato de ser gratificante (E10 “....sinto que faço tudo o que está ao meu alcance e isso para mim é gratificante, saber que a minha mãe está a ser bem tratada no final de vida.” (N=1). Os impactos sentidos na prestação de cuidados repartem-se entre os socioeconómicos (N=4) (E5 "...tenho mais despesas...faço mais deslocações...gastos em combustíveis, parquímetros...". E7 "tenho de apoiá-la financeiramente...apesar dela estar isenta do pagamento das consultas os medicamentos são muito caros...”, E11 "é incompreensível que os medicamentos sejam tão caros...se não fossem os filhos a apoiar financeiramente não sei o que seria...", E12 "...está a tornar-se uma sobrecarga económica pois tenho de apoiar financeiramente alguns pagamentos referentes à habitação...”, os emocionais (N=2) (E9 "...sinto-me sempre nervosa...quando ela me liga é um ansiedade pois penso logo que algo se passa..." e E10 "...é muito difícil

vê-la sofrer e não poder ajudar...esta situação desgasta psicologicamente" e os físicos (N=1) (E15 "...todos os meses tem consultas ou exames...torna-se cansativo...").

Relativamente aos entrevistados com idade até aos 55 anos (N=9), a maioria possui licenciatura (N=7) tendo como profissão técnico superior (N= 7), quem depende dos seus cuidados são na sua maioria as suas mães (N=7) e os pais (N=2). Relativamente aos entrevistados com idade superior aos 55 anos (N=8), a totalidade possui o ensino secundário (N=8) tendo na totalidade como profissão administrativo (N= 8), quem depende dos seus cuidados referem as suas mães e os maridos (N=4 respetivamente). Verificam-se algumas diferenças entre os entrevistados com idade inferior e com idade superior aos 55 anos., os mais novos possuem maiores habilitações (licenciatura) tendo também maiores qualificações profissionais (Técnico Superior).

Dos indivíduos que vivem só (N=10) metade são do sexo feminino, metade possui o ensino secundário e metade o ensino superior (N=5 respetivamente), sobre quem depende dos seus cuidados a maioria refere os seus pais (N=8) e os maridos (N=2), como motivos referem a motivação afetiva (N=2), a obrigação/dever e a disponibilidade (N=3 respetivamente), a resignação e a solidariedade (N=1 respetivamente). Como consequências negativas referem alterações na vida pessoal (N=4) e na vida familiar (N=3), a nível financeiro (N=2) e na vida social (N=1). Como consequências positivas referem uma melhoria no relacionamento (N=4), a satisfação (N=2) e o ser gratificante e o sentimento de dever cumprido (N=2). Os impactos sentidos na prestação de cuidados repartem-se entre socioeconómicos (N=6), os emocionais (N=3) e os físicos (N=1). Relativamente aos indivíduos que vivem acompanhados (N=7) a maioria são do sexo feminino (N=6), a maioria possui o ensino secundário (N=5) e os restantes o ensino superior (N=2), sobre quem depende dos seus cuidados a maioria refere os seus pais (N=5) e os maridos (N=2), como motivos referem a motivação afetiva (N=3), a solidariedade (N=2), a obrigação/dever e o evitar a institucionalização (N=1 respetivamente). Como consequências negativas referem alterações na vida pessoal (N=3) e na vida familiar (N=2), a nível financeiro e na vida social (N=1 respetivamente). Como consequências positivas referem uma melhoria no relacionamento (N=3), a satisfação e o dever cumprido (N=2 respetivamente). Os impactos sentidos na prestação de cuidados repartem-se entre socioeconómicos (N=1), os emocionais e os físicos (N=3 respetivamente).

6.2.RESULTANTES DA OBSERVAÇÃO PARTICIPANTE

Relativamente à observação participante, a autora do estudo iniciava a interação com os cuidadores com um “bom dia/boa tarde” (cumprimento verbal) e um aperto de mão (cumprimento não verbal), sorrindo. Este acolhimento foi feito para que os cuidadores se sentissem mais confortáveis, uma vez que, estávamos num espaço e ambiente que não nos era familiar. Para além disso, estes encontravam-se numa posição um pouco frágil.

As entrevistas foram todas realizadas no espaço de restauração e decorreu com os intervenientes sentados. Dava-se então início à nossa entrevista, após uma breve apresentação do estudo. Algumas perguntas foram efetuadas consoante o rumo que era dado à entrevista e conforme o que se considerava adequado. Estas tiveram uma duração de aproximadamente 50 minutos e revelaram-se muito interessantes, pois não constituiu uma sequência de pergunta-resposta mas sim uma conversa entre os intervenientes.

No desenrolar da entrevista, quando eram abordados os aspetos negativos e que tipos de impacto os cuidadores sentiam com o ato de cuidar verificaram-se algumas atitudes de ansiedade e nervosismo nas cuidadoras: variação no tom de voz, algumas evitavam o contacto visual, mexiam no cabelo, verificava-se suor em excesso na testa, pescoço e mãos, as pernas inquietas, as mãos a mexer no prato, na chávena do café, na mala, no telemóvel e algumas chegaram a não controlar o choro e cansaço físico e mental.

Quando as entrevistas eram efetuadas a pessoas do género masculino verificaram-se posturas um pouco diferentes das do género feminino: pernas inquietas, as mãos a mexer no telemóvel ou na chávena do café e cansaço físico mental.

Ao longo da entrevista foi notória, a simpatia, a cordialidade, o interesse e empenho dos entrevistados. Todos eles eram conversadores, tornando-se, para a entrevistadora, uma mais-valia, facilitando assim o nosso trabalho. Verificou-se que o tema era muito acarinhado por eles.

No final das entrevistas, a maioria das despedidas era efetuada com um amável cumprimento de beijo (marcador de fecho), desejando felicidades e disponibilizando-se para na eventualidade de ser necessário mais algum contributo inerente a entrevista.

7.CONCLUSÕES

As conclusões devem estar diretamente relacionadas com a pergunta de partida. Respondendo à nossa questão de partida, sobre as consequências de sobrecarga nos cuidadores informais decorrentes da prestação de cuidados às pessoas idosas dependentes constata-se que realmente existe uma sobrecarga na vida dos participantes pelo facto de terem assumido o papel de cuidadores informais do familiar idoso. A prestação de cuidados informais é uma prática enraizada nos valores culturais da sociedade portuguesa, fazendo com que segundo Portugal (2006) “... o nosso país seja enquadrado no modelo de proteção social do Sul, que atribui um papel fundamental à família na produção de bem-estar...” (Portugal, 2006:89)

Imaginário refere que “... o funcionamento da família perante uma situação de dependência de um dos seus membros, está muito dependente da forma como esta desenvolve a capacidade de mobilizar os seus recursos, sejam internos, sejam externos, de forma a ultrapassar ou minimizar a situação de crise. A adaptação, a coesão e a comunicação entre os diferentes elementos da família e outros intervenientes são recursos fundamentais que permitem procurar da melhor forma as soluções para o bem-estar familiar, com qualidade de vida ...” (Imaginário, citado por Lopes, 2007:42)

Relativamente aos entrevistados a maioria é do sexo feminino (N=11), a maioria possui o ensino secundário (N=10) e os restantes possuem licenciatura (N=7), tendo profissão administrativos (N=10) e Técnico superior (N= 7), quem depende dos seus cuidados na maioria são os pais (N=13) e os maridos (N=4). A prestação dos cuidados informais, neste estudo, é totalmente da responsabilidade dos elementos da família e o mesmo se verifica em relação aos seus progenitores pois estes também foram cuidadores informais de familiares. Este resultado vai ao encontro do que é dito por Neri e Carvalho (2002): “o cuidador informal é habitualmente um familiar ou alguém muito próximo do idoso, cuja identidade está intrinsecamente ligada à história pessoal e familiar, com base em contextos sociais e culturais”. (Neri e Carvalho, 2002, citado por Oliveira, 2009:5)

Em relação à idade, verificamos que a idade dos cuidadores se situa entre os 47 anos e os 63 anos de idade, dando uma média de 55 anos. Relativamente à idade média obtida, é possível afirmar que esta vai de encontro a alguns estudos, de entre os quais se destaca o de Sousa *et al*, (2004), que defende que a maioria dos cuidadores informais tem uma média etária que varia entre os 45 e os 60 anos.

Neste estudo predominam as mulheres em situações de dependência e a receber cuidados informais. Segundo Fontaine (2000) na população global a proporção de mulheres é superior à dos homens, pois “(...) as mulheres têm uma longevidade maior do que os homens”. (Fontaine, 2000:49)

No que concerne ao género, os resultados deste estudo vão ao encontro a alguns autores que referem que o género masculino se começa a evidenciar na prestação de cuidados. Realça-se o predomínio de pessoas do género feminino (n=11), Verifica-se o facto de mais de 1/4 dos cuidadores ser do género masculino (n=6).

Isto deve-se a uma alteração da mentalidade por obrigações sociais, económicas e profissionais. Anteriormente, verificava-se uma distinção entre "trabalhos de cariz feminino" e "trabalhos de cariz masculino" e a mulher surgia como cuidadora do lar e da família. Com a adaptação aos novos estilos de vida e às novas exigências da sociedade estas ideologias encontram-se em mudança (Melo, 2009; Tobio, *et al* 2010).

Verificou-se que o cuidado ao idoso dependente, é prestado maioritariamente pelas filhas (n=8) seguindo-se as esposas (n=4) e os filhos (n=5). Estes dados são corroborados por vários estudos entre os quais o de Mata e Rodríguez (2012) a 232 cuidadores onde concluem que predomina entre os cuidadores o género feminino na prestação do cuidado, sendo estas maioritariamente filhas, sendo o cuidado prestado principalmente de forma contínua. Relativamente aos progenitores, a maioria das mães cuidaram das suas mães (n= 15) e poucas cuidaram dos seus pais (n=2). Todas as progenitoras foram cuidadoras. Relativamente aos pais apenas 5 foram cuidadores e as pessoas a quem prestavam cuidado eram as suas mães.

Quanto à proximidade geográfica com o idoso, apurou-se que a totalidade dos cuidadores mora no mesmo distrito que o idoso dependente. Verifica-se uma importância na proximidade geográfica pois sete deles residem no concelho de Loures, cinco no concelho de Cascais, quatro em Lisboa e um em Sintra. Estes resultados estão de acordo com o que Santos (2006) afirma pois os principais cuidadores são os próprios familiares que geralmente coabitam com o idoso dependente ou que moram bastante próximos.

Em relação ao estado civil dos cuidadores informais familiares, os nossos resultados coincidem com os referidos na literatura: são os casados que assumem maior proporção (n=7), a seguir situam-se os solteiros (n=4) ou divorciados/separados (n=4) e finalmente, com menor proporção, os viúvos (n=2) (Sousa, 2004).

Relativamente ao número de pessoas que compõem o agregado familiar dos cuidadores entrevistados a maior parte refere que vive só (n=10).

Na prestação de cuidados, verificamos que a muitos dos cuidadores de idosos dependentes, fazem-no entre cinco e catorze anos (n=8), de seguida os que cuidam há mais de 15 anos (n=7) e apenas poucos o fazem até 4 anos (n=2), ou seja, a duração dos cuidados aos idosos dependentes tende a ser de longa duração. Esta situação coincide com a revisão bibliográfica. Jani-Le Bris (1994) verificou que 40 a 50% das pessoas que prestam cuidados fazem-no entre cinco a quinze anos. Nem sempre os cuidadores assumem a função do cuidador de idoso dependente por opção voluntária. Muitas vezes ela assume-se como a única solução para o problema.

Relativamente à situação na profissão tanto os entrevistados como os seus progenitores são/foram trabalhadores por conta de outrem e o mesmo se verifica em relação à condição perante o trabalho pois todos são/foram empregados.

No que toca à escolaridade dos cuidadores, pode-se constatar que, existiu uma mobilidade ascendente em relação à escolaridade dos pais. Quer no caso do pai, como da mãe, nenhum dos pais tem uma escolaridade superior ao ensino básico. Todos os progenitores possuem algum grau de ensino. Verifica-se uma totalidade de situações de progressão social pois a maioria dos cuidadores (n=10) possui o secundário e os restantes (n=7) possuem licenciatura. A maioria dos cuidadores entrevistados encontra-se na categoria do pessoal administrativo (n=10), as mães na sua maioria são/foram trabalhadores de limpeza e em relação aos pais há uma grande diversidade, não se registando destaques, havendo desde agricultores e trabalhadores não qualificados da agricultura, da pesca e da floresta, operadores de instalações e máquinas e trabalhadores de montagem, trabalhadores dos serviços pessoais, de proteção e segurança e vendedores.

Segundo Maia *et al*, em Ricarte (2009) “a pessoa pode tornar-se cuidador (...) por instinto, quando motivada inconscientemente a prestar auxílio a alguém que necessita dele; (...) por capacidade, quando (...) tem formação técnica; e por conjuntura quando se encontra numa situação extrema não havendo outra opção ...” (Maia *et al*, em Ricarte, 2009:44),

A motivação dos cuidadores a iniciar ou continuar a prestação de cuidados são várias. Santos (2006) indica as “ (...) tradições de um país, pelas normas sociais, pelo estágio de evolução relativamente às modificações da estrutura familiar, pela conceção da vida, pela história de cada indivíduo (...)” (Santos, 2006:64).

A solidariedade conjugal, filial ou familiar segundo Sousa *et al* (2004) é “ (...) a solidariedade conjugal vitalícia, uma vez que se casam para o melhor e para o pior, na saúde e na doença (...) laços filiais (gratidão sincera para com os pais, sem envolver a noção de dever e troca) e noutros laços familiares ” (Sousa *et al*, 2004:66).

Como principais motivos os entrevistados referem principalmente a motivação, a obrigação /dever e a disponibilidade. Estes resultados apurados vão ao encontro do que é defendido pela revisão bibliográfica.

A noção de dever, segundo as autoras Sousa *et al* (2004), é a “motivação mais poderosa que leva o cuidador a prestar cuidados. Estes podem ser identificados a dois níveis: 1º Dever (ou pressão social): Apoiados no modelo da família tradicional, implicam por um lado que os familiares se sintam desvalorizados aos olhos dos outros se não tomarem conta dos seus familiares e, por outro, se sintam desvalorizados se respeitarem a regra. 2º Dever moral: podem surgir de diversas formas e ter variadas origens, nomeadamente, “ (...) dar em troca, não se sentir culpado, cumprimento de promessa feita (...) que implica que os cuidadores se coloquem no lugar do outro ou sentimentos de gratidão e reciprocidade para com a pessoa de quem se cuida (...) ” (Sousa *et al*, 2004:66).

Segundo Torga (2005) uma outra motivação será o amor, ternura e afeto que levam o cuidador informal a assumir o papel e raramente referem a recompensa material. Estando em causa possíveis heranças, o cuidador tem a expectativa da recompensa (Torga, 2005, citado por Marques, 2007). A preocupação de evitar a institucionalização é constante, quer por parte dos idosos, quer das famílias, pois existe uma opinião depreciativa generalizada em relação aos lares.

Sousa *et al*, (2004) ainda destacam “ (...) todo um conjunto de outras razões de carácter circunstancial ou factual que podem ser determinantes na assunção da prestação de cuidados, são elas: coabitação de longa data, proximidade geográfica, inexistência de estruturas de apoio, custo financeiro da institucionalização em lar demasiado elevado”. (Sousa *et al*, 2004:68)

Imaginário (2008) refere vários impactos para os cuidadores principais que advêm da tarefa de cuidar: de natureza física (fadiga/ cansaço / esgotamento físico, perturbação do repouso/ sono, alterações de saúde), psicológica (stress – prolongado envolvimento na prestação de cuidados, preocupação, ansiedade, depressão) e socioprofissional (isolamento e alteração das rotinas relacionais/ de convívio/ de autocuidado, renúncia/ mudança/ falta de assiduidade em relação ao emprego, comprometimento da vida social por falta de tempo de lazer e convívio ou devido a sentimentos de culpa e abandono). Devido ao evidente processo de envelhecimento demográfico, influenciado pelo aumento do número de pessoas idosas e pela diminuição da taxa de natalidade, ocorrem alterações na estrutura da família e na sua disponibilidade para assegurar a prestação de cuidados. O cuidado a um idoso em situação de dependência pode tornar-se numa sobrecarga que afeta a saúde, a vida social, o bem-estar psicológico, a relação com os outros e a sua situação financeira. Segundo Gonçalves (2010) a “(...) inexistência de um cuidador substituto quando este tem que sair de casa, a deterioração das atividades pessoais e sociais pela assistência contínua, a tensão de não saber o que se vai passar no futuro com o idoso, preocupação quanto ao tempo que vai durar a situação e aumento das despesas económicas” (Gonçalves, 2010:14) O acréscimo do número de pessoas idosas, de doenças crónicas e incapacidades aumentam a probabilidade de ocorrerem situações de dependência e a necessidade de assistência aos idosos por parte da família, principal fonte de suporte aos cuidados a idosos. Muitos estudos sobre a prestação de cuidados salientam que os prestadores de cuidados se deparam com necessidades e dificuldades, que aumentam a sobrecarga e diminuem a sua qualidade de vida.

Estes fatores geram custos elevados para os familiares que adotam o papel de cuidador, principalmente devido às restrições na atividade profissional e social “(...) remeter a dependência para as responsabilidades familiares, como tem sido tradição na esfera pública, implica preparar, formar, apoiar, acompanhar e supervisionar tecnicamente, os cuidadores que se confrontam com um caminho árduo; (...) são necessárias políticas sociais de apoio à família, sustentadas com uma política integrada de uma rede de cuidados continuados, que possam, efetivamente, apoiar quem opta por cuidar no domicílio” (Gil, 2010:541).

Nolan, Grant e Keady (1996) indicam, “encarar o ato de cuidar como uma manifestação de carinho e de afeto; tomar consciência das necessidades que estão a ser atendidas e tomar consciência das necessidades que estão a ser atendidas” (Nolan, Grant e Keady, 1996,1998 citado por Figueiredo, 2007).

Segundo Santos também pelas “... tradições de um país, pelas normas sociais, pelo estágio de evolução relativamente às modificações da estrutura familiar, pela concepção da vida, pela história de cada indivíduo ...” (Santos, 2006:64).

Sommerhalder indica outros aspetos positivos referidos pelos cuidadores “... crescimento pessoal, aumento do sentimento de realização (...) melhoria do relacionamento interpessoal (...) aumento do significado da vida, prazer, satisfação, retribuição, satisfação consigo próprio, bem-estar com a qualidade do cuidado oferecido.” (Sommerhalder, 2001:23).

Como consequências positivas os entrevistados referem principalmente uma melhoria no relacionamento. Estes resultados apurados vão ao encontro do que é defendido pela revisão bibliográfica.

Também Ferreira (2009) destacou os aspetos positivos, “... satisfação, proximidade e bem-estar pelo que está a proporcionar ao seu familiar/ amigo.” (Ferreira, 2009:74) E ainda refere outras “... repercussões positivas (promoção da auto-estima, crescimento pessoal/ gratificação, promoção de intimidade, busca de sentido com objetivos realistas) ...” (Ferreira, 2009:78) Relativamente aos aspetos positivos, da situação de cuidar de alguém, Brito (2002) refere “...desenvolver novas competências e capacidades, até ao sentimento de estar a cumprir um dever moral ou de estar a retribuir cuidados ou carinho recebidos no passado...” (Brito, 2002:46).

Dos entrevistados que sentem impactos a nível socioeconómico (N=7) as consequências negativas que predominam são as que se refletem na vida pessoal, como consequências positivas referem a melhoria no relacionamento e a satisfação e emotivo para ser cuidador a obrigação/dever. Dos entrevistados que sentem impactos a nível emocional (N=6) a maioria refere que as consequências negativas se refletem na vida pessoal, como consequências positivas referem o fato de ser gratificante, o sentimento de dever cumprido e melhoria no relacionamento e metade aponta como motivo para ser cuidador o fato de ter disponibilidade. Dos entrevistados que sentem impactos a nível socioeconómico (N=7) as consequências negativas que predominam são as que se refletem na vida pessoal, como consequências positivas referem a melhoria no relacionamento e a satisfação e o motivo para ser cuidador a obrigação/dever. Dos entrevistados que sentem impactos a nível emocional (N=6) a maioria refere que as consequências negativas se refletem na vida pessoal, como consequências positivas, refere o fato de ser gratificante, o sentimento de dever cumprido e melhoria no

relacionamento, metade aponta como motivo para ser cuidador o fato de ter disponibilidade. Dos entrevistados que sentem impactos a nível físico (N=4) a maioria refere que as consequências negativas se refletem em todas as esferas (social, familiar, pessoal e financeira), como consequências positivas metade refere a melhoria no relacionamento, como motivo para ser cuidador metade refere a solidariedade.

Para Ferreira (2009) cuidar implica um modelo de stressores inseparáveis: os stressores primários que englobam as respostas ao nível das atividades de vida diárias (AVD's) e os stressores secundários que incluem as atividades instrumentais. O mesmo autor refere que ambos podem despoletar "... conflitos familiares, conflitos no trabalho e problemas económicos." (Ferreira, 2009:78) dado que os cuidadores "... passam a ter menos tempo para a família e para eles próprios, a descansar menos e a trabalhar mais, privando-se da sua vida social. O doente passa a ser centro das atenções " (Ferreira, 2009:79)

Em vários estudos os cuidadores referem uma certa dificuldade em conciliar o cuidar do seu familiar com a sua atividade laboral, ocorrendo algumas das vezes a perda do emprego pelo absentismo laboral o que se traduz em sobrecarga económica. Os gastos do cuidar tornam-se mais dispendiosos à medida que aumenta a dependência principalmente quando o cuidador é o único responsável a cuidar. Como consequências negativas destacam-se as alterações na vida pessoal e na vida familiar. Estes resultados apurados vão ao encontro do que é defendido pela revisão bibliográfica.

Estes resultados podem associar-se ao conceito de sobrecarga referenciado por Sousa *et al* (2004) como: "conjunto de problemas físicos, psicológicos e socioeconómicos que decorreram da tarefa de cuidar, suscetíveis de afetar diversos aspetos da vida do indivíduo, nomeadamente as relações familiares e sociais, a carreira profissional, a intimidade, a liberdade e o equilíbrio emocional" (Sousa *et al*, 2004: 53).

Imaginário (2008) refere que são várias as tensões que os membros de uma família podem sofrer perante a prestação de cuidados (...) o acréscimo de responsabilidades, (...) podendo mesmo haver necessidade de iniciar novas aptidões, a sobrecarga económica, (...) um condicionalismo das relações sociais por parte do cuidador ..." (Imaginário, 2008:76).

Estes resultados relacionam-se com o defendido por Figueiredo (2007) no que diz respeito à sobrecarga ou *burden* que corresponde a uma resposta psicossocial face à situação de prestação de cuidados; ao conjunto de problemas físicos, psicológicos, emocionais, social e financeiros sentidos pelo cuidador, e que resultam, num decréscimo dos sentimentos de bem-estar e num aumento dos problemas de saúde.

Para Sousa *et al* (2006) a sobrecarga é “o conjunto de problemas físicos, psicológicos e socioeconómicos que decorrem da tarefa de cuidar, suscetíveis de afetar diversos aspetos da vida do indivíduo, nomeadamente as relações familiares e sociais, a carreira profissional, a intimidade, a liberdade e o equilíbrio emocional” (Sousa *et al*, 2004: 53).

Os impactos sentidos na prestação de cuidados repartem-se entre os socioeconómicos (N=7) os emocionais (N=6) e os físicos (N=4). Estes resultados apurados vão ao encontro do que é defendido pela revisão bibliográfica.

Segundo Paúl (1997), “A esperança de vida aumentou enormemente nas últimas décadas, (...) mas, a este somar de anos nem sempre foi acrescentada a qualidade de vida que lhe dá sentido.” O cuidador informal assume o encargo de prestar todos os cuidados de que o idoso necessita. Cuidar acarreta impactos para a vida do cuidador tanto a nível físico, psicológico, social ou financeiro, podendo provocar a sobrecarga do cuidador. (Paúl, 1997:7)

Verificam-se algumas diferenças entre cuidadores do género masculino e do feminino. A maioria dos do género masculino possuem licenciatura enquanto que a maioria dos do feminino possuem o ensino secundário. A maioria dos cuidadores do sexo masculino são técnicos superiores e a maioria dos do sexo feminino são administrativos. Quem depende dos seus cuidados os do sexo masculino são na totalidade os pais (N=6), e os do sexo feminino são as suas mães (N=7) e os maridos (N=4 respectivamente). Para os cuidadores do sexo masculino, os principais motivos repartem-se entre a disponibilidade, a obrigação /dever (N=2 respetivamente), a resignação e a solidariedade (N=1 respetivamente) enquanto que os do sexo feminino referem principalmente a motivação afetiva (N=5), Como consequências negativas os do sexo masculino referem alterações na vida pessoal e na vida familiar e os do feminino referem alterações na vida pessoal (N= 4), na esfera financeira (N=3), na vida familiar e na vida social.

Como consequências positivas os do sexo masculino referem referem uma melhoria no relacionamento e satisfação enquanto que os do sexo feminino referem uma melhoria no relacionamento. Os impactos sentidos na prestação de cuidados os do sexo masculino repartem-se entre os físicos, emocionais e socioeconómicos enquanto que nos do sexo feminino destacam-se os socioeconómicos.

Verificam-se algumas diferenças entre os entrevistados que possuem licenciatura e os que possuem o ensino secundário. Os que possuem o licenciatura cuidam dos seus pais enquanto que os que possuem o ensino secundário cuidam das mães e dos maridos, os que possuem o ensino secundário referem como principais motivos a motivação afectiva enquanto que nos licenciados repartem-se entre a obrigação/dever (N=3), a disponibilidade (N=2), a solidariedade e a resignação (N=1 respetivamente). Como consequências negativas os que possuem o ensino secundário repartem-se entre as alterações na vida familiar, na vida pessoal, a nível financeiro e a nível social enquanto que os licenciados referem as alterações na vida pessoal. Como consequências positivas os que possuem o ensino secundário referem a melhoria no relacionamento enquanto que os licenciados repartem-se entre a melhoria no relacionamento, a satisfação, o sentimento de dever cumprido e o fato de ser gratificante. Sobre os impactos sentidos na prestação de cuidados os que possuem o ensino secundário repartem-se entre os emocionais, os físicos e os socioeconómicos enquanto que os licenciados referem principalmente os socioeconómicos.

Em relação à profissão os dados dos entrevistados são coincidentes com as habilitações que possuem. Em relação à idade verifica-se que os entrevistados mais novos cuidam dos seus pais enquanto que os mais velhos cuidam das suas mães e dos maridos. Relativamente às motivações, às consequências negativas, às consequências positivas e aos impactos sentidos na prestação de cuidados são idênticos e coincidem com os resultados obtidos em relação às habilitações literárias.

Entre os entrevistados que vivem acompanhados ou que vivem só verifica-se que em ambos predominam os do sexo feminino, dos que vivem acompanhados a maioria possui o ensino secundário enquanto que os que vivem só metade possui licenciatura, sobre quem depende dos seus cuidados ambos referem principalmente os seus pais Os principais motivos, as consequências negativas, as consequências positivas e os impactos sentidos na prestação de cuidados são idênticos aos resultados obtidos em relação às habilitações literárias.

8.LIMITAÇÕES E SUGESTÕES

O presente estudo teve algumas limitações relacionadas com a criação de uma relação de confiança com os cuidadores, pois um “envolvimento tão pessoal com o investigador implica riscos e questões éticas ...” (Bell, 2004: 31) e com a articulação e compatibilidade dos horários da investigadora devido ao facto desta ter o tempo bastante preenchido com assuntos profissionais e a disponibilidade temporal dos entrevistados. Por vezes, foi necessário aguardar que os livros, disponíveis na biblioteca, estivessem disponíveis para consulta pois alguns deles já tinham sido requisitados por outras pessoas. Para solicitar os dados sobre os utentes inscritos na Unidade de Saúde Familiar Jardins da Encarnação, Lisboa contactou-se (via email) a respetiva Unidade de Saúde que referiu não lhes ser possível fornecer esse tipo de informação e que deveria fazer esse pedido à Administração Regional de Saúde (ARS) Esta entidade respondeu que para sabermos esses dados bastava aceder ao site da ARSLVT (Administração Regional de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo) e procurar em publicações. Essa pesquisa foi demorada pois havia várias publicações e foi necessária uma pesquisa exaustiva para encontrar os dados pretendidos. Houve trinta e oito recusas por parte dos entrevistados: trinta e uma por falta de tempo e sete por acharem que “não se queriam expor”. Duas respostas foram manuscritas, face à oposição de dois cuidadores masculinos na gravação da entrevista. Não foram considerados nove entrevistados pois apesar dos idosos dependentes terem assistência médica no referido centro de saúde não residiam na freguesia em estudo. A dimensão bastante reduzida da amostra, e o seu carácter não probabilístico, implicou uma limitação na possibilidade de se inferirem generalizações. Concluindo, as limitações foram principalmente práticas e relacionaram-se sobretudo com questões temporais, pois o tempo estava bastante preenchido com assuntos pessoais, profissionais e com a criação de uma relação de confiança com os cuidadores, pois um “envolvimento tão pessoal com o investigador implica riscos e questões éticas ...” (Bell, 2004:31)

Sugere-se a formação de um grupo de ajuda, em cada unidade de saúde, formado por cuidadores informais, com o objetivo dos cuidadores informais de idosos se apoiarem e partilharem experiências. A necessidade da existência de serviços formais que possam auxiliar os cuidadores nas suas dificuldades de modo a beneficiar a qualidade de vida do cuidador e do idoso dependente.

Considera-se fundamental que o cuidador beneficie de apoios financeiros e benefícios fiscais e a criação de um estatuto de trabalho para o cuidador informal de pessoas idosas dependentes onde exista um regime de justificação de falta, para acompanhamento a exames/consultas, ou uma licença de apoio à família. Deveria haver reconhecimento legal da figura do cuidador não-profissional, desenvolver políticas que apoiem o cuidador familiar e as pessoas cuidadas e promover ações dirigidas à formação dos cuidadores. Promover grupos de voluntariado que auxiliem o cuidador aquando da necessidade deste se ausentar. Esta investigação teve uma dimensão pequena. Sugere-se que em próximos estudos se deverá incluir uma amostra de maior dimensão, de forma a possibilitar a generalização de dados. Dever-se-ão efetuar estudos quantitativos onde se possa apurar os aspetos negativos, positivos e as motivações para cuidar de um familiar em situação de dependência.

BIBLIOGRAFIA

- Almeida, João Ferreira de, Pinto, José Madureira (1995). *A Investigação nas Ciências Sociais*. Lisboa: Editorial Presença.
- Barbosa, A. (2009). *Quem é o cuidador social e qual é o seu papel?* Dissertação de Mestrado, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Brasil.
- Bardin, L., (2004), *Análise de Conteúdo*, Lisboa, Edições 70.
- Bell, J. (2004). *Como realizar um projecto de investigação* (3ª edição). Lisboa: Gradiva.
- Best, J.W (1981). *Como investigar en educación*. (3.ª Ed). Madrid: Ediciones Morata
- Bourdieu, Pierre (2000), *Esquisse d'Une Théorie de la Pratique, Précédé de Trois Études d'Ethnologie Kabyle*, Éditions du Seuil, France.
- Brito, L. (2002). *A saúde mental dos prestadores de cuidados a familiares idosos*. Coimbra: Quarteto Editora.
- Carmo, Hermano e Manuela M. Ferreira (1998), *Metodologia da investigação: guia para a auto-aprendizagem*, Lisboa, Universidade Aberta.
- Colomé, I. Marqui, A. Jahn, A. Resta, D. Carli, R. Winck, M. e Nora, T. (2011). Cuidar de idosos institucionalizados: características e dificuldades dos cuidadores. *Revista Eletrónica de Enfermagem*, 13 (2) 306-312. Disponível em: <https://www.fen.ufg.br/revista/v13/n2/v13n2a17.htm>
- Conselho da Europa - Recomendação Nº R (1998) Do Comité de Ministros Aos Estados Membros Sobre a dependência.
- Deci, E., e Ryan, R. (2008). Hedonia, eudaimonia, and well-being: An introduction. *Journal of Happiness Studies*, 9 (1), 1-11.
- Diener, E., Oishi, S., e Lucas, R.E. (2003). Personality, culture and subjective well-being: Emotional and cognitive evaluations of life. *Annual Review of Psychology*, 54, 403-425. https://internal.psychology.illinois.edu/reprints/index.php?site_id=24
- Diener, E., e Lucas, R.E. (2000). Explaining differences in societal levels of happiness: Relative standards need fulfillment, culture, and evaluation theory. *Journal of Happiness Studies*, 1, 41-78. Disponível em: https://internal.psychology.illinois.edu/reprints/index.php?site_id=24
- Diener, E., Suh, E.M., e Oishi, S. (1997). Recent findings on subjective well-being. *Indian Journal of Clinical Psychology*, 24 (1), 25-41. Disponível em: https://internal.psychology.illinois.edu/reprints/index.php?site_id=24

- Dominguez, Alcon. (1998). *Família, cuidados informales y políticas de vejez*. em A. Staab & L. Hodges (orgs.), *Enfermería gerontológica: adaptación al proceso de envelhecimento*. México: McGraw-Hill, pp. 464 – 476.
- Fernandes, A.A. (2001), *Velhice, Solidariedades Familiares e Política Social – Itinerário de pesquisa em torno das consequências do aumento da esperança de vida*, *Sociologia, Problemas e Práticas*, nº36. Disponível em: <http://www.scielo.mec.pt/pdf/spp/n36/n36a02.pdf>
- Fernandes, A. A., (1997), *Velhice e Sociedade – Demografia, Família e Políticas Sociais em Portugal*, Oeiras, Celta Editora.
- Fernandes, Ana A., Ana Paula Gil e Inês Gomes (2010), *Fora de cena. Invisibilidades sociais na última etapa da trajetória de vida*, in António Dornelas, Luísa Oliveira e Maria das Dores Guerreiro (orgs), *Portugal Invisível*, Lisboa, Mundos Sociais, pp. 173-198.
- Ferreira, M. F. (2009). Cuidar no domicílio: Avaliação da sobrecarga da família/cuidador principal no suporte paliativo do doente oncológico. *Cadernos de Saúde*, 2 (1), 67-88. Disponível em <http://repositorio.ucp.pt/bitstream/10400.14/9871/1/CS%202.1%20%285%29.pdf>
- Figueiredo, Daniela (2007). *Cuidados familiares ao idoso dependente*. Lisboa: Climepsi Editores.
- Flick, U. (2005). *Métodos Qualitativos na Investigação Científica*, 2.^a ed., Ed. Monitor.
- Fontaine, R. (2000), *Psicologia do Envelhecimento*, Ed. Climepsi Editores.
- Fortin, M.F. (2009). *O Processo de Investigação*. 5^a edição. Ed. Lusociência. Lisboa.
- Freitas, E. Cançado, Doll, J. e Gorzoni, M. (2006). *Tratado de geriatria e gerontologia* (2^a Ed.). Rio de Janeiro: Guanabara Koogan. Disponível em: <https://issuu.com/guanabarakoogan/docs/freitas-py-issuu>
- Freixo, Manuel, (2012), *Metodologia científica: Fundamentos, métodos e técnicas*.4^a edição, Lisboa.
- Galinha, I.C. (2008). *Bem-estar subjectivo – Factores cognitivos, afectivos e contextuais*. Coimbra: Quarteto. Disponível em: <http://repositorio.ual.pt/handle/11144/580>
- Galinha, I.C. e Ribeiro, J.L. (2005). História e evolução do conceito de bem-estar subjectivo. *Psicologia, Saúde e Doenças*, 6 (2), 203-214. Disponível em: <http://repositorio.ispa.pt/bitstream/10400.12/1060/1/PSD%202005%206%282%29%20203-214.pdf>
- Ghiglione, R. e Matalon, B. (1997). *O inquérito – Teoria e Prática*. Oeiras: Celta Editora (3.^a Ed.)
- Gil, Ana Paula. (2010). *Heróis do quotidiano: dinâmicas familiares na dependência*. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian/FCT.

- Gonçalves, R. (2010) “*Famílias de Idosos da Quarta Idade: dinâmicas familiares*”, Dissertação de Mestrado apresentada à Universidade do Porto.
- Goodhead, Anne e McDonald, Janet (2007), *Informal Caregivers Literature Review. A report prepared for the National Health Committee*. Wellington: Health Services Centre, Victoria University of Wellington.
- Gordilho, A., Sérgio, J., Silvestre, J., Ramos, L., Freire, M., Espindola, N., Maia, R., Veras, R., Karsch, U. (2000). *Desafios a serem enfrentados no terceiro milênio pelo setor saúde na atenção ao idoso*. Rio de Janeiro: edição da Universidade Aberta da Terceira Idade.
- Guadalupe, Sónia (2001). Intervenção em Rede e Doença Mental. Comunicação apresentada no *II Encontro de Serviço Social em Saúde Mental: Novas Perspectivas*, organizado pelo Serviço Social do Hospital Sobral Cid, Coimbra. Disponível em: <http://www.cpihts.com/PDF03/Sonia%20Guadalupe.pdf>
- Guillemard, Anne Marie. (1980). *La Vieillesse et l'État*. Paris: Presses Universitaires de France.
- Health at a Glance (2013). OECD Indicators
- Imagínario, C. (2008), *O idoso dependente em contexto familiar*, 2ª Edição, Formasau.
- Instituto Nacional de Estatística (2014). Estatísticas Demográficas 2013. Lisboa. Consultado em 07 Março 2016. Disponível em: http://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_publicacoes&PUBLICACOESpub_boui=210756558&PUBLICACOESmodo=2.
- Jani-Le Bris, H. (1994). *Responsabilidade familiar pelos dependentes idosos nos países das comunidades europeias*. Lisboa: Fundação Europeia para a Melhoria das Condições de Vida e de Trabalho.
- José, S.J., (2012), Entre a gratificação e a opressão: os significados das trajetórias de cuidar de um familiar idoso, *Sociologia, Revista da Faculdade de Letras da Universidade do Porto*, Número temático: Envelhecimento demográfico, 2012: 123-150. Disponível em: <http://ler.letras.up.pt/uploads/ficheiros/10584.pdf>
- José, S. J., (2012). A Divisão dos Cuidados Sociais Prestados a Pessoas Idosas - Complexidades, desigualdades e preferências, *Sociologia, Problemas e Práticas*, n.º 69, 2012, pp. 63-85. Disponível em: <http://www.scielo.mec.pt/pdf/spp/n69/n69a05.pdf>
- Kellerhals, J., Trout, P., Lazega, E., (1984), *Microsociologia da Família*, Mem Martins, Publicações Europa-América
- Kroger, Teppo (2001), *Comparative Research on Social Care. The State of the Art*. Soccare Project Report 1 Contract No. HPSE-CT-1999-00010.

- Lenoir, Remi (1998), Objeto Sociológico e Problema Social. em: CHAMPAGNE, Patrick, Lenoir, Remi e Merllié, Dominique. *Iniciação à prática sociológica*. Petrópolis. Vozes.
- Lopes, L. (2007), Necessidades e estratégias na dependência: uma visão da família. *Revista Portuguesa de saúde pública*, 25, (1), 39-46. Disponível em: <http://www.ensp.unl.pt/dispositivos-de-apoio/cdi/adi/sector-de-publicacoes/revista/2000-2008/pdfs/03-07.pdf>
- Marques, S.C.L. (2007). *Os cuidadores informais de doentes com avc*. Coimbra; Formasau.
- Mata, M.A.P. y Rodríguez, M.T.V., (2012) El cuidado no remunerado de mayores dependientes en el noreste de Portugal, *Revista de ciências sociais, prismasocial* - Nº 8, pp 333 – 357; consultado em 8 de Outubro de 2014. Disponível em: <http://www.isdfundacion.org/publicaciones/revista/numeros/8/secciones/abierta/pdf/01-cuidado-no-remunerado-portugal.pdf>
- Matos, M. (2012). Métodos e Técnicas de Investigação: Extensivos (2º Sem 2012/2013). Retirado a 29 de Setembro de 2013 de <https://fenix.iscte.pt/disciplinas/15113-1/2012-2013/2-semester/programa>.
- Melo, G. (2009). A experiência vivida de homens (cônjuges) que cuidam de mulheres com demência. *Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia*, 12 (3).
- Nielsen, A., Brannen, J., e Lewis, S. (2012). *Transition to parenthood in Europe. A comparative life course perspective*. Bristol, England: Policy Press.
- Novo, R.F. (2003). *Para além da eudaimonia: O bem-estar psicológico em mulheres na idade adulta avançada*. Coimbra: Fundação Calouste Gulbenkian/Fundação para a Ciência e Tecnologia.
- Oliveira, A. (2009) *Cuidados Informais ao Idoso Dependente: motivos e gratificações*. Dissertação de Mestrado em Gerontologia não publicada. Universidade de Aveiro, Aveiro.
- Organisation for Economic Cooperation and Development (OECD). (Consultado em 07 de Março de 2016) Disponível em: http://www.oecd-ilibrary.org/social-issues-migration-health/health-at-a-glance_19991312
- Paúl, Maria Constança (2012) – *Tendências atuais e desenvolvimentos futuros na gerontologia*. em Paúl, Constança; Ribeiro Óscar (2012) – *Manual de gerontologia manual de gerontologia: Aspectos biocomportamentais, psicológicos e sociais do envelhecimento*.
- Paúl, C. e Fonseca, A. (2005) *Envelhecer em Portugal*. Lisboa: Climepsi Editores.
- Paúl, M. (1997). *Lá para o fim da vida: idosos, família e meio ambiente*. Coimbra: Almedina.

- Pereira, M. Graça, e Soares, António José. (2011). Sobrecarga em Cuidadores Informais de Dependentes de Substâncias: Adaptação do Caregiver Reaction Assessment (CRA). *Psicologia, Saúde e Doenças*, 12 (2), 304-328. Disponível em: <http://www.scielo.mec.pt/pdf/psd/v12n2/v12n2a11.pdf>
- Portugal, S. (2006). *Novas famílias, modos antigos. As redes sociais na produção de bem-estar*. Tese de Doutoramento, FEUC, Coimbra. Disponível em 29 de Março, 2010, de: <https://woc.uc.pt/feuc/class/getmaterial.do?idclass=1299&idyear=6>
- Quivy, Raymond e Campenhoudt, Luc Van (2008). *Manual de Investigação em Ciências Sociais*, 5ª edição, Gradiva.
- Ribeiro, Marco Túlio de Freitas, Ferreira, Raquel Conceição, Ferreira, Efigênia Ferreira, Magalhães, Cláudia Silami de, e Moreira, Allyson Nogueira. (2008). Perfil dos cuidadores de idosos nas instituições de longa permanência de Belo Horizonte, MG. *Ciência e Saúde Coletiva*, 13 (4), 1285-1292. Disponível em: <https://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232008000400025>
- Ricarte, L. F. C. S. (2009). *Sobrecarga do cuidador informal de idosos dependentes no Concelho da Ribeira Grande*. Dissertação de Mestrado em Ciências de Enfermagem, Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar da Universidade do Porto. Disponível em : <https://repositorio-aberto.up.pt/bitstream/10216/19131/2/ESCx.pdf>
- Santos, M. (2006). *Os Cuidadores informais dos idosos dependentes em casa*. Dissertação de Mestrado em Comunicação em Saúde, Universidade Aberta.
- São José, José de, e Karin WALL (2006), Trabalhar e Cuidar de um Idoso Dependente: problemas e soluções, *Cadernos Sociedade e Trabalho*, VII, disponível em: <http://www.ics.ul.pt/rdonweb-docs/Karin%20Wall%202006%20-%20n%C2%BA1.pdf>
- Sarmiento, E.; Pinto, P.; e Monteiro, S. (2010), *Cuidar do Idoso – Dificuldades dos familiares*, Ed. Formasau.
- Sennet, R. (2004). *Respeito: a formação do carácter em um mundo desigual*. Rio de Janeiro: Record.
- Sequeira, C. (2007). *Cuidar de idosos dependentes*. Porto: Quarteto.
- Shaffer, David W. e Serlin, Ronald C. (2004). What good are statistics that don't Generalize? *Educational Researcher*, vol. 33, nº 9, Disponível em: http://edgaps.org/gaps/wp-content/uploads/ShafferWhat_good_are_statistics.pdf
- Simonetti, Janete e Ferreira, Joice (2008) - Estratégias de coping desenvolvidas por cuidadores de idosos portadores de doença crónica. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*. Vol. 42, nº 1, p. 19-25. Disponível em : <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v42n1/03.pdf>

- Siqueira, M.M., e Padovam V.A. (2008). Bases teóricas de bem-estar subjectivo, bem-estar psicológico e bem-estar no trabalho. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 24, 201-209. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ptp/v24n2/09>
- Sluzki, Carlos E. (1996). *La red social: frontera de la practica sistémica*. Barcelona: Gedisa Editorial.
- Sommerhalder, C. (2001). *Significados associados à tarefa de cuidar de idosos de alta dependência no contexto familiar*. Tese de Mestrado, Faculdade de Educação, Universidade Estadual de Campinas, - São Paulo.
- Sousa, L., Figueiredo, D. e Cerqueira, M. (2004). *Envelhecer em Família*. Porto: Âmbar.
- Tobio, C., Tomás, M. S., Gómez, M. V., & Palomo, M. T. (2010). *El cuidado de las personas: Un reto para el siglo XXI*. Barcelona: Fundación "la Caixa".
- Vasconcelos, Pedro (2002). Redes de apoio familiar e desigualdade social: estratégias de classe. *Análise Social*, vol. XXXVII (163), 507-544
- Vasconcelos, Pedro./ISCTE-IUL (2010). Teorias sociológicas: correntes contemporâneas, 2010-2011. Retirado a 23 de Março de 2015 de <https://e-learning.iscte-iul.pt/>
- Veysset, B. (1989). Dépendence et Vieillesse. Paris: L'Harmattan. *Coleção Logiques Sociales*. 171p. ISBN 2-7384-0279-8.
- Wall, K., (2005), *Famílias em Portugal – Percursos, interações, redes sociais*, Lisboa, ICS.
- Winter, Katherine H.; Bouldin, Erin; Andresen, Elena (2010) *Lack choice in caregiving decision and caregiver risk of stress. Preventing Chronic Disease*. Vol. 7, nº 2, p. 1-11. http://www.cdc.gov/pcd/issues/2010/mar/pdf/09_0037.pdf
- World Health Organizations (2012) – Dementia a Public Health Priority. Geneva : WHO

ANEXOS

ANEXO A - CONCEITOS / AUTORES

Quadro 1. Anexo A. Conceitos / autores

Conceitos	Autores
Família	Ariès, Burgess, Engels, Reiss, Spencer, Tocqueville
Velhice	Fernandes, Gaullier, Guillemarde, Lenoir
Dependência	Veysset
Cuidar	Durkheim e Ricarte
Cuidados sociais	Kroger
Rede social pessoal	Carlos Sluzki, Speck e Attneave
Apoios familiares	Bourdieu, Cuturello, José, Mauss, Vasconcelos
Cuidado informal	Domínguez-Alcón, Lage, Sequeira
Cuidador informal	Barbosa, Freitas <i>et al.</i> , Godhead <i>et al</i> , Gordilho <i>et al</i> , Ribeiro <i>et al</i>
Sobrecarga	Figueiredo e Cerqueira, Paul e Fonseca, Martins, <i>et al</i> , Sarmiento, Pinto e Monteiro
Bem-estar subjectivo	Diener, Suh, e Oishi, Diener e Ryan, Galinha, Galinha e Ribeiro, Diener, Sapyta, e Suh, Novo
Motivações	Andrade, Simonetti , Ricarte, Winter, Maia <i>et al</i> , Bouldin e Andresen, Santos, Sousa

ANEXO B. GUIÃO DE OBSERVAÇÃO PARTICIPANTE

ANEXO B.1. POSTURA DURANTE A OBSERVAÇÃO

- Ir munida de um bloco de apontamentos e caneta
- Tomar notas no final do período de observação
- Desempenhar o papel de observador-participante:
 - ✓ Estabelecer interação com o entrevistado
 - ✓ Estabelecer uma relação de confiança com o entrevistado

ANEXO B.2. ELEMENTOS A OBSERVAR

- As interações entre o cuidador informal e o entrevistador
- O tipo de comportamento, o tipo de comunicação/interação e o modo de estar do cuidador informal
- Descrever as interações ocorridas
- Acrescentar os aspetos relevantes e úteis à compreensão do fenómeno em estudo

ANEXO C. GUIÃO DE ENTREVISTA

Sou estudante do Mestrado em Sociologia do Instituto ISCTE, e encontro-me a realizar um estudo sobre os cuidadores de idosos. Para tal, solicito a sua colaboração no preenchimento desta entrevista. Toda a informação é apenas para fins académicos e será tratada de forma confidencial.

Agradeço desde já toda a atenção que me possa conceder.

Fátima Martins

1 - Sexo

2 – Qual a sua Idade?

3 – Em que Concelho reside?

4 - Qual o ano de escolaridade mais elevado que possui?

5 - Estado Civil

6 - Qual a sua condição perante o trabalho?

7 - Qual a sua situação na profissão?

8 - Qual a sua profissão atual?

9 - Qual o ano de escolaridade que o seu pai possui?

10 - Qual foi a condição perante o trabalho do seu Pai?

11 - Qual foi a situação na profissão do seu Pai?

12 - Qual foi a profissão do seu Pai?

13 – O seu pai cuidou de alguém?

14 - Se sim, de quem?

15- Qual o ano de escolaridade que a sua mãe possui?

16 - Qual foi a condição perante o trabalho da sua Mãe?

- 17 - Qual foi a situação na profissão da sua Mãe?
- 18 - Qual foi a profissão da sua Mãe?
- 19 – A sua mãe cuidou de alguém?
- 20 - Se sim, de quem?
- 21 - Quantas pessoas compõem o seu agregado familiar?
- 22 - Quem é dependente dos seus cuidados?
- 23 - Quais os principais motivos que o (a) levaram a ser cuidador (a)?
- 24 - Há quanto tempo presta cuidados?
- 25 – Quais as consequências negativas na sua vida desde que presta cuidados?
- 26 - Quais as consequências positivas na sua vida desde que presta cuidados?
- 27 – Que impactos sentiu na prestação de cuidados?

ANEXO D. MATRIZ OBSERVAÇÃO

Entrevistado	Interações entre o cuidador informal e o entrevistador	tipo de comportamento do cuidador	Interações ocorridas
E1	Cumprimento verbal: Bom dia	Movimentar as pernas, mexer no telemóvel	O cuidador desejou felicidades e mostrou-se disponível em caso de necessidade
E2	Cumprimento verbal: boa tarde	Variação no tom de voz, mexer no cabelo, demonstrar cansaço físico	Nas despedidas: o cuidador beijava o entrevistador, desejando felicidades
E3	Cumprimento verbal: Bom dia	Evitava contato visual, mexer no cabelo, suor nas mãos e no pescoço, baloiçar as pernas, mexer no telemóvel	Nas despedidas: o cuidador beijava o entrevistador, desejando felicidades
E4	Cumprimento verbal: boa tarde	Mexer no telemóvel, no pires e na chávena de café e demonstrar cansaço físico	O cuidador desejou felicidades e mostrou-se disponível em caso de necessidade
E5	Cumprimento verbal: boa tarde	Movimentar as pernas, mexer no telemóvel e demonstrar cansaço físico	Nas despedidas: o cuidador beijava o entrevistador, desejando felicidades
E6	Cumprimento verbal: Bom dia	Variação no tom de voz, mexer no pires, na chávena de café e no telemóvel, movimentar as pernas	Nas despedidas: o cuidador beijava o entrevistador, desejando felicidades
E7	Cumprimento verbal: boa tarde	Variação no tom de voz, mexer no cabelo, chorar e demonstrar cansaço físico e mental	Nas despedidas: o cuidador beijava o entrevistador, desejando felicidades
E8	Cumprimento verbal: boa tarde	Evitava contato visual, mexer no cabelo, baloiçar as pernas, mexer no telemóvel	Nas despedidas: o cuidador beijava o entrevistador, desejando felicidades
E9	Cumprimento verbal: Bom dia	evitava contato visual, mexer no cabelo, suor nas mãos, no pescoço e na testa, baloiçar as pernas, mexer no telemóvel, chorar e demonstrar cansaço físico e mental	Nas despedidas: o cuidador beijava o entrevistador, desejando felicidades
E10	Cumprimento verbal: boa tarde	Movimentar as pernas, mexer na chávena de café e demonstrar cansaço físico	Nas despedidas: o cuidador beijava o entrevistador, desejando felicidades
E11	Cumprimento verbal: boa tarde	Movimentar as pernas, mexer no telemóvel, no pires e na chávena de café e demonstrar cansaço físico e mental	Mostrou-se disponível em caso de necessidade
E12	Cumprimento verbal: boa tarde	Variação no tom de voz, mexer no cabelo e no telemóvel, baloiçar as pernas	Nas despedidas: o cuidador beijava o entrevistador, desejando felicidades
E13	Cumprimento verbal: boa tarde	Mexer no cabelo, baloiçar as pernas, mexer no telemóvel e demonstrar cansaço físico	Nas despedidas: o cuidador beijava o entrevistador, desejando felicidades
E14	Cumprimento verbal: boa tarde	Movimentar as pernas, mexer no telemóvel	O cuidador desejou felicidades e mostrou-se disponível em caso de necessidade
E15	Cumprimento verbal: boa tarde	Mexer no cabelo e no telemóvel, baloiçar as pernas, baloiçar as pernas	Nas despedidas: o cuidador beijava o entrevistador, desejando felicidades
E16	Cumprimento verbal: boa tarde	Variação no tom de voz, mexer no cabelo e no telemóvel, baloiçar as pernas	Nas despedidas: o cuidador beijava o entrevistador, desejando felicidades
E17	Cumprimento verbal: boa tarde	Variação no tom de voz, mexer no cabelo, demonstrar cansaço físico, mexer no cabelo e no telemóvel, baloiçar as pernas	Nas despedidas: o cuidador beijava o entrevistador, desejando felicidades

ANEXO E. MATRIZ ENTREVISTAS

Entrevistado	1 - Sexo	2 - Idade	3 - Em que concelho reside?	4 - Qual o ano de escolaridade mais elevado que possui?	5 - Estado Civil	6 - Qual a sua condição perante o trabalho?	7 - Qual a sua situação na profissão	8 - Qual a sua profissão atual?	9 - Qual o ano de escolaridade que o seu pai possui?	10 - Qual foi a condição perante o trabalho do seu Pai?	11 - Qual foi a situação na profissão do seu Pai?	12 - Qual foi a profissão do seu Pai?
E1	M	57	Loures	Ensino secundário	Solteiro(a)	Empregado/a	Trabalhador por conta de outrem	Administrativo/a	Ensino básico completo	Empregado/a	Trabalhador por conta de outrem	Vendedor
E2	F	59	Lisboa	Ensino secundário	Casado/a	Empregado/a	Trabalhador por conta de outrem	Administrativo/a	Ensino básico incompleto	Empregado/a	Trabalhador por conta de outrem	Trabalhador não qualificado na agricultura
E3	F	63	Lisboa	Ensino secundário	Casado/a	Empregado/a	Trabalhador por conta de outrem	Administrativo/a	Ensino básico incompleto	Empregado/a	Trabalhador por conta de outrem	Trabalhador não qualificado da floresta
E4	M	62	Loures	Ensino secundário	Casado/a	Empregado/a	Trabalhador por conta de outrem	Administrativo/a	Ensino básico completo	Empregado/a	Trabalhador por conta de outrem	Vigilante
E5	M	51	Cascais	Licenciatura	Divorciado(a)	Empregado/a	Trabalhador por conta de outrem	Antropólogo	Ensino básico incompleto	Empregado/a	Trabalhador por conta de outrem	Vigilante
E6	F	57	Cascais	Ensino secundário	Solteiro(a)	Empregado/a	Trabalhador por conta de outrem	Administrativo/a	Ensino básico incompleto	Empregado/a	Trabalhador por conta de outrem	Trabalhador não qualificado da floresta
E7	F	47	Loures	Licenciatura	Solteiro(a)	Empregado/a	Trabalhador por conta de outrem	Geógrafa	Ensino básico incompleto	Empregado/a	Trabalhador por conta de outrem	Trabalhador não qualificado na agricultura
E8	F	55	Loures	Ensino secundário	Casado/a	Empregado/a	Trabalhador por conta de outrem	Administrativo/a	Ensino básico incompleto	Empregado/a	Trabalhador por conta de outrem	Vendedor
E9	M	53	Sintra	Licenciatura	Separado(a)	Empregado/a	Trabalhador por conta de outrem	Socióloga	Ensino básico completo	Empregado/a	Trabalhador por conta de outrem	Segurança

Entrevistado	1 - Sexo	2 - Idade	3 - Em que concelho reside?	4 - Qual o ano de escolaridade mais elevado que possui?	5 - Estado Civil	6 - Qual a sua condição perante o trabalho?	7 - Qual a sua situação na profissão	8 - Qual a sua profissão atual?	9 - Qual o ano de escolaridade que o seu pai possui?	10 - Qual foi a condição perante o trabalho do seu Pai?	11 - Qual foi a situação na profissão do seu Pai?	12 - Qual foi a profissão do seu Pai?
E10	M	51	Loures	Licenciatura	Solteiro(a)	Empregado/a	Trabalhador por conta de outrem	Arquiteto	Ensino básico incompleto	Empregado/a	Trabalhador por conta de outrem	Trabalhador não qualificado da pesca
E11	M	53	Cascais	Licenciatura	Divorciado(a)	Empregado/a	Trabalhador por conta de outrem	Engenheiro Civil	Ensino básico incompleto	Empregado/a	Trabalhador por conta de outrem	Vigilante
E12	F	50	Loures	Licenciatura	Casado/a	Empregado/a	Trabalhador por conta de outrem	Arquiteta	Ensino básico incompleto	Empregado/a	Trabalhador por conta de outrem	Vendedor
E13	F	57	Lisboa	Ensino secundário	Casado/a	Empregado/a	Trabalhador por conta de outrem	Administrativo/a	Ensino básico incompleto	Empregado/a	Trabalhador por conta de outrem	Trabalhador não qualificado na agricultura
E14	F	59	Lisboa	Ensino secundário	Casado/a	Empregado/a	Trabalhador por conta de outrem	Administrativo/a	Ensino básico incompleto	Empregado/a	Trabalhador por conta de outrem	Trabalhador não qualificado da pesca
E15	F	53	Cascais	Licenciatura	Casado/a	Empregado/a	Trabalhador por conta de outrem	Assistente Social	Ensino básico incompleto	Empregado/a	Trabalhador por conta de outrem	Trabalhador não qualificado da floresta
E16	F	56	Loures	Ensino secundário	Viúvo(a)	Empregado/a	Trabalhador por conta de outrem	Administrativo/a	Ensino básico incompleto	Empregado/a	Trabalhador por conta de outrem	Operador de instalação e montagem de máquinas
E17	F	55	Cascais	Ensino secundário	Separado(a)	Empregado/a	Trabalhador por conta de outrem	Administrativo/a	Ensino básico incompleto	Empregado/a	Trabalhador por conta de outrem	Trabalhador não qualificado da pesca

Entrevistado	13 – O seu pai cuidou de alguém?	14 - Se sim, de quem?	15- Qual o ano de escolaridade que a sua mãe possui?	16 - Qual foi a condição perante o trabalho da sua Mãe?	17 - Qual foi a situação na profissão da sua Mãe?	18 - Qual foi a profissão da sua Mãe?	19 – A sua mãe cuidou de alguém?	20 - Se sim, de quem?	21 - Quantas pessoas compõem o seu agregado familiar?	22 - Quem é dependente dos seus cuidados?
E1	Sim	Mãe	Ensino básico completo	Empregado/a	Trabalhador por conta de outrem	Empregada limpeza	Sim	Pai	1	Mãe
E2	Não		Ensino básico completo	Empregado/a	Trabalhador por conta de outrem	Empregada limpeza	Sim	Mãe	1	Marido
E3	Não		Ensino básico completo	Empregado/a	Trabalhador por conta de outrem	Empregada limpeza	Sim	Mãe	1	Marido
E4	Sim	Mãe	Ensino básico completo	Empregado/a	Trabalhador por conta de outrem	Empregada limpeza	Sim	Pai	3	Mãe
E5	Sim	Mãe	Ensino básico completo	Empregado/a	Trabalhador por conta de outrem	Empregada limpeza	Sim	Mãe	1	Mãe
E6	Não		Ensino básico completo	Empregado/a	Trabalhador por conta de outrem	Empregada limpeza	Sim	Mãe	1	Mãe
E7	Sim	Mãe	Ensino básico completo	Empregado/a	Trabalhador por conta de outrem	Empregada limpeza	Sim	Mãe	1	Mãe
E8	Não		Ensino básico incompleto	Empregado/a	Trabalhador por conta de outrem	Trabalhador não qualificado na agricultura	Sim	Mãe	3	Mãe
E9	Não		Ensino básico completo	Empregado/a	Trabalhador por conta de outrem	Empregada limpeza	Sim	Mãe	1	Mãe
E10	Não		Ensino básico completo	Empregado/a	Trabalhador por conta de outrem	Empregada limpeza	Sim	Mãe	1	Pai
E11	Sim	Mãe	Ensino básico completo	Empregado/a	Trabalhador por conta de outrem	Empregada limpeza	Sim	Mãe	1	Pai
E12	Não		Ensino E13básico com314pleto	Empregado/a	Trabalhador por conta de outrem	Empregada limpeza	Sim	Mãe	3	Mãe
E13	Não		EnsinE15o básico E16incompleto	Empregado/a	Trabalhador por conta de outrem	Trabalhador não qualificado na agricultura	Sim	Mãe	4	Marido
314	Não		Ensino básico completo	Empregado/a	Trabalhador por conta de outrem	Empregada limpeza	Sim	Mãe	4	Marido
E15	Não		Ensino básico completo	Empregado/a	Trabalhador por conta de outrem	Empregada limpeza	Sim	Mãe	2	Mãe
E16	Não		Ensino básico completo	Empregado/a	Trabalhador por conta de outrem	Empregada limpeza	Sim	Mãe	1	Mãe
E17	Não		Ensino básico completo	Empregado/a	Trabalhador por conta de outrem	Empregada limpeza	Sim	Mãe	3	Mãe

Entrevistado	23 - Quais os principais motivos que o (a) levaram a ser cuidador (a)?	24 - Há quanto tempo presta cuidados?	25 – Quais as consequências negativas na sua vida desde que presta cuidados?	26 - Quais as consequências positivas na sua vida desde que presta cuidados?	27 – Que impactos sentiu na prestação de cuidados?
E1	“sinto obrigação de cuidar dela, é a minha mãe...”	entre 5 e 9 anos	“...esta situação interfere muito com a minha vida pois fico com pouco tempo para o meu filho”	"...passei a dar-me melhor com a minha mãe..."	"...descanso menos...sinto que ando sempre cansado..."
E2	“...comigo sei que é acarinhado...”	entre 15 e 19 anos	" ... há pouco dinheiro para tantas despesas..."	“... sinto-me feliz porque ele comigo ele está a ser bem tratado...”	"... cada vez há mais despesas...o que ganhamos quase não dá para as despesas da farmácia..."
E3	“...tenho horário flexível e por isso posso gerir o meu tempo com mais facilidade ...”	entre 5 e 9 anos	“não posso sair...tem sempre de ficar alguém com ele...”	“...tratar da meu marido é muito gratificante...”	"...por vezes não me consigo controlar...choro quando ele não vê,,,"
E4	“...Não a podia deixar sozinha,... é minha mãe...não tive outra alternativa”	mais de 20 anos	“...deixei de conviver com os meus familiares pois todo o tempo disponível é para cuidar dela...”	“Sei que ela comigo está bem ... “	"sinto-me mais cansada pois as deslocações são sempre em transportes públicos...perco muito tempo...ando mais a pé..."
E5	“a minha irmã pediu para ser eu a cuidar da nossa mãe e acabei por aceitar...”	mais de 20 anos	“...nunca tenho tempo para mim...”	"deixou de haver conflitos e passámos a ter um relacionamento melhor...."	"...tenho mais despesas...faço mais deslocações...gastos em combustíveis, parquímetros..."
E6	“...porque mais ninguém podia cuidar e não me importei de ter de ser eu a cuidar dela...”	mais de 20 anos	“...abduquei da minha vida pessoal...”	“A minha irmã não pode tratar e eu sei que ela fica feliz por eu estar a fazê-lo, e assim foi a melhor solução. Sinto que estou a cumprir o meu dever”	"...esta a tornar-se muito difícil suportar tantas despesas..."
E7	“acho que é meu dever cuidar dela.”	Até 4 anos	“...só em medicamentos ela gasta metade da reforma... o que recebe não dá para os gastos...”	"...ela era muito severa...ficou mais sensível ao fato de eu estar a apoiá-la ...o relacionamento melhorou..."	"tenho de apoiá-la financeiramente...apesar dela estar isenta do pagamento das consultas os medicamentos são muito caros..."
E8	“...porque quero que ela seja bem tratada...”	entre 5 e 9 anos	"sinto-me muito só...os meus familiares deixaram de me convidar pois nunca tinha tempo para eles..."	“... sei que estou a fazer por ela tudo o que posso...”	"ando a ser tratada a uma depressão...às vezes não consigo lidar com esta situação..."
E9	“ porque mais ninguém se disponibilizou e ela precisava de apoio...”	entre 15 e 19 anos	“desde que ela ficou assim nunca mais pensei nos meus problemas...agora é ela a prioridade...”	“Já me disseram que ela está a ser bem tratada, e isso é importante para mim e reconfortante, porque sei que não lhe pude fazer mais, fiz tudo o que pude.”	"...sinto-me sempre nervosa...quando ela me liga é um ansiedade pois penso logo que algo se passa..."
E10	“tenho mais disponibilidade do que os meus irmãos.”	entre 10 e 14 anos	“...tenho menos disponibilidade para estar com o meu filho	“...faço tudo o que está ao meu alcance e isso para mim é gratificante, a minha mãe está a ser bem tratada no final de vida.”	"...é muito difícil vê-la sofrer e não poder ajudar...esta situação desgasta psicologicamente"

Entrevistado	23 - Quais os principais motivos que o (a) levaram a ser cuidador (a)?	24 - Há quanto tempo presta cuidados?	25 – Quais as consequências negativas na sua vida desde que presta cuidados?	26 - Quais as consequências positivas na sua vida desde que presta cuidados?	27 – Que impactos sentiu na prestação de cuidados?
E11	“ A minha obrigação é cuidar dele...é o meu Pai.....”	mais de 20 anos	“...já tenho problemas na coluna por ter de ajudá-lo a levantar-se...”	“é bom saber que ela está a ser bem tratada no seu final de vida.”	"é incompreensível que os medicamentos sejam tão caros...se não fossem os filhos a apoiar financeiramente não sei o que seria..."
E12	“sento que tenho o dever de apoiá-la no que eu puder...”	Até 4 anos	“os meus amigos estranham que quando saio estou sempre a telefonar-lhe para saber como ela está...nunca ando descansada”	“Sei que a minha mãe está feliz por eu poder cuidar dela e isso satisfaz-me.”	"..está a tornar-se uma sobrecarga económica pois tenho de apoiar financeiramente alguns pagamentos referentes à habitação..."
E13	“...sinto que comigo terá mais atenção e se sente mais apoiado... ”	entre 10 e 14 anos	“...entrei numa depressão pois não sabia lidar com algumas situações.”	"...deixámos de implicar tanto um com o outro e acabamos por nos dar melhor..."	"para conseguir ultrapassar a situação de lidar com tantas mudanças na minha vida estou a ser acompanhada psicologicamente..."
314	“...porque ele nunca quis ir para um lar e eu sempre lhe prometi que quando chegasse a altura ficaria em casa...”	entre 10 e 14 anos	“...estou a ser tratado a uma depressão porque não é fácil ver que ele rapidamente se se tornou tão dependente...”	"...antigamente discutíamos por tudo e por nada...agora damo-nos melhor..."	"...sinto que a nível emocional me sinto muito frágil...nem com a medicação estou a conseguir ultrapassar..."
E15	“...porque sou a filha que vive mais perto dela...”	entre 10 e 14 anos	“...sinto-me desesperada com esta situação...até me esqueço das minhas consultas...”	"...sinto uma sensação de dever cumprido...é a minha mãe e tenho que fazer o que for melhor para ela..."	"...todos os meses tem consultas ou exames...torna-se cansativo..."
E16	“...porque quero vê-la o melhor possível ...”	entre 15 e 19 anos	“...nunca mais pude ir de férias com a família...”	"passámos a almoçar juntas ao fim de semana...entendemo-nos melhor..."	"...como estamos mais vezes juntas as minhas despesas duplicam...mais almoços..."
E17	"porque a amo"	entre 5 e 9 anos	“ela recebe pouco da reforma e gasto muito do meu ordenado pois as fraldas são caras....“	"...como passamos mais tempo juntas conversamos mais e entendemo-nos melhor..."	"...às vezes até tem consultas no mesmo dia...mesmo não tendo problemas com o horário sinto-me cansada..."



EUROPASS CURRICULUM VITAE

INFORMAÇÃO PESSOAL

Nome
Correio electrónico
Nacionalidade
Data de nascimento



MARIA DE FÁTIMA BAPTISTA PEREIRA MARTINS

mbpm@iscte.pt

Portuguesa

09.04.1965

EXPERIÊNCIA PROFISSIONAL

- Datas (de – até)
- Nome e endereço do empregador
- Tipo de empresa ou sector
- Função ou cargo ocupado
- Principais actividades e responsabilidades

01/06/1987 – 30/07/2015

Câmara Municipal de Lisboa, Campo Grande 25, Lisboa

Sector público – Departamento de Gestão Social do Parque Habitacional

Assistente Técnico

- * Coordenação das equipas de Inquirição, Verificação, Classificação e Inserção;
- * Constituição das equipas de inquiridores e programação geral do Levantamento;
- * Formação dos Recursos Humanos;
- * Gestão Diária da Organização e execução da recolha da informação;
- * Preparação do trabalho de campo e preenchimento dos questionários;
- * Verificação, controlo e classificação da informação recolhida;
- * Avaliação periódica do trabalho das equipas;
- * Gestão diária da organização e execução da classificação e inserção da informação;
- * Coordenação da organização do arquivo dos questionários realizados no Programa Especial de Realojamento;
- * Responsável pela Gestão da Base de Dados Departamental (GTBASE), desde Janeiro de 2003;
- * Identificação das anomalias existentes na aplicação e desencadeamento das ações para a normalização da mesma
- * Consolidação, verificação, apuramento e validação dos dados na base de dados;
- * Pertence às equipas de evacuação do Edifício Central da CML com funções de coordenação; desde Outubro de 2004;
- * Elaboração de relatórios sobre a situação de alojamentos, agregados e indivíduos recenseados;
- * Caracterização sociodemográfica / Pesquisa e tratamento estatístico dos dados; Validar a qualidade das inserções e alterações dos dados nas aplicações em uso no Departamento e apresentar soluções de correção das mesmas

FORMAÇÃO ACADÉMICA E PROFISSIONAL

<ul style="list-style-type: none">• Datas (de – até)• Nome e tipo da organização de ensino ou formação• Designação da qualificação atribuída	2011 / 2015 ISCTE - IUL Licenciatura em Sociologia - PL
<ul style="list-style-type: none">• Classificação obtida (se aplicável)	14,47 Valores
<ul style="list-style-type: none">• Datas (de – até)• Nome e tipo da organização de ensino ou formação• Designação da qualificação atribuída• Principais disciplinas	2014 / 2015 ISCTE - IUL 2º Ciclo - Unidades Curriculares de Ciclo de Estudos Subsequentes - Sociologia Desigualdades Sociais Contemporâneas, Instituições nas Sociedades Contemporâneas, Desenho da Pesquisa, Sociologia da Modernidade, Família e Gerações, Migrações Internacionais Contemporâneas, Família e Trabalho, Sociologia da Violência, Sociologia do Desempenho Escolar e Descendentes de Imigrantes e Educação.
<ul style="list-style-type: none">• Classificação obtida	14,4 Valores
<ul style="list-style-type: none">• Datas (de – até)• Nome e tipo da organização de ensino ou formação• Principais disciplinas	17/02/1997 – 29/01/1998 Centro Estudos e Formação Autárquica
<ul style="list-style-type: none">• Designação da qualificação atribuída• Classificação obtida	Língua Portuguesa e Técnicas de Comunicação escrita e oral, Sociologia da Função Pública e Deontologia Profissional, Noções gerais de Direito e Procedimento Administrativo, Noções de Economia e Planeamento, Organização do Estado e da Administração, Finanças e Contabilidade Autárquica, Informática e Novas Tecnologias aplicadas às Autarquias, Regime Jurídico de Pessoal, Expediente Geral e Arquivo e Gestão Financeira e Autárquica. Curso de Administração Autárquica
	16 Valores
<ul style="list-style-type: none">• Datas (de – até)• Nome e tipo da organização de ensino ou formação• Designação da qualificação atribuída• Classificação obtida	09/04/2007 – 03/05/2007 Câmara Municipal de Lisboa Curso de Formação Profissional de Informação Geográfica e ARCGIS 9.1 – Nível 1
	Bom
<ul style="list-style-type: none">• Datas (de – até)• Nome e tipo da organização de ensino ou formação• Designação da qualificação atribuída	02/03/2006 – 15/03/2006 COMPETIR Curso de Comunicação Eficaz

Nome e tipo da organização de ensino ou formação	CERTICARTA
• Designação da qualificação atribuída	Carta Europeia de Condução em Informática
• Classificação obtida	Muito Bom Passou a todos os exames
• Datas (de – até)	28/11/2005 – 13/12 /2005
• Nome e tipo da organização de ensino ou formação	COMPETIR
• Designação da qualificação atribuída	Curso de Regime de Férias, Faltas e Licenças
• Classificação obtida	Bom
• Datas (de – até)	27/09/2005 – 11/10/2005
• Nome e tipo da organização de ensino ou formação	COMPETIR
• Designação da qualificação atribuída	Curso de Código do Procedimento Administrativo
• Classificação obtida	Bom
• Datas (de – até)	04/04/2005 – 20/05 /2005
• Nome e tipo da organização de ensino ou formação	Câmara Municipal de Lisboa
• Designação da qualificação atribuída	Curso de Conhecer a CML
• Datas (de – até)	20/11/2000 – 24/11 /2000
• Nome e tipo da organização de ensino ou formação	COPRAI
• Designação da qualificação atribuída	Curso de Relações Interpessoais
• Datas (de – até)	26/06/2000 – 07/07 /2000
• Nome e tipo da organização de ensino ou formação	COPRAI
• Designação da qualificação atribuída	Curso de Formação Profissional de SPSS
• Datas (de – até)	- 07/12 /1999
• Nome e tipo da organização de ensino ou formação	SGCE
• Designação da qualificação atribuída	Curso de Redação em Língua Portuguesa
• Classificação obtida	17 Valores
• Datas (de – até)	15/11/1999– 13/12 /1999
• Nome e tipo da organização de ensino ou formação	Câmara Municipal de Lisboa
• Designação da qualificação atribuída	Curso de Secretariado

- Datas (de – até)
- Nome e tipo da organização de ensino ou formação
 - Designação da qualificação atribuída
 - Datas (de – até)
- Nome e tipo da organização de ensino ou formação
 - Designação da qualificação atribuída

07/03/1996– 13/03 /1996
SIGHT PORTUGUESA INFORMATICA

Curso de Harvard Graphics

12/09/1988– 09/12 /1988
CGTP/IN

Curso de Contabilidade

**APTIDÕES E COMPETÊNCIAS
PESSOAIS**

Outra (s) língua (s)
Auto-avaliação

PORTUGUÊS
FRANCÊS
INGLÊS

Compreender		Fala		Escrever
Compreensão oral	Leitura	Interacção oral	Produção oral	
C2	C2	C2	C2	C2
B1	B1	B1	B1	B1
B1	B1	B1	B1	B1

**APTIDÕES E COMPETÊNCIAS
SOCIAIS**

Flexibilidade na aceitação das diferentes culturas;
Capacidade de adaptação;
Organizada;
Dinâmica;
Elevado espírito de responsabilidade;
Estabelecer relações interpessoais, simpáticas e colaborativas;
Demonstrar autonomia e criatividade na resolução de situações;
Capacidade de comunicar de forma clara, precisa, persuasiva e assertiva
Espírito de equipa;
Gerir conflitos.

**APTIDÕES E COMPETÊNCIAS DE
ORGANIZAÇÃO**

Capacidade de entendimento, implementação e sistematização dos objetivos definidos; Agir com iniciativa na execução das atividades;
Capacidade de liderança;
Competência Técnica;
Qualidade de trabalho.