

Departamento de Ciência Política e Políticas Públicas

**O Cuidador Informal**  
Estratégias vividas pelo Cuidador Informal da Pessoa Idosa Dependente

Ana Patrícia Duarte Nicolau

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

Orientador:

Doutor Pablo Álvarez- Pérez, Professor Auxiliar

ISCTE-Instituto Universitário de Lisboa

Junho, 2018

*“O sentido do cuidado e/ou do cuidar integra, antes de mais, o sentido do próprio existir humano. Cuidamos “naturalmente” de nós e dos outros, pelo simples facto de existirmos com o(s) outro(s) no mundo”*

(Perdigão, 2003:485)

Departamento de Ciência Política e Políticas Públicas

**O Cuidador Informal**  
**Estratégias vividas pelo Cuidador Informal da Pessoa Idosa Dependente**

Ana Patrícia Duarte Nicolau

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

Orientador:

Doutor Pablo Álvarez- Pérez, Professor Auxiliar

ISCTE-Instituto Universitário de Lisboa

Junho, 2018

## AGRADECIMENTOS

Tem sido longo este percurso, mas sempre acompanhada de pessoas prontas a ajudar e disponíveis para tudo o que fosse necessário e para o esclarecimento de todas as minhas dúvidas e questões. Deste modo, é possível afirmar que a realização da presente investigação foi exequível devido ao constante apoio dos amigos, familiares, colegas de curso, professores e participantes do estudo, que contribuíram para a minha motivação, empenho e esclarecimento de dúvidas quanto à concretização desta investigação e, ao qual, agradeço de todo o meu coração.

Começo por agradecer ao professor Pablo Álvarez Pérez pela qualidade de orientação dada ao longo da realização desta investigação, nomeadamente, pela utilidade dos seus conselhos, a sua constante disponibilidade e prontidão, pela confiança e estímulo depositado em mim, e pela exigência no decurso deste trabalho.

Em segundo lugar, agradeço a todos os participantes do estudo que se apresentaram prontamente a me ajudar na presente investigação, nomeadamente, aos cuidadores informais do concelho de Torres Vedras e aos profissionais de saúde entrevistados.

Um agradecimento especial a todos os professores do mestrado em Serviço Social, pela orientação e apoio dado ao longo do curso, assim como por todos os ensinamentos que me deram, de modo a que fosse possível seguir pelo caminho certo enquanto futura mestre em Serviço Social.

Por fim, um agradecimento ainda maior à minha família e amigos pelo apoio dado e compreensão da dimensão deste trabalho, principalmente, nos momentos de maior *stress* e insegurança. Agradeço também a todas as outras pessoas não mencionadas, mas que de forma indireta estiveram envolvidas neste meu percurso.

A todos, o meu obrigada!

## RESUMO

O envelhecimento é um processo natural, mas que pode repercutir-se em dependência a nível físico, psicológico, económico e/ou social. O cuidador informal surge quando a pessoa idosa necessita de apoio e de assistência nas atividades quotidianas, no entanto, os cuidadores enfrentam um conjunto de desafios constantes, que poderão ser no âmbito social, familiar, psicológico, financeiro, físico, relacionados com o estado de saúde da pessoa idosa, insuficiências das respostas e/ou duração do cuidado informal.

Posto isto, a presente investigação tem por objetivo identificar as estratégias adquiridas pelos cuidadores informais referente aos momentos de dificuldade que surgiram durante o cuidado informal à pessoa idosa dependente. Por outro lado, propôs-se definir linhas orientadoras de intervenção para o Serviço Social.

Para o efeito, o estudo suportou-se numa metodologia qualitativa, ao qual, foi utilizado como técnicas de recolha de dados, duas entrevistas exploratórias como recurso adicional da pesquisa principal, oito entrevistas semiestruturadas a cuidadores informais residentes do concelho de Torres Vedras e o recurso à análise documental. No que respeita à análise e tratamentos de dados, foi efetuada a análise de conteúdo, com o apoio do *software* MAXQDA.

Através dos resultados obtidos verificou-se que o cuidador informal enfrenta maioritariamente fatores de *stress* físicos, sociais e a *insuficiência das respostas*, adotando predominantemente estratégias de *coping centradas no meio*. Neste âmbito, o assistente social poderá atuar na mobilização de recursos e apoios destinados à pessoa idosa dependente e/ou ao cuidador informal, através do apoio, acompanhamento, orientação ao cuidador/ família ou como administrador de serviços.

**Palavras-Chave:** Cuidador informal, fatores de *stress*, estratégias do cuidador, assistente social

## ABSTRACT

Aging is a natural process, but which can have repercussions such as psychological, physical, economic and/or social dependence. The informal caregiver arises when the elderly person needs support or assistance in daily activities. However, the caregivers face a set of constant challenges which may be under social, psychological, financial, family and physical scopes, as well as related to the state of health of the elderly person, shortcomings of responses and/or duration of informal care.

That said, the present investigation aims to identify strategies used by informal caregivers associated with the difficult moments which arose during caregiving to a dependent elderly person. On the other hand, it was proposed that the intervention guidelines for Social Services be defined as well.

For this purpose, the present study was based on a qualitative methodology and, to do so, two exploratory interviews as additional resources to the main research, eight half-structured interviews to informal caregivers who live in Torres Vedras county, and, finally, documental analyses were used as data collection techniques. In regards to the analyses and data processing, the content analyses was carried out with the support of MAXQDA software.

Based on the obtained results, it was found that the informal caregiver mostly faces physical and social stress factors and insufficiency of response/supports, adopting predominantly coping strategies centered on the social environment. In this context, the social worker may act to mobilize resources and support for the dependent elderly person and / or the informal caregiver, through support, follow-up, guidance to the caregiver / family or as a service administrator.

**Key Words:** Informal caregiver, *stress* factors, caregiving strategies, social work

## ÍNDICE GERAL

AGRADECIMENTOS.....	iv
RESUMO .....	v
ABSTRACT .....	vi
ÍNDICE DE QUADROS.....	x
ÍNDICE DE FIGURAS .....	xi
GLOSSÁRIOS DE SIGLAS E ABREVIATURAS .....	xii
INTRODUÇÃO .....	1
CAPÍTULO I.....	3
1. Envelhecimento e Dependência .....	3
2. Papel da Família na Dependência da Pessoa Idosa .....	6
CAPÍTULO II .....	9
1. Prestação Informal de Cuidados .....	9
2. Decisão de ser Cuidador.....	13
2.1. Grau de Parentesco: O Familiar Cuidador.....	14
2.2. A Questão do Género .....	15
2.3. A Competência do Cuidador Informal .....	16
3. Os Desafios do Cuidador Informal.....	17
4. Estratégias de Coping do Cuidador .....	20
5. Aspetos Positivos do Cuidado .....	22
CAPÍTULO III .....	23
1. Intervenção do Assistente Social no Cuidado Informal a Idosos Dependentes.....	23
1.1. Grupos de Ajuda Mútua .....	26
1.2. Complemento por Dependência .....	27
1.3. Unidades de Longa Duração e de Manutenção – O internamento dos Familiares .....	28
1.4. Equipas Domiciliárias e Serviço de Apoio Domiciliário .....	28
CAPÍTULO IV – METODOLOGIA .....	31
1. Natureza da Investigação.....	31

2.	Contextualização da Problemática e Objetivos do Estudo .....	32
3.	Universo e Amostra.....	33
4.	Técnicas de Recolha de Dados .....	34
4.1.	Entrevistas Exploratórias.....	34
4.2.	Entrevista Semiestruturada.....	34
4.3.	Análise Documental .....	35
5.	Técnicas de Análise de Dados.....	36
CAPÍTULO V – ANÁLISE DOS DADOS E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS .....		37
5.1.	Caracterização Sociodemográfica do Cuidador Informal .....	37
5.2.	Apresentação e Discussão do Conteúdo das Entrevistas e Documentos Analisados .....	38
5.2.1.	Envelhecimento .....	39
5.2.1.1.	Dependência .....	39
5.2.2.	Cuidador Informal da Pessoa Idosa Dependente .....	41
5.2.2.1.	Motivos para Assumir o Cuidado Informal.....	41
5.2.2.2.	Fatores de Stress Ligados ao Ato de Cuidar.....	44
5.2.2.3.	Estratégias para Superar as Dificuldades.....	52
5.2.2.4.	Aspetos Positivos do Cuidado .....	56
5.2.3.	Apoio do Assistente Social.....	58
5.2.3.1.	Políticas Sociais Destinadas à Pessoa Idosa Dependente .....	58
5.2.3.2.	Políticas Sociais Destinadas ao Cuidador Informal.....	60
5.2.3.3.	Intervenção do Assistente Social.....	63
5.3.	Análise de Frequência e Coocorrência das Dimensões e Subdimensões .....	66
5.3.1.	Matriz de Frequência de Sujeitos e Documentos .....	66
5.3.2.	Matriz de Frequência das Dimensões.....	69
5.3.3.	Matriz de Inter-Relação entre Dimensões .....	70
CONCLUSÃO .....		73
BIBLIOGRAFIA.....		78
FONTES.....		89
SITES WEB .....		89

ANEXOS.....	I
ANEXO A – CONSENTIMENTO INFORMANDO ENTREVISTAS .....	I
ANEXO B – GUIÃO DA ENTREVISTA EXPLORATÓRIA.....	II
ANEXO C – GUIÃO DA ENTREVISTA SEMIESTRUTURADA .....	III
ANEXO D – DIMENSÕES E SUBDIMENSÕES .....	V
ANEXO E – FFREQUÊNCIA DE DIMENSÕES E SUB-DIMENSÕES.....	VI
ANEXO F – FFREQUÊNCIA DE DIMENSÕES E SUB-DIMENSÕES: ENTREVISTAS SEMIESTRUTURADAS.....	VII

## ÍNDICE DE QUADROS

Quadro 5.1 - Caracterização Sociodemográfica dos Cuidadores Informais Participantes .....	
no Estudo.....	37
Quadro 5.2- Frequência dos Sujeitos Entrevistados .....	67

## ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 5.1 – Frequência da Dimensão Dependência .....	39
Figura 5.2 – Frequência da Dimensão Motivos para Assumir o Cuidado Informal.....	41
Figura 5.3 – Frequência da Dimensão Fatores de Stress Ligados ao Ato de Cuidar.....	45
Figura 5.4 – Frequência da Dimensão Estratégias para Superar Dificuldades.....	52
Figura 5.5 – Frequência da Dimensão Aspectos Positivos do Cuidado.....	56
Figura 5.6 – Frequência da Dimensão Políticas Sociais Destinadas à Pessoa Idosa Dependente.....	59
Figura 5.7 – Frequência da Dimensão Políticas Sociais Destinadas ao Cuidador Informal.....	61
Figura 5.8 – Frequência da Dimensão Intervenções do Assistente Social .....	63
Figura 5.9 - Frequência dos Documentos Analisados .....	69
Figura 5.10 - Frequência das Dimensões .....	69
Figura 5.11 - Inter-relação entre as Subdimensões .....	72

## **GLOSSÁRIOS DE SIGLAS E ABREVIATURAS**

AAVD - Atividades Avançadas de Vida Diária

ABVD - Atividades Básicas de Vida Diária

AIESS - Associação Internacional de Escolas de Serviço Social

AIVD - Atividades Instrumentais de Vida Diária

APSS - Associação Profissionais Serviço Social

AVC - Acidente Vascular Cerebral

CI - Cuidador Informal

DGS - Direção-Geral da Saúde

FIAS - Federação Internacional dos Assistentes Sociais

GAM - Grupos de Ajuda Mútua

INE - Instituto Nacional de Estatística

ISS - Instituto da Segurança Social

ONU - Organização das Nações Unidas

PID - Pessoa Idosa Dependente

RNCCI - Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados

SAD - Serviço de Apoio Domiciliário

TV - Torres Vedras

ULDM - Unidade de Longa Duração e Manutenção

UMCCI - Unidade de Missão para os Cuidados Continuados Integrados

## INTRODUÇÃO

A temática de pesquisa da presente dissertação refere-se ao cuidador informal, nomeadamente, ao cuidador da pessoa idosa dependente. O objeto de estudo do presente trabalho de investigação será perceber como os cuidadores informais do concelho de Torres Vedras ultrapassam as dificuldades inerentes ao ato de cuidar de uma pessoa idosa dependente, e definir posteriormente, linhas orientadoras de intervenção do assistente social neste âmbito.

Alusivo aos motivos de escolha do tema, é possível expor que o desenvolvimento da tecnologia e da ciência levou à melhoria da qualidade de vida e ao aumento da esperança média de vida. Com efeito, os indicadores de envelhecimento demonstram o avanço dos índices de envelhecimento e dos índices de dependência, surgindo estatísticas significativas referente ao aumento da população idosa. O índice de dependência de idosos aumentou (...) passando de 16 idosos por cada 100 pessoas em idade ativa em 1970, para 31 em 2014 (INE, 2015). Posto isto, o envelhecimento da população pode-se relacionar como um processo de perdas e, como consequente, com o surgimento de doenças incapacitantes, particularmente, doenças crónicas e/ou demências.

Neste contexto, a dependência da pessoa idosa indica a necessidade de assistência nas atividades de vida diária, devido à perda da capacidade funcional. Essa necessidade muitas vezes é suprimida pelo apoio familiar à pessoa idosa dependente, ocorrendo consequentemente uma mudança na vida familiar, particularmente, nos casos em que um familiar assume satisfazer as necessidades da pessoa idosa dependente por meio da prestação do cuidado informal.

No entanto, cuidar informalmente de alguém não é uma tarefa nada fácil, muito pelo contrário, alguns autores caracterizam a prestação informal de cuidados como um desafio e um processo complexo. Nesta área, Sequeira (2010) e Martins (2016), mencionam que 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, no sentido em que engloba atividades promotoras de bem-estar, suporte emocional, financeiro, social, assistência nas atividades de vida diária, entre outras (Cruz, Loureiro, Silva y Fernandes, 2010; Sequeira, 2010).

Neste âmbito, surge a figura do assistente social como interventor perante os desafios que o cuidador informal enfrenta diariamente na prestação do cuidado. O assistente social afigura-se como um intermediário através das políticas sociais de apoio à pessoa idosa dependente a ao cuidador informal, tanto como informante sobre as prestações, equipamentos e serviços existente na sociedade, como através do apoio, acompanhamento, orientação ao cuidador/ família ou como administrador de serviços.

Neste contexto, surge a pertinência desta investigação, quando Barbosa e Matos (2014), expõem que Portugal apresenta a maior taxa europeia de cuidados informais prestados no domicílio. Neste

sentido, esta investigação tem por motivação perceber como é que os cuidadores informais do concelho de Torres Vedras ultrapassam as dificuldades inerentes ao ato de cuidar de uma pessoa idosa dependente.

Posto isto, foi definido como objetivo de investigação sistematizar as estratégias adquiridas pelos cuidadores informais referente aos momentos de dificuldade que surgiram durante o cuidado prestado à pessoa idosa, em contexto domiciliário, no concelho de Torres Vedras. Perante este objetivo, pretende-se, relativamente aos cuidadores informais, identificar as características sociodemográficas, perceber os motivos que o levaram a assumir o papel, identificar fatores de *stress*, os mecanismos de proteção e os mecanismos utilizados de forma a superar as dificuldades. Por outro lado, também se definiu como objetivo, definir linhas orientadoras de intervenção com cuidadores informais para o Serviço Social, nomeadamente, perceber se os cuidadores recorreram ao apoio do assistente social e como poderá ser maximizado esse apoio de forma a promover estratégias de bem-estar do cuidador.

Referente às considerações metodológicas, a presente investigação constitui-se como uma investigação eminentemente qualitativa. Alusivo às técnicas de recolha de dados, foi utilizado no presente estudo a entrevista exploratória, entrevista semiestruturada e análise documental.

Posto isto, a presente investigação divide-se em cinco capítulos, sendo que os primeiros três capítulos se integram no enquadramento teórico e os dois restantes na metodologia e análise de dados. No primeiro capítulo são definidos conceitos enquadradores para a realização da presente dissertação, particularmente, o conceito de envelhecimento, incapacidade, dependência e o papel da família.

No segundo capítulo são abordados os conceitos referentes ao cuidador informal e à prestação informal de cuidados. Neste capítulo é desenvolvido o conceito de prestação informal de cuidados, integrando os motivos e/ou fatores determinantes para o cuidador informal assumir o papel, os desafios ligados ao cuidado informal, as estratégias do cuidador e os aspetos positivos.

No terceiro capítulo é abordado o papel do assistente social perante a prestação informal de cuidados, nomeadamente, como um agente interventor ao nível do apoio, acompanhamento, orientação, informação e administração de serviços. Alusivo à intervenção do assistente social na mobilização de recursos, é destacado o profissional como agente intermediário dos diversos apoios, equipamentos e serviços destinados ao cuidador informal e/ou à pessoa idosa dependente, nomeadamente, os grupos de ajuda mútua, complemento por dependência, unidades de longa duração e serviço de apoio domiciliário.

Referente ao quarto capítulo, este centra-se na metodologia do estudo, especificamente na natureza da investigação, contextualização da problemática e objetivos do estudo, participantes e seleção da amostra e as técnicas de recolha de dados utilizadas, nomeadamente, entrevistas e análise documental. Por fim, o último capítulo refere-se à análise, tratamento e discussão de dados das entrevistas exploratórias, entrevistas semiestruturadas, e da análise documental. Neste capítulo será utilizado o programa MAXQDA, através de conceitos e dimensões, de forma a responder aos objetivos do estudo.

## CAPÍTULO I

### 1. Envelhecimento e Dependência

*“A etapa da vida caracterizada como velhice, com suas peculiaridades, só pode ser compreendida a partir da relação que se estabelece entre os diferentes aspectos cronológicos, biológicos, psicológicos e sociais. Essa interação institui-se de acordo com as condições da cultura na qual o indivíduo está inserido”* (cit.: Schneider y Irigaray, 2008:585)

Nas últimas décadas, um significativo aumento no número de indivíduos nas faixas etárias mais velhas ocorreu mundialmente, sendo que o envelhecimento da população é um fenômeno relativamente recente e irreversível, característico tanto dos países desenvolvidos como, de modo crescente, do Terceiro Mundo (Kalache, Veras y Ramos, 1987:200; Jede y Spuldaro, 2009: 419; Ribeiro, 2015:270).

De acordo com a RNCCI (2016), em Portugal, a percentagem de idosos tem aumentado e os indicadores de envelhecimento são reflexo disso, nomeadamente, o índice de envelhecimento evoluiu de 32,9 em 1970 para 143,9 em 2015 (cit. in Pordata). O índice de dependência de idosos, que relaciona o número de idosos e o número de pessoas em idade ativa aumentou (...) passando de 16 idosos por cada 100 pessoas em idade ativa em 1970, para 31 em 2014 (INE, 2015). Também o índice de dependência total tem manifestado uma tendência de crescimento à custa do incremento no número de idosos (cit. in Pordata). Estimou-se que nos 3 869 188 agregados familiares existentes em Portugal Continental (CENSOS, 2011), existisse 110 355 pessoas dependentes no autocuidado nos domicílios, sendo que destas, 48 454 seriam pessoas dependentes “acamadas” (Relatório da Primavera, 2015:86).

Posto isto, adequa-se salientar que o envelhecimento constitui um processo estudado por diversas disciplinas, ao qual a literatura científica apresenta distintos conceitos. Tais conceitos têm considerado diferentes aspectos do desenvolvimento humano, passando pelos campos biológico, social, psicológico e cultural (Ferreira, Maciel, Silva, Sá y Moreira, 2010). Em concordância, Sequeira (2010) expõe que a forma como envelhecemos está relacionada com determinantes biológicas, genéticas, psicológicas que se processam ao longo da vida e, com fatores externos comportamentais, ambientais e sociais. Estes fatores são responsáveis pelo aparecimento de situações de doença e incapacidade.

Referente ao conceito de envelhecimento biológico, Lima e Coelho (2011:08) indicam que o processo de envelhecimento pressupõe redução da plasticidade comportamental e da resiliência biológica. Schneider e Irigaray (2008) mencionam o aspecto social e cultural do envelhecimento, quando referem que o indivíduo e a sociedade estão relacionados, ou seja, a pessoa mais velha é definida como idosa quando chega aos 60 anos, independentemente do estado biológico, psicológico e social.

Considerando os diferentes aspectos do desenvolvimento humano, Ferreira, *et al.* (2010:557) refere que o envelhecimento é um fenômeno do processo da vida, assim como a infância, a adolescência

e a maturidade, e é marcado por mudanças biopsicossociais específicas, associadas à passagem do tempo. Também nesta lógica de conceito de envelhecimento, Schneider e Irigara (2008:589) mencionam o envelhecimento humano como um processo influenciado por diversos fatores, como gênero, classe social, cultura, padrões de saúde individuais e coletivos da sociedade, entre outros.

Chau, Soares, Fialho e Sacadura (2012:32) concordam com esta perspectiva do conceito de envelhecimento, referindo que envelhecer é um processo heterogêneo e diferenciado, na medida em que cada um vive em contextos físicos, sociais e humanos diferentes e é portador de vivências e projetos de vida idiossincráticos. Neste sentido, podemos compreender que o envelhecimento é um processo natural e diferenciado de pessoa para pessoa, dependendo dos aspetos biopsicossociais de cada indivíduo. O envelhecimento da população é uma aspiração natural de qualquer sociedade, mas tal, por si só, não é bastante; é também importante ambicionar uma melhoria da qualidade de vida daqueles que já envelheceram ou que estão no processo de envelhecer (Kalache, Veras y Ramos, 1987:209).

Algumas pesquisas citadas na literatura associam o envelhecimento a um processo de perdas, maioritariamente biológicas e psíquicas, particularmente relacionado com doenças crónicas, demências e perda da independência biológica. Como exemplo, cito Schneider e Irigaray (2008:586), quando referem que mesmo nos dias atuais, o envelhecimento aparece associado a doenças e perdas, e é na maioria das vezes entendido como apenas um problema médico.

Ribeirinho (2005) faz uma alusão ao processo de perdas que decorre com o envelhecimento, referindo que as alterações funcionais que decorrem do processo de envelhecimento, associadas a uma maior prevalência de doenças crónicas, podem efetivamente conduzir à deterioração da habilidade de manutenção da independência (Ribeirinho, 2005:55). Também no contexto de doenças crónicas no envelhecimento, Schneider e Irigaray (2008:586) referem que a intensidade e o número de doenças crónicas construí um fator com relação na capacidade funcional e no grau de dependência.

A dependência implica a transição para uma nova vida e pode surgir de forma abrupta (por exemplo AVC, acidente) ou de forma progressiva (acontecimento antecipado) e está associado a uma diminuição da capacidade das estruturas ou funções do organismo, surgindo correntemente relacionada às pessoas idosas e muito idosas. Esta relação decorre da maior probabilidade de a partir dos 65 anos, ocorrer perdas físicas, psíquicas e intelectuais geradoras de dependência que afetam a sua capacidade de participação e decisão pessoal (Sequeira, 2010:40; Carvalho, 2012:36).

A dependência é referida por Sequeira (2010) como a incapacidade do indivíduo para alcançar um nível de satisfação aceitável relativamente às suas necessidades, devido ao facto de se encontrar impossibilitado de adotar comportamentos ou realizar tarefas. Por vezes a dependência nos idosos pode ser agravada devido a fatores que os idosos estão expostos, como por exemplo a polimedicação, uma alimentação deficitária, falta de ajudas técnicas, ambientes inadaptados.

De acordo com o Instituto da Segurança Social (2017:5), estão em situação de dependência os pensionistas que não têm autonomia para satisfazer as necessidades básicas da vida quotidiana e que precisam da assistência de outra pessoa para realizar as tarefas domésticas, para fazer a sua higiene pessoal e para se deslocarem. Assim, o conceito de dependência relaciona-se com a incapacidade para satisfazer as necessidades básicas humanas e a necessidade de ajuda de terceiros para sobreviver.

Na literatura é visível que o conceito de dependência está bastante ligado ao conceito de envelhecimento, sendo determinado como um desafio. Seguimos então a perspectiva de Chau *et. al* (2012:117) quando afirma que um dos desafios prementes no processo de envelhecimento é, portanto, a dependência que, como qualquer outro fenómeno desta fase da vida, é visto (...) como o resultado de um declínio e uma deterioração, com perda do funcionamento mental e físico. Referente ao conceito de dependência, a lei considera em situação de dependência “(...) indivíduos que não possam praticar com autonomia os atos indispensáveis à satisfação das necessidades básicas de vida, carecendo da assistência. Consideram-se atos indispensáveis à satisfação das necessidades básicas, nomeadamente os relativos à realização dos serviços domésticos, locomoção e cuidados de higiene” (Decreto-Lei n.º 265/99).

Para alguns autores o conceito dependência liga-se a um conceito fundamental na prática geriátrica: a “fragilidade”. A fragilidade é definida por Hazzard, *et al.* (1994, *apud* Caldas, 2003:775) “*como uma vulnerabilidade que o indivíduo apresenta face aos desafios do próprio ambiente*”. O conceito de vulnerabilidade é também defendido por autores como Jede e Spuldaro (2009:413), quando referem que “*os idosos são bastante vulneráveis; por isso apresentam uma combinação de limitações e doenças que reduzem sua capacidade funcional e, em consequência disso, acabam atingindo o seu emocional*”. Assim, será importante salientar que o conceito de vulnerabilidade reúne um conjunto de situações que tornam os idosos frágeis, sendo que a vulnerabilidade do indivíduo dependente pode apresentar-se ao nível físico, psicológico, económico e/ou social. Nesse sentido, a incapacidade física, psíquica ou intelectual constitui um aspeto da vulnerabilidade, o qual caracterizaria a situação de dependência (Batista, Jaccoud, Aquino y El-Moor, 2008).

Segundo a perspectiva de Caldas (2003), não é apenas a incapacidade que cria a dependência, mas sim o somatório da incapacidade com a necessidade. Neste sentido, a autora destaca a necessidade de classificar a incapacidade em graus de dependência. No entanto, será importante referir que a literatura considera a existências de vários graus de dependência, nomeadamente:

1. O Instituto da Segurança Social (2017:5) considera dois graus de dependência: *1.º grau* – pessoas sem autonomia para satisfazer as necessidades básicas da vida quotidiana (não conseguem fazer a sua higiene pessoal, alimentar-se ou deslocar-se sozinhos); *2.º grau* – pessoas, além da dependência de 1.º grau, se encontrem acamados ou com demência grave.
2. A lei 39/2006 de Espanha (artigo 26º) considera três graus de dependência: *dependência moderada* (a pessoa necessita de ajuda para realizar as suas ABVD, pelo menos uma vez por

dia); *dependência severa* (necessidade de ajuda para realizar várias ABVD, duas a três vezes ao dia); *grande dependência* (necessita do apoio indispensável e contínuo de uma outra pessoa).

3. Carvalho (2012) menciona 5 níveis de dependência: *categoria independente* (composta por pessoas com autonomia para todas as atividades de vida quotidiana); *categoria levemente dependente* (pessoas que asseguram sozinhas atividades no interior do domicílio, mas necessitam de supervisão para algumas atividades); *categoria moderadamente dependente* (pessoas que conservam a autonomia mental e motora parcial, mas necessitam de ajudas quotidianas importantes e várias vezes por dia), *categoria gravemente dependente* (pessoas que perderam a autonomia e necessitam permanentemente da intervenção de uma terceira pessoa) e *categoria completamente dependente* (pessoas com total restrição da capacidade).

Posto isto, Ribeirinho (2005:56) expõe que a dependência se traduz pela necessidade de assistência nas atividades quotidianas. Neste sentido, o grau de dependência está relacionado com a capacidade funcional, segundo o qual é avaliada com base na capacidade de execução das atividades da vida diária, que por sua vez se dividem em: atividades básicas da vida diária (ABVD), atividades instrumentais da vida (AIVD) e atividades avançadas da vida diária (AAVD) (Caldas, 2003:775). Segundo Carvalho (2012:37), as ABVD incluem a capacidade para efetuar a higiene pessoal, vestir-se, ir à casa de banho, controlar os esfíncteres, alimentar-se, mover-se no domicílio e efetuar escolhas. Por sua vez, as AIVD abrangem a capacidade de limpar e lavar a casa, preparar refeições, gerir medicamentos, manusear o dinheiro, utilizar o telefone, transportes e resolver assuntos administrativos.

## **2. Papel da Família na Dependência da Pessoa Idosa**

*“A perda de autonomia (...) denomina-se como dependência. Denominação essa que (...) traz consequências tanto para o indivíduo dependente como para sua família, que vê designada a mudar a sua rotina e dinâmica em prol de dar cuidado a um familiar em dificuldade” (cit.: Pereira, 2014:13)*

O envelhecimento é um processo natural, mas que pode trazer consequências a nível físico, psicológico, económico e/ou social. Quando ocorre um declínio na capacidade funcional da pessoa idosa, muitas vezes é necessário a intervenção da família, como suporte às necessidades do idoso. Neste sentido, Jede e Spuldaro (2009:416) referem a “capacidade funcional” como a capacidade de manter as habilidades físicas e mentais necessárias para uma vida independente e autónoma, constituindo um indicador imprescindível para adequar os cuidados de enfermagem. Quando o comprometimento da capacidade funcional atinge o idoso, todo o sistema familiar também é afetado (Reis y Trad, 2015).

Um outro motivo para a necessidade do apoio familiar é apontado por Pereira (2014:10), quando refere que os sintomas decorrentes de doenças físicas e mentais, separação ou até mesmo a viuvez, podem estar associados à fragilidade advinda do envelhecimento. Com isto, o idoso torna-se dependente

e vulnerável às situações da vida, necessitando tanto do apoio familiar como de cuidado terapêutico. Em concordância, Murakami, *et al.* (2014:69) apontam que as perdas funcionais, aposentadoria e acometimento de múltiplas doenças crônicas podem determinar a perda de papéis sociais, levando o idoso a uma condição de dependência e da necessidade do cuidado familiar.

Para alguns autores, o processo de dependência do idoso envolve uma mudança na família e nos papéis familiares. Como exemplo, menciono Witmer (1990, *apud* Minayo y Coimbra, 2002:51) quando afirma que, à medida que a pessoa vai desenvolvendo um processo demencial, há uma mudança de papéis dos membros da família. Nesta linha de pensamento, menciono também Jede e Spuldaro (2009), referindo que quando o idoso se torna dependente, as alterações são inevitáveis e envolvem afeto, finanças, relações de poder e outras, desenvolvendo um processo de reorganização familiar. Por sua vez, Sequeira (2010) refere que a família constitui o grupo primário básico de apoio e tem o papel mais relevante no cuidado a longo prazo. Assim o facto de um membro da família desencadear um processo de dependência altera a dinâmica familiar, ocorrendo uma mudança de papéis (Caldas, 2003:778).

Alguns autores mencionam que o facto de a família ser uma fonte de suporte à pessoa idosa dependente apresenta um carácter político e social. Como exemplo disso, aludo Caldas (2003) quando refere que com a falência do sistema previdenciário, observa-se que a família vem progressivamente se tornando a única fonte de recursos disponível para o cuidado do idoso dependente. Um outro exemplo da influência política é mencionado por Karsch (2003:862), quando expõe que diferentes países do mundo têm desenvolvido variadas formas de apoio e cuidados aos seus idosos dependentes e, em alguns países, o suporte oferecido é quase exclusivamente de responsabilidade estatal, enquanto que em outros países, são predominantemente as famílias que desempenham todos os encargos. Por sua vez, Borges e Telles (2010) referem que a responsabilidade da família se soma com o papel do Estado na promoção, proteção e recuperação da saúde.

Moreira e Caldas (2007), por outro lado, mencionam o recurso financeiro como fator para a família ser uma fonte de suporte ao familiar idoso, referindo que na maioria dos casos, pela falta de recursos de ordem financeira que permitam a contratação de cuidadores especializados no ambiente domiciliar, esses cuidados são realizados por um membro da família, com exceção dos idosos sem rede de apoio familiar. Em concordância, Karsch (2003:862), menciona que por motivos vários, como a redução de custo da assistência hospitalar e institucional aos idosos incapacitados, a atual tendência, em muitos países (...), é indicar a permanência dos idosos incapacitados em suas casas sob os cuidados de sua família. Neste sentido, assumir o cuidado de um membro idoso exige uma readaptação social, financeira e da própria dinâmica familiar, assim como na economia e na saúde da família que se ocupa dos cuidados (Caldas, 2003:779; Jede y Spuldaro, 2009:419; Schuck y Antoni, 2014:943).

Uma outra perspectiva do papel da família é supramencionado por Jede e Spuldaro (2009), quando mencionam a relação da família com os valores culturais “*Na população idosa, muitas vezes os*

*valores culturais são marcados pelo importante papel da família” (p.413).” (...) a população idosa é proveniente de uma época com marcados valores culturais, na qual a família exercia importante papel”* (p.414). Em concordância com a peso dos valores culturais no papel da família, Leme e Silva (2002, *apud Jede y Spuldaro, 2009:414*) menciona que para os familiares, cuidar dos doentes era honroso, considerando a família como o centro de intimidade e centro de abertura em relação ao cuidado do idoso.

Por sua vez, Minayo e Coimbra (2002:54) expõem que adicionalmente aos imperativos culturais, existem os preceitos religiosos. A maioria das sociedades valoriza a interação entre as gerações como uma das bases da construção da cultura. Nesse contexto tradicional, o cuidado familiar faz parte da cultura. Quando não cumpre essa função adequadamente, a família sofre sanções sociais, pois é considerada negligente e/ou irresponsável. Esse familiar é o principal responsável pelos cuidados e assume a maior parte da carga física e emocional (Minayo y Coimbra, 2002:52).

No que se refere às limitações da família, Minayo e Coimbra (2002:51) mencionam que frequentemente os familiares vêm-se limitados perante uma situação de dependência num familiar idoso, e os sentimentos de desespero, raiva e frustração alternam-se com os de culpa. A rotina doméstica altera-se completamente e geralmente há uma perda da atividade social da família, assim como o aumento da despesa. A habilidade e o conhecimento da atividade do cuidador familiar são construídos na prática diária, na qual o familiar aprende com os seus erros (Jede y Spuldaro, 2009:418).

Tendo em conta as dificuldades da família em cuidar do familiar idoso dependente, Moreira e Caldas (2007) expõem que com o aumento do número de idosos que vivenciam um processo de doença crônica e incapacitante, tornando-se dependentes, vem crescendo a preocupação sobre o cuidador familiar que, por vezes, não se encontra preparado para essa prática, podendo acarretar processos deletérios no cuidar desses idosos. Por exemplo, Caldas (2003:778) revela num estudo por si realizado que os cuidadores mencionaram que, quando da alta hospitalar, os familiares raramente receberam informações claras a respeito da doença, orientação ou apoio para os cuidados, nem indicação de um serviço para prosseguir o tratamento. Um outro exemplo é mencionado num estudo realizado por Reis e Trad (2015), onde expõem que muitas vezes, o suporte familiar fornecido ao idoso ocorre de maneira imposta, sem apoio ou preparo emocional, social e informativo sobre o cuidado a ser prestado (p.39).

O grau de dependência influencia diretamente a vida do idoso e da sua família, pois a dificuldade de realizar as atividades da vida diária determina a necessidade de um cuidador que se disponibilize a auxiliá-lo (Jede y Spuldaro, 2009: 419). A falta de conhecimento das famílias sobre o cuidado prestado provoca alterações negativas nas suas relações e a falta de interação entre as equipas de saúde e a comunidade demonstra a necessidade de reformular a atenção destinada ao idoso (Reis y Trad, 2015).

Após ter sido apresentado o conceito de envelhecimento, dependência e o papel da família; o próximo capítulo centrar-se-á na temática da presente investigação, ou seja, o cuidador informal.

## CAPÍTULO II

### 1. Prestação Informal de Cuidados

*“Com o aumento da população idosa em situação de dependência, aliado à atual conjuntura socioeconômica, tem-se verificado que novos desafios urgem, quer para os modelos de organização e gestão de cuidados, quer para as famílias prestadoras de cuidados aos seus membros dependentes”*

*(cit.: Araújo y Odete, 2009:26)*

O envelhecimento demográfico e as consequências advindas deste processo, como a prevalência de demências, de doenças crônicas e a gradual perda de funcionalidade podem levar a pessoa idosa a um estado de dependência e à necessidade de cuidados sistemáticos para a realização de algumas atividades cotidianas, levando à necessidade de cuidados específicos de um membro da família (Sá, 2010; Machado, 2012; Lopes y Massinelli, 2013; RNCCI, 2016). Isto ocorre devido à incapacidade da pessoa idosa para satisfazer as necessidades básicas e/ou as atividades instrumentais de vida diária.

As necessidades dos idosos dependentes são diversas, o que implica uma prestação de cuidados múltiplos, ao qual engloba atividades promotoras de bem-estar, suporte emocional, financeiro, social, assistência nas atividades de vida diária, entre outras (Cruz, Loureiro, Silva y Fernandes, 2010:127; Sequeira, 2010:260). Por sua vez, os cuidados poderão ser assegurados pelos diversos níveis de cuidados do Serviço Nacional de Saúde e/ou pela respetiva rede de familiares e amigos, que assumem a responsabilidade de cuidar, dar suporte ou assistência (Sá, 2010:86; RNCCI, 2016:15).

No que se refere ao ato de cuidar, este conceito consiste em assistir ou prestar serviços quando alguém deles necessita, de modo a garantir a satisfação de um conjunto de necessidades a ela indispensáveis, mas que são diversificadas na sua manifestação (Ricarte, 2009; Sá, 2010). 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, sendo que a tipologia dos cuidados a prestar está relacionada com as necessidades do idoso (Sequeira, 2010; Martins, 2016).

Tendo em conta que o processo do envelhecimento pode estar relacionado com o ato de cuidar de uma pessoa idosa dependente, é então, de suma importância, reconhecer que prestar cuidados é um processo complexo e exigente, podendo estar relacionado com alterações a nível físico, emocional, psicológico, social e/ou financeiro e que, por sua vez, poderá incitar sobrecarga no cuidador. Cuidar é por natureza um ato intrínseco à condição humana, na medida em que vamos ultrapassando as grandes etapas do ciclo vital, vamos sendo alvo de cuidados ou prestadores dos mesmos. No entanto, cuidar de alguém, pode ser considerado como um grande desafio, principalmente se a pessoa cuidadora não estiver preparada para assumir o ato, pois o ato de cuidar envolve várias vertentes e componentes.

Nesta linha, Ricarte (2009:43) afirma que “cuidar é um conceito complexo e multidisciplinar, o

cuidar apresenta múltiplas vertentes, sendo estas: relacional, afetiva, ética, sociocultural, terapêutica e técnica”. O autor menciona a existência de dois níveis no que respeita às repercussões do cuidar: *objetivas*, que são resultantes da prática dos cuidados, tendo um cariz mais visível, e *subjetivas*, que percecionam as primeiras, sendo menos explícitas, uma vez que se manifestam através de *stress* ou sofrimento.

*“A carga objetiva é definida como toda a alteração observável e verificável, e a subjetiva como o sentimento de uma obrigação originada pelas tarefas desempenhadas. A carga relaciona-se com a tensão própria do ambiente das relações interpessoais, e pode ser vivenciada de forma diferente pelos cuidadores, pois enquanto que para alguns não é sentida como um fardo, para outros pode provocar sentimentos de grande intensidade” (Ricarte, 2009:47).*

Neste sentido, a prática de cuidados é por natureza um ato inerente à condição humana uma vez que à medida que vamos ultrapassando as grandes etapas do ciclo vital vamos sendo alvo de cuidados ou prestadores dos mesmos (Leite, 2006, *apud* Oliveira, Queirós, Guerra, 2007:182). Cuidar de alguém implica estar exposto às consequências associadas a uma relação de prestação de cuidados (Sequeira, 2010:151), sendo que a prestação de cuidados é, por norma, realizada por um indivíduo que denominamos de cuidador, podendo este ser voluntário ou remunerado. No entanto, o cuidador só existe quando cuida de alguém que necessita de assistência para a realização das suas atividades de vida diária.

Segundo Sequeira (2010:167), cuidar de um idoso é uma tarefa árdua, e a transição para o exercício do papel de cuidador é um processo complexo. A transição surge associada aos conceitos de adaptação e de crise, em que a crise é o evento que desencadeia a necessidade de transição e a adaptação é a forma como cada um experiêcia o processo de transição.

Areosa, Henz, Lawisch e Areosa (2014:483), expõem que o cuidador pode ser considerado aquela pessoa que dedica a tarefa de cuidar de um idoso, podendo ser um membro da família que voluntariamente assume essa atividade ou uma pessoa contratada pela família. Por sua vez, o cuidador é visto por Giacomini, Uchoa e Lima-Costa (2005:1510), como a pessoa que oferece cuidados para suprir a incapacidade funcional, temporária ou definitiva de alguém. Quanto maior a dependência, maior será a dedicação do cuidador que pode ser tanto informal (geralmente um familiar), quanto formal (um profissional pago) (Ferreira y Wong, 2007:77). Neste sentido, existem duas definições para cuidadores-formais e informais:

*“O cuidador informal é um membro ou pessoa próxima à família sem nenhum tipo de preparação ou formação técnica e/ou remuneração. O cuidador formal é o profissional de saúde com vínculos empregatícios ou outro tipo de remuneração. São responsáveis pelas ações de cuidado dividido em turnos” (Mendes, Miranda y Borges, 2010:414-415).*

Nesta linha, cada vez mais a abordagem das pessoas idosas dependentes passa pelos cuidadores informais e sobretudo pelos cuidadores principais, que assumem a maior parte do cuidado prestado a essas pessoas (Andrade, 2009:296; Augusto, Silva y Ventura, 2009:107). Como exemplo disso, Portugal apresenta a maior taxa europeia de cuidados informais prestados no domicílio, cujos cuidadores informais apresentam mais de 50 anos (12,4%), e a menor proporção de cuidadores formais (com mais de 50 anos), cujos cuidados sejam prestados fora do domicílio, de 10,8% (Barbosa e Matos, 2014).

Na literatura, é possível encontrar diferentes definições de “cuidador informal”, no entanto, muitos são os autores que evidenciam o facto de esta tipologia de cuidados ser baseada num cuidado informal, ou seja, sem nenhum tipo de preparação ou formação técnica, realizado por familiares que não recebem remuneração e com a função de satisfazer as necessidades básicas de vida diária da pessoa dependente. Alguns destes autores que expressam na literatura o conceito de cuidador informal, são Ferreira, Wong (2007: 99) e Cunha (2011:1), referindo que o cuidador informal é geralmente um familiar que surge na esfera privada de cuidados, tratando-se de uma relação não institucional e com função de cuidar das necessidades físicas e emocionais da pessoa idosa dependente. Nesta mesma perspetiva, é também referido que o cuidador informal, ao contrário do formal, é aquele que desempenha o cuidado não profissional; desempenha o seu papel sem receber nenhuma remuneração e se responsabiliza pela totalidade dos cuidados, sendo que a escolha do cuidador é influenciada pelas características e experiência pessoais e pelo contexto em que se encontra. Os familiares são por norma os principais cuidadores informais (Sequeira, 2010:161; Vieira, Fialho, Freitas y Jorge, 2011:571; RNCCI, 2016:12).

Para um melhor entendimento sobre o conceito, Oldenkamp, Hagedoorn, Wittek e Stolk (2017) expõem o conceito de cuidado informal como um puzzle: por um lado, o cuidado informal apresenta vantagens para a sociedade como um todo, assim como se espera que reduza os custos do cuidado formal; por outro lado, as provisões dos cuidados informais apresentam consequências para a sobrecarga, qualidade de vida e saúde do cuidador.

Por sua vez, Lage e Mata (2013:257), referem-se à designação de cuidador informal como o resultado de uma dinâmica entre quatro fatores, ao qual envolve o grau de parentesco, o género, a proximidade física (quem convive com o idoso) e a proximidade afetiva. Para Sequeira (2010:194-98), a natureza das repercussões associadas ao cuidador informal de uma pessoa com dependência emerge, fundamentalmente, de três contextos dinâmicos que interagem entre si, onde se verifica um processo de influência mútua: contextos do cuidador, contexto do idoso dependente e o contexto do meio:

- ❖ O *contexto do cuidador* integra um conjunto de variáveis que são determinantes na relação de prestação de cuidados, sendo de destacar: a idade, o sexo, o rendimento, a escolaridade, o grau de parentesco, a ocupação/ atividade profissional, a complexidade do cuidado, a personalidade, a história de vida, o tipo de relação existente com o doente, os recursos pessoais, as estratégias

de *coping*, o autoconceito, os objetivos de vida, a saúde física e mental, a ideologia, a classe social, o tipo e composição da família, as relações familiares, a disponibilidade para o cuidar.

- ❖ No *contexto do idoso dependente* existem determinadas variáveis, como o sexo, a idade, a religião, a educação, os recursos económicos, o tipo de relação com a família, etc.
- ❖ O *contexto de meio* integra o suporte social, serviços formais de apoio, co-residência, recursos comunitários, cultura, habitação, valorização social do cuidar, contexto em que são realizados os cuidados, legislação, rede de apoio (familiares, amigos), estrutura familiar, etc.

No que diz respeito à tipologia do cuidador informal, Loureiro e Carvalho (2009; 2009) referem que os prestadores de cuidados podem ser divididos em primários ou secundários. O cuidador primário ou principal é a pessoa sobre o qual recai a responsabilidade pela prestação da maioria dos cuidados ligados às funções de manutenção e continuidade da vida da pessoa idosa dependente, isto é, aquele a quem é depositada a responsabilidade integral de supervisionar, orientar, acompanhar e/ou cuidar diretamente da pessoa que necessita de cuidados. Por sua vez, o cuidador secundário é alguém que ajuda na prestação de cuidados, mas não tem a responsabilidade de cuidar (Andrade, 2009:2; Sequeira, 2010:157).

O estudo realizado por Barbosa, Oliveira e Figueiredo (2012) sugere que cuidadores primários e secundários partilham, globalmente, das mesmas razões para assumir a prestação de cuidados. Os motivos de natureza afetiva, ligados ao amor e ternura do cuidador pela pessoa idosa dependente, foram os que mais prevaleceram nos dois grupos de cuidadores.

Segundo a perspetiva de Rodríguez-González, *et al.* (2017:157), é de esperar que o processo de transformação social traga um maior desenvolvimento dos cuidados formais e possivelmente os cuidados informais sejam a principal fonte de cuidados a curto e médio prazo.

## 2. Decisão de ser cuidador

*“A função de cuidador acaba por vezes sendo resultado, ou de uma obrigação moral, ou de acordos verbais estabelecidos durante a relação entre cônjuges ou pais e filhos”*

*(cit.: Augusto, Silva y Ventura, 2009:108)*

A aquisição do papel de cuidador informal pode acontecer por vontade da pessoa que se torna no cuidador principal (devido a motivações sentimentais e que se prendem com a noção de dever) ou na sequência de um incidente súbito e a pessoa não tem outra alternativa (por exemplo, razões monetárias). Deste modo, cabe ressaltar que a pessoa que cuida de um idoso dependente nem sempre escolheu ser cuidador. Grande parte dos filhos não esperavam que se tornariam cuidadores, e assumiram o papel, alguns por serem filhos únicos, outros ainda por proximidade física. Assim, a escolha acaba por ser tomada diante de uma determinada situação, tornando o cuidar além de um ato de reciprocidade de cuidados, também uma questão de obrigação moral (Augusto, Silva y Ventura, 2009:103-113).

Frequentemente é no período de alta hospitalar que se define quem será o cuidador do idoso, visto que em grande parte das famílias, o acompanhante do paciente é quem irá cuidar, sendo que já estaria adaptado com a situação clínica do seu familiar, pois acompanha diariamente as suas dificuldades ou a perda de capacidade para executar atividades. Assim, a importância da presença da família no período de internação (...) torna-se um momento de preparação para o cuidar (Augusto *et al.*, 2009).

Mazza e Lefèvre (2005:6) evidenciam o fator de “retribuição”, como fator de decisão para adotar o papel de cuidador informal, referindo que *“o fato de terem sido alvo de cuidados no passado, exercido pelos pais, é fator determinante para que este cuidador se comprometa para o cuidado, no presente, ou em um futuro próximo”*. De acordo com Leal (2000), a prática tem mostrado que ser cuidador informal não se trata de uma opção, mas, na maioria das vezes, de uma imposição das circunstâncias, como a indisponibilidade de outros cuidadores potenciais. Um outro fator para ser cuidador informal pode estar relacionado com a eleição por parte dos próprios familiares ou com o tipo de cuidados a prestar (Sequeira, 2010:164; Camacho, Silva y Espírito-Santos, 2012:2259). Por outro lado, Araújo e Odete (2009:27) referem o vínculo afetivo como a verdadeira motivação pelo qual o familiar cuidador exprime o compromisso de cuidar, ao qual compreende sentimentos como afetividade, estima, amizade, carinho; tornando o familiar do cuidador e o idoso cúmplices, fortalecendo, desta forma, a relação de ambos.

Na perspectiva de Cruz, Loureiro, Silva e Fernandes (2010:135), os motivos que levaram o cuidador informal a adquirir este papel relacionam-se com fatores inerentes ao idoso (estado de saúde e rejeição de institucionalização); ao cuidador (dever/obrigação; gratidão/retribuição; dependência financeira; grau de parentesco; género; proximidade física e afetiva; estado civil; situação atual de emprego e respeito pela vontade do idoso) e com a família (tradição familiar; e ausência de outra resposta).

## **2.1. Grau de parentesco: o familiar cuidador**

Segundo Carvalho (2012:52), as classes populares solicitam mais suporte formal no âmbito da solidariedade social, no entanto, quando este suporte é inacessível ou insuficiente, a família passa a organizar estratégias de partilha nas tarefas dos cuidados informais. Posto isto, é a partir de preocupação ou até mesmo de responsabilidade legal dos familiares que surge nesse processo um novo papel social, que por vezes, acaba sendo destinado, ao invés de escolhido e decidido, ao chamado de cuidador familiar (Augusto, Silva y Ventura, 2009:105-6).

Será importante realçar que o cuidado informal sobrevém da prestação de cuidados a pessoas dependentes que podem ser assumidos por parte de amigos, vizinhos (...) ou pessoas da comunidade, mas, normalmente, é a família que assume a responsabilidade da organização ou assistência e prestação de cuidados. Esses cuidadores não são remunerados economicamente pelos cuidados que prestam, assumindo o papel de cuidador informal (Rocha, Vieira y Sena, 2008:802; Cruz, Loureiro, Silva y Fernandes, 2010:128; André, Nunes, Martins y Rodrigues, 2013:86; Melo, Rua y Santos, 2014:144).

Assim, sendo a família a base da estrutura social, é reconhecido que assuma uma importância muito particular nas etapas da vida humana, como na infância e na adolescência, direcionadas mais para o seu papel educativo. Na velhice, este papel é mais assistencialista, já que o sentido de prestar algum suporte ao idoso está em procurar manter o seu equilíbrio afetivo, emocional e físico (Ricarte, 2009:46). Neste sentido, um dos aspetos mais destacados nesta revisão refere-se à importância da família em todo o processo de transição para os cuidadores familiares, pois com um bom relacionamento no seio familiar, a rede de apoio informal é realmente melhorada e fortalecida (Melo, Rua y Santos, 2014)

Posto isto, no contexto da atenção domiciliar, os cuidadores informais são geralmente um integrante da família que adota o papel de cuidador do idoso ou portador de enfermidade debilitante, assumindo a responsabilidade pela prestação de cuidados no domicílio (Rocha, Vieira, Sena, 2008:802). Neste sentido, Carvalho (2012) refere que os cuidados são efetuados maioritariamente por um elemento da rede familiar ou de amigos, decorrente da proximidade residencial, sendo que, no caso de uma pessoa dependente, a maioria dos cuidadores vive debaixo do mesmo teto, identificando-se o cônjuge ou filhos.

Por vezes, perante a indisponibilidade dos filhos adultos, ou melhor, das filhas e noras, para cuidarem dos idosos dependentes, os cônjuges assumem, frequentemente, o compromisso do cuidado, pois sentem-se na obrigação de o fazer. Cuidados de higiene e conforto, alimentação, saúde e supervisão são entregues a idosos (...) estando sujeitos a envelhecer com graves sequelas decorrentes do cuidado (Barbosa y Matos, 2008; Sá, 2010; Camacho, Silva y Espírito-Santos, 2012:2259).

Segundo Carvalho (2012:51), a obrigação da família em cuidar dos seus membros está implícita no dever moral associado à autoridade, valores e princípios que organizam a sociedade tradicional e, neste sentido, a moral determina o que fazer no que concerne à prestação de cuidados.

## 2.2.A Questão do Género

Conforme a literatura, na grande maioria dos países ocidentais, a mulher acaba desempenhando a tarefa de cuidar. Devido a questões de atribuições de papéis, a mulher ainda continua com esta tarefa de cuidar; cuidar dos filhos, da casa, do marido, de doentes (Areosa, Henz, Lawisch y Areosa, 2014:484). Deste modo, o apoio informal está associado às famílias assumirem a maioria dos cuidados dos membros dependentes, existindo assim uma tradição familiar para que o cuidador seja mulher, no sentido em que o papel de assumir os cuidados é habitualmente exercido pelas mulheres solteiras, domésticas ou desempregadas e que coabitam com a pessoa dependente (filhas, cônjuges, mães, irmãs) (Leal, 2000:22; Karsch, 2003:862; Ferreira y Wong, 2007:99; Sequeira, 2010:32-163; Melo, Rua y Santos, 2014:144).

Para Carvalho (2007:273), a sociedade imputa a responsabilidade dos cuidados domésticos às mulheres, em áreas como a guarda das crianças, deficientes e pessoas idosas. Neste sentido, as questões do género em relação aos cuidados e aos cuidadores são ditadas pelas culturas e organização social, política e ideológica. O suporte informal prestado pelos filhos é, na sua maioria, ao nível do lazer e da gestão dos bens associados a cuidados estratégicos, ou seja, cuidados secundários; enquanto que as filhas exercem, na sua maioria, cuidados primários (Carvalho, 2012:49).

Os principais motivos que estão na adoção do papel de cuidador, identificados no estudo de Ferreira e Wong (2007) relacionam-se com a proximidade física e afetiva, revelando que os indivíduos não escolhem conscientemente o papel de cuidador; papel esse que geralmente cabe à mulher. Em concordância, Fonseca (2010:9) menciona que a proximidade geográfica ou o facto de se ser filha única são determinantes importantes para se tornar cuidadora principal. Quando o idoso dependente não tem cônjuge ou filhos, são os parentes do sexo feminino que assumem o papel de cuidadora.

Alguns estudos referidos na literatura vão ao encontro da ideia que o cuidador informal principal é, por norma, a mulher, nomeadamente, Sequeira sugere uma justificação baseada no género para o facto de a maioria dos cuidadores ser mulher: *“Como a maioria dos idosos que necessitam de cuidados são mulheres, logo esta seria uma explicação para que os cuidadores também sejam na sua maioria mulheres”* (Sequeira, 2010:32-163).

Segundo o estudo realizado por Torres, Silva, Monteiro e Cabrita (2005), referente às possibilidades de ajuda que os idosos julgam contar no futuro, tanto os homens como as mulheres esperam que os cuidadores sejam do sexo feminino: os homens esperam que a esposa seja a cuidadora e só depois, optam pelos filhos, sendo que há quase um equilíbrio entre filhos e filhas; as mulheres têm maiores expectativas em relação ao papel das filhas e só depois pensam no cônjuge.

### 2.3.A Competência do Cuidador Informal

Entendemos que a competência na prestação de cuidados se verifica pela expressão da capacidade de um cuidador principal ao cuidar de um doente com dependência, colocando em ação conhecimentos e mobilizando meios necessários no ato de cuidar, fundamentalmente, respondendo de forma adequada e satisfatória às necessidades dos indivíduos com uma participação consciente e crítica. Assim, ser competente num contexto de cuidados domiciliários, significa ter motivação e disponibilidade para o Outro (Nogueira, Azeredo y Santos, 2012:758).

Neste sentido, durante o processo de transição para o papel de cuidador informal, o indivíduo necessita de adquirir novas competências e preparar outras competências (anteriormente adquiridas), de forma a exercer um bom papel. Para se ser cuidador principal com competência, para além de *querer, de saber e poder ser cuidador principal* é necessário possuir características pessoais: habilidades, sensibilidade e criar empatia com o doente, respeitando-o e sabendo como comunicar com ele. Estas são características pessoais que a pessoa vai adquirindo com a sua vivência pessoal, familiar e social (Nogueira, Azeredo y Santos, 2012:758)

No estudo realizado por Nogueira, Azeredo e Santos (2012), a partir da pergunta de investigação: “quais as competências que o cuidador principal deve possuir para cuidar um doente dependente em contexto domiciliário?”, foi verificado que as competências relacionais, cognitivas e psicomotoras são necessárias à prestação de cuidados, assim como ter condições físicas, emocionais e de suporte, são fundamentais como contributos indispensáveis, para que a continuidade e manutenção do doente seja efetivada com qualidade no domicílio.

Neste sentido, Sequeira (2010) refere que as competências estão associadas a alguns requisitos dos cuidadores, como a iniciativa, responsabilidade e autonomia. Assim, o cuidador para exercer o seu papel necessita de adquirir conhecimentos que lhe permitam identificar as necessidades do alvo de cuidados, as estratégias a adotar para um exercício seguro e de qualidade e as estratégias para se proteger.

De acordo com Karsch (2003:864), para ser um cuidador informal com competência, o cuidador familiar precisa de ser alvo de orientação, de como proceder nas situações mais difíceis e, receber em casa periódicas visitas de profissionais: médicos, pessoal de enfermagem, de fisioterapia e outras modalidades de supervisão e capacitação. Segundo o autor, este apoio é fundamental quando se trata de um casal de idosos, em que o cônjuge menos lesado assume os cuidados do outro, que foi acometido por uma súbita e grave doença incapacitante.

Segundo Custódio (2001), será importante potenciar, nos cuidadores informais, os mecanismos de *coping* e desenvolver as competências para o cuidar, resultando em benefícios terapêuticos, mais do que os que se baseiam em modelos patológicos, que visam a diminuição da sobrecarga.

### 3. Os Desafios do Cuidador Informal

*“Em famílias com pessoas idosas a cargo, as estratégias familiares de conciliação da vida profissional com a vida pessoal passam sobretudo pela responsabilidade da mulher em cuidar dos dependentes e traduzem-se numa sobrecarga de trabalho (...) esta gere a vida profissional, familiar e pessoal em função das necessidades dos idosos a cargo e da restante família”*

(cit.: Carvalho, 2012:53)

Os cuidadores enfrentam um conjunto de desafios constantes, pelo que necessitam de se organizar e preparar adequadamente, para assim vivenciarem de forma saudável a transição para este novo papel. Existem evidências para o facto que o cuidado informal poderá resultar num aumento do *stress* e sobrecarga e, conseqüentemente, cuidadores com resultados de saúde negativos (Melo, Rua y Santos, 2014:144; Metzelthin, Verbakel, Veenstra, Exel, Ambergen y Kempen, 2017).

Cuidar de um idoso no domicílio constitui uma tarefa intensa, visto que esta condição é imposta a uma pessoa que, por vezes, não possui apenas essa atividade, tem pouca ou nenhuma experiência e que lhe exige dedicação constante. Em face desta situação o cuidador pode vir a experienciar situações de sobrecarga, principalmente, quando o cuidado se prolonga no tempo (Lage y Mata, 2013:246). Neste sentido, quando os cuidadores familiares idosos possuem retaguarda familiar, a sobrecarga e os riscos tendem a ser divididos com a restante família, no entanto, quando há uma sobrecarga das tarefas, a não divisão ou ainda o monopólio do cuidar resulta em doenças físicas e mentais para o cuidador (Augusto, Silva y Ventura, 2009:112; Barbosa y Matos, 2008).

Os impactos que os cuidados geram nos cuidadores são descritos frequentemente como “carga”, sendo este conceito relativo aos cuidadores, designado em inglês por “*burden*”. Etimologicamente, carga significa “o que pesa sobre uma pessoa”, “responsabilidade ou incumbência” ou “o que incomoda”. Esta definição comporta duas dimensões: relativa e objetiva ao trabalho, ao peso da tarefa em si; e outra dimensão que diz respeito ao normativo, à responsabilidade e ao dever (Ricarte, 2009:47). Esta sobrecarga ou tensão pode acarretar problemas físicos, psicológicos, emocionais, sociais e financeiros, que acabam por afetar o bem-estar do doente e do cuidador (Vieira, Fialho, Freitas y Jorge, 2011:571).

A literatura aponta algumas razões que estão na origem do aumento da sobrecarga e diminuição da qualidade de vida relacionada com os cuidadores informais e que foram associadas a algumas características do recetor de cuidados, nomeadamente, o estudo de Rodríguez-González *et al.* (2017) refere o facto de o cuidador ter que conciliar o cuidado informal com um trabalho remunerado, o número de horas de prestação de cuidados, quando o cuidador sofre uma doença psicológica, psiquiátrica ou músculo-esquelética e/ou quando o paciente é agressivo. O estudo de Metzelthin *et al.* (2017) refere o facto ser do sexo masculino, casado ou em coabitação e com grandes problemas de saúde. Para além disso, os cuidadores experienciam um aumento na sobrecarga e uma diminuição da qualidade de vida

relacionada com o cuidado se forem do sexo feminino e/ou habitarem em conjunto com a pessoa cuidada, apresentando maior sobrecarga objetiva e menor autopercepção de saúde.

Na perspectiva de Cruz, Loureiro, Silva e Fernandes (2010), os principais fatores relacionados com a sobrecarga do cuidador informal prendem-se com as características sociodemográficas do cuidador (género, idade, habilitações literárias, recursos económicos); grau de dependência do idoso; exigência dos cuidados prestados; falta de conhecimentos e habilidades; falta de apoio formal, informal e familiar; estratégias de *coping* e utilização de serviços de saúde, em especial, a “pausa do cuidador”.

Oldenkamp, Hagedoorn, Wittek e Stolk (2017) realçam, no seu estudo, o conceito de fragilidade na pessoa idosa dependente, como forma de justificar a diminuição da qualidade de vida do cuidador informal, no sentido em que a deterioração da saúde da pessoa idosa apresenta um impacto negativo na qualidade de vida do cuidador: “*o aumento da fragilidade da pessoa dependente relaciona-se com uma menor qualidade de vida do seu cuidador informal, o que reflete em problemas de saúde mental, problemas de saúde física e problemas em combinar o cuidado informal com as outras tarefas diárias*”.

A sobrecarga do cuidador está relacionada com as dificuldades e o *stress* que surge durante o ato de cuidar, podendo estar relacionados ao próprio ato de cuidar, a fator socioeconómicos e/ou a tensões intrapsíquicas. As dificuldades do cuidador informal decorrem, essencialmente, da exigência do cuidado, da insuficiência das respostas formais e informais, de problemas financeiros e da restrição da vida social (Cruz, Loureiro, Silva y Fernandes, 2010:135).

Segundo Pearlin, Mullan, Semple e Skaff (1990), o *stress* do cuidador é visto como consequência de um processo que compreende condições inter-relacionadas ao qual inclui características socioeconómicas, os recursos dos cuidadores e fatores de *stress* primários e secundários do ato de cuidar, ao qual os cuidadores estão expostos. Os fatores de *stress* primários são compostos por dificuldades e problemas ligadas ao ato de cuidar (estado cognitivo, dependências, sobrecarga, perda de reciprocidade). Os fatores de *stress* secundários seguem duas categorias: tensões experimentadas no papel de cuidador e nas atividades fora do cuidado (conflito cuidado/profissão e dificuldades financeiras) e as tensões intrapsíquicas (competência, ganhos).

Cuidar do idoso com algum tipo de transtorno mental ou comportamental torna-se um desafio à família enquanto evento perturbador e *stressante* dentro do ciclo de vida familiar. A pessoa que assume a responsabilidade pelo idoso com transtorno mental ou comportamental parece vivenciar a insegurança e desorientação diante da imprevisibilidade dos comportamentos do idoso. A agressividade, descontrolo e a inquietação que o idoso pode apresentar causam um clima de intranquilidade, gerando sentimento de grande aflição no cuidador, o que ocasiona sobrecarga e desgaste físico (Barp y Vilela, 2015:808).

Neste sentido, as questões que envolvem a saúde física e mental dos idosos afetam também os familiares e potencialmente o cuidador informal, a quem são destinadas as maiores responsabilidades,

às quais, desempenhadas em condições precárias, diminuem as condições propícias à manutenção da própria saúde, da autoestima, da motivação, entre outras (Sá, 2010:92). O *stress* emocional, gerado pelo papel de cuidador informal, é acrescido pelas dificuldades em controlar o próprio tempo, as relações afetivas, as angústias, os medos, as tristezas, as múltiplas responsabilidades, assim como pela pressão da dependência do familiar (André, Nunes, Martins y Rodrigues, 2013:86). Assim, o cuidador deverá também receber em atenção a sua saúde pessoal, considerando-se que a atividade de cuidar de um adulto dependente é desgastante e implica riscos para a saúde do cuidador (Leal, 2000:26)

Os cuidadores informais afiguram-se como uma nobreza expressiva para a sociedade, porém os custos associados a este papel predisõem os cuidadores (como referenciam os teóricos e a investigação) a situações de crise, expressando sintomas de fadiga, *stress*, depressão, denotando frequentemente frágil saúde mental. Se a saúde mental surge com frequência como componente a incluir na abordagem no funcionamento mental do cuidador, o impacto que o *stress*, a personalidade e a sobrecarga do cuidador, bem como o grau de dependência do idoso detêm na mesma, merece uma reflexão cuidadosa (André, Nunes, Martins y Rodrigues, 2013:92).

Leal (2000) refere alguns exemplos de ameaças relacionadas com o papel de cuidador informal, nomeadamente, mudança na vida pessoal; readaptação da casa; desarmonia familiar como consequência do papel de cuidador; peso das tarefas; doenças devido às exigências do trabalho e as características do paciente, que podem *stressar* o cuidador; insegurança quanto a procedimentos e prescrições médicas; responsabilidade por equipamentos/ medicamentos; falta de paciência e de segurança nos procedimentos de enfermagem; ausência de informações sobre a doença; ausência de ajuda prática, de treino, de apoio físico, psicológico e financeiro; e finalmente, a ausência de saúde pessoal para enfrentar a rotina exigida.

De acordo com Rasgados e Santos (2010:3), os impactos negativos do cuidado informal apresentam consequências na saúde física do cuidador (sistema imunitário frágil, consumo de fármacos, perturbações do sono, cansaço físico, prevalência de doenças crónicas, percepção negativa do estado de saúde); na saúde mental (depressão, ansiedade, baixa satisfação com a vida, elevada sobrecarga subjetiva, culpa); nas relações familiares e sociais (conflitos familiares, isolamento social, perda de privacidade, indisponibilidade para atividades sociais/lazer) e na atividade profissional e financeira (produtividade e desempenho afetados e aumento das despesas).

#### 4. Estratégias de *Coping* do Cuidador

“A qualidade de vida dos cuidadores informais está relacionada com as suas estratégias de coping, sendo que a qualidade de vida poderá ser melhorada utilizando estratégias de coping centradas na emoção e na rede de suporte social”

(cit.: Rodríguez-Pérez, Abreu-Sánchez, Rojas-Ocaña y Pino-Casado, 2017)

*Coping* é uma palavra de origem anglo-saxónica, não traduzível, contudo, é utilizada como “formas de lidar com”, “estratégias de confronto” ou “mecanismos que habitualmente os indivíduos utilizam para lidar com os agentes indutores de *stress*” (Ramos y Carvalho, 2007:7).

*Coping* é definido como um conjunto de estratégias cognitivas e comportamentais criadas por um indivíduo, de forma a gerir situações que ultrapassam os seus recursos e, possui duas funções, sendo focado na emoção (consiste na regulação do estado emocional por meio de esforços que permitem ao sujeito pensar e agir de uma forma eficaz, ao invés de recorrer a comportamentos patogénicos ou ao evitamento) e/ou focado no problema (consiste na modificação ou alteração da relação indivíduo-ambiente, por meios de esforços que permitam lidar adequadamente com situações indutoras de *stress*, estabelecendo planos de ação). As estratégias de *coping* contêm uma função de modulação que permite recordar as diferentes respostas individuais para a mesma situação de cuidado (Lazarus y Folkman, 1984, *apud* Ramos y Carvalho, 2007; Rodríguez-Pérez, Abreu-Sánchez, Rojas-Ocaña y Pino-Casado, 2017).

Trabalhar com situações que geram *stress* pode ser um grande desafio, visto que cada indivíduo reage de diferente maneira diante de um fator de *stress* comum. Os fatores de *stress* estão presentes tanto no indivíduo como no seu ambiente, e o sucesso em cuidar de uma pessoa idosa dependerá do *coping*, definido como um processo utilizado para controlar as características da relação indivíduo-ambiente. A gestão do *stress* é um fator importante para a promoção da saúde mental dos cuidadores informais e, conseqüentemente, a melhoria da prestação de cuidados dos seus dependentes, no entanto, é necessário identificar causas de *stress* e conhecer possíveis efeitos para aprendermos a lidar com a situação, ou seja, estratégias de *coping* (Ramos *et al.*, 2007; Simonetti y Ferreira, 2008; Rocha, 2009).

A avaliação cognitiva de uma situação indutora de *stress* assume uma importância fulcral quando falamos de *coping*, pois depende do grau de importância que o indivíduo lhe dá, das estratégias de lidar com o *stress* (ao que se chama de *coping*) e dos recursos sociais e pessoais que o indivíduo possui. É através da avaliação cognitiva que cada indivíduo vai avaliar cada situação adversa e gerir os recursos que tem disponíveis. A eficácia do *coping* está relacionada com o adequar a estratégia à situação (Ramos y Carvalho, 2007:8; Rocha, 2009:37).

Segundo Rocha (2009:34-35), a avaliação cognitiva designa o processo mental para qual cada indivíduo avalia o significado de qualquer circunstância indutora de *stress* para o seu bem-estar. Posteriormente surge a segunda componente que é o *coping*, onde o indivíduo avalia os recursos ao seu

alcance para lidar com a situação, recursos esses que podem ser físicos, sociais, psicológicos ou materiais. A avaliação que o indivíduo faz da situação como relevante para o seu equilíbrio e bem-estar, envolve três tipos de avaliação, nomeadamente, a avaliação primária (consiste na avaliação dos acontecimentos em função do significado destes para o bem-estar do sujeito); avaliação secundária (indivíduo estuda as opções de *coping* visando a melhoria e modificação da situação) e reavaliação (o indivíduo verifica se a situação contribui para o seu bem-estar ou se não tem capacidade para lidar (Ramos y Carvalho, 2007).

Segundo Simonetti e Ferreira (2008:24), a falta de ajuda, por parte da família, é o ponto central para os cuidadores informais adotarem estratégias de *coping*, na medida em que a dificuldade do cuidar não está somente na realização das tarefas em si, mas também na dedicação necessária para satisfazer as necessidades do outro. Neste sentido, Custódio (2001) defende a importância de potenciar, nos cuidadores informais, os mecanismos de *coping* e desenvolver as competências para o cuidar, resultando em benefícios terapêuticos que visam a diminuição da sobrecarga.

Em concordância, Rocha (2009) menciona que o *stress* do cuidador informal é minimizado com a utilização de estratégias de *coping* orientadas para a emoção e não para a resolução de problemas, como também é descrito por alguns autores, na medida em que ao adequar as expectativas à realidade, tendem a ocorrer menos sentimentos de frustração, manifestados no aumento da intensidade do *stress*. No entanto, não existem estratégias melhores para ajudar o cuidador, mas a utilização da estratégia correta na devida altura é importante para gerir intensidade de *stress* numa perspectiva de *eustress*.

As estratégias de *coping* centradas no cuidador são as mais eficazes na gestão da intensidade de *stress* total e do *stress* relacionado com a vida social e económica do cuidador informal. Os cuidadores informais devem adotar um modelo de gestão de estratégias de *coping*, baseado em dois princípios importantes: primeiro, que as estratégias centradas no meio são consideradas eficazes para os cuidadores de idosos dependentes na medida em que reúne todo um conjunto de recursos existentes na sociedade e no núcleo familiar do utente/família; em segundo, que uma atitude orientada para a aceitação da situação e não para a resolução do problema gera menos sentimentos de *stress* (Rocha, 2009:123-124).

Por sua vez, Sequeira (2010), menciona no seu estudo algumas estratégias de *coping* em que os cuidadores revelam um elevado grau de perceção de eficácia, nomeadamente: *perceções alternativas sobre a situação* (recordar todos os bons momentos passados com a pessoa; pensar que a pessoa a cuidado não tem culpa, viver um dia de cada vez; aceitar a situação tal como ela é); *lidar com o stress* (dedicar a coisas que me interessam; reservar algum tempo livre para mim; arranjar maneira de não pensar nas coisas; chorar um bocado) e *lidar com os acontecimentos/ resolução de problemas* (manter o idoso tão ativo quanto possível; obter o máximo de ajuda dos serviços de saúde/sociais; procurar informação acerca do problema; experimentar várias alternativas até encontrar a solução).

## 5. Aspectos Positivos do Cuidado

*“Enfatizar os aspectos positivos não reduz a sobrecarga do cuidado informal, mas uma atitude positiva relativa ao cuidado poderá influenciar a percepção do cuidador informal, o que pode levar à melhoria da saúde e do bem-estar dos recetores e dos prestadores de cuidados”*

*(cit.: Metzelthin, Verbakel, Veenstra, Exel, Ambergen y Kempen, 2017)*

Segundo Metzelthin, et al. (2017), os cuidadores informais poderão experimentar aspectos positivos do cuidado, como satisfação, recompensas e gosto. De acordo com os autores, enfatizar os aspectos positivos do cuidado poderá influenciar a percepção dos próprios cuidadores.

Sommerhalder (2001) reconhece alguns aspectos positivos ou benéficos vivenciados pelos cuidadores, nomeadamente o crescimento pessoal, aumento do sentimento de realização, do orgulho e da habilidade para enfrentar desafios, melhoria do relacionamento interpessoal, aumento do significado de vida, prazer, satisfação, retribuição, satisfação consigo próprio e qualidade do cuidado oferecido.

Segundo Cunha (2011:8), vários temas positivos no ato de cuidar têm sido explorados e elaborados, incluindo a reciprocidade na relação entre o cuidador e o alvo de cuidados; e o significado atribuído à experiência de cuidar. Aperta (2015:51-52) identificou no seu estudo que os resultados mais salientes da escala dos aspectos positivos do cuidar incidiram sobre os itens "Faz-lhe sentir bem consigo mesmo", "Faz-lhe sentir mais útil" e "Permitiu-lhe dar mais valor à vida".

Carbonneau, Caron e Desrosiers (2010:329-330), mencionam a existência de um modelo de três domínios centrais que constituem os aspectos positivos do cuidar: a qualidade da relação entre o cuidador e a pessoa cuidada; o sentimento de realização por parte do cuidador; e o significado de ser cuidador diariamente. O modelo sugere que os aspectos positivos emergem através da ocorrência de eventos na vida diária do cuidador, sendo condicionada pela percepção que o cuidador terá da sua autoeficácia.

Referente à relação entre os aspectos positivos do cuidar e o apoio social percebido, verifica-se no estudo de Aperta (2015) que à medida que aumenta a percepção de aspectos positivos do cuidar, aumenta a percepção do apoio dos amigos, de outros apoios e do global de apoio social percebido. O aumento da percepção de apoio social leva ao aumento da visão da vida, aumentando também a percepção de apoio social global.

De acordo com Metzelthin, et al. (2017), os cuidadores informais experienciam uma qualidade de vida significativamente maior se a pessoa dependente for idoso, do género feminino e viúvo, divorciado ou solteiro.

## CAPÍTULO III

### 1. Intervenção do Assistente Social no Cuidado Informal a Idosos Dependentes

O envelhecimento populacional constitui um desafio para a sociedade na medida em que, subjacente a ele, se encontram aspetos de perda de autonomia e dependência, que acarretam necessidades profundas de reorganização sociopolítica, particularmente dirigidas aos sistemas de saúde e proteção social (Francisco, 2012).

A demografia alterou as atitudes face às pessoas com mais idade e levou à criação de legislação em forma de política social, onde o grupo de pessoas idosas dependentes passou a ser objeto de medidas reguladoras da vida social, como, por exemplo, reformas, cuidados, cuidadores, equipamentos e serviços específicos, no âmbito dos recursos sociais institucionais (Carvalho, 2011a; Andrade, 2014).

Por sua vez, para o Serviço Social, o aumento do número de pessoas com mais de 75 anos de idade, constitui um indicador de fragilidade social, no sentido em que está associada à diminuição do rendimento e ao aumento de despesas de saúde. Os cuidados prestados por familiares são outro fator de fragilidade social da velhice, pois pode implicar *stress* físico e psíquico (Carvalho, 2011a),

A Lei n.º 83-A/2013, de 30 de dezembro, procede à primeira alteração à Lei n.º 4/2007, de 26 de janeiro, que aprova as bases gerais do sistema de segurança social. Referente à composição, o sistema de segurança social abrange o sistema de proteção social de cidadania (garante os direitos básicos dos cidadãos e engloba o subsistema de ação social, solidariedade e proteção familiar), o sistema previdencial (garante prestações substitutivas de rendimentos de trabalho perdido) e o sistema complementar (atribui prestações complementares das concebidas pelo sistema providencial).

Segundo Siniša e Lawrence (2014), o padrão tradicional da Segurança Social portuguesa e dos cuidados a pessoas idosas sintetiza-se em três níveis do sistema social de bem-estar português (segurança social a nível *macro*; serviços sociais a nível *meso* e a nível *micro* as organizações sem fins lucrativos), sendo desafiado pela mudança social e crise económica. Os cuidados continuados e paliativos, em Portugal, encontram-se assentes em três pilares: utente e respetiva família, Estado e os prestadores privados. A prestação desses cuidados baseia-se num modelo de intervenção integrado, que prevê a cooperação entre o setor da saúde e apoio social, ao nível da prestação e do financiamento (ERS, 2015).

Posto isto, a intervenção do Serviço Social está associada aos direitos do homem e constituiu-se como um potencial de cidadania, tendo como finalidade promover e otimizar as oportunidades das pessoas idosas, possibilitando a reconstrução da sua vida, e tendo em conta as circunstâncias sociais e de saúde em que se encontram. Esta intervenção é orientada tanto por princípios éticos, autonomia e direitos sociais, como por normas deontológicas onde a responsabilidade social e o bem-estar das

populações ganha relevo. A ética no Serviço Social remete para a solidariedade social junto aos sujeitos, aos seus direitos individuais e coletivos e ao bem-estar (Carvalho, 2011a:240-249; Carvalho, 2011b:59).

Segundo os princípios gerais, a declaração conjunta da Associação Internacional de Escolas de Serviço Social (AIESS) e da Federação Internacional dos Assistentes Sociais (FIAS) pretende encorajar os assistentes sociais a refletirem sobre os desafios e dilemas que interpelam e a tomar decisões eticamente informadas sobre como atuar em cada caso particular (FIAS y AIESS, 2013).

Os assistentes sociais têm como objetivo do seu trabalho o desenvolvimento dos seres humanos, vivenciando o princípio que cada sociedade deverá proporcionar o máximo de condições favoráveis de vida aos seus membros, sendo que os direitos humanos são um princípio central para a profissão, tanto por razões éticas quanto por razões de relevância jurídica. Deste modo, o Serviço Social deve assegurar a todo o cidadão o direito a ter condições de vida, sobretudo habitação, trabalho e acesso à saúde; deve também procurar entender cada utente, o sistema social em que está envolvido, as condicionantes que afetam o seu comportamento, e contribuir com a sua assessoria técnica para o desenvolvimento de políticas e programas que promovam uma melhor qualidade de vida (APSS, 1994; Blennberger y Fränkel, 2008).

Posto isto, os assistentes sociais devem promover e defender a integridade e o bem-estar físico, psicológico, emocional e espiritual de cada pessoa. Isto significa respeitar o direito à autodeterminação (respeitar e promover o direito à liberdade de escolha e tomada de decisão); promover o direito à participação (promover o envolvimento e a participação das pessoas); tratar cada pessoa como um todo (considerar todos os aspetos da vida de cada pessoa); identificar e desenvolver competências (promover o seu empowerment). Referente à justiça social, os assistentes sociais têm a responsabilidade de promover a justiça social em relação a toda a sociedade e às pessoas com quem trabalham, ou seja, desafiar a discriminação negativa; reconhecer a diversidade; distribuir recursos equitativamente; desafiar práticas e políticas injustas e trabalhar numa perspetiva solidária (FIAS y AIESS, 2013).

Nesta linha, Silva (2012) menciona que cuidar de quem cuida deverá ser uma preocupação incessante do assistente social, com vista à obtenção de um cuidar informal com qualidade. A promoção do bem-estar dos cuidadores e a prevenção de crises, merece pela parte dos profissionais das áreas da saúde e social uma atenção particular, pois deles dependem os utentes a seu cargo, bem como a sua permanência na comunidade (Francisco, 2012).

Segundo Silva (2012), o Serviço Social promove a mudança social, a resolução de problemas nas relações humanas, o reforço de emancipação das pessoas e, conseqüente, promoção do bem-estar. O desempenho do assistente social processa-se pelo uso de metodologias que preveem a conscientização e capacitação de grupos de populações e a articulação e/ou cooperação de recursos, tendo em vista a

satisfação das necessidades identificadas em serviços e que proporcionem aos doentes dependentes o maior bem-estar, autonomia e inserção social (DGS, 2006).

Neste sentido, as equipas de profissionais que acompanham as famílias deverão ser conhecedoras dos recursos disponíveis na comunidade (apoios domiciliários, teleassistência, apoios sociais, rede nacional de cuidados continuados integrados), sendo que para esse efeito uma abordagem interdisciplinar (entre médico, enfermeiro, assistente social, psicólogo) e elaboração de um plano dirigido à prevenção da sobrecarga de cada cuidador (baseado nos recursos que o cuidador poderia beneficiar), em conjunto com o uso do ecomapa, instrumentos de avaliação e a promoção de reuniões com representantes do Serviço Social, poderá revelar-se uma mais-valia (Trindade et al., 2017).

Em concordância, Martins (2015) menciona a necessidade de promover nos cuidadores, bem-estar e equilíbrio, devendo os mesmos ser alvo de especial atenção por parte dos serviços estatais, das instituições e dos profissionais, situação que nos remete para a importância do Serviço Social, pois trata-se de uma questão ética e de um dever deontológico para com aqueles que, por assumirem a sua tarefa, correm riscos de desgaste emocional e psicológico, de empobrecimento e de exclusão da vida social. Assim, torna-se essencial conhecer a realidade do cuidado e dos cuidadores informais e de agir em conformidade com as necessidades sentidas, sendo necessário redefinir estratégias para ajudar quem cuida, as quais podem passar por divulgação dos apoios e respostas sociais existentes a este nível.

De acordo com Fernandes (2007), na relação com o cuidador informal, o assistente social, com o objetivo de revelar capacidade de expressar o cuidar de forma afetiva, demonstra dedicação, solidariedade e estabelecimento de um compromisso para com o outro, por forma a conseguir entrar no mundo privado do cuidador informal, ajudando-o a restabelecer o seu equilíbrio e a colmatar as necessidades. Neste sentido, o assistente social necessita de elementos de apoio que o ajudem a executar as estratégias de intervenção, sendo que esse apoio pode ser solicitado aos indivíduos, organizações, grupos e movimentos envolvidos em questões de direitos humanos. As intervenções podem centrar-se em processos de informação, apoio, acompanhamento, orientação, administração de serviços, elaboração de programas, mobilização de recursos, planeamento e avaliação do processo de intervenção. Referente às estratégias, estas poderão ser compostas por grupos de solidariedade, autoajuda, organizações não governamentais, partidos políticos, entre outras (ONU, 1999; Carvalho, 2011c).

Referente aos apoios e políticas sociais existentes para os cuidadores informais e, ao qual, envolve uma abordagem do Serviço Social, evidencia-se o complemento por dependência, unidades de descanso do cuidador, equipas domiciliárias e de serviço de apoio domiciliário. Nos grupos de ajuda mútua, poderá desenvolver um papel fundamental de mediador, pois o assistente social tem ao seu dispor um código ético, composto por princípios que o orientam na sua ação com os indivíduos e com os grupos, nomeadamente o reconhecimento do valor e dignidade de todos os seres humanos; facilitação

da autorrealização de cada indivíduo com o devido respeito pelos interesses dos outros; promoção do bem-estar humano; compromisso de servir com integridade e aptidão e justiça social (Batista, 2008).

Será importante realçar que em outubro de 2016 deu entrada no Parlamento a petição 191/XIII/2.<sup>a</sup>, tendo como primeiro subscritor o grupo de *Cuidadores Informais de Doentes de Alzheimer e outras Demências Similares*, solicitando à Assembleia da República várias ações, entre as quais a criação de um Estatuto do Cuidador Informal. Posto sito, a resolução da Assembleia da República nº129/2016 – Diário da República decretou, nos termos do n.º 136/2016, de 2016, recomendava ao Governo a criação do estatuto do cuidador informal, ao qual passaria pelo apoio regular e permanente para a prestação de cuidados de saúde à pessoa a seu cargo; direito ao descanso do cuidador; direito a um horário flexível de trabalho; direito a baixa médica prolongada para assistência à pessoa idosa; apoio psicossocial e sessões de formação e informação para poder ter maior conhecimento da situação da pessoa a cargo e das melhores técnicas para prestar cuidados, onde se enquadraria a atuação do Assistente Social. No âmbito do processo parlamentar referente à petição, foi já elaborado e aprovado por unanimidade o Relatório Final, prevendo-se a realização na Assembleia da República de uma sessão de debate público para apresentação dos resultados do relatório do grupo de trabalho (Rocha, s.d.; Soeiro, 2017).

### **1.1. Grupos de Ajuda Mútua**

Os grupos de ajuda mútua (GAM) são grupos voluntários, constituídos por um conjunto de pessoas com conhecimentos adquiridos através da experiência, que lhe permitem dar e receber apoio dos outros membros do grupo para a prestação de assistência mútua, satisfação de necessidades comuns, para superar um handicap que compartilhem, conseguir uma mudança social ou alcançar um desempenho social (Batista, 2008:44-5). São geralmente formados por pessoas que partilharam os mesmos problemas de vida e, com a assessoria de profissionais facilitadores, criam um espaço propício para o estabelecimento de relações de solidariedade, onde procuram informações, orientação e a aprendizagem de estratégias de cuidado. Estes grupos utilizam mecanismos de participação e empowerment, focam-se nas potencialidades de cada membro e constroem mecanismos para converter os problemas em oportunidades de crescimento e participação social (Arruda, Alvarez y Gonçalves, 2008; Batista, 2008).

De acordo com Batista (2008), os grupos de ajuda mútua proporcionam benefícios aos seus membros (no sentido em que têm a oportunidade de poder partilhar problemas, trocar experiências e sentimentos), e fomentam um apoio complementar prestado aos cuidadores informais, através da combinação de diferentes áreas de intervenção e procedimentos, o que poderá aliviar a sobrecarga, diminuir sintomas depressivos, favorecer o bem-estar e contribuir para uma maior rede de apoio social (Chien, Chu, Guo, Liao, Chang, Chen y Chou, 2011).

No que se refere ao trabalho do assistente social nos Grupos de Ajuda Mútua, Baptista (2008) expõe que passa por criar oportunidades de protagonismo social para aqueles que não o têm, de modo a que estes possam ultrapassar obstáculos (ao nível da perceção que tem de si próprios, valorizando a autoestima e autoconfiança); reforçar um sentimento de esperança em relação ao futuro; valorizar e otimizar a sua participação na procura e implementação de alternativas e soluções para as suas necessidades. Neste sentido, o Assistente Social assume o papel de mediador, que pressupõe autonomia técnica, um posicionamento aberto, uma capacidade de diálogo e de ação e uma competência acrescida que implica formação qualificada. A palavra é o principal instrumento de trabalho do assistente social – mediador, que permite criar empatia com os cuidadores, para que estes adquiram um pensamento estratégico para reorientar o seu comportamento (Baptista, 2008).

## **1.2. Complemento por Dependência**

Consiste num apoio mensal em dinheiro dado pela Segurança Social aos pensionistas que se encontram numa situação de dependência e que precisam da ajuda de outra pessoa para satisfazer as necessidades básicas da vida quotidiana. O Instituto da Segurança Social (ISS, 2017) considera dois graus de dependência, nomeadamente: 1.º grau – pessoas sem autonomia para satisfazer as necessidades básicas da vida; 2.º grau – pessoas que se encontrem acamados ou com demência grave.

De acordo com os valores para 2017 da Segurança Social, os pensionistas com 1º grau de dependência e que pertençam ao regime geral da Segurança Social, apresentam uma pensão de 101,68 euros; enquanto os pensionistas com o 2º grau de dependência apresentam uma pensão de 183,02 euros. Referente ao regime especial das atividades agrícolas e do regime não contributivo ou equiparado, os pensionistas com o 1º grau de dependência têm uma pensão de 91,51 euros e com o 2º grau de dependência, de 172,85 euros (ISS, 2017).

Este apoio destina-se a pensionistas de invalidez, velhice e sobrevivência do regime geral de segurança social e do regime do seguro social voluntário; pensionistas de velhice e de sobrevivência do regime não contributivo e equiparados; beneficiários da prestação social para a inclusão e beneficiários não pensionistas dos regimes acima referidos (ISS, 2017).

Em termos do papel do Assistente Social, Rocha, Avila e Bocchi (2016) referem a necessidade de estimular a perceção de apoio social dos cuidadores, atribuir um gerente de caso no processo de transição do cuidado e trabalhar os fatores psicológicos do cuidador. Por sua vez, Sequeira (2010), evidencia que o grande desafio consiste em procurar respostas criativas que possibilitam atenuar os custos e garantir a qualidade das avaliações e intervenções, de modo a evitar uma maior vulnerabilidade das pessoas idosas.

### **1.3. Unidades de Longa Duração e de Manutenção – O internamento dos Familiares**

De acordo com o nº5 do artigo 19º do Diário da República 24/2017 (p.610), estipula-se o seguinte: “(...), são critérios de referenciação para unidade de longa duração e manutenção (ULDM) as situações que impliquem a prestação de cuidados de apoio social, continuidade de cuidados de saúde e de manutenção do estado funcional, que pela sua complexidade ou duração, não possam ser assegurados no domicílio e tenham necessidade de internamento num período superior a 90 dias consecutivos que requeiram: a) Cuidados médicos regulares e cuidados de enfermagem permanentes; b) Reabilitação funcional de manutenção; c) Internamento em situações temporárias por dificuldade de apoio familiar e necessidade de descanso do principal cuidador, até 90 dias por ano”.

O nº3 da Diretiva Técnica n.1/UMCCI/2008, de janeiro, menciona que as ULDM podem proporcionar o internamento a doentes com dificuldades de apoio familiar ou cujo principal cuidador tem necessidade de descanso, podendo a duração do(s) respetivo(s) internamento(s) ser de duração inferior a 90 dias, com o limite anual de 90 dias. A ULDM presta apoio social, cuidados de saúde e de manutenção que previnam e retardem o agravamento da situação de dependência; assegura atividades de manutenção e de estimulação; cuidados médicos e de enfermagem; prescrição e administração de medicamentos; apoio psicossocial; cuidados de fisioterapia e de terapia ocupacional; animação sociocultural; higiene, alimentação e reabilitação funcional de manutenção (ISS, 2017).

Segundo Oliveira (2016), na fase do internamento do doente, o contributo do Assistente Social será sobretudo em enfatizar a relevância dos fatores psicossociais, os determinantes no tratamento, na reabilitação, na readaptação e na reintegração dos doentes/dependentes nos ambientes sociais, ajudando-os no desenvolvimento de todas as suas potencialidades. O Serviço Social tem ainda como objetivo de intervenção estabelecer uma relação de entreajuda com o doente e/ou o familiar cuidador, promovendo a minimização de dificuldades da situação de doença, de forma a proporcionar bem-estar e qualidade de vida. Rocha, *et al.* (2016) referem a necessidade de estimular a perceção de apoio social dos cuidadores.

### **1.4. Equipas Domiciliárias e Serviço de Apoio Domiciliário**

O nº7 do artigo 19º do Diário da República 24/ 2017 (p.610), determina a criação de um modelo de intervenção comunitária articulado da saúde e da segurança social, denominado RNCCI: “As equipas domiciliárias destinam-se a pessoas em situação de dependência funcional (...), cujo critério de referenciação assenta na fragilidade, limitação funcional grave, com doença severa, em fase avançada ou terminal (...) que reúnam condições no domicílio que permitam a prestação dos cuidados continuados integrados que requeiram: a) frequência de prestação de cuidados de saúde superior a 1 hora e 30 minutos por dia, no mínimo de 3 dias por semana; b) cuidados além do horário normal de funcionamento da

equipa de saúde familiar; c) complexidade de cuidados que requeira um grau de diferenciação ao nível da reabilitação; d) necessidades de suporte e capacitação ao cuidador informal”.

O desempenho dos assistentes sociais nas equipas domiciliárias de prestação de cuidados integrados e de suporte em cuidados paliativos, opera-se a partir da sua inserção nos Centros de Saúde, em cooperação com o médico assistente de cada doente e, desenvolve-se ao nível da interação do doente/dependente/família com o seu meio envolvente. Nas equipas domiciliárias o foco da atenção profissional está colocado no meio envolvente, através da conscientização e capacitação dos indivíduos e das comunidades para se organizarem e responderem às necessidades de todos os concidadãos. Deste modo, o atendimento individualizado, gestão institucional, trabalho de grupo e a organização comunitária são os quatro níveis da intervenção do assistente social no âmbito das Equipas Domiciliárias (DGS, 2006).

Referente ao Serviço de Apoio Domiciliário (SAD), o artigo 2.º do Diário da República 21/2013, determina: “O SAD é a resposta social que consiste na prestação de cuidados e serviços a famílias e ou pessoas que se encontrem no seu domicílio, em situação de dependência e que não possam assegurar a satisfação ou a realização das atividades instrumentais, nem disponham de apoio familiar para o efeito”.

Constituem objetivos do SAD concorrer para a melhoria da qualidade de vida das pessoas e famílias; contribuir para a conciliação da vida familiar e profissional do agregado familiar; contribuir para a permanência dos utentes no seu meio habitual de vida (...); promover estratégias de desenvolvimento da autonomia; prestar os serviços adequados às necessidades dos utentes(...); facilitar o acesso a serviços da comunidade e reforçar as competências e capacidades das famílias e de outros cuidadores (art.3º do Diário da República 21/2013).

O SAD deve reunir condições para prestar, pelo menos, quatro dos seguintes serviços: cuidados de higiene e conforto pessoal; higiene habitacional; apoio nas refeições; tratamento da roupa do utente; atividades de socialização, aquisição de bens alimentícios, deslocação a entidades da comunidade; serviço de teleassistência (art.4º, Diário da República 21/2013).

Referente à atuação do assistente social, é possível consignar que os objetivos do SAD vão de encontro aos princípios éticos e às normas deontológicas dos assistentes sociais, isto é, têm como objetivo o desenvolvimento dos seres humanos e de proporcionar o máximo de condições favoráveis de vida aos membros. Neste sentido, a atuação do assistente social poderá passar pelo planeamento e avaliação dos serviços; gestão dos processos e recursos; informação, educação e aconselhamento.

Posto isto, é possível concluir que na área da saúde, os assistentes sociais destacam-se na defesa dos direitos dos doentes e em funções técnicas operativas que lhe são atribuídas, tais como conceção, planeamento e intervenção direta junto dos doentes, famílias e comunidades (Carvalho, 2014).

Independentemente dos diferentes contextos de intervenção, o assistente social atua na avaliação dos fatores psicossociais interferentes na saúde; no aconselhamento e intervenção em situações de crise; na avaliação e criação de recursos sociais nas comunidades; na educação e promoção de serviços de qualidade baseados em parcerias com o doente, família e cuidadores informais (DGS, 2006).

Numa intervenção em equipa multidisciplinar o assistente social assume o papel de mediador e facilitador da intervenção e procura a resposta que melhor promove o bem-estar do doente. Esta postura interventiva implica mergulhar na realidade para compreendê-la, e manter um distanciamento que permita compreender, avaliar e construir novas formas de ação e de conhecimento (Carvalho, 2014).

Na relação com o cuidador informal, o assistente social ajuda-o a restabelecer o seu equilíbrio e a colmatar as necessidades. Nas intervenções, o assistente social ao realizar um atendimento individualizado pode assumir o papel de mediador, estimular a perceção de apoio social dos cuidadores, estabelecer uma relação de entreajuda, centrar-se em processos de informação, apoio, acompanhamento, orientação, mobilização de recursos, planeamento e avaliação do processo de intervenção.

## CAPÍTULO IV – METODOLOGIA

*A aprendizagem da metodologia da investigação no ensino superior requer do estudante uma caminhada por etapas, à semelhança duma escada que se sobe. O primeiro degrau corresponde à apropriação de instrumentos teóricos e metodológicos básicos (cit.: Carmo y Ferreira, 2008:23).*

Segundo Vilelas (2017), o que distingue a investigação científica de outras formas de indagação acerca do nosso mundo é que esta tem subjacente um método específico. Há um modo de fazer as coisas, de colocarmos as questões e de formular as respostas, que é característico da ciência, que permite ao investigador desenvolver o seu trabalho de um modo sistemático. Neste sentido, a investigação é entendida como uma atividade básica da ciência, procurando questionar e analisar a realidade.

### 1. Natureza da Investigação

A presente investigação é uma investigação qualitativa, sendo definida como aquela que apresenta maior enfoque na interpretação do objeto e maior proximidade do pesquisador em relação aos fenômenos estudados, no sentido em que tenta compreender a totalidade do fenômeno e salienta a importância das interpretações dos eventos; tenta captar o contexto na totalidade; enfatiza o subjetivo como meio de compreender e interpretar as experiências e privilegia a análise de microprocessos, através do estudo das ações sociais, realizando um exame intensivo dos dados, tanto em amplitude quanto em profundidade (Martins, 2004; Fantinato, 2015). Posto isto, fez sentido que as entrevistas assentassem numa investigação qualitativa, de modo a concretizar uma interpretação intensiva para compreender a totalidade do fenômeno de ser cuidador informal. No entanto, apesar da natureza da presente investigação ser qualitativa, foi utilizada a análise quantitativa através das ferramentas de análise do programa informático MAXQDA; no sentido em que permite trazer outro tipo de informações para a análise, mesmo que o estudo não seja orientado para métodos quantitativos nem métodos mistos *ad hoc*.

O paradigma qualitativo origina-se na tradição da antropologia e utiliza métodos indutivos, objetivando a descoberta, a identificação, a descrição detalhada e aprofundada e a geração de explicações (Santos, 1999). Neste sentido, a lógica utilizada foi o Indutivo, pois é um método em que o investigador parte da observação de fatos ou fenômenos cujas causas desejam conhecer, procura compará-los com a finalidade de descobrir as relações existentes entre eles, e onde as conclusões obtidas por meio da indução correspondem a uma verdade não contida nas premissas. Posto isto, o objetivo dos argumentos indutivos foi de levar a conclusões cujo conteúdo é muito mais amplo do que o das premissas nas quais se basearam (Lakatos y Marconi, 2007, *apud* Prodanov, Freitas, 2013).

Quanto ao tipo de pesquisa, esta investigação integrou-se num estudo descritivo-interpretativo, na medida em que a grande contribuição consiste em proporcionar novas visões sobre uma realidade já conhecida. Neste sentido, a descrição deve ser rigorosa e resultar diretamente dos dados recolhidos, de

forma a descrever com exatidão os factos e fenômenos de determinada realidade e, de modo, a obter informações a respeito daquilo que já se definiu como problema a ser investigado (Carmo y Ferreira, 2008; Triviños, 1987; Augusto, Souza, Dellagnelo y Cario, 2013).

## **2. Contextualização da Problemática e Objetivos do Estudo**

O campo empírico desta investigação são os cuidadores informais de pessoas idosas dependentes que residem no concelho de Torres Vedras. O concelho de Torres Vedras, situado no distrito de Lisboa, região Centro e sub-região do Oeste, ocupa uma área aproximada de 405,89 km<sup>2</sup>, subdividido em 13 freguesias. De acordo com o PORDATA, verifica-se uma tendência para o decréscimo da população residente no concelho, isto é, de 79.529 indivíduos em 2011 para 78.845 indivíduos em 2016.

À semelhança do panorama nacional, a percentagem de idosos no concelho de Torres Vedras tem aumentado e os indicadores de envelhecimento são reflexo disso. Se tivermos em conta os dados do PORDATA referente à percentagem de idosos, é possível referir que se verifica um aumento da percentagem de pessoas com 65 ou mais anos entre o ano de 2011 (19.1%) e o ano de 2016 (20,5%). Como consequente, o índice de envelhecimento, ou seja, o número de idosos por cada 100 jovens evoluiu de 121,9 em 2011 para 142,1 em 2016. Posto isto, o envelhecimento pode estar associado a um processo de perdas, particularmente relacionado com doenças crónicas, demências e onde o grau de dependência influencia diretamente a vida do idoso e da sua família. Neste âmbito surge a figura do cuidador informal, isto é, alguém próximo à pessoa que necessita de assistência e que assegura os cuidados básicos de uma forma informal, de modo a suprimir a incapacidade da pessoa a cuidado.

Neste sentido, importa perceber quais os motivos e circunstâncias para a aquisição do papel de cuidador informal, identificar as maiores dificuldades do cuidador durante o processo do cuidado, compreender como os cuidadores informais ultrapassaram essas dificuldades, perceber se (e quando) o cuidador informal recorreu ao apoio do assistente social, e em que medida considera o apoio deste profissional como uma forma de ultrapassar as dificuldades inerentes ao cuidado informal. Posto isto, a questão de investigação que suscitou interesse de pesquisa no presente estudo foi “como é que os cuidadores informais do concelho de Torres Vedras ultrapassam as dificuldades inerentes ao ato de cuidar de uma pessoa idosa dependente”, pelo que foram definidos os seguintes objetivos:

Esta investigação tem como objetivos gerais:

- ✚ Sistematizar as estratégias adquiridas pelos cuidadores informais referente aos momentos de dificuldade que surgiram durante o cuidado informal à pessoa idosa dependente, em contexto domiciliário, no concelho de Torres Vedras.
- ✚ Definir linhas orientadoras de intervenção com os cuidadores informais para o Serviço Social

E tem como objetivos específicos:

- a) Identificar as características sociodemográficos do cuidador informal, no concelho de Torres Vedras
- b) Perceber quais os motivos que levaram o cuidador informal a assumir o papel de cuidador principal
- c) Identificar fatores de *stress* dos cuidadores informais no processo do cuidado
- d) Identificar fatores de proteção para os cuidadores informais
- e) Descrever os mecanismos utilizados pelo cuidador informal de forma a superar as dificuldades encontrados durante o processo do cuidado
- f) Perceber se os cuidadores informais recorreram ao apoio do assistente social e qual o tipo de intervenção realizado

### **3. Universo e Amostra**

Segundo Duarte (2002), a definição de critérios segundo os quais serão selecionados os sujeitos que vão compor o universo de investigação é algo primordial, pois interfere diretamente na qualidade das informações a partir das quais será possível construir a análise e chegar à compreensão mais ampla do problema delineado. Posto isto, no âmbito desta investigação sobre os cuidadores informais de pessoas idosas dependentes, a população alvo considerada foram os cuidadores informais primários que prestam cuidados a tempo inteiro, de forma contínua e residentes no concelho de Torres Vedras. Um outro critério para a elegibilidade da população alvo era cuidar de pessoas idosas dependentes há pelo menos dois anos, pois é possível considerar que os cuidadores que exerçam cuidados durante esse tempo, já possuem alguma experiência em cuidados informais e possivelmente passaram por algum momento de *stress* ou até sobrecarga, podendo afirmar alguma opinião sobre os fatores de *stress*, fatores de proteção e narrar experiências acerca dos mecanismos que utilizaram para ultrapassar as dificuldades sentidas.

Após a seleção da população alvo e atendendo que no método indutivo da pesquisa qualitativa considera-se os indivíduos como seres com individualidade própria e única, afirmando experiências de vida variadas, considerou-se a utilização de uma amostra não probabilística. De entre os métodos de seleção não-probabilísticos, optou-se pela recolha da amostra de informantes estratégicos por “bola de neve”, cujo método é útil para pesquisar grupos difíceis de serem localizados ou estudados, bem como quando não há precisão sobre a sua quantidade, no sentido em que requer o conhecimento das pessoas pertencentes ao grupo ou reconhecidos por estas para localizar informantes para estudo (Vinuto, 2014). A amostra constituiu-se por oito prestadores de cuidados informais a pessoas idosas dependentes. A razão principal da seleção do número da amostra foi a acessibilidade, embora em alguns itens da entrevista se chegasse à saturação de informação. Destes cuidadores, apenas dois possuem formação na área dos cuidados. Referente ao grau de dependência das pessoas idosas, seis idosos detêm o 1.º grau de dependência e quatro idosos detêm o 2.º grau de dependência (segundo o Instituto da Segurança Social). Importa realçar que dois cuidadores prestam cuidados em simultâneo a dois idosos dependentes, nomeadamente, a um idoso com o 1º grau de dependência e a outro idoso com o 2º grau de dependência.

## **4. Técnicas de Recolha de Dados**

### **4.1. Entrevistas Exploratórias**

De modo a contruir o guião de entrevista aos cuidadores informais, foram realizadas entrevistas exploratórias a dois profissionais de saúde ligados ao apoio domiciliário, nomeadamente, a um/a enfermeiro/a e a um/a médico/a de família. Segundo Piovesan e Temporini (1995:321) “define-se pesquisa exploratória, na qualidade de parte integrante da pesquisa principal, como o estudo preliminar realizado com a finalidade de melhor adequar o instrumento de medida à realidade que se pretende estudar”, isto é, um estudo preliminar destinado a desenvolver ou refinar hipóteses, ou a testar e definir os métodos de recolha de dados, sendo uma extensão da pesquisa descritiva (Polit y Hungler, 1987). Segundo Polit e Hungler (1987), algumas razões para o investigador adotar este método devem-se à curiosidade e desejo por uma compreensão mais rica do fenómeno ou para estimar a viabilidade e custo de integrar um projeto de pesquisa mais extensivo, com uma versão menor do estudo.

As entrevistas realizadas a estes profissionais mostraram-se relevantes, no sentido em que os cuidados de saúde primários proporcionam o primeiro nível de contacto do indivíduo, da família e da comunidade aos cuidados de saúde existentes, permitindo a aproximação da assistência dos cuidados aos locais onde a população vive e trabalha. Neste sentido, a prestação de cuidados de enfermagem à pessoa dependente e/ou família pode acontecer no domicílio da pessoa que carece de cuidados, quando as limitações ou condições de vida da mesma não permitem a sua deslocação aos centros de saúde para receber os cuidados que necessita e aos quais têm direito (Ferreira, 2013). Referente à relevância da entrevista realizada ao médico, Gonçalves (2014:7) expõe que os médicos de família detêm um contacto mais próximo da realidade em que o cuidador e o indivíduo dependente estão inseridos e são frequentemente o primeiro recurso dos cuidadores informais perante uma situação de sobrecarga. O médico de família surge como um elemento que está próximo da realidade não só do binómio cuidador informal - pessoa dependente, como da família onde ambos estão inseridos e dos apoios e/ou ajudas que a comunidade a que pertencem possui. Posto isto, será importante evidenciar que foram realizadas duas entrevistas apenas a profissionais de saúde, no sentido em que foi tido como garantido o apoio e acompanhamento destes profissionais no ambiente familiar do cuidador informal e da pessoa idosa dependente, através do apoio domiciliário no concelho de Torres Vedras. Por outro lado, verificou-se que o assistente social contactado não realizava um acompanhamento tão direto e presente, concluindo-se assim que a entrevista realizada ao profissional não seria uma mais-valia para integrar este estudo.

### **4.2. Entrevista Semiestruturada**

Na base das técnicas de recolha de dados estão ações fundamentais como observar, ler e perguntar. Na investigação de carácter social, a utilização da informação disponível constitui uma ferramenta indispensável ao investigador (Caixeiro, 2014:381). Segundo Fantinato (2015), a entrevista constitui

uma técnica de interação social, em que uma das partes procura obter dados e a outra se apresenta como fonte de informação. As entrevistas podem ser individuais ou em grupo, sendo que, em função do grau de sistematização, podem ser semiestruturadas, onde a comunicação é focalizada, com perguntas abertas e as perguntas estão escritas num guia ou roteiro flexível. Neste sentido, o tipo de informação desejada é que irá determinar a escolha do tipo de entrevista: histórias de vida (biografias pessoais), entrevistas aprofundadas, inquéritos, questionários, testes, etc. (Santos, 1999:404).

A principal técnica de recolha de dados utilizada na presente investigação foi a entrevista semiestruturada. Segundo Triviños (1987), a entrevista semiestruturada parte de certos questionários básicos, apoiados em teorias e hipóteses, que interessam à pesquisa, e que, em seguida, oferecem amplo campo de interrogativas, fruto de novas hipóteses que vão surgindo à medida que se recebem respostas do informante. Este tipo de entrevista valoriza a presença do investigador e oferece todas as perspetivas possíveis para que o informante alcance a liberdade e a espontaneidade necessária, enriquecendo a investigação. A entrevista semiestruturada, no enfoque qualitativo, é resultado não só da teoria que alimenta a ação do investigador, mas também de toda a informação recolhida sobre o fenómeno social.

Referente ao propósito da entrevista, Triviños (1987) indica que cabe ao investigador ser explícito em relação aos objetivos da entrevista, no sentido em que o entrevistado deve saber, em geral, o que é que se deseja dele e qual pode ser a sua contribuição para o esclarecimento da situação que interessa. Segundo Lakatos e Marconi (2003), a preparação da entrevista é uma etapa importante da pesquisa. Neste contexto, evidencia-se que os guiões das entrevistas, realizados no âmbito da presente investigação, foram estruturados tendo como apoio os objetivos do estudo e que, por sua vez, estão ancorados nas dimensões conceituais que norteiam a presente dissertação.

### **4.3. Análise Documental**

Uma outra técnica de recolha de dados utilizada na presente investigação foi a análise documental. Nascimento (2009) expõe que no círculo documental, a análise particulariza a decomposição do documento para compreensão da sua forma e conteúdo: suas partes constituintes. A análise documental estabelece parâmetros teórico-metodológicos, de natureza descritiva, que explicitam os procedimentos do fazer analítico que levam à identificação de conceitos no documento. De acordo com Pimentel (2001), os estudos baseados em documentos como material primordial, sejam revisões bibliográficas ou pesquisas historiográficas, extraem deles toda a análise, organizando-os e interpretando-os segundo os objetivos da investigação proposta. Nascimento (2009) refere que os métodos da análise documental consistem em descrever formalmente o documento físico; identificar, selecionar e extrair conceitos do documento (conteúdo) e, por fim, o processo de análise. Neste sentido, os documentos analisados na presente investigação foram documentos oficiais de lei, nomeadamente, decretos-lei, projetos-lei, programas constitucionais: Lei nº 4/2007, de 16 de janeiro – As Bases Gerais do Sistema de Segurança Social; Portaria nº 68/2017, de 16 de fevereiro – Trabalho, Solidariedade e Segurança Social e Saúde;

Centro Nacional de Pensões – Complemento por Dependência, Instituto da Segurança Social, I.P; Decreto-Lei nº 101/2006, de 6 de junho – Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados; Portaria nº 38/2013, de 30 de janeiro – Ministério da Solidariedade e da Segurança Social; Portaria nº 50/2017, de 2 de fevereiro – Trabalho, Solidariedade e Segurança Social e Saúde; Projeto de Lei nº 801/XIII/ 3ª – Cria o Estatuto do Cuidador Informal e Reforça as Medidas de Apoio a Pessoas Dependentes.

## **5. Técnicas de Análise de Dados**

Segundo Teixeira (2003), após a recolha de dados, a fase seguinte da pesquisa é a de análise e interpretação. De acordo com o autor, estes dois processos, apesar de conceitualmente distintos, aparecem sempre estreitamente relacionados. Neste sentido, Gil (2008) refere que classicamente, a interpretação dos dados é entendida como um processo que sucede à sua análise. Nas pesquisas qualitativas, especialmente, não há como separar os dois processos e, por isso é que muitos relatórios de pesquisa não contemplam secções separadas para tratar dos dois processos. O que se procura na interpretação é a obtenção de um sentido mais amplo para os dados analisados, o que se faz mediante a sua ligação com conhecimentos disponíveis, derivados principalmente de teorias (Gil, 2008:177-178).

Para o tratamento de dados qualitativos foi utilizado a análise de conteúdo. Segundo Triviños (1987), a análise de conteúdo contém particularidades essenciais, nomeadamente, de ser um meio para estudar as “comunicações” entre os homens, colocando ênfase no conteúdo das “mensagens”; a “inferência” que pode partir das informações que fornece o conteúdo da mensagem ou de premissas que se levantam como resultado do estudo dos dados que apresenta a comunicação e, por último, de ser um “conjunto de técnicas”, no sentido em que a classificação, codificação e categorização dos conceitos são procedimentos indispensáveis na utilização deste método. Segundo Minayo (2001), pode-se destacar duas funções do conjunto de técnicas utilizadas na análise de conteúdo, nomeadamente, a verificação de hipóteses e/ou questões, ou seja, através da análise de conteúdo, podemos encontrar respostas para as questões e confirmar as hipóteses; e descobrir o que está por trás dos conteúdos manifestos.

No que concerne ao registo da entrevista, foi utilizado na presente investigação a gravação e posterior transcrição das entrevistas. Gil (2008), Carlomagno e Rocha (2016), expõem que as respostas fornecidas pelos elementos pesquisados tendem a ser variadas e, para que essas respostas possam ser adequadamente analisadas, torna-se necessário organizá-las mediante o seu agrupamento em categorias (ANEXO D). Para o melhor tratamento dos dados foi utilizado o programa MAXQDA versão 18, sendo um software internacionalmente reconhecido como ferramenta válida para pesquisas qualitativas, que por sua vez incorpora ferramentas visuais de análise e de mix-methods. Posto isto, é possível referir que é através do cruzamento de dados do enquadramento teórico, da análise das entrevistas semiestruturadas realizadas aos cuidadores informais, entrevistas exploratórias realizadas a dois profissionais de saúde e da análise documental, que é possível dar resposta face aos objetivos específicos do presente estudo.

## CAPÍTULO V – ANÁLISE DOS DADOS E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Neste capítulo procederemos à apresentação e discussão da análise de conteúdo das entrevistas semiestruturadas e exploratórias, assim como da análise documental, que irão dar resposta aos objetivos.

### 5.1. Caracterização Sociodemográfica do Cuidador Informal

<sup>1</sup>Quadro 5.1 - Caracterização Sociodemográfica dos Cuidadores Informais Participantes no Estudo

Participantes	Idade	Gênero		Estado Civil		Habilitações Literárias				Grau de Dependência do Idoso		Grau de Parentesco		Anos de Prestação de Cuidados	Formação na Área dos Cuidados à Pessoa Idosa		
		M	F	Casada	Divorciada	4º ano	6º ano	7º ano	10º ano	1º grau	2º grau	Filha	Nora		Sim	Não	
E1	61	0	1	1	0	0	0	0	0	1	0	1	1	0	3	0	1
E2	56	0	1	1	0	1	0	0	0	0	1	0	1	0	5	1	0
E3	71	0	1	1	0	1	0	0	0	0	1	0	0	1	3	0	1
E4	56	0	1	1	0	0	1	0	0	0	1	0	0	1	12	0	1
E5	61	0	1	1	0	0	0	1	0	0	0	1	1	0	9	1	0
E6	37	0	1	0	1	0	0	0	1	0	1	0	1	0	6	0	1
E7	50	0	1	1	0	0	0	1	0	0	1	1	1	0	20	0	1
E8	58	0	1	1	0	0	0	1	0	0	1	1	0	1	3	0	1
TOTAL	$\bar{x} = 56,25$	0	8	7	1	2	1	3	1	1	6	4	5	3	$\bar{x} = 7,63$	2	6

Fonte: Composição baseada nas entrevistas semiestruturadas

<sup>1</sup> O total de idosos com grau de dependência é 10 e não 8 porque dois cuidadores informais têm a cargo 2 pessoas idosas dependentes

Verificou-se que todos os cuidadores informais entrevistados são do sexo feminino, sendo que sete cuidadores informais se inserem no estrado civil de casada e apenas uma cuidadora informal integra o estado civil de divorciada. Os participantes estudados apresentam uma média de 56,25 anos (min: 37; máx. 71 anos). Referente às habilitações literárias, o nível mais alto de escolaridade apresentado é o de licenciatura e o mais baixo é de 4º classe. Observa-se uma predominância ao nível do 7º ano (três cuidadores informais).

Alusivo ao grau de dependência da pessoa idosa cuidada informalmente, seis pessoas idosas apresentam o 1º grau de dependência e quatro pessoas idosas apresentam o 2º grau de dependência (segundo os parâmetros da Segurança Social). Será importante realçar que dos oito cuidadores informais estudados, dois cuidam em simultâneo de duas pessoas idosas dependentes, sendo uma pessoa idosa do sexo feminino e outra do sexo masculino, em ambos os casos.

No que concerne ao grau de parentesco do cuidador informal em relação à pessoa idosa dependente, em cinco dos oito casos expostos, corresponde a ser a filha a cuidar do pai e/ou mãe; enquanto que em três dos oito casos corresponde a ser a nora. Em relação aos anos de prestação de cuidados, os participantes neste estudo apresentam uma média de 7,63 anos de cuidados (min. 3; máx. 20 anos), cuja moda é 3 anos.

Por fim, dos cuidadores informais estudados, apenas dois apresentam alguma formação na área dos cuidados à pessoa idosa, sendo que um deles se deve a motivos profissionais, nomeadamente, por ter trabalhado numa instituição de apoio à 3ª idade, enquanto que o outro procurou obter formação sobre a prestação informal de cuidados e sobre as patologias relacionadas com o idoso, particularmente, formações sobre a doença de Parkinson e Alzheimer.

## **5.2. Apresentação e Discussão do Conteúdo das Entrevistas e Documentos Analisados**

Referente ao cruzamento de dados do enquadramento teórico na presente dissertação e da análise das entrevistas semiestruturadas, entrevistas exploratórias e da análise documental realizada, surgiram três conceitos, nomeadamente “Envelhecimento”; “Cuidador Informal da Pessoa Idosa Dependente” e “Apoio do Assistente Social”. O conceito “Envelhecimento” integra a dimensão “Dependência”<sup>2</sup>. O conceito do “Cuidador informal da pessoa idosa dependente” integra quatro dimensões: “Motivos para assumir cuidado informal”; “Fatores de *stress* ligados ao ato de cuidar”; “Estratégias para superar dificuldades” e “Aspetos positivos do cuidado”. Por fim, o conceito “Apoio do Assistente Social” integra três dimensões: “Políticas sociais destinadas à pessoa idosa dependente”; “Políticas sociais destinadas

---

<sup>2</sup> Sendo os cuidadores informais o foco do estudo, outras dimensões do envelhecimento não foram exploradas (como por exemplo, o envelhecimento biológico, físico, económico, social, psicológico, cultural, intervenção familiar, fragilidade).

ao cuidador informal” e “Intervenções do Assistente Social”. De cada dimensão emergiram diversas subdimensões, que serão exploradas nas páginas seguintes.

### 5.2.1. Envelhecimento

Após a análise das entrevistas e, baseando-me em Chau *et. al* (2012:117) quando afirma que um dos desafios prementes no processo de envelhecimento é, portanto, a dependência que, como qualquer outro fenómeno desta fase da vida, é visto (...) como o resultado de um declínio e uma deterioração com perda do funcionamento mental e físico. Posto isto, foram agrupadas as unidades de registo em apenas uma dimensão, nomeadamente, *Dependência*.

#### 5.2.1.1. Dependência

Nesta categoria agrupamos os significados das declarações em torno de duas subdimensões:

**Figura 5.1 – Frequência da Dimensão Dependência**



**Fonte:** Preparado com suporte informático MAXQDA

#### *Estado de Saúde da Pessoa Idosa Dependente*

O discurso dos participantes retrata que a saúde mental da pessoa idosa, nomeadamente, a presença de patologias constitui um desafio para o cuidador informal, na medida em que surge a dificuldade de estabilizar a pessoa dependente, a dificuldade de lidar com os sintomas inerentes à doença e a dificuldade na comunicação, tornando-se difícil cuidar da pessoa idosa dependente:

“Os desafios são muitas vezes não saber o que é que eu ei-de fazer (...) de tentar acalmá-la nos momentos de maior instabilidade, de ela estar completamente desorientada, por exemplo, o meu pai faleceu em abril e eu só lhe disse, para aí, sei lá, em novembro. Ela não sabia e isto é difícil de digerir e, mesmo depois de eu lhe dizer ela pergunta o que é o almoço dele, se a roupa dele está preparada e, daqui a bocadinho ela diz “á ele já morreu”. A própria doença é muito difícil (...) e quando ela me sobrecarrega de perguntas que é difícil de responder” (E1)

“é difícil, comunicar com ela, porque ela é surda completamente (...) e não sabe ler, não sabe escrever, nem escrita a gente consegue e, depois, já tem alguma demência, portanto, esquece-se completamente do que é que perguntou à 5 minutos ou o que é que fez à 5 minutos” (E8)

Os participantes mencionaram que a saúde da pessoa idosa e o grau de dependência funcional associado à idade e a doenças crônicas também constitui um desafio que o cuidador enfrenta, no sentido em que a pessoa idosa necessita de auxílio contante, de modo a controlar a doença crônica ou para satisfazer as suas necessidades diárias. De acordo com Francisco (2012), a necessidade de ser cuidado, sendo transversal a todo o ser humano ao longo do seu ciclo vital, apresenta uma maior expressão no grupo das crianças e dos idosos, devido à necessidade que apresentam de auxílio na realização das suas atividades de vida diárias. Neste sentido, as necessidades e dificuldades apresentadas pelos cuidadores informais dependem não só de constrangimentos pessoais como também de vários fatores inerentes à pessoa cuidada, nomeadamente, grau de dependência, idade e patologia.

“Os desafios é a incerteza do dia-a-dia, porque devido à diabetes está sempre um bocadinho descontrolada, tem infeção urinária crónica, com bactérias, tem de ir ao hospital quase que mensalmente, às urgências, e esse é o maior desafio, é estar sempre atenta a qualquer reação”(E6)

“Porque ele é um doente difícil, muito difícil de lidar com ele, muito porque tem que estar deitado, não mexe nada, nem as mãos, nem os braços (...) é um corpo completamente hirto” (E7)

### ***Incapacidade***

Verifica-se no discurso dos participantes que todas as cuidadoras evidenciaram a necessidade de cuidados devido à incapacidade funcional da pessoa idosa para realizar as atividades básicas e instrumentais da vida quotidiana. Constata-se que algumas cuidadoras informais mencionaram a necessidade de prestação de cuidados devido ao estado de declínio cognitivo da pessoa idosa e que, por consequente, levou à necessidade de auxílio nas atividades diárias. Neste sentido, a pessoa dependente, por motivos de doença do fórum psíquico torna-se incapacitada para realizar qualquer tarefa quotidiana básica, como a higiene e alimentação:

“para além da higiene diária (...) dou-lhe as refeições na boca, e de resto, ela precisa que lhe faça tudo, ela nem as mãos tira debaixo da roupa na maior parte das vezes (...) ela está na situação de acamada à quase um ano (...) o desafio de a tentar estabilizar, de tentar acalma-la, isso é terrível; de tentar acalma-la nos momentos de maior instabilidade, de ela estar completamente desorientada” (E1)

“a mãe já acaba por não ser a mesma mãe com quem eu vivi, é a mãe que já tem algumas demências de momento, já é uma mãe que já tem problemas motores, é uma mãe diferente (...)

No entanto, a maioria dos participantes referiu apenas a incapacidade física da pessoa idosa como o único fator para a necessidade de auxílio na realização das atividades diárias, no sentido em que a pessoa idosa dependente está perfeitamente lúcida, no entanto, não consegue realizar as suas atividades quotidianas, tornando-se assim dependente de outra pessoa para realizar as tarefas. Segundo Fagundes, Pereira, Bueno, Assis (2017), o termo incapacidade refere-se às deficiências ou alterações das funções e estruturas do corpo, limitações das atividades, restrições da participação e à magnitude das barreiras dos fatores ambientais, traduzindo-se assim nos aspetos negativos da interação entre um indivíduo e os seus fatores contextuais. De acordo com estes autores, a demência corresponde a uma das principais causas de incapacidade e dependência na velhice, ocasionando a necessidade de cuidados constantes.

“levanto-a, dou-lhe o pequeno-almoço, depois dou-lhe o almoço, o lanche, o jantar, deito-a, e basicamente é esse os cuidados, e da roupa dela, da higiene da casa, trato de tudo” (E6)

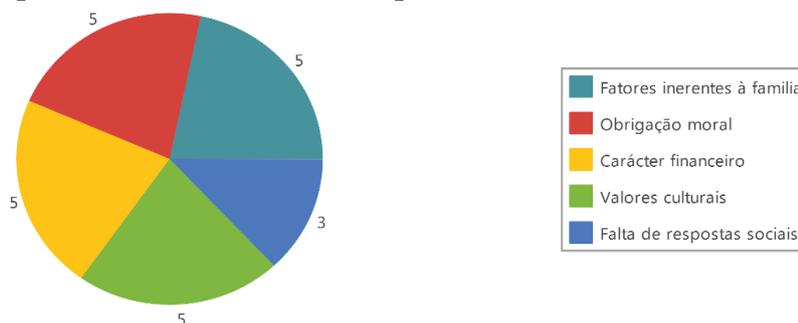
### 5.2.2. Cuidador Informal da Pessoa Idosa Dependente

Após a análise das entrevistas e baseando-me em Ferreira e Wong (2007:99) e Cunha (2011:1), o cuidador informal é geralmente um familiar que surge na esfera privada de cuidados, tratando-se de uma relação não institucional e com função de cuidar das necessidades físicas e emocionais da pessoa idosa dependente. Nascimento (2014) expõe que os cuidadores informais surgem da necessidade de cuidar, contudo estes cuidadores têm frequentemente dificuldades no desempenho do seu papel, dado que este tipo de cuidado pressupõe uma aprendizagem permanente, baseada nas necessidades da pessoa. Posto isto, agrupei as unidades de registo em quatro dimensões: *Motivos para assumir cuidado informal; Fatores de stress do cuidador informal ligados ao de cuidar; Estratégias do cuidador informal para superar dificuldades; Aspetos positivos do Cuidado.*

#### 5.2.2.1. Motivos para Assumir o Cuidado Informal

É neste contexto que se situa o foco referente ao estudo dos motivos que conduzem os cuidadores informais de pessoas idosas dependentes a assumir a prestação dos cuidados. Nesta dimensão agrupei os significados das declarações obtidas em torno de cinco subdimensões:

**Figura 5.2 – Frequência da Dimensão Motivos para Assumir o Cuidado Informal**



**Fonte:** Preparado com suporte informático MAXQDA

## ***Valores Culturais***

Evidencia-se na análise de conteúdo das entrevistas o facto de alguns cuidadores informais se verem como principais responsáveis por assumir o cuidado devido a questões culturais, nomeadamente, ao modelo tradicional de família (visto como uma obrigação e a cultura considerar uma tarefa honrosa):

“porque é minha mãe e é uma pessoa, um ser humano, merece ter dignidade, viver com dignidade, trabalhou e lutou pela vida e peço os seus dias ser dignos, como qualquer pessoa“(E2)

“eu só digo assim, que todos os filhos façam aquilo que eu faço ao meu pai, porque se ele nos criou, também nós temos que os criar agora, é só isso” (E5)

Nos testemunhos dos cuidadores, além das normas e pressões sociais, é possível observar o espírito de dádiva e solidariedade para com o próximo, nomeadamente, a componente de valorização da interação entre gerações como motivo para assumir o cuidado informal. Neste âmbito, foi evidenciado pelos participantes o facto de o cuidador considerar que assumir o cuidado seria o melhor que podia fazer pela pessoa dependente, pois estaria em volta da família. Neste sentido, Saraiva (2011), expõe que a prestação de cuidados informais é uma prática profundamente enraizada nos valores culturais da sociedade portuguesa. O autor considera como razões e/ou motivações para se assumir como cuidador/a informal: o modelo tradicional de família, a cultura de solidariedade, as normas e a pressão social. Em sentido de concordância, Grácio (2014) expõe que o apoio informal pelo tipo de pessoas envolvidas, para além de uma obrigação, é prestado pelo espírito de dádiva, questões culturais e solidariedade para com o próximo. De acordo com Minayo e Coimbra (2002), a maioria das sociedades valoriza a interação entre as gerações como uma das bases da construção da cultura.

“Porque eu achei que era o melhor para ele, ele estando na casa dele e para ele era melhor (...) por eles estarem em família, à volta da família (...) na cama dele, no quarto dele e com os filhos, os netos, vá, neste caso como a filha (...) eu sinto que ele está feliz porque ele ri com os netos (...) e eu acho que é o mais positivo de ele estar aqui, é estar no meio da família” (E7)

## ***Caracter Financeiro***

No discurso dos prestadores informais de cuidados foi evidenciado como motivo para assumir o cuidado informal, a falta de opções devido à escassez de recursos económicos e ao facto de sentirem os custos de adesão aos recursos e equipamentos disponíveis como elevados. Neste âmbito, Grácio (2014) menciona que cada vez mais as famílias vêm assumindo os cuidados dos seus familiares idosos pela escassez dos recursos financeiros. Nascimento (2014) refere a herança como um motivo económico para assumir o papel de cuidador, no sentido em que a herança funcionava como um incentivo aos familiares a proporcionarem o apoio que o idoso dependente necessitava.

“os motivos que me levaram a assumir o papel (...) foi monetário (...) um lar particular era muito

caro, não tinha condições, nem financeira para pôr alguém a olhar pela minha mãe, ou ia para um lar a pagar mil e tal euros, do qual não podíamos, que ela tem uma reforma 300 e poucos euros” (E2)

“não queríamos pô-los num lar, não queremos nem se calhar podemos porque pô-los num lar também não é barato” (E8)

### ***Falta de Respostas Sociais***

O participante da entrevista 2 (E2) refere no seu discurso que assumiu o cuidado informal ao seu familiar idoso dependente devido à dificuldade de institucionalização, nomeadamente, devido à falta de respostas sociais no Serviço de Apoio Domiciliário e devido ao tempo de colocação em Lar através da Segurança Social. Neste sentido, Grácio (2014) expõe que cada vez mais as famílias vêm assumindo os cuidados aos seus familiares idosos pela dificuldade da institucionalização do idoso.

“não havia disponibilidade para um lar social, e ela precisava de cuidados (...) é muito demorado, precisamos de estar muito tempo à espera e as pessoas precisam de ser cuidadas, alguém tem que o fazer (...) ou mesmo o sistema social de apoio domiciliário, são coisas muito demoradas, que não nos facilitam a vida, porque precisamos de respostas rápidas e não a temos (...) a ASAS vinha nos ajudar, fazia a higiene, pago particular na mesma; eu tinha o resto do dia para ser eu a cuidar (...) e tudo isso tive que assumir” (E2)

### ***Obrigação Moral***

A motivação afetiva é identificada em alguns discursos dos participantes como motivo para assumir o cuidado informal, estando ligado à vontade de contribuir para a reciprocidade de cuidados, devido ao facto de a pessoa idosa dependente ter sido uma fonte de apoio para o cuidador e ao dever moral, particularmente, ao grau de parentesco. De acordo com Augusto, Silva e Ventura (2009), grande parte dos filhos não esperavam que se tornariam cuidadores, assim, a escolha acaba por ser tomada diante de uma determinada situação, tornando o cuidar além de um ato de reciprocidade de cuidados, também uma questão de obrigação moral. Neste âmbito, Saraiva (2011), expõe como motivos as experiências anteriores de cuidar e a motivação afetiva.

“porque é minha mãe (...) pretendo fazer com que ela se sinta confortável” (E2)

“A primeira opção foi cuidar (...) até que eu possa, não é? Por motivos emocionais, eu disse ao meu marido, trato tão bem da tua mãe como tratei da minha, é igual, e espero trata-la até ao fim” (E3)

Cruz et al. (2010) evidenciam a situação atual de emprego como fator inerente ao cuidador para assumir o cuidado. Saraiva (2011) menciona a vontade de auxiliar. O discurso dos participantes é o

espelho do que foi referido anteriormente; evidencia-se o facto de estar reformado/a ou a situação atual de emprego como fator para assumir o cuidado informal, fator esse que está ligado à vontade de auxiliar:

“eu sou doméstica ajudo no que posso. Como estamos aqui, acabamos por ficar com eles aqui (...) ficamos muito contentes connosco de fazer o melhor que podemos enquanto eles cá estão, é isso que me dá um descanso a mais é saber que fizemos enquanto eles precisam, fazemos o melhor que podemos” (E8)

### ***Fatores Inerentes à Família***

No discurso dos participantes é possível entender que as características da família nuclear podem-se constituir como fatores para assumir o cuidado informal, nomeadamente, pelo facto de ser filho único e a indisponibilidade de outros membros familiares, sendo que estes fatores estão associados à questão de dever familiar. Neste sentido, Saraiva (2011) expõe que os fatores inerentes à família compreendem as características da família nuclear, nomeadamente, a estrutura, o número de elementos, os relacionamentos e a fase de desenvolvimento. Segundo Grácio (2014), cada vez mais as famílias vêm assumindo os cuidados dos seus familiares idosos pelo seu dever familiar e moral.

“O motivo que me assumiu é que são dois irmãos, é o meu marido e outro, e o outro filho não toma conta, portanto eu assumi para tomar conta dela (...) é que a gente se não poder, ela terá que ir para um lar, que eu acho que os lares também são para isso, não é?” (E3)

“unicamente porque não tinha mais ninguém disponível para fazer e interessada (...) tentar pensar que não há ninguém que o faça e eu tenho mesmo que o fazer” (E4)

Uma outra razão inerente ao cuidador prende-se pelo respeito pela vontade do idoso (Cruz, Loureiro, Silva y Fernandes, 2010). Foi evidenciado na análise de conteúdo das entrevistas o respeito pela vontade da pessoa idosa em não querer ir para um Lar como motivo para assumir o cuidado informal, no sentido em que, para além da composição familiar, o respeito pela vontade do idoso também se constitui como um fator de decisão interna da família:

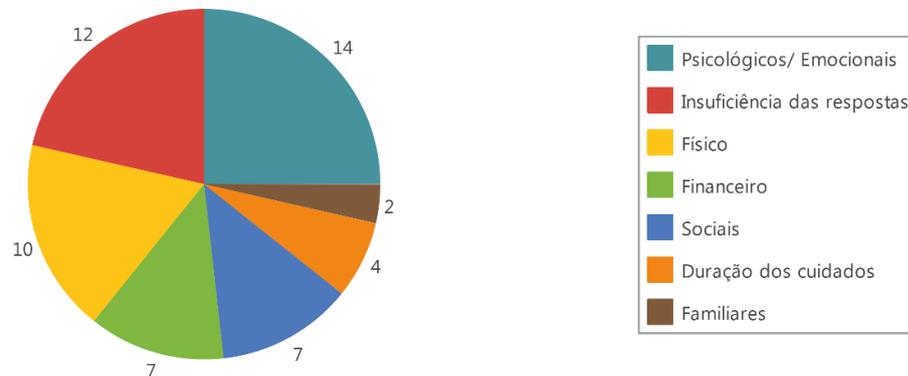
“ele quando estava consciente não queria ir para um lar e depois nós fizemos a vontade dele, por isso estamos a tomar conta dele, prontos, desde sempre” (E5)

### **5.2.2.2. Fatores de *Stress* Ligados ao Ato de Cuidar**

Existem evidências para o facto que o cuidado informal poderá resultar num aumento do *stress* e sobrecarga e, conseqüentemente, cuidadores com resultados de saúde negativos (Melo, Rua y Santos, 2014:144; Metzelthin, Verbakel, Veenstra, Exel, Ambergen y Kempen, 2017). Neste sentido, Silva e Santana (2014), mencionam no seu estudo alguns fatores que contribuem para a tensão, *stress* e prejuízos na qualidade de vida dos cuidadores, particularmente, o acúmulo e sobreposição de tarefas e papéis,

deficiências no sistema de saúde, alto custo do cuidado domiciliar do idoso dependente, falta de conhecimento sobre as atividades relacionadas com o cuidado e isolamento social. Posto isto, esta dimensão foi agrupada em sete subdimensões:

**Figura 5.3 – Frequência da Dimensão Fatores de *Stress* Ligados ao Ato de Cuidar**



**Fonte:** Preparado com suporte informático MAXQDA

### ***Sociais***

Um fator de *stress* social evidenciado pelos cuidadores informais refere-se à restrição da vida social, ao qual os cuidadores apontam a escassez de saídas sociais, o tempo limitado e controlado, a insuficiência do tempo para atividades vida diária, como por exemplo, fazer compras e a falta de privacidade. Neste âmbito Cruz, et al. (2010) expõem que as dificuldades do cuidador informal decorrem da restrição da vida social.

“Eu vou a um sítio qualquer, tenho que limitar-me; não posso ir às compras, porque hoje é dia de o levantar da cama e o ir vestir, não posso ir para Torres de manhã porque depois tenho medo de não estar despachada a horas (...) portanto eu tenho que estar sempre com o meu tempo controlado por causa disso, estar limitada” (E4)

Prescindir de tudo quanto é saída, fins-de-semana é completamente, é a “clausura absoluta” (E1)

“Agora mudanças na minha vida são muitas, porque a privacidade é mínima” (E8)

Foi também referido por duas cuidadoras informais que a prestação do cuidado informal ocupa a totalidade do seu tempo livre, sendo restringido o tempo para tratar da sua saúde física, tirar férias ou para frequentar qualquer evento festivo:

“as únicas férias que tive foi quando fui operada e teve cá uma senhora que paguei para elas cá estarem a tomar conta do meu pai” (E5)

“eu vivo isto 24 horas, 365 dias por ano, não é? Eu não tenho férias, eu não tenho natal, eu não tenho passagem de Ano, eu não tenho nada” (E6)

Na entrevista exploratória realizada, o/a enfermeiro/a evidenciou a restrição da vida própria do cuidador informal como fator de *stress*, ao qual a restrição da vida social apresenta um maior efeito de *stress* nos cuidadores mais novos, devido à falta de tempo para o autocuidado e atividades:

“Dos cuidadores mais novos, o caso dos filhos que tomam conta dos pais, é o facto de não terem tempo para elas, portanto vivem 100% em função do utente, essa parte é a mais difícil” (EEE)

### ***Familiares***

No discurso dos cuidadores informais é notável evidenciar a alteração na rotina familiar incitada pela prestação do cuidado informal, nomeadamente, no que se refere ao tempo do cuidador disponível para a família, as privações na vida familiar e a privacidade da família. Neste sentido, Fernandes e Garcia (2009b) referem que as alterações na dinâmica familiar podem, indiretamente, causar tensão por afetar de maneira adversa as condições de vida, experiências vividas e necessidades sentidas pela cuidadora e, por sua vez, realimentar a continuidade do processo. As alterações bruscas, muitas vezes radicais, que se operam na dinâmica familiar quando um dos seus membros se torna dependente, compelindo um outro a assumir o papel de cuidador, desarticulam e desestabilizam as personagens funcionais da dinâmica familiar anterior à incapacidade dessa pessoa.

“agora a respeito da vida familiar, mexeu muito, claro que mexe com a vida familiar porque é uma pessoa (...) tenho menos tempo disponível para a família, sei que eles também fazem um esforço para que as coisas resultem, mas é um bocadinho complicado nesse aspeto” (E2)

“nós privamo-nos de muitas coisas, ainda agora no domingo de páscoa era para fazermos um almoço de família, já não pude (...) Não podemos nos juntar com as outras filhas porque não podia sair daqui e para virem aqui para casa também faziam barulho e ela estava naquela coisa de muita tosse (...)E eu disse “olha domingos de páscoa há-de haver muitos se deus nosso senhor quiser e agora o próximo domingo, um ou outro, juntamo-nos, primeiramente a avó” (E3)

### ***Psicológicas/ Emocionais***

“ainda agora ela esteve mais atacada com a tosse da pneumonia e eu não era capaz dormir de noite porque estava sempre a ouvi-la e então eu era uma pessoa que estava sempre levantada, sempre a ver se ela precisava de alguma coisa, a por as almofadas atrás das costas para ela respirar melhor (E3)

“o desafio maior é comigo mesma, é enfrentar às vezes o passado e ”engolir sapos” e não fazer aquilo que me apetecia fazer e ter que fazer as outras, isso é o desafio diário” (E8)

No discurso dos prestadores informais de cuidados, os fatores de *stress* psicológicos e/ou emocionais relacionam-se com a ansiedade, baixa autoestima situacional, irritabilidade,

(particularmente com a personalidade da pessoa idosa) e dificuldade em descansar decorrente da tensão que o cuidado informal diário exerce, nomeadamente, a preocupação constante com a pessoa cuidada. Evidencia-se alterações emocionais relacionadas com a constante preocupação com a pessoa a cuidado, particularmente, pouco descanso e insónias, evitar saídas com receio de deixar a pessoa idosa sozinha, ter receio que aconteça alguma coisa com a pessoa dependente e temer que não seja capaz de prestar auxílio, o que causa sentimentos de ansiedade e *stress*. Por outro lado, constituem-se como fatores de *stress* psicológicos e/ou emocionais a personalidade da pessoa idosa dependente, nomeadamente, os gostos pessoais que divergem, a lembrança de conflitos pessoais provenientes do passado e o desagrado da pessoa cuidada para com o cuidado prestado, o que pode levar a situações de irritabilidade por parte do cuidador informal. A baixa autoestima situacional também foi evidenciada nas entrevistas realizadas aos cuidadores informais, ao qual surge como momentos resultantes da tensão, do *stress* e dos desafios inerentes à prestação informal de cuidados: o cansaço, o esforço, o tempo limitado e controlado, a preocupação constante e o receio de não executar uma boa prestação de cuidados.

Segundo Fernandes e Garcia (2009b), a tensão do cuidador familiar de idosos dependentes constitui um fenómeno multidimensional que se evidencia por alterações emocionais, nomeadamente, depressão, ansiedade, baixa autoestima situacional, pesar e irritabilidade. As alterações emocionais, especialmente a depressão, a ansiedade e a baixa autoestima situacional constituem problemas importantes, atingindo principalmente as mulheres que respondem mais intensamente à tensão e passam mais tempo centradas nas atividades de cuidado ao idoso e da casa.

Corroborando as ideias e pareceres mencionados por estes autores (*idem*), a falta de preparação para exercer o cuidado informal também foi evidenciada pelos cuidadores informais, particularmente, a sensação de falta de formação para lidar com os desafios que a doença delimita, a dúvida quanto às capacidades do próprio cuidador, a falta de preparação emocional para lidar com a pessoa a cuidado em diferentes fases da vida e o contacto com a intimidade da pessoa a cuidado:

“Ai, é um turbilhão de emoções, que é nossa mãe, precisa de ser cuidada (...) “será que vou ser capaz?” (...) a mãe já acaba por não ser a mesma mãe com quem eu vivi, é a mãe que já tem algumas demências de momento, já é uma mãe que já tem problemas motores, é uma mãe diferente (...) e falta de um bocadinho de formação (...) um bocadinho de insegurança” (E2)

“na altura em que ele foi operado e veio com a sonda e oxigénio e fios por todos os cantos, e argálias e sacos dessas coisadas todas, eu tive que aprender com isso sim. Não desisti, nem mesmo nessa vez, não desisti em pô-lo no lar (...) altura foi mesmo muito difícil porque era de noite e de dia, porque ele tinha febre, teve tudo e mais alguma coisa, mas nunca desisti” (...) a verdade é que sinto que tenho um peso muito grande porque a minha mãe agora também já não está (...) já são 84 e eu tenho uma família com outras pessoas dependentes de mim” (E7)

## ***Financeiro***

Os participantes consideram as pensões sociais atribuídas à pessoa idosa dependente como a única fonte de rendimento face às despesas incitadas pelo cuidado informal, o que acaba por ser uma fonte de *stress*, visto que consideram insuficientes, pois é referido que a prestação social não chega para fazer face às despesas da pessoa idosa. Um outro participante evidencia como fator de *stress* financeiro o facto de não trabalhar e, deste modo, não fornecer o pagamento de contribuições para a segurança social, preocupando-se com o seu próprio futuro. Neste âmbito, Teixeira, *et al.* (2017), referem no seu estudo que 42% dos cuidadores não trabalhadores e membros da União Europeia estão no último quartil de rendimento mais baixo, isto significa que a nível financeiro, os cuidadores informais enfrentam problemas financeiros. De acordo com Rasgados e Santos (2010:3), os impactos negativos do cuidado informal apresentam consequências na atividade profissional e financeira, nomeadamente, a produtividade e o desempenho são afetados, assim como o aumento das despesas.

“ela tem a pensão de sobrevivência, 200 e tal euros, depois recebe mais 100 e qualquer coisa (...) pelo seu estado, deram-lhe como apoio e a mim dão-me 90 euros para eu cuidar dela, o que é que a gente faz com 90 euros, não é? E, é nesse aspeto que é assim, mais um bocadinho desafiante (...) porque tem que dar para mim porque eu não trabalho, (...) e para ela, para cuidar dela (...) e a minha vida, sinto que está parada, porque não tenho caixa” (E2)

“Os apoios são importantes mas não são suficientes, não chega nem para começar, quer dizer, só a despesa na farmácia, estamos a falar de uma fortuna (...) para a despesa que um doente deste tem: fraldas, cremes, tudo, tudo mais, tudo o que envolve esta doença, não temos assim muitos apoios; em termos de cadeiras de rodas, camas articuladas, resguardos, pronto, tudo”(E6)

Na entrevista exploratória foi mencionado como fator de *stress* a insuficiência dos apoios financeiros destinados ao cuidado informal e o facto do próprio cuidador não ser renumerado:

“era preciso que houvessem mecanismos de apoio por trás (...) apoio financeiro, porque hoje em dia recebe-se pela inserção social, estes cuidadores recebem à volta de 100 euros se o utente estiver dependente, mas o cuidador não recebe nada” (EEE)

## ***Físico***

O discurso dos participantes retrata que o desgaste e as preocupações causadas pelas atividades diárias de cuidado e ligadas ao aumento do número de pessoas a cuidado e para auxílio diário (leva ao aumento das atividades básicas e instrumentais sob responsabilidade), e em conjunto com as próprias limitações físicas evidenciados pelos participantes do estudo (escassez de saúde do cuidador informal, nomeadamente, problemas de saúde: agravamento de doenças prévias, ausência de força física, desgaste físico; em conjunto com o fator de idade cronológica), constituem fatores de *stress* e tornam a prestação

do cuidado mais árdua. De acordo com Fernandes e Garcia (2009b), a tensão do cuidador familiar de idosos dependentes constitui um fenômeno multidimensional que se evidencia por alterações biopsicossociais, tendo como atributos críticos alterações no estado físico, nomeadamente, doenças, sintomas psicossomáticos e/ou agravamento de doenças prévias. Rodrigues, Watanabe e Derntl (2006) referem no seu estudo que os cuidadores expressam que o desgaste causado pelas atividades de cuidado, aliado às preocupações diárias normais e também às próprias limitações ou incapacidades tornam a vida do cuidador mais penosa, podendo trazer danos ou maiores riscos à saúde.

“que é nossa mãe, precisa de ser cuidadas, mas por outro lado, a idade, os meus 56 anos já começo a senti-los, não é? Porque o corpo começa a cansar e há dias que estou esgotada” (E2)

“porque é muito difícil, principalmente eu ser sozinha e ter que dar-lhe banho (...) ainda esta noite quis me levantar para vir ao meu pai e o meu joelho não me deixou” (E5)

“passei a ter mais gente cá em casa para comer porque tenho cá a moça empregada, mais eles dois, portanto mais comidas para fazer” (E8)

A nível de problemas de saúde física foi evidenciado por alguns cuidadores informais participantes no estudo certas alterações no padrão do sono, nomeadamente, dificuldade em descansar devido à preocupação constante com a pessoa a cuidado e cansaço decorrente de tentativas de estabilização da pessoa idosa dependente. Em sentido de concordância, Valente (2016) expõe que a sobrecarga decorrente da execução do papel de cuidador leva a que expresse dor, mal-estar, cansaço, alterações no padrão do sono, ou seja, dificuldades físicas que conseqüentemente levam a que o cuidador sinta dificuldade no ato de cuidar.

“ela partiu a perna há quase um ano, portanto ela está na situação de acamada há quase um ano, mas já numa fase com muito menos estabilidade, portanto que eu até tinha dificuldade em descansar durante a noite, e o desafio de a tentar estabilizar (...) isso é terrível, terrível” (E1)

“eu não era capaz dormir de noite, porque estava sempre a ouvi-la e então eu era uma pessoa que estava sempre levantada, sempre a ver se ela precisava de alguma coisa, a por as almofadas atrás das costas para ela respirar melhor, a fazer essas coisas todas” (E3)

Evidencia-se na entrevista exploratória realizada que o/a enfermeiro/a participante no estudo, considera a idade cronológica do/a cuidador/a informal como fator de *stress* físico, no sentido em que a idade avançada acarreta limitações físicas e capacidades físicas diminutas, e, por conseqüente, conduz a uma maior dificuldade do cuidador para prestar cuidados informais:

“a maior parte dos cuidadores são idosos, essa maior parte precisava de alguém que tomasse contas deles, portanto o facto de estarem a tomar conta de alguém mais ou menos da mesma idade às vezes é muito complicado (...) as capacidades físicas já são muito diminutas (EEE)

### ***Insuficiência das Respostas/ Apoios***

Foi mencionado pelos cuidadores a insuficiência das respostas formais, nomeadamente, a falta de um serviço mais personalizado e que ofereça um maior apoio ao cuidador, a questão da falta de vagas disponíveis na instituição, a falta de orientação e acompanhamento na prestação do cuidado, a falta de apoios que promovam o descanso e a qualidade de vida do cuidador e o desagrado com a experimentação de um apoio social que promove o descanso do cuidador:

“o ASAS vinha nos ajudar, fazia a higiene particular, pago particular; eu tinha o resto do dia para ser eu a cuidar, porque eles fazem um trabalho naquela hora, fazem a higiene e pronto” (E2)

“quando ela veio do hospital ainda estava acamada e ainda fomos ali falar (ao ASAS) para virem cá a casa tratar dela, mas não tinham possibilidade, estavam muito sobrecarregados” (E3)

“ele esteve na \*\*\*\*\* (*unidade de apoio ao descanso do cuidador*) que diziam que era uma grande clínica, como deve de ser e “tatata” e afinal, vinha lá todo cheio de escaras, buracos nos pés, tava já quase curada a anca, apareceu outra, daí com uma perfuração enorme” (E5)

Segundo o estudo realizado por Saraiva (2011), a nível nacional e a nível local existe múltiplas e diversas respostas orientadas para os dependentes, mas são raras as respostas orientadas especificamente para os cuidadores. Os apoios informais fazem prevalecer um cuidado instrumental mais funcional e mais personalizado, de acordo com o contexto e a pessoa, e um cuidado afetivo, de comunicação e estimulação de atividade. Por outro lado, os apoios ou serviços formais centram-se sobretudo em assegurar cuidados de natureza instrumental, mais técnicos ou mais práticos. Neste sentido, Ferreira (2009) expõe que o suporte familiar, a rede social formal (constituída por instituições, serviços públicos ou privados) e informal (rede de amigos e voluntários), desempenham um papel importante, pois constituem fatores facilitadores no controlo de situações problemáticas, no sentido em que se não existir uma adequada resposta na comunidade por parte de profissionais devidamente treinados e formados, o cuidador principal sentir-se-á perdida(o) e sem saber a quem recorrer.

Os cuidadores informais consideram elementar o apoio das respostas sociais formais, sendo refletido como fator de *stress* a ausência destas mesmas respostas. Nesta análise de conteúdo é possível demonstrar que nas entrevistas realizadas aos cuidadores informais, estes apenas mencionaram a insuficiência das respostas formais existentes na sociedade, considerando que dão pouco apoio ao cuidador informal, que são insuficientes e que apresentam uma deficiente estrutura. Neste sentido, Cruz, Loureiro, Silva e Fernandes (2010) referem que as dificuldades do cuidador informal decorrem da insuficiência das respostas formais e informais (...) assim como a restrição da vida social. Fernandes e Garcia (2009b) expõem que o ajustamento à situação do cuidado por parte do cuidador depende (...) dos recursos formais e informais que os serviços e a comunidade oferecem para lhe ajudar a atender as necessidades básicas do idoso, como para lhes disponibilizar ocasiões de descanso e cuidados pessoais.

“eu à sete anos que não tenho umas férias, não sei nada disso, dessas coisas não sei, prontos, é uma prisão, mas prontos, eu faço porque quero e as únicas férias que tive foi quando fui operada e teve cá uma senhora que paguei para elas cá estarem a tomar conta do meu pai (...) queremos um médico ao domicílio a casa, não temos, ele precisa de vir cá para ver como é que ele está porque ele tem agora um bocadinho de tosse, ou pior, e vamos ao hospital” (E5)

“só tem uma escara que está quase concluída porque foi para \*\*\* (*equipamento de apoio ao descanso do cuidador*) e realmente não vai para lado mais nenhum, porque quando eles vêm, vêm muito pior, foi porque eu precisava de descansar e o meu irmão também precisava” (E5)

Nas entrevistas exploratórias foi mencionado pelo/a enfermeiro/a a falta de apoios informais, ao qual se evidencia a importância de existir de uma rede de suporte informal:

“Depois o resto do dia, o cuidador tem de estar em casa e aí é que os apoios são muito diminutos, porque se um cuidador quiser, por exemplo, ir às compras, não pode deixar o utente acamado sozinho em casa se não tiver ninguém lá em casa para tomar conta, quer dizer, às vezes faz, mas na maior parte das vezes não deveria” (EEE)

Na entrevista exploratória, tanto o/a médico/a como o/a enfermeiro/a evidenciaram a insuficiência das respostas formais ao cuidador informal, como fator de *stress*:

“Em termos de apoio estamos um bocado diminutos. Não há instituições que apoiem temporariamente os idosos. Há as unidades de cuidados continuados que não dão resposta para as necessidades dos utentes, pelo menos aquilo que eu experiencio” (EEE)

“sendo os recursos sociais muito escassos, muito diminutos, e a ponte de ligação ser muitas vezes difícil de se estabelecer, os mecanismos ou as estratégias de autoproteção às vezes até são escassas, porque é inevitável” (EEM)

### ***Duração dos Cuidados***

Foi evidenciado nas entrevistas semiestruturadas aos cuidadores informais a duração da prestação do cuidado informal como fator de desgaste e de *stress* do cuidador, particularmente, devido à constante necessidade de a pessoa idosa dependente ser cuidada e das privações do cuidador informal. De acordo com Barbosa (2009), uma pessoa dependente é aquela que, durante um período prolongado de tempo, requer ajuda de terceiros para realizar atividades da vida diária e, neste sentido, o tempo dedicado ao cuidar e às atividades de prestação de cuidados relacionam-se como fatores de *stress*. Silva (2011) expõe que a dimensão temporal associada à cronicidade apresenta um enorme impacto no doente e no sistema familiar, contribuindo para um desgaste do doente e dos cuidadores. Martins (2016) indica que cuidar de uma pessoa é um dos maiores desafios a superar, pois envolve longos períodos de tempo.

“Agora mudanças na minha vida são muitas, porque a privacidade é mínima, e as férias não há, não se pode ir almoçar fora nem jantar, é assim, e já lá vão três anos” (E8)

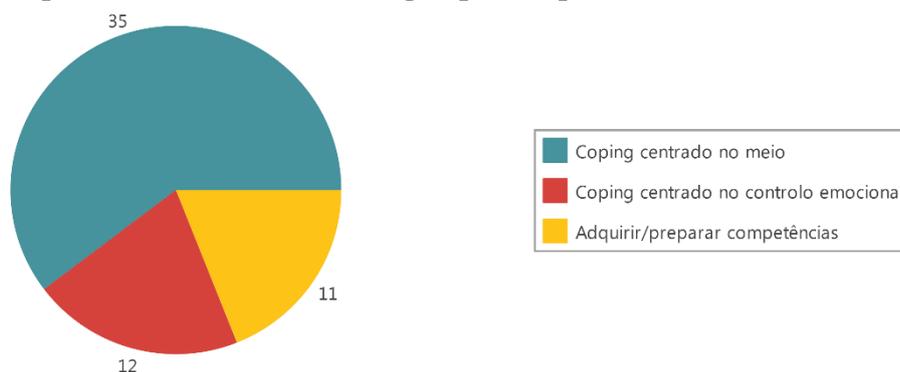
“eu era empregada, desempreguei-me para vir tomar conta dela, e há seis anos que estou assim (...) porque eu vivo isto 24 horas, 365 dias por ano, não é? Eu não tenho férias, não tenho natal, eu não tenho passagem de ano, eu não tenho nada. Eu vivo única e exclusivamente para a minha mãe neste momento” (E6)

“eu à sete anos que não tenho umas férias (...) é uma prisão, mas eu faço porque quero” (E5)

### 5.2.2.3. Estratégias para Superar as Dificuldades

A qualidade de vida do cuidador assume contornos positivos ou negativos consoante as estratégias adaptativas que põe em prática e os recursos que mobiliza e ativa, face aos constrangimentos de cuidar de alguém dependente (Saraiva, 2011). O sucesso em lidar com esta situação dependerá do coping, isto é, são as estratégias que cada indivíduo define que vão possibilitar lidar com a situação indivíduo-ambiente de uma forma saudável (Simonetti y Ferreira, 2008; Rocha, 2009). Nesta dimensão agrupei os significados das declarações em torno de três subdimensões:

**Figura 5.4 – Frequência da Dimensão Estratégias para Superar Dificuldades**



**Fonte:** Preparado com suporte informático MAXQDA

#### *Coping Centrado no Meio*

Evidencia-se no discurso dos prestadores informais de cuidados estratégias de  *coping*  centradas no meio, sobretudo, a modificação da casa ao nível do quarto e da casa-de-banho da pessoa dependente:

“veio para casa com sonda, oxigénio, o quarto foi montado como se ele estivesse no hospital”(E7)

“tivemos que cá em casa alterar a casa de banho para poder entrar com cadeiras de rodas e dar-lhe banho (...) pus uma cama articulada para ele (...) pus um anti escaras por cima” (E8)

No discurso dos participantes é possível realçar estratégias de  *coping*  centradas no meio adotadas pelos cuidadores que participaram neste estudo, particularmente, no que se refere ao acesso

dos recursos formais existentes na sociedade, onde se evidencia o serviço de apoio domiciliário, serviços de saúde (SNS 24), unidade de saúde familiar, serviço de emergência (112) e as prestações sociais:

“o ASAS vinha nos ajudar, fazia a higiene (...) temos a ajuda da nossa médica de família e enfermeiro, quando tenho duvidas recorro-me a eles (...) é o caso de eu precisar de um médico, tenho um médico que vem a casa, um enfermeiro vem a casa (...) já liguei para o 112” (E2)

“tem qualquer coisa, telefone logo para a enfermeira, é o primeiro ponto que eu faço, e depois ela orienta-me (...) apoio do enfermeiro e médico de família, quando é necessário eles vêm cá (...) no outro dia falava com a médica de família e evitava que ele fosse logo à urgência (...) já às três da manhã, quatro da manhã telefonar “N” vezes para a saúde 24, porque ele estava muito frágil (...) Disponho dessas duas senhoras do lar que vêm fazer a higiene (...) tem a reforma dele, tem os subsídios de terceira pessoa” (E7)

Uma outra estratégia centrada no meio e, ao qual, os participantes fazem referência nos seus discursos diz respeito ao acesso e utilização dos recursos informais existente na sociedade, sobretudo, o núcleo familiar (filhos, irmãos, companheiro) e contratar alguém por conta própria para ajudar no cuidado e nas lides domésticas. Segundo Rocha (2009), as estratégias centradas no meio (ajuda da família, modificar as condições da casa, dedicar-se a assuntos de interesse, manter o dependente ativo) estão relacionadas com estratégias orientadas para lidar com o problema tomando a consciência da sua existência e da sua necessidade de resolução. Estas estratégias são consideradas eficazes para os cuidadores de idosos dependentes na medida em que reúne todo um conjunto de recursos existentes na sociedade e no núcleo familiar do utente/família.

“tenho uma senhora que vem durante alguns dias da semana prestar-me auxilio, que está cá das 9h às 5h normalmente (...) tenho um irmão que tem dificuldade em auxiliar-me mais” (E1)

“a nível familiar tenho o apoio dos filhos (...) a irmã também ajuda” (E2)

“o meu marido, quando eu vou, fica aqui, nunca a deixo sozinha (...) depois entre o meu marido, ainda vem cá uma irmã minha dar uma ajuda (...) e as minhas filhas estão sempre prontas” (E3)

Nas entrevistas exploratórias é aludido como estratégias de *coping* centradas no meio os recursos formais existentes na sociedade (apoio das entidades sociais, instituições com apoio domiciliário, apoio médico, enfermagem e assistente social), e o núcleo familiar como recurso informal:

“No caso dos cuidadores mais velhos é conseguir haver uma interligação entre o apoio social e eles próprios (...) às vezes o apoio de outros elementos familiares, o recurso às entidades sociais (...) muitas vezes é o próprio médico de família do cuidador com quem eles partilham algumas dificuldades (...) através do enfermeiro que faz a visitação domiciliária tem que haver contacto, e através do médico de família, haver a ponte de contacto com o serviço social” (EEM)

“Além das estratégias do apoio social que já existe, portanto, as várias instituições que há, acaba por ser a nossa disponibilidade em estar em casa do utente” (EEE)

### *Coping Centrado no Controlo Emocional*

Foi mencionado no discurso das prestadoras informais de cuidados algumas estratégias de coping centradas no controlo emocional como estratégias que vão além da emoção, isto é, são estratégias focadas no controlo do individuo face às suas emoções. Foram indicados pelas cuidadoras informais diversas estratégias de relaxamento emocional, nomeadamente, a administração de medicamentos de relaxamento e para dormir, levar a pessoa idosa dependente a fazer uma sesta (como forma de dispor de um pouco de tempo livre), conversar com outras pessoas e arranjar uma ocupação com um horário flexível:

“faço-lhe o almoço, dou-lhe o almoço e faz uma sesta, onde eu estou um bocadinho mais disponível para fazer algumas coisas que eu precise da minha vida pessoal” (E2)

“vou fazer limpezas a uma comadre minha que já fazia antes, mas consegui não deixar (...)tenho flexibilidade de horário, não preciso, se não poder ir hoje vou amanhã e consigo contornar as coisas; também para eu poder sair um bocadinho e descontraír (...)é o meu naturista que às vezes é o meu psicólogo, os meus tratamentos é tudo à base de produtos naturais, não gosto de químicos, só em último caso, só se for mesmo, que não possa mesmo, e então já são muitos anos e às vezes é com ele que eu me aguento, e com o medicamentozinhos para dormir”(E8)

Evidencia-se no discurso dos participantes a utilização da estratégia de manter dominados os sentimentos e emoções, como uma estratégia de coping centrada na emoção, nomeadamente, de percecionar como um desafio positivo, percecionar a família como um fator de força interior, ver em retrospectiva a sua força interior e capacidade (como por exemplo, rever os desafios ultrapassados), possuir pensamentos que forneçam coragem e automotivação, e deter de uma sensação de orgulho.

Neste âmbito, Rodrigues (2011) expõe que as estratégias de *coping* centradas na emoção consistem em regular os estados emocionais, estando mais associadas a situações avaliadas como difíceis. Compreende estratégias cujo objetivo seja lidar com a resposta emocional desencadeada pelo evento de *stress*, por exemplo, fazer caminhadas, utilizar técnicas de relaxamento, entre outros. Rocha (2009), indica no seu estudo que apenas as estratégias de coping centradas no cuidador, onde se enquadra, por exemplo, a estratégia de manter dominados os sentimentos e emoções, influenciam negativamente a perceção da intensidade de *stress* total, ou seja, quando estas estratégias são percebidas eficazmente geram uma perceção menor da intensidade de *stress* total dos cuidadores informais.

“tento levar para a parte positiva, tento que cada dia seja um desafio positivo e um desafio que me vai ensinando a lidar comigo própria (...) a família é aconchego onde eu vou buscar talvez as forças e aconchego (...) para sentir bem psicologicamente” (E2)

“Tentar pensar que não há ninguém que o faça e eu tenho mesmo que o fazer, portanto não vale a penar estar com medo, estar com receios, é enfrentar as coisas e ser o mais natural possível, pronto. Porque de outra maneira eu não ia conseguir” (E4)

Na entrevista exploratória realizada, o profissional no âmbito de enfermagem referiu como uma estratégia de coping que considera que alguns cuidadores adotam, o facto de procurar não saber muita informação sobre os cuidados, no sentido de “quanto menos souber melhor”:

“em termos de estratégias, é assim, muitas das vezes eles não conseguem arranjar grandes estratégias de autoproteção porque a maior parte deles como são idosos, acabam por “à eu não sou capaz, portanto nem sequer faço”, portanto acabam por descuidar os cuidados ao utente, precisamente porque teoricamente “eu sou da idade dele, portanto não consigo fazer, portanto se não consigo fazer, deixa ficar assim”. Portanto, nesse aspeto, à vantagem que quanto menos souber melhor, porque assim a pessoa acaba por se proteger” (EEE)

### ***Adquirir/Preparar Competências***

No que se refere à necessidade de adquirir competências cognitivas, é possível evidenciar no discurso dos participantes a necessidade de frequentar cursos e consultas informativas, como forma de possuir conhecimentos para lidar diariamente com a doença da pessoa idosa:

“tirei aqueles pequenos cursos, porque o Parkinson e Alzheimer não é fácil, é muito difícil” (E5)

“aprendendo nas diversas consultas que nós temos logo após lhe ter dados o AVC, tivemos várias indicações dos médicos e terapeutas, o que é que aconselhavam a dar em termos da alimentação, cuidados a ter com ela (...) foi só isso que eu tive de formação” (E6)

“um saco de colostomia que aprendi no hospital a lidar com isso (...) aprendi (...) o poderia acontecer com uma ferida que podia surgir” (E7)

Foi referido no discurso dos prestadores de cuidados informais a necessidade de adquirir e/ou preparar competências psicomotoras, ou seja, habilidades que o cuidador informal deve possuir para cuidar do doente dependente. Foi mencionado pelos participantes a necessidade de articular e mobilizar conhecimentos a nível de mobilização, transferência e estratégias de controlo da doença:

“antes de a médica a ver, eu vi o que é que havia de fazer, o que é que eu havia de lhe dar e ela disse que tudo o que eu lhe estava a dar, tudo bem feito (...)vem cá uma irmã minha que trabalhou no lar(...) ensinar como é que eu deverei movimentar, tira-la da cama, pô-la na cama” (E3)

“andamos nisto todo o dia: levanta, deita, deita, levanta (...) isto para ele não estar sempre acamado, porque nós sabemos que as escaras depois começam” (E8)

Referente às competências relacionais, pode-se constatar no discurso dos participantes a necessidade de preparar competências de comunicação entre o cuidador e a pessoa idosa, devido aos desafios da doença. Neste sentido, Nogueira, Azeredo e Santos (2012), referem competência como a capacidade de saber articular e mobilizar conhecimentos, habilidades e atitudes, colocando-os em ação para resolver problemas e enfrentar situações imprevistas. Nas competências cognitivas os autores

incluem todos os indicadores que sejam reflexo de conhecimentos que o cuidador informal possui para cuidar de um doente dependente em contexto domiciliário. Como competências psicomotoras estão incluídos todos os indicadores que sugerem que o cuidador principal deve saber-fazer e que habilidades deve possuir para cuidar de doente dependente em contexto domiciliário. Referente às competências relacionais, entende-se pelo respeito em relação ao outro e a forma de comunicar (Nogueira, *et al.* 2012).

“dar-lhe banho é um castigo para mim, é uma coisa tenho que aprender (...) ela grita a toda a hora “vai vai, e sabão, e não sei quê e despacha-te, despacha-te, despacha-te” e eu ao principio ficava tão enervada com aquilo que eu já não sabia bem como é que eu havia de fazer (...) e eu assim “tchiiuuu, se não se calar eu não lhe dou banho!” e ela lá ficou a olhar para mim assim “olha esta!” e lá se calou, quando se calava lá eu começava a dar-lhe banho, devagarinho”(E8)

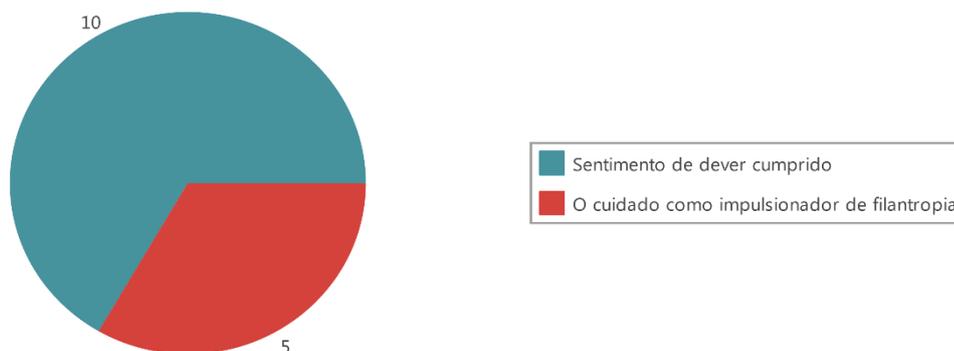
No discurso dos profissionais de medicina e enfermagem, foi mencionado a preparação do cuidador informal através de estratégias cognitivas, particularmente, com recurso ao livro “manual do cuidador” fornecido pela unidade de saúde familiar do concelho de Torres Vedras:

“Outro tipo de estratégias que procuramos dar é a informação escrita (...), nós inclusive o USF temos o manual que foi feito, o manual do cuidador no fundo” (EEM)

#### 5.2.2.4. Aspetos Positivos do Cuidado

Araújo (2009) menciona que investigar os aspetos positivos dos cuidados aos idosos reveste-se de particular importância, na medida em que ajuda o familiar cuidador a centrar-se na importância do seu papel, melhorando as relações familiares, a qualidade de vida do cuidador e aumentando a sua disponibilidade e volição, favorecendo a aquisição de competências. Carbonneau, Caron e Desrosiers (2010), mencionam a existência de um modelo de três domínios centrais que constituem os aspetos positivos do cuidar: a qualidade da relação entre o cuidador e a pessoa cuidada, o sentimento de realização por parte do cuidador e o significado de ser cuidador diariamente. Posto isto, nesta categoria agrupei os significados das declarações em torno de duas subdimensões:

**Figura 5.5 – Frequência da Dimensão Aspetos Positivos do Cuidado**



**Fonte:** Preparado com suporte informático MAXQDA

### ***Sentimento de Dever Cumprido***

O discurso das cuidadoras informais retrata que os participantes passaram por momentos de gratificação, nomeadamente, experiências de satisfação consigo próprio, sentimentos de realização, retribuição, orgulho e bem-estar com a qualidade do cuidado oferecido. Neste sentido, Araújo (2009) expõe que a gratidão, a companhia, o crescimento pessoal e a preservação da intimidade representam as principais gratificações para os familiares cuidadores. Diogo, Ceolim e Cintra (2005) identificam aspetos positivos ou benéficos vivenciados pelos cuidadores, nomeadamente, aumento do sentimento de realização, do orgulho e da habilidade para enfrentar desafios, prazer, satisfação, retribuição, satisfação consigo próprio e bem-estar com a qualidade do cuidado oferecido.

“a experiência que eu tive com os meus pais é, a nossa consciência fica, ficamos muito contentes connosco de fazer o melhor que podemos enquanto eles cá estão (...) ou sabermos, pronto, que então lavadinhos, cheirosos, todos bem tratados, têm a alimentação (...) mas cá vamos tentando lhes dar o máximo de condições possível para eles também se sentirem bem” (E8)

Araújo (2009) constata no seu estudo que em contexto domiciliário, os familiares cuidadores vivenciam aspetos positivos como a aproximação da relação entre idoso dependente e familiar cuidador, pois ajuda o familiar cuidador a centrar-se na importância do seu papel, melhorando as relações familiares. O discurso dos participantes é o espelho do que foi referido, sendo possível perceber que houve uma melhoria no relacionamento entre o cuidador e a pessoa idosa após assumir o papel:

“ele na altura que isso começou não era ele muito aberto para mim (...) como sogro que nunca foi assim muito chegado” (E4)

### ***O Cuidado como Impulsionador de Filantropia***

Optou-se por intitular esta subdimensão de *o cuidado como impulsionador de filantropia*, no sentido em que cuidar pode ser positivo, na medida em que o cuidador informal ganha significado no ato de cuidar pois aumenta o significado da vida do cuidador, fornecendo-lhe um objetivo de vida; e porque sabe que está a fazer algo útil e importante para a sociedade e para a pessoa que recebe o cuidado.

Posto isto, os participantes consideram a prestação de cuidados informais como uma experiência que aumenta o significado da vida do cuidador, pois o cuidador sente que está a fazer algo útil e importante para a pessoa cuidada e também permite a presença de momentos agradáveis na experiência quotidiana, nomeadamente, os momentos em família. Neste contexto, Diogo et al. (2005) identifica o aumento do significado da vida como um aspeto positivo do cuidado. Carbonneau, Caron e Desrosiers (2010) expõem que o cuidado aumenta o significado da vida do cuidador, no sentido em que o cuidado fornece um objetivo na vida da pessoa que cuida. Os autores evidenciam outros aspetos, nomeadamente,

o facto de a prestação de cuidados fornecer uma identidade à pessoa que cuida e a presença de momentos agradáveis na experiência quotidiana do cuidador.

“nesse aspeto, no papel de filha, sinto que é positivo eu poder fazê-lo (...) porque sinto que estou a fazer algo útil pela minha mãe, porque ela é um ser humano e além de não termos muitas possibilidades, merece ter uma vida digna, confortável (...) porque é o mínimo, acho que é o mínimo que a gente pode fazer” (E2)

“o maior aspeto positivo é saber que o AVC é das doenças mais mortais e ela conseguiu sobreviver e eu ao longo destes seis anos também acho que tenho contribuído para isso” (E6)

### **5.2.3. Apoio do Assistente Social**

Silva (2012) menciona que cuidar de quem cuida deverá ser uma preocupação incessante do assistente social, com vista à obtenção de um cuidar informal com qualidade. A promoção do bem-estar dos cuidadores e a prevenção de crises, merece pela parte dos profissionais das áreas da saúde e social uma atenção particular, pois deles dependem os utentes a seu cargo, bem como a sua permanência na comunidade (Francisco, 2012). Posto isto, agrupei as unidades de registo em três dimensões: *Políticas sociais destinadas à pessoa idosa dependente; Políticas sociais destinadas ao cuidador informal e Intervenção do Assistente Social.*

#### **5.2.3.1. Políticas Sociais Destinadas à Pessoa Idosa Dependente**

A demografia alterou as atitudes face às pessoas com mais idade e levou à criação de legislação em forma de política social, onde o grupo de pessoas idosas dependentes passou a ser objeto de medidas reguladoras da vida social, como, por exemplo, reformas, cuidados, equipamentos e serviços específicos, no âmbito dos recursos sociais institucionais (Carvalho, 2011a; Andrade, 2014). Neste sentido, Nogueira (2009) refere que em Portugal, as redes formais de proteção social inserem-se em todo o tipo de programas e medidas que asseguram a concessão de prestações pecuniárias ou em espécie, como é o caso dos serviços disponibilizados através da rede de serviços e equipamentos sociais. Nesta categoria agrupei os significados das declarações em torno de duas subdimensões:

**Figura 5.6 – Frequência da Dimensão Políticas Sociais Destinadas à Pessoa Idosa Dependente**



**Fonte:** Preparado com suporte informático MAXQDA

### *Prestações Sociais*

Na análise de conteúdo foi exequível apontar as menções citadas pelos cuidadores informais referente aos apoios destinados à pessoa idosa, sobretudo, as pensões e o complemento por dependência:

“nós temos uma ajuda que a que a segurança social dá de 180 euros” (E3)

“da segurança social dão-lhe a reforma e o apoio à dependência pela pessoa que está a tomar conta dela, vá lá, que vem junto com a reforma” (E6)

Relativamente aos regimes de segurança social, estão consagradas prestações pecuniárias às quais podem aceder as pessoas em situação de dependência (Nogueira, 2009). O complemento por dependência<sup>3</sup> é um apoio mensal em dinheiro e extensivo a pensionistas de invalidez, velhice e sobrevivência do regime geral de segurança social, do regime não contributivo e regimes equiparados que se encontram numa situação de dependência e que precisam da ajuda de outra pessoa para satisfazer as necessidades básicas da vida quotidiana (Nogueira, 2009; Teixeira et al., 2017).

Neste sentido, o PROJETO DE LEI N.º 801/XIII/3ª surge no âmbito de uma discussão mais abrangente, ao qual evidencia-se que a discussão teórica sobre o reforço das medidas de apoio a pessoas dependentes tem-se convertido numa proposta de lei, designadamente, prevendo um suplemento ao Complemento por Dependência para as pessoas com dependência total e grave que não estejam institucionalizadas, correspondente a uma majoração de 80% daquela prestação (o que configura um acréscimo de 146,65€ mensais) (artigo 2º do Regulamento das Prestações Sociais– Disposições Finais).

---

<sup>3</sup>O complemento por dependência é prestação em dinheiro dada aos pensionistas que se encontram numa situação de dependência e que precisam da ajuda de outra pessoa para satisfazer as necessidades básicas da vida quotidiana. Recebe enquanto se mantiver na situação de dependência e estiver a receber a pensão que lhe dá direito ao complemento. Se for feita uma revisão da situação do beneficiário e o Sistema de Verificação de Incapacidades concluir que já não se encontra numa situação de dependência, deixa de receber no mês seguinte àquele em que for informado por carta de que já não tem direito ao complemento por dependência (Centro Nacional de Pensões, 2018)

### ***Respostas Sociais***

No sentido de combater o isolamento individual e social, promover a autonomia, bem como de assegurar um conjunto de serviços e cuidados multidisciplinares a grupos alvos específicos e vulneráveis como os idosos (...) em situação de dependência, foram sendo implementados progressivamente na sociedade portuguesa um conjunto alargado de serviços e equipamentos sociais de suporte (Nogueira, 2009). Neste âmbito, o Decreto-Lei n.º 101/2006, de 6 de junho expõe a *RNCCI* como resposta social à dependência, sucintamente, com o objetivo de prestar cuidados continuados integrados a pessoas que, independentemente da idade, se encontrem em situação de dependência, de forma a promover a “melhoria das condições de vida e de bem-estar das pessoas” e “manutenção das pessoas com perda de funcionalidade ou em risco de perder, no domicílio” (artigo 4º - disposições gerais).

Os participantes consideraram fundamental este apoio, referindo o serviço de apoio domiciliário para auxílio na realização da higiene pessoal, habitacional e alimentação da pessoa idosa dependente. Teixeira et al. (2017) expõe que os cidadãos e/ou famílias poderão ser encaminhados para diversos tipos de respostas sociais, das quais se destacam as dirigidas a adultos em situação de dependência: Apoio Domiciliário Integrado (ADI), Unidade de Apoio Integrado (UAI) e Serviço de Apoio Domiciliário (SAD) para pessoas em situação de dependência. De acordo com o autor, o SAD (regulado na portaria nº 38/2013), integra uma prestação de cuidados individualizados e personalizados no domicílio a indivíduos e famílias quando, por motivo de doença, deficiência ou outro impedimento, não possam assegurar a satisfação das necessidades básicas e/ou as atividades da vida diária.

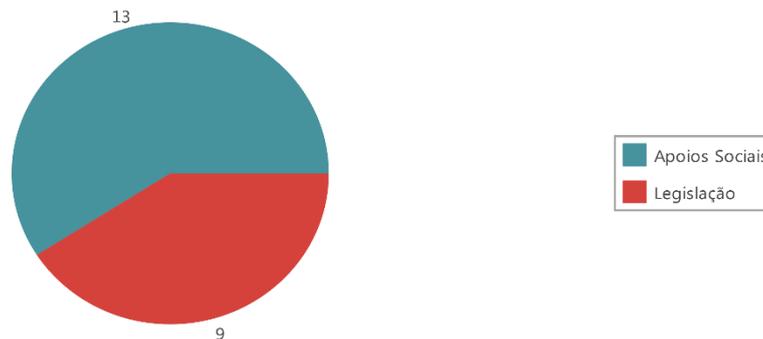
“Tenho auxílio do ASAS” (E1, E2, E3, E4, E5, E6)

“o ASAS, é o apoio ao domicilio nos dias da semana (...) ele tem o serviço de domicilio os dias todos: quando não é a higiene é a limpeza da casa, a refeição vem os dias todos da semana” (E4)

#### **5.2.3.2. Políticas Sociais Destinadas ao Cuidador Informal**

Segundo Teixeira et al. (2017), o descanso do cuidador pode ser promovido por uma variedade de intervenções que podem incluir centros de dia, respostas domiciliárias e institucionalização. As intervenções podem diversificar-se em função do período de tempo e a prestação do descanso do cuidador pode ser promovida em contextos institucionais, comunitários e em função dos atores. Nesta categoria agrupei os significados das declarações em torno de duas subdimensões:

**Figura 5.7 – Frequência da Dimensão Políticas Sociais Destinadas ao Cuidador Informal**



**Fonte:** Preparado com suporte informático MAXQDA

### *Apoios Sociais*

Propõem-se neste campo integrar excertos das entrevistas que se refiram aos apoios sociais, quer seja pela falta dos mesmos, quer seja porque existem, ou quer seja, pela inexistência desses mesmos apoios. Posto isto, evidencia-se no discurso das cuidadoras a preocupação com a falta de apoios destinados ao cuidador informal, particularmente, apoios económicos:

“preocupa-me mais a parte financeira (...) os 400 e poucos euros que ela recebe, não chega a 500, né, tem que dar para ela, tem que dar para mim porque eu não trabalho, como estou a cuidar dela e a minha vida, sinto que está parada, porque não tenho caixa, não tenho possibilidade de pagar a caixa e, como não tenho caixa, também não tenho direitos e o que é que vai ser de mim depois quando um dia quando for para a minha velhice, quando chegar a minha altura, é isso que me preocupa. Acho que eu preocupo-me a mim e a muitas na minha situação.” (E2)

Por outro lado, os participantes mencionaram a falta de apoios que preparem os cuidadores para a prestação de cuidados informais, principalmente, ações de sensibilização e formações:

“falta de um bocadinho de formação, sinto falta de atualidade, de formação e saber como é os outros casos” (E2)

Foi também referido as unidades de descanso do principal cuidador. No entanto, evidencia-se o desconhecimento deste apoio por parte da maioria dos cuidadores informais entrevistados e, a única cuidadora informal que referiu que utilizou este apoio, evidenciou o seu descontentamento:

“só tem uma escara que está quase concluída porque foi para X (*clínica onde fez descanso do cuidador*) e realmente não vai para lado mais nenhum, porque quando eles vêm, vem muito pior, foi porque eu precisava de descansar e o meu irmão também precisava e não vai mais” (E5)

Por fim, evidencia-se a falta de apoios sociais destinados ao cuidador informal e que lhe garantam mais tempo livre para se dedicarem à sua vida pessoal, particularmente, atividades, tarefas e lazer:

“porque eu vivo isto 24 horas, 365 dias por ano, não é? Eu não tenho férias, eu não tenho natal, passagem de Ano, eu não tenho nada. Eu vivo única e exclusivamente para a minha mãe” (E6)

“eu à sete anos que não tenho umas férias, não sei nada disso, dessas coisas não sei, prontos, é uma prisão, mas prontos, eu faço porque quero e as únicas férias que tive foi quando fui operada e teve cá uma senhora que paguei para elas cá estarem a tomar conta do meu pai” (E5)

Referente aos apoios sociais existentes e destinados ao cuidador informal, o Decreto-Lei n.º 101/2006 de 6 de junho expõe que constitui objetivo geral da Rede Nacional de Cuidados Continuados “o apoio aos familiares ou prestadores informais, na respetiva qualificação e na prestação dos cuidados” (artigo 4º - disposições gerais); “a unidade de longa duração e manutenção pode proporcionar o internamento, por período inferior ao previsto no número anterior, em situações temporárias, decorrentes de dificuldades de apoio familiar ou necessidade de descanso do principal cuidador, até 90 dias por ano” (artigo 17º - Unidade de longa duração e manutenção); “Educação para a saúde aos familiares e cuidadores” (artigo 28º - Equipa de cuidados continuados integrados). De acordo com a Portaria n.º 50/2017 - Diário da República 24/ 2017, série 1º, n.º24, 2 de fevereiro, estipula-se como critérios de referência para unidade de longa duração e manutenção:

“as situações que impliquem a prestação de cuidados de apoio social, continuidade de cuidados de saúde e de manutenção do estado funcional, que pela sua complexidade ou duração, não possam ser assegurados no domicílio e (...) que requeiram: c) Internamento em situações temporárias por dificuldade de apoio familiar e necessidade de descanso do principal cuidador, até 90 dias por ano” (artigo 19º).

A Portaria n.º 149/2011, de 8 de abril republicada pela Portaria n.º 68/2017 de 16 de fevereiro, estabelece a coordenação nacional, regional e local das unidades e equipas prestadoras de cuidados continuados integrados (...) bem como as condições de organização e o funcionamento das unidades e equipas prestadoras de cuidados continuados (utilização de vagas para descanso do cuidador).

### ***Legislação***

Evidencia-se nas entrevistas realizadas aos cuidadores informais que o direito ao descanso do principal cuidador foi a única legislação de apoio ao cuidador referida pelos participantes do estudo:

“hoje em dia há meios que auxiliam os cuidadores, não é? Há vários meios, há as equipas de apoio domiciliário, há isto que foi a assistente social que me falou (*descanso do cuidador*) (E1)

No âmbito da legislação de apoio aos cuidadores informais, o PROJETO DE LEI N.º 801/XIII/3ª prevê estabelecer os direitos e deveres dos prestadores de cuidados, e definir os mecanismos e os critérios do reconhecimento do Estatuto do Cuidador Informal:

“a atribuição do estatuto do Cuidador Informal (...) é competência dos Serviços da Segurança Social, das Equipas de Saúde Familiar e Equipas de Cuidados Continuados Integrados” (art.4º)

O projeto de lei prevê instituir planos individuais de cuidados que incluam a identificação dos cuidadores informais; tempos de descanso do cuidador informal; formação e a capacitação do cuidador informal e o acesso às medidas de apoio social, saúde e outras (artigo 5º). O reconhecimento dos cuidadores na RNCCI (artigo 6º) e proteger o direito à formação do cuidador:

“Conciliação da prestação de cuidados informais e da vida profissional, nomeadamente, direito a faltas, redução de horário e a licenças para acompanhamento da pessoa dependente e para a prestação de cuidados” (artigo 7º). “Para efeitos da frequência de estabelecimento de ensino, o Cuidador Informal beneficia das regras relativas a frequência, faltas, aproveitamento, avaliação e apoio pedagógico” (artigo 8º do Estatuto do Cuidador Informal)

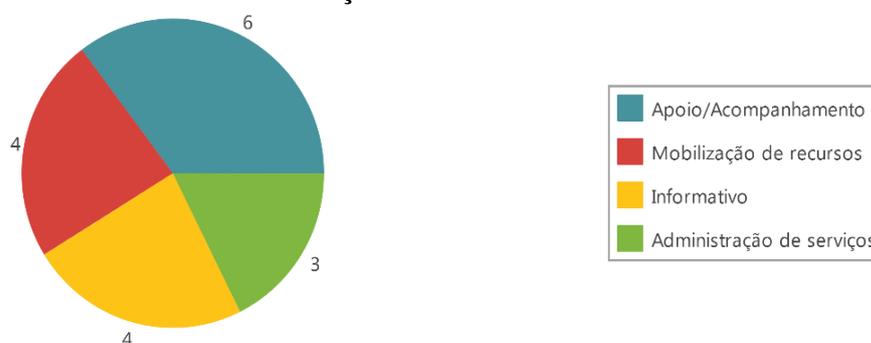
O projeto de lei prevê o reconhecimento da prestação de cuidados informais para efeitos de pensão de velhice (artigo 9º); e concretizar o direito ao descanso dos cuidadores informais:

“pelo menos quatro dias de descanso por cada mês de prestação de cuidados e onze dias consecutivos de descanso assegurados mediante a prestação de cuidados domiciliários formais por parte das Equipas de Cuidados Continuados Integrados ou pela possibilidade de estadia de curta duração da pessoa cuidada em Unidade de Internamento da RNCCI” (artigo 10º).

### 5.2.3.3. Intervenção do Assistente Social

Independentemente do campo de atuação, os assistentes sociais desenvolvem a sua ação junto de grupos vulneráveis à pobreza e exclusão, consubstanciada no desenvolvimento de programas e projetos de intervenção, que promovem a capacitação e o empowerment pessoal e social (Carvalho, Pinto, 2015). Nesta categoria foram agrupados os significados das declarações em torno de quatro subdimensões.

**Figura 5.8 – Frequência da Dimensão Intervenções do Assistente Social**



**Fonte:** Preparado com suporte informático MAXQDA

## ***Informativo***

Os participantes consideraram o carácter informativo do papel do assistente social quando mencionaram nas entrevistas a divulgação por parte do profissional da unidade de longa duração e manutenção para a necessidade de descanso do principal cuidador e, evidenciam o papel do assistente social como primeiro contacto informativo do cuidador após a alta da pessoa idosa, nomeadamente, para facilitar a compreensão dos problemas e funcionamento dos recursos e serviços disponíveis. Segundo Granja (2011), a informação é um dos atos profissionais mais frequentes na intervenção do assistente social e, consiste na divulgação do conjunto de direitos, deveres e normas; facilitação na compreensão dos problemas, do funcionamento dos serviços e dos recursos; apoio na decodificação de informação e de códigos profissionais; e mediação entre serviços e pessoas para fortalecer autonomia.

“hoje por acaso, neste momento sugeri-me que eu pedisse o mês de descanso do cuidador (...) foi a Assistente Social que me falou, que eu não sabia que existia” (E1)

“só no hospital, foi útil porque orientou-nos o que é que podíamos fazer e o que devíamos, onde é que nós devíamos ir, indicou-nos os passos que devíamos dar para as coisas correrem bem (E2)

## ***Apoio e Acompanhamento***

Os participantes aludiram ao apoio do assistente social como fonte de auxílio para questões ligadas ao cuidado informal, particularmente, problemas, dificuldades e dúvidas que surjam e, como apoio em questões de mobilização de recursos. Dos oito cuidadores que participaram no estudo, apenas dois referiram que têm acompanhamento de uma assistente social, no entanto, a maioria dos cuidadores indicaram não receber qualquer apoio/acompanhamento, mas que seria uma mais-valia. Neste âmbito, Silva (2012) expõe que o assistente social possui um papel importante a desempenhar no apoio prestado à família, confrontada com os mais diversos tipos de dificuldades administrativas, jurídicas, familiares e psicológicas, graças à sua visão mais abrangente da pessoa, das suas necessidades e apoios pretendidos, conjugada com o relacionamento interativo com os sujeitos da intervenção e as relações estabelecidas com a família e parceiros sociais, que permitem estabelecer vias de comunicação e intervir”. O assistente social faz o acompanhamento do utente, ajudando-o a desenvolver as suas capacidades (Santos, 2012).

“a assistente social que pertence ao domicilio ali do lar vem a casa fazer visitas, se está tudo bem, se precisa de alguma coisa e eu acho que é um grande apoio que temos, que é sentirmos que podemos contar com elas” (E7)

“os assistentes sociais sabem da existência das coisas e sabem informar os cuidadores, e sabem auxiliar no pedido das coisas, penso eu que é importante nesse aspeto” (E1)

Na entrevista exploratória, o/a enfermeiro/a indica a limitação de atuação do assistente social devido à escassez de recursos, ao qual é visto como uma barreira na prestação do apoio:

“Agora em termos de atuação exclusivamente pensando no serviço social, a nossa tem sido boa. Só não é tão boa porque os recursos são limitados, portanto uma assistente social para uma população, neste caso, de 90.000 utentes, uma assistente social e, uma técnica de ação social que também apoia, mas lá está, é muito limitado. Mas a resposta é boa, é excelente” (EEM)

### ***Administração de Serviços***

Os assistentes sociais integram-se em serviços do Estado, na administração central (ministérios e institutos públicos) e local (câmaras municipais e juntas de freguesias) e em organizações lucrativas e não lucrativas (Carvalho, Pinto, 2015). Posto isto, evidencia-se no discurso dos participantes, que os prestadores informais de cuidados apontaram o assistente social como elemento que administra e intervém em serviços sociais, particularmente, no apoio domiciliário; sendo a profissão evidenciada por motivos burocráticos, particularmente, pagamento de mensalidades e estipulação de contratos:

Agora está lá outra assistente social aqui no ASAS que eu só falei com ela uma vez ainda, mas foi só por motivos burocráticos” (E1)

“o apoio do domicílio (...) é as reuniões na altura de alterar o pagamento da mensalidade, é só nessa altura que é dirigido a informação que eu tenho que ir lá assinar, é isso” (E4)

### ***Mobilização de Recursos***

Os cuidadores informais participantes no presente estudo assinalaram o papel do assistente social na articulação e/ou cooperação de recursos, principalmente, de modo a que os cuidadores pudessem beneficiar de prestações, equipamentos e serviços sociais. Neste sentido, foi evidenciado pelos participantes a mobilização do assistente social ao nível dos recursos disponíveis na sociedade, de modo a satisfazer as necessidades da pessoa idosa dependente e a auxiliar o seu cuidador, nomeadamente, nos apoios domiciliários, pensões e equipamentos de suporte. Neste âmbito e, de acordo com a Direção Geral da Saúde (2006), o desempenho do assistente social processa-se pelo uso de metodologias que preveem a conscientização e capacitação de grupos de populações e a articulação e/ou cooperação de recursos, tendo em vista a satisfação das necessidades identificadas em serviços e cuidados que proporcionem aos doentes dependentes o maior bem-estar, autonomia e inserção social.

“foi útil porque ela arranjou maneira de ter o serviço do ASAS” (E1)

“quando a minha sogra esteve internada no hospital, estive eu e o meu marido a conversar com uma assistente social do hospital de Torres Vedras (...) foi ela que tratou de tudo para nos darem aquele apoio (apoio à dependência) (...) e para que a minha sogra tivesse andarilho” (E3)

### 5.3. Análise de Frequência e Coocorrência das Dimensões e Subdimensões

No total foram analisadas duas entrevistas exploratórias, oito entrevistas semiestruturadas e analisados oito documentos. Foram explorados três conceitos, oito dimensões e vinte e sete subdimensões, totalizando uma codificação de 228 segmentos (dados presentes no anexo E).

#### 5.3.1. Matriz de Frequência de Sujeitos e Documentos

As seguintes figuras e o quadro indicam o número de entrevistados e/ou documentos que abordaram uma determinada dimensão. Posto isto, o primeiro quadro (quadro 5.2.) refere-se às dez entrevistas realizadas (duas entrevistas exploratórias: EEE e EEM; e oito entrevistas semiestruturadas: E1- E8). Referente às entrevistas exploratórias realizadas aos dois profissionais de saúde (EEE e EEM), pode-se constatar que o/a médico/a (EEM) abordou quatro subdimensões, dos quais duas referem as estratégias do cuidador informal para superar as dificuldades, enquanto que o/a enfermeiro/a (EEE) abordou seis subdimensões, das quais quatro englobam os fatores de *stress* do cuidador informal ligados ao ato de cuidar. No entanto, ambos os profissionais referiram estratégias de coping centradas no meio (como estratégia do cuidador informal) e a insuficiência das respostas (como fator de *stress* do cuidador).

Na globalidade, os dois profissionais de saúde entrevistados mencionaram as suas perceções referentes aos fatores de *stress* (evidenciaram precisamente a restrição da vida própria do cuidador informal, a insuficiência dos apoios financeiros, as dificuldades físicas decorrentes da idade do/a cuidador/a, a falta de apoios informais e a insuficiência das respostas formais) e referente às estratégias que o cuidador informal residente no concelho de Torres Vedras adota (foi percecionado nas entrevistas exploratórias os recursos formais existentes na sociedade, o núcleo familiar como recurso informal e a estratégia de procurar não saber muita informação sobre os cuidados). O/a médico/a (EEM) evidenciou também perceções quanto à intervenção do assistente social, nomeadamente, a limitação de atuação do assistente social devido à escassez de recursos, ao qual é visto como uma barreira na prestação do apoio.

No que diz respeito às dimensões e subdimensões abordadas pelo cuidador informal, é visível que alusivo às políticas sociais, seis cuidadores expuseram o usufruto de respostas sociais destinadas à pessoa idosa dependente e cinco cuidadores fizeram referência aos apoios sociais destinados ao cuidador informal. Referente à intervenção do assistente social, cinco cuidadores referiram que têm e/ou gostavam de ter um maior apoio/accompanhamento do profissional. Alusivo ao conceito do cuidador informal da pessoa idosa dependente, quatro cuidadores informais referiram o sentimento de dever cumprido como aspetos positivos do cuidado. A totalidade da amostra mencionou que adota estratégias de coping centradas no meio; seis cuidadores informais mencionaram a insuficiência das respostas, o carácter físico e social como fatores de *stress* do cuidador informal; por fim, quatro cuidadores informais referiram fatores inerentes à família, obrigação moral e o carácter financeiro como motivos para assumir o cuidado informal. Referente ao envelhecimento com dependência, foi consensual na amostra a menção

quanto à incapacidade da pessoa idosa a cuidado. Alusivo à generalidade dos dez sujeitos entrevistados, observa-se que todos proferiram estratégias de coping centradas no meio, no entanto, apenas dois entrevistados mencionaram a legislação como política destinada ao cuidador e fatores de *stress* familiar.

**Quadro 5.2- Frequência dos Sujeitos Entrevistados**

Lista de Códigos	EEM	EEE	E8	E7	E6	E5	E4	E3	E2	E1	SOMA
Políticas Sociais destinadas à pessoa idosa dependente											
Respostas Sociais			1	1		1	1		1	1	<b>6</b>
Prestações Sociais			1	1				1			<b>3</b>
Intervenção do Assistente Social											
Mobilização de recursos			1			1		1		1	<b>4</b>
Administração de serviços			1				1			1	<b>3</b>
Apoio/ Acompanhamento	1		1	1			1		1	1	<b>6</b>
Informativo					1				1	1	<b>3</b>
Políticas sociais destinadas ao cuidador informal											
Legislação						1				1	<b>2</b>
Apoios Sociais					1	1		1	1	1	<b>5</b>
Estratégias para superar dificuldades											
Adquirir/ preparar competência	1		1	1	1	1		1			<b>6</b>
Coping centrado no meio	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	<b>10</b>
Coping centrado no controlo emocional		1	1	1			1	1	1	1	<b>7</b>
Fatores de stress ligados ao ato de cuidar											
Duração dos cuidados			1		1	1					<b>3</b>
Insuficiência das respostas	1	1	1	1		1	1	1	1		<b>8</b>
Físico		1	1			1	1	1	1	1	<b>7</b>
Financeiro		1			1	1			1		<b>4</b>
Psicológicos/ Emocionais			1	1			1	1	1		<b>5</b>
Familiares								1	1		<b>2</b>
Sociais		1	1		1	1	1		1	1	<b>7</b>
Aspectos positivos do cuidado											
O cuidado como impulsionador de filantropia				1	1				1		<b>3</b>
Sentimento de dever cumprido			1			1	1			1	<b>4</b>
Motivos para assumir o cuidado informal											
Fatores inerentes à família			1			1	1	1			<b>4</b>
Obrigação moral			1		1			1	1		<b>4</b>
Falta de respostas sociais									1		<b>1</b>
Carácter financeiro			1			1			1	1	<b>4</b>
Valores culturais				1		1			1		<b>3</b>
Dependência											
Incapacidade			1	1	1	1	1	1	1	1	<b>8</b>
Estado de saúde da PID			1	1	1				1	1	<b>5</b>
<b>SOMA</b>	<b>4</b>	<b>6</b>	<b>15</b>	<b>14</b>	<b>13</b>	<b>16</b>	<b>12</b>	<b>13</b>	<b>19</b>	<b>15</b>	<b>127</b>

**Fonte:** Quadro baseado nos resultados do suporte informático MAXQDA

Referente à análise documental, evidencia-se na figura 5.9 que os documentos analisados abordaram duas dimensões da presente investigação, nomeadamente, quatro documentos consignam políticas destinadas à pessoa idosa dependente (projeto de lei estatuto do cuidador informal, portaria nº38/2013, decreto-lei nº101/2006, centro nacional de pensões- complemento dependência) e três documentos alusivos às políticas destinadas ao cuidador informal (projeto de lei estatuto do cuidador informal, portaria nº 50/2017, portaria nº 68/2017).

Referente aos documentos analisados alusivos às políticas destinadas ao cuidador informal, tanto a portaria nº 68/2017 como a portaria nº 50/2017 estipulam os critérios de promoção do cuidador informal através da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados. Por outro lado, o projeto de lei nº 801/XIII/3ª, prevê estabelecer os direitos e deveres dos cuidadores informais e definir os mecanismos e os critérios do reconhecimento do Estatuto do Cuidador Informal. Este documento foi elaborado pelo grupo parlamentar *Bloco de Esquerda*, a 9 de março de 2018 e previa a entrada a vigor a partir do mês de Abril, com entrada regulamentada no prazo de 120 dias após a entrada em vigor do diploma o disposto referente às medidas para reconhecimento do cuidador informal<sup>4</sup>, às medidas referentes ao reconhecimento da prestação de cuidados informais para efeitos de pensão de velhice e referente ao direito ao descanso do cuidador informal. Posto isto, referente às políticas destinadas ao cuidador informal, evidencia-se um empenho predominante ao nível da promoção do descanso do cuidador informal, se bem que também se comprova um empenho em melhorar a qualidade de vida do cuidador informal, através de políticas essenciais que vão entrar em vigor, nomeadamente, a garantia de direitos enquanto cuidadores informais e o reconhecimento da prestação informal de cuidados.

Em relação aos documentos analisados que abordam as políticas destinadas à pessoa idosa dependente, o Centro Nacional de Pensões elaborou um guia prático que aborda o complemento por dependência, assim como os destinatários. Por outro lado, a portaria nº38/2013 estabelece as condições de instalação e funcionamento do serviço de apoio domiciliário e o decreto-lei nº101/2006 expõe a RNCCI como resposta social destinada a pessoas que se encontram em situação de dependência, e prevê melhorar as condições de vida e de bem-estar. O projeto de lei nº 801/XIII/3ª aborda políticas destinadas à pessoa idosa dependente, na medida que prevê reforçar o suplemento por dependência. Como demonstrado neste estudo, estas medidas de apoio à dependência são essenciais e funcionam como estratégias de coping do cuidador informal, nomeadamente, estratégias centradas no meio.

---

<sup>4</sup> Sendo competência dos Serviços da Segurança Social, das instituições por esta reconhecidas para o efeito, das Equipas de Saúde Familiar e das Equipas de Cuidados Continuados Integrados

**Figura 5.9 - Frequência dos Documentos Analisados**

Lista de Códigos	XXI pr...	projet...	Portar...	Portar...	Decre...	centr...	A Por...	___Lei...	SOMA
▲ Apoio do Assistente Social									0
▶ Políticas Sociais destinadas à pessoa idosa		1		1	1	1			4
▶ Intervenção do Assistente Social									0
▶ Políticas sociais destinadas ao cuidador inf		1	1				1		3
▲ Cuidador Informal da Pessoa Idosa Dependen									0
▶ Estratégias para superar dificuldades									0
▶ Fatores de stress ligados ao ato de cuidar									0
▶ Aspetos positivos do cuidado									0
▶ Motivos para assumir cuidado informal									0
▲ Envelhecimento									0
▶ Dependência									0
Σ SOMA	0	2	1	1	1	1	1	0	7

Fonte: Preparado com suporte informático MAXQDA

### 5.3.2. Matriz de Frequência das Dimensões

A seguinte figura (5.10) ilustra a frequência alusivo a qualquer menção quanto a cada uma das dimensões criadas, através de excertos das entrevistas ou da análise documental e, cuja relação seja perceptível. O objetivo desta matriz assenta em demonstrar qual a frequência na repetição dos códigos e a abrangência deste nos diferentes documentos. Assim, será possível ter a noção qual o código mais tratado e qual a abrangência do mesmo ao longo dos documentos. Posto isto, foram agrupados três conjuntos de manifestações, nomeadamente, as entrevistas exploratórias no grupo 1, no grupo 2 as entrevistas semiestruturadas e no grupo 3 os documentos oficiais de lei, nomeadamente, decretos-lei, projetos-lei, programas constitucionais. A figura 5.10 assinala uma maior referência das *estratégias para superar dificuldades* (ao longo da análise foram analisadas 58 frases ou citações cujo significado indicasse a existência de alguma estratégia), seguindo-se os *fatores de stress ligados ao ato de cuidar* (56 referências). A menor referência analisada refere-se às políticas sociais destinadas à pessoa idosa.

**Figura 5.10 - Frequência das Dimensões**

Lista de Códigos	EEM	EEE	E8	E7	E6	E5	E4	E3	E2	E1	X...	es...	50...	38...	10...	C...	14...	4...	SOMA
▲ Apoio do Assistente Social																			0
▶ Políticas Sociais destinadas à pessoa idosa																			14
▶ Intervenção do Assistente Social																			17
▶ Políticas sociais destinadas ao cuidador																			22
▲ Cuidador Informal da Pessoa Idosa Depend																			0
▶ Estratégias para superar dificuldades																			58
▶ Fatores de stress ligados ao ato de cuidar																			56
▶ Aspetos positivos do cuidado																			15
▶ Motivos para assumir cuidado informal																			23
▲ Envelhecimento																			0
▶ Dependência																			23
Σ SOMA	6	6	31	25	18	27	17	19	45	20	0	8	1	1	1	2	1	0	228

Fonte: MAXQDA

Visto em pormenor a figura (dados presentes no anexo E e anexo F), é possível referir que na dimensão que apresenta mais menções analisadas, isto é, *estratégias para superar as dificuldades*, é visível a maior frequência de menções na subdimensão *estratégias de coping centradas no meio*, tendo sido abordados por 10 documentos diferentes e mencionados 35 vezes, dos quais 31 referências foram de cuidadores informais; por fim, as restantes menções foram analisadas através do registo das entrevistas exploratórias (quadro 5.5). A subdimensão menos referida foi adquirir/preparar competências.

Na dimensão *fatores de stress do cuidador informal*, é visível a maior frequência de menções na subdimensão fatores de *stress* psicológico/ emocional (14 menções), seguindo-se pela insuficiência das respostas (12 menções) e fatores de *stress* físicos (10 referências analisadas). Os fatores de *stress* familiares foi a subdimensão menos referida (2 menções). Referente à dimensão *aspectos positivos do cuidado*, foi mencionado mais vezes o sentimento de dever cumprido (10 menções). Quanto aos *motivos para assumir o cuidado*, foi reportado 5 menções quanto aos fatores inerentes à família, obrigação moral, carácter financeiro e valores culturais.

Alusivo ao conceito *dependência*, foram reportadas 14 menções face à incapacidade, tendo sido abordado em 8 documentos. Referente ao conceito *Apoio do Assistente Social*, foram referenciadas 8 frases alusivas às respostas sociais destinadas à pessoa idosa dependente e 13 menções referentes aos apoios sociais destinados ao cuidador informal (dimensão *políticas sociais destinadas ao cuidador informal*). Por fim, quanto à dimensão *intervenção do assistente social*, foram analisadas um maior número de referências quanto ao apoio/acompanhamento (6 menções abordados por cinco documentos).

### 5.3.3. Matriz de Inter-Relação entre Dimensões

Segundo Ramalho (2013), a estatística de coocorrência é um método que tem bases na teoria da informação e procura descrever a relação entre subconjuntos, classes de elementos ou suas características, utilizando estatística para comparar a similaridade ou diversidade de coocorrência. A partir dessa matriz é possível extrair informações relevantes sobre uma imagem e os objetos presentes na mesma. Neste sentido, na análise de coocorrência verifica-se a presença de relação entre as subdimensões, sendo que a existência de linhas de ligação na figura indica a existência de coocorrência e a grossura da mesma linha indica a relevância da inter-relação entre as várias subdimensões.

A figura 5.11 salienta as inter-relações existentes nas subdimensões pertencentes ao conceito *Envelhecimento, Cuidador Informal da Pessoa Idosa Dependente e Apoio do Assistente Social*. De entre todas as inter-relações existentes, verifica-se um maior relevo de coocorrências ao nível das *estratégias de coping centradas no meio*, verificando-se um total de 11 inter-relações com outros códigos. Destaca-se uma grande relevância de inter-relação entre as subdimensões “*estratégias de coping centradas no meio*” e “*insuficiência das respostas*”. As estratégias de  *coping* definem-se como estratégias

direcionadas para lidar com os problemas; problemas esses que podem estar relacionados com a insuficiência das respostas disponíveis para os cuidadores informais, ao qual se propiciam como fatores de *stress* do cuidador informal. Neste sentido, o cuidador informal recorre a estratégias centradas no meio, isto é, estratégias que se direcionam para os recursos existentes na sociedade devido à insuficiência de respostas de auxílio ao cuidador informal, fazendo com que estas variáveis sejam interdependentes.

De acordo com Rocha (2009), as estratégias centradas no meio são consideradas eficazes para os cuidadores de idosos dependentes na medida em que reúne todo um conjunto de recursos existentes na sociedade e no núcleo familiar do utente/família. No entanto, as dificuldades do cuidador informal decorrem, essencialmente, da exigência do cuidado, da insuficiência das respostas formais e informais, de problemas financeiros e da restrição da vida social (Cruz, Loureiro, Silva y Fernandes, 2010). Segundo o estudo realizado por Saraiva (2011), a nível nacional e a nível local, existe múltiplas e diversas respostas orientadas para os dependentes, mas são raras as respostas orientadas especificamente para os cuidadores.

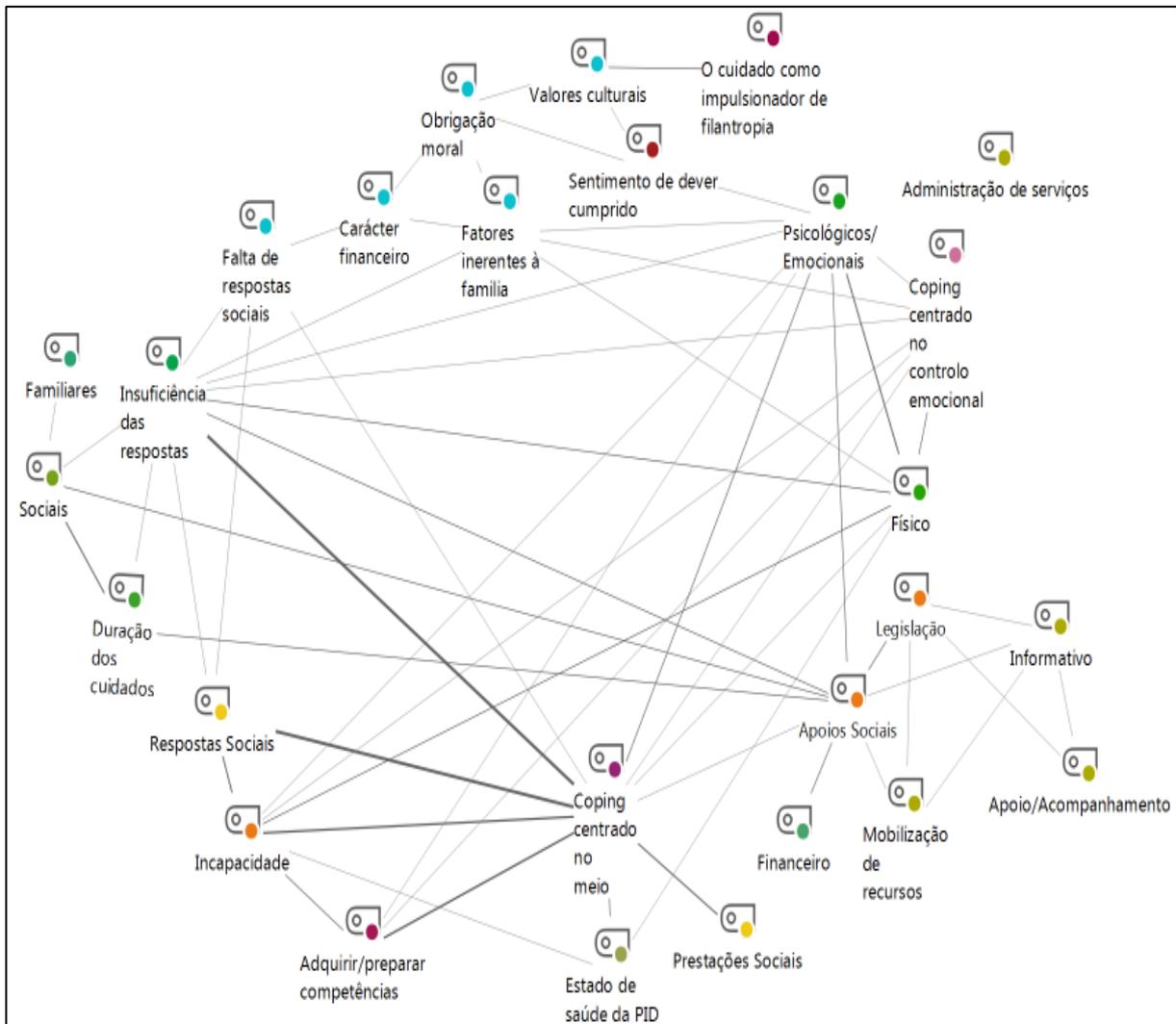
Uma outra inter-relação que surge em igual relevo é a concordância entre “*estratégias de coping centradas no meio*” e “*respostas sociais*” (da dimensão “políticas sociais destinadas à pessoa idosa dependente”). O facto de a pessoa idosa dependente e/ou o seu cuidador informal poderem ser encaminhados para diversos tipos de respostas sociais destinadas à pessoa idosa dependente, particularmente, no caso desta investigação, o serviço de apoio domiciliário, serviços de saúde, unidade de saúde familiar, serviço de emergência (112) e as prestações sociais, leva a que o cuidador informal apreenda as respostas formais existentes na sociedade como estratégias de coping centrada no meio.

Sequeira (2010) refere que o *contexto de meio* integra o suporte social, serviços formais de apoio, co-residência, recursos comunitários, cultura, habitação, valorização social do cuidar, contexto em que são realizados os cuidados, legislação, rede de apoio, estrutura familiar, etc. Neste sentido, Rocha (2009) expõe que as estratégias centradas no meio reúnem todo um conjunto de recursos existentes na sociedade e no núcleo familiar do utente/família. Por sua vez, Teixeira et al. (2017) expõem que os cidadãos e/ou famílias poderão ser encaminhados para diversos tipos de respostas sociais, das quais se destacam as dirigidas a adultos em situação de dependência: Apoio Domiciliário Integrado (ADI), Unidade de Apoio Integrado (UAI) e Serviço de Apoio Domiciliário (SAD) para pessoas em situação de dependência, que integra uma prestação de cuidados individualizados e personalizados, no domicílio, a indivíduos e famílias quando, por motivo de doença, deficiência ou outro impedimento, não possam assegurar a satisfação das necessidades básicas e/ou as atividades da vida diária.

A subdimensão *administração de serviços* (dimensão *intervenção do assistente social*), não apresenta qualquer relação com nenhuma outra subdimensão. Neste âmbito, Carvalho e Pinto (2015)

expõem que os assistentes sociais se integram em serviços do Estado, na administração central, local e em organizações lucrativas e não lucrativas.

**Figura 5.11 - Inter-relação entre as Subdimensões**



**Fonte:** Preparado com suporte informático MAXQDA

## CONCLUSÃO

Com o objetivo de contribuir para a melhoria da qualidade de vida do cuidador informal, a presente investigação permitiu evidenciar algumas estratégias utilizadas por alguns cuidadores residentes no concelho de Torres Vedras, de forma a ultrapassar as dificuldades inerentes à prestação de cuidados de uma pessoa idosa dependente, e posteriormente, de repensar o papel do Serviço Social neste âmbito.

Neste sentido, foi evidenciado por alguns autores que 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, no sentido em que engloba atividades promotoras de bem-estar, suporte emocional, financeiro, social, assistência nas atividades de vida diária, entre outras. Deste modo, o cuidador para exercer o seu papel necessita de adquirir conhecimentos que lhe permitam identificar as necessidades do alvo de cuidados, as estratégias a adotar para um exercício seguro e de qualidade e as estratégias para se proteger (Cruz, *et al.*, 2010; Martins, 2010; Sequeira, 2010).

Posto isto, no decorrer da investigação exposta foi perceptível que o prestador de cuidados informais enfrenta na sua vida quotidiana inúmeros desafios relacionados com o cuidado informal e como tal, surge a necessidade de adquirir e/ou preparar mecanismos de defesa, isto é, criar estratégias que ajudem a suportar a exigência que a tarefa acarreta.

De forma a melhor compreender todos os aspetos inerentes à prestação de cuidados e ao cuidador informal, foram realizadas duas entrevistas exploratórias a dois profissionais de saúde do concelho de Torres Vedras, como forma de ajustar o instrumento de recolha de dados, isto é, o guião das entrevistas semiestruturadas, à realidade dos cuidadores que residem no concelho. Concernente às entrevistas exploratórias realizadas aos dois profissionais de saúde, foram supracitadas as suas perceções referentes aos fatores de *stress* (evidenciaram a restrição da vida própria do cuidador, a insuficiência dos apoios financeiros, as dificuldades físicas decorrentes da idade cronológica, a falta de apoios informais e a insuficiência das respostas formais) e referente às estratégias que o cuidador informal residente no concelho de Torres Vedras adota (foi percecionado os recursos formais existentes na sociedade, o núcleo familiar como recurso informal e a estratégia de procurar não saber muita informação sobre os cuidados). O/a médico/a evidenciou também perceções quanto à intervenção do assistente social, nomeadamente, a limitação de atuação do assistente social devido à escassez de recursos, ao qual é visto como uma barreira na prestação do apoio.

Posteriormente foram realizadas oito entrevistas aos cuidadores informais de pessoas idosas dependentes, no concelho de Torres Vedras, ao qual foi efetuada uma análise a partir dos dados pessoais, de modo a *identificar as suas características sociodemográficas*. Dos dados sociodemográficos analisados, foi possível concluir que o sexo feminino predomina na totalidade com idade média de 56,25 anos e cuja maioria apresenta o estado civil de casado. Referente às habilitações literárias, a generalidade

possui habilitações ao nível do 7º ano, sendo que o nível mais alto de escolaridade apresentado é de licenciatura e o mais baixo é de 4º classe. Quanto ao grau de parentesco, a maioria corresponde ao grau de “filha”, com média de 7,63 anos de prestação de cuidados.

Começamos então por referir os *motivos que levaram o cuidador informal a assumir o papel de cuidador principal*. Na perspetiva de Cruz, *et al.* (2010), os motivos relacionam-se com fatores inerentes ao idoso, ao cuidador e com a família. De acordo com os dados obtidos na presente investigação, verifica-se que foi referido pela maioria da amostra os *fatores inerentes à família* (ser filho único, indisponibilidade de outros membros e dever familiar), *obrigação moral* (reciprocidade e dever moral; vontade de auxiliar e respeito pela vontade do idoso), seguindo-se, em igualdade, o *carácter financeiro* (falta de opções devido à escassez de recursos económicos e ao facto de sentirem os custos de adesão aos equipamentos disponíveis como elevados), depois os *valores culturais* (cuidadores vêem-se como principais responsáveis por assumir o cuidado devido ao modelo tradicional de família, ao qual é visto como obrigação; pela cultura considerar uma tarefa honrosa; devido às normas e pressões sociais e pela valorização da interação entre gerações) e por fim, pela *falta de respostas sociais* (falta de respostas sociais participadas).

Um outro objetivo específico compreende *identificar fatores de stress dos cuidadores informais no processo do cuidado*. De acordo com Cruz, *et al.* (2010), a sobrecarga está relacionada com as dificuldades e o *stress* que surge durante o ato de cuidar, podendo estar relacionada ao próprio ato de cuidar, a fator socioeconómicos e/ou a tensões intrapsíquicas. As dificuldades do cuidador decorrem essencialmente, da exigência do cuidado, da insuficiência das respostas formais e informais, de problemas financeiros e da restrição da vida social.

Com base nos resultados obtidos, evidencia-se que um maior número de prestadores de cuidados referiu como fatores de *stress* a *insuficiência das respostas* (carência de serviços personalizados e que ofereçam maior apoio, escassez de vagas disponíveis, carência de orientação e acompanhamento na prestação do cuidado), fatores de *stress físicos* (idade do cuidador, força física, problemas de saúde, desgaste físico, aumento do número de pessoas a cuidado; alterações no padrão do sono e o cansaço) e os *fatores de stress sociais* (restrição da vida social: escassez de saídas sociais, tempo limitado e controlado), seguindo-se os fatores de *stress psicológicas e/ou emocionais* (ansiedade, baixa autoestima situacional, irritabilidade, dificuldade em descansar, sensação de falta de formação, dúvida quanto às capacidades), a *duração dos cuidados*, os fatores de *stress* de carácter *financeiro* (pensões sociais atribuídas à pessoa idosa dependente como a única fonte de rendimento face às despesas incitadas pelo cuidado informal e consideradas como “insuficientes” e o facto do cuidador não trabalhar e de não fornecer o pagamento de contribuições para a segurança social, preocupando-se com o seu futuro), e, por fim, os fatores de *stress familiares* (alteração na rotina familiar: diminuição do tempo disponível para a família, privações da vida familiar e diminuição da privacidade).

Quanto a *identificar os mecanismos utilizados pelo cuidador informal de forma a superar as dificuldades encontrados durante o processo do cuidado*, Custódio (2001) defende a importância de potenciar os mecanismos de *coping* e desenvolver as competências para o cuidar, resultando em benefícios terapêuticos que visam a diminuição da sobrecarga.

Alusivo aos dados obtidos é possível referir que a totalidade da amostra mencionou que adota as estratégias de *coping centradas no meio* (modificação da casa, recursos formais existentes na sociedade e recursos informais), seguindo-se pelas estratégias de *coping centradas no controlo emocional* (administração de medicamentos de relaxamento e para dormir, levar a pessoa idosa dependente a fazer uma sesta, conversar com outras pessoas, arranjar uma ocupação com um horário flexível, perceber a família como um fator de força interior, ver em retrospectiva a sua força interior e capacidade, possuir pensamentos que forneçam automotivação, deter de uma sensação de orgulho), e por fim, a menor menção analisada diz respeito a *preparar e/ou adquirir competências* (frequentar cursos e/ou consultas informativas, preparar competências de comunicação e psicomotoras).

Referente à *identificação dos fatores de proteção para os cuidadores informais*, evidencia-se a percepção sobre os aspetos positivos referentes à prestação de cuidados, nomeadamente, uma maior alusão quanto ao *sentimento de dever cumprido* (experiências de satisfação, retribuição, orgulho e bem-estar com a qualidade do cuidado); seguindo-se o *cuidado como impulsionador de filantropia* (noção de fazer algo útil e importante, e presença de momentos agradáveis). Neste âmbito, Sommerhalder (2001) reconhece alguns aspetos positivos ou benéficos vivenciados pelos cuidadores, nomeadamente o crescimento pessoal; aumento do sentimento de realização, do orgulho e da habilidade para enfrentar desafios; melhoria do relacionamento interpessoal; aumento do significado de vida; prazer; satisfação; retribuição; satisfação consigo próprio e qualidade do cuidado oferecido.

Posto isto e perante o objetivo geral de sistematizar as estratégias adquiridas pelos cuidadores informais referente aos momentos de dificuldade que surgiram durante o cuidado à pessoa idosa, em contexto domiciliário, no concelho de Torres Vedras, é possível concluir que as estratégias mais utilizadas foram as estratégias de *coping centradas no meio*, estratégias essas referidas pela totalidade da amostra. Referente aos *fatores de stress*, evidencia-se que um maior número de cuidadores informais mencionou a predominância dos fatores de *stress* ao nível da subdimensão *insuficiência das respostas*, fatores de *stress físicos* e *fatores de stress sociais*.

No que diz respeito a *perceber se os cuidadores informais recorreram apoio do assistente social*, apenas dois participantes referiram que têm apoio e/ou acompanhamento constante de um assistente social, no entanto, a maioria dos participantes indicaram não receber qualquer apoio/acompanhamento, mas referiram que seria uma mais-valia. Quanto a *perceber qual foi a intervenção realizada pelo profissional*, foi mencionado o papel do assistente social a *nível do apoio e/ou acompanhamento* (esclarecimento de dúvidas e apoio em questões de mobilização de recursos),

seguindo-se *mobilização de recursos* (beneficiar de prestações, equipamentos e serviços sociais) e, por fim, a *nível informativo* (divulgação de equipamentos de apoio aos cuidadores e primeiro contacto informativo após a alta da pessoa idosa) e *administração de serviços*.

Neste sentido, o assistente social poderá promover estratégias para superar as dificuldades do cuidador informal durante a prestação de cuidados, atuando na mobilização de recursos e apoios destinados à pessoa idosa dependente e/ou ao cuidador; assegurando os seus direitos e garantindo uma maior qualidade durante a prestação cuidados, nomeadamente, na identificação dos cuidadores; assegurar e apoiar a sua formação e a capacitação; promover e mobilizar recursos, de forma a ter acesso às medidas de apoio, como o reconhecimento da prestação de cuidados para efeitos de pensão de velhice; e direito ao acesso equitativo de prestações e respostas sociais, através da medidas estabelecidas no projeto de lei n.º 801/XIII/3ª – estatuto do cuidador informal.

Perante o objetivo geral de definir linhas orientadoras de intervenção com cuidadores informais para o Serviço Social, é possível indicar que é de extrema importância que o assistente social atue nos fatores que originam *stress*, particularmente, na promoção de serviços personalizados e que oferecem um maior apoio e acompanhamento ao longo da prestação informal de cuidados; assegurem vagas disponíveis para acesso às instituições, seja de apoio domiciliário ou para descanso do cuidador, assim como a qualidade do serviço; acompanhem e orientem os cuidadores para sessões de formação, de forma a evitar situações de *stress* físico e/ou psicológico por desconhecimento; assegurem redes de apoio entre cuidadores e entre profissionais, de modo a promover a sua capacitação, esclarecer dúvidas quanto à prestação do cuidado e quanto aos seus direitos; e atribuam apoios financeiros destinados ao cuidador informal.

Referente à análise documental, evidencia-se que os documentos analisados abordaram a importância das políticas destinadas à pessoa idosa dependente (evidenciou-se que as medidas de apoio à dependência são essenciais e funcionam como estratégias de coping) e as políticas destinadas ao cuidador informal (evidencia-se um empenho predominante ao nível da promoção do seu descanso, se bem que também se comprova um empenho em melhorar a qualidade de vida do cuidador, através de políticas essenciais que vão entrar em vigor).

De acordo com Francisco (2012), o envelhecimento populacional constitui um desafio para a sociedade na medida em que, subjacente a ele, se encontram aspetos de perda de autonomia e dependência, que acarretam necessidades profundas de reorganização sociopolítica, particularmente dirigidas aos sistemas de saúde e proteção social. As respostas específicas para a Terceira Idade enquadram-se tanto no âmbito da Segurança Social, como nas políticas de outros sectores. Nos outros sectores, destaca-se a discriminação positiva no acesso a bens e serviços essenciais (Soeiro, 2010).

Em Portugal, a proteção social constitui um direito de todos os cidadãos consagrados no artigo 63 da Constituição da República Portuguesa, efetivado pelo sistema de Segurança Social, aprovado pela

Lei n. 4/2007. Neste âmbito, o Programa do XXI Governo Constitucional pretende integrar as prestações de saúde com prestações da Segurança Social, tanto a nível local como a nível regional e central. O programa prevê repor, nos valores de 2011 a atualização da prestação aos idosos do valor de referência do Complemento Solidário para Idosos no montante anual de 5.022 euros, restaurando os valores anuais anteriormente em vigor. Por outro lado, o programa do XXI Governo Constitucional prevê a “expansão e melhoria da integração da Rede de Cuidados Continuados e de outros serviços de apoio às pessoas em situação de dependência” e “recuperar o funcionamento dos hospitais intervindo a montante, através da criação de mais unidades de saúde familiares e a jusante, na execução do plano de desenvolvimento de cuidados continuados a idosos e a cidadãos em situação de dependência” (p. 93-98).

Ao nível das representações, os cuidados e os cuidadores aparecem identificados como sendo predominantemente familiares e femininos. Neste sentido, a política de cuidados deve fomentar a igualdade de género na sociedade, promovendo medidas de conciliação do trabalho doméstico com o profissional e construção de infraestruturas adequadas às necessidades das famílias trabalhadoras (Carvalho, 2007).

Posto isto, e devido à complexidade das investigações realizadas nesta área, considero de extrema importância dar continuidade à realização de estudos sobre a prestação de cuidados informais, possivelmente, estudos futuros sobre a influência dos valores culturais como fator para assumir o papel.

Acredito que os dados obtidos na presente investigação possibilitem uma reflexão acerca da importância das estratégias utilizadas pelo cuidador informal, de modo a ultrapassar as dificuldades inerentes ao ato de cuidar. No entanto, considero que seria importante ter sido integrado no presente estudo uma dimensão sobre as destrezas e o conhecimento do cuidador referente à prestação de cuidados a pessoa idosas dependentes, de forma a melhor avaliar a influência dos fatores de *stress*.

Após a análise efetuada, parece-me possível concluir que são diversos os fatores de *stress* que o cuidador informal enfrenta, no entanto, o seu bem-estar passa maioritariamente por adaptar estratégias de *coping centradas no meio*, ao qual, o assistente social poderá ser uma mais-valia, no sentido de apoio e/ou acompanhamento ao nível dos recursos existentes na sociedade.

## BIBLIOGRAFIA

- Administração Central do Sistema de Saúde, IP (ACSS) (2017). *Plano de Atividades para 2017 - Otimizar recursos, gerar eficiência*. Serviço Nacional de Saúde, República Portuguesa
- Andrade, Alexandra (2014). *Contextos e Prática do Serviço Social com Pessoas Idosas em Serviço de Apoio Domiciliário*. Trabalho de Projeto apresentada para a obtenção do Grau de Mestre em Gerontologia Social no Curso de Mestrado de Gerontologia Social conferido pela Universidade Lusófona de Humanidades e Tecnologias
- Andrade, Fernanda (2009) - *O cuidado informal à pessoa idosa dependente em contexto domiciliário: necessidades educativas do cuidador principal*. Braga: Universidade do Minho. Dissertação de mestrado.
- André, Suzana; Maria Madalena Nunes; Maria Manuela Martins e Vítor Rodrigues (2013). Saúde mental em cuidadores informais de idosos dependentes pós-acidente vascular cerebral. *Revista de Enfermagem Referência*, III Série - n.º 11 - Dez. 2013, pp.85-94
- Aperta, Joana (2015). *Aspetos positivos do cuidar e o apoio social percebido nos cuidadores informais de pessoas com demência*. Relatório de Estágio apresentado à Escola Superior de Saúde de Bragança para a obtenção do grau de mestre em Cuidados Continuados, Escola Superior de Saúde, Instituto Politécnico de Bragança.
- Araújo, Odete (2009) Idosos dependentes: impacte positivo do cuidar na perspectiva da família. *Revista Sinais Vitais – Ciência e Técnica FORMASAU. Formação e Saúde, LDA, N.º 86, p. 25-30*.
- Areosa, Sílvia; Letícia Henz; Daniela Lawisch e Renata Areosa (2014). Cuidar de si e do outro: estudo sobre os cuidadores de idosos. *Revista Psicologia, Saúde & Doenças*, 15(2), 482-494. EISSN - 2182-8407
- Arruda, Micheli; Ângela Alvarez e Lucia Gonçalves (2008). O familiar cuidador de portador de doença de alzheimer participante de um grupo de ajuda mútua. *Revista Ciência, Cuidado e Saúde*, v.7, n.3, p.339-345
- Associação dos Profissionais de Serviço Social -APSS (1994). *A ética no Serviço Social, Princípios e Valores*. Adaptados pela assembleia Geral da FIAS em Colombo Sirilanka, em Julho de 1994
- Associação Internacional de Escolas de Serviço Social (AIESS) e Federação Internacional dos Assistentes Sociais (FIAS) (2013). *Ética do Serviço Social: declaração de princípios*. (Trad. Associação dos Profissionais de Serviço Social (APSS): Lucinda Neto, Ernesto Fernandes e Rosa da Primavera). Texto revisto por Graça André em 2013. Documento aprovado na Assembleia Geral da em Adelaide, Austrália.
- Augusto, Cleicle; José Souza; Eloise Dellagnelo; Silvio Cario (2013). Pesquisa Qualitativa: rigor metodológico no tratamento da teoria dos custos de transação em artigos apresentados nos congressos da Saber (2007-2011). *RESR, Piracicaba-SP*, v. 51, n.º 4, p. 745-764, Out/Dez 2013
- Augusto, Fernanda; Ivanete Silva e Maurício Ventura (2009). Filhos cuidadores: escolha, mudanças e desafios. *Revista Kairós Gerontologia*, São Paulo, v.12 (2), novembro 2009: 103-118
- Baptista, Cristina (2008). *Grupos de Ajuda Mútua e Qualidade de Vida dos Cuidadores dos Doentes de Alzheimer: um estudo sobre o GAM de Pombal*. Dissertação de Mestrado em serviço Social apresentada à Escola Superior de Altos Estudos, Instituto Superior Miguel Torga

- Barbosa, Ana Luísa (2009). *Cuidado informal no fim da vida: stress e coping em cuidadores primários e secundários*. Dissertação apresentada à Universidade de Aveiro para cumprimento dos requisitos necessários à obtenção do grau de Mestre em Gerontologia.
- Barbosa, Ana Luísa; Ana Lúcia Oliveira e Daniela Figueiredo (2012). Rede informal de apoio à pessoa idosa dependente: motivações e fatores de stress em cuidadores primários e secundários. *Revista Temática Kairós Gerontologia*, 15(1), ISSN 2176-901X. São Paulo (SP), Brasil, fevereiro 2012: 11-29.
- Barbosa, Fátima e Alice Matos (2008). Cuidadores familiares idosos: Uma nova realidade, um novo desafio para as políticas sociais. *Revista de Sociologia Configurações*, 4, p.127-139, ISSN: 1646-5075
- Barbosa, Fátima e Alice Matos (2014), "Informal support in Portugal by individuals aged 50+". *European Journal of Ageing*, 11(4), 293-300.
- Barp, Milara e Sueli De Carvalho Vilela (2015). Cuidador familiar do idoso com transtorno mental e comportamental: vivências e sentimentos desvelados. *Revista de enfermagem UERJ*, Rio de Janeiro, 2015 nov/dez; 23(6):805-10.
- Batista, Analía; Luciana de Barros Jaccoud; Luseni Aquino e Patrícia Dario El-Moor (2008). *Envelhecimento e Dependência: Desafios para a Organização da Proteção Social*. Ministério da Previdência Social, Secretaria de Políticas de Previdência Social, Coleção Previdência Social, Vol.28
- Bento, António (2012). Como fazer uma revisão da literatura: Considerações teóricas e práticas. *Revista JA (Associação Acadêmica da Universidade da Madeira)*, n. 65, p. 42-44
- Blennerger, Erik, Titti Fränkel (2008) "*Ethics in Social Work. An ethical code for social work professionals*". Swedish Association of Graduates in Social Science, Personnel and Public Administration, Economics and Social Work
- Borges, Maria Marta e José Luiz Telles (2010). O cuidado do idoso no contexto familiar: percepção da equipe de saúde da família. *Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia*, Rio De Janeiro, 2010; 13(3):349-360
- Brito, Maria Luisa (2000). *A Saúde Mental dos Prestadores de Cuidados a Familiares Idosos*. Dissertação realizada no âmbito do V Curso de Mestrado em Psiquiatria e Saúde Mental, Faculdade de Medicina da Universidade do Porto
- Caixeiro, Cristina (2014). *Liderança e cultura organizacional: o impacto da liderança do diretor na (s) cultura (s) organizacional (ais) escolar (es)*. Capítulo VII: Estratégias Metodológicas.
- Caldas, Célia (2003). Envelhecimento com dependência: responsabilidades e demandas da família. *Caderno de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 19(3):773-781, mai-jun, 2003
- Camacho, Alessandra; Marili Silva e Fátima Espírito-Santo (2012). Estratégias de suporte para prevenção de doença do cuidador familiar. *Revista de Enfermagem, UFPE on line*. 2012 Sept;6(9):2258-65, ISSN: 1981-8963
- Carbonneau, Hélène; Chantal Caron and Johanne Desrosiers (2010). Development of a conceptual framework of positive aspects of caregiving in dementia. *Dementia*, 9, 327-353
- Carlomagno, Márcio; Leonardo Rocha (2016). Como criar e classificar categorias para fazer análise de conteúdo: uma questão metodológica. *Revista Eletrônica de Ciência Política*, vol. 7, n. 1, 2016.

- Carmo, Hermano; Manuela Ferreira (2008). *Metodologia da Investigação- Guia para Autoaprendizagem* (2ª ed.). Lisboa. Universidade Aberta
- Carvalho, António (2010). *Sistemas de poupança complementar para a reforma em Portugal*. Fundação para a Ciência e Tecnologia — FCT. Évora: Universidade de Évora, 2010..
- Carvalho, Maria Irene (2007). Entre cuidados e cuidadores: o feminino na configuração da política de cuidados às pessoas idosas. *Revista Campus Social*, 3/4, 269-280.
- Carvalho, Maria Irene (2009). Os cuidados familiares prestados às pessoas idosas em situação de dependência: características do apoio informal familiar em Portugal. *Revista Kairós*, São Paulo, 12(1), jan. 2009, pp. 77-96
- Carvalho, Maria Irene (2011a). Ética, Serviço Social e “responsabilidade social”: o caso das pessoas idosas. *Revista Katálysis, Florianópolis*, v. 14, n. 2, p. 239-245, jul./dez.
- Carvalho, Maria Irene (2011b). Serviço social e envelhecimento ativo: teorias, práticas e dilemas profissionais. *Lusíada. Intervenção Social*, Lisboa, n.º 38 [2.º semestre de 2011]
- Carvalho, Maria Irene (2011c). Serviço Social e sistema de bem-estar: semelhanças e diferenças entre Portugal, Espanha e Alemanha. *Serviço Social em Revista, LONDRINA*, V. 13, N.2, P. 4-18, JAN./JUN.
- Carvalho, Maria Irene (2012). *Envelhecimento e Cuidados Domiciliários em Instituições de Solidariedade Social* (2ªed.). Lisboa: Coisas de Ler
- Carvalho, Maria Irene (2014). Política de saúde e de cuidados continuados integrados em Portugal. O planeamento da alta em Serviço Social. *Revista Katálysis, Florianópolis*, v. 17, n. 2, p. 261-271, jul./dez
- Carvalho, Maria Irene; Carla Pinto (2015). Desafios do Serviço Social na atualidade em Portugal. *Revista Serviço Social & Sociedade*, São Paulo, n. 121, p. 66-94, jan./mar
- CENSOS (2011). *Resultados Definitivos Portugal. XV recenseamento geral da população*, V recenseamento geral da habitação, Instituto Nacional de Estatística, Statistics Portugal. ISSN 0872-6493 ISBN 978-989-25-0181-9, Depósito Legal n.º 349722/12
- Centro Nacional de Pensões (2018). *Guia Prático – Complemento por Dependência. Instituto da Segurança Social, I.P.*, Departamento de Comunicação e Gestão do Cliente, (7013 – v4.28 )
- Chau, Fernando; Cândida Soares; José Fialho e Maria João Sacadura (2012). *O Envelhecimento da População: Dependência, Ativação e Qualidade*. Centro de Estudos dos Povos e Culturas de Expressão Portuguesa. Faculdade de Ciências Humanas. Universidade Católica Portuguesa.
- Chien, L. Y., Chu, H., Guo, J. L., Liao, Y. M., Chang, L. I. , Chen, C. H., Chou, K. R., (2011). Caregiver support groups in patients with dementia: a meta-analysis. *International Journal of Geriatr Psychiatry*, v. 26, n. 10
- Cruz, Dídia; Hugo Loureiro; Margarida Silva e Mariana Fernandes (2010). As vivências do cuidador informal do idoso dependente. *Revista de Enfermagem Referência, III Série - n.º 2 - Dez. 2010*, p.127-136
- Cunha, Mariana (2011). *Impacto Positivo do Acto de Cuidar no Cuidador Informal do Idoso: Um estudo exploratório nos domicílios do concelho de Gouveia*. Dissertação de Mestrado Integrado em Psicologia. Secção de Psicologia Clínica e da Saúde. Núcleo de Psicologia Clínica Sistémica.

- Custódio, Joana (2011). *A Sobrecarga e Estratégias Coping do Cuidador Informal do Idoso Dependente*. Dissertação de Mestrado em Psicologia Clínica, Escola Superior de Altos Estudos, Instituto Superior Miguel Torga.
- DGS – Direcção-Geral da Saúde (2006). *Manual de boas práticas dos assistentes sociais da saúde na Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados*. Lisboa: DGS
- Diogo, Maria José; Maria Ceolim; Fernanda Cintra (2005). Orientações para idosas que cuidam de idosos no domicílio: relato de experiência. *Revista da Escola de Enfermagem USP*; 39(1):97-102
- Duarte, Rosália (2002). Pesquisa Qualitativa: Reflexões Sobre o Trabalho de Campo. *Cadernos de Pesquisa*, n. 115, p. 139-154, março/ 2002
- ERS (2015). *Acesso, Qualidade e Concorrência nos Cuidados Continuados e Paliativos*. Entidade Reguladora da Saúde
- Fagundes, Tainã; Danielle Pereira, Kátia Bueno; Marcella Assis (2017). Incapacidade funcional de idosos com demência. *Cadernos de Terapia Ocupacional da UFSCar*, São Carlos, v. 25, n. 1, p. 159-169, 2017
- Fantinato, Marcelo (2015). *Métodos de Pesquisa*. Programa de Pós-graduação em Sistemas de Informação. Escola de Artes, Ciências e Humanidades da Universidade de São Paulo
- Fernandes, Isabel Maria Ribeiro (2007). *Factores influenciadores da percepção dos comportamentos do cuidar dos enfermeiros*. Coimbra: Formasau.
- Fernandes, Maria; Telma Garcia (2009b). Estrutura conceitual da tensão do cuidador familiar de idosos dependentes. *Revista Eletrónica de Enfermagem* [Internet]; 11(3):469-76
- Ferreira, Álda e Laura Wong (2007). Cuidadores informais da população idosa com alguma limitação: estimativas indiretas- Brasil – 2000 a 2015. *Revista Serviço Social, Brasília*, n.20, p.71-104, Jan/Jun
- Ferreira, Maria de Fátima (2009). Cuidar no domicílio: avaliação da sobrecarga da família/ cuidador principal no suporte paliativo do doente oncológico. *Cadernos de Saúde*, 2, (1) , 67-88. Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica Portuguesa.
- Ferreira, Neves (2013). *A Sobrecarga do cuidador informal de pessoas com dependência*. Relatório do Trabalho de Projeto para obtenção do grau de Mestre em Enfermagem, Saúde Mental e Psiquiatria apresentado à Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Setúbal
- Ferreira, Olívia, Silvana Maciel; Antonia Silva; Roseane Sá e Maria Adelaide Moreira (2010). Significados atribuídos ao envelhecimento: idoso, velho e idoso ativo. *Revista Psico-USF*, v.15, n.3, p.357-364, set./dez.
- Fonseca, João (2002). *Metodologia da pesquisa científica*. Fortaleza: UEC, 2002. Apostila.
- Fonseca, Tânia (2010). *Sobrecarga, Depressão e Generatividade em Mulheres Cuidadoras Informais*. Mestrado Integrado Em Psicologia, Secção de Psicologia Clínica e da Saúde, Núcleo de Psicologia Clínica Dinâmica, Faculdade de Psicologia, Universidade de Lisboa
- Francisco, Cristina (2012). *Juntos no Cuidar - Projeto de Intervenção Comunitária*. Trabalho Projeto realizado no âmbito do I Mestrado em Enfermagem em Saúde Comunitária, apresentado à Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Beja

- Giacomin, Karla;, Elizabeth Uchoa e Maria Fernanda Lima-Costa, F. (2005). Projeto Bambuí: a experiência do cuidado domiciliário por esposas de idosos dependentes. *Cadernos de Saúde Pública*, v21, n.5, p.1509-1618, set/out.
- GIL, António (2008). *Métodos e técnicas de pesquisa social*. 6.ed. São Paulo: Atlas, 2008.
- Gonçalves, Joana (2014). *Cuidadores Informais e o Papel do Médico de Família*. Trabalho Final com vista á atribuição do grau de Mestre no âmbito do ciclo de Estudos de Mestrado Integrado em Medicina da Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra
- Grácio, António (2014). *Os Impactes Percepcionados pelos Cuidadores Informais do Concelho de Nisa*. Dissertação de Mestrado em Gerontologia Social apresentada à Escola Superior de Educação de Portalegre Do Instituto Politécnico de Portalegra
- Granja, Berta (2011). A Competência Reflexiva Processual em Serviço Social na Ação Profissional Juntas às Populações. *Cadernos de Pesquisa* V.41 N.143 MAIO/AGO. 2011
- Hazzard, William., Brerman, E. L., Blass, J. P., Ettinger, W. H. & Halter, J. B. (1994). Principles of Geriatric Medicine and Gerontology. 3rd Ed. New York: McGraw Hill., citado por Caldas, Célia (2003). Envelhecimento com depedência: responsabilidades e demandas da família. *Caderno Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 19(3):773-781, mai-jun, 2003
- Hedler, Helga; Marlene Santos; Vicente Faleiros; Maria Almeida. (2016). Representação social do cuidado e do cuidador familiar do idoso. *Revista Katálysis*., Florianópolis, v. 19, n. 1, p. 143-153 jan./jun. 2016
- INE (2015). *Envelhecimento da população residente em Portugal e na União Europeia*. Destaque: Informação à comunicação social, Statistics Portugal
- Instituto da Segurança Social, I.P. (2017). *Guia Prático – Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados*, n37, v4.19
- ISS (Instituto da Segurança Social, I.P). (2017). *Guia Prático – Subsídio por Assistência de Terceira Pessoa*, 7013, v4.26. Centro Nacional de Pensões, Departamento de Comunicação e Gestão do Cliente.
- Jede, Marina e Mariana Spuldaro (2009). Cuidado do idoso dependente no contexto familiar: uma revisão de literatura. *Revista Brasileira de Ciências do Envelhecimento Humano, Passo Fundo*, v. 6, n. 3, p. 413-421, set./dez. 2009
- Jordão, J., Cunha, M., Alarcão, R., Escaroupa, A., Escaroupa, C., Gonçalves, D., Duarte, R. (2015). *Manual para o Cuidador*. Unidade de Saúde Familiar de Condeixa, Ministério da Saúde, Administração Regional de Saúde do Centro, I.P., ACES do Baixo Mondego
- José, José de São (2012). A Divisão dos Cuidados Sociais Prestados a Pessoas Idosas. Complexidades, desigualdades e preferências. *Revista Sociologia, Problemas e Práticas*, n.º 69, 2012, pp. 63-85. DOI: 10.7458/SPP201269787
- Kalache, Alexandre; Renato Veras e Luiz Ramos (1987). O Envelhecimento da População Mundial. Um Desafio Novo. *Revista Saúde Pública*, 21(3) 200-210, 1987
- Karsch, Ursula (2003). Idosos dependentes: famílias e cuidadores. *Caderno Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 19(3):861-866, mai-jun, 2003

- Lage, Flávia e Maria Augusta Mata (2013). Fatores Associados à Sobrecarga do Cuidador Informal de Idosos Dependentes. In Pimentel, Maria Helena; André Novo; Ângela Prior; Carlos Magalhães; Celeste Antão; Eugenia Anes; Leonel Preto; Lúcia Pinto; Manuel Brás; Maria Augusta Mata; Maria Gorete Baptista; Maria José Gomes e Norberto Silva (eds) *Primeiras Jornadas de Enfermagem da Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Bragança*, pp-246-250, Instituto Politécnico de Bragança, Escola Superior de Saúde: Livro de Atas (ebook), ISBN: 978-972-745-159-3
- Lakatos, Eva; Marina Marconi (2003). *Fundamentos de metodologia científica* (5. ed). São Paulo: Atlas
- Lakatos, Eva; Marina Marconi (2007). *Fundamentos de metodologia científica* (6. ed). São Paulo: Atlas
- Lazarus, Richard e Susan Folkman (1984). *Stress, appraisal and coping*. New York: Springer, citado por Ramos, Susana e André Carvalho (2007). *Nível de stresse e estratégias de coping dos estudantes do 1º ano universitário de Coimbra*. Psicologia.com
- Leal, Maria das Graças (2000). O desafio da longevidade e o suporte ao cuidador. A Terceira Idade. *Revista São Paulo: Sesc*; 11(20), p.19-30
- Leite, Maria Manuela (2006). *Impacto da demência de Alzheimer no cônjuge prestador de cuidados*. Tese de Doutorado apresentada à Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade do Porto
- Leme, Luiz Eugênio e Paulo Pereira da Silva (2002). O idoso e a família. In: Papaleu Netto, Matheus (Org.). *Gerontologia: a velhice e o envelhecimento em visão globalizada*. São Paulo: Atheneu, p. 92-97, citado por Jede, Marina e Mariana Spuldaro (2009), Cuidado do idoso dependente no contexto familiar: uma revisão de literatura. *Revista Brasileira de Ciências do Envelhecimento Humano*, Passo Fundo, v. 6, n. 3, p. 413-421, set./dez. 2009
- Leme, Luiz Eugênio e Paulo Pereira da Silva (2002). O idoso e a família. In: Papaleu Netto, Matheus (Org.). *Gerontologia: a velhice e o envelhecimento em visão globalizada*. São Paulo: Atheneu, p. 92-97.
- Lemos, Jacinta (2012). *Avaliação das Dificuldades do Cuidadores Informais de Idosos Dependentes*. Trabalho de Projeto apresentado à Escola Superior de Saúde de Bragança para a obtenção do grau de mestre em Envelhecimento Ativo.
- Lima, Priscilla e Vera Coelho (2011). A Arte de Envelhecer: Um Estudo Exploratório Sobre a História de Vida e o Envelhecimento. *Revista Psicologia Ciência e Profissão*, 2011, 31 (1), 4-19
- Lopes, Sandra e Carolina Massinelli (2013). Perfil l e nível de resiliência dos cuidadores informais de idosos com Alzheimer. *Revista Alêtheia* 40, p.134-145, jan./abr. 2013
- Loureiro, Nicole (2009). *A Sobrecarga Física, Emocional e Social dos Cuidadores Informais de Idosos com Demência*. Dissertação apresentada à Faculdade de Ciências Humanas e Sociais da Universidade Fernando Pessoa
- Machado, Soraya (2012). *Avaliação da Sobrecarga do Cuidador Informal, no Desempenho de suas Funções, à Pessoa Idosa Dependente, no Concelho de Santana*. Universidade da Madeira. Dissertação de Mestrado em Gerontologia- Especialidade em Gerontologia Social
- Martins, Heloísa (2004). Metodologia Qualitativa de Pesquisa. *Revista Educação e Pesquisa*, São Paulo, v.30, n.2, p. 289-300, maio/ago.

- Martins, Luísa (2015). *Olhar para quem cuida: o impacto do cuidar nos cuidadores informais de idosos com demência*. Dissertação apresentada ao Instituto Superior de Serviço Social de Lisboa da Faculdade de Ciências Humanas e Sociais da Universidade Lusíada de Lisboa para a obtenção do grau de Mestre em Gerontologia Social.
- Martins, Maria de Fátima (2016). *Cuidadores informais de idosos dependentes: um estudo na freguesia dos Olivais, Lisboa*. Dissertação submetida como requisito parcial para obtenção do grau de Mestre em Sociologia. Departamento de Sociologia, ISCTE-IUL, Instituto Universitário de Lisboa..
- Mazza, Márcia e Fernando Lefèvre (2005). Cuidar em família: análise da representação social da relação do cuidador familiar com o idoso. *Revista Crescimento e Desenvolvimento Humano* 2005;15(1):01-10
- Melo, Ricardo; Maríla Rua e Célia Santos (2014). Necessidades do cuidador familiar no cuidado à pessoa dependente: uma revisão integrativa da literatura. *Revista de Enfermagem Referência*, Série IV - n.º 2 - mai./jun. 2014
- Mendes, Glauciane; Sílvia Miranda e Maria Marta Borges, M. (2010). Saúde do cuidador de Idosos: Um desafio para o cuidado. *Enfermagem Integrada*; 3 (1), pp. 408-419.
- Mendes, Patrícia (1995). *Cuidadores: heróis anônimos do cotidiano*. Dissertação de Mestrado em Serviço Social, Pontifícia Universidade Católica de São Paulo
- Metzelthin, Silke; Ellen Verbakel; Marja Veenstra, Job Exel; Antonius Ambergen e Gertrudis Kempen (2017). Positive and negative outcomes of informal caregiving at home and in institutionalised long-term care: a cross-sectional study. *Journal BMC Geriatrics*, 17:232, p.1-10; DOI 10.1186/s12877-017-0620-3
- Minayo, Maria Cecília (org.). (2001). *Pesquisa social: teoria, método e criatividade*. Rio de Janeiro: Vozes.
- Minayo, Maria Cecília e Carlos Coimbra Jr (2002). *Antropologia, saúde e envelhecimento*. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2002. 209 p. ISBN: 85-7541-008-3.
- Ministério da Saúde (2008). *Guia Prático do Cuidador*. Secretaria de Atenção à Saúde, Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Brasília: Série A. Normas e Manuais Técnicos
- Moreira, Marcia Duarte e Célia Pereira Caldas (2007). A importância do Cuidado no contexto da Saúde do Idoso. Escola Anna Nery- *Revista de Enfermagem* 2007 set; 11 (3): 520 - 5.
- Murakami, Emy; Valmari Aranha; Cristina França; Gláucia Benute; Mara Cristina Lúcia e Wilsn Jacob Filho (2014). Ser Nonagenário: A Percepção do Envelhecimento e das Implicações. *Revista Psicologia Hospitalar*, 12(2)
- Nascimento, Lúcia (2009). *Análise Documental e Análise Diplomática: perspectivas de interlocução de procedimentos*. Tese de Doutorado em Ciência da Informação apresentada à Faculdade de Filosofia e Ciências da Universidade Estadual Paulista Júlio de Mesquita Filho - UNESP, campus de Marília.
- Nascimento, Miriam (2014). *Avaliação das dificuldades e autoeficácia do cuidador informal de idosos dependentes no concelho de Mirandela*. Trabalho de projeto apresentado ao Instituto Politécnico de Bragança, Escola Superior de Saúde, para a obtenção do Grau Mestre em Enfermagem de Saúde Pública.
- Nogueira, José (2009). *Carta social: rede de serviços e equipamentos: a dependência: o apoio informal, a rede de serviços e equipamentos e os cuidados continuados integrados*. Ministério do Trabalho e da Solidariedade Social, Gabinete de Estratégia e Planeamento, Lisboa

- Nogueira, Maria Assunção; Zaida Azeredo; António Santos (2012). Competências do cuidador informal atribuídas pelos enfermeiros comunitários: um estudo Delphi. *Revista Eletrónica de Enfermagem*, oct/dec;14(4):749-59
- Oldenkamp, Marloes; Marie't Hagedoorn; Rafael Wittek; Ronald Stolk e Nynke Smidt (2017). The impact of older person's frailty on the care-related quality of life of their informal caregiver over time: results from the TOPICS-MDS project. *Journal Quality of Life Research* (2017) 26:2705–2716; DOI 10.1007/s11136-017-1606-5
- Oliveira, Larissa (2016). *Contributos do Serviço Social no Acolhimento, Acompanhamento e Preparação da alta de doentes internados em Unidades de Cuidados Continuados Integrados*. Dissertação de Mestrado apresentada à Universidade Fernando Pessoa como parte dos requisitos para a obtenção do grau de Mestre em Serviço Social
- Oliveira, Magda; Cristina Queirós e Marina Guerra (2007). O conceito de cuidador analisado numa perspectiva autopoietica: do caos à autopoiese. *Revista Psicologia, Saúde & Doenças*, 2007, 8 (2), 181-196
- ONU (1999). *Direitos Humanos e Serviço Social*. Lisboa: ISSS, Dep. Editorial
- Paúl, Constança; António Fonseca (2005). *Envelhecer em Portugal*. Lisboa: Climepsi Editores.
- Pearlin, Leonard; Joseph Mullan; Shirley Semple e Marilyn Skaff (1990). Caregiving and the stress process: an overview of concepts and their measures. *Journal The Gerontologist*, 30(5): 583-94.
- Pereira, Renata Reis (2014). *Terapia Familiar Sistêmica com o Idoso e a sua Família: Estruturação Familiar frente à Dependência*. Psicologia- O Portal dos Psicólogos. ISSN 1646-66977
- Pimentel, Alessandra (2001). O Método da Análise Documental: seu uso numa pesquisa historiográfica. *Cadernos de Pesquisa*, n. 114, p. 179-195, novembro/ 2001
- Pimentel, Luísa; Albuquerque, Cristina (2010). Familiares e o Apoio a Idosos. Limites e Implicações", *Textos & Contextos* (Porto Alegre), v. 9, n. 2, pp. 251 – 263
- Piovesan Armando; Edméa Temporini (1995). Pesquisa exploratória: procedimento metodológico para o estudo de fatores humanos no campo da saúde pública. *Revista Saúde Pública*, 29 (4): 318-325
- Polit, Denise; Bernadette Hungler (1987). *Nursing research: principles and methods*. 3(ed). Philadelphia: Lippincott
- Prodanov, Cleber; Ernani Freitas (2013). *Metodologia do Trabalho Científico: Métodos e Técnicas da Pesquisa e do Trabalho Acadêmico* (2 ed.). Associação Pró-Ensino Superior em Novo Hamburgo. Rio Grande do Sul: ASPEUR Universidade Feevale
- Ramalho, Geraldo (2013). *Análise de imagens por meio da matriz de interdependência e da transformação estrutural multiescala*. Tese de Doutorado em Engenharia de Teleinformática apresentada à Universidade Federal do Ceará
- Ramos, Cláudia (2012). *Dificuldades e Necessidades de Cuidadores Informais de Idosos Dependentes da Beira Interior*. Dissertação para obtenção do grau de Mestre em Gerontologia. Faculdade de Ciências da Saúde da Universidade da Beira Interior.
- Ramos, Susana e André Carvalho (2007). *Nível de stresse e estratégias de coping dos estudantes do 1º ano do Ensino Universitário de Coimbra*. O Portal dos Psicólogos, 1-17. Publicação on-line. <http://www.psicologia.pt/artigos/textos/A0368.pdf>

- Rasgado, Sofia e Vanda Santos (2010). O Descanso do Cuidador. In Pretextos (eds), *Condição de Recursos para acesso a prestações sociais* (p.3-4). *Revista do Instituto da Segurança Social*, I.P. n.39, Setembro
- Rasgado, Sofia; Vanda Santos (2010). *O descanso do cuidador*. In Instituto da Segurança Social, I.P. (eds) *Condição de Recursos para acesso a prestações sociais* (p.3-4). Lisboa: pretextos, n.39, setembro 2010, trimestral
- Reis, Luciana e Leny Alves Bonfim Trad (2015). Suporte familiar ao idoso com comprometimento da funcionalidade: a perspectiva da família. *Revista Psicologia: Teoria e Prática*, 17(3), 28-41. São Paulo, SP, set.-dez. 2015. ISSN 1516-3687 (impresso), ISSN 1980-6906 (on-line)
- Relatório da Primavera (2015). *Acesso aos cuidados de saúde. Um direito em risco?* Observatório Português dos Sistemas de Saúde
- Ribeirinho, Carla (2005). *Concepções e Práticas de Intervenção Social em Cuidados Sociais no Domicílio*. Dissertação de Mestrado em Serviço Social. Instituto Superior de Serviço Social de Lisboa. Centro Português de Investigação em História e Trabalho Social.
- Ribeiro, Óscar; Rosa Almeida; Cristina Barbosa; Natália Duarte e Daniela Brandão (2017). Grupos de Ajuda Mútua para Cuidadores Informais de pessoas com demência: no sentido de um helping ethos comunitário. *Physis Revista de Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, 27 [ 3 ]: 397-413
- Ribeiro, Pricila (2015). A psicologia frente aos desafios do envelhecimento populacional. *Revista Interinstitucional de Psicologia*, 8 (2), Edição Especial, dezembro, 2015, 269 – 283
- Ricarte, Luís (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, Universidade do Porto
- RNCCI – Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados. (2016). *Plano de Desenvolvimento da RNCCI 2016-2019*. Cuidados Continuados- Saúde e Apoio Social. República Portuguesa: Saúde, Trabalho, Solidariedade e Segurança Social.
- Rocha, Bruno (2009). *Stresse e coping do cuidador informal do idoso em situação de dependência*”. Dissertação da tese de mestrado em Psicologia: ramo de especialização em psicologia da saúde na Faculdade de Ciências Humanas e Sociais da Universidade do Algarve
- Rocha, Michel; Maria Aparecida Vieira e Roseni Sena (2008). Desvelando o cotidiano dos cuidadores informais de idosos. *Revista Brasileira de Enfermagem*, Brasília 2008 nov-dez; 61(6): 801-8.
- Rocha, Miriam (s.d.). *Cuidadores Informais: que estatuto jurídico?*. Sociedade- Atualidade Jurídica. Escola de Direito da Universidade do Minho. Obtido a 19 de Janeiro de 2018, em: <https://www.direito.uminho.pt/pt/Sociedade/PublishingImages/Paginas/Atualidade-Juridica/Cuidadores%20Informais%20-%20que%20estatuto%20jur%3%ADdico.pdf>
- Rocha, Suelen; Maria Avila; Silvia Bocchi (2016). Influência do cuidador informal na reabilitação do idoso em pós-operatório de fratura de fêmur proximal. *Revista Gaúcha de Enfermagem*, 37(1):e51069
- Rodrigues, Ana Paula (2011). *Estratégias de coping do cuidador informal da pessoa com insuficiência renal crónica em hemodiálise*. Dissertação de mestrado apresentada ao Instituto Politécnico de Viseu

- Rodrigues, Sérgio; Helena Watanabe; Alice Derntl (2006). A saúde de idosos que cuidam de idosos. *Revista da Escola de Enfermagem USP* 2006; 40(4):493-500.
- Rodríguez-González, Ana María; Eva Rodríguez-Míguez; Ana Duarte Duarte-Pérez; Eduardo Días- Sanisidro; Ángel Barbosa-Álvarez; Ana Clavería e Grupo Zarit (2017). Estudio observacional transversal de la sobrecarga en cuidadoras informales y los determinantes relacionados con la atención a las personas dependientes. *Revista Atención Primaria – ELSEVIER*;49(3):156-165
- Rodríguez-Pérez, Margarita; Ana Abreu-Sánchez; María Jesús Rojas-Ocaña and Rafael Pino-Casado (2017). Coping strategies and quality of life in caregivers of dependent elderly relatives. *Health and Quality of Life Outcomes* (2017) 15:71, pp.1-8. DOI 10.1186/s12955-017-0634-8
- Rosas, Idalina (2015). *Idoso, Vulnerabilidade, Risco e Violência: Quem medidas de proteção?* Dissertação de Candidatura ao grau de Mestre em Gerontologia Social, submetida ao Instituto Superior de Serviço Social do Porto
- Sá, Maria (2010). Política social, cuidados e cuidadores de idosos: Aproximações à realidade do Vale do Paraíba Paulista. In Pimenta, Carlos; Cecília Alves (eds), *Pollíticas Publicas & Desenvolvimento Regional* (p.83-10), Paraíba: EDUEPB
- Santos, Sílvia (1999). Métodos qualitativos e quantitativos na pesquisa biomédica. *Jornal de Pediatria*, v.75, n.6
- Santos, Clara. (2012). Organização da prática profissional do Serviço Social em modelos de Intervenção. *Revista de Intervenção Social*, 39, 121-144.
- Saraiva, Dulce (2011). *O olhar dos e pelos cuidadores: Os impactos de cuidar e a importância do apoio ao cuidador*. Tese de Mestrado em Intervenção Social, Inovação e Empreendedorismo, apresentada à Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação e à Faculdade de Economia da Universidade de Coimbra.
- Schick, Lara e Clarissa De Antoni (2014). Resiliência e Vulnerabilidade no Cuidado com o Idoso Dependente: Um Estudo de Caso. *Revista Trends in Psychology / Temas em Psicologia – 2014*, Vol. 22, nº 4, 941-951
- Schneider, Rodolfo e Tatiana Irigaray (2008). O envelhecimento na atualidade: aspectos cronológicos, biológicos, psicológicos e sociais. *Estudos de Psicologia, Campinas*, 25(4), p. 585-593, outubro - dezembro 2008
- Schuck, Lara Monteiro e Clarissa De Antoni (2014). Resiliência e Vulnerabilidade no Cuidado com o Idoso Dependente: Um Estudo de Caso. *Revista Trends in Psychology / Temas em Psicologia – 2014*, Vol. 22, nº 4, 941-951. ISSN 1413-389X/ DOI: 10.9788/TP2014.4-20
- Sequeira, Carlos (2010). *Cuidar de Idosos com Dependência Física e Mental*. Lisboa-Porto: LIDEL
- Silva, Ana Margarida (2012). O cuidador informal da pessoa com dificuldades intelectuais e desenvolvimentais: Perspetivando a intervenção do Serviço Social. *Revista Lusíada. Intervenção Social*, Lisboa, n.40 [2º semestre]
- Silva, Ana Margarida (2012). O Cuidador Informal da Pessoa com Dificuldades Intelectuais e Desenvolvimentais: Perspetivando a Intervenção do Serviço Social. *Revista Lusíada Intervenção Social*, Lisboas, nº40
- Silva, Jacinta (2011). *Sintomatologia Psiquiátrica do Cuidador Informal*. Dissertação de Mestrado em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiatria, apresentada à Escola Superior de Enfermagem do Porto
- Silva, Rosa; Rosimere Santana (2014). Diagnóstico de enfermagem “tensão do papel de cuidador”: revisão integrativa. *Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia*, Rio de Janeiro, 2014; 17(4):887-896

- Simonetti, Janete e Joice Ferreira (2008). Estratégias de coping desenvolvidas por cuidadores de idosos portadores de doença crónica. *Revista Escola de Enfermagem USP*, 42 (1), 19-25
- Siniša Zrinščak, Susan Lawrence(eds.) (2014) Active Ageing and Demographic Change. Challenges for social work and social policy. *European Journal of Social Work Routledge*, v.17, n.3, p.313-321
- Soeiro, José (2017). *Criação do Estatuto do Cuidador Informal a pessoa com doença de Alzheimer e outras demências ou patologias neurodegenerativas e criação do Dia Nacional do Cuidador*. Petição nº 191/XIII/2ª - Assembleia da República, Comissão de Trabalho e Segurança Social
- Soeiro, Maria (2010). *Envelhecimento Português- Desafios Contemporâneos- Políticas e Programas Sociais (Estado de Caso)*. Dissertação de Mestrado em Ciência Política e Relações Internacionais, Especialização em Globalização e Ambiente apresentada à Faculdade de Ciências Sociais e Humanas da Universidade Nova de Lisboa
- Sommerhalder, Cinara (2001). *Significados associados à tarefa de cuidar de idosos de alta dependência no contexto familiar*. Dissertação de Mestrado. Universidade de Campinas: Faculdade de Educação.
- Teixeira, Ana; Bruno Alves; Berta Augusto; César Fonseca; Joaquim Nogueira; Maria Almeida; Maria Matias; Maria Ferreira; Miguel Narigão; Rui Lourenço; Rui Nascimento (2017). *Medidas de intervenção junto dos cuidadores informais - Documento Enquadrador, Perspetiva Nacional e Internacional*. Com a colaboração do Gabinete de Estratégia e Planeamento do MTSSS - Parlamento. Lisboa
- Teixeira, Enise (2003). A Análise de Dados na Pesquisa Científica. Importância e desafios em estudos organizacionais. *Revista Desenvolvimento em Questão*, vol.1, n.2, jul./dez., 2003, p.177-201.
- Torres, Anália; Francisco Silva; Teresa Monteiro e Miguel Cabrita (2005). *Homens e mulheres entre família e trabalho* (2ª ed.). Lisboa, DEEP, Estudos n.1. ISBN 972-704-237-6
- Trindade, Irene; Diogo Almeida; Margarida Romão; Sara Rocha; Sofia Fernandes; Vasco Varela; Márcia Braga (2017). Caracterização do grau de sobrecarga dos cuidadores de utentes dependentes da Unidade de Saúde Familiar USF Descobertas. *Revista Portuguesa de Medicina Geral e Familiar*; 33:178-86
- Triviños, Augusto (1987). *Introdução à pesquisa em ciências sociais: pesquisa qualitativa em educação*. São Paulo: Atlas
- Valente, Ana Patrícia (2016). *O Impacto na Qualidade de Vida dos Cuidadores Informais de Doente em Fase Terminal*. Dissertação de Mestrado apresentada à Faculdade de Medicina da Universidade do Porto para obtenção do grau de Mestre em Cuidados Paliativos.
- Viegas, Ana (2011). *O Estudo do Burnout numa amostra de forças de segurança*. Tese submetida como requisito parcial para obtenção do grau de Mestre em Psicologia Clínica do Instituto Universitário ISPA
- Vieira, Chrystiany; Ana Virgínia Fialho; Consuelo Helena Freitas e Maria Salete Jorge (2011). Práticas do cuidador informal do idoso no domicílio. *Revista Brasileira de Enfermagem*, Brasília 2011 mai-jun; 64(3)
- Vilelas, José (2017). *Investigação – O Processo de Construção do Conhecimento* (2ª ed.). Lisboa: Edições Sílabo
- Vinuto, Juliana (2014). A amostragem em bola de neve na pesquisa qualitativa: um debate em aberto. *Revista Temáticas, Campinas*, 22, (44), p. 203-220, ago/dez.
- Witmer, Dorothy (1990). *Geriatric Nursing Assistant*. Nova Jersey: Prentice-Hall, citado por Minayo, Maria Cecília e Carlos Coimbra Jr (2002), *Antropologia, saúde e envelhecimento*. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2002

## **FONTES**

Decreto-Lei n.º 101/2006, de 6 de junho

Decreto-Lei n.º 265/99 de 14 de julho

Diretiva técnica n.º1 UMCCI, janeiro 2008

Lei n.º 24/2017, de 02 de fevereiro

Lei n.º 4/2007, de 16 de janeiro

Lei n.º 83-A/2013 de 30 de dezembro

Ley 39/2006, de 14 de diciembre - Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependência

Petição 191/XIII/2ª

Portaria n.º 1087-A/2007, de 5 de setembro

Portaria n.º 149/2011, de 8 de abril

Portaria n.º 174/2014, de 10 de setembro

Portaria n.º 38/2013, de 30 de janeiro

Portaria n.º 50/2017, de 2 de fevereiro

Portaria n.º 67/2012, de 21 de março

Portaria n.º 68/2017 de 16 de fevereiro

Portaria n.º 97-A/2015, de 30 de março

Programa XXI do Governo Constitucional 2015-2019, Portugal

Projeto de Lei n.º 801/XIII/3ª, de 9 de março de 2018- Cria o Estatuto do Cuidador Informal e Reforça as Medidas de Apoio a Pessoas Dependentes– Grupo Parlamentar Bloco de Esquerda

Resolução da Assembleia da República n.º 129/2016, de 18 de julho

Resolução da Assembleia da República n.º 130/2016, de 18 de julho

Resolução da Assembleia da República n.º 134/2016, de 19 de julho

Resolução da Assembleia da República n.º 135/2016, de 19 de julho

## **SITES WEB**

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

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

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

## ANEXOS

### ANEXO A – CONSENTIMENTO INFORMANDO ENTREVISTAS

Esta investigação é de carácter académico, sendo realizada no âmbito da Dissertação de Mestrado em Serviço Social do ISCTE - Instituto Universitário de Lisboa, sendo orientador o Professor Doutor Pablo Álvarez Pérez, tendo como objetivos gerais sistematizar as estratégias adquiridas pelos cuidadores informais referente aos momentos de dificuldade que surgiram durante o cuidado informal da pessoa idosa, em contexto domiciliário, no concelho de Torres Vedras; e definir linhas orientadoras de intervenção com cuidadores informais para o Serviço Social.

A presente entrevista surge como instrumento de recolha de dados, no sentido de responder aos seguintes objetivos específicos: identificar as características sociodemográficas do cuidador informal, no concelho de Torres Vedras; perceber quais os motivos que levaram o cuidador informal a assumir o papel de cuidador principal; identificar fatores de stress dos cuidadores informais no processo do cuidado; identificar fatores de proteção para os cuidadores informais; identificar os mecanismos utilizados pelo cuidador informal de forma a superar as dificuldades encontradas durante o processo do cuidado; perceber se os cuidadores recorreram ao apoio do Assistente Social e como poderá ser maximizado esse apoio de forma a promover estratégias de bem-estar do cuidador informal.

A sua identidade permanecerá no anonimato, sendo as informações recolhidas nesta entrevista confidenciais, e apenas utilizadas na realização da investigação da Tese de Mestrado.

Agradeço a sua participação,

A investigadora

---

-----  
Declaro ter lido e compreendido este documento, bem como as informações verbais que me foram fornecidas pela investigadora. Desta forma, aceito participar nesta investigação de Dissertação de Mestrado em Serviço Social, fornecendo a informação de forma informada e voluntária.

Assinatura

---

Lisboa, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2018

## **ANEXO B – GUIÃO DA ENTREVISTA EXPLORATÓRIA**

Eu, Ana Patrícia Duarte Nicolau, sou aluna de Mestrado em Serviço Social, no Instituto Superior de Lisboa, ISCTE-IUL e, estou a desenvolver um trabalho de investigação neste âmbito, sobre o tema “O Cuidador Informal – Estratégias Vividas pelo Cuidador Informal da Pessoa Idosa Dependente”. A investigação tem por objetivo identificar as características sociodemográficas do cuidador informal no concelho de Torres Vedras; perceber quais os motivos que levaram o cuidador informal a assumir o papel de cuidador principal; identificar os fatores de stress e fatores de proteção dos cuidadores; identificar os mecanismos utilizados de forma a superar as dificuldades e perceber se os cuidadores recorreram ao apoio do assistente social.

Assim, solicito a vossa colaboração e disponibilidade na realização da entrevista, de forma, a concretizar esta investigação, assegurando o anonimato e confidencialidade das informações recolhidas.

1. Como caracteriza o perfil dos cuidadores informais de Torres Vedras?
2. Segundo a sua experiência profissional, que situações de sobrecarga pode o cuidador informal experienciar?
3. Que estratégias e apoios são importantes os profissionais considerarem na promoção do bem-estar do cuidador?
4. Identifique algumas estratégias de autoproteção que os cuidadores informais adotam.
5. Evidencie algumas estratégias de autoproteção que acha importante os cuidadores informais adotarem.
6. Como define, na atualidade, a atuação do Serviço Social com os cuidadores informais?

Muito obrigada pela colaboração

## ANEXO C – GUIÃO DA ENTREVISTA SEMIESTRUTURADA

### ❖ Situar o(a) entrevistado(a) no contexto e objetivos do trabalho

Eu, Ana Patrícia Duarte Nicolau, sou aluna de Mestrado em Serviço Social, no Instituto Superior de Lisboa, ISCTE-IUL e, estou a desenvolver um trabalho de investigação neste âmbito, sobre o tema “O Cuidador Informal – Estratégias Vividas pelo Cuidador Informal da Pessoa Idosa Dependente”. A investigação tem por objetivo identificar as características sociodemográficas do cuidador informal no concelho de Torres Vedras; perceber quais os motivos que levaram o cuidador informal a assumir o papel de cuidador; identificar os fatores de stress e fatores de proteção dos cuidadores; identificar os mecanismos utilizados de forma a superar as dificuldades e perceber se os cuidadores recorreram ao apoio do assistente social.

Este estudo não lhe trará nenhuma despesa ou risco. As informações recolhidas serão efetuadas através de um pequeno questionário e de uma entrevista que deverão ser gravados para permitir uma melhor compreensão dos factos. Qualquer informação será confidencial e apenas tratada pelo investigador e pelo seu orientador, sendo que não será revelada a terceiros, nem publicada; respeitando sempre a lei de proteção de dados. A sua participação neste estudo é voluntária e pode retirar-se a qualquer altura, ou recusar participar, sem que tal facto tenha consequências para si.

Assim, solicito a sua colaboração e disponibilidade na realização da entrevista, de forma a concretizar esta investigação, assegurando o anonimato e confidencialidade das informações recolhidas.

### ❖ Caracterização Sociodemográfica:

- Idade: \_\_\_\_\_
- Género: \_\_\_\_\_
- Estado Civil: \_\_\_\_\_
- Habilitações literárias: \_\_\_\_\_
- Grau de dependência da pessoa idosa (segundo o Instituto da Segurança Social):
  - 1.º grau (pessoas sem autonomia para satisfazer as necessidades básicas da vida quotidiana)
  - 2.º grau (pessoas, além da dependência de 1.º grau, se encontrem acamados ou com demência grave)
- Grau de parentesco em relação à pessoa idosa a cuidado: \_\_\_\_\_
- Possui formação na área dos cuidados? Não \_\_\_\_\_ Sim \_\_\_\_\_ Qual: \_\_\_\_\_
- Motivo: \_\_\_\_\_

- Motivo para assumir o papel de cuidador informal:

---

---

---

❖ **QUESTÕES A SEREM COLOCADAS:**

1. Explícite as atividades que realiza diariamente no cuidado à pessoa idosa dependente
2. Que adaptações na sua vida foi necessário realizar, de modo a poder assumir o cuidado informal?  
Encaminhar para abordar: vida pessoal; vida familiar; vida social; competências a adquirir
3. Indique alguns desafios que enfrenta enquanto cuidador de uma pessoa idosa dependente
  - 3.1. Desses desafios, indique quais considera que foram por si superados
  - 3.2. Identifique algumas estratégias que utilizou para lidar com esses desafios superados
4. Considera que alguma vez experienciou um momento de sobrecarga enquanto cuidador informal de uma pessoa idosa? Se sim, fale-nos sobre essa situação
5. Considera que existe aspetos positivos no cuidado? Se sim, quais?
6. De acordo com a sua experiência pessoal, pedimos que refira em que medida é importante ter a perceção sobre os aspetos positivos do cuidado informal
7. De que tipo de apoios dispõe?  
Encaminhar para abordar: familiares, económicos, sociais, institucional
  - 7.1. Indique de que forma são importantes esses apoios
8. Teve contacto com algum assistente social enquanto cuidador informal? De que maneira lhe foi útil o contacto?
9. Da sua experiência como cuidador, indique em que momento da prestação de cuidados considera ser importante contactar um assistente social

❖ **CONCLUSÃO DA ENTREVISTA** - Agradecer a colaboração prestada

## ANEXO D – DIMENSÕES E SUBDIMENSÕES

Conceitos	Dimensões	Subdimensões
<b>Envelhecimento</b>	1. Dependência	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Estado de saúde da PID</li> <li>• Incapacidade</li> </ul>
<b>Cuidador Informal da Pessoa Idosa Dependente</b>	1. Motivos para assumir cuidado Idoso	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Valores culturais</li> <li>• Carácter financeiro</li> <li>• Falta de respostas sociais</li> <li>• Obrigação moral</li> <li>• Fatores inerentes à família</li> </ul>
	2. Fatores de <i>stress</i> ligados ao de cuidar	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Sociais</li> <li>• Familiares</li> <li>• Psicológicas/ Emocionais</li> <li>• Financeiro</li> <li>• Físico</li> <li>• Insuficiência das respostas</li> <li>• Duração dos cuidados</li> </ul>
	3. Estratégias para superar dificuldades	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Coping centrado no meio</li> <li>• Coping centrado no controlo emocional</li> <li>• Adquirir/ preparar competências</li> </ul>
	4. Aspetos positivos do Cuidado	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Sentimento de dever cumprido</li> <li>• O cuidado como impulsionador de filantropia</li> </ul>
<b>Apoio Assistente Social</b>	1. Políticas Sociais destinadas à pessoa idosa dependente	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Prestações Sociais</li> <li>• Respostas Sociais</li> </ul>
	2. Políticas sociais destinadas ao cuidador informal	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Apoios Sociais</li> <li>• Legislação</li> </ul>
	3. Intervenções do Assistente Social	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Informativo</li> <li>• Apoio/ Acompanhamento</li> <li>• Administração de serviços</li> <li>• Mobilização de recursos</li> </ul>

## ANEXO E – FREQUÊNCIA DE DIMENSÕES E SUB-DIMENSÕES

Lista de Códigos																							
▲	☐	Apoyo do Assistente Social													0								
▲	☐	Políticas Sociais destinadas à pessoa idosa dependente													0								
	☐	Respostas Sociais			1	1	1	1		1	1		1	1	8								
	☐	Prestações Sociais			1	1		1			1			2	6								
▲	☐	Intervenção do Assistente Social													0								
	☐	Mobilização de recursos			1		1		1						4								
	☐	Administração de serviços				1		1		1					3								
	☐	Apoio/Acompanhamento	1		1	1		1		1	1				6								
	☐	Informativo				1				1	2				4								
▲	☐	Políticas sociais destinadas ao cuidador informal													0								
	☐	Legislação					1			1		7			9								
	☐	Apoios Sociais			1	3		1	5	1		1		1	13								
▲	☐	Cuidador Informal da Pessoa Idosa Dependente													0								
▲	☐	Estratégias para superar dificuldades													0								
	☐	Adquirir/preparar competências	1		3	2	2	1		2					11								
	☐	Coping centrado no meio	3	1	4	6	4	3	1	4	7	2			35								
	☐	Coping centrado no controlo emocional	1	2	1			1	2	4	1				12								
▲	☐	Fatores de stress ligados ao ato de cuidar													0								
	☐	Duração dos cuidados			1		2	1							4								
	☐	Insuficiência das respostas	1	1	1	1		5	1	1	1				12								
	☐	Físico	1	2			2	1	1	2	1				10								
	☐	Financeiro	1			1	2			3					7								
	☐	Psicológicos/ Emocionais		4	2			2	2	4					14								
	☐	Familiares							1	1					2								
	☐	Sociais	1	1		1	1	1		1	1				7								
▲	☐	Aspetos positivos do cuidado													0								
	☐	O cuidado como impulsionador de filantropia			2	1				2					5								
	☐	Sentimento de dever cumprido		3			2	3		2					10								
▲	☐	Motivos para assumir cuidado ao Idoso													0								
	☐	Fatores inerentes à família		1			1	2	1						5								
	☐	Obrigação moral		2		1			1	1					5								
	☐	Falta de respostas sociais								3					3								
	☐	Carácter financeiro		1			1		2	1					5								
	☐	Valores culturais			3		1		1						5								
▲	☐	Envelhecimento													0								
▲	☐	Dependência													0								
	☐	Incapacidade		2	2	1	1	2	1	3	2				14								
	☐	Estado de saúde da PID		3	1	1				2	2				9								
	Σ	SOMA		6	6	31	25	18	27	17	19	45	20	0	8	1	1	1	1	2	1	0	228

Fonte: Preparado com suporte informático MAXQDA

## ANEXO F – FREQUÊNCIA DE DIMENSÕES E SUB-DIMENSÕES: ENTREVISTAS SEMIESTRUTURADAS

Lista de Códigos	E8	E7	E6	E5	E4	E3	E2	E1	SOMA
▲ Apoio do Assistente Social									0
▲ Políticas Sociais destinadas à pessoa idosa dependente									0
Respostas Sociais		1	1	1	1		1	1	6
Prestações Sociais		1	1			1			3
▲ Intervenção do Assistente Social									0
Mobilização de recursos		1		1		1		1	4
Administração de serviços		1			1			1	3
Apoio/Acompanhamento	1	1			1		1	1	5
Informativo			1				1	2	4
▲ Políticas sociais destinadas ao cuidador informal									0
Legislação				1				1	2
Apoios Sociais			1	3		1	5	1	11
▲ Cuidador Informal da Pessoa Idosa Dependente									0
▲ Estratégias para superar dificuldades									0
Adquirir/preparar competências	3	2	2	1		2			10
Coping centrado no meio	4	6	4	3	1	4	7	2	31
Coping centrado no controlo emocional	2	1			1	2	4	1	11
▲ Fatores de stress ligados ao ato de cuidar									0
Duração dos cuidados	1		2	1					4
Insuficiência das respostas	1	1		5	1	1	1		10
Físico	2			2	1	1	2	1	9
Financeiro			1	2			3		6
Psicológicos/ Emocionais	4	2			2	2	4		14
Familiares						1	1		2
Sociais	1		1	1	1		1	1	6
▲ Aspectos positivos do cuidado									0
O cuidado como impulsionador de filantropia		2	1				2		5
Sentimento de dever cumprido	3			2	3			2	10
▲ Motivos para assumir cuidado ao Idoso									0
Fatores inerentes à família	1			1	2	1			5
Obrigação moral	2		1			1	1		5
Falta de respostas sociais							3		3
Carácter financeiro	1			1			2	1	5
Valores culturais		3		1			1		5
▲ Envelhecimento									0
▲ Dependência									0
Incapacidade	2	2	1	1	2	1	3	2	14
Estado de saúde da PID	3	1	1				2	2	9
Σ SOMA	31	25	18	27	17	19	45	20	202

Fonte: Preparado com suporte informático MAXQDA