



UNIVERSIDADE CATÓLICA PORTUGUESA

CENTRO REGIONAL DE BRAGA

Faculdade de Ciências Sociais

Quando o Cuidador é Idoso

**Impacto Físico, Emocional e Social do Cuidador
Informal Idoso**

II Ciclo de Estudos em Gerontologia Social Aplicada

André Afonso Mendes de Sousa

Orientador:

Professor Doutor Eduardo Duque

Braga, 2011



UNIVERSIDADE CATÓLICA PORTUGUESA

CENTRO REGIONAL DE BRAGA

Faculdade de Ciências Sociais

Quando o Cuidador é Idoso

**Impacto Físico, Emocional e Social do Cuidador
Informal Idoso**

II Ciclo de Estudos em Gerontologia Social Aplicada

André Afonso Mendes de Sousa

Orientador:

Professor Doutor Eduardo Duque

Braga, 2011

AGRADECIMENTOS

Ao meu orientador, Professor Doutor Eduardo Duque, por ter aceite o convite para a orientação do presente trabalho, por todo o empenho e pela motivação que transmitiu durante todo este percurso.

A cada um dos idosos que gentilmente aceitaram participar neste estudo e que comigo partilharam alguns momentos difíceis que vivem, a todos eles o meu profundo agradecimento;

Aos meus pais por todo o apoio e motivação que sempre demonstraram em todos os momentos importantes da minha vida;

À minha avó por estar sempre presente e ter as palavras certas, nas alturas certas, que me tem ajudado a crescer como pessoa;

Ao meu avó, que apesar de já não estar presente, será sempre um exemplo que quero seguir;

À minha namorada Fernanda pela paciência, dedicação e motivação com que sempre demonstrou durante todo este percurso;

A todos os amigos e colegas, com especial relevo para a Patrícia, Luciana, Carla e Catarina por todo o apoio e contributo.

A todos, Muito Obrigado!

RESUMO

O aumento da longevidade do ser humano e as alterações verificadas na sociedade tem levado a um aumento considerável da proporção de idosos face aos jovens, tornando as estruturas de suporte formal insuficientes para tão grande procura.

Os cuidados informais surgem, assim, como uma solução útil e vantajosa mas que trazem consigo algumas implicações com as quais devemos estar alerta, nomeadamente com a sobrecarga física, emocional e social dos cuidadores informais.

No sentido de compreender qual a sobrecarga dos cuidados na vida do cuidador informal idoso surge a realização desta investigação, com o objectivo de perceber de que forma a dependência do idoso, o sexo do cuidador, a duração e o tempo dos cuidados influenciam a sobrecarga dos cuidados, bem como se a existência de redes de suporte (informais e/ou formais) permitem reduzir essa sobrecarga.

Foi feito um estudo quantitativo de cariz não experimental, correlacional e transversal, que contou com a participação de 100 cuidadores informais com idade compreendidas entre os 60 e os 88 anos ($M=70,5$ anos). Os principais resultados mostram que quanto maior a dependência do idoso, maior é a sobrecarga emocional e maiores as implicações na sua vida pessoal. No que se refere ao sexo do cuidador, verificamos que os homens têm maior dificuldade em encontrar mecanismos de coping eficazes para o desempenhar das suas funções.

Em relação às redes de suporte, os que possuem ajuda dos familiares têm uma menor sobrecarga ao nível do suporte familiar. No que respeita à duração dos cuidados, quanto maior a sobrecarga do horário dos cuidados, maior a sobrecarga emocional e maiores são as implicações na sua vida pessoal do cuidador. O tempo de dependência do idoso parece não influenciar a sobrecarga dos cuidados.

Palavras-chave: Idosos, Envelhecimento, Dependência, Cuidados Informais

ABSTRACT

The increase of the human being's longevity and the changes of the society led to a significant increase of the elderly against the youth, making the formal support structures insufficient to such a big demand.

Therefore, informal cares emerge as a helpful and profitable solution, but they bring some implications that we have to pay attention to, such as the physical, emotional and social overload of the informal caregivers.

This investigation emerges in order to understand the overload of care in the ancient informal caregiver's life. The goal is to understand how the ancient's dependence, the caregiver's gender and the length and time of care have an effect on the overload of care, as well as if the existence of support grids (informal and/or formal) allows to reduce that overload.

A quantitative non-experimental transversal study was made, with the participation of 100 informal caregivers within the ages of 60 and 88. The main results show that the higher the ancient's dependence, the higher the emotional overload and the higher the implications in their personal life. Concerning the gender of the caregiver, we see that men have more difficulty to find coping mechanisms that are effective to do their duty.

Concerning the support grids, the ones that have help from their family are less overloaded. Concerning the care's length, the higher the care schedule, the higher the emotional overload and the higher the implications in the caregiver's personal life. For the ancient, the period of time of dependence seems not to influence the overload of care.

Key words: Ancient, Aging, Dependence, Informal care

ÍNDICE

INTRODUÇÃO	10
PARTE I – FORMULAÇÃO DO PROBLEMA	13
1.1. Motivações para a Realização do Estudo	13
1.2. Questão de Investigação	14
1.3. Objectivos do Estudo.....	15
PARTE II – ENQUADRAMENTO TEÓRICO	16
2.1. Envelhecimento Demográfico	16
2.1.1. Envelhecimento Demográfico Mundial.....	17
2.1.2. Envelhecimento Demográfico em Portugal.....	23
2.2. O Envelhecimento Humano	27
2.2.1. A Idade, o Envelhecimento e a Velhice	28
2.2.2. Abordagem Multidimensional do Envelhecimento	34
2.2.3. Envelhecimento e Dependência	43
2.3. A Família e o Cuidado aos Idosos	48
2.3.1. Cuidados e Cuidadores Informais de Idosos	51
2.3.2. A Sobrecarga dos Cuidados no Cuidador Informal Idoso	54
2.3.3. Necessidades do Cuidador Informal	58
PARTE III - FASE METODOLÓGICA	61
3.1. Tipo de Estudo.....	61
3.2. População e Amostragem	62
3.3. Caracterização da Amostra	63
3.4. Instrumento de Recolha de Dados	65

3.5. Método de Recolha e Análise dos Dados	66
3.6. Considerações Éticas	68
PARTE IV – APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS.....	69
4.1. Apresentação dos Resultados Obtidos.....	69
4.1.1. Sobrecarga Física, Emocional e Social do Cuidador Informal Idoso (QASCI)	69
4.1.1.1. Sobrecarga Emocional dos Cuidadores Informais Idosos.....	70
4.1.1.2. Implicações na Vida Pessoal dos Cuidadores Informais Idosos	71
4.1.1.3. Sobrecarga Financeira dos Cuidadores Informais Idosos	73
4.1.1.4. Reacções do Cuidador Informal Idoso às Exigências do Familiar	74
4.1.1.5. Mecanismos de Eficácia e Controlo dos Cuidadores Informais Idosos.	75
4.1.1.6. Suporte Familiar dos Cuidadores Informais Idosos.....	77
4.1.1.7. Satisfação do Cuidador Informal Idoso com o Papel e com o Familiar	77
4.1.2. Grau de Dependência do Familiar do Cuidador Informal Idoso (MDA) ..	79
4.1.3. Influência da Dependência do Idoso na Sobrecarga do Cuidador Informal	80
4.1.4. Influência do Sexo do Cuidador na Sobrecarga dos Cuidados.....	81
4.1.5. Influência de Algumas Variáveis Sócio-Demográficas na Sobrecarga do Cuidador Informal.....	82
4.2. Interpretação e Discussão dos Resultados Obtidos	85
CONSIDERAÇÕES FINAIS	106
BIBLIOGRAFIA.....	109
ANEXOS	118
Anexo I - “Instrumento de Recolha dos dados”	119

ÍNDICE DE TABELAS

Tabela 1 - Envelhecimento Demográfico Mundial (1950-2050), (<i>Adaptado de ONU, 2008</i>)	18
Tabela 2 - Estrutura por Idades da População Residente (%) em Portugal, 2001-2009 (<i>Adaptado do INE, 2010</i>).....	23
Tabela 3 - Caracterização da Amostra.....	63
Tabela 4 - Sobrecarga Emocional (SE) dos Cuidadores Informais Idosos	70
Tabela 5 - Implicações na Vida Pessoal (IPV) dos Cuidadores Informais Idosos	71
Tabela 6 - Sobrecarga Financeira (SF) dos Cuidadores Informais Idosos	73
Tabela 7 - Reacções do Cuidador Informal Idoso às Exigências (RE) do Familiar....	74
Tabela 8 - Mecanismos de Eficácia e Controlo (MEC) dos Cuidadores Informais Idosos	76
Tabela 9 - Suporte Familiar (SFam) dos Cuidadores Informais Idosos	77
Tabela 10 - Satisfação do Cuidador Informal Idoso com o Papel e com o Familiar (SPF)	78
Tabela 11 - Grau de Dependência dos Idosos a Cargo dos Cuidadores Informais Idosos	79
Tabela 12 - Comparação de Médias das Subescalas do QASCI com o MDA	80
Tabela 13 - Comparação de Médias das Subescalas do QASCI com o Sexo do Cuidador.....	81
Tabela 14 – Comparação de Médias das Subescalas do QASCI com as Variáveis “Ajuda de Familiares” e “Apoio Social Domiciliário”	82
Tabela 15 - Comparação de Médias das Subescalas do QASCI com a Variável "Tempo de Cuidados"	83
Tabela 16 - Comparação de Médias das Subescalas do QASCI com a variável "Duração dos Cuidados"	84

SIGLAS/ABREVIATURAS

ABVD	Actividades Básicas de Vida Diária
AIVD	Actividades Instrumentais de Vida Diária
AVC	Acidente Vascular Cerebral
cm	Centímetros
dp	Desvio-Padrão
<i>et al.</i>	Entre outros
Ed.	Editor
EV	Esperança de Vida
EVN	Esperança de Vida à Nascimento
F	Razão F
h	Horas
INE	Instituto Nacional de Estatística
IVP	Implicações na Vida Pessoal
M	Média
MEC	Mecanismos de Eficácia e Controlo
n	Número
OMS	Organização Mundial de Saúde
ONU	Organização das Nações Unidas
p	Valor de Significância
PASW	Predictive Analytics SoftWare
QASCI	Questionário de Avaliação da Sobrecarga do Cuidador Informal
QV	Qualidade de Vida
RE	Reacções às Exigências
SE	Sobrecarga Emocional
SF	Sobrecarga Financeira
SFam	Suporte Familiar
SPF	Satisfação com o Papel e com o Familiar
TM	Taxa de Mortalidade
TN	Taxa de Natalidade

INTRODUÇÃO

É do conhecimento de todos que o envelhecimento da população é uma realidade bem presente. Vários são os estudos que evidenciam esse facto, com os números que nos apresentam. Os avanços na tecnologia, a melhoria das condições de vida, a maior eficácia das medidas preventivas, levaram a uma alteração ao nível da estrutura demográfica da população, e a grandes alterações em termos económicos, políticos, sociais e familiares.

Este envelhecimento da população leva a que haja inevitavelmente um aumento das doenças crónicas, muitas delas incapacitantes, que tornam os indivíduos mais susceptíveis à necessidade de terem alguém que o auxilie na satisfação das suas necessidades.

Mas para além do envelhecimento da população, com todos os efeitos que isso acarreta, a sociedade tem assistido também a um conjunto de “ [...] *alterações demográficas que têm vindo a alterar o panorama dos cuidados informais, através da diminuição do número de familiares disponíveis para prestar cuidados e do número de idosos a necessitarem de cuidados*” (Sousa, 2004:62)

A redução da taxa de natalidade, o aumento do peso da população idosa em virtude do aumento da esperança média de vida, associado à maior mobilidade geográfica dos indivíduos, que diminuem a proximidade física dos elementos da família, e o aumento da proporção de mulheres que se dedicam à sua carreira profissional levam a que haja uma menor disponibilidade dos familiares para assumirem o cargo dos cuidados por tempos muito prolongados. Nesse sentido urge a

necessidade de serem muitas vezes os cônjuges, também eles idosos, a assumirem o encargo dos cuidados.

Muitos estudos focam a sua atenção sobre o cuidador informal, mas poucos são os que analisam em particular os cuidadores informais idosos e as repercussões que essa tarefa acarreta para as suas vidas.

Como sabemos cuidar de alguém representa um grande desafio, na medida em que para além da grande disponibilidade de tempo que exige o cuidado do idoso, associam-se o grande desgaste físico, emocional e social dos cuidadores informais. Os efeitos desta sobrecarga e a forma como cada cuidador informal percepção a sua situação, podem influenciar não só a saúde, mas também o seu bem-estar, a sua qualidade de vida e, conseqüentemente a sua satisfação com a vida.

Por este motivo, torna-se importante que o cuidador aprenda a utilizar mecanismos de *coping* eficazes para conseguir, não só fazer frente às adversidades que a tarefa do cuidar sempre traz, mas também encontrar fontes de satisfação que o levem a sentir que o seu contributo é, para além de útil, fundamental para o bem-estar do idoso que carece desses cuidados.

Sendo o cuidador informal também ele idoso, estes impactos poderão fazer-se sentir de forma mais intensa, uma vez que também estão sujeitos às alterações que o envelhecimento acarreta. Nessa medida, surgiu a ideia de elaborar um estudo que fosse possível perceber *qual a sobrecarga física, emocional e social dos cuidadores informais idosos*. Trata-se de um estudo quantitativo de cariz descritivo, correlacional e transversal, recorrendo-se ao questionário como instrumento de recolha de dados. O estudo foi realizado junto de 100 indivíduos com 60 ou mais anos de idade responsáveis pelas funções de cuidadores informais de pessoas também elas idosas, não tendo que ser exclusivamente os seus cônjuges.

O presente estudo encontra-se dividido em quatro capítulos, sendo que no primeiro será feita a formulação do problema de investigação, onde será explicadas as motivações que nos levaram a realização do estudo, bem como a questão e os objectivos da investigação.

No capítulo dois, e como forma de enquadrar teoricamente o problema de investigação, será feita uma abordagem aos temas mais relevantes para servirem de suporte ao resto do estudo. Assim, será feita uma análise ao envelhecimento demográfico, ao conceito de envelhecimento e os factores a eles associados e ainda uma abordagem à família e aos cuidados por ela prestados.

O capítulo três irá ter como ponto de abordagem todo o processo metodológico, onde serão identificados o tipo de estudo, a população, a amostragem e o meio, seguido dos instrumentos de recolha dos dados, o método de recolha e análise de dados e as considerações éticas. Finalmente, o quarto e último capítulo pretende apresentar os resultados obtidos no estudo para, posteriormente, ser feita a sua interpretação e discussão.

Nas considerações finais é efectuada uma reflexão global onde serão destacados os elementos mais relevantes do estudo.

PARTE I – FORMULAÇÃO DO PROBLEMA

1.1. Motivações para a Realização do Estudo

Não se torna necessária uma pesquisa muito exaustiva, nem requer um nível de cultura muito elevado para se perceber que o mundo está a evoluir e a ir de encontro com uma problemática sem precedentes. Está a envelhecer! E a uma velocidade considerável, que coloca na linha da frente dos discursos das sociedades modernas o modo de se conseguir fazer frente a esta nova realidade.

Esta realidade vem comprovada nos diversos estudos efectuados pelo Instituto Nacional de Estatística (INE), que revelam que o decréscimo da população jovem, em simultâneo, com o aumento da população idosa, levará irremediavelmente ao aumento do índice de envelhecimento da população. Esta ideia está presente no estudo efectuado por Coelho *et al.* (2008), sobre as projecções da população residente em Portugal nos próximos cinquenta anos, revelando que, independentemente do cenário considerado, o envelhecimento da população continuará a aumentar.

De facto, o envelhecimento da população é uma realidade e, para isso, muito contribuíram os avanços da tecnologia, as melhores condições de vida, a maior eficácia das medidas preventivas que levaram a uma grande mudança não só ao nível da estrutura demográfica, mas também com repercussões a nível político, económico, social e familiar. (Santos, 2008)

Estas melhorias das condições de vida e dos hábitos de higiene da população em geral contribuíram para um aumento progressivo da esperança média de vida e, portanto, hoje mais do que nunca, é com relativa facilidade que se chega a idades bem avançadas. Com a diminuição dos problemas endémicos que assolaram em tempos as

sociedades, novas preocupações surgem agora, com este aumento da expectativa de vida, como é o caso das doenças crónicas.

Esta ideia vai de encontro à de Saraiva (2008) quando refere que com o crescimento progressivo do envelhecimento da população pode ocorrer um aumento da incidência de doenças crónicas incapacitantes, que requerem a médio ou a longo prazo um suporte familiar, social e de saúde. É neste contexto que, a par das políticas sociais e de saúde que se encaminham para a manutenção do idoso no seu domicílio, o cuidado informal assume particular relevância.

No entanto, o cuidar da pessoa idosa dependente no domicílio, no entender de Oliveira (2009) traz grandes transformações na vida dos cuidadores, tornando-se fundamental conhecer as dinâmicas familiares e avaliar qual o real impacto na vida dos cuidadores informais idosos.

No âmbito do grande universo que a Gerontologia Social abrange, tendo em conta todo este panorama acima descrito, uma inquietação começou a surgir e ao qual gostaríamos de dar forma, com o desenvolvimento deste trabalho.

1.2. Questão de Investigação

Existem inúmeros estudos que evidenciam o grande impacto que é ser cuidador de alguém que está dependente, no entanto, a larga maioria dos autores foca a sua atenção para o cuidador jovem/adulto. Mas, e quando o cuidador é, também ele, idoso? Que impacto causa na vida destes idosos o papel de cuidador, quando muitos deles precisam, sim, de serem cuidados?

Neste momento torna-se, portanto, relevante formular uma pergunta que sirva não só de pontapé de saída, mas também de fio condutor durante todo o decorrer da

investigação. Para isso, Quivy e Campenhoudt (2005) referem que a questão de investigação deve ser clara, operacional, exequível e pertinente.

Tendo em conta esses pressupostos formulou-se a seguinte questão de investigação:

Qual o impacto físico, emocional e social de ser cuidador informal idoso de uma pessoa idosa dependente?

1.3. Objectivos do Estudo

O objectivo de um estudo permite orientar a investigação, sendo “[...] *um enunciado declarativo que precisa as variáveis-chave, a população alvo e a orientação para a investigação*” (Fortin, 1999: 100).

Deste modo, são objectivos do nosso estudo:

- Perceber se a dependência do idoso influencia a sobrecarga física, emocional e social no cuidador informal idoso;
- Compreender se os cuidadores informais idosos se sentem realizados com o papel que desempenham.
- Indagar se o sexo do cuidador informal influencia a sobrecarga dos cuidados;
- Determinar se a existência de redes de suporte familiar e de serviços de apoio domiciliário permitem minimizar a sobrecarga dos cuidados;
- Determinar se a duração dos cuidados prestados e o tempo despendido para os mesmos, influenciam a sobrecarga nos cuidadores informais idosos;

PARTE II – ENQUADRAMENTO TEÓRICO

O enquadramento teórico representa uma fase fundamental de todo o trabalho de investigação, uma vez que serve “[...] para documentar ideias e para enriquecer a justificação que sustenta a questão de investigação” (Fortin, 1999: 68).

Assim, neste capítulo pretende-se fazer uma abordagem aos diferentes conceitos que englobam o presente estudo, como forma de enquadrar o estudo no panorama actual.

2.1. Envelhecimento Demográfico

Não é de hoje que se tem conhecimento de que a população mundial está a envelhecer. Vários estudos têm sido feitos nesse âmbito e todos eles chegam a esta mesma conclusão.

O envelhecimento pode ser entendido e analisado sob diferentes aspectos. Podemos considerar o envelhecimento numa perspectiva *individual*, que segundo o INE (2002), diz respeito a uma maior longevidade dos indivíduos, ou seja, o aumento da esperança média de vida. A este conceito estão subjacentes o envelhecimento biológico, definido pela comunidade médica como “a alteração progressiva das capacidades de adaptação do corpo verificando-se, conseqüentemente, um aumento gradual das probabilidades de morrer devido a determinadas doenças que possam precipitar o fim da vida” (INE, 2002:187); o envelhecimento psicológico, como as perdas de memória ou maior dificuldade no raciocínio a surgirem como umas das principais alterações; e ainda o envelhecimento social, como por exemplo a

discriminação social unicamente baseada na idade e relações familiares e sociais deficitárias que conduzem a situações de isolamento e de exclusão social.

Numa outra perspectiva surge o **envelhecimento demográfico** que, no entender de Hortelão (2003) se trata de um conceito que pode ser definido como o aumento da proporção de pessoas idosas na população em geral. Esta tendência surge pela denominada transição demográfica que, como iremos ver, tem uma influência directa no crescimento da população considerada idosa.

Torna-se interessante e ao mesmo tempo fundamental, a abordagem desta temática uma vez que, como poderemos analisar mais à frente, a fatia de população considerada idosa teve um aumento substancial nos últimos anos e as perspectivas são para que esta tendência se mantenha no futuro.

2.1.1. Envelhecimento Demográfico Mundial

Para iniciarmos a abordagem do envelhecimento demográfico iremos começar por considerá-lo numa dimensão mundial e, numa segunda fase, já numa vertente mais restrita, analisaremos o panorama do envelhecimento demográfico a nível nacional.

Numa perspectiva histórica, Andrade (2009) faz referência ao facto do envelhecimento da população e o aumento da longevidade dos indivíduos serem fenómenos novos que emergiram sobretudo a partir da segunda metade do século XX. Hortelão (2003) corrobora esta ideia considerando que estes fenómenos surgiram em sociedades mais desenvolvidas, com especial relevo para os países como o Japão, o Canadá, a Espanha e alguns países nórdicos entre os quais a Suécia, a Noruega, a Dinamarca e a Islândia. No entanto, refere também que já se verificam em países

menos desenvolvidos, onde se tem aferido uma diminuição da taxa de mortalidade da população.

Tabela 1 - Envelhecimento Demográfico Mundial (1950-2050), (Adaptado de ONU, 2008)

Envelhecimento Demográfico da População Mundial (1950-2050)						
Regiões do Mundo	(%) População com idade entre 0-14 anos			(%) População com 65 e mais anos		
	1950	2010	2050	1950	2010	2050
África	41,7	40,3 (**)	27,3 (**)	3,3 (**)	3,4 (**)	7,1 (**)
Ásia	36,1	26,2	17,9	4,1	6,7	17,3
Europa	26,2 (*)	15,4 (*)	15 (*)	8,2 (*)	16,3 (*)	27,4 (*)
América do Norte	27,2	19,8	16,9	8,2 (*)	13,1	22,0
América Central	42,5 (**)	30,0	17,7	3,5	6,2	18,9
América do Sul	39,5	26,9	16,7	3,5	7,0	19,8
Oceânia	29,9	24,2	19,1	7,3	10,8	18,7

Na tabela 1, é possível analisar a contribuição de cada um dos continentes para o envelhecimento da população mundial desde 1950 até ao presente, bem como fazer uma estudar a previsão feita até ao ano de 2050.¹

No ano de 1950, a América Central era a região no Mundo com maior percentagem de população com idades compreendidas entre os 0-14 anos (42,5%), logo seguida de África, com 41,7%. No extremo oposto, a Europa surgia como o continente com menor percentagem de jovens (26,2%) seguido pela América do Norte com 27,2%.

¹ Assume-se que os que mais contribuem para o envelhecimento da população serão os que apresentam *menor percentagem de jovens e maior percentagem de idosos*; e os que menos contribuem para o envelhecimento da população os que apresentam *maior taxa de jovens e menor taxa de idosos*.

No referido ano, analisando a percentagem de pessoas com 65 e mais anos, verifica-se que África era o continente que surgia com a taxa mais baixa, com apenas 3,3%, seguida da América Central e do Sul, ambas com 3,5%. Novamente no extremo oposto, a Europa e a América do Norte surgem como os que maior percentagem de população idosa (8,2%).

Em 2010, segundo os dados fornecidos pela ONU (2008), é possível verificar algumas variações importantes e preocupantes nos valores, comparativamente com os que foram apresentados em 1950.

Senão vejamos, África surge agora como o continente com maior percentagem de jovens (40,3%), logo seguido da América Central (30%), no entanto, apesar de estes países terem taxas relativamente altas verifica-se, que neste período de tempo, houve uma diminuição da percentagem de jovens de 1,4% e 12,5%, respectivamente. Analisando a vertente oposta, a Europa (15,4%) e a América do Norte (19,8%) continuam a estar na linha da frente como os que apresentam menor percentagem de jovens. Comparando com o ano de 1950, verificamos que há uma quebra nos valores de 10,8% e 7,4%, respectivamente.

Quando nos focamos na proporção de idosos com 65 e mais anos, em 2010, verificamos outro aspecto interessante. África (3,4%) e América do Norte (6,2%) continuam a ser os que menos percentagem de idosos apresentam. Ainda assim, é possível verificar que aumentaram a sua proporção, no decorrer destes 60 anos, em 0,1% e 2,7%. Analisando novamente a vertente oposta, Europa (16,3%) e América do Norte (13,1%) continuam a liderar na percentagem de população com 65 e mais anos. Também eles com aumento nas referidas taxas de 8,1% e 4,9%, respectivamente.

É interessante verificar que o continente europeu foi o continente que apresenta maior Índice de Envelhecimento² (105,84%), ao contrário do continente africano que surge com o menor índice (8,43%), e é também o continente europeu que surge como o único que apresenta uma proporção de idosos (16,3%) superior à da população jovem (15,4%).

Foi feita ainda uma projecção até ao ano de 2050, e verifica-se que o envelhecimento da população continuará a fazer-se sentir. Como se pode analisar no gráfico, a Europa continuará a ser o continente que mais contribuirá para o envelhecimento da população, apresentando uma percentagem de jovens a rondar os 15% e uma percentagem de idosos cada vez maior, rondando os 27,4%. O continente africano irá manter o seu lugar como o que menos contribui para o envelhecimento da população mundial. No entanto, é curioso verificar que segundo estas projecções realizadas pela ONU (2008), o aumento da população idosa no referido continente, no período que compreende o ano de 2010 e de 2050, será bastante acentuado. Podemos, assim, perceber que esta transição demográfica também afectará no futuro alguns países considerados em desenvolvimento.

Na análise da problemática do envelhecimento mundial, Ferreira *et al.* (2006) apresentam dados fornecidos pela ONU que vão de encontro a estes aqui apresentados. Segundo estes autores, no período compreendido entre 1960 e 2000, a proporção mundial de jovens com idade até aos 14 anos diminuiu de 37% para 30% e, segundo a projecção realizada pelas Nações Unidas, a proporção dos mesmos continuará a diminuir até atingir os 21% do total da população mundial, no ano 2050. Em sentido inverso, a proporção da população mundial com 65 anos ou mais, regista

² Índice de Envelhecimento – Quociente entre a população idosa (65 e mais anos) e a população jovem (0-14anos)

uma tendência crescente, tendo aumentado de 5,3% para 6,9% entre 1960 e 2000, e tenderá a aumentar até 2050, prevendo-se que chegue a atingir 15,6% do total da população.

Rafart (2001) e Gonçalves & Carrilho (2007) referem que este aumento da população idosa resulta de um processo, apelidado de transição demográfica, que se define como a passagem de um modelo em que as Taxas de Mortalidade (TM) e as Taxas de Natalidade (TN) assumiam valores muito altos, para um modelo inverso em que ambas apresentam valores muito baixos.

Na opinião de Santos (2008), e que Andrade (2009) corrobora, os factores desta tendência são o reflexo dos enormes progressos e conquistas atingidos no século XX, no âmbito da tecnologia e da medicina moderna. Através desses avanços tem sido possível diagnosticar, prevenir e curar muitas doenças até então fatais.

Os mesmos autores salientam ainda, os avanços conseguidos não só na saúde pública e da medicina em geral, que levaram a uma melhoria dos cuidados de saúde, mas também no acesso ao planeamento familiar, à melhoria das condições de vida, de educação e de nutrição da população em geral. Estes avanços têm permitido um aumento significativo na esperança média, com impacto directo nas taxas de mortalidade (TM), incluindo a mortalidade infantil, que sofreu uma diminuição drástica nos últimos 50 anos, sobretudo nos países considerados desenvolvidos.

Segundo os dados fornecidos pela ONU (2008) a taxa de mortalidade infantil na Europa em 1950-1955 rondava os 72,5%, passando para valores a rondar os 6,8% em 2005-2010 e prevê-se que atinja os 4,4% em 2045-2050.

Apesar de ter havido um ganho extremamente positivo com a redução da taxa de mortalidade infantil, o que é facto é que o declínio da fecundidade surge como

outra transformação demográfica que marcou, sobretudo a sociedade europeia no decorrer dos últimos 60 anos. (1950-2010).

Para além desta transformação, expressa usualmente a partir da descida do Índice Sintético de Fecundidade³, podemos encontrar uma outra tendência fundamental para se perceber a dinâmica da fecundidade actual. O adiamento dos nascimentos em geral e, em particular, do nascimento do primeiro filho, constitui uma característica marcante da demografia actual. Segundo os dados fornecidos pelo INE, esta tendência inicia-se nos anos 70 na maioria dos países europeus e manifesta-se, um pouco mais tarde, nos países da Europa do Sul.

Conforme refere Carrilho & Patrício (2010), para o Instituto Nacional de Estatística (INE), a maior acessibilidade a métodos contraceptivos seguros, a maior autonomia da mulher, a progressão nas carreiras profissionais, a dificuldade em conciliar vida familiar e profissional, acabam por ser factores fulcrais quando se pondera a decisão de ter filhos.

O prolongamento dos estudos e o conseqüente retardar na entrada no mercado de trabalho, bem como o incremento do desemprego entre os jovens, leva também a uma maior dependência das gerações mais novas em relação às mais idosas, tornando-se factores igualmente decisivos sobre o número de filhos a ter.

A associação destes dois fenómenos, aumento da população idosa e diminuição da população jovem, segundo Andrade (2009) faz com que haja um duplo envelhecimento da população, afectando não só o topo da pirâmide, como também a sua base.

³ **Índice Sintético de Fecundidade** - Número médio de filhos que cada mulher teria se o padrão de fecundidade por idades, observado num dado momento, se mantivesse constante ao longo da sua vida reprodutiva.

2.1.2. Envelhecimento Demográfico em Portugal

Portugal, não escapa a esta realidade e, segundo estudos efectuados por Coelho *et al.* (2008) para o Instituto Nacional de Estatísticas (INE), verifica-se que a população residente em Portugal tem vindo a denotar um continuado envelhecimento demográfico.

No entender de Andrade (2009:9) o aumento progressivo da longevidade, acompanhado de uma marcada queda na fecundidade e na mortalidade em geral, “conduziu a uma mudança nítida na composição etária da população, aumentando substancialmente o número de pessoas com idade acima de sessenta anos, assim como as de idade superior a oitenta anos e os centenários.”

Tabela 2 - Estrutura por Idades da População Residente (%) em Portugal, 2001-2009 (Adaptado do INE, 2010)

ESTRUTURA POR IDADES DA POPULAÇÃO RESIDENTE (%), EM PORTUGAL, 2001- 2009									
<i>Indicadores</i>	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009
0-14	15,9	15,8	15,7	15,6	15,6	15,5	15,3	15,3	15,2
15-64	67,6	67,5	67,4	67,3	67,3	67,3	67,2	67,1	66,9
65 e mais anos	16,5	16,7	16,8	17,0	17,1	17,3	17,4	17,6	17,9
75 e mais anos	6,9	7,0	7,2	7,3	7,5	7,7	8,0	8,2	8,4
80 e mais anos	3,5	3,6	3,7	3,8	3,9	4,1	4,2	4,3	4,5
Índice de Dependência Total	48,0	48,1	48,3	48,5	48,6	48,6	48,7	49,0	49,4
Índice de Dependência Jovens	23,5	23,4	23,3	23,2	23,1	23	22,8	22,8	22,7
Índice de Dependência Idosos	24,5	24,7	24,9	25,3	25,4	25,6	25,9	26,3	26,7
Índice de Envelhecimento	104,2	105,5	106,8	108,7	110,1	111,7	113,6	115,5	117,6

Recorrendo aos dados fornecidos por Carrilho & Patrício (2010), para o Instituto Nacional de Estatística (INE), apresentados na tabela acima, podemos verificar precisamente este fenómeno.

No início da década, a fatia de população com idade inferior aos 15 anos cifrava-se nos 15,9% da população em geral, os que se encontravam entre os 15 e os 64 anos ocupavam a maioria da população, com 67,6%, ao passo que os que tinham idade superior a 65 anos se situavam nos 16,5%.

Nesta altura, já se podia verificar que a proporção de pessoas idosas (mais de 65 anos) já ultrapassava a dos jovens (menores de 15 anos).

Esta tendência de aumento do Índice de Envelhecimento⁴ já se verifica desde a década de 60, como escreve Andrade (2009) no seu estudo, onde apresenta a variação da estrutura etária da população portuguesa desde 1960 até 2001. Segundo a autora, em 1960, a proporção de jovens com idade inferior a 14 anos era de 29,1%, contrapondo com os 8%, que representavam as pessoas com idade superior a 65 anos.

A proporção entre a população em idade activa (15-64 anos) e a população dependente (com menos de 15 anos e com 65 e mais anos) está evidenciada no Índice de dependência total⁵, que no início da década estava em 48,0% e, em 2009, ascendeu a 49,4%. Em jeito de curiosidade, nos dados apresentados por Andrade (2009), relativamente ao Índice de Dependência Total entre 1960-2001, os valores relativos a este índice, no ano de 1960, rondavam os 60%.

Este índice engloba duas evoluções opostas. Por um lado, o Índice de Dependência dos Jovens⁶, que em 2001 apresentava valores a rondar os 23,5%, passando para os 22,7% em 2009, reflectindo, assim, a quebra da taxa de natalidade.

⁴ Índice de Envelhecimento – Quociente entre a população idosa (65 e mais anos) e a população jovem (0-14anos)

⁵ Índice de Dependência Total – Quociente entre a população em idade activa (15-64 anos) e a população dependente (dos 0-14 anos e 65 e mais anos)

⁶ Índice de Dependência de Jovens – Quociente entre a população jovem (0-14 anos) e a população activa (15-64 anos)

Por outro lado, o Índice de Dependência dos Idosos⁷ que, em 2001, estava nos 24,5% e, em 2009, subiu para os 26,7%.

O envelhecimento está igualmente bem ilustrado na evolução do peso relativo à população mais idosa (75 e mais anos) que, no início da década, se situava em 10,4% da população, passando para valores a rondar os 13%, no ano de 2009.

Estes valores demonstram aquilo que já referimos anteriormente e que se prende com a tendência dos últimos anos para o aumento da Esperança de Vida (EV).

Como revelam Carrilho & Patrício (2010), desde o início da década até ao ano de 2009, a Esperança de Vida à Nascimento (EVN) aumentou para ambos os sexos, com o sexo masculino a ganhar 2,95 anos e o sexo feminino 2,06 anos. Assim, o sexo masculino, que no início da década apresentava uma EVN de 73,39 anos, passa para 76,34 anos em 2008/2009, ao passo que no mesmo período de tempo, o sexo feminino passa de 80,37 para 82,43 anos.

Por outro lado, com a diminuição da Taxa de Natalidade (TN) ao provocar uma *“redução forte na população jovem implica um aumento da importância relativa das pessoas idosas, facto que corresponde à verdadeira definição de envelhecimento demográfico, neste caso designado envelhecimento pela base da pirâmide de idades”* (Andrade, 2009:11). Segundo o mesmo autor, este envelhecimento pela base da pirâmide etária acarreta consequências mais graves, do que o envelhecimento pelo topo, dadas as implicações nas gerações activas futuras e no dinamismo do mercado de trabalho.

Para além dos fenómenos de mortalidade e natalidade, existem outras causas associadas ao envelhecimento demográfico, como nos sugere Andrade (2009). Tendo

⁷ Índice de Dependência dos Idosos – Quociente entre a população idosa (65 e mais anos) e a população activa (15-64 anos)

o Homem adquirido a capacidade de mobilidade, os processos migratórios acabam por influenciar, ainda que de forma menos relevante, o envelhecimento da população. Segundo a autora, o nível de envelhecimento do país é *“tanto maior quanto mais mão-de-obra exportar e tanto menor quanto mais mão-de-obra receber.”* Assim sendo, verifica-se que os países que recebem *“migração”* têm a possibilidade de aumentar a sua população activa, reduzindo, assim a proporção de população idosa.

Recorrendo novamente aos dados fornecidos por Carrilho & Patrício (2010), percebemos que Portugal continua a ser um país de imigração, embora com fluxos de entrada mais moderados, permanecendo, no entanto, um país de emigração, sobretudo de natureza temporária.

Parece, portanto, consensual que o sentido que os fluxos migratórios irão assumir no futuro, determinará o maior ou menor grau de envelhecimento demográfico, uma vez que a manutenção da fecundidade em níveis inferiores ao da substituição das gerações parece ser uma realidade irreversível.

Sendo assim, a fixação da população com nacionalidade estrangeira em Portugal poderá representar um papel relevante no desenho da pirâmide de idades da população e na sua repartição por sexo. Dado que a estrutura etária dos imigrantes é geralmente mais jovem do que a da população de acolhimento, concentrando-se sobretudo nas idades activas, a entrada de imigrantes poderá atenuar o panorama de envelhecimento da nossa população.

Ainda assim, o autor do estudo relembra que o efeito que os imigrantes irão causar na composição de idades da população, tenderá a ser mais modesto do que o impacto causado pela diminuição da taxa de fecundidade, pois os imigrantes tendem a adoptar os padrões de fecundidade e mortalidade das sociedades de acolhimento, sendo que eles próprios acabam também por envelhecer.

Pelas projecções que o INE tem disponíveis, Carrilho & Patrício (2010: 136) referem que estas *“apontam para a uma diminuição da população e para a progressão do fenómeno do envelhecimento, mesmo na hipótese de os níveis de fecundidade aumentarem, hipótese que não se confirma, e de os saldos migratórios continuarem positivos”*. Assim, o envelhecimento demográfico surge-nos como um fenómeno irreversível como resultado sobretudo dos baixos níveis de fecundidade dos quais o país parece não conseguir recuperar.

2.2. O Envelhecimento Humano

Como resultado do aumento da esperança de vida, analisado no capítulo anterior, torna-se cada vez mais frequente as pessoas atingirem faixas etárias avançadas, onde o declínio físico e mental, bem como as incapacidades e dependência assumem maiores probabilidades de acontecer.

No entanto, se por um lado percebemos que o envelhecimento acarreta algumas alterações, sobretudo a nível fisiológico que podem acabar por condicionar os seus modos de vida, também é verdade que o envelhecimento não se trata de uma doença.

Nesse sentido, Pimentel (2005) faz referência a vários estudiosos que têm reflectido sobre as ideias preconcebidas que existem relativamente aos idosos e a forma como essas imagens condicionam a maneira de ser e de estar dos mesmos.

As sociedades contemporâneas estão, mais do que nunca, alertadas para os graves problemas que surgem no seu seio, muito devido à visibilidade crescente que estes problemas vão adquirindo. No entanto, segundo Pimentel (2005) a forma sensacionalista como muitas vezes são abordados determinados problemas, dá espaço para o aparecimento de algumas ideias preconcebidas que rapidamente conquistam o

seu espaço e se estendem ao resto da sociedade. Esta facta fica bem espelhado, se atendermos ao facta de que uma das imagens mais vulgarizadas nos dias de hoje sobre o idoso é a de um indivíduo triste, sozinho e com carência de recursos para a sua subsistência.

Para além da imagem acima referida, facilmente percebemos que uma outra imagem bastante vulgarizada, e que permite dar origem a muitas outras, é a de que o idoso tem as suas capacidades ou aptidões muito limitadas.

Nesse sentido, Saraiva (2008) revela-nos que com o envelhecimento da população, ocorre um acréscimo da incidência de doenças crónicas-degenerativas, ao qual se associam as incapacidades físicas no idoso, com repercussões no desenvolvimento da dependência e na perda de autonomia. Esta ideia é partilhada por Figueiredo (2007) quando revela, como uma das consequências deste processo, a limitação progressiva das capacidades do indivíduo para satisfazer, de modo autónomo e independente, as suas necessidades.

Esta nova realidade coloca novos desafios às sociedades actuais, tornando-se, por isso, necessário compreender os conceitos que envolvem o envelhecimento humano.

2.2.1. A Idade, o Envelhecimento e a Velhice

Para iniciar este capítulo torna-se importante definir alguns conceitos que muitas vezes acabam por ser inadvertidamente confundidos.

Fonseca (2004) levanta algumas questões pertinentes sobre este assunto e que ajudam a precisar um pouco mais conceitos como idade, envelhecimento e velhice. O autor argumenta se *“fará sentido falar na existência de várias idades?”* e questiona *“o que representa o uso da expressão “ter uma certa idade”?* ou *“[...] o processo de*

envelhecimento, quando se inicia e em que consiste?” e “[...] a meia idade, faz sentido falar dela enquanto conceito diferenciado ou trata-se apenas de uma representação social?”

Deste modo, Fonseca (2004) procura clarificar cada um destes conceitos, começando por se referir ao da idade. Para isso recorre e cita vários autores para nos dizer que a idade cronológica se trata de um método simples de organização de acontecimentos, no entanto, torna-se necessário o recurso a outros índices, para que se consiga compreender tudo que acontece à medida que as pessoas vão envelhecendo.

Para esbater um pouco a relatividade do termo idade, Fonseca (2004) mostra-nos que alguns estudos efectuados procuram proceder à diferenciação de várias “categorias” de idades. Nesse sentido, teríamos a “*idade biológica*” que se centra no funcionamento dos sistemas vitais do organismo responsáveis pela presença ou ausência de problemas relacionados com a saúde que afectam o indivíduos; a “*idade psicológica*” que diz respeito às características psicológicas da pessoa para se adaptar às mudanças ambientais e que englobam os sentimentos, as cognições, as motivações, a memória, a inteligência e as competências que sustentam o controlo pessoal e a auto-estima; a “*idade sociocultural*” que se refere ao conjunto específico de papéis sociais que os indivíduos adoptam perante a sociedade e a cultura a que pertencem, tais como comportamentos, hábitos, estilos de relacionamento interpessoal, entre outros.

Imagínario (2004) faz também referência à “*idade jurídica*” como outro aspecto a ser considerado, pela necessidade de se estabelecerem normas de conduta e de se definir qual a idade em que o indivíduo assume certos direitos e deveres face à sociedade, não havendo propriamente uma conexão directa com a uma realidade biopsíquica.

Tanto Fonseca (2004), como Imaginário (2004) assumem ainda a “*idade funcional*”, como sendo a que determina a capacidade para o indivíduo manter os papéis pessoais e a integração social no seio da comunidade em que se encontra inserido, para o qual será necessário manter um nível razoável de capacidade física e mental.

Como defende Fonseca (2004) citando Fernández-Ballesteros (2000), partindo do princípio que o envelhecimento psicológico resulta tanto de um equilíbrio entre estabilidade e mudança, como entre crescimento e declínio, há naturalmente funções que diminuam de eficácia, sobretudo as que se relacionam com a vertente física, com a percepção e com a memória, outras que estabilizam, como é o caso da maior parte das variáveis da personalidade, e outras que, na ausência de doença, podem eventualmente crescer e desenvolver-se ao longo do ciclo vital, como o uso da experiência e dos conhecimentos prévios adquiridos.

Desta forma, a “*idade funcional*” surge-nos como um conjunto de indicadores (capacidade funcional, tempo de reacção, satisfação com a vida, amplitude das redes sociais) que, na opinião de Fernández-Ballesteros (2000) citado por Fonseca (2004), permitem compreender como se podem criar condições para um envelhecimento satisfatório.

Em relação ao conceito de velhice, Fonseca (2004) começa por fazer referência a alguns estereótipos relacionados com este conceito. Segundo o autor, a ideia de que a velhice corresponde a uma espécie de “*segunda infância*”, com toda a carga que isso acarreta, desde a infantilização, dependência e diminuição da responsabilidade individual do idoso, leva a uma inevitável redução do seu estatuto social. Ressalva ainda estereótipos bem enraizados na sociedade, de que a velhice se traduz em comportamentos conservadores, inflexíveis e resistentes à mudança.

Os indivíduos que se encontram na chamada “*velhice*” são vistos como tendo um poder de iniciativa limitado, dificuldade em se lançar em novos projectos, ausência de desejo e actividade sexual, incapacidade para aprender, dependência generalizada, etc.

No entender do referido autor, torna-se evidente que não se pode afirmar com tanta impetuosidade que a velhice é uma fase portentosa do ciclo de vida, uma vez que as perdas que se verificam são inegáveis. No entanto, tal não significa que o indivíduo idoso, só pelo facto de o ser, perca a sua dignidade pessoal ou a sua capacidade de participação na vida social.

Mas afinal o que é a velhice? Quando é que um indivíduo passa a ser detentor da “*categoria*” de velho?

A este respeito, Fontaine (2000) faz uma reparação importante quando distingue aquilo que é a velhice e aquilo que é o envelhecimento. Assim, refere que a velhice se trata de uma etapa do desenvolvimento humano, que engloba um grupo com uma determinada idade cronológica⁸ e, por seu turno, o envelhecimento diz respeito a um processo mais complexo, que envolve várias variáveis e assume diferentes áreas que englobam o indivíduo de uma forma holística, como iremos ver mais à frente.

O processo de envelhecimento e as mudanças a ele associadas constituem, no entender de Figueiredo (2007), um dos temas de maior interesse no âmbito da investigação científica contemporânea. Tem-se procurado dar respostas a diversas questões, nomeadamente quais são as dimensões das mudanças, as principais causas e

⁸ A idade cronológica pode ser definida como a idade oficial presente no Bilhete de Identidade, determinada pelo calendário e pelo passar do tempo.

consequências e as áreas passíveis de intervenção, com o intuito de retardar ou até mesmo travar o processo de envelhecimento.

O mesmo autor refere ainda que, embora o processo de envelhecimento seja extremamente complexo e possa ser interpretado sob diversas perspectivas, deve ser considerado como um processo normal, universal, gradual e irreversível de mudanças e de transformações que ocorrem com a passagem do tempo.

Segundo Andrade (2009) a definição do início do processo de envelhecimento em cada indivíduo está longe de ser consensual entre diversos autores. Se por um lado temos especialistas que defendem que o envelhecimento começa logo na fase da concepção, apoiando a tese de que “*envelhecer é começar a viver*”, por outro lado, temos autores que sustentam a ideia de que o processo de envelhecimento começa entre a segunda e a terceira décadas de vida, havendo ainda quem defenda que ocorre nas fases mais avançadas da existência humana.

No entender de Pimentel (2005) a delimitação do período em que se considera o ser humano idoso torna-se, portanto, difícil de fazer, na medida em que se trata de um fenómeno que ocorre a vários níveis e que guarda em si a individualidade de cada um.

A estas opiniões junta-se a de Botelho (2008), referindo que a idade cronológica, por si só, não é suficiente para definir quando se é ou não idoso, contudo, e apesar da arbitrariedade dessa medida, a sua utilização é feita de modo a criar uma fronteira que agrupe um conjunto de pessoas com determinadas características em comum, com o intuito de facilitar a sua análise “*standardizada*”. Assim, estudiosos da demografia utilizam os 60 ou os 65 anos como mera linha fronteira, que separa as pessoas consideradas como idosas e como não idosas, isto por serem idades legalmente convencionadas para reformas e pensões da Segurança Social.

No entanto, a abordagem do envelhecimento sobre a perspectiva cronológica é demasiadamente redutora para ser considerada isoladamente. De acordo com Arantes (2003), a idade cronológica surge como um estereótipo, através do qual se afirma que um indivíduo é jovem, de meia-idade ou idoso, com repercussões nos diferentes papéis ou oportunidades na estrutura social. No entanto, não é possível estabelecer conceitos que sejam universalmente aceites e uma terminologia globalmente padronizada para o envelhecimento, pois é inevitável que o conceito arraste consigo uma série de conotações políticas e ideológicas, próprios de cada sociedade.

Nesse sentido, Figueiredo (2007) insiste na ideia de que a dificuldade para esta delimitação se prende com a multidimensionalidade e multifactorialidade do conceito de envelhecimento.

O processo de envelhecimento, na perspectiva de Squire (2005), citado por Figueiredo (2007), consiste na afirmação de que o *“envelhecer é um facto de vida, e que só somos idosos uma vez”*.

Envelhecer é, portanto, uma experiência única, um processo que se caracteriza por ser multifacetado, dependente de um amplo conjunto de factores fisiológicos, sociais e psicológicos.

Figueiredo (2007) reforça a ideia de que a principal característica do envelhecimento é a sua variabilidade inter e intraindividual. Ou seja, a autora defende que existem padrões de envelhecimento que se reflectem de maneira diferente entre indivíduos com a mesma idade cronológica, mas também como nas distintas funções de um mesmo indivíduo (fisiológicas, psicológicas e sociais). As mudanças que se produzem num mesmo indivíduo com a passagem do tempo, numa determinada função ou capacidade psicológica ou fisiológica, não predizem necessariamente uma modificação noutras características psicológicas ou sistemas fisiológicos, havendo,

portanto, uma cadência diferenciada na ocorrência dos diferentes tipos de envelhecimento.

Seguindo essa linha de pensamento, Fonseca (2004) apoia e escreve que o envelhecimento se trata de um processo biopsicossocial de cariz individual que nunca poderá ser explicado ou previsto sem se ter em consideração todas as suas dimensões biológicas, psicológicas e sociais.

2.2.2. Abordagem Multidimensional do Envelhecimento

Como foi possível verificar anteriormente, o envelhecimento humano não está dependente de um factor único mas sim da interacção de um conjunto de factores sejam eles de cariz biológico, psicológico ou social.

Paúl (1997) citado por Figueiredo (2007) e Fonseca (2004) distinguem três principais categorias do envelhecimento: **o biológico**, que se caracteriza por uma perda progressiva da capacidade de homeostase, denominado por processo de senescência. Com o processo de senescência o indivíduo vai respondendo mais lentamente e de forma menos eficaz às alterações ambientais, devido a uma deterioração dos mecanismos fisiológicos, tornando-o mais vulnerável; **o psicológico**, que se refere às capacidade comportamentais da pessoa para se adaptar ao meio. Neste caso, o indivíduo é influenciado por factores biológicos e sociais mas envolve as capacidades como a memória, a aprendizagem, a inteligência, os sentimentos e emoções, que o ajudam a regular o controlo comportamental; e **o social**, avaliada pelo papel e hábitos desenvolvidos pelo indivíduo na sociedade, na medida em que representa os comportamentos esperados pela sua cultura no processo dinâmico de envelhecimento.

- **Envelhecimento Biológico**

O processo de envelhecimento biológico, no entender de Figueiredo (2007) diz respeito às transformações físicas que levam a uma redução da eficiência dos sistemas orgânicos e funcionais do organismo, levando a uma diminuição progressiva da capacidade de manutenção do equilíbrio homeostático que, em condições normais, não será suficiente para produzir distúrbios funcionais. Citando Netto & Ponte (2000), Figueiredo (2007) refere ainda que se este declínio for muito acentuado, pode levar a uma importante redução da reserva funcional, acabando por colocar o idoso mais vulnerável ao aparecimento de doenças crónicas.⁹

Ideia partilhada por Imaginário (2004) quando escreve que o envelhecimento biológico pode ser definido como a alteração progressiva das capacidades de adaptação do organismo, verificando-se, conseqüentemente, um aumento gradual de determinadas doenças crónicas-degenerativas que podem precipitar a incapacidade ou o fim de vida.

No entanto, não podemos considerar a senescência como uma doença. Como vimos em cima, trata-se de um processo normal de deterioração biológica geral que aumenta a vulnerabilidade do indivíduo à doença e à morte, visto haver uma redução da reserva fisiológica dos órgãos e sistemas, o que implica uma diminuição da capacidade de adaptação do organismo face às alterações do meio ambiente.

⁹ **Doença Crónica** entende-se como sendo uma “doença de curso prolongado, com evolução gradual dos sintomas e com aspectos multidimensionais, potencialmente incapacitante, que afecta, de forma prolongada, as funções psicológica, fisiológica ou anatómica, com limitações acentuadas nas possibilidades de resposta a tratamento curativo, mas com eventual potencial de correcção ou compensação e que se repercute de forma acentuadamente negativa no contexto social da pessoa por ela afectada” (Ministérios da Saúde, do Trabalho e da Solidariedade, 2006)

Como tem vindo a ser dito, o envelhecimento biológico passa por uma série de alterações em várias dimensões a que Andrade (2009) faz referência citando Berger & Mailloux-Poirier (1995), nomeadamente ao nível do sistema tegumentar, sensorial, neurológico, cardiovascular, respiratório, músculo-esquelético, gastrointestinal, endócrino e genito-urinário.

Desta forma, e tal como nos diz Andrade (2009) é possível perceber que, no processo de envelhecimento, são atingidos todos os sistemas importantes do organismo e o efeito destas mudanças nos contextos ambientais específicos modifica os comportamentos dos indivíduos.

Convém insistir na ideia de que estas alterações são normais e não propriamente significado de doença. Não é possível, com base no que foi dito, dizer que a saúde desaparece quando chega a velhice, apenas se pode afirmar que as probabilidades de sofrer de doenças incapacitantes aumentam à medida que as pessoas envelhecem.

Nessa perspectiva, Figueiredo (2007) refere que o processo de senescência coloca o indivíduo numa situação de maior vulnerabilidade à doença, nomeadamente, a problemas crónicos de saúde que os podem limitar na sua vida quotidiana.

• **Envelhecimento Psicológico**

As mudanças biológicas associadas ao processo de envelhecimento têm implicações no funcionamento cognitivo (aprendizagem, memória, inteligência) e na personalidade. Para o idoso, a relação entre o funcionamento físico e o funcionamento psicológico, vai ganhando uma importância progressiva à medida que os declínios de natureza física começam a revelar-se em limitações acentuadas a nível do funcionamento individual global (Fonseca, 2005).

Recorrendo ao que Figueiredo (2007) escreve no seu estudo, percebemos que a investigação no âmbito da psicologia do envelhecimento tem focalizado a sua atenção em duas áreas específicas: funcionamento cognitivo e a personalidade.

No que se refere ao domínio do funcionamento cognitivo, tem-se privilegiado o estudo da inteligência, da memória e da aprendizagem e o modo como estes variam com o envelhecimento do indivíduo.

Ao analisarmos estes diferentes domínios é possível verificar que, de um modo geral, as perdas não são tão significativas como aquilo que muitas vezes se pretende fazer crer. Fonseca (2004) escreve mesmo que a ideia do declínio generalizado e irreversível das capacidades cognitivas com o avançar da idade, surge como mais um estereótipo ligado ao envelhecimento.

Spar & La Rue (2005) fazem referência a alguns dos efeitos decorrentes do envelhecimento humano no seu funcionamento cognitivo, de forma a que seja possível perceber se as perdas generalizadas e irreversíveis, que tão comumente se associa ao envelhecimento, se confirmam ou se são mais um dos estereótipos relacionados com o envelhecimento.

Segundo os mesmos autores, a inteligência e a capacidade de aprendizagem podem manter-se intactas ou até mesmo melhoradas, desde que sejam devidamente estimuladas e exercitadas.

Em termos de *linguagem*, é possível verificar que a maioria das aptidões mantém um nível de estabilidade com a evolução do processo de envelhecimento. No entanto, a fluência e a compreensão parecem ser os aspectos que podem eventualmente sofrer uma ligeira diminuição. Nessa medida, pode haver uma certa dificuldade para o indivíduo encontrar as palavras apropriadas para aquilo que pretende exprimir, bem como haver alguma erosão no processamento de mensagens

mais complexas. Spar & La Rue (2005) salientam, ainda que o discurso se pode tornar mais impreciso e repetitivo.

No que respeita à *memória*, pode-se notar uma certa diminuição da capacidade de memória imediata, ao passo que a memória remota surge como uma característica que, apesar de variável, pode ser considerada como exemplar, com os indivíduos idosos a serem capazes de recordar os aspectos mais importantes da sua história pessoal.

O *raciocínio*, *as funções de execução* e *a velocidade* são algumas das aptidões que parecem não manter um padrão de estabilidade, verificando-se um ligeiro declínio, com o avançar da idade. Como tal, a redundância e desorganização do raciocínio, o planeamento e monitorização menos eficiente de comportamentos complexos e a lentificação do pensamento e da acção parecem ser, no entender de Spar & La Rue (2005) os aspectos que mais se verificam com o processo de envelhecimento, para estas três aptidões.

No que respeita à vertente da personalidade do indivíduo, a questão da estabilidade ou da mudança à medida que se envelhece, tem norteado o interesse da psicologia do envelhecimento.

Neste sentido, um dos aspectos mais estudados tem sido a relação entre o processo de envelhecimento e as possíveis mudanças nos traços que constituem a personalidade (Spar & La Rue, 2005; Figueiredo, 2007).

De facto, no geral, os resultados indicam que existe uma tendência para a estabilidade com o avançar do tempo. Porém, a estabilidade básica nos traços de personalidade parece ser sensível aos acontecimentos e situações de vida.

• Envelhecimento Social

Para além dos processos biológicos e psicológicos, o envelhecimento também engloba a dimensão social. No entender de Hortelão (2003: 52), o envelhecimento social diz respeito ao “*percurso do ciclo de vida estabelecido por uma sociedade.*”

Com o avançar da idade existem alterações nos papéis sociais que exigem adaptações constantes. Tal como nas outras dimensões do envelhecimento, e à semelhança de outras fases do desenvolvimento humano, a velhice é um período em que ocorrem determinadas modificações, frequentemente representadas pela literatura gerontológica, como *perdas* (Ferreira, 2010).

Sousa *et al.* (2004) salientam a restrição das redes sociais¹⁰ como um facto inerente ao envelhecimento. Isto deve-se ao facto de serem frequentemente associadas à velhice uma série de barreiras que acabam por dificultar a manutenção de relações e as marcam pela instabilidade, nomeadamente as *perdas relacionais*, normalmente associadas à morte de amigos e familiares, a *vulnerabilidade pessoal* (deterioração física, alterações no estatuto psicológico, mudanças das necessidades e prioridades), as *barreiras ambientais e contextuais*, ligadas à diminuição do estatuto económico, como vimos acima e aos estereótipos sociais, bem como no stress e conflito nas relações pessoais e sociais.

Estes aspectos, no entender dos referidos autores, tornam-se relevantes, uma vez que a diminuição das redes sociais de uma pessoa se associa à diminuição da qualidade de vida, ao aumento do stress quotidiano, ao aumento do risco de

¹⁰ A rede social, segundo Sousa *et al.* (2004) refere-se ao conjunto de pessoas com quem o sujeito mantém relações e que percebe como significativas ou que define como diferenciadas da massa anónima da sociedade

dificuldades funcionais e de incidência de doenças crónicas e, eventualmente, ocorrência de morte em períodos curtos após uma doença.

No entanto, a perda de alguns papéis sociais, como é o caso da perda do estatuto profissional, motivado pela entrada na reforma, não tem, nem deve ser perspectivada como um acontecimento negativo, acompanhado de estados de tristeza e insatisfação com a vida, mas deve ser experienciada como um normal desenrolar de acontecimentos e transformações com as quais a pessoa interage e se ajusta satisfatoriamente (Figueiredo, 2007).

A situação económica, na opinião de Santos (2008), pode também ser considerada como uma fonte geradora de uma menor participação sociocultural, dado que o idoso, devido aos seus baixos rendimentos, acaba muitas vezes por se limitar à satisfação das suas necessidades básicas, deixando de lado a participação em eventos destinados ao lazer, proporcionando o isolamento e uma crescente marginalização.

Santos (2008) faz também referência à situação habitacional como outro factor importante para o envelhecimento social. No seu entender, os idosos são um grupo particularmente afectado, devido sobretudo ao baixo nível das pensões, por oposição ao valor elevado das rendas, facto que condiciona o acesso a uma habitação digna. Por outro lado, refere ainda que, em muitos casos, as habitações que ocupam não preenchem os requisitos mínimos necessários para a satisfação das suas necessidades.

As condições habitacionais, para o referido autor, estão intimamente ligadas ao isolamento, que se verifica ser mais acentuado na área urbana, onde a solidariedade entre vizinhos e amigos e o contributo familiar decresce cada vez mais, especialmente porque a disponibilidade dos diferentes elementos da família, associada em grande parte às actividades laborais, é cada vez mais diminuta.

A propósito do envelhecimento social e do contributo familiar, Fonseca (2004) começa por reflectir sobre as antigas sociedades camponesas, onde a cultura oral estava bem vincada e salienta o modo como era encarado não só o envelhecimento, como também o cuidado às pessoas mais idosas.

Nesse sentido, revela ser imprescindível atender-se ao processo de herança que assegurava, pela valorização dos laços de parentesco, o cuidado e a autoridade dos idosos, por quem o filho varão cuidava até à morte, assumindo posteriormente o seu património familiar.

Esta ideia é partilhada por Jesus (2008) quando refere que, até ao século XVIII, em várias sociedades, a velhice era rara e de duração breve, uma vez que a esperança de vida era muito menor. Neste contexto, as relações entre as gerações idosa e adulta, traduziam-se num pacto social, onde a transmissão de património após a morte dos pais idosos, criava um dever de assistência dos seus filhos perante os seus pais, enquanto estes fossem vivos.

No entanto, a alteração da estrutura económica e a introdução das reformas, entre outros aspectos, acabaram por pôr em causa este sistema de segurança na velhice, deixando de haver transmissão do saber de forma oral, de geração em geração, acabando por retirar aos idosos o poder de sabedoria e conhecimento adquiridos ao longo de toda a vida.

Estas alterações acabaram por levar a uma situação paradoxal, no que se refere ao conceito de velhice. O referido autor demonstra-nos que, tendo em conta que as pessoas idosas tiveram o seu contributo para o desenvolvimento da sociedade, honraram os seus compromissos, lidaram com as dificuldades e com as adversidades que a vida acarreta, isto levaria a supor que agora seriam livres para regular a vida de acordo com as suas vontades e ambições. No entanto, verificamos que não é isso que

realmente se passa, na medida em que o desenvolvimento do trabalho assalariado foi retirando progressivamente à família todas as funções educativa e de segurança social, que anteriormente exerciam, para passarem a ser da responsabilidade pública, nomeadamente do Estado.

Estas modificações levaram a alterações na vida dos nossos idosos, com uma desvalorização da velhice, em oposição aos valores da juventude como a força física e a acção. Surge, assim, o fenómeno designado por Paúl & Fonseca (2001) como a “*biomedicalização do envelhecimento*” que corresponde precisamente ao acto de considerar a velhice como uma doença e o envelhecimento como um processo básico e um fenómeno biológico inevitável e praticamente imutável, com o qual a sociedade responde com actos médicos e de atitudes proteccionistas ou, no entender do autor, como atitudes segregacionistas, que acabam por levar a um aumento da institucionalização e da solidão dos idosos.

No entanto, como vimos, o processo de envelhecimento não se resume a uma redução ou a uma perda de funções, tratando-se de um fenómeno de desenvolvimento complexo que acaba por envolver um conjunto de perdas e aquisições. No que se refere às perdas, Santos (2008) mostra que estas se processam num contexto natural, ao passo que as aquisições são feitas com base no conhecimento que cada pessoa tem de si próprio e pela estimulação diária do corpo e da mente.

Manter-se apto para desempenhar as tarefas do quotidiano torna-se, assim, numa ferramenta essencial à autonomia, podendo, em algumas circunstâncias, preencher um desafio e edificar a auto-imagem.

Fernandes (2000), citado por Andrade (2009) é igualmente importante uma alteração da imagem dominante que as sociedades cultivam acerca da velhice e do envelhecimento, para não se correr o risco de as pessoas se tornarem “*incapazes*”,

não assumindo e apreciando os valores positivos que a velhice também acarreta. Nessa medida, afirma que *“a sociedade tem de compreender que a integração social dos idosos é o caminho para lhes reduzir a dependência, preservar a auto-confiança e contribuir de forma positiva para a prosperidade da mesma”*.

Portanto, a nível social, as limitações que surgem devem-se mais às barreiras impostas pela sociedade do que propriamente às suas características, uma vez que o papel do idoso é reduzido e desvalorizado, o que leva a um condicionamento do seu estatuto e da sua posição na sociedade.

Recorrendo ao que nos diz Santos (2008), para o idoso, impõe-se portanto a implementação de uma política social coerente, participada pelos sectores público e privado, implicando respostas interdepartamentais e pluridisciplinares. Política essa que terá ainda de dar primazia ao papel da família e da sociedade no desenvolvimento de esquemas de solidariedade humana e social.

Em conclusão, o envelhecimento é, assim, um processo que difere de indivíduo para indivíduo, mas que revela simultaneamente dados objectivos (degradação física, diminuição tendencial dos funcionamentos perceptivos e amnésicos, etc.), e também dados subjectivos que constituem, de facto, a representação que a pessoa faz do seu próprio envelhecimento. (Fontaine, 2000).

2.2.3. Envelhecimento e Dependência

Após esta abordagem multidimensional do envelhecimento, iremos tentar estabelecer uma ligação entre o envelhecimento e a dependência, uma vez que é corrente associar-se a velhice a situações de dependência.

No entanto, Sousa *et al.* (2004) salienta os estudos de vários autores que acentuam que esta ideia se trata de mais um estereótipo relacionado com o envelhecimento.

Como já vimos, envelhecer não é mais do que “*um processo biológico progressivo e natural, caracterizado pelo declínio das funções celulares e pela diminuição da capacidade funcional, que é vivido de forma variável consoante o contexto social de cada indivíduo.*” Catita (2008: 28)

Neste contexto, o envelhecimento, no entender de Rezende (2008), é um processo de mudanças universais ajustados geneticamente para a espécie e para cada indivíduo, que se traduz numa diminuição da plasticidade comportamental, num aumento da vulnerabilidade, numa acumulação de perdas evolutivas que levam a um aumento da probabilidade de doenças incapacitantes que o possam eventualmente tornar dependente.

Apesar disto, Sousa *et al.* (2004) faz referência ao facto de não haver uma causalidade directa entre envelhecimento e dependência. Defende mesmo que há pessoas que evidenciam um declínio do seu estado de saúde e nas suas competências cognitivas precocemente e, por outro lado, também temos pessoas que vivem saudáveis até aos 80 e mesmo 90 anos de idade. Na verdade, qualquer declínio precoce pode reflectir uma patologia subjacente, que pode não estar propriamente relacionado com os efeitos da idade. Nessa perspectiva, percebe-se que o conceito de dependência não se trata de um acontecimento limitado a uma determinada fase, mas pode estar presente em qualquer fase do ciclo de vida do indivíduo.

Na opinião de Casanovas & Marín (2001) à medida que os indivíduos envelhecem, a impossibilidade de realizar autonomamente algumas actividades quotidianas prendem-se com dois motivos. Se por um lado, a dependência pode ter

origem numa ou mais doenças crónicas, por outro lado, pode ser o reflexo de uma perda geral das suas funções fisiológicas, decorrente do processo de senescência.

Casanovas & Marín (2001) parecem estar de acordo com Sousa *et al.* (2004) quando referem que, independentemente de qual seja a origem da incapacidade funcional do indivíduo, o importante é compreender que ambos os motivos (doenças crónicas e processo de senescência) só aparecem e provocam problemas de dependência em algumas pessoas de idade avançada. Isto porque é um fenómeno que encerra em si um conjunto de variáveis do tipo social, ambiental e até mesmo genético, que acabam por condicionar o aparecimento e o desenrolar de situações de dependência.

Ora, apesar de todos os esforços para levar a cabo o tão preconizado envelhecimento bem-sucedido, muitas vezes, torna-se impossível contornar as mudanças e perdas que este processo acaba por acarretar e, nesse sentido, acabamos por encontrar idosos em situações de alguma fragilidade física, mental ou, até mesmo, social e económica, que acabam por atirá-los para uma situação de dependência.

Importa agora perceber então o que entendemos por dependência, por independência e por autonomia. Como refere Sousa *et al.* (2004) os conceitos de dependência e independência têm sido considerados como estados que só podem existir em relação a algo ou a alguém para realizar uma determinada tarefa. A dependência, segundo Lemos (2005) representa a *“incapacidade do indivíduo para adoptar comportamentos ou de realizar por si mesmo, sem ajuda de outros, acções que lhe permitam alcançar um nível aceitável de satisfação das suas necessidades”*. Por outro lado, Sousa *et al.* (2004) diz-nos que autonomia será o comportamento do indivíduo em relação a si mesmo, como autor das suas decisões, regras e escolhas.

Continuando a analisar o conceito de dependência, Pereira (2008) refere-nos que uma pessoa dependente é aquela que durante um período prolongado de tempo requer ajuda de outra pessoa para realizar certas actividades quotidianas. Casanovas & Marín (2001) distinguem essas actividades quotidianas em dois tipos, considerando as Actividades Básicas de Vida Diária (ABVD) que se reportam para o cuidado pessoal, tal como vestir, comer ou vestir; e as Actividades Instrumentais de Vida Diária (AIVD), mais direccionadas para o meio ambiente da pessoa em questão, como por exemplo, ir às compras, realizar tarefas domésticas, preparar refeições.

Lezaun & Salanova (2001), ao analisar o trabalho desenvolvido por Horgas, Waki & Baltes (1996), referem que o conceito de dependência é complexo englobando em si três conceitos fundamentais: **multidimensionalidade, multicausalidade e multifuncionalidade.**

Recorrendo ao que nos diz Lezaun & Salanova (2001) e Pereira (2008) quanto à *multidimensionalidade* do conceito de dependência, reporta-nos para as suas várias dimensões, entre as quais os aspectos físicos, mentais e ou económicos. Ou seja, a dependência não implica por si só o aspecto físico e funcional do indivíduo, englobando em si várias dimensões que acabam por estar interligadas entre si.

O segundo pilar, da *multicausalidade*, refere-se aos aspectos que estão na origem, na manutenção e/ou na progressão da dependência, podendo ser factores físicos, psicológicos e contextuais. Relativamente aos factores físicos podemos incluir as alterações funcionais (declínio dos sistemas do organismo com a consequente deterioração da capacidade funcional, mobilidade, equilíbrio, resistência, entre outros), as doenças crónicas (AVC, osteoporose, osteoartrite, entre outros) e a utilização de fármacos. Como factores psicológicos englobam-se os distúrbios mentais e características da personalidade. No que se refere aos factores contextuais,

surge, por um lado, o ambiente físico, nomeadamente com a ausência de ajudas técnicas e, por outro o ambiente social, caracterizado por uma rede pessoal social pobre.

Por último, analisando a *multifuncionalidade* do conceito dependência, os autores fazem referência ao carácter negativo que é lhe é atribuído, pelas características irreversíveis que lhe associam, e assume as características de multifuncionalidade uma vez que pode assumir várias funções, nomeadamente a de adaptação a essa nova condição.

Posto isto, é possível perceber que o conceito de dependência não está somente ligado ao processo de envelhecimento nem à velhice, no entanto, em virtude das perdas e das alterações que o processo de envelhecimento traz, acabam por ser mais frequentes nas pessoas com idades mais avançadas.

Imagínario (2004) defende mesmo que a elevação da dependência no idoso tem muitas vezes origem na deterioração do processo de envelhecimento, onde as perdas de coordenação motora se associam a medos crescentes. No entender da autora, embora possa parecer claro que a dependência se deve a um maior declínio do estado físico do idoso, há que considerar também factores de ordem psicológica e socioambientais como responsáveis para o declínio da capacidade funcional do indivíduo idoso.

Por esse facto, Lemos (2005) refere que as barreiras que os idosos têm que ultrapassar são muitas, de forma a atingirem, com sucesso, o desejo de não se tornarem dependentes de alguém e conservarem a sua integridade mental, até ao fim da vida. No entender de Leite (1995) citado por Oliveira (2009) esta ideia surge devido não só às adversidades sociais e ambientais que são várias, mas também aos factores de risco para o desenvolvimento de doenças, especialmente de condições

crónicas e incapacitantes ou de outras patologias que ameaçam a integridade física, social e económica do indivíduo.

Nesse sentido, Jesus (2008) conclui que a incapacidade que os idosos possam eventualmente ser confrontados pode acabar por conduzi-los a estados transitórios ou persistentes de falta / perda de autonomia, necessitando, por isso, de apoio e ajudas importantes, a fim de realizar as actividades de vida diária.

2.3. A Família e o Cuidado aos Idosos

Perante o actual panorama de envelhecimento populacional, Oliveira (2009) salienta o papel da sociedade para dar resposta aos diversos desafios que este contexto levanta, no sentido de proporcionar e melhorar a qualidade de vida da pessoa idosa.

Segundo Botelho (2008), o aumento da longevidade e o contínuo envelhecimento da população têm acarretado uma sobrecarga do sistema de saúde e de protecção social cada vez maior e, como forma a dar resposta a essa situação, o mesmo autor refere que se tem vindo a verificar um crescente aumento da pressão a nível governamental, para que se efectue a transferência da responsabilidade da prestação dos cuidados para o núcleo familiar.

Não há dúvida de que o cenário ideal para qualquer idoso viver é o seu meio familiar e social, acompanhado pelos seus objectos pessoais, as vivências quotidianas que o rodeiam e do qual ele faz parte. Isto vai de encontro ao que nos refere Pimentel (2005) que acrescenta, ainda, que o apoio prestado pelos familiares/amigos vem colmatar as necessidades específicas de cada indivíduo.

O tema da prestação de cuidados aos idosos relaciona-se a nível teórico com o papel central desempenhado desde sempre, e em toda a parte, pela família como

principal agência de produção de cuidados, ao longo de todo o ciclo de vida individual e familiar, incluindo o morrer. (Silva, 2006)

No entanto, como nos diz Imaginário (2004), as mudanças constantes nas sociedades ao longo dos tempos conduziram ao aparecimento de uma nova problemática, que se prende com o abandono de muitas funções que tradicionalmente eram da responsabilidade da família. No seu estudo, o autor salienta ainda uma expressão utilizada por Lemos & Silva (2000: 92) que referem que, “ *o papel da família, [...] torna-se particularmente relevante durante dois períodos polares: o período educativo propriamente dito, isto é, infância e adolescência, e, em outro pólo, na senectude.*”

O mesmo autor foca ainda algumas funções que no passado eram pertencentes às famílias e que agora são assumidos pelo Estado. Citando Lemos & Silva (2000: 93) diz-nos que “ *a família era imprescindível em sociedades do passado porque cumpria nelas importantes funções militares, políticas, económicas, religiosas, educativas, sanitárias, de prestação de serviços e segurança e, por excelência, era a única unidade reprodutora da espécie com carácter estável e institucional*”

Na sociedade contemporânea, existe uma série de instituições públicas e privadas que substituem a família nalgumas dessas funções. No entanto, nos últimos anos, tem sido possível verificar a relutância por parte das instituições públicas em assumir uma responsabilidade e um dever de cuidar das pessoas idosas, função vista como sendo pertencente à família.

E de facto, a família assume outras funções que não são passíveis de serem transferidas para qualquer outra instituição. Nesse âmbito, Imaginário (2004) refere as funções de carácter psicobiológico, sociocultural, educativo e económico, tendo como

principal responsabilidade o processo de socialização dos seus membros e a satisfação de necessidades básicas, como as principais funções da família.

Sousa *et al.* (2004), no seu estudo, referem que a tradição cultural portuguesa atribui às famílias, particularmente aos seus membros do sexo feminino, a responsabilidade de cuidar dos elementos mais idosos e com laços mais chegados. Os autores vão mais longe e consideram que cuidar de parentes idosos apresenta-se como uma extensão dos papéis normais da família, o que, aliado a alguma hostilidade para com as instituições, pressiona a família no sentido de manter esse papel.

No entanto, Figueiredo (2007) relembra que tendo em conta todas as alterações demográficas que se têm vindo a verificar a nível mundial, há uma modificação no panorama dos cuidados informais, desde logo pela diminuição do número de familiares disponíveis para prestar cuidados e pelo aumento do número de idosos a necessitarem de apoio.

Na opinião de Lemos (2005), a família, nomeadamente os filhos, já não têm a mesma disponibilidade de antigamente para terem a seu cargo os pais idosos, até porque nos meios urbanos existe o problema do alojamento. Assim, é previsível o aumento das famílias de dois idosos sós, criando as condições conhecidas por “*ninho vazio*”.

Ora, com o aumento da esperança de vida na nossa sociedade, que aqui já foi abordada, o aumento da proporção de pessoas idosas acaba por ser uma realidade inevitável. Embora a maioria não seja doente, nem esteja em estado dependente, no entender de Imaginário (2004), o avançar da idade conduz a um aumento da probabilidade de perda de autonomia e leva a que, parte deles, necessitem de ajuda de terceiros para satisfazer as suas necessidades humanas básicas, ressaltando ainda mais a exigência de uma maior rede de suporte de cuidados.

Se tivermos em conta as alterações nas estruturas das famílias contemporâneas e, mais concretamente, o caso do “*ninho vazio*”, se uma situação em que um dos membros do casal é vítima de deterioração do seu estado de saúde e necessita de ajuda para realizar as actividades do dia-a-dia, a pessoa mais próxima para a prestação desses cuidados e para dar resposta às necessidades imediatas, acaba por ser o outro membro do casal. Como refere Silva (2006), as pessoas idosas quando necessitam de ajuda, em primeira instância recorrem ao seu cônjuge e na ausência deste, é que procuram os seus filhos adultos, sobretudo as filhas.

Contudo, esta nova situação, que supõe cuidar do marido ou da mulher, pode ser difícil e exige uma constante adaptação, uma vez que se trata de um enorme desafio, com repercussões no bem-estar do cuidador. Nesse sentido, Figueiredo (2007) defende que, cada vez mais, se terão de equacionar medidas que permitam às famílias continuar a cuidar dos seus parentes idosos.

2.3.1. Cuidados e Cuidadores Informais de Idosos

Como vimos, no decorrer dos séculos tem-se assistido a um aumento significativo da esperança média de vida, sem que, contudo esse aumento se reflecta num aumento da Qualidade de Vida (QV) dos idosos, com prevalência de situações incapacitantes e de doenças crónicas.

O actual contexto demográfico coloca inúmeros desafios à sociedade, no sentido de dar resposta a múltiplas questões com o intuito de proporcionar não só mais anos de vida, mas sobretudo acrescentar qualidade de vida aos anos de vida ganhos. Para que estas respostas sejam eficazes e eficientes, Oliveira (2009) salienta o papel das redes de suporte formal ou informal para atingir esse objectivo.

Na rede de suporte informal, os cuidadores informais assumem um papel fundamental junto das pessoas idosas. No entender de Sousa *et al.* (2004) estes referem-se a elementos da rede social do idoso, podendo ser familiares, amigos ou vizinhos, que lhes prestam cuidados regulares, não remunerados, na ausência de um vínculo formal ou estatutário.

Neri & Carvalho (2002) citado por Oliveira (2009) corroboram essa opinião quando referem que o cuidador informal é habitualmente um familiar ou alguém muito próximo do idoso, cuja identidade está intrinsecamente ligada à história pessoal e familiar, com base em contextos sociais e culturais. Os amigos e vizinhos, para o referido autor, assumem a responsabilidade do cuidar em situações pontuais, devido à inexistência de familiares ou de alguém capaz de assumir esse papel.

Vários têm sido os estudos que demonstram a importância das relações familiares e da força que a instituição familiar possui como centro de solidariedade intergeracional e intrageracional, onde a maior parte dos idosos com dificuldades, por dependência, recebem cuidados provenientes da família, sendo esta, no entender de Lemos & Silva (2000) citado por Imaginário (2004) a grande fornecedora do chamado “*cuidado informal*”.

Dominguez-Alcón (1997: 467) citado por Imaginário (2004) define este cuidado informal “*[...] como a assistência proporcionada pela família, pelos amigos, ou pelos vizinhos a pessoas com necessidade de cuidados instrumental, ou pessoal, nas actividades de vida quotidiana [...] trata-se de uma fonte de cuidados não remunerados, para que as pessoas idosas em situações de fragilidade ou dependência, as pessoas incapacitadas ou outros grupos continuem a viver no seu lar, ou na comunidade e não sejam institucionalizados*”

De facto, quando é necessário um idoso deixar a sua própria casa, no entender de Lemos (2005), esta mudança é quase sempre traumática e pode mesmo representar a perda de parte da sua identidade. Esta ideia é partilhada por Hill, Thorn & Morrison (2002) quando referem que a maioria dos idosos resiste à ideia de deixar a sua casa, mesmo face a uma realidade de declínio físico e incapacidade para viver de forma independente, sendo sentida como uma perda de identidade.

Ora, como em qualquer época da vida, o contexto social das relações familiares e pessoais ajuda a definir as funções e responsabilidades de cada pessoa, assim como as suas satisfações existenciais. Nesse sentido, as redes da família, amigos e conhecidos não só favorecem a identidade social, como também proporcionam apoio emocional, material, informação e serviços. Por outro lado, e de acordo com Hespanha (1994), *“a existência de sistemas informais de apoio permite resolver muitos dos problemas de saúde sem a intervenção das instituições oficiais. Tais sistemas baseiam-se antes de mais na família nuclear, mas envolvem também os vínculos de parentesco, amizade e vizinhança”*.

Portanto, no entender de Imaginário (2004), é consensual que a família surja como o primeiro e o principal grupo de apoio emocional e de suporte à pessoa, com uma interdependência de afectos e emoções, que permitam libertar a pessoa do isolamento, da solidão e do anonimato.

Ora, posto isto, parece óbvio que o cuidado informal não pode ser visto apenas como mero apoio na realização de actividades básicas e instrumentais, prestadas por um elemento da família, por um amigo, vizinho ou voluntário de forma não remunerada, com vista à satisfação das necessidades do idoso. As dimensões prestação de cuidados e afectiva são intrínsecas, podendo deduzir-se que o conceito de

cuidador informal pressupõe a existência de uma ligação de proximidade afectiva, procurando-se o bem-estar quer do cuidador, quer do receptor de cuidados.

Ideia esta partilhada por Squire (2005) citado por Figueiredo (2007) quando distingue três dimensões na prestação de cuidados, que passam pela responsabilidade de tomar conta de alguém; pela satisfação e resposta às necessidades de alguém; e pela dimensão afectiva, que pressupõe preocupação, interesse, consideração e afecto do cuidador para com quem necessita dos cuidados.

2.3.2. A Sobrecarga dos Cuidados no Cuidador Informal Idoso

Para analisar os impactos dos cuidados na dinâmica familiar, Sousa *et al.* (2004) começa por referir que embora muitos cuidadores informais considerem a prestação dos cuidados a um familiar idoso como algo emocionalmente gratificante e uma oportunidade de enriquecimento pessoal, o que é facto é que nem sempre esta tarefa se contorna de aspectos positivos, e envolve uma grande sobrecarga para o cuidador.

O termo sobrecarga (“*burden*”) refere-se, no entender do referido autor, ao conjunto de problemas físicos, psicológicos e socioeconómicos que acabam por surgir com o desempenhar das funções de cuidar e que afectam diversos aspectos do individuo. Embora a sua definição não seja consensual, é frequente distinguir-se duas dimensões da sobrecarga: a objectiva e a subjectiva. Rolo (2009) mostra-nos que a sobrecarga objectiva está sobretudo relacionada com os acontecimentos e actividades concretas da vida dos cuidadores que são interrompidas e que são potencialmente observáveis e quantificáveis, ao passo que a sobrecarga subjectiva é definida como os sentimentos, atitudes e reacções emocionais do cuidador.

No primeiro caso é possível incluir, no entender de Rolo (2009) a dependência económica do doente, os custos com a doença, a interrupção da rotina, a privação de necessidades dos outros membros da família, bem como o tempo e a energia requeridos com o idoso. No segundo caso, podemos incluir os sentimentos e atitudes tomadas pelo cuidador inerentes à tarefa de cuidar, ou seja, relaciona-se com as características pessoais e emocionais do cuidador.

Oliveira (2009) salienta ainda que, a necessidade da família de cuidar da pessoa idosa, mais ou menos dependente pode causar situações de stress e problemas de saúde de ordem não só física mas também mental e gerar sentimentos de frustração, ansiedade, inquietação e uma preocupação constante tanto na pessoa que cuida, como em todos os outros familiares. Sousa *et al.* (2004), a este propósito, afirma que a deterioração do estado de saúde, normalmente coincide com o início das funções de cuidador informal.

Apesar da dificuldade em se apurar se um problema de saúde no cuidador resulta especificamente da tarefa que lhe é confinada, Sousa *et al.* (2004) refere que esta tarefa raramente tem um efeito positivo na saúde do cuidador. Em termos físicos, Rolo (2009) cita alguns autores que referem as lombalgias, as tendinites, as cefaleias, as alterações no sistema imunitário, os problemas de sono, a fadiga crónica, a hipertensão arterial entre outras alterações, como as principais alterações verificadas no cuidador.

Assim, de forma a consolidar esta ideia, o autor refere o trabalho apresentado por Thompson & Gallagher-Thompson (1996) que revela dados interessantes sobre este assunto. Segundo essa investigação, as pessoas que são cuidadores de alguém, quando comparadas com outras pessoas da mesma idade e similar situação sócio-

económica, mas que não têm essa responsabilidade percebem o seu estado de saúde como pior.

No entanto, não nos podemos cingir apenas aos problemas físicos que afectam o cuidador. Segundo Sousa *et al.* (2004), vários têm sido os estudos que concluem que a depressão e a ansiedade são dois problemas significativos para a maioria dos cuidadores. Associados à presença de sintomas depressivos como desespero, frustração, inquietação e sentimentos de tristeza, junta-se a progressiva dependência do idoso, a redução do tempo livre e a ausência de apoio aos cuidadores.

A par disto surgem sentimentos de ansiedade e preocupação motivados pelo estado de saúde do idoso, pelo estado da própria saúde do cuidador, pelos conflitos familiares e pela falta de tempo que dispõe para si.

Desta forma podemos perceber que a tarefa de cuidar de um idoso em situação de dependência nem sempre é fácil e exige muito tempo e dedicação por parte do cuidador, tempo esse que é subtraído ao espaço dedicado ao lazer.

A redução das actividades, sobretudo sociais, é bastante frequente, o que leva a um duplo efeito negativo. Se por um lado, o cuidador tem menos tempo, acaba por ter uma menor probabilidade de desenvolver as suas relações sociais e, por outro, acaba por fragilizar as que já tem, perdendo desta forma alguma possibilidade de encontrar apoio social.

Sousa *et al.* (2004) faz referência a outro aspecto muito importante quando se analisa o impacto da prestação de cuidados no cuidador informal. Segundo o autor, a idade do prestador de cuidados é uma variável extremamente importante, visto que o próprio cuidador sofre os efeitos causados pelo processo de senescência.

Tendo em conta, todas as alterações que se verificam com o desenrolar do processo de senescência, não só a nível físico, mas também a nível psicológico e

social, facilmente se deduz que essas perdas/alterações acabam por se desenrolar de uma forma mais célere.

No entanto, e como foi dito no início deste tópico, apesar das dificuldades do papel de cuidador, muitos têm sido os estudos que atribuem à prestação de cuidados uma experiência de natureza positiva. Sousa *et al.* (2004) diz-nos que os cuidadores apontam como as mais frequentes **fontes de satisfação**: a manutenção da dignidade da pessoa idosa, o orgulho no trabalho que vem desempenhando (que se reflectem sobretudo em ver a pessoa bem tratada, bem cuidada e feliz), a consciência de que se dá o melhor, o sentido de realização, o desenvolvimento de novos conhecimentos e competências, o facto de encarar a prestação de cuidados como uma oportunidade de expressão amor e afecto (podendo haver um reforço da relação entre os dois elementos) e como uma possibilidade de crescimento e enriquecimento pessoal.

Sousa *et al.* (2004) sugere que o facto de se encontrar significado para a experiência do cuidar pode actuar como mediador de bem-estar psicológico do cuidador e, conseqüentemente, de satisfação com a vida. Reforça esta ideia ao dizer-nos que, apesar de ainda pouco se saber sobre o papel da satisfação de ser cuidador na redução do *stress* causado, há uma crescente evidência empírica de que se encontram associadas a uma melhoria do bem-estar do cuidador, a um compromisso crescente com os cuidados, a uma reduzida probabilidade de institucionalização da pessoa idosa, a uma estima e apreciação por parte do receptor de cuidados, a uma atitude mais positiva acerca do futuro e estratégias de superação do stress (coping) bem sucedidas.

2.3.3. Necessidades do Cuidador Informal

A possibilidade do cuidador informal exercer outras actividades fora de casa pode ser benéfico, no entender de Nakatani *et al.* (2003) citado por Rolo (2009), pois proporciona oportunidades de descanso das tarefas directas com a pessoa idosa, além de favorecer a interacção social, minimizando problemas como isolamento, angústia ou depressão.

No entanto, no entender de Rolo (2009), poucos são os serviços específicos de apoio às famílias prestadores de cuidados aos idosos. Algumas medidas e equipamentos existentes são apenas algumas formas indirectas de apoio, uma vez que tentam criar condições conducentes à manutenção do idoso no seu seio familiar. No entender de Figueiredo & Sousa (2008), no que diz respeito ao apoio financeiro, os cuidados não são objecto de qualquer medida de apoio.

Para Sousa *et al.* (2004), as necessidades dos cuidadores informais são muitas e podem ser enquadradas em diferentes categorias, entre as quais se destacam as necessidades **materiais** (recursos financeiros, ajudas técnicas, utilização de serviços), **emocionais** (suporte emocional, grupos de apoio, etc.) e **informativas** (como realizar os cuidados, adaptações ambientais e arquitectónicas, direitos, deveres, etc.)

Contudo, as necessidades dos cuidadores estão também dependentes de uma série de factores, entre os quais Sousa *et al.* (2004) destaca: o tipo e o grau de dependência do idoso, o estado de saúde do cuidador, a existência ou não de pessoas que possam prestar uma ajuda complementar, a utilização/acesso, ou não, a serviços de apoio, poder económico, situação de coabitação, isolamento social, participação ou não no mercado de trabalho.

Analisando as **necessidades materiais** é fundamental salientar a importância, por um lado, dos cuidados de enfermagem, de higiene, de apoio nas tarefas domésticas e, por outro, a existência de material técnico que possa auxiliar na prestação dos cuidados. Todavia, parece ser evidente que as funções de prestação de cuidados acabam por constituir mais uma despesa no orçamento familiar, tornando-se cada vez mais pesada quando estamos perante camadas sócio-económicas mais frágeis. Estas necessidades financeiras resultam, normalmente, da escassez de rendimentos, derivado dos baixos valores das pensões de reforma, associados aos custos elevados dos cuidados (cuidados médicos, medicamentos, ajudas técnicas, etc.). Este tipo de carência, no entender de Sousa *et al.* (2004), resulta da justaposição de necessidades dos idosos e dos cuidadores, grande parte das quais não existiriam se os primeiros dispusessem de um maior apoio financeiro em situações de doença e dependência.

A nível de **apoio emocional** e de aconselhamento, vários estudos apontam para a carência dos cuidadores em terem alguém que possam falar acerca das experiências, dificuldades e preocupações resultantes da prestação de cuidados. Nestas situações, os grupos de apoio assumem um papel preponderante não só na quebra do isolamento social e na solidão, que muitos cuidadores acabam por mergulhar, mas também na valorização do papel desempenhado pela pessoa em causa.

Ora, como se percebe, torna-se um pouco difícil diferenciar todas as necessidades dos cuidadores, até porque muitas vezes nem eles próprios são capazes de as formular e imaginar, sobretudo quando desconhecem as respostas existentes no que diz respeito a apoios e serviços.

Neste sentido, salientamos a importância do colmatar as **necessidades de informação** e formação dos cuidadores informais. As necessidades de informação

dizem respeito aos tipos de serviços disponíveis e que possam recorrer a subsídios e direitos. As necessidades de formação apontam para a aquisição de conhecimentos práticos (como levantar uma pessoa, como prestar cuidados de higiene, etc.) e para conhecimentos acerca da própria doença e dependência (causas, evolução, tratamentos, etc.).

Posto isto, e na conclusão do trabalho elaborado por Figueiredo & Sousa (2008) onde se avaliam as necessidades dos prestadores de cuidados informais aos idosos, os autores deduzem que as alterações demográficas e das estruturas familiares, em paralelo com os custos psicológicos, sociais e financeiros decorrentes da tarefa de cuidar das pessoas idosas, torna urgente a criação de respostas inovadoras.

PARTE III - FASE METODOLÓGICA

Entendemos, por metodologia um conjunto ordenado de operações sistemáticas, capazes de conduzirem a um determinado fim ou resultado desejado. Sendo assim, a metodologia acaba por ser o caminho seguido para levar a cabo o desenvolvimento e a concretização dos objectivos de um estudo de investigação

Na fase metodológica, faz-se a operacionalização do estudo, precisando o tipo de estudo, as definições operacionais das variáveis, o meio onde se vai desenrolar o estudo e a população envolvida. Durante esta fase, o investigador irá determinar *“os métodos que vai utilizar para obter as respostas às questões de investigação que inicialmente colocou ou às hipóteses que formulou”* de forma a assegurar a fiabilidade, validade e qualidade dos resultados de investigação e análise dos dados (Fortin, 1999).

3.1. Tipo de Estudo

Com o intuito de dar resposta aos objectivos a que nos propusemos atingir, torna-se importante delinear o tipo de estudo a implementar, para assim especificar as actividades que irão permitir a obtenção de respostas fiáveis às questões de investigação.

Assim, o desenho da presente investigação assume um carácter quantitativo correlacional, que segundo Fortin (1999: 371) é utilizado quando se pretende descrever e verificar relações entre as variáveis. Assume características de uma investigação não-experimental, pelo facto de o investigador, como refere Kerlinger & Lee (2002), não efectivar qualquer manipulação deliberada das variáveis, limitando-se

apenas à observação dos fenómenos, tal como se dão no seu contexto natural, para depois os analisar.

Esta investigação não-experimental do tipo quantitativo adopta um desenho transversal, na medida em que, segundo D’Ancona (2001) se caracteriza por circunscrever a informação recolhida num único momento de tempo não havendo recurso a uma nova avaliação.

3.2. População e Amostragem

Para Fortin (1999: 202), a população é *“uma colecção de elementos ou de sujeitos que partilham características comuns, definidas por um conjunto de critérios [...] e para os quais o investigador deseja fazer generalizações”*.

No que diz respeito à selecção dos participantes no presente estudo, torna-se necessária a identificação da população-alvo. Segundo Polit, Beck & Hungler (2004) a população alvo define-se como aquela em que o pesquisador está interessado, visto que, como nos diz Fortin (1999), raramente e possível aceder a totalidade da população-alvo.

O conjunto de pessoas junto das quais é feita a colheita dos dados que irão permitir dar resposta às questões de investigação, denomina-se por amostra. Podemos, então, entender por amostra como sendo *“um subconjunto de uma população ou de um grupo de sujeitos que fazem parte de uma mesma população”*. (Fortin, 1999: 202).

Analisando aquilo que D’Ancona (2004) refere, importa realçar que será utilizado o método de amostragem não-probabilística por critério, uma vez que serão seleccionados os sujeitos considerados como possuidores de características inerentes à população em causa. Para Carpenter in Streubert & Carpenter (2002) o método de amostra intencional baseia-se na finalidade de partilhar o conhecimento específico de

determinado fenómeno, que é do conhecimento dos sujeitos que o vivem, que o experienciam e que sobre o mesmo podem partilhar as suas vivências.

Assim, para constituir a amostra deste trabalho, serão seleccionados indivíduos com idade superior a 60 anos de idade que estejam responsáveis pelos cuidados informais a indivíduos, também eles com idade superior a 60 anos.

3.3. Caracterização da Amostra

A amostra deste estudo é composta por um total de 100 indivíduos, com uma média etária de 70,5 anos, tendo o mais novo 60 anos e o mais velho 88 anos de idade.

Tabela 3 - Caracterização da Amostra

Caracterização da Amostra		%
Idade	60-64	28,0
	65-74	38,0
	75-84	31,0
	>=85	3
Sexo	Masculino	24,0
	Feminino	76,0
Estado Civil	Solteiro (a)	7
	Casado (a)/ União de Facto	80,0
	Separado (a)/ Divorciado (a)	3,0
	Viúvo (a)	10,0
Escolaridade	Sem escolaridade	16,0
	Até 4 anos de escolaridade	54,0
	Mais de 4 anos de escolaridade	30,0
Situação laboral	Exerce profissão	4,0
	Doméstica	10,0
	Desempregado (a)	10,0
	Reformado (a)	76,0
Relação com o idoso dependente	Cônjuge/Companheiro	52,0
	Filho (a)	27,0
	Nora/Genro	3,0
	Amigo (a)/ Vizinho (a)	2,0
	Irmão (ã)	10,0
	Neto (a)	1,0
	Outro	5,0
N		100

A partir da análise da Tabela 3, constatamos que a nossa amostra está representada por 24% de elementos do sexo masculino e 76% do sexo feminino.

No que respeita à idade dos participantes, verificamos que 28% têm idades compreendidas entre os 60 e os 64 anos, 38% com idades situadas entre os 65 e os 74 anos; 31% entre os 75 e os 84 anos e, apenas, 3% com idade superior a 85anos. Podemos assim perceber que o estrato etário com maior prevalência na amostra é o 65-74 anos.

A referida tabela mostra-nos, também, que os indivíduos que constituem a amostra são na sua maioria casados/união de facto, representando 80% da amostra. Seguem-se os indivíduos viúvos com 10%, e os solteiros com 7%. O estado civil separado/ divorciado representa apenas 3% da amostra.

No que concerne à escolaridade dos participantes, 16% dos inquiridos são analfabetos, 54% tem até 4 anos de escolaridade e 30% possui outro nível de escolaridade.

Relativamente à situação laboral, é possível verificar que 76% da amostra são reformados, 10% desempenham funções domésticas, e apenas 4% referem exercer uma profissão, dos quais 1% a tempo parcial.

Por último, analisando a relação do cuidador com a pessoa que necessita dos cuidados informais podemos verificar que as relações familiares directas estão bem patentes. Senão vejamos, 52% dos cuidadores informais são cônjuges da pessoa cuidada, 27% são filhos, 10% são irmãos e 1% são netos. Os restantes 10% da população distribuem-se por genros/nora com 3%, amigos/vizinhos com 2% e outros com 5%.

3.4. Instrumento de Recolha de Dados

A recolha de dados diz respeito a um processo de observações, de medida e de consignação de dados, com o intuito de recolher informações sobre certas variáveis junto dos indivíduos que participam numa investigação (Fortin, 1999).

Nesta investigação, apesar do alvo de estudo se centrar sobretudo nos cuidadores informais, não pode ser descurado o idoso que carece desse tipo de cuidados. Assim, para a recolha de dados, optou-se pela utilização de dois instrumentos distintos, mas que se irão complementar, posteriormente, aquando da análise dos dados por eles obtidos.

Assim, como forma de responder à questão e aos objectivos do presente estudo, na primeira parte do questionário serão efectuadas algumas perguntas de cariz sócio-demográfico, com dados relativos ao sexo, à idade estado civil, nível de escolaridade, situação profissional, relação com a pessoa a quem presta os cuidados informais, duração dos cuidados, horas despendidas na prestação dos cuidados prestados, existência de retaguarda familiar e de apoio social.

Numa segunda parte temos a aplicação do “*Questionário de Avaliação da Sobrecarga do Cuidador Informal*” (QASCI) (Martins *et al.*, 2003) destinada aos cuidadores informais idosos.

Este questionário integra 32 itens, avaliados através de uma escala ordinal de frequências que varia de 1 a 5. Os itens integram-se em 7 dimensões – “*Sobrecarga Emocional*” (SE), “*Implicações na Vida Pessoal*” (IVP), “*Sobrecarga Financeira*” (SF), “*Reacções às Exigências*” (RE), “*Mecanismos de Eficácia e Controlo*” (MEC), “*Suporte Familiar*” (SFam), “*Satisfação com o Papel e com o Familiar*” (SPF). Os itens correspondentes aos efeitos positivos do cuidar (MEC, SFam e SPF) são cotados

de forma inversa para que os valores mais altos correspondam a uma maior sobrecarga sobre o cuidador.

Na terceira e última parte, surge a escala de dependência “*Mini Dependance Assesment*” (MDA) (Benhamou, s.d.) a ser aplicada ao idoso que necessita dos cuidados, de forma a avaliar o seu grau de dependência em diferentes aspectos, tais como “*Actividades Corporais*”, “*Actividades Locomotoras*”, “*Actividades Sensoriais*” e “*Actividades Mentais*”.

3.5. Método de Recolha e Análise dos Dados

Para a recolha dos dados e, em virtude de não ser fácil encontrar indivíduos que preenchessem os requisitos para a participação no estudo, optou-se por não delimitar uma região geográfica, nem uma instituição em particular.

Assim, e de uma forma completamente aleatória, foram seleccionadas algumas instituições que abarcassem no seu serviço de apoio domiciliário, indivíduos com as características acima referenciadas como fundamentais para a participação no estudo.

Assim, foi pedida às respectivas direcções a autorização para a aplicação do questionário no domicílio das pessoas em questão. (*Anexo I*)

Optou-se por alargar a diversidade de indivíduos inseridos no estudo, recorrendo também a casos pontuais que foram surgindo mediante conversas com amigos conhecidos e familiares, que tivessem conhecimento de situações que se enquadrassem com a temática em estudo.

Para a recolha dos dados, os inquiridos foram todos abordados no seu contexto domiciliário sem a presença da pessoa receptora dos cuidados, para que as respostas não fossem influenciadas pela sua presença.

Aos inquiridos foi feita a explicação do cariz e dos objectivos do estudo, bem como informados que a participação seria voluntária e que os dados recolhidos seriam confidenciais e apenas utilizados para o referido estudo.

A aplicação do questionário teve a duração de aproximadamente dois meses (Maio e Junho de 2011) sendo o tempo médio de administração de 25 minutos por questionário.

O tempo médio de administração revelou-se um pouco mais extenso do que o que inicialmente se previa devido ao facto de serem abordados temas delicados, ao quais os inquiridos sentiram necessidade de partilhar as suas dificuldades, as suas necessidades e tristezas, mas também algumas alegrias e sentimentos de realização com o papel desempenhado.

Após a recolha dos dados, surge a necessidade de os analisar de forma permitir “[...] *produzir resultados que podem ser interpretados pelo investigador*”. (Fortin, 1999)

No presente estudo, para o tratamento dos dados recorreu-se ao programa informático de análise estatística, frequentemente utilizado nas ciências sociais e humanas, no âmbito da metodologia quantitativa, designado por “*Predictive Analytics SoftWare*” (PASW).

Inicialmente, realizou-se a estatística descritiva, a fim de obter a frequência das respostas obtidas aos diferentes itens do questionário QASCI e do MDA.

Para comparar as diferenças entre médias foi usada a análise de variância (*One-Way ANOVA*), que visa comparar a variância dentro de cada grupo com a variância que existe entre os grupos, cuja estatística calculada é a razão F (Fortin, 1999). Assim, utilizou-se este teste, que compara mais do que duas médias, no sentido de verificar a existência de diferenças significativas nas pontuações médias dos

diferentes itens do QASCI com o grau de dependência do idoso e com o período de tempo que o cuidador já desempenha este papel.

Para verificar a existência de diferenças significativas nas pontuações médias dos diferentes itens do QASCI com diferentes variáveis como o sexo do cuidador, o seu suporte familiar e o tempo que semanalmente despende para os cuidados, foi realizado o teste de *t-Student* para cada um deles, com um nível de significância, $p < 0,05$.

3.6. Considerações Éticas

Segundo Fortin (1999: 113) *“a ética coloca problemas particulares aos investigadores decorrentes das exigências morais que, em certas situações podem entrar em conflito com o rigor da investigação”*. Há um limite que não deve ser ultrapassado, que é o respeito pelos direitos e liberdade da pessoa.

Como tal, torna-se fundamental que a investigação assente em princípios éticos, postulados pelos Códigos de Ética, tais como o direito à auto-determinação, à intimidade, ao anonimato e à confidencialidade, à protecção contra o desconforto e o prejuízo e a um tratamento justo e legal.

Neste estudo, todos os direitos acima referenciados foram respeitados, sendo que todos os indivíduos participantes na investigação concederam o seu consentimento de forma livre e esclarecida. Em relação aos questionários, aos quais foi posteriormente atribuída numeração, o investigador informou os participantes do anonimato e da confidencialidade de todos os dados recolhidos.

PARTE IV – APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Na fase empírica, será colocado em execução todo o plano de investigação definido no capítulo anterior, que inclui a recolha de dados no terreno, bem como o seu respectivo tratamento e posterior interpretação.

De seguida, serão apresentados os dados obtidos, bem como a sua interpretação, com intuito de dar resposta aos objectivos inicialmente definidos.

4.1. Apresentação dos Resultados Obtidos

Neste tópico iremos apresentar os resultados obtidos que “[...] *provêm dos factos observados no decurso da colheita de dados; estes factos são analisados e apresentados de maneira a fornecer uma ligação lógica com o problema de investigação proposto.*” (Fortin, 1999:230)

4.1.1. Sobrecarga Física, Emocional e Social do Cuidador Informal Idoso

Visto o nosso alvo de estudo serem os cuidadores informais idosos, a apresentação dos resultados irá começar por incidir precisamente nos dados relativos aos mesmos. Será feita uma apresentação dos resultados obtidos nos diferentes itens do questionário QASCI.

4.1.1.1. Sobrecarga Emocional dos Cuidadores Informais Idosos

Na tabela que se segue serão apresentados os resultados obtidos a partir da aplicação do questionário QASCI, para o item da “*Sobrecarga Emocional*” (SE).

Tabela 4 - Sobrecarga Emocional (SE) dos Cuidadores Informais Idosos

Sobrecarga Emocional (SE)	Não/Nunca	Raramente	Às vezes	Quase Sempre	Sempre	N
	%					
Vontade de Fugir	34.	19.	32.	9.	6.	100
Psicologicamente difícil	10.	17.	40.	21.	12.	100
Cansado/Esgotado	10.	19.	35.	24.	12.	100
Conflito consigo próprio	36.	21.	31.	7.	5.	100

Analisando os dados recolhidos, podemos perceber que 34% da população em estudo refere “*não/nunca*” sentir vontade de fugir da actual situação em que se encontra, contrapondo com apenas 6% que referiu sentir “*sempre*” essa necessidade. Quando questionados sobre se é psicologicamente difícil cuidar do familiar, 40% afirmaram que “*às vezes*” é difícil, ao passo que apenas 10% refere “*não/nunca*” o ser.

No que respeita ao facto de se sentir cansado/esgotado com o papel, foi interessante perceber que apenas 10% referiu “*não/nunca*” se sentir cansado nem esgotado. No extremo oposto, verificamos que 12% refere sentir-se “*sempre*” assim. Os valores mais significativos, nesta questão, encontram-se no “*às vezes*” com 35% e no “*quase sempre*” com 24%.

No respeito à última questão deste item, foi possível verificar que a maioria dos inquiridos revelou “*não/nunca*” ter entrado em conflito consigo próprio por ter que desempenhar as funções de cuidador informal, contra os 5% que referiram que entram “*sempre*” em conflito.

4.1.1.2. Implicações na Vida Pessoal dos Cuidadores Informais Idosos

Continuando a apresentar os resultados obtidos através da aplicação do questionário QASCI, surge agora o item relacionado com as “*Implicações na Vida Pessoal*” (IVP) dos cuidadores informais idosos.

Tabela 5 - Implicações na Vida Pessoal (IPV) dos Cuidadores Informais Idosos

Implicações na Vida Pessoal (IVP)	Não/Nunca	Raramente	Às vezes	Quase Sempre	Sempre	N
	%					
Estado de saúde piorou	33.	20.	23.	14.	10.	100
Esforço Físico	5.	14.	33.	21.	27.	100
Perdeu o controlo da sua vida	18.	15.	29.	25.	13.	100
Planos de vida alterados	7.	16.	30.	21.	26.	100
Dedica demasiado tempo	10.	36.	27.	15.	12.	100
Vida pregou uma partida	24.	12.	23.	20.	21.	100
Difícil planear o futuro	4.	11.	25.	27.	33.	100
Sensação de estar preso	8.	21.	36.	18.	17.	100
Evita convidar amigos	51.	29.	12.	3.	5.	100
Vida social prejudicada	16.	17.	37.	21.	9.	100
Sente-se isolado?	31.	22.	21.	17.	9.	100

A partir da análise da Tabela 5, conseguimos ter acesso a alguns dados interessantes sobre as “*Implicações na Vida Pessoal*” (IVP) do cuidador informal idoso.

Quando questionados sobre se consideram que o seu estado de saúde piorou com o desempenhar das funções, a resposta mais frequente com 33% foi o “*não/nunca*”. No extremo oposto, a que obteve menor frequência de resposta, com 10% dos inquiridos, foi o “*sempre*”.

No que se refere ao esforço físico dispendido para os cuidados, foi possível perceber que 33% preferiu responder “*às vezes*”, ao passo que a resposta menos frequente foi o “*não/nunca*” com apenas 5%.

Na terceira questão para este item foi abordada a problemática da perda de controlo da sua vida. Neste âmbito, a resposta mais em foco centrou-se no “*raramente*” com 36%. Por seu turno, a resposta “*sempre*” surge como a hipótese menos escolhida pelos nossos participantes, com 13%.

No que se refere aos planos idealizados, 30% dos inquiridos refere que “às vezes” foram alterados em virtude do papel que desempenha, contra os 7% que referiram “*não/nunca*” terem sentido essas alterações.

Em relação à duração dos cuidados, 36% dos inquiridos refere que “*raramente*” dedica demasiado tempo aos cuidados com o seu familiar. Outra resposta que obteve uma grande adesão por parte dos inquiridos foi o “às vezes”, com 27%. Por outro lado, a resposta “*sempre*” foi a menos considerada, apenas com 12%.

Neste item é feita ainda uma abordagem ao facto de a vida ter pregado uma partida ao cuidador informal. Nesta questão, as respostas distribuíram-se de forma muito semelhante pelas diferentes hipóteses. Ainda assim, o “*não/nunca*” surge na linha da frente com 24%, e o “*raramente*” no fim, com apenas 12% dos inquiridos.

Relativamente à dificuldade em planear o futuro, 33% dos inquiridos foram unânimes em afirmar que é “*sempre*” difícil fazê-lo, contra apenas 4% que referiram “*não/nunca*” o ser.

Foi ainda questionado se o facto de serem cuidadores lhes dá a sensação de estarem presos, 36% dos inquiridos referiram que “às vezes”, contra os 8% que disseram “*não/nunca*” se sentirem assim.

Abordando agora a vertente social, 51% dos inquiridos concordaram que “*não/nunca*” evitaram convidar amigos para virem a sua casa derivado da condição do seu familiar. Na vertente oposta, como a resposta menos considerada, surge o “*quase sempre*” com 3%. Continuando, 37% dos inquiridos referiram que “às vezes”

sentem a sua vida social prejudicada, contra os 9% que referiram sentir “*sempre*” esse facto.

Por último foi interrogado se o cuidador se sente isolado na sua tarefa de cuidador, ao qual 31% dos inquiridos referiram “*não/nunca*” se sentirem isolados, contra os 9% que nos dizem sentir “*sempre*” assim.

4.1.1.3. Sobrecarga Financeira dos Cuidadores Informais Idosos

Apresentaremos agora o item do QASCI relacionado com a Sobrecarga Financeira (SF) dos Cuidadores Informais Idosos.

Tabela 6 - Sobrecarga Financeira (SF) dos Cuidadores Informais Idosos

Sobrecarga Financeira (SF)	Não/Nunca	Raramente	Às vezes	Quase Sempre	Sempre	N
	%					
Dificuldades económicas	37.	29.	22.	7.	5.	100
Futuro económico incerto	40.	31.	12.	11.	6.	100

Podemos observar, na tabela acima apresentada, que 37% dos inquiridos revelaram “*não/nunca*” terem sentido dificuldades económicas por estar a cuidar do seu familiar. No extremo oposto, temos 5% dos inquiridos que dizem sentir “*sempre*” o impacto dessas dificuldades.

Quanto à incerteza no futuro económico, os resultados são idênticos, com o “*não/nunca*” a levar vantagem com 40% das respostas e o “*sempre*” novamente a surgir como a resposta menos cotada, com 6% dos inquiridos.

4.1.1.4. Reacções do Cuidador Informal Idoso às Exigências do Familiar

De seguida são apresentados os resultados relativos às “*Reacções às Exigências*” (RE) do familiar.

Tabela 7 - Reacções do Cuidador Informal Idoso às Exigências (RE) do Familiar

Reacções às Exigências (RE)	Não/Nunca	Raramente	Às vezes	Quase Sempre	Sempre	N
	%					
Ofendido com o comportamento do familiar	30.	18.	37.	11.	4.	100
Embaraçado com o comportamento do familiar	33.	31.	27.	5.	4.	100
Familiar solicita demasiadas vezes desnecessariamente	20.	28.	28.	13.	11.	100
Sente-se manipulado?	34.	23.	29.	11.	3.	100
Sente-se que não tem privacidade?	34.	34.	24.	6.	2.	100

Na tabela acima apresentada, surgem algumas questões que nos permitem perceber, de que forma os cuidadores informais idosos reagem às exigências do seu familiar. Assim, quando questionados se alguma vez se sentiram ofendidos com o comportamento do familiar, a resposta mais comum entre os inquiridos foi “às vezes” com 37%. Outra resposta com grande expressão entre os inquiridos diz respeito à hipótese “*não/nunca*”, com 30%. No extremo oposto, como a resposta menos representativa entre os inquiridos, surge a hipótese “*sempre*” com 4%.

Já no que respeita à pergunta, se alguma vez se sentiu embaraçado com o comportamento do familiar, as respostas mais significativas alteraram um pouco. Nesta questão, a hipótese “*não/nunca*” foi a mais cotada com 33%, seguida da hipótese “*raramente*” com 31%. As respostas menos representativas foram “*sempre*” e “*quase sempre*” com 4% e 5%, respectivamente.

Quando questionados sobre se consideram que o seu familiar os solicitam em demasia, muitas vezes desnecessariamente, obtivemos como resposta mais representativa o “às vezes” e o “raramente”, ambas com 28% dos inquiridos, contrapondo com o “sempre” que surge como a hipótese menos representativa com 11% dos inquiridos.

Continuando a análise da Tabela 7, reparamos que os inquiridos quando questionados sobre se se sentem manipulados pelo seu familiar, 34% respondeu que “não/nunca”. A resposta menos representativa tornou a ser o “sempre” com apenas 3% dos inquiridos.

No último tópico foi abordada a questão da perda de privacidade dos cuidadores informais idosos. Neste âmbito, as respostas mais representativas foram as “não/nunca” e “raramente” ambas com 34% dos inquiridos. Por outro lado, a resposta menos representativa com apenas 2% dos inquiridos foi o “sempre”.

4.1.1.5. Mecanismos de Eficácia e Controlo dos Cuidadores Informais Idosos

No seguimento do questionário, serão agora apresentados os resultados relativos aos “*Mecanismos de Eficácia e Controlo*” (MEC) utilizados pelos cuidadores informais idosos no desempenhar das suas funções. Neste caso, visto tratar-se de um aspecto positivo do cuidar, as respostas serão cotadas de forma inversa. Assim, a resposta “não/nunca”, ao contrário dos itens anteriores, passa agora a ser avaliada com a pontuação máxima, correspondendo a uma maior sobrecarga, e por conseguinte a resposta “sempre” representará uma menor sobrecarga.

Tabela 8 - Mecanismos de Eficácia e Controlo (MEC) dos Cuidadores Informais Idosos

Mecanismo de Eficácia e Controlo (MEC)	Sempre	Quase Sempre	Às vezes	Raramente	Não/Nunca	N
	%					
Consegue fazer maioria das coisas?	19.	39.	30.	11.	1.	100
Sente-se com capacidade para continuar?	27.	27.	30.	13.	3.	100
Conhecimentos e Experiência	16.	27.	42.	12.	3.	100

Relativamente a este tópico, os cuidadores quando interrogados sobre se conseguiam fazer a maioria das coisas que necessitam, apesar do tempo que disponibilizam para os cuidados, verificámos que 39% dos inquiridos respondeu que “quase sempre” tem esse tempo disponível. No pólo oposto, como resposta menos representativa, 12% dos inquiridos afirmaram que “não/nunca” têm esse tempo disponível.

No que diz respeito à capacidade para continuar a exercer o papel de cuidadores informais, obtivemos também aqui dados bastante relevantes. Apenas 3% dos inquiridos responderam que “não/nunca” se sentem com capacidade para continuar a desempenhar o seu papel. Ao passo que 30% manifestaram sentirem-se “às vezes” essa capacidade. As respostas “sempre” e “quase sempre” também tiveram grande expressão nesta pergunta, ambas com 27%.

Para terminar este item, foi ainda questionado se o cuidador sente que possui os conhecimentos e a experiência necessárias para o desempenhar das suas funções. Neste âmbito a hipótese que mais se destacou, com 42%, foi o “às vezes”, contra os 15% que dizem “não/nunca” se sentirem preparados em termos de conhecimentos e experiência, para o desempenhar das funções de cuidador.

4.1.1.6. Suporte Familiar dos Cuidadores Informais Idosos

Serão agora apresentados, na Tabela 9, os dados obtidos relativamente à retaguarda familiar dos cuidadores informais idosos. Nesta, tal como no anterior, as respostas serão cotadas de forma inversa.

Tabela 9 - Suporte Familiar (SFam) dos Cuidadores Informais Idosos

Suporte Familiar (SFam)	Sempre	Quase Sempre	Às vezes	Raramente	Não/Nunca	N
	%					
A família reconhece o trabalho?	34.	24.	17.	15.	10.	100
Sente-se apoiado pelos familiares?	31.	20.	25.	13.	11.	100

Assim, analisando os dados obtidos verificámos que no geral, os cuidadores informais sentem ter um bom suporte familiar. Podemos confirmar esta ideia, na medida em que 34% dos inquiridos referem que sentem “*sempre*” o seu trabalho e esforço reconhecidos pelos restantes familiares, contra os 10% que afirmaram “*não/nunca*” sentir esse reconhecimento por parte dos familiares.

Relativamente ao facto de se sentirem apoiados pelos familiares, 31% dos inquiridos afirmam que se sentem “*sempre*” apoiados, contra os 11% que “*não/nunca*” se sentem apoiados pelos familiares.

4.1.1.7. Satisfação do Cuidador Informal Idoso com o Papel e com o Familiar

Para terminar a apresentação dos dados obtidos a partir do questionário QASCI surge o tópico que aborda a satisfação do cuidador tanto com o papel que desempenha como com o familiar, novamente com as questões a serem cotadas inversamente.

Tabela 10 - Satisfação do Cuidador Informal Idoso com o Papel e com o Familiar (SPF)

Satisfação com o papel e com o familiar (SPF)	Sempre	Quase Sempre	Às vezes	Raramente	Não/Nunca	N
	%					
Sente-se bem por cuidar do familiar?	45.	24.	25.	4.	2.	100
Familiar mostra gratidão?	33.	19.	28.	11.	9.	100
Fica satisfeito quando o familiar mostra agrado por pequenas coisas?	57.	24.	5.	8.	6.	100
Sente-se mais próximo do seu familiar?	47.	26.	18.	7.	2.	100
Sente-se especial e com valor?	33.	11.	27.	21.	8.	100

Relativamente a esta questão, os resultados parecem ser bastante conclusivos, visto que a grande maioria dos inquiridos mostra-se satisfeita tanto com o papel que desempenham como com o seu familiar. Senão vejamos, 45% dos inquiridos responderam que se sentem “*sempre*” bem por estarem cuidador do seu familiar, contra 2% que “*não/nunca*” se sentem bem pelo papel que desempenham.

Na questão seguinte é possível verificar que 33% dos inquiridos referiram sentir “*sempre*” um reconhecimento do seu trabalho por parte do idoso, que mostra gratidão por isso. No extremo oposto, apenas 9% referiram que o familiar “*não/nunca*” demonstra essa gratidão pelo trabalho que desenvolve.

Quando questionados sobre se ficam satisfeitos quando o familiar mostra agrado por pequenas coisas (Ex: gestos de carinho, etc.), foi possível verificar que 57% dos inquiridos foram unânimes em escolher a resposta “*sempre*”, contra os 5% que revelaram que “*às vezes*” ficam satisfeitos.

O facto de estarem a cuidar do familiar também parece ser um aspecto relevante na relação que o cuidador estabelece com o familiar. Esta ideia é sustentada nos dados que nos mostram que 47% dos inquiridos revelam sentir-se “*sempre*” mais próxima do familiar, contra os 2% que referem “*não/nunca*” se sentirem mais próximos do familiar, por estarem a cargo dos seus cuidados.

Por último, quando foi abordada o facto de se sentirem especiais e com valor, a resposta com maior evidência foi o “*sempre*” com 33%, contra os 8% que “*não/nunca*” se sentem pessoas especiais e com valor.

4.1.2. Grau de Dependência do Familiar do Cuidador Informal Idoso (MDA)

Apresentados que estão os dados referentes aos cuidadores informais idosos, torna-se interessante analisarmos as características dos idosos que recebem esses cuidados. Para isso, será feita uma avaliação ao seu grau de dependência no momento em que foi aplicado o questionário aos cuidadores.

Estes dados foram obtidos através da aplicação do “*Mini Dependence Assessment*” (MDA).

Tabela 11 - Grau de Dependência dos Idosos a Cargo dos Cuidadores Informais Idosos

Grau de Dependência (MDA)	N	%
Ligeiro	17	17,0
Moderado	50	50,0
Severo	24	24,0
Muito severo	9	9,0
Total	100	100,0

Assim, perante a análise da Tabela 11, verificámos que o nível que apresenta maior representação é o “*Moderado*” com 50% da população. O nível “*Severo*” surge também com alguma relevância com 24%.

Os níveis menos representativos são o “*Ligeiro*” com 17% e o “*Muito Severo*” com 9%.

4.1.3. Influência da Dependência do Idoso na Sobrecarga do Cuidador Informal

Perante a apresentação dos dados acima referenciados e como forma a obter algumas respostas úteis para a investigação, serão relacionadas as respostas obtidas a partir do QASCI com os dados obtidos através do MDA. Desta forma pretendemos analisar se a dependência do idoso influencia a sobrecarga do cuidador informal idoso.

Tabela 12 - Comparação de Médias das Subescalas do QASCI com o MDA

QASCI \ MDA	SE M (dp)	IVP M (dp)	RE M (dp)	MEC M (dp)	SFam M (dp)	SPF M (dp)
Ligeiro	8,4(3,2)	28,1(8,6)	10,1(3,7)	6,5(2,1)	4,2(2,3)	9,1(3,7)
Moderado	10,0 (4,0)	35,5(9,1)	11,9(3,9)	7,2(2,3)	5,0(2,4)	10,5(3,8)
Severo	13,1(3,9)	43,2(10,8)	12,5(5,0)	8,1(2,2)	5,6(2,7)	12,4(5,6)
Muito severo	13,0 (2,1)	41,6(8,7)	10,2(5,5)	7,8(2,0)	4,7(3,3)	10,4(4,4)
F (p-valor)	7,23 (< 0,001)	9,67 (< 0,001)	1,43 (0,238)	2,11 (0,104)	0,975 (0,408)	2,08 (0,108)

Teste Anova, $p < 0,05$ significativo

Através do teste *Anova* observou-se que existem diferenças significativas ($p < 0,05$) nas pontuações médias da “Sobrecarga Emocional” (SE) e das “Implicações da Vida Pessoal” (IVP) entre os diferentes níveis do MDA. Para verificar entre que níveis ocorriam essas diferenças foi realizado o teste post-hoc de Tukey.

Com a realização do referido teste foram detectadas diferenças significativas ($p < 0,001$) para a “Sobrecarga Emocional” (SE) entre os níveis “Ligeiro” (M=8,4) e “Severo” (M=13,1); “Ligeiro” (M=8,4) e “Muito Severo” (M=13,0) e entre “Moderado” (M=10,0) e “Severo” (M=13,1).

Para o item relacionado com “Implicações na Vida Pessoal” (IVP) foram encontradas diferenças significativas ($p < 0,001$) entre “Ligeiro” (M=28,1) e

“Moderado” (35,5); “Ligeiro” (M=28,1) e “Severo” (M=43,2); “Ligeiro” (M=28,1) e “Muito Severo” (M=41,6) e entre “Moderado” (M=35,9) e “Severo” (M=43,2).

Nos restantes itens do QASCI, não foram encontradas diferenças significativas ($p < 0,05$).

4.1.4. Influência do Sexo do Cuidador na Sobrecarga dos Cuidados

Segundo José *et al.* (2004) a tarefa do cuidar recai maioritariamente sobre os elementos do sexo feminino mais próximo, embora se constate que os homens participam cada vez mais na prestação de cuidados a idosos dependentes, sendo o cônjuge o mais frequente na participação das tarefas. Tendo isso em conta, foi efectuada uma análise à relação da sobrecarga dos cuidados com o sexo do cuidador.

Tabela 13 - Comparação de Médias das Subescalas do QASCI com o Sexo do Cuidador

QASCI \ Sexo	SE M (dp)	IVP M (dp)	RE M (dp)	MEC M (dp)	SFam M (dp)	SPF M (dp)
Masculino	10,6 (3,9)	38,6 (8,2)	12,1 (3,2)	8,2 (1,8)	5,6 (2,6)	11,9 (3,0)
Feminino	10,8 (4,1)	36,0(11,2)	11,4 (4,6)	7,1 (2,3)	4,8 (2,5)	10,3 (4,8)
t (p-valor)	-0,17 (0,863)	1,03 (0,308)	0,71 (0,399)	2,13 (0,036)	1,47 (0,144)	1,48 (0,064)

Teste de *t-Student*, $p < 0,05$ significativo

Para avaliar a sobrecarga para os diferentes sexos, nos diferentes itens da escala QASCI foi utilizado o teste de *t-Student* tendo sido detectadas diferenças significativas ($p < 0,05$) nas pontuações médias do item relacionado com os “Mecanismos de Eficácia e Controlo” (MEC).

Analisando a Tabela 13, é possível perceber que o sexo masculino tem uma pontuação significativamente mais elevada (M=8,2) que o sexo feminino (M=7,1), o que nos leva a acreditar que os indivíduos do sexo masculino apresentam uma maior

dificuldade em encontrar mecanismos de eficácia e controlo para fazer frente às adversidades do cargo que desempenha, do que as do sexo feminino.

Nos restantes itens do QASCI, não foram encontradas diferenças significativas ($p < 0,05$).

4.1.5. Influência de Algumas Variáveis Sócio-Demográficas na Sobrecarga do Cuidador Informal

Neste tópico serão apresentadas as comparações dos resultados obtidos a partir do QASCI com algumas variáveis sócio-demográficas, nomeadamente a “Ajuda dos Familiares”, o “Apoio Social Domiciliário”, o “Tempo de Cuidados” e a “Duração dos Cuidados”. Com isto, pretendemos analisar de que forma estas variáveis influenciam a sobrecarga dos cuidadores informais idosos.

Tabela 14 – Comparação de Médias das Subescalas do QASCI com as Variáveis “Ajuda de Familiares” e “Apoio Social Domiciliário”

	SE M (dp)	IVP M (dp)	RE M (dp)	MEC M (dp)	SFam M (dp)	SPF M (dp)
Ajuda de Familiares						
Não	10,7 (3,8)	36,7(10,8)	11,4(4,6)	7,4(2,1)	5,9(2,7)	10,3 (3,6)
Sim	10,8(4,2)	36,6 (10,6)	11,7 (4,2)	7,3 (2,3)	4,4(2,3)	11,0 (4,9)
t (p-valor)	-0,13 (0,900)	0,03 (0,980)	-0,33 (0,74)	0,13 (0,89)	2,89 (0,005)	-0,79 (0,434)
Apoio Social Domiciliário						
Não	11,5 (3,6)	37,0 (10,7)	12,2 (3,8)	7,3 (2,6)	5,3 (2,6)	10,6 (4,1)
Sim	10,2 (4,3)	36,4 (10,6)	11,1 (4,6)	7,4 (1,9)	4,7 (2,5)	10,8 (4,7)
t (p-valor)	1,66 (0,101)	0,29 (0,771)	1,33 (0,185)	-0,23 (0,823)	1,25 (0,215)	-0,24 (0,813)

Teste de *t-Student*, $p < 0,05$ significativo

Analisando os dados apresentados na Tabela 14, quando nos reportamos à variável da “Ajuda dos Familiares” foi utilizado o teste de *t-Student* tendo sido

detectadas diferenças significativas ($p < 0,05$) entre os que têm ($M=4,4$) e os que não têm esse suporte ($M=5,9$) para o item “*Suporte Familiar*” (SFam) do QASCI.

Com estes dados, percebemos que a presença ou não de familiares que auxiliem o cuidador, influencia o item do QASCI relacionado com o “*Suporte Familiar*” (SFam), na medida em que, aqueles que não têm qualquer ajuda, evidenciam uma maior sobrecarga para este item.

Nos restantes itens do QASCI, não se evidenciaram diferenças significativas ($p < 0,05$).

No que diz respeito ao suporte a nível formal (Apoio Social Domiciliário), foi também utilizado o teste de *t-Student* não tendo sido identificadas diferenças significativas ($p < 0,05$) para nenhum dos itens do QASCI.

Estes resultados sugerem que a presença deste tipo de apoio formal não influencia a sobrecarga do cuidador informal idoso.

Tabela 15 - Comparação de Médias das Subescalas do QASCI com a Variável "Tempo de Cuidados"

QASCI Tempo de Cuidados	SE M (dp)	IVP M (dp)	RE M (dp)	MEC M (dp)	SFam M (dp)	SPF M (dp)
Até 12 meses	9,5 (3,6)	35,0 (9,2)	10,6 (3,3)	7,6 (1,9)	5,7 (2,7)	10,2 (3,4)
1 a 5 anos	10,2 (3,8)	35,4 (10,5)	11,8 (4,6)	7,3 (2,5)	4,6 (2,4)	10,4 (4,9)
Mais de 5 anos	12,0 (4,3)	39,1 (11,1)	11,7 (4,3)	7,2 (2,0)	5,1 (2,7)	11,3 (4,3)
F (p-valor)	3,0 (0,054)	1,51 (0,225)	0,46 (0,632)	0,17 (0,841)	1,26 (0,289)	0,51 (0,600)

Teste Anova, $p < 0,05$ significativo

Para avaliarmos se a sobrecarga sobre o cuidador informal sofre a influência do tempo que já exerce esta função, optamos por utilizar o teste de *Anova*.

Neste tópico relacionado com o “*Tempo de Cuidados*” foram agregadas as classes menos de 6 meses e de 6 a 12 meses numa só (até 12 meses) de modo a ter um número mais elevado de inquiridos em cada classe.

Assim, a população ficou dividida em três classes, onde temos os que desempenham a função há menos de 1 ano, os que são cuidadores entre um a cinco anos e aqueles que já são há mais de cinco anos. Foram avaliados cada um dos itens do QASCI não sendo detectadas diferenças significativas ($p < 0,05$).

Estes dados salientam que, com base na nossa população, a longevidade da função como cuidador informal parece não influenciar a sobrecarga dos cuidados.

Tabela 16 - Comparação de Médias das Subescalas do QASCI com a variável "Duração dos Cuidados"

QASCI	SE M (dp)	IVP M (dp)	RE M (dp)	MEC M (dp)	SFam M (dp)	SPF M (dp)
Duração dos Cuidados						
Até 40 horas/semana	8,5 (3,6)	28,4 (8,0)	11,1 (3,7)	6,6 (2,6)	4,4 (2,1)	10,0 (5,1)
Mais de 41 horas/semana	11,4 (4,0)	39,1 (10,0)	11,7 (4,5)	7,6 (2,1)	5,1 (2,7)	10,9 (4,2)
t (p-valor)	-3,21 (0,002)	-4,72 (<0,001)	-0,62 (0,535)	-1,88 (0,063)	-1,32 (0,191)	-0,93 (0,356)

Teste de *t-Student*, $p < 0,05$ significativo

Desta feita, para avaliarmos se a duração dos cuidados influencia a sobrecarga dos cuidadores utilizamos novamente o teste de *t-Student*.

Relativamente a este tópico da “*Duração dos Cuidados*”, foram agrupadas as classes 0 a 8 horas, 9 a 20 e 21 a 40 horas, tendo sido criada a classe “*até 40 horas/semana*”. A classe mais de 41h/semana manteve-se inalterada.

Perante os dados apresentados na Tabela 16, após a utilização do teste de *t-Student*, foi possível verificar que existem diferenças significativas ($p < 0,05$) nos itens do QASCI relacionados com a “*Sobrecarga Emocional*” (SE) e com as “*Implicações da Vida Pessoal*” (IVP) dos cuidadores.

Assim, percebemos que aqueles que dedicam mais de 41 horas semanais aos cuidados, apresentam valores médios de sobrecarga superiores nos itens “*Sobrecarga Emocional*” (SE) (M=11,4) e nas “*Implicações da Vida Pessoal*” (IVP) (M=39,1), do

que aqueles que dispensam menos de 41 horas semanais, cujos valores médios de sobrecarga para esses dois itens se situam nos 8,5 e 28,4, respectivamente.

Nos restantes itens do QASCI não foram encontradas diferenças significativas $p(<0,05)$.

4.2. Interpretação e Discussão dos Resultados Obtidos

Após a análise dos dados surge a necessidade de os analisar e de os comparar com a restante literatura, pois tal como refere Fortin (1999: 346) a discussão dos resultados consiste em “[...] interpretar os resultados obtidos em relação com o problema, as questões de investigação ou as hipóteses e a estabelecer comparações e contrastes com trabalhos anteriores que incidiram sobre o mesmo fenómeno”.

Deste modo, será feita uma interpretação dos dados obtidos, uma vez que serão determinantes na resposta aos objectivos deste estudo.

- **Sobrecarga Física, Emocional e Social do Cuidador Informal Idoso**

A tarefa de cuidar de um idoso dependente é desgastante e implica riscos de tornar o cuidador também ele doente e dependente, em função da sobrecarga física, psicológica e social a que muitas vezes fica sujeito.

Com base nisso, partimos para a elaboração deste trabalho de forma a percebermos qual a sobrecarga física, emocional e social a que os cuidadores informais idosos estão sujeitos no desempenhar das suas funções.

Como foi abordado na revisão da literatura, o termo sobrecarga (“burden”) refere-se, no entender de Sousa *et al.* (2004), ao conjunto de problemas físicos, psicológicos e socioeconómicos que acabam por surgir no desempenhar das funções de cuidar.

Apesar de não ser consensual a definição desta sobrecarga, Rolo (2009) faz a distinção entre sobrecarga subjectiva e objectiva. Como já vimos anteriormente, no primeiro caso está sobretudo relacionada com os sentimentos, atitudes e reacções emocionais do cuidador, ao passo que no segundo é definida como os acontecimentos e actividades concretas da vida dos cuidadores que são interrompidas e que são potencialmente observáveis e quantificáveis.

Cattani & Girardon-Perlini (2004) partilham da mesma opinião ao referirem que com o enfrentar do quotidiano e com a repetição dos cuidados ao idoso dependente no âmbito domiciliar, acabam por surgir entre os cuidadores informais manifestações relacionados não só com o cansaço físico mas também emocional.

Conforme escreve Freitas *et al.* (2002), o cansaço emocional caracteriza-se pela perda progressiva de energia, pela fadiga e pelo esgotamento emocional. Reflecte a situação em que os cuidadores não têm capacidade de dar resposta em termos afectivos. Já o cansaço físico, segundo Ferreira (1999) citado por Cattani & Girardon-Perlini (2004) pode ser entendido como fraqueza causada por doença do cuidador ou por actividades que exigem um grande esforço físico, agregado à repetição das mesmas. No entender de Fernandes *et al.* (2002) citado por Santos (2008) os problemas físicos podem englobar lombalgias, tendinites, cefaleias, alterações no sistema imunitário, problemas de sono, enxaquecas, problemas gastrointestinais, fadiga, hipertensão e outras alterações do foro cardiovascular.

Segundo Botelho (2008) os efeitos emanados dos cuidados ficam agravados pelo facto dos cuidadores terem de enfrentar as vulnerabilidades do seu próprio processo de envelhecimento. Associados ao desgaste físico, na opinião de Botelho (2008) há uma variável que não pode ser descurada: a idade do cuidador. Uma vez que, quanto maior for a idade do cuidador, maior serão as probabilidades da presença

de alterações inerentes ao seu processo de envelhecimento e, por extensão, maior poderá ser o impacto das consequências do cuidar.

Santos (2004) parece ter a mesma opinião, na medida em que no decurso do seu estudo encontrou nos cuidadores mais velhos níveis superiores de sobrecarga, demonstrando estes, maiores dificuldades e menor capacidade de adaptação.

Cattani & Girardon-Perlini (2004) salientam o facto de os participantes do seu estudo demonstrarem que cuidar de um idoso doente no domicílio se trata de uma tarefa cansativa, uma vez que lhes ocupa muito tempo. Para além das actividades que envolvem o cuidado ao idoso, aliam-se os afazeres domésticos que consomem outra parte do tempo, tendo, com isso, que organizar as acções de modo a conseguirem ser eficazes em todos eles.

Esta ideia é partilhada por Santos (2008), Imaginário (2004) e Brito (2003) quando referem que o crescente grau de responsabilidade associado às inúmeras tarefas a realizar, aos movimentos que exigem força e flexibilidade e à falta de oportunidade para pensarem na sua própria saúde e bem-estar, são algumas das causas de risco para a saúde dos cuidadores.

Diante do desgaste pessoal e da dependência do outro, o cuidador informal pode chegar ao ponto de se questionar se o familiar realmente não consegue cooperar nos cuidados, podendo surgir um conflito interno e de culpa por estar em dúvida quanto a dependência do outro.

No nosso estudo, quando analisamos os dados obtidos, a partir do QASCI, relativamente à “*Sobrecarga Emocional*” (SE) percebemos que os inquiridos partilham em parte desta ideia, uma vez que 36% dos inquiridos dizem sentir-se “*sempre*” ou “*quase sempre*” cansados e 33% consideram ser psicologicamente difícil cuidar do idoso dependente dos cuidados. No entanto, não deixa de ser

interessante ressaltar o facto de a grande maioria “*não/nunca*” sentirem vontade de fugir desta situação, nem entrar em conflito consigo próprio pelo facto de estarem a desempenhar este papel.

No que concerne à sobrecarga física, os dados obtidos no nosso estudo vão um pouco de encontro ao que referem os autores acima citados. De facto, 48% dos inquiridos no nosso estudo referiram que ser cuidador informal requer “*sempre*” ou “*quase sempre*” um grande esforço físico por parte dos cuidadores. Ainda assim, 53% dos inquiridos referem que o seu estado de saúde “*não/nunca*” piorou ou “*raramente*” piorou com as funções de cuidador.

Estes dados são interessantes uma vez que nos permitem perceber, por um lado, que os cuidadores percebem a exigência física do papel de cuidador e, por outro, que a maioria não admite um decréscimo no seu estado saúde.

Cattani & Girardon-Perlini (2004) tenta explicar este facto ao referir que apesar de os cuidadores se sentir esgotados e sem condições para cuidar, na grande maioria das vezes, a incapacidade dos idosos não lhes permite ter outra solução senão efectuar todas as actividades, superando as suas próprias dificuldades e limitações.

Tendo por base os dados obtidos no nosso estudo, não podemos afirmar que a saúde dos cuidadores se mantém íntegra, apenas pode transparecer a ideia de que os cuidadores têm uma percepção boa do seu estado de saúde, o que não deixa de ser um aspecto positivo a salientar, uma vez que no estudo efectuado por Rolo (2009) os cuidadores avaliaram a sua saúde como razoável ou fraca.

A nível social, Botelho (2008) e Nogueira (2007) corroboraram nos seus estudos que o cuidador, em virtude do papel que desempenha, vê-se privado de actividades sociais, ficando socialmente isolado. Para Sousa *et al.* (2004), esta redução das actividades sociais acarreta uma dupla negatividade, na medida em que o

cuidador estabelece menos relações sociais, bem como fragiliza as que tinha, perdendo oportunidades de obter apoio social.

Cattani & Girardon-Perlini (2004) acrescentam a sua opinião dizendo que um dos maiores obstáculos apontados pelos cuidadores enquanto vivenciam o processo de cuidar é a *“impossibilidade de sair de casa, passear, pois, de forma geral ficam atrelados à responsabilidade e a preocupação diária com a doença e cuidado do idoso.”* A pouca realização de actividades de lazer no quotidiano e a limitadas possibilidades de conversar com outras pessoas contribuem para o sentimento de solidão e de perda da liberdade.

Apesar disso, no nosso estudo, 53% dos inquiridos referiram que *“não/nunca”* ou *“raramente”* se sentiram isolados por terem a seu cargo o idoso dependente. Foram ainda questionados sobre o prejuízo para a sua vida social decorrente do seu papel de cuidador, não se tendo obtido respostas muito elucidativas. A resposta com maior relevo foi *“às vezes”*, com 37%, contrapondo com os 33% que referiram *“não/nunca”* e *“raramente”* e os 30% que dizem ter sofrido *“sempre”* ou *“quase sempre”* esses efeitos prejudiciais.

No âmbito da sobrecarga social surge um aspecto que importa realçar, uma vez que os dados obtidos podem sofrer a influência da idade dos prestadores de cuidados que participaram neste estudo. (M=70,5 anos).

Como verificámos na literatura, com o envelhecimento existe uma tendência para uma diminuição dos contactos sociais das pessoas idosas. Ora, sendo os nossos cuidadores pessoas idosas, as suas respostas podem ter sido influenciadas pelo seu próprio processo de envelhecimento (envelhecimento social) e não apenas pelo facto de desempenharem as funções de cuidadores informais.

Ainda assim, e na sequência desta ideia, verificamos que a esmagadora maioria dos inquiridos (80%) referem que “*não/nunca*” ou “*raramente*” terem evitado convidar amigos para virem a sua casa derivado à condição do seu familiar.

Os cuidadores foram ainda inquiridos sobre se consideram que dedicam demasiado tempo à tarefa de cuidar. Neste aspecto as respostas acabaram por ser bastante interessantes, uma vez que apesar de 77% dos inquiridos dedicarem mais de 41h/semana aos cuidados, 46% referem que “*não/nunca*” ou “*raramente*” sentem que dedicam demasiado tempo aos cuidados.

Este aspecto torna-se ainda mais interessante se aliarmos o facto de 58% dos inquiridos afirmar que conseguem “*sempre*” ou “*quase sempre*” fazer a maioria das coisas que necessitam. Andrade (2009) no seu estudo obteve resultado semelhante sugerindo que o facto de os cuidadores conseguirem ter tempo para realizar outro tipo de tarefas, permite-lhes quebrar a monotonia da rotina diária do cuidado aos seus familiares idosos, aliviando-os do ambiente de isolamento proporcionado pela multiplicidade das tarefas diárias do cuidado.

Os dados que obtivemos vêm demonstrar que os cuidadores do nosso estudo, no geral, dispõem de mecanismos de eficácia e controlo eficazes para fazerem frente às dificuldades inerentes aos cuidados informais.

Podemos ainda recorrer à ideia de Pereira (2009) que refere que o facto de terem outras pessoas dependentes a seu cargo sugerem diferenças nos resultados da dimensão “*Mecanismos de Eficácia e Controlo*” (MEC), verificando-se que o grupo que não tem outros dependentes apresenta valores mais elevados, logo menor capacidade para enfrentar os problemas decorrentes do desempenho do papel de cuidador.

O autor explica que apesar de o cuidar de outra pessoa dependente poder significar um acréscimo de trabalho e responsabilidades, também pode ser sinónimo, como apontam os resultados do seu estudo, do desenvolvimento de capacidades e competências para gerir os problemas.

Apesar de se inserir num contexto um pouco diferente do nosso estudo, uma vez que os nossos cuidadores apenas estavam a cargo de um idoso dependente, podemos estabelecer um certo paralelismo com o nosso estudo, na medida em que os nossos cuidadores em virtude da carga semanal de cuidados e dos anos que desempenham a tarefa, podem ter-lhes permitido o desenvolvimento de capacidades e competências para enfrentar de uma forma mais agilizada as dificuldades do dia-a-dia.

Esta ideia fica ainda reforçada com os dados obtidos aquando da questão sobre se os cuidadores sentem que possuem conhecimentos e experiência suficientes para desempenhar as funções. Assim, 43% dos inquiridos respondeu que se sentem “sempre” ou “quase sempre” aptos no que respeita aos conhecimentos e à experiência. Apenas 15% é da opinião que “não/nunca” ou “raramente” se sentem com os conhecimentos e experiência suficientes para desempenhar o papel.

- **Satisfação do Cuidador Informal Idoso com o seu Papel**

Cuidar de uma pessoa idosa encerra em simultâneo dois aspectos opostos, por um lado as consequências negativas do desempenhar de um papel extenuante e da exposição a inúmeras situações complexas e por outro a satisfação e o bem-estar pelo trabalho desenvolvido. (Mayor *et al.*, 2009; Pereira, 2009)

Ora esta ideia vai de encontro a outro dos objectivos deste trabalho, que se prende com as repercussões positivas decorrentes da prestação de cuidados.

Como foi possível verificar anteriormente (4.1.1.7), os cuidadores idosos que participarem neste estudo, pelas respostas dadas parecem reconhecer que esta tarefa guarda também consigo experiências e vivências positivas, capazes de funcionar como “*válvulas de escape*” aos factores stressantes e de sobrecarga que esta tarefa sempre acaba por acarretar.

Nesse sentido, conseguimos alargar um pouco os horizontes, contrariando a ideia de que os cuidados informais apenas são geradores de impactos negativos (sobrecargas e stress), descentrando um pouco a atenção nesses aspectos e dando alguma ênfase aos aspectos positivos. Esta ideia é partilhada por alguns autores entres os quais Oliveira (2009), Botelho (2008), Santos (2008); Figueiredo (2007), Santos (2005), Brito (2002), Bris (1994).

Recorrendo aos dados que obtivemos relativamente à “*Satisfação com o Papel e com o Familiar*” (SPF) foi interessante reparar que 69% dos inquiridos responderam que se sentem “*sempre*” ou “*quase sempre*” bem por estar a cuidar do seu familiar, contra os 6% que referiram “*raramente*” ou “*não/nunca*” se sentirem bem com esse papel. Há de facto uma diferença bastante significativa entre os dois extremos, o que nos permite apreender que a grande maioria dos cuidadores que participaram no estudo se sente satisfeita com o papel que desempenha.

Foi ainda interessante perceber que 81% da população referiu ficar “*sempre*” ou “*quase sempre*” satisfeita quando o familiar mostra agrado por pequenas coisas (Gestos de carinho, etc), o que nos leva a perceber que muitas vezes, o simples facto de a pessoa cuidada reconhecer o tratamento e a dedicação que lhe são dispendidas, pode servir como força motivacional para o cuidador continuar a exercer a sua tarefa.

No estudo efectuado por Pereira (2009) os domínios com pontuações mais baixas, logo os que menos contribuíram para a sobrecarga global, correspondem às

dimensões positivas do QASCI (*“Satisfação com o Papel e com o Familiar”*, *“Mecanismos de Eficácia e Controlo”* e *“Suporte Familiar”*), concluindo-se que a maioria dos cuidadores do seu estudo, se encontra satisfeita com o desempenho do papel e com a relação de proximidade com a pessoa cuidada.

No estudo efectuado por Oliveira (2009), quando aborda a questão da satisfação com o papel de cuidador, os resultados que obteve também são demonstrativos da satisfação do cuidador com a tarefa de cuidar da pessoa dependente, contribuindo desta forma para uma redução da sobrecarga dessa função.

O facto de manterem a dignidade e o bem-estar da pessoa e contribuírem para a satisfação das suas necessidades parecem ser as principais razões apontadas pelo referido autor para essa satisfação.

Estes resultados acabam por ser relevantes, pois sugerem que os familiares sentem-se bem em cuidar da pessoa idosa dependente e, no fundo acabam por desejar mantê-lo no seu ambiente familiar, preservando a sua identidade e dignidade, assim como o seu bem-estar e a satisfação das suas necessidades.

De facto, quando são identificados pelos cuidadores aspectos positivos na tarefa que desempenham, isso leva-os a centrarem-se mais nos aspectos positivos da experiência, permitindo que perspectivem com satisfação este processo e assim possam diminuir a sobrecarga dos cuidados. Oliveira (2009) mostra também que a satisfação com o papel pode servir como indicador da qualidade dos cuidados, uma vez que ao estarem motivados, os cuidadores acabam por prestar cuidados com maior qualidade.

Por último, acrescenta que a satisfação com o papel pode igualmente funcionar como indicador de risco, uma vez que se os cuidadores não conseguem identificar

qualquer satisfação decorrente do seu desempenho, encontram-se numa posição em que o risco de depressão e de experienciar impactos negativos é maior.

Oliveira (2009) é da opinião que a satisfação do cuidador passa também pela forma como o seu trabalho é reconhecido e valorizado. Segundo o referido autor, o facto de o trabalho desempenhado pelo cuidador merecer o reconhecimento e a valorização potencia o aumento da sua auto-estima, da satisfação e bem-estar, acabando por melhorar a qualidade nos cuidados prestados ao idoso dependente.

Esta ideia é partilhada por Andrade (2009) quando menciona que o *reconhecimento social* foi referido por alguns cuidadores que integraram o seu estudo, como sendo uma motivação para continuar a cuidar do seu familiar idoso. Jesus (2008) opina no mesmo sentido e acredita que o cuidar de um idoso é uma experiência digna e merecedora de reconhecimento e de elogios por parte da sociedade.

No nosso estudo, no item relacionado com o “*Suporte Familiar*” (SFam), verificamos que 58% dos inquiridos referiram que a família reconhece “*sempre*” ou “*quase sempre*” o trabalho desenvolvido pelo cuidador, o que pode ser um contributo fundamental para os níveis de satisfação com o papel, que os participantes neste estudo evidenciaram.

Para Oliveira (2009) é importante que os cuidadores sejam reconhecidos como pessoas que possuem os seus próprios direitos e tem as suas próprias necessidades. Para além disso é fundamental um reconhecimento e uma valorização do seu papel, por parte dos familiares, podendo encontrar nesta valorização estratégias de *coping* bem sucedidas que lhes permitam diminuir os impactos negativos que a experiência de cuidar poderá acarretar.

De facto, como aponta Oliveira (2009:10) *“aquilo que os cuidadores querem é reconhecimento, aconselhamento, valorização do seu mérito e uma oportunidade para falar, em vez de grandiosos serviços”*

- **Influência da Dependência do Idoso na Sobrecarga do Cuidador Informal Idoso**

Como vimos acima (2.3.3.) a dependência representa, no entender de Lemos (2005), a incapacidade do indivíduo para realizar por si mesmo, sem ajuda de outros, acções que lhe permitam alcançar um nível aceitável de satisfação das suas necessidades.

Actualmente, e como nos refere Santos (2008), é possível verificar um crescente o número de pessoas com incapacidades funcionais, com repercussões na sua autonomia e na execução das actividades de vida diária.

A dependência surge, portanto, como um problema para a maioria das pessoas e a velhice, muitas vezes, representa-se como a perda de espaço, de valores e de autodeterminação, como consequência da impossibilidade de gerirem e cuidarem das suas próprias vidas.

Percebe-se que a emergência do papel de cuidador informal surge quando um indivíduo vê a sua autonomia de certa forma afectada, necessitando de recorrer a ajuda de terceiros para a satisfação das suas necessidades.

Conforme nos diz Jesus (2008) a extensão e a intensidade dos cuidados prestados pelo cuidador variam em função do grau de dependência do familiar, podendo ser necessária apenas uma supervisão na realização de algumas tarefas ou o auxílio total/parcial em actividades que o idoso já não tem capacidade para efectuar de forma autónoma.

Podemos, portanto, encontrar uma grande diversidade de situações que reflectem níveis diferenciados de incapacidade física e/ou cognitiva, com diferentes repercussões na sobrecarga do cuidador informal.

Tendo isto em conta, e como forma a darmos resposta a um dos objectivos do presente estudo, foi feita uma comparação dos dados obtidos pelo QASCI com o grau de dependência do familiar (MDA), a fim de verificarmos de que forma é que a incapacidade dos idosos afecta a sobrecarga dos cuidadores informais idosos.

Foi possível identificar diferenças significativas ($p < 0,001$) para os itens da “*Sobrecarga Emocional*” (SE) e para o item das “*Implicações da Vida Pessoal*” (IVP). Este facto pretende mostrar-nos, então, que quanto maior for a dependência do familiar maior é a sobrecarga em termos emocionais e maior serão as implicações na vida pessoal do cuidador informal.

Esta ideia é partilhada por Santos (2008) na medida em que, com base na opinião dos cuidadores informais que participaram no seu estudo, afirma que os idosos que recebem os cuidados são considerados grandes dependentes, originando uma maior sobrecarga por parte de quem lhes presta cuidados.

Já no estudo efectuado por Santos (2005), o autor não encontrou diferenças significativas na sobrecarga do cuidador informal, pela maior ou menor dependência do seu familiar.

- **Influência do Sexo do Cuidador na Sobrecarga dos Cuidados**

Segundo Collière (1999: 40) “[...] *todos os cuidados que suportam a vida de todos os dias, ligam-se fundamentalmente às actividades da mulher.*”

De facto, nos mais variados estudos verificamos que existe uma predominância do sexo feminino no assumir das funções de cuidador informal, onde a

permanência do papel histórico e social de cuidar é atribuído à mulher. (Mayor *et al.*, 2010; Barbosa, 2009; Oliveira, 2009; Silva *et al.*, 2009; Figueiredo & Sousa, 2008; Santos, 2008; Botelho, 2008; Figueiredo, 2007; Ho *et al.*, 2007; Santos, 2005; Sousa *et al.*, 2004; Martins *et al.*, 2003; Zukewich, 2003; Lezaun & Salanova, 2001; Hawranik & Strain, 2000; Bris, 1994).

No nosso estudo, como foi possível verificar na caracterização da amostra, também verificamos uma predominância do sexo feminino como cuidadores informais.

Um dos objectivos do nosso estudo passou por perceber se esta tendência para as mulheres assumirem a função de cuidadores tem, de certa forma, alguma influência sobre a sobrecarga dos cuidados. Pretendemos analisar se porventura os homens, que não lhes sendo uma característica inata - a de serem cuidadores - sofrem uma maior sobrecarga, ou se são as mulheres que, pelo cariz quase que obrigatório ou de dever “*moral*” e “*social*” em assumir a função dos cuidados, sofrem uma maior sobrecarga.

Esta ideia de dever “*social*” parece ser partilhada por Santos (2005) quando refere no seu estudo, o facto de a sociedade atribuir às mulheres o dever de cuidar dos seus familiares, levando a que estas se sintam cansadas e/ou acabem por usufruir de pouco de tempo livre, entrando em conflito entre o que é o dever e a preservação dos seus interesses.

A este respeito Bris (1994) considera que os homens sabem preservar melhor o seu tempo livre e os contactos sociais, sendo o isolamento um aspecto frequente em filhas cuidadoras e raro nos filhos cuidadores.

No estudo efectuado por Pereira (2009) ao analisar os níveis de sobrecarga entre os diferentes sexos verificou a existência de diferenças significativas na dimensão “*Reacções às Exigências*” (RE), com as mulheres a apresentarem um

número mais elevado de sentimentos negativos, sinónimo de maior sobrecarga. O autor admite que as mulheres se envolvem mais emocionalmente e acabam por sofrer uma maior sobrecarga.

Santos (2005) parece ter ideia semelhante quando afirma, após a aplicação do QASCI, que as mulheres têm uma maior “*Sobrecarga Emocional*” (SE) que os cuidadores do sexo oposto. O autor vai mais longe e salienta ainda o facto de as mulheres que participaram no seu estudo evidenciarem um menor “*Suporte Familiar*” (SFam) e uma menor “*Satisfação com o Papel e com o Familiar*” (SPF). A justificação encontrada pelo autor para explicar esta menor satisfação com o papel e com o familiar, passa pelos resultados obtidos ao nível emocional, isto é, as cuidadoras evidenciam sentimentos de culpa, frustração e depressão, que acabam por passar para os cuidados prestados, reflectindo-se negativamente na pessoa cuidada. Este facto pode afectar a sua relação e limitar a capacidade para a satisfação das expectativas criadas pelo cuidador informal.

Bris (1994) salienta também o desenvolvimento de “*resistências emocionais*” nos indivíduos do sexo masculino para explicar a diferença verificada neste item. Segundo o autor, as mulheres assumem o cuidado, envolvendo-se no seu papel com grandes implicações emocionais, ao passo que os homens o fazem com um certo “*distanciamento interior*”.

No nosso estudo, e como foi apresentado anteriormente (4.1.5), ao avaliarmos a sobrecarga para os diferentes sexos, nos diferentes itens da escala QASCI foram apenas detectadas diferenças significativas ($p < 0,05$) nas pontuações médias do item relacionado com os “*Mecanismos de Eficácia e Controlo*” (MEC). Segundo os dados obtidos, percebemos que o sexo masculino tem uma pontuação significativamente

mais elevada (M=8,2) que o sexo feminino (M=7,1), correspondendo a uma maior sobrecarga.

Posto isto, verificamos que estes resultados se distanciam um pouco do que é descrito na literatura. Além de não terem sido detectadas diferenças significativas na vertente emocional (SE), nem na satisfação com o papel e com o familiar (SPF), reparamos que os indivíduos do sexo masculino têm uma maior dificuldade em encontrar mecanismos de *coping* eficazes para fazer frente às adversidades da tarefa do cuidar.

- **Influência das Redes de Suporte Social na Sobrecarga do Cuidador Informal Idoso**

Como foi referido anteriormente, as redes sociais podem ser distinguidas de duas formas: a informal e a formal. Quando nos referimos à primeira estamos a ter em conta o próprio indivíduo, a família, os vizinhos, os amigos e os grupos sociais em que possam eventualmente estar inseridos. No segundo caso, diz antes respeito às instituições governamentais (Hospitais e Centros de Saúde) e não governamentais (IPSS e Misericórdias), que se encontram organizadas para prestarem assistência às pessoas necessitadas (Santos, 2008).

Santos (2008) reconhece que o papel da família é importante em qualquer estágio da vida, mas torna-se particularmente relevante durante os períodos transitórios ou permanentes de capacidade física e/ou psíquica. No discurso dos cuidadores que participaram no seu estudo reflecte-se a necessidade do apoio de terceiros, salientando que a ausência de apoio por parte da família pode conduzir o cuidador ao limite das suas capacidades, tornando-o incapaz de assumir a responsabilidade do seu papel.

Neste estudo pretendemos, portanto, verificar se a existência de redes de suporte informal e formal (serviço de apoio domiciliário) influenciam a sobrecarga física, emocional e social do prestador de cuidados idoso.

Segundo vários estudos (Rolo, 2009; Ferreira, 2002; Martins *et al.*, 2003; Bris, 1994) as redes sociais parecem ter um efeito benéfico no que diz respeito à sobrecarga dos cuidados, uma vez que permitem proteger os cuidadores de factores geradores de stress, libertando-os um pouco para o desempenhar outras funções que possam ser motivantes para si, podendo eventualmente aumentar as suas interações sociais.

No estudo efectuado por Santos (2005) constatou que os cuidadores informais que tinham apoio apenas da rede formal (apoio social domiciliário) aumentavam a “*Sobrecarga Emocional*” (SE), e os que eram apoiados pelas duas redes (formal e informal) diminuían a “*Satisfação com o Papel e com o Familiar*” (SPF).

Santos (2005) faz referência ainda ao item do “*Suporte Familiar*” (SFam) para nos dizer que aqueles que têm ajuda somente da rede informal têm maior SFam, ao passo que os que não têm apoio de qualquer das redes sociais são os que apresentam menor “*Suporte Familiar*” (SFam).

Por outro lado, Pereira (2009) refere que a existência de ajuda para cuidar da pessoa idosa dependente parece não resultar em diferenças significativas nos valores da sobrecarga física, emocional e social. No seu estudo, afirma que os cuidadores informais recebem ajuda fundamentalmente do sistema informal, sendo esta fornecida em situações pontuais. Ainda assim, o autor reconhece que eventualmente “*o carácter descontínuo e esporádico desta ajuda e a percepção da sua insuficiência não permitem o descanso do cuidador nem proporcionam um apoio efectivo*”.

No que respeita à rede de suporte formal, Pereira (2009) derivado ao número reduzido de cuidadores participantes no seu estudo que possuíssem este tipo de ajuda,

também não conseguiu estabelecer qualquer relação entre a existência do apoio formal e o alívio da sobrecarga dos cuidados. No entanto, cita Carretero-Gómez *et al.* (2006) para nos dizer que a ajuda proveniente do sistema formal é percebida pelos cuidadores como escassa e representa uma ínfima parte da responsabilidade assumida pelo cuidador.

Relativamente ao deficiente apoio familiar, Rolo (2009) mostra-nos que os cuidadores que participaram no seu estudo sentem que alguns familiares não ajudam tanto quanto desejariam. Segundo o autor, a esta circunstância pode estar subjacente uma diminuição da frequência de contactos, que pode ser explicada pelo grau de dependência elevado dos idosos.

De acordo com Figueiredo (2007), quando a situação do idoso assume um contorno de cronicidade e dependência, esta exerce um impacto negativo sobre a rede de suporte levando ao evitar dos contactos.

No nosso estudo, ao compararmos a sobrecarga dos cuidadores com a variável “*Ajuda dos Familiares*” apenas foi possível identificar diferenças significativas ($p < 0,05$) no item “*Suporte Familiar*” (SFam). Relativamente às redes de suporte informal (apoio social domiciliário) não foi possível identificar diferenças significativas ($p < 0,05$) em nenhum dos itens do QASCI.

Estes dados vêm evidenciar que para apesar da importância da ajuda das redes de suporte formal nos cuidados prestados, o que realmente permite reduzir a sobrecarga dos cuidados relaciona-se com o apoio e suporte que os familiares fornecem aos cuidadores idosos. Talvez o carácter fugaz da ajuda prestada pelos serviços de apoio domiciliário não permita ao cuidador perceber realmente os benefícios desse tipo de ajuda. Quando a ajuda dos familiares se faz sentir com maior

intensidade, cria-se um ambiente favorável ao cuidador, pois sente que tem sempre alguém na sua retaguarda para o amparar nas alturas que assim o exigir.

Fernandes *et al.* (2002) parecem também concordar com esta ideia na medida em que referem que se a estrutura familiar for sólida e houver entreadajuda, todos beneficiarão, principalmente o doente.

- **Influência do Tempo de Cuidados na Sobrecarga do Cuidador Informal Idoso**

Cattani & Girardon-Perlini (2004) salientam que o exercício de cuidar de idosos dependentes é uma aprendizagem constante, baseado nas necessidades físicas e biológicas do idoso e de acordo com o seu grau de dependência. E muitas vezes esta tarefa torna-se difícil pela inexperiência do cuidador para atender a todas as requisições de forma eficaz, que só o evoluir do tempo lhes permite aprimorar as suas competências enquanto cuidador e contornar as adversidades com maior agilidade.

Tendo em conta esta ideia, surgiu como um dos objectivos deste estudo perceber se a longevidade da tarefa do cuidar influencia a sobrecarga dos cuidados.

No nosso estudo, tal como referimos anteriormente (4.1.6) a amostra foi dividida em três classes, onde temos os que desempenham a função há menos de 1 ano, os que são cuidadores entre um a cinco anos e aqueles que já são há mais de cinco anos.

Foi feita uma comparação das médias obtidas em cada um dos itens do QASCI com o tempo que os cuidadores já desempenham a função de cuidadores, no entanto, não foi possível encontrar diferenças significativas ($p < 0,05$) em nenhum deles.

Estes dados levam-nos a reflectir que, com base na nossa população, a longevidade da função como cuidador informal parece não influenciar a sobrecarga dos cuidados.

Resultado idêntico foi obtido por Pereira (2009) quando nos refere que o tempo como cuidador não se associa com a sobrecarga física, emocional e social. Assim, seria de esperar que, à medida que o tempo avança o cuidador se adaptasse à situação e os níveis de sobrecarga fossem diminuindo, no entanto, no entender do referido autor, este processo parece não ser tão linear.

Freitas *et al.* (2002) assume uma opinião análoga e refere que as exigências no cuidar parecem ser mais fortes no início de cada nova actividade, porém o nível da sobrecarga pode estabilizar-se ou até mesmo diminuir com o decorrer do tempo, em virtude de uma variedade de processos que ocorrem na vida do cuidador, tais como aprender a desempenhar as tarefas, reorganizar-se de acordo com suas disponibilidade ou estabelecer novos níveis de adaptação para comportamentos e estados psicológicos, não esquecendo que evolução da doença ou da dependência do idoso pode ocasionar mudanças no curso das exigências sobre o cuidador informal.

- **Influência da Duração dos Cuidados na Sobrecarga do Cuidador Informal Idoso**

Como vimos, cuidar de um doente dependente pode traduzir um trabalho árduo e exigente, tanto do ponto de vista físico como emocional, no entanto, não podemos deixar de lado o tempo que os cuidadores despendem diariamente para cuidar do seu familiar. O tempo das suas vidas que utilizam no cuidado ao idoso, que poderiam utilizar noutras actividades e não o fazem em nome da tarefa pela qual estão responsáveis.

Santos (2008) acrescenta que, embora o apoio informal seja extremamente importante para o idoso que se encontra dependente, o facto desses cuidados se prolongarem durante as 24 horas do dia, acaba por se tornar numa tarefa bastante desgastante que se poderá tornar insustentável para os cuidadores.

Tendo isto em linha de conta, achamos que seriam pertinente analisar de que forma o tempo que os cuidadores despendem semanalmente para cuidar do seu familiar afecta a sobrecarga dos seus cuidados.

Como foi referido anteriormente (4.1.6.), foram criados dois grupos onde se inseriam os que dedicam até 41h/semana aos cuidados e os despendem mais de 41h/semana nos cuidados ao seu familiar, e foi feita uma comparação com os resultados obtidos a partir do QASCI. Nesse sentido, foi possível encontrar diferenças significativas ($p < 0,05$) nos itens relacionados com a “*Sobrecarga Emocional*” (SE) e com as “*Implicações na Vida Pessoal*” (IVP).

Estes resultados, ao afectarem as “*Implicações na Vida Pessoal*” (IVP) parecem indicar que um maior investimento temporal no cuidar se associa, então, ao aumento da percepção de falta de tempo para si, para actividades de lazer e para as relações sociais, que por sua vez, e como foi possível ver em testemunhos anteriores, podem afectar a parte emocional da pessoa, contribuindo assim para o aumento da “*Sobrecarga Emocional*” (SE).

Pereira (2009) parece concordar com isto, quando tenta explicar a contribuição do elevado número de horas dedicadas ao para a sobrecarga física, emocional e social dos cuidadores informais da dimensão “*Implicações na Vida Pessoal*” (IVP). Segundo ele, para além da contínua vigilância aos idosos, muitas vezes sem qualquer ajuda, associam-se outras actividades diárias com as quais se vê obrigado a fazer frente.

Santos (2004) parece ter a mesma opinião quando nos diz que, desta forma, as “*Implicações na Vida Pessoal*” constituem um factor fundamental na avaliação da sobrecarga.

Pereira (2009) para além de associar o número de horas dispendidas às “*Implicações na vida pessoal*” (IVP) faz também referência à “*Sobrecarga Financeira*” (SF), na medida em que o aumento do número de horas para além de parecer estar associado a maiores complicações ao nível da vida pessoal e social do cuidador, associa-se também a maiores dificuldades em termos económicos. No nosso estudo não foram encontradas diferenças significativas $p(<0,05)$ entre o tempo utilizado para os cuidados com a “*Sobrecarga Financeira*” (SF).

Foi referido por Pavarini *et al.* (2001) citado por Cattani & Girardon-Perlini (2004) a necessidade de mostrar aos cuidadores a importância do desenvolvimento de actividades físicas e de lazer e a importância de dedicar algum tempo para si, para que possam manter sua saúde física e mental integras.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Como vimos, o aumento do envelhecimento demográfico e as alterações verificadas na sociedade actual tem levantado alguns problemas, nomeadamente o aumento do número de doenças crónicas e incapacitantes na população idosa e uma incapacidade dos serviços formais para dar resposta a tão grande procura.

Nessa perspectiva, os cuidados informais surgem como uma opção válida neste panorama actual. No entanto, como verificamos, a disponibilidade dos familiares para assumirem o papel de cuidadores é cada vez menor, motivados pela emancipação do papel da mulher na sociedade actual, bem como pela facilidade de deslocação dos indivíduos, que tornam a distância física entre os familiares cada vez maior. Numa situação em que um idoso fica dependente, muitas vezes a pessoa que fica responsável pelos cuidados acaba por ser o cônjuge, também ele idoso.

Nesta perspectiva, foi elaborado este estudo que nos permitiu perceber qual a sobrecarga física, emocional e social dos cuidadores informais idosos.

As limitações sentidas no decurso deste estudo são comuns à grande parte dos estudos de carácter científico. De salientar o facto de ter sido um pouco difícil aceder a famílias que possuíssem as características necessárias para integrarem a amostra deste estudo (pessoas com 60 ou mais anos de idade responsáveis pelos cuidados informais de outra pessoa também ela com 60 ou mais anos de idade). A ajuda de amigos e conhecidos que me fizeram chegar esses casos, foi fundamental para conseguir uma amostra significativa para o estudo.

Assim, e tendo por base os dados obtidos, percebemos que, de um modo geral, os cuidadores informais idosos não evidenciam sinais de sobrecarga física, emocional

e social. Ainda assim, tentamos perceber a influência de alguns factores na sobrecarga dos cuidadores.

Assim, conseguimos perceber que quanto maior a dependência dos idosos, maior é a “*Sobrecarga Emocional*” (SE) e as “*Implicações na Vida Pessoal*” (IVP) dos cuidadores informais idosos.

No que se refere ao sexo do cuidador, foi possível analisar que o sexo masculino apresenta uma maior sobrecarga no item relacionado com os “*Mecanismos de Eficácia e Controlo*” (MEC), evidenciando a maior dificuldade dos indivíduos do sexo masculino em encontrar mecanismos de *coping* eficazes para fazer frente às adversidades.

Verificamos que a variável “*Ajuda dos Familiares*” permite reduzir a sobrecarga dos cuidados, no item relacionado com o “*Suporte Familiar*” (SFam), ao passo que o “*Apoio Social Domiciliário*” parece não trazer alterações nos níveis de sobrecarga dos cuidadores.

Relativamente aos tempos de cuidados, verificámos que a longevidade do papel parece não afectar a sobrecarga dos cuidados. No entanto, quando analisada a duração dos cuidados percebemos que uma maior sobrecarga do horário dos cuidados (>41h/semana) se relaciona uma maior sobrecarga em termos emocionais (“*Sobrecarga Emocional*”) e nas “*Implicações da Vida Pessoal*” dos cuidadores informais idosos.

Outro dado interessante, e que foi de encontro à grande maioria dos estudos passou pela predominância do sexo feminino na assumpção dos cuidados informais, tal como foi verificado na grande maioria dos estudos analisados.

Embora já existam outros estudos dentro da mesma temática, esta investigação pretendeu, mais uma vez, dar visibilidade a um problema da actualidade que deverá

ser alvo da maior atenção e intervenção não só dos profissionais da área, como também por parte de toda a sociedade.

É fundamental valorizar a valiosa ferramenta que dispomos, quando falamos dos cuidados informais, na medida em que se por um lado permite aliviar os sistemas de ajuda formal, cada vez mais sobrecarregados, por outro possibilita ao idoso dependente uma etapa final da sua vida inserido naquele que sempre foi o seu meio de convivência.

A nós, enquanto profissionais da área, cabe-nos o papel de promovermos o bem-estar dos cuidadores informais, criando estruturas e serviços de apoio a estas pessoas que dedicam maior parte do seu tempo ao cuidado do seu familiar. Às famílias cabe o papel de dar todo o suporte e reconhecimento pelo trabalho efectuado por estes indivíduos. Pois só com cuidadores felizes e empenhados é possível obterem-se cuidados de excelência.

BIBLIOGRAFIA

- Andrade, F. M. (2009). *O cuidado informal à pessoa idosa dependente em contexto domiciliário: necessidades educativas do cuidador*. Dissertação de Mestrado em Ciências de Educação, Instituto de Educação e Psicologia, Universidade do Minho, Braga.
- Arantes, P. (2003). Perspectiva Holística do Idoso: Uma Visão Necessária. *Revista Sinais Vitais*, 48, 62-66.
- Barbosa, A. L. (2009). *Cuidado Informal no Fim de Vida: stress e coping em cuidadores primários e secundários*. Dissertação de Mestrado em Gerontologia, Secção Autónoma de Ciências da Saúde, Universidade de Aveiro.
- Benhamou, R. (s.d.). *Avaliar a dependência dos idosos. Proposta de uma escala de avaliação rápida e global*. Lisboa: Direcção Geral de Saúde.
- Bocchi, S. (2004). Vivenciando a sobrecarga ao vir a ser um cuidador familiar de pessoa com acidente vascular cerebral (AVC): Uma análise de conhecimento. *Revista Latino em Enfermagem*, 12, 115-21.
- Botelho, M. (2008). *Idoso que cuida de idosa*. Dissertação de Mestrado em Ciências de Enfermagem, Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar, Universidade do Porto.
- Bris, H. (1994). *Responsabilidade familiar pelos dependentes idosos nos países das comunidades europeias*. [Em linha]. Disponível em www.ces.pt/download/600/RespFamDepIdosos.pdf. [Consultado a 02/03/2011].

- Brito M. (2003). *Cuidar da pessoa idosa em casa: Uma perspectiva dos prestadores de cuidados formais*. Dissertação de Mestrado em Comunicação em Saúde, Universidade Aberta, Lisboa.
- Brito, L. (2002). *A Saúde Mental dos Prestadores de Cuidados e Familiares Idosos*. Coimbra: Quarteto.
- Carneiro, D. (2009). *Mudanças no sistema familiar após surgimento da doença crónica*. [Em linha]. Disponível em <http://www.psicologia.com.pt/artigos/textos/A0507.pdf>. [Consultado a 02/03/2011].
- Carrilho, M. J. & Patrício, L. (2005). A situação Demográfica Recente em Portugal. *Revista Estudos Demográficos*, 40, 111-140.
- Carrilho, M.J. & Patrício, L. (2010). A Situação Demográfica Recente em Portugal. *Revista Estudos Demográficos*, 48, 101-145.
- Casanovas, G. L. & Marín, D. C. (2001). *Vejez, dependencia y cuidados de larga duración. Situación actual y perspectivas de futuro*. Colección Estudios Sociales. Barcelona: Fundación La Caixa.
- Cattani, R. & Girardon-Perlini, N. (2004). Cuidar do idoso doente no domicílio na voz de cuidadores familiares. *Revista Eletrônica de Enfermagem*, 6 (2), 254-271. [Consultado a 04/04/2011, em www.fen.ufg.br].
- Cerrato, I. & Baltar, A. (2004). Una vision psicosocial de la dependencia - Desafiando la perspectiva tradicional. *Boletín sobre el envejecimiento*, 13, 1-16.

- Coelho, E.; Magalhães, M.; Peixoto, J. & Bravo, J.(2008). *Projeções de População Residente em Portugal 2008-2060*. Lisboa: Instituto Nacional de Estatística, IP.
- Collière, M.F. (1999). *Promover a Vida: Da prática das mulheres de virtude aos cuidados de Enfermagem*. Lidel: Coimbra.
- D’Ancona, M. A. (2004). *Métodos de encuesta. Teoría y práctica, errores e mejoras*. Madrid: Editorial Síntesis.
- D'Ancona, M. A. (2001). *Metodologia Cuantitativa: Estrategias e técnicas de investigación social* (3ª Edição). Madrid: Editorial Síntesis.
- Fernandes, M., Pereira, M., Ferreira, M., Machado, R. & Martins, T. (2002). Sobrecarga física, emocional e social dos cuidadores informais de doentes com AVC. *Sinais Vitais*, 43, 31-35.
- Ferreira, A. (2010). *Qualidade de Vida e Espiritualidade em Idosos com Dor Crónica*. Dissertação de Mestrado em Gerontologia, Secção Autónoma de Ciências da Saúde, Universidade de Aveiro.
- Ferreira, M. (2002). *O Utente idoso conhecer para melhor comunicar e intervir*. Dissertação de Mestrado em Comunicação em Saúde, Universidade Aberta, Lisboa
- Ferreira, P. R. & Nogueira, D. (2006) – *Avaliação multidimensional em idosos*. Coimbra: Mar da Palavra Edições.
- Ferreira, S. (2008). *Papel do cuidador informal ao idoso com doença de Alzheimer*. Dissertação de Mestrado em Gerontologia, Secção Autónoma de Ciências da Saúde, Universidade de Aveiro.

- Figueiredo, D. (2007). *Prestação familiar de cuidados a idosos dependentes com e sem dependência*. Dissertação de Doutoramento em Ciências da Saúde, Secção Autónoma de Ciências da Saúde, Universidade de Aveiro.
- Figueiredo, D. & Sousa, L. (2008). Percepção do estado de saúde e sobrecarga em cuidadores familiares de idosos dependentes com e sem demência. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, 26 (1), 15-24.
- Fonseca, A. M. (2004). *Uma abordagem psicológica*. Lisboa: Universidade Católica Portuguesa.
- Fontaine, R. (2000). *Psicologia do envelhecimento*. Lisboa: Climepsi.
- Fortin, F. (1999). *O Processo de Investigação: da concepção à realização*. Loures: Lusociência.
- Freitas, E. V.; et al. (2002). *Tratado de Geriatria e Gerontologia*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan.
- Gonçalves, C. & Carrilho, M. J. (2007). Envelhecimento crescente mas espacialmente desigual. *Revista Estudos Demográficos*, 40, 21-37.
- Hawranik, P. & Strain, L. (2000). Health of Informal Caregivers: Effects of Gender, Employment, and Use of Home Care Services. [Em linha]. Disponível em http://www.pwhce.ca/pdf/informal-care/informal_report.PDF. [Consultado a 28/03/2011].
- Hespanha, M. J. (1994). Os Sistemas Informais de Apoio aos Idosos – Um Estudo de Caso. In *Envelhecer: Os Desafios do Século XXI* (pp. 103-107). Porto.
- Hill, R.D.; Thorn, B.L.; Bowling, J. & Morrisson, A. (2002). *Geriatric Residential Care*. New Jersey: Lawrence Erlbaum Associates.

- Ho, S.; Chan, A.; Lau, J. & Woo, J. (2007). *A Study of informal caregivers and the association of caregiving status with health and quality of life*. [Em linha]. Disponível em http://www.hkmj.org/supplements/article_pdfs/hkm0710sp5p4.pdf. [Consultado a 15/04/2011].
- Hortelão, A. P. (2003). *Qualidade de vida e envelhecimento: Estudo comparativo de idosos residentes a comunidade e idosos institucionalizados na região de Lisboa*. Dissertação de Mestrado, Universidade Aberta, Lisboa.
- Imaginário, C. (2004). *Idoso dependente em contexto familiar – Uma análise da visão da família e do cuidador principal*. Coimbra: Formasau.
- Instituto Nacional de Estatística (2002). *O Envelhecimento em Portugal: Situação Demográfica e Sócio-Económica recente das pessoas idosas*. Lisboa: Instituto Nacional de Estatística, IP.
- Jesus, M. (2008). *Orientações Técnicas para os Cuidadores Informais na Área dos Cuidados Continuados*. Pós-graduação em Cuidados Continuados de Saúde, Universidade Atlântica, Funchal.
- José, J.; Wall, K. & Correia, S. (2004). Trabalhar e cuidar de um idoso dependente: problemas e soluções in *V Congresso de Sociologia - Sociedades Contemporâneas Reflexividade e Acção - Atelier Famílias (pp.1-13)*. Braga: Universidade do Minho.
- Kerlinger, F. & Lee, H. (2002). *Investigación del comportamiento*. México: McGraw-Hill.
- Lemos, M. (2005). *As Misericórdias Portuguesas na Assistência aos Idosos*. Lisboa: Fundação Oriente.

- Lezaun, J. & Salanova, M. (2001). *Apoyo Informal y Demencias: ¿Es Posible Descubrir Nuevos Caminos?* [Em linha]. Disponível em http://ccp.ucr.ac.cr/bvp/pdf/vejez/matia-apoyo_informal.pdf. [Consultado a 02/02/2011].
- Martín, I.; Paúl, C. & Roncon, J. (2000). Estudo da adaptação e validação da Escala de Avaliação de Cuidadores Informais. *Psicologia, Saúde e Doenças*, 3-9.
- Martinez, J. L. (2005). *Entrenamiento en manejo del estrés en cuidadores de familiares mayores dependientes: desarrollo y evaluación de la eficacia de un programa*. Dissertação de Doutoramento, Facultad de Psicología, Universidad Complutense de Madrid.
- Martins, R. (2005). A Relevância do Apoio Social na Velhice. *Millenium - Revista do ISPV*, 128-134.
- Martins, T.; Ribeiro, J. & Garret, C. (2003). Estudo da Validação do Questionário de Avaliação da Sobrecarga para Cuidadores Informais. *Psicologia, Saúde e Doenças*, 131-148.
- Martins, T.; Ribeiro, J. & Garrett, C. (2004). Questionário de Avaliação da Sobrecarga do Cuidador Informal - Reavaliação das Propriedades Psicométricas. *Referência*, 11, 17-31.
- Mayor, M. S.; Ribeiro, Ó. & Amado, J. N. (2010). Cuidadores de Pessoas com Demência - Cuidados Continuados in *VII Simpósio Nacional de Investigação em Psicologia*. Braga: Universidade do Minho.
- Mayor, M. S.; Ribeiro, Ó. & Paúl, C. (2009). Estudo Comparativo: Percepção da Satisfação de Cuidadores de Pessoas com Demência e Cuidadores de pessoas com

- AVC. *Revista Latino-Americana*, 17(5), [Consultado em 14/01/2011 em Rev Latino-Am. Enfermagem].
- Ministérios do Trabalho e da Segurança Social (2006). Rede Nacional de Cuidados Continuados. [Em linha]. Disponível em http://www.rncci.min-saude.pt/SiteCollectionDocuments/Glossario_RNCCI.pdf. [Consultado a 06/01/2011].
 - Nogueira, M.(2007). *Necessidades da Família no Cuidar: Papel do Enfermeiro*. Dissertação de Mestrado em Ciências de Enfermagem, Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar, Universidade do Porto.
 - Oliveira, A. L. (2009). *Cuidados Informais ao Idoso Dependente: Motivos e gratificações*. Dissertação de Mestrado em Gerontologia, Secção Autónoma de Ciências da Saúde, Universidade de Aveiro.
 - ONU (2008). *World Population Prospects, the 2008 Revision*. [Em linha]. Disponível em <http://esa.un.org/wpp/Other-Information/faq.htm>. [Consultado em 02/12/2010].
 - Páscoa, P. (2008). *A importância do envelhecimento activo na saúde do idoso*. Dissertação de Licenciatura em Enfermagem, Faculdade de Ciências da Saúde/Escola Superior de Saúde, Universidade Fernando Pessoa, Porto.
 - Paúl, C., Fonseca, A. (2001). *Psicossociologia da saúde*. Lisboa: Climepsi Editores.
 - Pereira, A. S. (2008). *Cuidadores Familiares e Idosos Dependentes: Perfil, Motivos e Satisfação com a Vida*. Dissertação de Mestrado em Gerontologia, Secção Autónoma de Ciências da Saúde, Universidade de Aveiro.

- Pereira, M. F. (2009). *Cuidadores Informais de Doentes de Alzheimer: Sobrecarga Física, Emocional e Social e Psicopatologia*. Dissertação de Mestrado em Ciências de Enfermagem, Instituto de Ciências Abel Salazar, Universidade do Porto.
- Pimentel, L. (2005). *O lugar do idoso na família*. Coimbra: Quarteto.
- Pinto, C. (2008). *Razão e Sensibilidade no Cuidado Informal - Narrativas de Homens Idosos Cuidadores*. Dissertação de Mestrado em Gerontologia, Secção Autónoma de Ciências da Saúde, Universidade de Aveiro.
- Polit, D. F.; Beck, C. T. & Hungler, B. P. (2004). *Fundamentos de pesquisa em enfermagem: métodos, avaliação e utilização* (5ª Edição). Porto Alegre: Artmed.
- Quivy, R. & Campenhout, L. (2005). *Manual de investigação em ciências sociais*. Lisboa: Gradiva.
- Rafart, J. V. (2001). Epidemiologia general de las enfermedades crónicas. Estratégias de prevención. In P. Gil (ed.), *Medicina Preventiva y Salud Pública* (pp. 647-662). Barcelona: Masson.
- Rezende, C. B. (2008). *A velhice na Família: Estratégias de Sobrevivência*. Dissertação de Mestrado em Serviço Social e Sociedade, Faculdade de História, Direito e Serviço Social, Universidade Estadual Paulista "Júlio de Mesquita Filho", Petróglia.
- Rolo, L. (2009). *Sobrecarga e Satisfação com a Vida*. Dissertação de Mestrado em Gerontologia, Secção Autónoma de Ciências da Saúde, Universidade de Aveiro.
- Romão, A. & Pereira, A. (2008). Cuidadores Informais de Idosos - Conhecer os colaboradores da SCML. *Cidade Solidária*, 40-43.

- Santos, A. (2004). *Acidente Vascular Cerebral: Qualidade de vida e bem-estar dos doentes e familiares cuidadores*. Dissertação de Doutoramento em Psicologia, Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação, Universidade do Porto.
- Santos, D. (2008). *As vivências do cuidador informal na prestação de cuidados ao idoso dependente - Um estudo no Concelho da Lourinhã*. Dissertação de Mestrado em Comunicação em Saúde, Universidade Aberta, Lisboa.
- Saraiva, S. (2008). *O cuidador informal ao idoso dependente*. Dissertação de Mestrado em Gerontologia, Secção Autónoma de Ciências da Saúde, Universidade de Aveiro.
- Silva, J. (2006). *Quando a vida chegar ao fim – Expectativas do idoso Hospitalizado e Família*. Loures: Lusociência.
- Silva, M.; Marques, M. & Da Silva, B. (2009). Evaluación de la Presencia del Síndrome de Bournout en Cuidadores de Ancianos. *Enfermería Global*, 16, 1-11.
- Sousa, L.; Figueiredo, D. & Cerqueira, M. (2004). *Envelhecer em Família – Os cuidados familiares na velhice*. Porto: Âmbar.
- Spar, J. & La Rue, A. (2005). *Guia Prático de Psiquiatria Geriátrica*. Lisboa: Climepsi Editores.
- Streubert, H. & Carpenter, H. (2002). *Investigação Qualitativa em Enfermagem: Avançando o Imperativo Humanista* (2ª Edição). Loures: Lusociência.
- Zukewich, N. (2003). *Unpaid informal caregiving*. [Em linha]. Disponível em http://thesurvey.womenshealthdata.ca/pdf_files/6622.pdf. [Consultado a 28/03/2011].

ANEXOS

ANEXO I

“INSTRUMENTO DE RECOLHA DOS DADOS”



No âmbito do Mestrado em Gerontologia Social Aplicada, da Universidade Católica Portuguesa - Faculdade de Ciências Sociais, Centro Regional de Braga, está a ser desenvolvido um estudo sobre *“Quando o Cuidador é Idoso – Impacto Físico, Social e Emocional do Cuidador Informal Idoso”*. Para este estudo será feita uma recolha de dados, para a qual se solicita a sua colaboração através do preenchimento do presente questionário.

Todos os dados recolhidos são confidenciais e serão utilizados somente nesta investigação.

Obrigado pela sua disponibilidade e colaboração!

Questionário ao Cuidador Informal

N.º Questionário: _____ Localidade: _____

Data de Recolha dos Dados ___ / ___ / _____

Parte I

Esta primeira parte será destinada à recolha de **dados sociodemográficos** do prestador de cuidados informais. Coloque uma cruz no quadrado que estiver de acordo com a sua situação.

1. Sexo:

Masculino

Feminino

2. Idade: _____

3. Estado Civil:

Solteiro(a)

União de Facto

Separado(a)

Casado(a)

Divorciado(a)

Viúvo(a)

4. Habilitações Literárias:

Não frequentou a escola

3º Ciclo do Ensino Básico (9º ano)

1º Ciclo do Ensino Básico (4ª Ano)

Ensino Secundário (12º ano)

2º Ciclo do Ensino Básico (6º Ano)

Ensino Superior

5. Situação Profissional

- | | | | |
|------------------------------|--------------------------|----------------------------|--------------------------|
| Empregado(a) a tempo inteiro | <input type="checkbox"/> | Doméstica | <input type="checkbox"/> |
| Empregado(a) a tempo parcial | <input type="checkbox"/> | Reformado(a) / Pensionista | <input type="checkbox"/> |
| Desempregado | <input type="checkbox"/> | Outra | <input type="checkbox"/> |

6. Relação com a pessoa a quem presta os cuidados informais:

- | | | | |
|------------------------|--------------------------|--------------------|--------------------------|
| Cônjuge | <input type="checkbox"/> | Genro | <input type="checkbox"/> |
| Companheiro (a) | <input type="checkbox"/> | Nora | <input type="checkbox"/> |
| Filho (a) | <input type="checkbox"/> | Amigo (a) | <input type="checkbox"/> |
| Irmão (ã) | <input type="checkbox"/> | Vizinho (a) | <input type="checkbox"/> |
| Neto (a) | <input type="checkbox"/> | Outra | <input type="checkbox"/> |

7. Há quanto tempo está responsável pela prestação dos cuidados à pessoa em questão?

- | | | | |
|---------------------------|--------------------------|-------------------------|--------------------------|
| Menos de 6 meses | <input type="checkbox"/> | Entre 1 a 5 anos | <input type="checkbox"/> |
| Entre 6 e 12 meses | <input type="checkbox"/> | Mais de 5 anos | <input type="checkbox"/> |
- Quantos?** _____

8. Em média, quantas horas por semana dedica à prestação de cuidados à pessoa em causa?

- | | | | |
|---------------------|--------------------------|------------------------|--------------------------|
| 0 a 8 horas | <input type="checkbox"/> | 21 a 40 horas | <input type="checkbox"/> |
| 9 a 20 horas | <input type="checkbox"/> | Mais de 41horas | <input type="checkbox"/> |

9. Mais alguém colabora na prestação dos cuidados à pessoa idosa? (Ex. parentes, amigos ou vizinhos) Se sim, quem o faz?

- Não**
- Sim** **Quem?** _____

10. Tem apoio Social Domiciliário?

- Não**
- Sim**

Avaliação do Impacto Físico, Emocional, Social do papel de Cuidador Informal (QASCI)

No quadro seguinte será apresentada uma lista de situações que outras pessoas, que prestam cuidados a familiares doentes, consideram importantes. Reportando-se às últimas quatro semanas, por favor indique a frequência com que as seguintes situações ocorreram consigo.

Nota: Quanto maior o número, maior será a sobrecarga sobre o cuidador. Os três últimos itens (Mecanismos de Eficácia e Controlo, Suporte Familiar, Satisfação com o Papel e com o Familiar) são cotados de forma inversa.

Sobrecarga Emocional	Não Nunca	Raramente	Às vezes	Quase sempre	Sempre
1- <u>Sente vontade de fugir da situação</u> em que se encontra?	1	2	3	4	5
2- Considera que, <u>tomar conta do seu familiar, é psicologicamente difícil</u> ?	1	2	3	4	5
3- <u>Sente-se cansado(a) e esgotado(a)</u> por estar a cuidar do seu familiar?	1	2	3	4	5
4- <u>Entra em conflito consigo própria</u> por estar a tomar conta do seu familiar?	1	2	3	4	5
Implicações na Vida Pessoal	Não Nunca	Raramente	Às vezes	Quase sempre	Sempre
5- Sente que o seu estado de saúde <u>tem piorado</u> por estar a cuidar do seu familiar?	1	2	3	4	5
6- Cuidar do seu familiar tem exigido um <u>grande esforço físico</u> ?	1	2	3	4	5
7- <u>Sente que perdeu o controlo da sua vida</u> desde que o seu familiar adoeceu?	1	2	3	4	5
8- <u>Os planos</u> que tinha feito para esta fase da vida <u>têm sido alterados</u> em virtude de estar a cuidar do seu familiar?	1	2	3	4	5
9- <u>Considera que dedica demasiado tempo a cuidar do seu familiar</u> e que o tempo é insuficiente para si?	1	2	3	4	5
10- Sente que a vida lhe pregou uma partida?	1	2	3	4	5
11- <u>É difícil planear o futuro</u> , dado que as necessidades do seu familiar são imprevisíveis?	1	2	3	4	5
12- Tomar conta do seu familiar dá-lhe a <u>sensação de estar preso(a)</u> ?	1	2	3	4	5
13- <u>Evita convidar os amigos para a sua casa</u> devido ao problema do seu familiar?	1	2	3	4	5
14- A sua vida social tem sido <u>prejudicada</u> por estar a cuidar do seu familiar?	1	2	3	4	5
15- <u>Sente-se isolado(a)</u> por estar a cuidar do seu familiar?	1	2	3	4	5

Sobrecarga Financeira	Não Nunca	Raramente	Às vezes	Quase sempre	Sempre
16- <u>Tem sentido dificuldades económicas</u> por estar a tomar conta do seu familiar?	1	2	3	4	5
17- Sente que o seu <u>futuro económico é incerto</u> por estar a cuidar do seu familiar?	1	2	3	4	5
Reacções e Exigências	Não Nunca	Raramente	Às vezes	Quase sempre	Sempre
18- Já se <u>sentiu ofendido(a) e zangado(a)</u> com o comportamento do seu familiar?	1	2	3	4	5
19- Já se <u>sentiu embaraçado(a)</u> com o comportamento do seu familiar?	1	2	3	4	5
20- Sente que o seu familiar a(o) <u>solicita demasiado para situações desnecessárias?</u>	1	2	3	4	5
21- Sente-se manipulado(a) pelo seu familiar?	1	2	3	4	5
22- Sente que <u>não tem tanta privacidade</u> como gostaria, por estar a cuidar do seu familiar?	1	2	3	4	5
Mecanismos de Eficácia e Controlo	Sempre	Quase Sempre	Às Vezes	Raramente	Nunca
23- <u>Consegue fazer a maioria das coisas que necessita</u> , apesar do tempo que gasta a tomar conta do seu familiar?	1	2	3	4	5
24- Sente-se <u>com capacidade para continuar</u> a tomar conta do seu familiar por muito mais tempo?	1	2	3	4	5
25- Considera que tem <u>conhecimentos e experiência</u> para cuidar do seu familiar?	1	2	3	4	5
Suporte Familiar	Sempre	Quase Sempre	Às Vezes	Raramente	Nunca
26- A família (que não vive consigo) <u>reconhece o trabalho</u> que tem, em cuidar do seu familiar?	1	2	3	4	5
27- Sente-se apoiado(a) pelos seus familiares?	1	2	3	4	5
Satisfação com o papel e com o familiar	Sempre	Quase Sempre	Às Vezes	Raramente	Nunca
28- Sente-se bem por estar a tomar conta do seu familiar?	1	2	3	4	5
29- O seu familiar <u>mostra gratidão</u> pelo que está a fazer por ele?	1	2	3	4	5
30- <u>Fica satisfeito(a)</u> quando o seu familiar <u>mostra agrado pelas pequenas coisas</u> (Ex: Gestos de carinho)?	1	2	3	4	5
31- <u>Sente-se mais próximo(a)</u> do seu familiar por estar a cuidar dele?	1	2	3	4	5
32- Cuidar do seu familiar tem vindo a <u>aumentar a sua auto-estima</u> , fazendo-o sentir-se uma especial e com valor?	1	2	3	4	5

QUESTIONÁRIO AO DESTINATÁRIO DOS CUIDADOS INFORMAIS – MINI DEPENDANCE ASSESSEMENT (MDA)

Esta terceira parte está reservada ao destinatário dos cuidados informais. Como forma de avaliar o seu grau de dependência, será aplicado o **Mini Dependence Assessment (MDA)**. Para isso escolha o número da opção que mais se aproxima da realidade da pessoa em causa.

1. Sexo:

Masculino

Feminino

2. Idade: _____

3. Grau de dependência (Escala de MDA): _____

I - ACTIVIDADES CORPORAIS	III - ACTIVIDADES SENSORIAIS
<p>a - Alimentação <input type="checkbox"/></p> <p>0 = Alimenta-se normalmente 1 = Necessita parcialmente de auxílio ou de alimentação triturada 2 = Necessidade total de ajuda humana ou de alimentação artificial (sonda, perfusão)</p> <p>b - Higiene <input type="checkbox"/></p> <p>0 = Faz a sua higiene normalmente 1 = Necessita de ajuda parcial 2 = Necessidade de ajuda total</p> <p>c - Eliminação <input type="checkbox"/></p> <p>0 = Micção e defecação normal 1 = Incontinência urinária e fecal ocasional 2 = Incontinência urinária e fecal permanente (algália ou doente ostomizado) <input type="checkbox"/></p> <p style="text-align: right;">Sub-total <input type="checkbox"/></p>	<p>a - Fala <input type="checkbox"/></p> <p>0 = Expressão verbal perfeita 1 = Dificuldade em falar 2 = Dificuldade na compreensão ou afasia</p> <p>b - Visão (+ - correcção) <input type="checkbox"/></p> <p>0 = Normal 1 = Má 2 = Muito má ou cegueira</p> <p>c - Audição <input type="checkbox"/></p> <p>0 = Normal 1 = Má 2 = Muito má ou surdez <input type="checkbox"/></p> <p style="text-align: right;">Sub-total <input type="checkbox"/></p>
II - ACTIVIDADES LOCOMOTORAS	IV - ACTIVIDADES MENTAIS
<p>a - Transferência (subir ou descer da cama) <input type="checkbox"/></p> <p>0 = Efectua-se normalmente 1 = Necessita de ajuda parcial ou de apoio 2 = Necessidade de ajuda total</p> <p>b - Deslocação (no domicílio ou no exterior) <input type="checkbox"/></p> <p>0 = Efectua-se normalmente 1 = Necessita de ajuda humana ou técnica 2 = Necessidade de uma cadeira de rodas ou impossibilidade de deslocação</p> <p>c - Espaço de vida (+ - ajuda humana ou técnica) <input type="checkbox"/></p> <p>0 = Possível no exterior ou em casa 1 = Limitado ao Domicílio 2 = Limitado à cama <input type="checkbox"/></p> <p style="text-align: right;">Sub-total <input type="checkbox"/></p>	<p>a - Memória <input type="checkbox"/></p> <p>0 = Normal 1 = Esquecimentos mais ou menos frequentes 2 = Esquecimentos muito frequentes ou amnésia</p> <p>b - Comportamento <input type="checkbox"/></p> <p>0 = Normal 1 = Perturbações minor : teimosia, emotividade, lamentações 2 = Perturbações major : agitação, desorientação, fuga</p> <p>c - Humor <input type="checkbox"/></p> <p>0 = Normal 1 = Tristeza ou irritabilidade 2 = Apatia ou agressividade <input type="checkbox"/></p> <p style="text-align: right;">Sub-total <input type="checkbox"/></p>