

INSTITUTO POLITÉCNICO DE BEJA

Escola Superior de Educação

Curso de Mestrado em Psicogerontologia Comunitária

Projeto de intervenção “Pintar Sorrisos”

Vivências subjetivas na arte de cuidar idosos no seio familiar:

O impacto psicossocial da prestação de cuidados no bem-estar

subjetivo dos cuidadores informais

Daniela Cristina Baião Góis, nº 11860

Beja

2017

INSTITUTO POLITÉCNICO DE BEJA

Escola Superior de Educação

Curso de Mestrado em Psicogerontologia Comunitária

Projeto de intervenção “Pintar Sorrisos”

Vivências subjetivas na arte de cuidar idosos no seio familiar:

**O impacto psicossocial da prestação de cuidados no bem-estar
subjetivo dos cuidadores informais**

**Projeto de intervenção realizado no âmbito da unidade curricular de Projeto de
Intervenção, apresentado na Escola Superior de Educação de Beja do Instituto
Politécnico de Beja**

Elaborado por:

Daniela Cristina Baião Góis, nº 11860

Orientado por:

Professor Doutor José Pereirinha Ramalho

Coorientado por:

Professora Doutora Ana Isabel Lapa Fernandes

Beja

2017

Resumo

A presente investigação teve como principal objetivo compreender o impacto psicossocial da prestação de cuidados no bem-estar subjetivo dos cuidadores informais de idosos (dependentes), no contexto da organização familiar contemporânea. Para tal, e com o intuito de atingir o objetivo, a amostra não aleatória por conveniência, foi constituída por dez unidades amostrais recolhidas na valência de Serviço de Apoio Domiciliário da Santa Casa da Misericórdia de Portel. Esta amostra não intencional caracterizou-se por cinco participantes ativos profissionalmente e os outros que constituíam o grupo dos reformados. Através desta divisão, e através de uma metodologia quanti-qualitativa pode-se concluir que em todos os instrumentos utilizados (entrevista semiestruturada, SWLS e PANAS VRP) os participantes que construíam o grupo dos ativos profissionalmente apresentaram resultados menos favoráveis que os cuidadores do grupo dos reformados. Considerando os resultados obtidos, os mesmos podem ser justificados pelo facto de aos cuidadores informais ativos profissionalmente, onde a predominância recai no género feminino, estar associada uma multiplicidade de tarefas que lhe estão incumbidas na sua rotina cotidiana, nomeadamente pelo facto de haver novas organizações familiares, onde a mulher aparece com um papel fortalecido na sociedade, devido à sua emancipação social e sexual. Contudo, apesar do estatuto mais igualitário entre géneros, a mulher continua mais sobrecarregada, concluindo-se também que as novas formas de organização familiar influenciam negativamente a avaliação global que os indivíduos realizam sobre a sua vida. Face ao explanado, foi delineada uma proposta de um projeto de intervenção, o qual tem o intuito de contribuir para o bem-estar subjetivo dos cuidadores informais, sobretudo, os que se encontram em idade ativa, bem como para o apoio e valorização destes, através de uma intervenção pluridisciplinar, assente nos valores da parceria e do respeito pela dignidade humana.

Palavras-chave: cuidadores informais; suporte familiar; bem-estar subjetivo; prestação de cuidados; velhice; dependência.

Abstract

The following research primarily aimed to understand the psychosocial influence of care giving on the subjective well-being of informal caregivers of the (dependent) elderly, in the contemporary family organization background. Thus, and in order to reach the objective, for convenience, the non-random sample was established by ten sample units collected in the Santa Casa da Misericórdia Domiciliary Support Service Unit of Portel. This unintentional sample was characterized by five professionally active participants and the rest party as part of the retired group. Through this division, and through a quantitative-qualitative methodology, it can be concluded that in all the used instruments (semi-structured interview, SWLS and PANAS VRP) the participants who were part of the group of professionally active assets presented less favourable results than the caregivers of the retired group. Bearing in mind the attained results, they can be justified by the fact that informal active caregivers, especially where there is a predominance of women, are associated with a multiplicity of tasks assigned to them in their daily routine, particularly because there are new family organizations, where women appear to have a reinforced role in society due to their social and sexual emancipation. However, it is still women who are mostly entrusted with a multiplicity of tasks, and it is also implied that the new forms of family organization negatively influence the overall assessment that individuals perform over their lives. In view of this explanation, a proposal for an intervention project was designed, which aims to contribute to the subjective well-being of informal caregivers, especially those who are in active age, as well as to support and value them, through a multidisciplinary intercession based on the values of partnership and respect for human dignity.

Key Words: informal caregivers; family support; subjective well-being; caregiving; old age; dependency.

Índice

Resumo	I
Abstract.....	II
Índice de quadros	V
Lista de siglas.....	VI
Introdução	1
1. Enquadramento teórico	4
1.1 O processo de envelhecimento.....	4
1.2 O ser idoso e as consequências da velhice	9
1.2.1 A dependência associada ao envelhecimento	10
1.3 A organização familiar e a sociedade contemporânea	15
1.3.1 Processo de transformação e evolução da estrutura/dinâmica familiar a par da sociedade contemporânea	17
1.3.2 Tipos de família na atualidade.....	19
1.4 O suporte familiar e o cuidado ao idoso dependente	23
1.4.1 Tornar-se cuidador: o processo	31
1.4.2 Perfil do cuidador (a).....	33
1.4.3 Dificuldades sentidas no cuidar do idoso dependente	36
1.5 O impacto psicossocial da prestação de cuidados no bem-estar subjetivo dos cuidadores informais	40
1.5.1 O reflexo da sobrecarga no cuidador face ao ato de cuidar.....	43
1.5.2 Satisfação do cuidador familiar face à tarefa de cuidar do idoso dependente	52
2. Enquadramento Empírico	55
2.1 Formulação do objeto de estudo	55
2.2 Definição de objetivos.....	57
2.3 Metodologia	58

2.4 Técnicas e instrumentos de recolha de dados	59
2.5 População-alvo e constituição da amostragem	63
2.6 Procedimentos inerentes à realização da investigação	66
2.7 Apresentação e análise dos resultados	68
2.7.1 Análise de conteúdo da entrevista semiestruturada aos cuidadores informais	68
2.7.2 Análise das escalas aplicadas aos cuidadores e recetores de cuidados	88
2.8 Discussão dos resultados.....	98
3. Projeto de intervenção	112
3.1 Fundamentação do projeto	113
3.2 Eixos de intervenção	115
3.2.1 Intervenientes do Projeto	116
3.2.2 Atividades a desenvolver.....	117
3.3 Plano de ação.....	119
3.3.1 Cronograma	124
3.4 Avaliação do projeto de intervenção “Pintar Sorrisos”	126
Conclusão.....	128
Referências.....	133
Apêndices.....	146
Anexos	204

Índice de quadros

Quadro 1 - Questão 3.6: quais os cuidados prestados ao idoso dependente?.....	77
Quadro 2 - Cotação da escala índice de katz aplicada aos recetores de cuidados.....	88
Quadro 3- Cotação das escalas de avaliação do bem-estar subjetivo do cuidador informal.....	90
Quadro 4 - Cotação final do construto bem-estar subjetivo.....	97
Quadro 5 - 1º Eixo de intervenção do projeto “Pintar Sorrisos”.....	120
Quadro 6- 2º Eixo de intervenção do projeto “Pintar Sorrisos”.....	122
Quadro 7- 3º Eixo de intervenção do projeto “Pintar Sorrisos”.....	123
Quadro 8- Atividades delineadas para a implementação do projeto “Pintar Sorrisos”.	125

Lista de siglas

ADA	Associação de Desenvolvimento, Ação Social e Defesa do Ambiente
ASA	Associação Ser Agora
AVD	Atividades de Vida Diária
AIVD	Atividades Instrumentais de Vida Diária
BES	Bem-Estar Subjetivo
CMP	Câmara Municipal de Portel
PANAS	Positive and Negative Affect Schedule
SAD	Serviço de Apoio Domiciliário
SCM	Santa Casa da Misericórdia
SWLS	Satisfaction With Life Scale

Introdução

No âmbito do Curso de Mestrado em Psicogerontologia Comunitária, ministrado na Escola Superior de Educação de Beja do Instituto Politécnico de Beja e mediante o Regulamento de Funcionamento dos Cursos de Mestrado é exigido no segundo e último ano um trabalho de final de Curso, académico, científico e individual, denominado de Projeto de Intervenção, cujo intuito é comprovar a aquisição de capacidades e conhecimentos no âmbito da Psicogerontologia Comunitária correspondentes ao grau de mestrado.

Assim sendo, o presente trabalho consiste na exploração teórica de uma temática à escolha do mestrando, na qual está subjacente uma investigação que irá permitir responder a um problema de pesquisa através dos resultados obtidos na mesma. Mediante estes resultados é desenvolvido uma proposta de um projeto de intervenção, que terá o intuito de, *à posteriori*, contribuir para a eliminação do problema de pesquisa no contexto em que se desenvolve ou apenas minimizar os efeitos atribuídos à sua causa.

Posto isto, a dissertação de mestrado, visa um processo sequencial e contínuo que se divide, mormente, em três partes: Enquadramento teórico onde se vai explorar as abordagens inerentes à temática de investigação, Enquadramento Empírico, onde são elucidados os métodos e procedimentos metodológicos inerentes à realização da investigação e numa terceira parte é delineada uma proposta de intervenção, de acordo com os resultados obtidos no estudo.

Deste modo, este trabalho tem como tema: - O impacto da prestação de cuidados a idosos dependentes (que usufruem de Apoio Domiciliário), no seio familiar, no contexto da transformação da organização familiar contemporânea. -

O interesse por este tema de investigação surge no âmbito de um estágio curricular e posteriormente com um estágio profissional numa Unidade de Cuidados Continuados Integrados, nomeadamente, aquando da preparação de alta dos utentes, os quais eram maioritariamente idosos. No contexto deste estágio e de acordo com a população e a experiência de trabalho obtida,

"A família constitui o principal sistema de suporte do idoso, apesar das dificuldades vivenciadas na contemporaneidade, sendo as relações familiares as que os idosos vivem com mais intensidade, e sendo que a importância da estrutura familiar na sua vida é fundamental, tendo implicações no seu bem-estar e

respectiva qualidade de vida." (Redante et al., 2005; Costa, Coelho e Oliveira, 2007 cit.por Andrade e Martins, 2011:188)

Contudo, tal como a citação suprarreferida afirma e de acordo com Karsch (2002:1 cit.por Mazza e Lefèvre, 2004:70), a família é o sistema que tradicionalmente sustenta de maneira efetiva o apoio aos idosos, mas tem vindo a enfrentar um processo de profundas alterações ao longo dos séculos, onde os fatores económicos, sociais, políticos e culturais contribuíram de forma decisiva para as alterações no padrão organizativo tradicional da família, tanto é que a família nuclear deixou de ser o modelo prevalente e nos dias atuais existem imensas formas de organização familiar. (cf. Wiese e Santos, s/d: 2; Gomes *et al.*, 2002 cit.por Andrade e Martins, 2011: 187)

Associadas a estas modificações estruturais observadas na dinâmica familiar surge o facto de estar " (...) inequivocamente documentado que cuidar de um idoso pode ser uma actividade desgastante, com consequências na saúde e qualidade de vida do cuidador (...)" (Lage, 2005, p.211), visto que "O desempenho deste papel interfere com aspectos da vida pessoal, familiar, laboral, e social dos familiares cuidadores, predispondo-os a conflitos." (Sarmiento e Pinto *et al.*, 2010,p.46)

Todas estas questões podem influenciar a participação da família na assistência aos membros mais vulneráveis, como é o caso dos idosos, e poderá contribuir para uma carência na prestação de cuidados diretos por parte dos cuidadores informais aos mais dependentes. (cf.Duarte 2001 cit.por André e Cunha et al 2010:132)

No entanto, da mesma forma que podem contribuir para uma carência, as modificações na estrutura familiar podem também contribuir ou desfavorecer a prestação de cuidados, mas sobretudo quem a realiza, nomeadamente, os cuidadores, sejam eles informais ou formais. É sobretudo nesta linha de pensamento que a presente investigação foi à procura de uma resposta.

Tendo em conta as questões mencionadas, priorizou-se a resposta à seguinte questão de partida, sendo esta entendida como o primeiro fio condutor da investigação:

- “Qual o impacto psicossocial da prestação de cuidados no bem-estar subjetivo dos cuidadores informais de idosos (dependentes), no contexto da organização familiar contemporânea?” -

Para tal, foi necessário definir objetivos.

Quanto ao objetivo geral, que vai representar de forma holística e abrangente o que se pretende explorar, definiu-se o seguinte: - Compreender o impacto psicossocial

da prestação de cuidados no bem-estar subjetivo dos cuidadores informais de idosos (dependentes), no contexto da organização familiar contemporânea. -

Já os específicos, reportam-se a um caráter mais concreto e abrangente, pelo que foram extraídos a partir do grande objetivo e definidos a partir do que se pretende explorar através da investigação:

1. Aprofundar as diversas perspetivas acerca do envelhecimento e as suas implicações a nível individual aos diferentes níveis (biológico, psicológico, e sociofamiliar);
2. Perceber a complexidade dos problemas que acompanham a longevidade humana, nomeadamente a incidência de situações de dependência;
3. Explorar o conceito de bem-estar subjetivo;
4. Compreender a organização da família contemporânea a par do processo de transformação da sociedade;
5. Identificar a rede social e familiar do cuidador.
6. Entender o processo de tornar-se cuidador e as tarefas associadas;
7. Conhecer o perfil do cuidador informal;
8. Conhecer qual o impacto psicossocial do processo de cuidar o idoso no cuidador informal, nomeadamente ao nível do bem-estar subjetivo;
9. Compreender as necessidades/dificuldades resultantes do ato de cuidar.

Todos os objetivos mencionados têm como intuito a resposta à questão de partida designada anteriormente.

1. Enquadramento teórico

1.1 O processo de envelhecimento

"A preocupação com a velhice e com o envelhecimento é tão antiga quanto a civilização." (Mazza e Lefrève, 2005, p.1), mas na contemporaneidade "O processo de envelhecimento e as mudanças a ele associadas constituem um dos temas de maior interesse no âmbito da investigação científica (...)" (Figueiredo, 2007, p. 30), tendo em consideração que "O aumento da proporção de idosos na sociedade é um fenómeno relativamente recente ao qual se estão a tentar adaptar mesmo os países mais desenvolvidos". (Figueiredo, 2007, p.29)

Face à necessidade de compreensão desta temática surgiu a gerontologia, entendida como

"(...) a ciência que estuda o processo de envelhecimento em suas mais diversas dimensões, e se constitui, na prática, na ótica atual, em uma especialidade de diferentes profissões. A gerontologia é multidisciplinar, pois reúne conceitos teóricos provenientes de diferentes disciplinas, em torno do seu objeto de estudo". (cf. Pavarini e Mendiondo *et al.*, 2005, p.5)

Começou a ganhar estatuto, sobretudo, a partir dos anos 80, devido ao facto de surgirem os primeiros manuais sistematizando conhecimentos multidisciplinares (de áreas como: a bioquímica, medicina, psicologia, sociologia, economia) sobre temáticas relacionadas com o envelhecimento e o idoso. (cf. Paúl, 2005, p.24)

Para Paúl (2005, p.25), foi este tipo de abordagem multidisciplinar que caracterizou a gerontologia enquanto ciência, pois salienta que é através deste diálogo que abrange diversas áreas que a mesma se tornou fascinante. No entanto, esta visão pluridisciplinar do fenómeno, apesar de essencial, irá fazer com que se perca a potencialidade teórica de um modelo explicativo, com uma linguagem específica.

Segundo o mesmo autor, os profissionais que estudam o envelhecimento - gerontologistas - tentam explicar desde os problemas funcionais dos idosos relativamente às suas incapacidades/dificuldades para levar uma vida independente, estudam o envelhecimento como um processo que ocorre ao longo do tempo, ou seja, tentam compreender como é que os indivíduos crescem e envelhecem (aspetos biológicos, sociais e psicológicos da senescência) e por fim estudam e tentam explicar a idade enquanto padrão do comportamento social. (cf. Paúl, 2005, p.25)

Nesta ótica e depois de enquadrada a ciência do envelhecimento, torna-se pertinente abordar, o que Pedro e Espírito Santo et al., (2012, p.406) denominam como fenómeno mundial: o envelhecimento populacional.

Não é mais um privilégio dos países desenvolvidos o aumento da perspectiva de vida, no entanto só nas últimas décadas é que voltou a atenção para as questões científicas, económicas, culturais, sociais e de saúde provocadas por este fenómeno em grande escala. (cf. Gaioli, 2004 cit.por Fernandes, 2007, p.10)

Este fenómeno, é caracterizado, de acordo com Paúl (2005, p.21), como uma problemática que tem tido uma preocupação recente mais ou menos informada por parte de cientistas e políticos, uma vez que o mesmo se começou a divagar nos mais variados contextos "(...) desde os bancos dos hospitais aos hotéis de luxo." (Paúl 2005, p.21)

Preocupação esta, que justifica da seguinte forma: "É porque trabalhamos com velhos ou porque estamos ligados por afectos a velhos, e porque todos queremos ter o privilégio de envelhecer, que este assunto nos interessa e se tornou prioritário para pessoas e governos". (Paúl 2005, p.21)

Contrariamente, a autora do presente documento não reporta a temática do envelhecimento como um problema social, pois acredita que o verdadeiro problema é a falta de meios e recursos que façam frente a este enorme fenómeno, com tendência evolutiva e que caracteriza a sociedade portuguesa.

Para Fontaine (cit. por Freitas 2011, p.15-17), foram as descobertas científicas, os avanços medicinais preventivos e curativos, as melhorias da saúde pública, incluindo a educação para a saúde, que contribuíram para a redução da taxa de mortalidade e consequentemente para o aumento do número de idosos no mundo. Paralelamente a este declínio da taxa de mortalidade, têm-se vindo a verificar o declínio das taxas de natalidade e fecundidade, que baixaram consideravelmente. (cf. Figueiredo, 2007, p.29)

Com efeito, "Esgotado o período do baby boom, uma forte regressão da fecundidade fez acentuar o processo de envelhecimento demográfico, no mundo desenvolvido em geral, e na Europa em particular." (Figueiredo, 2007:29)

No que respeita a dados estatísticos, Portugal, de acordo com o site da Pordata, apresentava no ano de 2015, um índice de envelhecimento que se traduz em 144 idosos por cada 100 jovens (cf. Pordata, 2017), concluindo-se então que há, portanto, mais idosos e menos jovens.

Deste modo,

"O aumento do número de idosos, bem como a maior longevidade do ser humano, não devem ser considerados um problema, pois são conquistas decorrentes do processo de envelhecimento social. Cabe pois, à sociedade criar condições para que o homem, ao viver mais tempo, possa usufruir de melhores condições de vida, considerando as alterações normais do processo de envelhecimento." (Fernandes, 2007, p.10)

No entanto, segundo a visão de Fontaine (cit. por Freitas 2011, p.17) todos os níveis da sociedade estão afetados por este fenómeno. A economia terá que criar condições para distribuir a reforma a mais pessoas, as infraestruturas de proteção deverão adaptar-se a esta nova realidade e até a nível cultural terão que ser criadas novas medidas para enfrentar o aumento do tempo de lazer, considerando também o nível médico, pois será necessário estudar melhor o fenómeno do envelhecimento.

Porém, este fenómeno do envelhecimento não pode ser compreendido como um estado inflexível, classificado, muita vezes, como "terceira-idade", mas como um conjunto de consequências e/ou efeitos decorrentes do normal processo de envelhecimento derivado à passagem do tempo. (cf. Moraes e Moraes, et al., 2010, p. 67)

Cancela (2007, p.2) corrobora o supramencionado, complementado que entende o envelhecimento não como um "estado" mas como um "processo" de degradação progressiva e diferencial, o qual "(...) revela profundas disparidades entre os indivíduos, tratando-se de um processo idiossincrático." (Figueiredo, 2007, p.29), devendo ser caracterizado de acordo com as especificidades de cada indivíduo e compreendido através da relação multifatorial entre os diversos aspetos, nomeadamente, biológicos, psicológicos e sociais e do contexto onde o indivíduo está inserido. Por isso trabalhar com o envelhecimento significa adotar um enfoque holístico. (cf. Mazza e Lefrèvre, 2005, p.1-2)

"Consiste num fenómeno intimamente ligado aos processos de diferenciação e de crescimento, já que nele concorrem a interação de factores internos como o património genético, e externos, como o estilo de vida, a educação, o ambiente em que o sujeito vive." (Figueiredo, 2007:30)

Paúl (2005, p.26) salienta que a definição clássica de Shock (1985) é a mais apropriada para resumir este fenómeno:

"(...) como um processo altamente individualizado que com o aumentar da idade aumentam as diferenças interindividuais de base, a taxa e a direcção da maioria das funções e dos processos, resultando num padrão de maior variabilidade com a idade." (Paúl, 2005, p. 26)

A sua característica principal "(...) é a variabilidade inter e intra-individual, ou seja, existem padrões de envelhecimento diferentes tanto entre indivíduos com a mesma idade cronológica, como nas distintas funções de um mesmo indivíduo (fisiológicas, psicológicas, sociais, etc." (Figueiredo, 2007, p.30)

De salientar que, a variabilidade interindividual dos idosos supera à verificada noutros grupos etários. (cf. Paúl, 2005, p.26) O autor refere ainda, que é ao longo do tempo e com o acumular de experiências, que ocorrem durante a vida, que os indivíduos vão salientando as suas diferenças de partida, nomeadamente competências ou incapacidades que o seu património genético, em interação com o meio, permite expressar.

Este processo afeta todos os seres vivos e o seu termo natural dá-se com a morte do organismo. Desta forma, torna-se impossível determinar o seu começo, porque e segundo Cancela (2007, p.2) de acordo com o nível em que situe, ou seja, ao nível biológico, psicológico ou social, a velocidade e a gravidade deste processo varia de pessoa para pessoa.

Por estes motivos existem inúmeros autores que definem este processo consoante quatro idades ou categorias do envelhecimento: a cronológica, biológica, psicológica e social. As últimas três idades revelam a diferença sobre a primeira, que deixa de ser um marco preciso para as mudanças que acompanham o envelhecimento, passando a ser, efetivamente, um padrão de contagem dos anos vividos. (cf. Cancela, 2007, p.2; Schneider e Irigaray, 2008, p.585; 589-591 e Paúl, 2005, p.29)

Para se compreender as idades ou categorias do envelhecimento, torna-se precedentemente necessário compreender que "Todo o organismo multicelular possui um tempo limitado de vida e sofre mudanças fisiológicas com o passar do tempo. A vida de um organismo multicelular costuma ser dividida em três fases: a fase de crescimento e desenvolvimento, a fase reprodutiva e a senescência." (Cancela, 2007, p. 1)

- Fase de crescimento: Consiste no desenvolvimento e crescimento dos órgãos, ou seja, o organismo vai crescendo e adquirindo capacidades funcionais que o tornam apto a se reproduzir;
- Fase reprodutiva: Caracteriza-se pela capacidade de reprodução do indivíduo, garantindo a sua sobrevivência, reprodução e evolução da espécie;

- Senescência: Declínio da capacidade funcional do organismo. (cf. Cancela, 2007, p.1)

Quanto às idades do processo de envelhecimento, evidenciam-se as seguintes:

1. A idade cronológica: Esta idade reporta-se à passagem do tempo decorrido em dias, meses e anos, desde o nascimento até ao término da vida de uma pessoa.
2. A idade biológica: Refere-se às modificações físicas que vão ocorrendo ao longo de todo o processo de desenvolvimento e que caracterizam o processo de envelhecimento (inicia-se antes do nascimento e prolonga-se por toda a existência humana até à sua morte) e que reduzem a eficiência dos sistemas orgânicos e funcionais do organismo, traduzindo-se numa diminuição progressiva da capacidade de manutenção do equilíbrio homeostático, que encontrando-se em condições normais, não será suficiente para produzir perturbações funcionais.

Birren e Zarit (cit.por Figueiredo, 2007, p.32) definem esta fase como sendo o

“envelhecimento biológico, senescência, é o processo de mudança no organismo, que com o tempo diminui a probabilidade de sobrevivência e reduz a capacidade biológica de auto-regulação, reparação e adaptação às exigências ambientais.” (Birren e Zarit cit.por Figueiredo, 2007, p.32)

Com efeito, as principais características do processo de senescência são:

- Aumento da mortalidade (aquando ultrapassada a fase de maturidade);
 - Modificações na composição química do organismo;
 - Transformações progressivas que conduzem à deterioração morfológica e funcional;
 - Menor capacidade de resposta, a todos os níveis biológicos, perante as agressões e exigências ambientais;
 - Aumento da vulnerabilidade a doenças. (Idem, p.33)
3. A idade psicológica: Reporta-se à maturidade mental dos indivíduos e das suas capacidades cognitivas. Está relacionada com as competências comportamentais do indivíduo (inteligência, memória, controlo emocional), ou seja, respeitam às habilidades adaptativas do indivíduo face às exigências do meio.
 4. A idade social: Refere-se aos papéis, hábitos e ao *status* social esperados pela sociedade para o indivíduo em envelhecimento. Esta idade reporta-se também à

cultura e à história de um país, ou seja, a medida da idade social é composta por "performances" individuais de papéis sociais e envolve características como o tipo de vestuário, hábitos e linguagem, bem como respeito social por parte de outras pessoas em posição de liderança. (cf. Cancela, 2007, p.2; Schneider e Irigaray, 2008, p.589-591)

Paralelamente às idades anteriores, também a idade social apresenta alterações ao nível dos papéis sociais, exigindo ao indivíduo que se adapte e se ajuste às novas condições de vida. Tais modificações são representadas, na literatura gerontológica, como perdas ou como estreitamentos dos espaços de vida. Tanto é, que, a velhice caracteriza-se pela perda de alguns papéis (sociais) ou pela sua modificação. Um exemplo prático da perda de um papel é o rompimento da atividade laboral com a chegada da reforma (tendo impacto nos recursos económicos, nos contactos sociais e na rotina - maior quantidade de tempo livre), existindo também modificações na esfera familiar e comunitária.

Por fim, todas estas situações aqui apresentadas tendem a que os indivíduos idosos se reinventem, configurando novas rotinas, objetivos e energias, sendo então o grande desafio para os idosos, a reorganização do seu cotidiano, encontrando papéis que satisfaçam o seu sentido de utilidade. (Figueiredo, 2007, p.53-54).

1.2 O ser idoso e as consequências da velhice

Tal como foi explicitamente enquadrado, o envelhecimento é um processo gradual e heterogéneo, já a velhice caracteriza-se como a última fase deste processo, sendo entendida como um estado que caracteriza a condição do ser humano "idoso". (cf. Santos, 2010, p.1037)

Por idoso, em Portugal, entende-se as pessoas com 65 anos ou mais anos de idade. Esta idade foi estabelecida através da ONU (Organização das Nações Unidas) por meio da Resolução 39/125 para os países desenvolvidos, como o caso de Portugal. (cf. Organização das Nações Unidas, 1982 cit. por Santos, 2010, p. 1036) No entanto, é apenas um dado cronológico, visto que a questão da velhice e do ser idoso é uma circunstância plural dos indivíduos que têm a ousadia de experimentar vidas longas. Circunstância esta, que é compreendida através das histórias de vida e corresponde a padrões variados de comportamentos e contextos subjacentes ao idoso.

Por isso mesmo, e dependendo dos aspetos acima mencionados existem várias formas de envelhecer e essas formas reportam-se a idosos bem-sucedidos e ativos, como também a idosos com limitações funcionais, cuja autonomia se encontra circunscrita pela doença e pelo contexto onde habitam. (cf. Paúl e Fonseca *et al*, 2005, p. 75)

Estas formas de envelhecer decorrem do processo do envelhecimento, pois como referido anteriormente é caracterizado por inúmeras alterações, entre elas, as funcionais e psicológicas, no entanto "(...) é na velhice que este processo aparece de forma mais evidente." (Santos, 2010, p. 1036)

Tais alterações vão prorrogando perdas, nomeadamente, das capacidades de adaptação ao meio ambiente, originando maior vulnerabilidade e uma maior ocorrência de processos patológicos, que podem levar o indivíduo ao término da sua vida. Existem autores que consideram

"(...) comum que o ser humano tenha pelo menos uma patologia crónico-degenerativa nessa fase da vida, o que por sua vez pode provocar algum tipo de incapacidade e/ou dependência. Grande parte das doenças e limitações que os idosos apresentam ocasionam complicações e sequelas que comprometem sua capacidade funcional, a ponto de impedir o autocuidado, sobrecarregando a família e o sistema de saúde " (Vieira e Nobre *et al.*, 2012, p.256)

Nesta linha de pensamento e segundo Ferreira e Maciel *et al.*, (2012, p.514), uma das consequências da velhice é a diminuição sucessiva da capacidade funcional, que aumenta com o passar dos anos. Contudo, embora assim seja, atualmente, a meta no que respeita ao atendimento à saúde deixou de ser apenas prolongar a vida, mas também e particularmente manter a capacidade funcional das pessoas, para que se consiga permanecer o mais autónomo e independente possível. (cf. Costa e Nakatani *et al* 2006, p.44) De tal forma, que as medidas de política social e de saúde implementadas em Portugal, atualmente, tentam "(...) obviar o máximo possível o internamento hospitalar e procurando reinserir rapidamente o doente crónico na sua família e meio social envolvente." (Sarmiento e Pinto *et al.*, 2010, p.42)

1.2.1 A dependência associada ao envelhecimento

O envelhecimento, que tal já como verificado, não é forçosamente sinónimo de velhice, pressupõe alterações naturais e graduais em várias áreas, nomeadamente, a física, social e psicológica, sendo a característica mais notória a diminuição da capacidade de adaptação do organismo face a alterações do meio ambiente. Desta forma, na perspetiva de Sebastião e Albuquerque (2011, p. 26) o aumento da esperança

média de vida pode assim ter como contrapartida um aumento da probabilidade dos idosos passarem os seus últimos anos de vida em situação de dependência.

Com a mesma perspectiva, Nogueira e Ribeiro *et al* (2010, p.323), salientam que muitos têm fundamentado esta questão numa relação entre o aumento da idade com a maior probabilidade de dependência funcional, como também a alta propensão de incapacidade funcional e/ou mesmo para a capacidade funcional limitada do idoso.

"À medida que se envelhece, a impossibilidade de realizar de forma independente algumas actividades do quotidiano acontece devido a dois motivos que não se excluem: a dependência pode ser originada por uma ou, geralmente, várias doenças crónicas; pode ser o reflexo de uma perda geral das funções fisiológicas atribuível ao processo global de senescência". (Marín e Casasnovas, 2001 cit.por Figueiredo, 2007, p.62)

A primeira razão que condiciona ou impossibilita a realização das atividades de vida diária (AVD) advém das doenças crónicas, e segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS cit.por Guerra, 2009, p.3), estas caracterizam-se por serem doenças de longa duração e de progressão, geralmente, lenta. Estão muito associadas à idade, nomeadamente, doenças cardiovasculares, os tumores malignos, doenças do foro mental, doenças respiratórias. (cf. Figueiredo, 2007, p.63). Já a segunda razão relaciona-se com a diminuição da vitalidade em organismos mais velhos. (Ibidem)

Percebidas as grandes causas que enviesam uma velhice bem-sucedida, torna-se fundamental discutir sobre os conceitos que são utilizados no contexto gerontológico e também geriátrico, de forma muito similar, mas os quais traduzem realidades distintas.

Falar-se-á de fragilidade, incapacidade e dependência.

No que se refere à fragilidade, “a maioria dos autores reconhece a natureza multifatorial do conceito, que se acredita resultar da interação e acumulação de défices em múltiplos domínios do funcionamento físico, cognitivo, sensorial e psicossocial.” (Sebastião e Albuquerque, 2011:28)

Ainda assim, existem outros tantos que defendem os idosos frágeis como um grupo que possui pelo menos uma das características que a seguir se apresentam: presença de défice funcional, presença de comorbilidade na sua condição física e/ou psicológica ou vulnerabilidade ao declínio médico, físico ou psicológico. (cf. Kaethler, Molnar et al., cit.por Sebastião e Albuquerque, 2011, p. 28-29)

Quanto à incapacidade, esta é definida como o "(...) processo dinâmico e progressivo, consequência das doenças crónico-degenerativas e de mudanças

fisiológicas associadas ao envelhecimento (...) que ocasionam limitações funcionais" (Bonardi e Souza *et al.*, 2007, p.140)

Neste sentido, a incapacidade comporta uma limitação à funcionalidade. Diferencia-se do conceito da dependência, na medida em que o indivíduo tem capacidade de cuidar de si próprio, desempenhando tarefas ao nível do autocuidado por a mesma se encontrar adaptada ao meio em que vive. (cf. Sebastião e Albuquerque, 2011, p. 29).

Deste modo, e apesar da incapacidade funcional limitar a autonomia do idoso na execução das AVD'S, isto não implica, necessariamente, dependência, uma vez que não existe uma restrição da participação dos indivíduos nas atividades de vida diária.

Ainda assim, reduz a qualidade de vida e existe um risco de dependência associado e possível institucionalização.

Por sua vez, para Figueiredo e Botelho (2007; 2005 *cits.por* Sebastião e Albuquerque, 2011, p. 29) a funcionalidade é designada como a capacidade funcional dos indivíduos se adaptarem aos problemas e às exigências cotidianas, ou seja, é a forma como

"o indivíduo possui de viver de maneira autônoma e de se relacionar em seu meio. Sua perda está associada a maior risco de institucionalização e quedas e, em alguns estudos com longevos, foi considerada um fator de risco independente para mortalidade" (Cordeiro *et al*, 2002; Nybo *et al* 2003 e Bem Ezra *et al* 2006 *cits. por* Nogueira e Ribeiro *et al* 2010, p.323)

A capacidade funcional pode ser avaliada através de dois aspetos, as AVD'S e através das atividades instrumentais de vida diária ou habilidades de mobilidade, doravante designadas de AIVD.

Pelas AVD'S, entendem-se as atividades no âmbito do auto cuidado do individuo, ou seja, implica alimentar-se, tomar banho, vestir-se, realizar a higiene pessoal, enquanto as AIVD'S reportam-se à participação social do indivíduo, ou seja, são as atividades necessárias para o desenvolvimento pessoal e social. Implicam tarefas mais complexas, como utilizar meios de transporte, usar o telefone, organizar o dinheiro. (cf. Duca e Silva *et al* 2009, p.797; Costa e Nakatani *et al* 2006, p.44)

Figueiredo e Botelho acrescentam ainda nesta componente avaliativa, as atividades avançadas de vida diária, as quais envolvem o trabalho, as atividades sociais, de lazer e de exercício físico. (cf. Sebastião e Albuquerque, 2011, p. 29)

Já o conceito de dependência é entendido como

"(...) a situação em que se encontra a pessoa que, por falta ou perda de autonomia física, psíquica ou intelectual resultante ou agravada por doença crónica, doença orgânica, sequelas pós-traumáticas, deficiência, doença severa e/ou incurável em fase avançada, ausência ou escassez de apoio familiar ou de outra natureza, não consegue, por si só, realizar as actividades de vida diária" (Decreto Lei nº101/2006, 2006, p.3857)

Face à citação supracitada, a dependência consiste na necessidade de ajuda para a realização de atividades de vida diária. Nesse sentido, a dependência é o resultado de um processo que se inicia com o surgimento de um défice no funcionamento corporal e/ou psicológico, em consequência de uma doença ou acidente, comportando uma limitação na realização da atividade.

Designa-se então dependência quando esta limitação não pode ser adaptada ao meio, originando, conseqüentemente, uma restrição da funcionalidade que se concretiza na dependência em relação a outras pessoas para realização das atividades da vida diária.

Fernandes (2000 cit.por Andrade, 2009, p.30), refere ainda que, a dependência, nestas idades, se deve a fatores de ordem física e psicológica, a fatores de ordem económica, e fatores sociais, como o isolamento, dependência de familiares ou de outro tipo de suporte.

Esta definição, apresenta-se como sendo umas das mais assertivas na literatura científica, uma vez que tem uma visão holística da pessoa, o que lhe permite avaliar não apenas a capacidade funcional, mas também a falta de recursos familiares e/ou de apoios de carácter social que a ajudem a melhorar a sua qualidade de vida.

O conceito de dependência, de acordo com Lezaun e Salanova (cit.por Figueiredo, 2007, p.66) encerra em si três noções essenciais:

1. Multidimensionalidade: Evoca diversos domínios, sejam eles o mental, físico, económico, social;
2. Multicausalidade: Não é sinónimo de velhice, pois nem todos os idosos são dependentes e nem todos os dependentes são idosos;
3. Multifuncionalidade: Nas sociedades ocidentais, a dependência tem um carácter negativo intrínseco em si, no entanto, poderá ser perspectiva de uma função adaptativa, como acontece ao longo do desenvolvimento, nomeadamente na criança que atravessa vários estádios de dependência.

Com efeito e em termos de dados estatísticos, o índice de dependência de idosos em Portugal foi de 31,4 % no ano de 2015. Cresceu 7% comparativamente com o ano de 2001. (Pordata, 2017)

De acordo com Bonardi e Souza *et al* (2007, p.140), existem alguns fatores que convergem para o comprometimento da capacidade funcional dos idosos:

1. O acidente encefálico agudo e as suas sequelas e dificuldades de recuperação após a doença, com redução da acuidade visual e auditiva e da absorção de alimentos e medicamentos;
2. As limitações provocadas pelas doenças articulares, insuficiência cardíaca, doença pulmonar obstrutiva crónica, amputações e cegueira provocadas pelo diabetes; dependência determinada pela demência de Alzheimer, osteoporose e o seu mais temido evento: a fratura óssea após queda;
3. As limitações funcionais que comprometem a realização das atividades de vida diária;
4. Os aspectos sociodemográficos que ocasionam isolamento social e a sensação de improdutividade experimentada por não desempenhar novas funções.

Face ao explanado, existem vários graus de dependência, consoante a necessidade e a capacidade do indivíduo realizar as AVD'S E AIVD'S, ao qual São José e Wall (2006 cit.por Ministério do Trabalho e da Solidariedade Social 2009, p.8) a classificam, na Carta Social, como baixa, média (moderada) e elevada.

No grau de baixa dependência, os idosos apenas precisam de alguma supervisão ou vigilância, visto que possuem autonomia suficiente relativamente à mobilidade e à realização da AVD.

No grau de média dependência, além de supervisão, necessitam do apoio de uma terceira pessoa para a realização de algumas atividades de natureza diária.

Já a dependência elevada refere-se aos idosos que precisam de reforço intensivo no apoio prestado devido ao facto de não terem capacidade de realizar as atividades, encontrando-se particularmente condicionados ao leito ou com mobilidade bastante restrita.

Em suma,

“Nesta perspetiva, tendo em conta a taxionomia anterior, a dependência é aferida pela impossibilidade do indivíduo realizar independentemente, sem ajuda externa, as atividades básicas e as atividades instrumentais da vida diária. Deste modo, como afirma Caldas (2003: 775), “não é apenas a incapacidade que cria a

dependência, mas sim o somatório da incapacidade com a necessidade.” (Sebastião e Albuquerque, 2011, p. 30).

1.3 A organização familiar e a sociedade contemporânea

As formas de organização familiar são produzidas, de acordo, com o momento histórico, assim os "valores, papéis, funções e estruturas da família são definidos de acordo com os contextos socioculturais e econômicos da mesma." (Araújo 2007 cit.por Scarpellini e Carlos, 2011, p.3)

Neste sentido, a temática em epígrafe vai debruçar-se no seu conjunto sobre a família, ou seja, a organização da família contemporânea, nomeadamente, compreender o processo de transformação na sua estrutura e dinâmica.

"A estrutura familiar é o conjunto ordenado de relações entre as partes da família e entre a família e outros sistemas sociais." (Araújo e Paúl *et al.*, 2010, p.49)

"A forma como cada subsistema se organiza e como se desenvolvem as relações dentro de cada um (...) Todas as famílias se instituem através de uma estrutura de relações, esta organização é específica e única de cada família traduzindo, na prática, a forma como se organizam os diferentes elementos e se relacionam entre si." (Dias, 2011, p.149)

No entanto, "falar ou escrever sobre a regulação da família é, cada vez mais, uma matéria complexa, porque se torna difícil definir o que seja a própria família." (Pedroso e Branco, 2008, p.53), pelo que, atualmente,

" (...) deixou-se de falar em família, mas em famílias dada a existência de diversas configurações familiares. A família contemporânea passou a conviver com uma pluralidade de outros padrões de casamentos e famílias" (Wirth, 2013, p.1)

Autores como Bernini (2007 cit.por Pedroso e Branco, 2008, p.53) referem, que, apenas, se persiste em utilizar o termo "família" porque não existe outro conceito que o seja capaz de substituir: "Etimologicamente família é um termo proveniente do latim *famulus*, que significa o conjunto de servos e dependentes de um chefe ou senhor." (Rocha-Coutinho, 2006:91 cit.por Rocha e Lima *et al.*, 2012, p.4)

Neste sentido, tornar-se-á importante refletir sobre o conceito de família, até porque segundo Mazza e Lefèvre (2005, p.2), ao se estudar a temática do envelhecimento, a abordagem familiar torna-se um elemento fundamental e de grande pertinência para compreender como tal fenómeno acontece e influencia esta faixa etária.

“efetivamente é de se desejar que aqueles que se interessam pelo estudo do envelhecimento e de suas causas e conseqüências possam aprofundar-se no estudo

da família, habitat da pessoa humana, para um melhor conhecimento do idoso como um todo pessoal.” (Leme e Silva cit.por Mazza e Lefèvre 2005, p.2)

Todo o ser humano é considerado um sistema vivo que por sua vez se insere noutros sistemas mais amplos, nomeadamente a família, sendo uma instituição que se encontra vinculada ao indivíduo que envelhece. (cf. Pedro e Espírito-Santo *et al.*, 2012, p.409)

Posto isto, a família é entendida como

"uma das principais instituições sociais, ponto de ligação entre o indivíduo e a sociedade por ter como função primordial a proteção e preservação de seus membros, mantendo o equilíbrio necessário para a harmonia social." (Besutti e Cortelletti 2006 cit.por Pedro e Espírito-Santo *et al.*, 2012, p.410)

Outros autores como Mazza e Lefèvre definem família como sendo

“ (...) a esfera íntima da existência que une por laços consangüíneos ou por afetividades os seres humanos. Como unidade básica de relacionamentos é a fonte primária de suporte social, onde se almeja uma atmosfera afetiva comum, de aquisição de competência e de interação entre seus membros” (Pelzer e Fernandes, 1997:340 cit.por Mazza e Lefèvre 2005, p.2)

Para Torres e Reis,

“A família é um sistema dinâmico em interação dialógica que pretende (ou deve pretender) ajudar a pessoa a desenvolver uma presença afetiva, responsável e livre no mundo. Cada pessoa tem e terá ao longo de sua existência, várias famílias (a de seus ancestrais, a de sua infância, da adolescência, da vida adulta e de sua velhice), assumindo em cada fase características peculiares, mas mantendo a função primordial, a de preservar a integridade física e emocional de seus membros e do próprio grupo, propiciando o seu desenvolvimento.” (Vilela & Cols, 2006; Caldas, 2004; Cerhan e Wallace 1993 cit.por Torres e Reis *et al.*, 2009, p. 416)

Assim sendo, o grupo familiar e a comunidade são tidos como espaços naturais de inclusão e proteção social. Estes espaços formam a base que possibilita a conservação dos vínculos relacionais e também a inclusão em projetos de âmbito coletivo, permitindo ao idoso uma melhor qualidade de vida. (cf. Leite e Battisti *et al.*, 2008, p.251)

Dado a reflexão sobre este conceito, é unânime para os diversos autores citados "que a família geralmente constitui a principal rede de apoio social, exercendo função protetora diante das tensões geradas pela vida cotidiana" (Bernal 2003 cit.por Inoyue e Barham *et al* 2010, p.583)

O vínculo e o apego familiar entre os familiares são fatores determinantes para o desenvolvimento do ser humano, pois são essas vivências que servirão de apoio para a formação das percepções e das capacidades interpessoais de todos os membros da

unidade familiar, mesmo no decorrer da fase da velhice. (Ibidem)

Por fim, de acordo com Santana e Oliveira *et al* (2013), o conceito de família, atualmente, engloba não apenas os laços de sangue e de parentesco entre os seus membros, mas principalmente nas relações de afeto e cuidado.

1.3.1 Processo de transformação e evolução da estrutura/dinâmica familiar a par da sociedade contemporânea

De acordo com Karsch (2002:1 cit.por Mazza e Lefèvre, 2004, p.70), a família é o sistema que tradicionalmente sustenta de maneira efetiva o apoio aos idosos, mas que está passando por alterações que sucedem das mudanças conjunturais e culturais. Tais mudanças são pautadas pelo processo de globalização da economia capitalista e que consequentemente interferem na estrutura e dinâmica familiar, produzindo alterações no padrão organizativo tradicional da família. (cf. Wiese e Santos, s/d, p. 2)

"Os fatores económicos, sociais, políticos e culturais contribuíram de forma decisiva para as alterações na estrutura familiar. A família nuclear deixou de ser o modelo prevalente e actualmente existem inúmeras formas de organização familiar (Gomes *et al.*, 2002 cit.por Andrade e Martins, 2011, p. 187)

André e Cunha *et al.*, apresenta uma perspectiva diferente, pois afirma que

"As sucessivas modificações estruturais observadas nas famílias, que se tornam cada vez mais nucleares e arrastam expressivas modificações nos papéis desempenhados pelos seus membros, dificultam a participação da família na assistência dos seus membros mais vulneráveis, como sejam os idosos, o que pode contribuir para uma carência assistencial dos mais incapacitados (Duarte 2001 cit.por André e Cunha *et al* 2010, p.132)

Apesar de diferentes perspetivas, o importante é que não se pode falar em família no sentido singular, mas de famílias e a sua nova configuração perante estas sucessivas modificações, pois encontram-se, na atualidade, diferentes modelos de família, onde a estabilidade das suas relações se encontra habitualmente alterada, "facto que deverá ser considerado se pretendermos compreender melhor as situações e os processos relacionados com a saúde familiar." (De La Cuesta, 1993 cit.por Lage, 2005, p.204-205)

Um dos marcos importantes desta transformação foi claramente a "(...) Revolução Industrial, foi um evento de grande importância, pois, foi a partir deste marco histórico que as transformações se tornaram evidentes no que se refere ao conceito de "família". (Wiese e Santos, s/d: 2)

As autoras mencionadas, salientam que, anteriormente a este marco, as economias eram agrícolas e artesanais e os papéis familiares revezavam-se entre os membros da família, pois cada qual tinha a sua função. Ao homem cabia o sustento da própria casa, cabia-lhe a função de protetor da família, tanto à sua esposa como aos seus filhos. Por sua vez, à esposa estava associada a lida doméstica e cuidar dos filhos, tendo a bondade e obediência como características fundamentais. Os filhos tinham de prestar auxílio ao seu pai, pois este somava-os aos trabalhos de plantação agrícola. Às filhas cabia-lhe aprender a atividade doméstica da mãe e cuidar dos irmãos de uma faixa etária anterior às delas, pois só assim eram consideradas boas esposas e mães, num futuro próximo.

Assim sendo, a ideologia e as práticas herdadas do século XIX impingiram por toda a Europa o modelo social da família nuclear. Este era o tipo de família considerado “normal” que predominava na época. (cf. Pedroso e Branco, 2008, p.54) Possuía um casal e filhos, onde todos os membros tinham papéis familiares e sociais definidos, sendo claro o estatuto desigual entre homem e mulher, pois "No imaginário social, a família seria um grupo de indivíduos ligados por laços de sangue e que habitam a mesma casa". (Wiese e Santos, s/d, p. 3)

Após a Revolução Industrial, toda esta visão foi sendo desconstruída, tanto é que a agricultura deixou de ser um aspeto fundamental da economia e neste processo, muitas foram as famílias que saíram dos campos agrícolas para os grandes centros urbanos. Contudo, o salário auferido pelas famílias não chegava para o sustento das mesmas e com toda esta envolvente a mulher entra no mercado de trabalho, bem como as crianças. Começa um novo período marcado pela exploração de mão-de-obra feminina e infantil. São estas as mudanças acarretadas que configuram a emergência da sociedade urbana industrial. (Ibidem)

É neste contexto, que a mudança no papel da mulher é favorecido na sociedade, pois a esta deixa de ser a única a responsabilizar-se pela lida doméstica. (cf. Wiese e Santos, s/d, p. 3)

Para Wirth (2013, p.3), embora as mudanças tenham possibilitado novas recomposições e papéis e apesar destes se terem flexibilizado, assume uma outra perspetiva, pois refere que, na sua maioria as mulheres continuam a ser as principais responsáveis pelos afazeres domésticos e familiares.

Foi nos finais do século XX que "os ideais de democratização da família

lograram libertar a mulher do estatuto desigual em que o modelo anterior a confinava, para lhe dar um estatuto de igualdade perante a sociedade e a lei." (Pedroso e Branco, 2008, p.54)

Foi, sobretudo, a partir de 1960 que este panorama se torna mais patente, pois a mulher dá início à sua própria emancipação social e sexual,

"A partir da década de 1960, (...) em escala mundial, difundiu-se a pílula anticoncepcional, que separou a sexualidade da reprodução e interferiu decisivamente na sexualidade feminina. Esse fato criou as condições materiais para que a mulher deixasse de ter sua vida e sua sexualidade atadas à maternidade como um "destino", recriou o mundo subjetivo feminino e, aliado à expansão do feminismo, ampliou as possibilidades de atuação da mulher no mundo social. A pílula, associada a outro fenômeno social, a saber, o trabalho remunerado da mulher, abalou os alicerces familiares, e ambos inauguraram um processo de mudanças substantivas na família..."(Sarti, 2005: 21 cit.por Wiese e Santos, s/d, p. 3)

Por fim, é neste contexto, que se começa a assimilar as transformações, que foram ocorrendo de forma gradual e que se manifestam nos dias atuais.

1.3.2 Tipos de família na atualidade

A família, tende, cada vez mais, a sofrer transformações, passando de uma experiência total e permanente para uma experiência parcial e transitória da vida individual, tanto é que para Bauman

"Estamos perante um novo modelo de família: a família líquida. E, ao ser "desconfinada", transforma-se em "famílias", para indicar toda a variedade e multiplicidade de modos de comunhão de vida e de experiências familiares, produto de escolhas voluntárias dos sujeitos envolvidos". (Bauman; Znaniecki, 2008:10 cit.por Pedroso e Branco, 2008, p.54)

O termo "líquido" neste excerto tem como referência o autor Bauman. Para ele, que criou e tem aprofundado tal conceito, o mesmo, tem como características a fluidez e a dinâmica. O seu significado assenta em relações familiares com "laços deslaçados".

A nova família, como Oliveira (2009, p.67) sustenta, caracteriza-se pelas diferentes formas de organização, de relação, e num cotidiano marcado pela procura do novo. As novas formas de organização familiar podem ser sugeridas de diferentes formas, recompondo os conceitos já preestabelecidos, redefinindo os papéis familiares de cada membro dentro dos novos e designados arranjos familiares.

Existe assim uma nova realidade nos dias atuais, perante novos cenários familiares que são flexíveis e fluidos. Este cenário tem sido apurado através do aumento

das uniões de facto, do aumento das famílias monoparentais e do aumento das famílias recompostas, transnacionais e unipessoais. (cf. Pedroso e Branco, 2008, p.55)

Com o intuito de uma melhor compreensão acerca do tipo de organizações familiares, evoca-se o significado de tais arranjos.

As uniões de facto caracterizam-se por ser uma realidade semelhante à do casamento, no entanto, este tipo de família não implica a existência de um contrato escrito. (cf. Dias, 2011, p.143)

As famílias monoparentais caracterizam-se por ser constituídas por apenas um cônjuge, a mãe ou o pai que vive sozinho com o (s) filho (s) que de si dependem (crianças ou jovens adultos solteiros). São famílias fruto de um divórcio, viuvez ou por opção dos progenitores, por exemplo no caso da mulher que recorre à adoção (cf. Scarpellini e Carlos, 2011, p. 4; Dias, 2011, p. 143)

Para Lobo (2005, p.92), as famílias recompostas são aquelas no qual um casal, efetivamente, casado ou não, vive no mínimo com uma criança nascida de uma outra relação que precedeu à atual, de pelo menos um dos cônjuges. Esta família recomposta pode ser mais complexa, se, por sua vez, tanto o homem como a mulher foram casados anteriormente e dessa união matrimonial resultarem filhos e os trouxeram consigo para esta nova família.

Já as transnacionais, são famílias que têm um elo comum e de laços entre os seus membros, que se encontram disseminados por mais de que um país. (cf. Observatório ACP das Migrações, 2012, p.6) O termo "transnacionalismo" é entendido como "o processo pelo qual estabelecem e mantêm ligações socioculturais para além de fronteiras geopolíticas". (OIM, 2011, *in* Observatório ACP, 2011 cit.por Observatório das Migrações ACP, 2012, p.7) O elemento fundamental deste tipo de família " (...) desafia, por conseguinte a noção de residência partilhada em famílias geograficamente separadas mas mantendo elos sociais, culturais, reprodutivos e de rendimento entre fronteiras." (Zontini, 2007 cit.por Observatório das Migrações ACP, 2012, p. 7) Evidencia-se alguns exemplos, com o objetivo de uma melhor compreensão:

1. Pais que deixam as famílias para ir trabalhar no estrangeiro e reúnem-se com a esposa e os filhos mais tarde;
2. Crianças e jovens a frequentar colégios (internos) no estrangeiro e/ou a estudar no estrangeiro (por vezes referidos como "filhos para-quedas"), e por exemplo, as mães que os acompanham, como no Leste e Sudeste Asiático;

3. Mulheres (solteiras) que trabalham no estrangeiro, por exemplo, como empregadas domésticas e que têm que deixar os filhos para trás;
4. Reagrupamento familiar;
5. Um membro da família que regressa para tomar conta dos idosos;
6. Uma criança que é enviada para viver com familiares, etc. (Ong, 1999; Huang e Yeoh, 2005 cit.por Ibidem)

O último tipo de família respeita às famílias unipessoais. Segundo Araújo e Paul et al (2010, p.49) cinge-se à pessoa, neste caso dependente, no seu singular.

Estas famílias de acordo com o Pordata perfazem um total de 866.827 famílias em Portugal, segundo os Censos de 2011, sendo que existem 46,9% de famílias unipessoais com 65 e mais anos, no total das famílias unipessoais. (Pordata, 2013, p.16)

Todo este cenário vem reconstruir a organização da família contemporânea, na medida em que

"A família, da forma como vem se modificando e estruturando nos últimos tempos, impossibilita identificá-la como um modelo único ou ideal. Pelo contrário, ela se manifesta como um conjunto de trajetórias individuais que se expressam em arranjos diversificados e em espaços e organizações domiciliares peculiares." (Ferrari & Kaloustin, 2002:14 cit.por Oliveira, 2009, p.67)

Segundo Peixoto et al (2000 cit.por Pedro e Espírito-Santo *et al.*, 2012, p.410), estas transformações, ocorridas ao longo da segunda metade do século XX, respeitam ao decréscimo dos casamentos, consequentemente aumento da coabitação/união de facto, aumento da instabilidade conjugal (que resulta em separação e no crescimento dos divórcios) e das famílias diminutas, controle da fecundidade por anticoncepcionais (redução da natalidade), processos migratórios, globalização e sobretudo o desenvolvimento do trabalho remunerado do sexo feminino.

Com o intuito de verificar uma comparação, extraíram-se alguns dados do site da Pordata referentes a algumas destas mesmas transformações.

No que concerne ao casamento, em 1960 a taxa bruta de nupcialidade era de 7,8%, o que significa que havia aproximadamente 8 casamentos por cada 1000 habitantes contrapondo com o ano de 2015 que baixou para menos de metade, com uma percentagem de 3,1%. (Pordata, 2017)

Relativamente ao divórcio, no ano de 1960, o número de divórcios por cem casamentos era de 1,1%, comparativamente com 2013 este número aumentou para 70,4%, o que significa haver 70 divórcios, por cada 100 casamentos. (Site da Pordata,

2017)

Já respeitante à taxa de natalidade, esta por sua vez tem vindo a decrescer num processo gradual, tanto é que passou de 24,1% em 1960 para 8,3% em 2013, que se traduz em 8 crianças nascidas por cada mil habitantes. (Site da Pordata, 2017)

Com efeito, para Pedro e Espírito-Santo *et al.*,

"(...) as mudanças na sociedade provocam novos padrões de comportamento na instituição familiar, que afetaram de maneira decisiva esta esfera da vida social, transformando-a fatalmente. Acontece que a família não é uma totalidade homogênea, mas um universo de relações diferenciadas, e as mudanças atingem de modo diverso cada uma destas relações e cada uma das partes da relação" (Carvalho Filho, 2000; Carvalho *et al.*, 2000: 39 cit.por Pedro e Espírito-Santo *et al.*, 2012, p. 411)

Após a abordagem mencionada, pode-se concluir que existe uma crise da família, mas mais que isso existe uma crise de um determinado modelo familiar, com características peculiares, nomeadamente, a família estável e com uma envolvente pautada por harmonia afetiva e onde a fecundação predominava. Modelo este que se centrava em regras rígidas de divisão, particularmente no trabalho, nas quais, cada elemento do agregado familiar tinha o seu papel definido, sendo de realçar a hierarquia que havia entre o género feminino e masculino (homem, mulher, pais e filhos). (cf. Pedroso e Branco, 2008, p.55)

Existe de facto e como se pôde verificar consequências dos novos arranjos/organização familiar, que se traduzem em transformações nas relações de parentesco e mesmo das representações dessas relações no interior do seio familiar:

" Cada vez mais, são encontradas famílias cujos papéis estão confusos e difusos se relacionados com os modelos tradicionais, cujos papéis eram rigidamente definidos. As relações, comparadas com as estabelecidas no modelo tradicional, estão modificadas, os próprios membros integrantes da nova família estão diferenciados, a composição não é mais a tradicional, as pessoas também estão em processo de transformação, no sentido da forma de pensar, nos questionamentos, na maneira de viver nesse mundo em processo de mudança." (Oliveira, 2009, p.68)

Na contemporaneidade, as famílias são constituídas a partir do nível tradicional, mas num nível mais evoluído, visto que o modelo tradicional, como se pode verificar, está ultrapassado e desgastado.

Contudo, e apesar de tais modificações, o modelo que impera na atualidade ainda é o nuclear, sendo que nem sempre se realiza de acordo com os traços de simetria e de democracia ao modelo associado. Assim, o mesmo já não é considerado um ponto de referência para muitos indivíduos, nomeadamente em algumas fases da vida. Por

estas razões, torna-se impossível definir de forma unívoca o conceito de família, (Pedroso e Branco, 2008, p.55), pois são tantas as variáveis - ambientais, sociais, económicas e políticas, culturais e/ou mesmo religiosas, que determinam as diferentes organizações do núcleo familiar atualmente, que pensar em integrá-las num conceito unívoco, nos paralisa o ânimo, impedindo de o fazer.(cf. Osório, 2002:12 cit.por Borsa e Feil, 2008:3)

Em suma, apesar da família, instituição indispensável, se ter transformado devido às inúmeras razões aqui mencionadas, nomeadamente o envelhecimento demográfico e a um conjunto de mudanças económicas, culturais e sociais, que consequentemente provocaram alterações na sua capacidade para cuidar, é, nos dias de hoje, considerada como a instituição de apoio mais importante e por sua vez o suporte eleito para a assistência e auxílio para a grande maioria dos idosos, sobretudo, com doenças crónicas e incapacidade, independentemente da estrutura familiar, político-social dos países. (cf. Stone e Cafferata *et al*, 1987; Zarit e Pearlin *et al*, 1993; De La Cuesta, 1995, 2004; Joel, 2002 cit.por Lage, 2005, p. 205).

"Portugal não foge a esta regra; (...) a imagem dos cuidados intrafamiliares, ou seja, da família solidária com os mais velhos, inscreve-se nos valores culturais dos portugueses (...)." (Quaresma, 1996 cit.por Lage, 2005).

1.4 O suporte familiar e o cuidado ao idoso dependente

"Tudo que existe e vive precisa ser cuidado para continuar existindo. Uma planta, uma criança, um idoso, o planeta Terra. Tudo o que vive precisa ser alimentado. Assim, o cuidado, a essência da vida humana, precisa ser continuamente alimentado. O cuidado vive do amor, da ternura, da carícia e da convivência." (Boff, 1999:2 cit.por Machado, 2009, p.53)

A abordagem que se segue é fulcral para este trabalho, visto que se assume como o pilar central deste documento, na medida em que pretende compreender o cuidado em contexto domiciliário.

Existe uma crença, que, o idoso, no seio da sociedade contemporânea tem sido alvo de abandono por parte da família, "mas as investigações no mundo todo indicam o contrário". (Beauvoir, 1990 cit.por Gonçalves, 2002, p.30)

A família, na sociedade contemporânea, de acordo com Araújo e Paúl *et al* (2010, p.47), é, incontestavelmente, um pilar essencial de apoio, pois continua a ser

vista como uma instituição com bastante significado para o suporte e a realização efetiva da pessoa, ou mesmo a garantia da sustentabilidade que fornece aos seus ascendentes no processo de envelhecimento.

O habitat natural da pessoa é a família, pois é nela que se conhecem os defeitos, qualidades e necessidades dos seus membros. Desta forma, torna-se pertinente o relacionamento do idoso com o seu núcleo familiar em todas as fases da sua vida, mas fundamentalmente quando estes se tornam dependentes ao nível físico e psicológico. Esta dependência resulta de uma combinação de demências e patologias, que vão ter efeito ao nível emocional da pessoa idosa. (cf. Jede e Spuldaro, 2009, p.413), a família é um fator que influencia, determinantemente, a segurança emocional como também física desta faixa etária, tanto é que segundo Nitscke (1999 cit.por André e Cunha *et al.*, 2010, p.132), umas das maiores competências que pertencem à família é o cuidado em saúde, isto é, é a primeira a ser responsável pela maioria dos cuidados de saúde durante os vários ciclos de saúde/doença.

"A família constitui o principal sistema de suporte do idoso, apesar das dificuldades vivenciadas na contemporaneidade, sendo as relações familiares as que os idosos vivem com mais intensidade, e sendo que a importância da estrutura familiar na sua vida é fundamental, tendo implicações no seu bem-estar e respectiva qualidade de vida." (Redante *et al.*, 2005; Costa, Coelho e Oliveira, 2007 cit.por Andrade e Martins, 2011, p.188)

Assim sendo, torna-se fundamental, compreender, primeiramente, o significado de suporte familiar.

Para Castro e Campero *et al* 1997; Procidano & Heller 1983 (cit.por Baptista e Norona 2010, p.29), o suporte familiar é um conceito multidimensional, complexo e que está associado com a saúde mental dos indivíduos, uma vez que está relacionado ao grau em que as necessidades de apoio do indivíduo são satisfeitas pela família. Moos (1990 cit.por ibidem), acrescenta que estas necessidades estão relacionadas a atitudes de afeto, sensibilidade, cooperação, confiança, estímulo, autonomia e independência entre os membros da unidade familiar.

Em consonância com o autor supramencionado, encontra-se Silva e Bessa *et al* (2004 cit.por Reis e Torres *et al* 2011, p.53), que salientam que o suporte familiar trata-se de um conceito de difícil operacionalização, sendo que umas das suas definições englobam parte da rede informal, visto que é a rede mais próxima dos relacionamentos, na medida em que o indivíduo é beneficiado por contactos e trocas estabelecidas com os seus familiares. Através deste cuidado informal, o idoso tem uma probabilidade

acrescida de desenvolver maior resiliência e bem-estar psicológico, na medida que é auxiliado na manutenção de respostas mais adaptadas aos fatores/situações que tendem a comprometer a saúde.

Os autores suprarreferidos, mencionam que as funções do suporte familiar são:

1. Dar e receber informações;
2. Proporcionar auxílio material e emocional;
3. Dar às pessoas o senso de amor e valorização;
4. Possibilitar a construção e manutenção de uma identidade social;
5. Auxiliar na atribuição de sentido às experiências de vida. (cf. Lemos e Medeiros, 2002 cit.por Reis e Torres *et al.*, 2011,p.53)

Para Gomes, 1994; Neri, 2005; Wililiams e Aiello, 2004 (cit.por Inouye e Barham *et al.*, 2010, p.583), este conceito, pode ser definido como o recurso primário de socialização, através do qual os padrões de comportamento, bem como os hábitos de linguagem, valores, crenças e costumes são transmitidos e por sua vez as necessidades psicológicas e fisiológicas básicas podem ser supridas.

De salientar, que o suporte familiar só se torna adequado quando origina em efeitos emocionais positivos e em sensações de pertencimento, cuidado e estima, ou seja, este suporte caracteriza-se por ser um processo recíproco entre os membros da família, que gera efeitos tanto para quem recebe, como para quem cede o apoio. Outra perspectiva vem de Reis e Torres *et al.*,

"O suporte familiar contribui de maneira significativa para a manutenção e a integridade física e psicológica do indivíduo. Seu efeito é tido como benéfico, no membro da família que o recebe, na medida em que o suporte é percebido como disponível e satisfatório." (Reis e Torres *et al.*, 2011, p.53)

Já Inouye e Barham *et al.*, defendem que existem autores que não estão em consonância com Reis e Torres *et al.*, (2011) na medida em que esclarecem o seguinte:

" ...existem autores que apontam resultados negativos do suporte familiar em função de situações que sobrecarregam o cuidador familiar ou quando há uma excessiva assistência, resultando em falta de liberdade e autonomia tanto para o cuidador como para o receptor de ajuda desnecessária. Assim, nem sempre a frequência das relações sociais dentro da família denota qualidade de suporte familiar de forma balanceada e saudável." (Ramos, 2007 cit.por Inouye e Barham *et al.*, 2010, p.583)

Autores como Baptista e Oliveira (2004 cit.por Baptista e Norona, 2010, p.29), evidenciam que o mesmo se exterioriza por meio de ações que demonstrem atenção, carinho, diálogo, liberdade, proximidade afetiva, autonomia e independência existente entre os membros que integram a família.

O suporte familiar possui três dimensões principais:

1. A coesão;
2. A adaptabilidade;
3. E a comunicação.

A primeira dimensão respeita à coesão e confere o grau de separação e conexão entre os indivíduos que fazem parte da família, caracterizando o vínculo emocional que estes possuem uns com os outros - vínculos, ligações, interesses em comum, recreação e amizade.

A adaptabilidade refere-se à capacidade da família ser flexível para se adaptar às situações que originam mudanças, relativamente no que respeita a alterações na estrutura do poder e nas regras de relacionamento, em função do desenvolvimento de capacidades novas, ou também como resposta a obstáculos ou situações que provocam o stress na família, atingindo os seus membros. As reações que os membros da família poderão ter, associam-se e dependem de habilidades, como a assertividade, a capacidade para negociar regras e estilos e o controle e a disciplina.

A última dimensão é a comunicação e esta também pode ser beneficiada pelas habilidades interpessoais dos membros na expressão de afeto, sendo de ressaltar o destaque para a empatia, escuta reflexiva, comentários de suporte (positivo) e a capacidade de dividir os seus sentimentos uns com os outros. Já a comunicação negativa originará elevados graus de criticismo, além das mensagens dúbias entre os familiares (cf. Baptista, 2005 cit.por Inouye e Barham *et al.*, 2010, p.584)

Analisado o conceito de suporte familiar, interessa seguidamente perceber o que se entende por cuidar.

"E porque para cuidar temos de partir do acolhimento e escuta do outro que se nos apresenta como alguém que precisa de nós, com a sua história e a sua perspectiva de tudo quanto o rodeia, cuidar assume-se como um estilo que parte do coração e da inteligência, que podemos traduzir por técnica e humanidade, contrastando com algumas mentalidades da eficácia, que pensam que a todo custo podem comprar a saúde apenas com ciência e penicilina." (Ramos, 2008:20 cit.por André e Cunha *et al.*, 2010, p.132)

Deste modo, segundo Floriano e Azevedo *et al* (2012, p. 544) prestar cuidados à saúde de um membro, neste caso específico, de um idoso, é uma tarefa que implica conhecimentos, requer competências e habilidades e neste contexto, o cuidador familiar tem de se adaptar e conviver com as mudanças sucedidas na vida da pessoa idosa.

Assim sendo, o cuidar vai impor uma mudança profunda na vida de quem cede esse cuidado, ou seja, exige ser uma tarefa complicada, pois tem como intuito executar ações complexas, delicadas e muitas vezes sofredoras. Quem cuida, vai dedicar longos períodos de tempo ao idoso recetor do cuidado, adicionando um desgaste físico e emocional, custos financeiros, ficando exposto a riscos mentais e físicos. (Leal, 2000; Rainbow, 2004 cit.por André e Cunha *et al.*, 2010, p.133)

"É fundamental compreender que, para além dos aspetos sócio-económicos e demográficos, a prestação de cuidados a idosos inclui muito mais do que os aspetos instrumentais e físicos, como a alimentação, a higiene, a mobilidade e a medicação, que normalmente são considerados e medidos." (Sarmiento e Pinto *et al.*, 2010, p.45)

Por sua vez, Brito (2002 cit.por Ramos 2012, p.20), refere que a prestação de cuidados vai implicar um conjunto total de componentes subtis, ligados à gestão do cotidiano e de ordem afetiva, que vão contribuir, de forma mais relevante, para a qualidade de vida do idoso dependente, mais do que propriamente os aspetos físicos e instrumentais dos cuidados. Sendo de realçar, que este trabalho não tem o reconhecimento merecido, nem é adequadamente recompensado, apesar de todo o desgaste que esta prestação envolve e requiere a vários níveis, nomeadamente, ao nível cognitivo, emocional e físico.

Outros autores estão em consonância com o autor supramencionado, na medida que salientam

" (...) muito do trabalho de prestar cuidados é invisível, no sentido de que não apresenta comportamentos observáveis, nem é aparente até mesmo a quem recebe os cuidados. Inclui todo um conjunto de componentes do cuidar, mais subtis e menos tangíveis, ligados à gestão do quotidiano e de ordem afectiva (...)" (Nolan *et al.*, 1996; Paúl, 1997 cit.por Sarmiento e Pinto *et al.*, 2010, p.45)

Paúl (1997 cit.por Sarmiento e Pinto *et al.*, 2010, p.45), refere que o processo de prestação de cuidados a familiares idosos, torna-se diferente, comparado, com a prestação de cuidados a crianças e a pessoas mais jovens, por diversas razões. Por exemplo, quem presta os cuidados fica consciente da situação de agravação e degeneração do idoso que está a receber os cuidados, sendo que na maioria das vezes

fica consciente também relativamente ao seu futuro, que poderá estar mais ou menos próximo. Outra razão é a relação antecedente com o idoso dependente, seu familiar, e a inversão dos papéis que frequentemente ocorre, tendem a aumentar a possibilidade da ocorrência de conflitos. Por fim, raramente a responsabilidade de prestação de cuidados ao familiar se torna partilhada, sendo que, paralelamente a esta situação, é rara a vez que à prestação de cuidados se associa uma escolha assumida para a realizar.

Porém, independentemente dos factos argumentados,

"(...) os sistemas de saúde e da protecção social, nas últimas décadas, atribuíram às famílias algumas responsabilidades dos cuidados aos seus familiares, delegando-lhes o papel central nos cuidados em situação de doença e dependência. Em diferentes países Europeus, assiste-se a um discurso comum centrado na preservação da autonomia e dignidade da pessoa idosa, no qual a manutenção no contexto familiar aparece como uma solução a privilegiar independentemente dos recursos das famílias (...)"(Araújo e Paul *et al* 2010, p.47)

Com efeito, os recursos das famílias são entendidos como todos os mecanismos, recursos e/ou capacidades, que a mesma tem para fazer frente às adversidades com que se depara. Estes recursos evidenciam a coesão, a adaptabilidade aos problemas/necessidades e situações, a organização entre os membros da família, as habilidades de comunicação no seio da mesma, e sobretudo à capacidade de resolução de problemas e força familiar para os superar. De ressaltar que entre estes recursos, encontram-se os recursos pessoais dos membros que compõem a família, nomeadamente, as capacidades, conhecimentos, habilidades, traços de personalidade, saúde física e emocional, senso de mestria, autoestima e inteligência dos membros da família, em compreender e resolver as exigências com que são confrontados. (cf. Cano & Moré, 2008; McCubbin & McCubbin, 1993 cit.por Peixoto e Martins, 2012, p.374)

Neste sentido, a tarefa do cuidar pode ser realizada por vários elementos, como os profissionais da área da saúde e social, as estruturas residenciais para os idosos e sobretudo através da família. (cf. Falcão e Maluschke, 2009, p.778)

Importa salientar que segundo Wanderley (1998 cit.por Mazza e Lefèvre, 2004,p.70), muitos dos cuidadores que prestam os cuidados necessários e se comprometem com tal prestação o fazem por diversos aspetos: por ser um processo natural, uma obrigação, um dever, por coexistirem diversos graus de ligações afetivas, troca de um favor, por temerem a institucionalização ou simplesmente por impulso.

No presente trabalho, interessa, particularmente, a família: a experiência de cuidar em casa tem-se tornado cada vez mais frequente no cotidiano familiar, tanto é

que as políticas direcionadas para o idoso sustentam que o domicílio se torna o lugar mais adequado para o idoso envelhecer, garantindo a possibilidade de continuar a promover a sua autonomia e de forma a preservar a sua dignidade. (cf. Gonçalves e Costa *et al.*, 2011, p.3) Desta forma e por essa razão, "No domicílio, o cuidado ao idoso geralmente é realizado pelo cuidador familiar." (Floriano e Azevedo *et al.*, 2012, p.544)

Com o intuito de compreender o que se entende por cuidador, evoca-se as seguintes definições.

"A prática do cuidador não é nova, ela existe há muito no espaço doméstico, com o pressuposto de atenção personalizada e singularizada, voltada às pessoas que inspiram cuidados especiais, como idosos (...)" (Wanderley, 1998 cit.por Mazza e Lefèvre, 2004, p. 70)

Os cuidadores são indivíduos que assumem a responsabilidade e tarefa de cuidar de outrem, que carece de ajuda por sentir alguma necessidade. Estas pessoas podem fazer parte da unidade familiar, que assumem voluntariamente ou não esta atividade, bem como pessoas contratadas. (cf. Nardi e Santos *et al.*, 2012, p.98)

Posto isto, existem vários tipos de cuidadores, de acordo com o tipo de vínculo mantido com a pessoa que recebe o cuidado: existem os cuidadores formais e informais ou cuidadores principais, secundários e terciários. Os cuidados formais pertencem ao profissional contratado e o cuidado informal é aquele que é prestado por a família, amigos, vizinhos ou indivíduos que se voluntariam para tal função (cf. Caldas, 2002 cit.por Falcão e Maluschke, 2009, p. 778), de forma parcial ou integral e envolve uma tarefa não remunerada. (cf. Sarmiento e Pinto *et al.*, 2010:43)

Quanto à distinção entre cuidadores principais, secundários e terciários, os cuidadores principais/primários são os principais responsáveis pela pessoa idosa, tornando-se responsável pela maioria das tarefas e cuidado a este último. Normalmente é a pessoa que assume ser o cuidador principal que "(...) se responsabiliza pelo cuidado e representa o elo entre o idoso, o restante da família e a equipe da saúde." (Vieira e Nobre *et al.*, 2012, p.256) Os secundários, até podem realizar as mesmas tarefas que o principal cuidador, no entanto, não têm em mão toda a responsabilidade e decisão, assim a prestação de cuidados por este cuidador é realizado pontualmente, revezando com o cuidador principal. Os terciários, por sua vez não têm qualquer responsabilidade pelo cuidado, sendo que vão substituir o cuidador principal por breves momentos e

realizam apenas tarefas concretas, como por exemplo, ir às compras, pagar contas. (Eliopoulos, 2005 cit.por Vieira e Fialho *et al.*, 2011, p.571)

Neste sentido, torna-se pertinente associar o cuidar à família, resultando o conceito de cuidador familiar (frequentemente abordado por cuidador informal, como se pôde verificar), pois, nos últimos anos, o papel da família na prestação de cuidados aos idosos dependentes tem sido novamente valorizado e reequacionado. Esta revalorização surgiu com o reconhecimento da importância da família e dos seus laços, bem como das pertenças comunitárias para o bem-estar individual e com a peculiaridade do apoio de carácter expressivo que só a estrutura familiar consegue propiciar. Contudo, existe o reverso desta revalorização da família, que se prende com o facto da perda de sustentabilidade do Estado relativamente aos sistemas de protecção social e com a carência das respostas face às solicitações, cada vez maiores (cf. Pimentel, 2008, p.3)

"Este pode ser definido como uma pessoa da família ou afim, sem formação na área da saúde, que está cuidando do ente familiar, ou ainda, como uma pessoa da comunidade que foi adquirindo experiência por meio do cuidado às pessoas doentes, e fez desse cuidado uma ocupação informal." (Ministério da Saúde, 2003; Hora e Souza, 2005 cit.por Floriano e Azevedo *et al.*, 2012, p.544)

O cuidador familiar é o indivíduo que pertence ao núcleo familiar e responde às necessidades de autocuidados de outra pessoa, que possui algum grau de dependência decorrente do seu processo clínico, de tal ordem, que se torna incapaz de sobreviver por si próprio. Por isso, a prestação de cuidados é, frequentemente, realizada por períodos extensos, muitas vezes até ao falecimento do idoso. Por norma, o cuidador familiar é quem assume as responsabilidades de facultar o suporte, bem como de auxiliar nas necessidades básicas e instrumentais da pessoa que carece de ajuda. (cf. Oliveira e Elboux, 2012, p.830)

Há autores que têm a ousadia de afirmar que "o cuidador familiar é aquele que coloca a necessidade do outro em primeiro lugar". (Leal, 2000 cit.por Jede e Spuldaro, 2009, p.415)

A denominação para ser cuidador familiar resulta, efetivamente, de quatro fatores:

1. Parentesco (maioritariamente os cônjuges);
2. Género (predominantemente feminino);
3. Proximidade (física com o idoso recetor de cuidados);

4. Proximidade afetiva (pela relação construída ao nível conjugal ou ao nível entre pais e filhos).

A tarefa de cuidar, passa, desde, prestar os cuidados básicos, como implica outras tarefas de âmbito doméstico, como ir às compras, ao supermercado ou atividades mais complexas como realizar tarefas financeiras. (cf. Oliveira e Elboux, 2012, p. 830; Diogo e Ceolim *et al.*, 2005 cit.por Nardi e Santos *et al.*, 2012, p.98-99)

Face ao exposto, os cuidados realizados pela família ao idoso têm como objetivo "(...) preservar a vida dos seus membros para alcançar o desenvolvimento pleno de suas potencialidades, de acordo com suas próprias possibilidades e com as condições do meio em que ela vive." (Elsen *et al.*, 2002 cit.por Jede e Spuldaro, 2009, p.414)

1.4.1 Tornar-se cuidador: o processo

"Imprevisível, será a palavra que melhor define o processo de iniciação do cuidador informal." (Rocha, 2009, p.52)

Cuidar de um idoso nem sempre é uma atividade consciente, na medida em que cuidar de idosos não difere de outras situações de cuidados familiares, é maioritariamente a continuação de uma relação anterior de cuidados, de assistência e de suporte. (cf. Lage, 2005, p.206)

Este processo inicia aquando do diagnóstico realizado acerca de uma patologia, que ao ir progredindo ou apenas o seu tratamento, gera um quadro de dependência de cuidados que se efetivam no domicílio (cf. Costa e Castro 2014, p.982), situação que provoca nos familiares uma difícil aceitação, na medida que muitos deles nem entendem os sintomas da doença. No entanto, e apesar da negação inicial e com a progressão da doença, os familiares vão paulatinamente aceitando o quadro, apesar dessa aceitação não ser total. (cf. Silveira e Caldas *et al.*, 2006, p.1631)

"A comunicação do diagnóstico sempre causa impacto nos familiares. Muitos cuidadores ficam surpresos com a informação e esperam ou que o diagnóstico esteja errado e exista alguma possibilidade de reversão, ou que ocorra uma espécie de "milagre".(Silveira e Caldas *et al.*, 2006, p.1631)

Segundo Mafra e Lefèvre (2004, p.70), as pessoas que se tornam cuidadoras podem iniciar este processo por impulso, outras vêem este processo como natural, outras como um dever, uma obrigação, fazem-no pelos diferentes graus de ligação afetiva ou uma troca de favores, naturalmente nos relacionamentos entre mãe e filha é comum isto acontecer ou até pelo medo da institucionalização. Gonçalves (2006 cit.por Jede e

Spuldaro, 2009, p.418-419), acrescenta ainda a estes motivos de iniciação do processo de se tornar cuidador, a obrigação moral alicerçada em aspetos culturais e religiosos, a conjugalidade que está relacionada ao que o autor referido anteriormente salientou - graus de ligação afetiva - a ausência de outras pessoas para cuidar e por isso assume essa responsabilidade sem ter outra opção, ou seja, as circunstâncias da vida fazem-no tornar-se cuidador e por fim as dificuldades financeiras, ou seja, a taxa de desemprego incumbe a tarefa de cuidador em troca do sustento (frequentemente em casos de filhas desempregadas). Outros autores evidenciam ainda que outros dos motivos é o altruísmo, ou seja, a capacidade dos cuidadores se colocarem na situação do outro, a obtenção de aprovação social ou o evitamento da censura e também a recompensa material (possível herança). (cf. Jani-Le Bris, 1994; Aneshensel e col.,1995; Velásquez e col., 1998;Montorio e Yanguas *et al.*,1999; Pimentel, 2001 cit.por Figueiredo, 2007, p.107)

Tal como os autores mencionados, existem outros que se encontram em concordância pelo aspeto do tornar-se cuidador se relacionar também com os vínculos afetivos ou com a responsabilidade social advinda do grau de parentesco que mantém com o idoso dependente. Os tais vínculos aliados ao familiar acarretam alterações que vão exigir mudanças e consequentemente adaptações. Estas adaptações deviam ser executadas com formação e uma consolidação de conhecimentos, cujo intuito é lidar com uma nova realidade que se impõe tanto à pessoa que se torna cuidadora, como aos membros envolventes na situação, nomeadamente a família. (cf. Costa e Castro 2014, p.982)

Costa e Castro (2014, p.982) referem que o processo de se tornar cuidador pode ocorrer de forma lenta ou brusca e inesperada.

Importa salientar que o facto de o começo do cuidado ser, como o autor referido anteriormente salienta, abrupto ou gradual, acontecer paulatinamente, por vezes de forma inconsciente, à medida que o idoso vai requerendo cuidados ou se o processo de cuidar se iniciar num estado mais avançado da doença, parece condicionar decididamente a forma subjetiva do cuidador com a aquisição do papel. (Carrero, 2002, Seltzer e Wailing, 1996 cit.por Lage, 2005:206)

O início do cuidado torna-se muito distinto de outras grandes mudanças de papéis familiares, nomeadamente a viuvez, a paternidade, tendo em conta que, de acordo com Lage (2005, p.206) estas situações têm uma demarcação diferente da assunção do papel de cuidar. Posto isto, a noção do momento que se inicia o processo

de se tornar cuidador pode, eventualmente, diferir da percepção do cuidador sobre a experiência de cuidar, ou seja, o cuidador familiar pode conseguir referenciar há quanto tempo começou a cuidar do idoso, no entanto não consegue estabelecer o momento em que elas próprias pensam si como cuidadoras, ou, seja, a identificar-se com tal papel. Assim, "(...) a entrada subjectiva no papel de cuidador pode ter um tempo diferente do começo objectivo da prestação de cuidados." (Lage, 2005, p.206)

1.4.2 Perfil do cuidador (a)

A literatura sobre esta matéria é unânime em reconhecer que o sexo feminino predomina na prestação de cuidados informais a idosos dependentes, ou seja, na sociedade existe uma suposição que cuidar faz parte do domínio feminino. (cf. Jane-Le Bris, 1994; Chappell e Litkenhaus, 1995; Salvage, 1995; NAC/AARP, 1997; Neal e Ingersoll-Dayron *et al*, 1997; Ory e col., 1999; Tennstedt, 1999; Michelson e Tepperman, 2000 cit. Figueiredo, 2007:109-110; Jamuna, 1997; Neno, 2004 cit. por Lage, 2005, p.206) Uma das hipóteses para explicar esta predominância deve-se aos modelos de divisão do trabalho familiar, ou seja, no sexo, pelo que o cuidado prestado aos idosos parece estar relacionado a uma atividade de género, uma vez que se situa a tarefa de cuidar como mais uma tarefa doméstica. (Lage, 2005, p. 207; Figueiredo, 2007, p.110).

Estudos mais recentes continuam a corroborar tal afirmação, constatando que tal facto se deve a causas predominantemente culturais, salientando que na maioria dos casos, são as esposas ou as filhas do idoso dependente que prestam tais cuidados, "(...) que não se vêem, na maioria das vezes, como ocupantes de um papel social e olham suas ações como extensão de uma relação pessoal e familiar." (Karsch, 2003; Souza e Skubs *et al*, 2007 cit. por Torres e Reis, *et al*, 2009, p.416)

Tal como estes autores, Cerqueira e Oliveira confirmaram nos seus estudos que a responsabilidade pelos cuidados aos idosos dependentes tem "(...) o predomínio de mulheres cuidadoras (73%), especialmente esposas e filhas(...)." (Cerqueira e Oliveira 2002 cit. por Moreira e Caldas, 2007, p.522)

As filhas, por sua vez, envolvem-se melhor e com maior frequência de que os filhos na prestação de cuidados ao seu familiar. (cf. Brody e col. 1994; Carrero, 2002; Wolf e Freedman *et al*, 1997 cit. por Lage, 2005, p.207). Na inexistência de uma filha, será o filho que terá de assumir a responsabilidade de cuidar, mas habitualmente

transfere-a para a sua esposa. (cf. Figueiredo, 2007:111)

Nolan *et al* (1996 cit.por Sarmiento e Pinto *et al*, 2010, p.43) acrescenta a este propósito, que existem frequentemente conflitos entre irmãos, que se devem à divisão de tarefas na prestação de cuidados.

Contudo, e tal como já referido, na maioria dos vezes são

"(...) os cônjuges (...) a principal e única fonte de assistência ao idoso dependente. A descendência constitui a segunda fonte de prestação de cuidados. Normalmente na ausência do cônjuge, é a filha quem assume a responsabilidade de prestação de cuidados." Figueiredo, 2007:111)

Com efeito, a situação mais comum é o cônjuge como principal cuidador, sendo esta situação evidenciada em diversos estudos (cf. Penning, 1991; Pereira e Mateos, 2006; Figueiredo, 2007; ISS, 2005 cit.por Loureiro, 2009, p.29), mas Paúl (1997 cit.por Sarmiento e Pinto *et al*, 2010, p.43), salienta todos estes cuidadores mencionados anteriormente na citação numa outra ordem: em primeiro lugar a filha, a seguir as noras em substituição dos filhos e só depois surgem as esposas.

Ainda assim, e apesar da ordem, ambos consideram a predominância da mulher no ato de cuidar. No entanto, Barber (1999 cit.por Figueiredo, 2007, p.111) menciona que apesar do predomínio do sexo feminino na arte de cuidar, existe um crescimento por parte do sexo masculino para esta tarefa, seja no papel de cuidador principal ou no papel de cuidador secundário.

No que respeita ao estado civil, os casados constituem a maior proporção dos que cuidam e na linha a seguir encontram-se os solteiros ou separados/divorciados, ficando em último, com percentagem muito reduzidas, os viúvos. (cf. Jane-Le-Bris, 1994, Chappel e Litkenhaus, 1995, Montoiro e Yanguas *et al*, 1999 cit.por Figueiredo, 2007, p.111).

Relativamente à média de idades, estudos indicam que existe uma média acima dos 50 anos. (cf. Garrido e Menezes, 2004 cit.por Moreira e Caldas, 2007, p.522; Karsch, 2003, p.863)

Já Figueiredo (2007, p.111), indica que várias pesquisas sustentam que a maior parte dos cuidadores informais têm uma média de idades que varia entre os 45 anos e os 60 anos. "A idade dos cuidadores é influenciada pela idade da pessoa que necessita de cuidados, assim, quanto mais velha for a pessoa dependente, mais velho será o cuidador." (Figueiredo, 2007, p.111)

Importa salientar que a idade dos cuidadores encontra-se em certos estudos,

geralmente, na mesma faixa etária dos recetores de cuidados (cf. Karsch, 1998 cit.por Orso, 2008, p.59): "são idosos jovens independentes cuidando de idosos dependentes." (Caldas, 2004 cit.por Moreira e Caldas, 2007, p.522)

Quanto à escolaridade, Pimentel (2013, p.89-90), afirma no seu estudo realizado em dois contextos diferentes - meio rural e meio urbano - que a maioria dos entrevistados são indivíduos com níveis de escolaridade muito baixos, no qual predomina o primeiro ciclo do ensino básico, no entanto, a autora faz uma ressalva ao referir que, em função dos meios em que os indivíduos estão inseridos, existem diferenças substanciais, pois os cuidadores em contexto meio urbano têm na sua generalidade índices mais elevados de escolaridade e desempenham profissões mais qualificadas, possuindo um estatuto socioeconómico melhor.

Por sua vez, Orso (2008, p.59) no seu estudo, respeitante a este indicador, obteve resultados muito positivos, pois quase metade dos cuidadores apresentaram níveis de escolaridade média, seguindo-se com uma taxa menos elevada o grau superior.

"O grau de escolaridade é de extrema importância, uma vez que a falta deste pode interferir, direta ou indiretamente, na prestação de cuidados ao idoso. A baixa escolaridade promove uma queda na qualidade do serviço prestado, pois o cuidador necessita seguir dietas, prescrições e manusear medicamentos. " (Nakatani e Souto *et al*, 2003 cit.por Orso, 2008, p.59)

Relativamente ao emprego, em Portugal não se observa a tendência da conjugalidade da prestação de cuidados com a atividade laboral de quem cuida, como acontece noutros países. (cf. Figueiredo, 2007; Jani-Le Bris, 1994; Lage, 2007 cit.por Loureiro, 2009, p.31)

A autora mencionada anteriormente, relatou os resultados de um estudo com 540 cuidadores informais, efetuado pelo ISS (Instituto da Segurança Social) no ano de 2005, cujos resultados evidenciaram o seguinte:

"mais de metade dos cuidadores (55%) têm como principal fonte de rendimento uma pensão, ainda que neste domínio predomine a pensão reforma (42,3%). O outro grupo relevante em termos de origem dos rendimentos são os provenientes do trabalho (39,5%). Ainda com menor valor surgem os cuidadores com rendimentos próprios (5,9%) ou estando a cargo de familiares (3,9%). Com menor relevância estatística surgem os cuidadores que não possuem qualquer fonte de rendimento (4%) ou que estão em situação de desemprego (2%)." (ISS, 2005:53 cit.por Loureiro, 2009, p.31)

Este estudo vem comprovar que a maioria dos cuidadores encontra-se na mesma faixa etária que o idoso dependente, pois está auferindo como principal fonte de rendimento a pensão de reforma.

Em suma, Roger e Bonet (2000 cit.por Lage, 2005, p.208) referem que a investigação realizada nesta área indica que os cuidadores tradicionais têm um perfil semelhante:

1. Sexo feminino (meia idade);
2. Não trabalha fora de casa e caso tenha uma atividade laboral, o seu horário terá sido adaptado;
3. Cuida mais de que um indivíduo;
4. Não possui qualquer auxílio para as tarefas domésticas ou para o processo de cuidar do idoso dependente.

1.4.3 Dificuldades sentidas no cuidar do idoso dependente

Culturalmente, na sociedade, prevalece a ideia de que na velhice dos anciãos, os filhos, pois são os que estão mais diretamente ligados aos pais, ou os outros elementos da família assumam a responsabilidade de prestar os cuidados necessários, de âmbito afetivo e material. (cf. Perlini e Leite *et al.*, 2007, p.230)

Assim sendo, cuidar de um familiar, doente e dependente (parcial/total) no domicílio, acontece, onde parte considerável da vida é vivida, no qual o conhecimento e a memória dos factos/situações e de relações íntimas são importantes, tanto para o cuidador, como para o idoso que os vivenciaram.

Neste contexto, os cuidados têm suas peculiaridades e por estas razões, a preocupação sobre o cuidador familiar, que na maior parte dos casos nem sempre se encontra adequadamente preparado para essa tarefa de cuidar, vem crescendo com o aumento do número de idosos que vivenciam um processo de doença crónica e incapacitante, que os leva a situações de dependência. (cf. Cattani e Girardon-Perlini, 2004; Karsch, 2003 cit.por Vieira e Nobre *et al.*, 2012, p.256)

Para Silveira e Caldas *et al* (2006, p.1630), a família ao se deparar com esses processos de doença crónica, muita delas incapacitantes, pode não estar preparada e por sua vez, pode ficar desorientada, surgindo conflitos no seio da mesma até ao momento em que a família se começa reorganizar, para enfrentar tal adversidade, sendo que durante este período terá de haver, obviamente, alguém disponível para cuidar do idoso

dependente.

Porém,

"Identificar as necessidades dos cuidadores informais é um processo complexo, dada a variabilidade individual, a fase da prestação de cuidados e o contexto em que ocorre. Além disso, os próprios cuidadores familiares sentem algumas dificuldades em formular e imaginar as suas necessidades, principalmente quando desconhecem as respostas formais existentes." (Figueiredo, 2007, p.139)

Nesta linha de pensamento, Caldas (2003, p.777), menciona que a família enquanto entidade cuidadora, manifesta necessidades que vão desde aspetos materiais até aos aspetos mais emocionais, sem esquecer da necessidade de informações sobre como realizar a prestação de cuidados e os apoios formais que garantam uma melhor qualidade de vida para ambos - cuidador e idoso cuidado, sobretudo para os cuidadores principais, pois se estes não tiverem os apoios necessários, existe a possibilidade da prestação de cuidados a outrem o afetar por risco de exaustão.

De acordo com Fernandes (s/d, p.4), os aspetos materiais evidenciam os recursos financeiros, questões sobre a habitação, acesso aos serviços de saúde, bem como o transporte do idoso.

Face ao suprarreferido, ocorrem várias razões que evidenciam que a estrutura familiar não pode ser a única com responsabilidades perante o idoso.

"Entre elas, há idosos cujas famílias são muito pobres para prover um cuidado adequado, outros os familiares não dispõem de tempo suficiente, existem ainda os idosos que perderam o contato com suas famílias ao longo dos anos, muitas pessoas não querem ser dependentes de seus familiares e em muitas situações os membros da família não estão dispostos, estão despreparados ou estão sobrecarregados por esta responsabilidade. É fato que cuidar de um idoso pressupõe, na maioria das vezes, envolvimento emocional, esforço físico, dispêndio de tempo e energia, que não pode ser entendido como algo insignificante na vida dos indivíduos. Além disso, a situação nos faz considerar que os custos são elevados para a saúde e para o bem-estar do cuidador. (Pedro e Espírito- Santo *et al.*, 2012, p. 412)

Com efeito, a seguinte abordagem vai reproduzir um estudo realizado de forma minuciosa e que trata de verificar quais as dificuldades sentidas por os cuidadores principais no cuidar do idoso em domicílio. Foi elaborado por Sarmiento e Pinto *et al* (2010, p.83) no ano de 2006, sendo de ressaltar que a descrição do estudo vai centrar-se principalmente num dos instrumentos de investigação utilizados pelas autoras - entrevistas.

As dificuldades que os familiares evidenciaram ao prestar os cuidados

necessários ao idoso estão, particularmente, relacionadas com a necessidade de informação no sentido de obterem os conhecimentos que facilitam o processo de cuidar. Este tipo de conhecimentos remete essencialmente às áreas relativas à mobilização e à prestação de cuidados de higiene ao idoso dependente. A manifestação desta dificuldade/necessidade também foi evidenciada no mesmo estudo, mas por outro instrumento de recolha de dados - quantitativo - pois a população estudada neste último instrumento manifestou dificuldades ao nível da obtenção e colaboração por parte do idoso; preocupação com os cuidados a prestar ao mesmo e o cansaço que acarreta devido às exigências físicas e do deficiente apoio profissional (formal). As autoras referem que estas dificuldades podem estar associadas com a necessidade de uma explicação sobre a forma mais adequada de cuidar do idoso dependente ou como sugerem, da falta de preparação sobre como lidar da melhor forma com as limitações físicas e com o processo de doença crónica do idoso dependente. (cf. Imaginário 2002:220 cit.por Sarmiento e Pinto *et al.*, 2010, p.154)

No que respeita aos suportes/apoios que estiveram disponíveis para o seu auxílio, estes cingem-se apenas ao apoio familiar. Por estas razões, as autoras salientam que a família é considerada o "porto de abrigo", ou seja, lugar de destaque para o idoso, tal como se pôde verificar em abordagens anteriores que respeitam a esta matéria. Os cuidadores do presente estudo demonstraram isso mesmo, uma vez que referiram o seguinte " (...) fizemos um ajustamento da nossa vida para poder tratar dele".

Do mesmo modo e tal como foi referido anteriormente, os apoios facultados resumem-se essencialmente ao suporte familiar, visto que em relação aos apoios obtidos, os serviços tanto ao nível da saúde e da área social foram referenciados como insuficientes. Ao nível da saúde, o apoio solicitado foi apenas de cuidados de enfermagem de domínio curativo, apesar das autoras mencionarem que alguns cuidadores evidenciaram cuidados preventivos, mas tal número assumiu valores percentuais muito reduzidos.

Posto isto, constatou-se ainda que existe uma necessidade de intervenções da área da saúde ao nível promocional, pois, segundo as autoras, muitos cuidadores relataram o facto dos técnicos de saúde não terem a ideia dos problemas que os cuidadores têm e que enfrentam no seu quotidiano ao cuidar de um idoso dependente. Assim sendo, para conseguirem passar tais adversidades, os cuidadores precisam de acompanhamento, ensino e instrução e apoio financeiro, estas foram as necessidades

expressadas por eles, de forma a conseguirem superar as suas dificuldades.

Neste sentido, sugerem que lhes seja transmitida a informação necessária para cuidar de forma adequada do idoso dependente, manifestando o interesse de os envolverem na prestação de cuidados logo em contexto hospitalar; mencionam, de forma mais expressiva, o apoio socioeconómico, com intuito de comprar ajudas técnicas que facilitam no processo de cuidar, medicação e para realizar algumas readaptações e melhorias nas condições da habitabilidade, supondo talvez a eliminação de barreiras arquitetónicas. Também evidenciam a inserção de uma terceira pessoa no processo de cuidar, para auxiliar na prestação de cuidados e para que a mesma fosse uma companhia, a fim de evitar sentimentos de solidão e isolamento.

"Uma das principais dificuldades encontradas é a escassez de recursos financeiros, com os quais é possível obter recursos humanos e materiais. A falta de dinheiro pode gerar angústia do cuidador que quer dar o melhor para o seu familiar idoso." (Thober e Creutzberg *et al.*, 2005 cit.por Jede e Spuldaro, 2009, p.417)

Importa realçar, que, quando, inicialmente, foi colocada a questão das dificuldades sentidas, as autoras referem que todos os cuidadores mencionaram apenas as dificuldades relacionadas ao deficit de conhecimentos, mas posteriormente quando foi colocada a questão de qual a forma que sugere para ultrapassar as dificuldades, sugeriram todas as que até agora foram referidas. (cf. Sarmiento e Pinto *et al.*, 2010, p.153-155)

Por fim, de modo conclusivo, as dificuldades encontradas refletem as necessidades sentidas pelo familiar cuidador, visto que

"A necessidade de um indivíduo, de um grupo, ou de um sistema é a existência de uma condição não satisfeita, necessária para lhe permitir viver e funcionar nas condições normais, realizar-se ou atingir os seus objetivos. A satisfação de certas necessidades humanas é indispensável à sobrevivência, ao crescimento, desenvolvimento e bem-estar do ser humano." (Moreira, 2006:49 cit.por Araújo, 2007, p.40)

1. Necessidades cognitivas (Informação; Ensino na componente teórico/prática);
2. Necessidades de apoio socioeconómico (Apoio financeiro; Apoio Social; Assistência; Orientação; Material de compensação; Adaptação habitacional);
3. Apoio psicossocial;

4. Apoio domiciliário (Centro de saúde; Cuidados técnicos; Acompanhamento; Orientação);
5. Redes de Apoio (Estruturas residenciais para idosos, Unidades de cuidados continuados integrados);
6. Tempo livre. (cf. Sarmiento e Pinto *et al.*, 2010:156; Jani-Le Bris, 1994, Nac/AARP,1997, Borgermans e Nolan *et al* 2001 cit.por Figueiredo, 2007, p.139)

Nardi e Santos *et al* (2012, p.101-104) comprovam os seguintes resultados, assumindo uma nova necessidade - apoio familiar. "Nesta categoria, a realidade encontrada refere-se a um cuidador que assume a responsabilidade total pelo idoso dependente. Tal condição apresenta-se como um fator de dificuldade para o sujeito (...)" (Nardi e Santos *et al.*, 2012, p.103)

Esta necessidade não é reportada no estudo realizado por Sarmiento e Pinto *et al.*, pois segundo estes autores havia apenas uma insuficiência nos apoios formais, sendo o suporte familiar o único apoio.

Importa salientar que estudos mais recentes, nomeadamente no ano de 2012, elaborado por Ramos (2012, p.52-55) explana as mesmas necessidades evidenciadas pelos estudos anteriores referidos.

1.5 O impacto psicossocial da prestação de cuidados no bem-estar subjetivo dos cuidadores informais

Na literatura científica, diversos estudos, evidenciam cumulativamente os impactos pessoais, sociais e de saúde que o ato de cuidar gera nos cuidadores.

Fortinsky e Tennen *et al.*, (2007) reforça e afirma que “os cuidadores estão em maior risco de morbilidade psicológica e física e funcionamento social prejudicado, comprometendo, portanto, a capacidade de cuidar de um membro familiar idoso.” (Fortinsky e Tennen *et al.*, 2007 cit.por Lopes e Cachioni, 2013, p. 167).

Comprovado está que, atualmente, as pessoas que cuidam possuem pior saúde emocional quando comparados com pessoas que não cuidam. (cf. Lopes e Cachioni, 2013, p. 167).

Mediante o explanado, a literatura científica tende a apontar os aspetos negativos resultantes da prestação de cuidados, sendo incipiente as investigações numa perspectiva

mais positivista, ao nível da satisfação e gratificação do ato de cuidar.

Nesse sentido, independentemente das perspetivas assumidas na literatura científica, é indispensável analisar o conceito de bem-estar subjetivo, doravante designado de BES. De salientar que o BES constitui um campo de investigação recente e insere-se no domínio da Psicologia Positiva, pelo que se observa “(...) cada vez mais, um movimento de valorização das suas variáveis, ao nível da comunidade em geral e da comunidade científica em particular (...)” (Viana e Viana, 2013, p.184)

Tem vindo a ser investigado por duas áreas diferenciadas: ao nível do desenvolvimento do adulto e da saúde mental e ligado a aspetos psicossociais, nomeadamente o interesse pela satisfação com a vida e qualidade de vida, pois esta última integra não apenas aspetos ambientais, mas também situações internas a cada indivíduo, correspondendo essas mesmas ao Bem-Estar Psicológico e ao designado BES. (cf. Veenhoven, 2005 cit.por Roldão, 2014, p.8)

Ryff & Singer, 1998; Ryan & Deci, 2001 e Albuquerque e Lima, 2007 (cits.por Nunes, 2009, p.23) referem que alguns autores entendem-nos como duas facetas de um funcionamento ótimo do ser humano, pelo que se constituem concomitantemente como promotores daquilo a que a Psicologia Positiva nomeia de florescimento humano.

Para Roldão (2014, p.8) trata-se de um conceito recente, complexo, que engloba dimensões cognitivas e dimensões afetivas, que segundo Sousa e Galante *et al.*, (2003, cit.por Chaves, 2015, p.10) tem vindo a sofrer, desde meados do séc. XX, um processo gradual de alterações, o qual procura indicadores de qualidade de vida, com o intuito de monitorizar as mudanças sociais e consequentemente melhorar as políticas sociais, contribuindo para a promoção de melhores condições de vida e sociedades com maior bem-estar. (cf. Siqueira e Padovam, 2008 cit.por Roldão, 2014, p.8).

Se, até esta data, se relacionava incessantemente com a disponibilidade de bens-materiais, nos dias de hoje e no âmbito da Psicologia Positiva, está relacionado com dimensões menos tangíveis, como seja a felicidade, otimismo, esperança, sentido de segurança, a dignidade pessoal, a oportunidade da realização pessoal, satisfação com a vida. (cf. Galinha e Pais Ribeiro, 2005, p. 210-211).

Para Diener e Chan, 2011 (cit.por Chaves, 2015, p.11), o conceito de BES, tal como o próprio nome indica, diz respeito à avaliação subjetiva da existência pessoal, que cada indivíduo realiza sobre a sua própria vida, avaliação esta que pode respeitar a

juízos da sua satisfação com a vida (globalidade da vida do sujeito), mas também avaliações baseadas em sentimentos, estados de espírito e emoções ou ainda avaliações cognitivas referentes a uma satisfação global com a vida e com todos os outros domínios como a relação conjugal, a atividade laboral. (cf. Siqueira e Padova, 2008 cit.por Chaves, 2015, p. 11). De notar, que de acordo com Galinha (2008 cit.por Torrão, 2010, p.22-23), o BES de um indivíduo será tanto maior quanto maior for a sua frequência e o seu reconhecimento em manter um nível elevado de satisfação com a vida e a expressão de emoções positivas. Ao invés disso, o indivíduo manifesta insatisfação com a vida, expressa pouca alegria e demonstra emoções negativas como ansiedade, irritação e agressividade.

“Atualmente o bem-estar subjetivo delimita-se como área de intervenção pela sua constituição em três componentes fulcrais: a componente subjetiva, pois reside dentro da experiência individual da pessoa; a componente cognitiva, que se designa por satisfação com a vida, que avalia domínios específicos de satisfação, como o trabalho, a família, as finanças e lazer, entre outros, que avaliam globalmente a vida e por uma componente afetiva, designadas por afetos positivos e negativos, encontrando - se nesses inserida a noção de felicidade, contrastando como o modelo clínico de saúde mental, que se refere apenas à ausência de sentimentos ou experiências negativas.” (Diener, Suh, Oishi, 1997; Simões 2006 cit.por Roldão, 2014, p.9)

Este conceito tem sido assim também fortemente associado a outros conceitos. As primeiras pesquisas realizadas neste âmbito, concluíram haver um índice de correlação entre BES e saúde, havendo posteriormente um conjunto de pesquisas, que baseadas em metodologias diversas, corroboram a conclusão de que o BES influencia a saúde e o aumento da esperança média de vida. (cf. Ibidem).

Da mesma forma, Pressman e Cohen sustentam esta investigação, mencionando que o BES “pode minimizar os efeitos negativos de acontecimentos stressantes, aumentando a capacidade de resiliência e das estratégias de coping do indivíduo.” (Pressman e Cohen 2005 cit.por Chaves, 2015, p.13)

A saúde é "considerada o bem mais precioso, um capital humano que é preciso aprender a gerir e em que é necessário investir." (Martins, 2005:8).

Na atualidade, existe uma grande complexidade em caraterizar este conceito e apesar dos esforços não existem definições universais, sendo que nele se consideram múltiplos aspetos causais da doença ou da manutenção da saúde, como fatores biológicos, sociais e psicológicos. (cf. Lopes e Ribeiro *et al* 2013:26)

Definida no séc. XX, como “(...) o estado de completo bem-estar físico, mental

e social e não apenas a ausência de doença.” pela Organização Mundial de Saúde, em 1948, esta definição está

“longe de ser uma realidade, simboliza um compromisso, um horizonte a ser perseguido. Remete à idéia de uma “saúde ótima”, possivelmente inatingível e utópica já que a mudança, e não a estabilidade, é predominante na vida. Saúde não é um “estado estável”, que uma vez atingido possa ser mantido” (Carvalho e Inoue, *et al.*, s/d, p. 65)

Face ao explanado, ambos os conceitos integram um outro: qualidade de vida. Entende-se por qualidade de vida um conceito multidimensional, cujo intuito é avaliar as condições de vida de um indivíduo, grupo ou população, sendo esta avaliação sempre relacionada com a variável da saúde, na qual estão incluídas quatro dimensões:

"a física (sintomas físicos), a funcional (competência do indivíduo em desempenhar as suas tarefas diárias, familiares ou laborais), a psicológica (funcionamento cognitivo, emocional, nível de satisfação vital, felicidade e percepção global de saúde) e, por último, a social (interações sociais que o indivíduo desenvolve, influentes na autoestima e no autoconceito de cada um)" (Imaginário, 2004 cit.por Mesquita, 2013:55)

Este conceito também inclui uma dimensão subjetiva que está relacionada à satisfação com a vida. Esta tem como fatores preditores a saúde, a educação, as relações interpessoais e os parâmetros socioeconômicos, permitindo por si só efetuar uma avaliação da vida em geral (cf. Inal, Subasi et al., 2007 cit.por Mesquita, 2013:39) e que segundo os autores "(...) traduz-se numa avaliação global que o sujeito realiza sobre a sua vida presente e passada, não esquecendo a proeminência de todos os aspetos positivos bem como a ausência de fatores negativos (Diener, Oishi et al., 2003 cit.por Mesquita, 2013:47)

Em suma,

“Existem vários critérios normativos que podem ser usados para medir a qualidade de vida e, estes envolvem geralmente a qualidade do material e ambiente social, a saúde física e mental e, por último os sistemas de apoio disponíveis. Em contrapartida, os critérios subjetivos, como sejam o facto de o indivíduo considerar a sua vida, também pode ser utilizado. Por outro lado, qualidade subjetiva de vida pode ser definida em termos de satisfação com a vida, bem-estar subjetivo e felicidade.” (Inal e Subasi et al., 2007 cit.por Mesquita, 2013, p.46)

1.5.1 O reflexo da sobrecarga no cuidador face ao ato de cuidar

A relevância da provisão de apoio social e de cuidados pela Sociedade-Providência obtém uma nova centralidade diante a crise de sustentabilidade dos

sistemas de proteção social e por isso a família coloca-se no centro deste debate. (Pimentel, 2013, p.50)

"Considerando o quadro de redução dos recursos estatais, da desmontagem do sistema de proteção social e de dificuldades de emprego, o envelhecimento da população do país tem sido visto como uma sobrecarga para as famílias (...)." (Camarano e Kanso *et al.*, 2004 cit.por Moreira e Caldas, 2007, p.521-522)

As famílias portuguesas, vêm-se confrontadas, cada vez mais, com uma dupla escassez. De um lado, a provisão do bem-estar que é proporcionada pelo Estado é insuficiente, sendo que paralelamente a esta situação a capacidade de encontrarem as respostas necessárias no interior da sua rede familiar propende para cada vez mais se tornar reduzida. (cf. Hespanha e Portugal, 2002:21 cit. por Pimentel, 2013, p.50)

Ainda assim, relativamente ao idoso dependente (parcial ou total), quando a existência de co morbididades é nula para oferecer riscos de morte iminente ou para aqueles que não preenchem os requisitos que exijam o internamento hospitalar, a principal alternativa recai no contexto do ambiente domiciliar, que vai auxiliar nas tarefas cotidianas que envolvem as atividades básicas e instrumentais, transformando-se num espaço terapêutico para a pessoa idosa. (cf. Nardi e Santos *et al.*, 2012, p. 98)

No entanto, qualquer indivíduo que faça parte de uma família percebe literalmente que é reciprocamente influenciado pelos comportamentos dos outros e é por estes motivos que o comportamento familiar é assim definido. Assim, qualquer modificação realizada dentro do seio familiar, especificamente que respeite a um membro, irá influenciar e consequentemente modificar os outros que o integram. Neste sentido, o mesmo se passa com as alterações que ocorrem no idoso dependente, todas elas irão modificar e influenciar o comportamento dos demais membros do grupo. (Phipps *et al.*, 1995 cit.por Sarmiento e Pinto *et al.*, 2010, p.46)

Com efeito, "Está inequivocamente documentado que cuidar de um idoso pode ser uma actividade desgastante, com consequências na saúde e qualidade de vida do cuidador (...)" (Lage, 2005, p.211), visto que "O desempenho deste papel interfere com aspectos da vida pessoal, familiar, laboral, e social dos familiares cuidadores, predispondo-os a conflitos." (Sarmiento e Pinto *et al.*, 2010,p.46)

Ao impacto negativo da prestação de cuidados efetuada pelo cuidador informal (naturalmente a família, amigos, vizinhos), intitula-se de sobrecarga, pela literatura científica, mas a sua definição não é consensual, pois segundo Borgermans e Nolan *et al* (2001 cit.por Figueiredo 2007, p.119), trata-se de um conceito com múltiplas facetas,

mas que se refere aos constantes problemas existentes numa situação de prestação de cuidados. Para a mesma autora, o termo sobrecarga evidencia uma resposta psicossocial face à situação de prestar os cuidados, ou seja, reporta a um conjunto de problemas físicos, psicológicos, emocionais, sociais e financeiros, que são experimentados pelo cuidador na arte de prestar cuidados ao idoso dependente e que por consequência resultam num declínio de sentimentos de bem-estar concomitantemente com o aumento dos problemas de saúde. (Vitalino e Scanlan *et al* 2003; George e Gwyther 1986; Pearlin, 1990 cit.por Figueiredo, 2007, p.119)

Pearlin e Mullan *et al* (1990 cit.por Lage 2005, p. 210) estão em concordância com o autor acima mencionado, na medida em que refere que a sobrecarga é definida como um conjunto de consequências físicas, psicológicas e sociais que resultam da prestação de cuidados a uma pessoa, especialmente se estiver dependente.

Nesta linha de pensamento, existem dois tipos de sobrecarga - a objetiva e subjetiva.

De acordo com Lage (2005, p.210), a sobrecarga objetiva está associada aos acontecimentos e atividades concretas, isto é, reporta-se à interrupção dos aspetos da vida familiar (familiar, social, económica e profissional) que são potencialmente observáveis e quantificáveis enquanto a dimensão subjetiva reproduz os sentimentos, atitudes e as reações do foro emocional respeitante aos cuidadores face à experiência de cuidar.

Figueiredo respeitante ao tipo/dimensão da sobrecarga menciona que "a investigação tem demonstrado que, ao passo que a sobrecarga objectiva não constitui um forte preditor do bem-estar do cuidador, a sobrecarga subjetiva constitui." (Figueiredo, 2007, p.119-120)

Sarmiento e Pinto *et al.*, na sua obra de 2010, mencionam que "(...) o stress ou tensão do familiar cuidador é definido como sobrecarga ("burden"), relacionada com a dinâmica da qualidade de vida do dia-a-dia." (Berg-Weger 1996 cit.por Sarmiento e Pinto *et al.*, 2010, p.48)

Tal como Lage, os autores supramencionados evidenciam dois tipos de fatores stressantes nos familiares que prestam o cuidado - stressores primários e os stressores secundários, que são muito similares à definição acima referida face às duas dimensões da sobrecarga:

"Os primários, referem-se à situação do cuidador relacionado com a situação de cuidar, tendo esta uma dimensão objectiva e subjectiva. A dimensão objectiva refere-se às actividades e aos acontecimentos directamente associados ao desempenho do papel de cuidador (apoio às tarefas diárias, resolução dos problemas comportamentais emocionais); a dimensão subjectiva, tem haver com as reacções emocionais, sentimentos e emoções, relacionadas com as actividades e acontecimentos da dimensão objectiva. Os stressores secundários correspondem aos conflitos entre o cuidador com as obrigações familiares e profissionais, aos problemas financeiros e às alterações das actividades sociais, resultantes directamente dos stressores primários". (Martins e Garrett *et al.*, 2003 cit. por Sarmiento e Pinto *et al.*, 2010, p.48)

De notar que a percepção da sobrecarga, segundo Lage (2005, p.211), é individual, na medida em que o que pode ser complexo e difícil para quem cuida, pode ser projetado noutro cuidador em circunstâncias similares, de maneira diferente.

Porém, depois de percebido que a tarefa do cuidado familiar remete para uma sobrecarga para o cuidador (cf. Nardi e Santos *et al.*, 2012, p.99), importa em seguida enunciar explicitamente qual o tipo de sobrecarga a que os familiares estão sujeitos.

A sobrecarga, para os últimos autores referenciados, é influenciada, particularmente, por fatores de ordem orgânica e emocional, que estão relacionados ao prestador de cuidados e ao idoso cuidado, sem esquecer das próprias condições estruturais do ambiente do idoso dependente recetor dos cuidados, bem como do suporte social e de saúde às famílias que se encontram nesta situação. Estas influências associadas à preocupação com a progressão da saúde do idoso, vão, provavelmente, interferir no convívio entre os indivíduos que perfazem a família, resultando um acréscimo na tensão do ambiente familiar. Terá de se considerar também os fatores sociais na sobrecarga dos cuidadores, como por exemplo, a escolaridade, o salário, as horas dedicadas ao cuidado do idoso e os valores e as crenças dos cuidadores. São aspetos a ter em conta e que por sua vez reforçam as dificuldades do seio familiar com o idoso dependente requerente de cuidados. (cf. Montezuma e Freitas *et al.*, 2008; Nardi e Oliveira, 2008 cit. por Nardi e Santos *et al.* 2012, p.99)

Desta forma, de acordo com Martins e Ribeiro *et al.* (2003 cit. por Vieira e Fialho *et al.* 2011, p.571), os familiares que se responsabilizam e que assumem a prestação de cuidados podem entrar em situação de crise, manifestando sintomas como tensão, constrangimento, fadiga, stress, frustração, redução no convívio, depressão e alteração da autoestima, entre outros exemplos. Tal sobrecarga ou tensão pode abarcar problemas ao nível físico, do foro psicológico, emocional, social e financeiro, que irão afetar o bem-estar da pessoa cuidada e de quem lhe presta os cuidados, nomeadamente o seu

familiar. Gonçalves (2006 cit.por Jede e Spuldaro, 2009, p.418) também evidencia as mesmas consequências, o cansaço, a depressão, conflitos com os cônjuges, aumento dos problemas económicos, por exemplo.

Neste sentido, Pimentel (2013, p.264) indica que a prestação de cuidados remete para a dedicação do cuidador ao idoso e esta dedicação por sua vez vai implicar uma acumulação de funções que podem gerar os sentimentos acima descritos e que irão ter reflexo na vida pessoal e social do cuidador, pois existe frequentemente alterações adversas em diversas áreas da vida deste último. (Keck e Saraceno, 2010; Brito, 2002 cit.por Pimentel, 2013, p.264)

É um trabalho que não possui qualquer reconhecimento e não tem qualquer compensação material. Quem assume a responsabilidade de cuidar abdica de uma série de momentos e contactos sociais e profissionais. (Pimentel, 2013, p.264)

"A assunção de responsabilidades no domínio dos cuidados aos dependentes (neste caso idosos) acarreta sempre um conjunto de constrangimentos e tem implicações mais ou menos profundas no quotidiano dos cuidadores" (Pimentel, 2013, p.265)

Porém, de acordo com Pimentel (2013, p. 265-299) e Figueiredo (2007, p.119-128) as implicações e constrangimentos associados à prestação de cuidados envolvem:

1. Implicações na vida pessoal:
 - A saúde física e mental do cuidador;
 - Tempo livre (para si e para os outros) e o lazer;
2. Implicações relacionais:
 - As Relações familiares (filhos e netos) e sociais;
 - As Relações conjugais;
3. Implicações na vida profissional.
4. Implicações financeiras.

No que concerne às implicações na vida pessoal, existe o comprometimento da saúde física e mental do cuidador. A área da saúde integra-se nas esferas da vida pessoal do cuidador e pode ser afetada comprometendo o bem-estar físico e psicológico da pessoa que cuida, especialmente se esse cuidado for realizado a pessoas dependentes, quando perdem totalmente a capacidade funcional ou quando estão mentalmente perturbadas (cf. Pimentel, 2013, p.271).

Figueiredo (2007, p.121) assume a mesma perspetiva, pois menciona que prestar cuidados por um longo período pode comprometer física e psicologicamente o cuidador,

na medida em que é esgotante, sendo que as consequências desta prestação têm vindo a ser relatadas através de mau estar psicológico e de morbilidade física, sendo que normalmente tais cuidadores evidenciam exaustão, depressão, colocando em risco a sua saúde, necessitando de acompanhamento médico.

Apesar de ambas as autoras assumirem a mesma perspetiva, Figueiredo (2007, p.121) salienta que existe dificuldade em verificar se um problema de saúde poderá advir da prestação de cuidados, no entanto, ainda assim concorda que a mesma raramente tem efeitos positivos na saúde. Estudos nesta matéria revelam o seguinte:

"A investigação tem revelado que quando se comparam cuidadores de idosos, com pessoas que não têm essa responsabilidade, os primeiros percebem a sua saúde como sendo pior e têm mais doenças crónicas e uma pior saúde global" (Thompson e Gallagher-Thompson, 1996; Haley e col, 1996; cit por Figueiredo, 2007, p.121).

Uma questão a realçar quando se estuda o impacto da prestação de cuidar de um idoso, terá de ser a idade do cuidador, pois se este não for suficientemente jovem, poderá acarretar situações que estão relacionadas ao próprio processo de envelhecimento. (Ibidem)

Outra categoria que respeita ainda às implicações na vida pessoal é o tempo livre e o lazer. Como já foi percebido, cuidar de um idoso é uma atividade muito exigente, de tal forma que muitos dos cuidadores deixam de ter tempo livre para cuidar de si e dar atenção aos outros. Citando Figueiredo " (...) quando o faz, surgem muitas vezes sentimentos de culpa associados à ideia de deixar o idoso ao abandono" (Figueiredo, 2007, p.128) A autora aponta ainda que as limitações do tempo derivam de uma combinação de uma série de fatores como a ausência ou deficiência de apoio externo, a atividade laboral, entre outros. Deste modo, torna-se benéfico encontrar o seu "(...) espaço pessoal resulta da relação consigo mesmo, rodeado ou não por outros e a construção desse espaço pessoal implica secundarizar os outros e sobrevalorizar o próprio ego." (Pimentel, 2013, p.266)

Segundo a autora mencionada, não ter espaço pessoal é como se houvesse uma diminuição da própria identidade, neste caso do cuidador, ou seja, como se a sua essência fosse diluída devido à contaminação dos outros. (Ibidem) Posto isto, a falta de tempo é considerada um dos constrangimentos manifestados pelos cuidadores.

A segunda categoria respeita às implicações nas relações, onde se encontra em primeiro lugar as relações familiares e sociais.

Este constrangimento vem na consequência do anterior na medida que têm em comum a falta de tempo, ou seja,

"Os constrangimentos que se colocam à relação dos cuidadores com os seus filhos e com os seus netos são diversos, mas têm em comum o facto de os cuidadores terem pouca disponibilidade para se dedicarem a outras pessoas que não os idosos (...)" (Pimentel, 2013, p.299)

São raras as vezes que o ato de cuidar de outrem não afete, de alguma maneira, as relações familiares, isto porque a nova rotina derivada de uma diferente dinâmica familiar provoca alterações que necessitam evidentemente de uma readaptação, incidindo esta última nas relações de poder, intimidade e dependência. (cf. Figueiredo, 2007, p.122)

Em segundo lugar, na presente categoria encontra-se as implicações ao nível das relações conjugais. A relação entre ambos os cônjuges, poderá ser afetada devido ao facto do cuidador dedicar grande parte do seu tempo à pessoa idosa, sendo que também poderá ser afetada pelas alterações de humor e capacidade ou neste caso incapacidade de se conseguir relacionar com os demais membros que integram o seio familiar. Existe frequentemente por parte do cuidador pouca tolerância e paciência para lidar com aspetos conjugais, podendo tal situação abarcar conflitos interiores na relação conjugal. De notar que paralelamente a toda esta envolvente, o cônjuge do cuidador poderá não estar receptivo para entender as dificuldades do outro ou apenas para o reconfortar emocionalmente ou mesmo através da prática, o que poderá propiciar conflitos e em certos casos a distância afetiva entre ambos. (cf. Pimentel, 2013, p.298)

A penúltima categoria evidencia as implicações profissionais, e apesar de muitos cuidadores prestarem esta tarefa a tempo inteiro, existem outros que o fazem parcialmente conciliando com a atividade laboral. Para Pimentel (2013, p.274), a vida profissional é um dos domínios mais afetados pela prestação de cuidados, pois o tempo que se precisa para cuidar de um idoso dependente, na sua maioria não se articula com os horários longos e inflexíveis, nomeadamente se for o responsável principal por a prestação de cuidados. Segundo essa autora, existem vários estudos de âmbito Europeu que salientam que a maioria dos cuidadores exerce a sua atividade laboral de forma reduzida - part-time - ou nem sequer trabalha, pois em alguns destes casos, os cuidadores aquando da prestação de cuidados ao seu familiar tiveram de cessar o seu emprego (terá de haver um cuidado acrescido ao extrapolar os dados para todos os

contextos sociais, pois a realidade é dinâmica, e o que é sustentado num contexto pode diferir para outro). A par desta situação, Kroger (2003 cit.por Pimentel, 2013, p.275), evidencia que nos seus estudos, a percepção das atitudes dos colegas e empregadores em contexto laboral declaram a existência de menos tolerância quando se pede para realizar algum ajustamento do horário para cuidar de um idoso, mais que quando se trata de uma criança.

"O tempo despendido no trabalho tanto pode ser benéfico como nefasto para o cuidador. Pode ser benéfico porque o emprego constitui um escape às tarefas de prestação de cuidados, que muitas vezes se tornam rotineiras e pouco apreciadas. Além disso, os rendimentos que dele derivam podem atenuar algumas dificuldades financeiras associadas à assunção da tarefa de cuidar. O emprego permite igualmente a oportunidade de conviver e interagir com colegas e amigos." (Figueiredo, 2007, p.126).

Como se pode verificar, conta-se nestas implicações com os dois lados da moeda, mas a conciliação entre ambas as responsabilidades, certamente, que gera alguns constrangimentos, na medida em que o emprego envolve tarefas além daquelas a que o cuidador está sujeito na prestação de cuidados e que como já foi evidenciado se caracteriza por ser uma tarefa complexa. Posto isto, ambas as responsabilidades podem coincidir e entrar em confronto, pois as pressões do trabalho podem interferir na prestação de cuidados, mas também por outro lado os cuidadores em atividade laboral, permanecem preocupados com o bem-estar do seu familiar. Terá de se ter em conta que o impacto nesta categoria - nível profissional - vai depender das condições que estão associadas à atividade laboral e do modo como estas vão implicar a prestação de cuidados. (cf. Figueiredo, 2007, p.126-127)

Por fim, a última categoria designa as implicações financeiras, pois "A situação de prestação informal de cuidados poderá gerar problemas financeiros pelas despesas que os cuidados acarretam (...)" (Figueiredo, 2007, p.128)

É um dos domínios em que as consequências são menos evidentes. (cf. Pimentel, 2013, p. 366) No estudo realizado por Pimentel (2013, p.280), os entrevistados não demonstraram o acréscimo de despesas do seu agregado familiar como uma consequência negativa de cuidar do idoso, em alguns casos a autora salienta que os mesmos nem tiveram a preocupação de perceber se o idoso dependente e os seus cuidados implicaram algum aumento nas despesas. "Ainda que, em alguns casos, os cuidados exijam um dispêndio elevado de dinheiro (...), esse montante é habitualmente suportado pelo próprio idoso." (Pimentel, 2013, p.366) e normalmente o rendimento do

idoso é suficiente para esse efeito. A mesma autora menciona que os problemas sobrevivem quando existem irmãos (não cuidadores) que exigem parte dos rendimentos do idoso dependente.

Lage (2005, p.215-216) no estudo por si elaborado, reflete os resultados evidenciando que os cuidadores que têm melhores rendimentos, que possuem mais habilitações literárias e que têm a ajuda de um cuidador secundário, tendem a ter uma melhor saúde. Assim sendo, os cuidadores que têm o auxílio de um cuidador secundário têm um menor impacto ao cuidado do idoso e uma menor sobrecarga subjetiva daqueles que não têm. O mesmo se passa com aqueles que têm suporte formal, visto que manifestam uma menor sobrecarga subjetiva.

Respeitante à qualidade de vida, esta acresce quando o cuidador tem mais escolaridade e/ou para os quais existe o auxílio de um suporte formal, sendo que a escolaridade parece ser um fator positivo na perceção da qualidade de vida dos cuidadores, justificando Brito (2002 cit.por Lage 2005), que isso acontece devido ao facto da escolaridade e da formação ser um recurso pessoal que irá ajudar os cuidadores a controlar e lidar melhor com a situação.

No que concerne ao estado de humor, os cuidadores possuintes de uma maior escolaridade evidenciam uma menor rejeição-depressão, ou seja, um menor humor depressivo e menor incapacidade pessoal e de futilidade, como também uma menor fadiga e um maior vigor. Por sua vez, as relações de parentesco parecem influenciar a perceção de vigor-atividade, sendo que tende a aumentar à medida que esta relação vai ficando cada vez mais distante do idoso dependente.

Estudos também revelam que o relacionamento entre cônjuges que têm na sua responsabilidade um idoso dependente, sofrem de maior tensão que aqueles que não estão envolvidos na situação descrita anteriormente. (cf. Sarmiento e Pinto *et al* (2010, p.48).

Em suma,

"Assim, muito facilmente se encontram sentimentos de culpa, pena, frustração, e tantos outros, que dificilmente serão superados sem que haja um acompanhamento, um apoio incondicional que permita sustentar todo este "fardo" e transformá-lo em algo que permita criar sentimentos de satisfação e auto-realização, mantendo (...) a coesão familiar, com menor número de conflitos, de modo a reencontrar o equilíbrio perdido". (Sarmiento e Pinto *et al.*, 2010, p.49)

1.5.2 Satisfação do cuidador familiar face à tarefa de cuidar do idoso dependente

Segundo Figueiredo (2007, p.129), a maioria da literatura científica sobre a tarefa de cuidar de idosos, por todos os aspetos já mencionados anteriormente, evidencia sempre os impactos negativos e remete o predomínio da sobrecarga do cuidador como o foco de atenção, ficando a abordagem muito aquém da realidade, mas "Estudos recentes sugerem que as satisfações derivadas do cuidar predominam, podendo ter várias origens e co-existindo a par com as dificuldades." (Nolan *et al.*, 1996 e 1998; Riedel *et al.*, 1998 cit.por Figueiredo, 2007, p.129-130). Posto isto, o ato de cuidar não pode ser visto apenas através de uma perspetiva reducionista, que encara só os impactos negativos desta tarefa, esta última terá de se encarada como uma fonte de gratificação e realização pessoal. (cf. Oliveira, 2009, p.9)

Brito (2002:45 cit.por Oliveira, 2009, p.10) corrobora a afirmação anterior, referindo que existem aspetos, potencialmente, satisfatórios e gratificantes na arte de cuidar do idoso dependente, mencionando que tais aspetos de satisfação e gratificação dependem dos vínculos relacionais afetivos que o cuidador manteve com o recetor de cuidados, ao longo da vida. Oliveira, (2009, p. 10) afirma que a satisfação no ato de cuidar também deriva da relação já existente com quem recebe os cuidados, evidenciando até que a melhoria na prestação de cuidados se deve a essa relação, à idade do cuidador e à intensidade do envolvimento que o cuidador tem nesta tarefa, sendo que alguns autores referem que a presença de gratificações no processo de cuidar faz com que se melhore a qualidade dessa prestação, ou seja, esta qualidade tende a aumentar.

Neste sentido, Depois *et al* (2004 cit.por Oliveira, 2009, p.10) reconhecem quatro áreas que são privilegiadas no aumento da qualidade do ato de cuidar quando os cuidadores sentem gratidão por executar esta experiência: Prática/logística; Cognitiva; Melhoria nas AVD e no comportamento do recetor de cuidados.

No entanto, para Nolan *et al* (1996,1998 cit.por Figueiredo, 2007, p.130), as razões advindas das recompensas e satisfações variam da manutenção da dignidade do recetor de cuidados, do facto de ver o idoso dependente bem tratado e feliz, ter consciência de que se dá o melhor, outra razão é o cuidador encarar a tarefa de cuidar como uma oportunidade para expressar o amor e o afeto pelo idoso, o drama da institucionalização, ou seja, conseguir manter o familiar idoso longe da instituição,

verificar que consegue fazer face às necessidades do outro que está dependente, o cuidador encarar a tarefa de cuidador como uma possibilidade de crescimento e enriquecimento pessoal, contribuindo para o sentido da realização e promover o desenvolvimento de novas competências e conhecimentos (sobretudo sobre saúde e doença), bem como desenvolver o seu lado solidário e a compreensão da evolução dos processos de envelhecimento. (cf. Franciso e Mazarrasa, 2000 cit.por Lage, 2005, p.205)

De notar, que todas as gratificações mencionadas anteriormente possuem um cariz não material, mas decerto que vantagens financeiras também possuem um papel evidente como fonte de gratificação.

Existem dois tipos de vantagens financeiras: as imediatas e as futuras. As imediatas derivam normalmente de uma troca com um carácter consciente. Esta troca verifica-se quando as necessidades do recetor de cuidados vão ao encontro das necessidades de quem lhe presta os mesmos, ou seja, um exemplo prático é o seguinte: O cuidador depende financeiramente da pensão do idoso, ou seja o cuidador aloja-se e alimenta-se gratuitamente na casa do idoso ou mesmo na sua, por exemplo se for uma filha que leva o pai para cuidá-lo em casa. Já as vantagens futuras referem-se à herança do recetor de cuidados, ou seja, existem casos onde se realizam contratos notariais ou morais, que submetem o legado à cláusula da prestação de cuidados, privilegiando notoriamente a pessoa que presta os cuidados, de entre os herdeiros. (Janile Bris, 1994 cit.por Figueiredo, 2007, p.130)

Nesta linha de pensamento, os impactos positivos na arte de cuidar do idoso, ou seja, as recompensas/experiências positivas contêm um sentido de satisfação, gratificação e de orgulho no papel de cuidar, como também um acréscimo do sentido de domínio, da competência e da realização, um sentido de finalidade e também um significado para a vida. (cf. Depois *et al.*, 2004 cit.por Oliveira, 2009, p. 10) Este significado de vida é comprovado por Sequeira (2007 cit.por Ferreira, 2012, p.27), na medida em que o mesmo entende o ato de cuidar como um ato de amor, isto é, uma relação afetiva entre quem presta os cuidados e quem os recebe, propiciando ao cuidador um determinado sentido de vida.

Estudos recentes, como o elaborado por Oliveira em 2009, intitulado de "Cuidados informais ao idoso dependente: motivos e gratificações" vem corroborar

aquilo que até agora foi dito. Neste estudo, interessa particularmente os resultados que se focam nas Satisfações/Gratificações (3º objetivo do estudo), que para Oliveira (2009, p.41) são uma parte oculta na literatura sobre esta matéria.

Os principais resultados evidenciam que " (...) os cuidadores reconhecem fontes de satisfação na experiência do cuidar. " (Oliveira, 2009, p.41). Contudo, considerando as sub-escalas e o principal beneficiário, pode-se constatar que as principais fontes de satisfação referem-se ao domínio do idoso dependente como principal beneficiário, em todas as dinâmicas estudadas:

- Interpessoal: Satisfações provenientes da dinâmica interpessoal entre cuidador e recetor de cuidados;
- Intrapessoal: Satisfações que resultam da orientação intrapessoal ou intrapsíquica do cuidador;
- E de resultados: Satisfações que derivam, primeiramente, do desejo e da vontade de promover consequências positivas e evitar consequências negativas para o recetor de cuidados.

De acordo com a autora do estudo, na dinâmica interpessoal verifica-se que a manutenção da dignidade e do bem-estar do idoso são as principais fontes de satisfação. Na dinâmica intrapessoal, os resultados mostram que existe uma elevada gratificação no que respeita ao bem-estar e satisfação das necessidades do idoso dependente. Já no âmbito da dinâmica dos resultados/consequências (satisfações que derivam do desejo de promover consequências positivas e evitar e/ou reduzir as negativas para o recetor de cuidados), as principais fontes de satisfação advêm do facto de querer ajudar a pessoa a superar as dificuldades e os problemas e evitar a institucionalização do idoso.

Relativamente ao cuidador como principal beneficiário, o estudo indica na dinâmica interpessoal que a satisfação do cuidador é encontrada no reconhecimento e valorização do seu papel enquanto prestador de cuidados, contribuindo para um aumento da sua autoestima, satisfação e bem-estar e consequentemente para uma melhor qualidade de vida. Na dinâmica intrapessoal é evidenciado a capacidade do cuidador para a tarefa de cuidar e o sentido do dever, seja ele moral ou social. Quanto à dinâmica dos resultados, mais uma vez é reconhecida a satisfação dos cuidadores, principais e secundários, na experiência de prestar os cuidados, promovendo o desenvolvimento de novas capacidades e competências.

No que concerne aos cuidadores e ao idoso como mútuos beneficiários,

evidenciam-se gratificações relacionadas com a afetividade e preservação do bem-estar da pessoa idosa e por sua vez o sentimento de solidariedade familiar e altruísmo. (cf. Oliveira, 2009, p.41-45)

A autora mencionada anteriormente foi evidenciando que o estudo na sua maioria obteve resultados muito similares aos de outros autores, como Grant e Nolan, 1993 Nolan, *et al.*, 1996; Brito, 2002; Figueiredo, 2007; Sequeira, 2007.

Para concluir, "os aspectos positivos no cuidar são o resultado de uma mediação entre as tarefas desempenhadas pelo cuidador e o bem-estar sentido na execução das mesmas." (Vieira *et al.*, 2011 cit.por Ferreira, 2012, p. 27)

Com efeito, Figueiredo (2007 cit.por Oliveira, 2009, p.12) acrescenta à citação anteriormente referida que o impacto positivo relaciona-se também com o bem-estar do cuidador e consequentemente com o bem-estar e qualidade de vida do recetor.

2. Enquadramento empírico

Após o percurso teórico em torno dos conceitos subjacentes ao tema: “O impacto da prestação de cuidados a idosos dependentes (que usufruem de Apoio Domiciliário), no seio familiar, no contexto da transformação da organização familiar contemporânea”, torna-se imprescindível caracterizar as fases ou etapas, pelas quais, a presente investigação terá, efetivamente, passado. Até porque, ao caracterizar tais fases, se consegue perceber o fio condutor e a razão das várias escolhas, tendo em conta, fundamentalmente, o problema de pesquisa (objeto alvo de estudo).

Por temática, entende-se:

"(...) o assunto que desejamos provar ou desenvolver. Pode surgir de uma dificuldade prática enfrentada pelo pesquisador, da sua curiosidade científica, de desafios encontrados na leitura de outros trabalhos ou da própria teoria. Pode ter surgido pela entidade responsável, portanto "encomendado", o que, porém, não lhe tira o caráter científico." (Prodanov e Freitas, 2013, p.120)

2.1 Formulação do objeto de estudo

Família." (...) falar ou escrever sobre a regulação da família é, cada vez mais, uma matéria complexa, porque se torna difícil definir o que seja a própria família." (Pedroso e Branco, 2008, p.53)

Para alguns autores, deixou-se de falar em família “(...) dada a existência de

diversas configurações familiares. A família contemporânea passou a conviver com uma pluralidade de outros padrões de casamentos e famílias" (Wirth, 2013, p.1)

Posto isto e dentre os conceitos para definir este conceito, família, e dos vários encontrados durante a pesquisa bibliográfica, a sua maioria revela que, tratando-se de uma instituição, "(...) a família geralmente constitui a principal rede de apoio social, exercendo função protetora diante das tensões geradas pela vida cotidiana" (Bernal 2003 cit.por Inoyue e Barham *et al* 2010, p. 583), tanto é, que, o vínculo e o apego familiar entre os familiares são fatores determinantes para o desenvolvimento do ser humano, pois são tais vivências que servirão de apoio para a formação das percepções e das capacidades interpessoais de todos os membros da unidade familiar, mesmo no decorrer da velhice. (Ibidem)

De tal formal, que, Karsch (2002:1 cit.por Mazza e Lefèvre, 2004, p.70) corrobora o suprarreferido, salientando que, a família é o sistema que tradicionalmente sustenta de maneira efetiva o apoio aos idosos, mas tem vindo a enfrentar um processo de profundas alterações ao longo dos séculos, onde os fatores económicos, sociais, políticos e culturais contribuíram de forma decisiva para as alterações no padrão organizativo tradicional da família, tanto é que a família nuclear deixou de ser o modelo prevalente e nos dias atuais existem imensas formas de organização familiar. (cf. Wiese e Santos, s/d, p. 2; Gomes *et al.*, 2002 cit.por Andrade e Martins, 2011, p. 187)

Modificações estas, que, podem influenciar a participação da família na assistência aos membros mais vulneráveis, como é o caso dos idosos, e que poderão contribuir para uma carência, na prestação de cuidados diretos, por parte dos cuidadores informais aos mais dependentes. (cf.Duarte 2001 cit.por André e Cunha *et al* 2010, p. 132)

No entanto, da mesma forma que podem contribuir para uma carência, as modificações na estrutura familiar podem também contribuir ou desfavorecer a prestação de cuidados, mas sobretudo quem a realiza, nomeadamente, os cuidadores, sejam eles informais ou formais. É sobretudo nesta linha de pensamento que a presente investigação foi à procura de uma resposta.

Face ao exposto, o objeto alvo de estudo (problema de pesquisa) incide na seguinte questão de partida: - “Qual o impacto psicossocial da prestação de cuidados no bem-estar subjetivo dos cuidadores informais de idosos dependentes, no contexto da organização familiar contemporânea?” –

O problema de pesquisa pode ser entendido como uma questão, que desperta interesse e curiosidade. Por norma, esta questão deverá enunciar o trabalho de investigação, ou seja, deverá tentar exprimir o mais exatamente possível o que o investigador procura conhecer e compreender melhor, pelo que é preciso muita atenção e precisão na sua formulação. (cf. Quivy e Campenhoudt, s/d, p. 6-7)

2.2 Definição de objetivos

De forma, a dar resposta à questão supracitada, é fundamental que se definam os objetivos.

Quanto ao objetivo geral, que vai representar de forma holística e abrangente o que se pretende explorar (cf. Prodanov e Freitas, 2013, p. 124), definiu-se o seguinte:

- Compreender o impacto psicossocial da prestação de cuidados no bem-estar subjetivo dos cuidadores informais de idosos dependentes, no contexto da organização familiar contemporânea. -

Já os específicos, de acordo com Prodanov e Freitas (2013, p.124) reportam-se a um carácter mais concreto e abrangente, os quais apresentam uma função intermediária e instrumental, dado que de um lado permitem atingir o objetivo geral e de outro poderão ser aplicados em situações particulares, pelo que foram extraídos a partir do grande objetivo e definidos a partir do que se pretende explorar através da investigação:

1. Aprofundar as diversas perspetivas acerca do envelhecimento e as suas implicações a nível individual aos diferentes níveis (biológico, psicológico, económico e sociofamiliar);
2. Perceber a complexidade dos problemas que acompanham a longevidade humana, nomeadamente a incidência de situações de dependência;
3. Explorar o conceito de bem-estar subjetivo;
4. Compreender a organização da família contemporânea a par do processo de transformação da sociedade;
5. Identificar a rede social e familiar do cuidador;
6. Entender o processo de tornar-se cuidador e as tarefas associadas;
7. Conhecer o perfil do cuidador informal;
8. Conhecer qual o impacto psicossocial do processo de cuidar o idoso no cuidador informal, nomeadamente ao nível do bem-estar subjetivo;

9. Compreender as necessidades/dificuldades resultantes do ato de cuidar.

Todos os objetivos mencionados têm como intuito a resposta à questão de partida designada anteriormente e se alcançados permitirão a apresentação de uma proposta de intervenção que colmate as necessidades identificadas.

2.3 Metodologia

Tendo em conta, que, a investigação científica, depende, efetivamente, de um conjunto de procedimentos intelectuais e técnicos, de forma a atingir os seus objetivos: os designados métodos científicos (cf. Prodanov e Freitas, 2013, p.14), torna-se fundamental definir em primeira instância, o que se entende por metodologia:

“É compreendida como uma disciplina que consiste em estudar, compreender e avaliar os vários métodos disponíveis para a realização de uma pesquisa académica. A Metodologia, em um nível aplicado, examina, descreve e avalia métodos e técnicas de pesquisa que possibilitam a coleta e o processamento de informações, visando ao encaminhamento e à resolução de problemas e/ou questões de investigação.” (Prodanov e Freitas, 2013, p. 14)

Como tal, a investigação realizada, caracteriza-se, através, de uma pesquisa aplicada quanto à sua natureza, porque pretende-se que a mesma objetive gerar conhecimentos para a aplicação prática dirigidos à solução de problemas reais e específicos. Pois, tal como Prodanov e Freitas afirma, a pesquisa aplicada “Envolve verdades e interesses locais.” (Prodanov e Freitas, 2013, p. 51)

Quanto aos objetivos é de carácter exploratório, descritivo e transversal.

Exploratório porque tal como o seu nome indica, pretende explorar o tema a desenvolver e para o qual existe pouca informação no contexto onde o estudo é realizado, proporcionando mais informações e tendo em conta que se caracteriza como tendo uma planificação flexível, permite o estudo sob diversos ângulos (cf. Dalfovo e Lana, 2008, p. 4)

Descritiva porque “o pesquisador apenas registra e descreve os fatos observados sem interferir neles. Visa a descrever as características de determinada população ou fenómeno ou o estabelecimento de relações entre variáveis. Envolve o uso de técnicas padronizadas de coleta de dados (...)” (Prodanov e Freitas, 2013, p.52) e segundo Dalfovo e Lana (2008, p. 4) inclui análises de âmbito qualitativo.

Transversal porque a investigação não é realizada de forma longitudinal, pelo contrário, é realizada num “único momento”.

Investigação esta que pretende estudar, tal como já referido, um aspeto particular que se assume como Objeto de Estudo e que diz respeito à compreensão do impacto da prestação de cuidados a idosos dependentes, no seio familiar, os quais usufruem de uma resposta pontual, designada de Apoio Domiciliário.

Em termos epistemológicos, a investigação enquadra-se numa metodologia de abordagem mais qualitativa, na medida em que se considera que “existe uma relação dinâmica entre o mundo real e o sujeito, isto é, um vínculo indissociável entre o mundo objetivo e a subjetividade do sujeito que não pode ser traduzido em números.” (Prodanov e Freitas, 2013, p.70)

Para Dalfovo e Lana (2008, p. 7), a metodologia no âmbito qualitativo descreve a complexidade do problema, compreendendo e classificando os processos dinâmicos vividos nos grupos.

Apesar de envolver uma parte predominantemente descritiva, com base em dados passíveis de tratamento estatístico, centra-se sobretudo numa perspetiva “Interpretativa” ou “Compreensiva”, visando a compreensão do significado ou a interpretação dos próprios cuidadores (informais) sobre as suas vivências na *arte* do cuidar dos idosos. (cf. Prodanov e Freitas, 2013, p.70)

Nesse sentido, utiliza ambas as abordagens (quanti-qualitativa) partindo do pressuposto de Minayo, que entende que " (...) as duas metodologias não são incompatíveis e podem ser integradas num mesmo projeto;" (Minayo, 1994 cit.por Dalfovo e Lana *et al*, 2008, p.11)

2.4 Técnicas e instrumentos de recolha de dados

As técnicas utilizadas para a recolha de dados incidem na documentação indireta, ou seja, pesquisa bibliográfica (livros, procura de artigos científicos e teses fundamentadas), com o intuito de elaborar o enquadramento teórico. (cf. Oliveira, 2007, p.69 cit. por Silva *et al*, 2009:5-6; Silva *et al*, 2009, p.6)

Concomitante com as técnicas apresentadas, a recolha de dados traduz-se também através da documentação direta, onde é realizada uma pesquisa de campo (“aquela utilizada com o objetivo de conseguir informações e/ou conhecimentos acerca de um problema, para o qual se procura uma resposta, ou de uma hipótese, que se queira

comprovar, ou, ainda, descobrir novos fenômenos ou as relações entre eles.”) (Marconi e Lakatos, 2003, p.186), através dos seguintes instrumentos:

1. **Entrevistas semiestruturadas privilegiadas ao cuidador informal**, com o intuito de compreender as suas vivências e extrair o principal objetivo (apêndice 1).

Marconi e Lakato no seu livro datado de 2003, definem a entrevista como sendo

“um encontro entre duas pessoas, a fim de que uma delas obtenha informações a respeito de determinado assunto, mediante uma conversação de natureza profissional. É um procedimento utilizado na investigação social, para a coleta de dados ou para ajudar no diagnóstico ou no tratamento de um problema social.” (Marconi e Lakatos, 2003, p. 195)

Consideram a entrevista como sendo um instrumento de recolha de dados muito pertinente nos vários campos das Ciências Sociais ou de outros setores de atividade, como seja o Serviço Social, a Psicologia Social, dentre outros.

No livro datado de 2003, os autores anteriormente referidos, evidenciam três tipos de entrevistas: a padronizada ou estruturada, a despadronizada ou não estruturada e a entrevista tipo painel, onde cada uma delas possui características inerentes à sua formulação:

A entrevista estruturada, tal como o seu nome indica, disponibiliza um guião previamente estabelecido, onde o entrevistador não dá grande margem de manobra para que a entrevista siga ou abranja outros contornos, sendo o objetivo máximo a comparação de respostas obtidas no mesmo conjunto de questões, onde as diferenças devem refletir, fundamentalmente, diferenças nas questões dos respondentes e não diferenças no conjunto de questões formuladas.

De forma desigual apresenta-se a entrevista não-estruturada, na qual o entrevistador tem liberdade total para explorar as questões inerentes à temática em estudo da forma que considere mais adequada. Neste tipo de entrevista, não existe um guião pré-estabelecido e geralmente as questões colocadas são abertas, dando total liberdade ao entrevistado se de poder exprimir e manifestar a sua opinião. (Idem,p.197).

No presente estudo, considerou-se pertinente formular uma entrevista semiestruturada. Esta entrevista é privilegiada “porque esta, ao mesmo tempo que valoriza a presença do investigador, oferece todas as perspectivas possíveis para que o informante alcance a liberdade e a espontaneidade necessárias, enriquecendo a

investigação.” (Triviños, 1987, p. 145-146).

Nesse sentido, pode-se definir a entrevista semiestruturada como sendo

“aquela que parte de certos questionamentos básicos, apoiados em teorias e hipóteses, que interessam à pesquisa, e que, em seguida, oferecem amplo campo de interrogativas, fruto de novas hipóteses que vão surgindo à medida que se recebem as respostas do informante. Desta maneira, o informante, dentro do foco principal colocado pelo investigador, começa a participar na elaboração do conteúdo da pesquisa.” (Triviños, 1987, p. 146)

Salienta-se ainda que as questões não foram formuladas *à priori*. Foram o resultado não só das teorias que alimentaram a ação da investigadora, mas também de toda a informação recolhida sobre a temática social em questão, não sendo menos importante os seus contactos, sobretudo os realizados na escolha dos indivíduos que foram entrevistados. (Ibidem)

Por norma, este tipo de entrevista combina perguntas abertas e fechadas, no entanto, e apesar de como já foi referido, o investigador usufruir de um guião onde constam perguntas previamente definidas, a forma de conduzir a entrevista é realizada em contexto muito próximo de um discurso informal (cf. Boni e Quarema, 2005, p. 75), como se pode verificar através da transcrição integral dos diálogos (apêndice 2).

Em suma, as diferenças primordiais entre a entrevista estruturada, não estruturada e semiestruturada baseiam-se no facto das duas primeiras terem uma maior rigidez ao nível do guião e do espaço que é permitido para o entrevistado manifestar a sua opinião de forma espontânea, motivo pelo qual a entrevista semiestruturada foi, preferencialmente, escolhida, no presente estudo, o qual tem um carácter mais qualitativo.

2. **Escala de Atividades Básicas de Vida Diária:** Versão portuguesa do índice de Katz (Katz, 1963), adaptada por Sequeira, 2007, que tem o intuito de avaliar a funcionalidade do idoso (anexo 1).

O índice de Katz foi elaborado em 1963 por Sidney Katz *et al.*, e é um dos possíveis instrumentos, talvez dos mais citados no âmbito da literatura científica, que têm o intuito de avaliar a capacidade funcional dos idosos ao nível das AVD'S. A versão utilizada foi a de Sequeira (2007), a qual avalia as seguintes AVD'S: controlo de esfíncteres, banho, utilização da casa de banho, mobilidade, vestir/despir e alimentação. Estas AVD'S, na versão suprarreferida, são avaliadas através de uma escala de likert com quatro possibilidades de resposta, sendo que 1 significa dependência, 2

independência com ajuda, 3 independência com necessidade de supervisão e 4 que representa independência total. Quanto maior for a pontuação, melhor é a funcionalidade do idoso, pelo que quanto mais próximo de 24 valores (máximo de score obtido) estiver, mais independência o idoso tem face às referidas AVD'S. (cf. Evangelista, 2013, p.16)

3. Escala de Avaliação da Componente Emocional do Bem-Estar Subjetivo:

Versão reduzida portuguesa da Positive and Negative Affect Schedule - PANAS (Watson, Clark e Tellegen, 1988), a PANAS-VRP adaptada por Galinha e Pereira et al., 2014, que tem o intuito de avaliar a componente emocional, dimensão inerente ao construto do BES (anexo 2).

Esta escala elaborada por Watson, Clark e Tellegen (1988), foi desenvolvida para medir o Afeto Positivo e o Afeto Negativo, considerados pelos autores como dimensões gerais que descrevem a experiência afetiva dos indivíduos. O Afeto Positivo reflete uma experiência afetiva que envolve sentimentos/emoções positivas, ao invés ao Afeto Negativo que se traduz em mal-estar subjetivo, pois envolve tal como o nome indica, emoções e sentimentos negativos, tais como medo, perturbações, entre outros. Com este intuito, a PANAS, de acordo com o quadro temporal estabelecido (ex.: neste momento, durante as últimas semana ou em geral), consegue medir o estado afetivo, o humor ou o afeto traço dos indivíduos (cf. Watson e Clark, 1997 cit.por Galinha e Pereira *et al.*, 2014, p.54)

Pode ser igualmente utilizada como uma medida afetiva do conceito de Bem-Estar, uma vez que é umas das componentes inerentes a este mesmo construto, tendo sido na presente investigação aplicada com esse intuito. (Ibidem)

A versão original da escala traduzida e adaptada à população portuguesa por Galinha e Ribeiro no ano de 2005 é constituída por 20 itens, onde cada metade objetiva avaliar a experiência afetiva ao nível do Afeto Positivo e do Afeto Negativo.

Na presente investigação, a versão utilizada foi a de Galinha e Pereira *et al.*, (2014). Trata-se de um questionário de autorresposta composto no total por 10 itens, em que cinco avaliam as emoções inerentes ao Afeto Positivo através da soma dos itens 1-3-5-6 e 9 e a outra metade avalia o Afeto Negativo através da cotação que foi somada de acordo com os itens 2-4-7-8 e 10. A pontuação pode variar entre 5 (score mínimo) e 25 (score máximo), em cada sub-dimensão (cf. Laginha, 2015, p. 23)

4. Escala de Avaliação da Componente Cognitiva do Bem-Estar Subjetivo:

Versão portuguesa da Satisfaction With Life Scale - SWLS (Diener e Emmons et al., 1985) adaptada por Simões, 1992, que tem o intuito de avaliar a componente cognitiva, segunda dimensão inerente ao construto do BES (anexo 3).

Da autoria de Diener e Emmons et al., a Escala de Satisfação com a vida, elaborada no ano de 1985 tem o intuito de compreender os julgamentos que a pessoa manifesta sobre a sua vida. É composta por cinco itens, onde cada item é pontuado numa escala de likert com 7 possibilidades de resposta.

Posteriormente, vários autores procederam à adaptação e validação de outras escalas a partir da versão original, tendo sido aplicada no estudo apresentado a versão de Simões, validada no ano de 1992. A versão deste autor é constituída por 5 itens, os quais podem ser respondidos de igual forma através de 5 respostas. A cotação final da escala pode variar entre um score mínimo de 5 e 25 pontos de score máximo, sendo que o ponto médio é de 15 pontos (cf. Laginha, 2015, p. 24) Posto isto, quanto maior o score obtido, maior é a satisfação do cuidador com a qualidade da sua vida.

Quanto ao tratamento dos dados obtidos e respeitante às entrevistas, estas foram analisadas através da técnica de análise de conteúdo.

“A análise de conteúdo constitui uma metodologia de pesquisa usada para descrever e interpretar o conteúdo de toda classe de documentos e textos. Essa análise, conduzindo a descrições sistemáticas, qualitativas ou quantitativas, ajuda a reinterpretar as mensagens e a atingir uma compreensão de seus significados num nível que vai além de uma leitura comum.” (Moraes, 1999, p. 7-32)

Ao nível qualitativo, a análise de conteúdo, parte de uma série de pressupostos, os quais servem de suporte para captar o seu sentido simbólico, mas este sentido nem sempre é manifesto e o seu significado não é único, podendo ser diverso em função das perspetivas dos leitores. (cf. Ibidem)

Já quanto às escalas, e tendo em conta o número reduzido da amostra, as mesmas foram analisadas, subtilmente, através da observação dos quadros elaborados para o efeito e onde constava a cotação individual de cada unidade amostral.

2.5 População-alvo e constituição da amostragem

Por população-alvo entende-se a “Totalidade dos elementos sobre os quais incide a nossa análise e dos quais se pretende obter informação.” (Ferreira e Campos, s/d, p.17)

Posto isto, os instrumentos anteriormente referidos têm como população-alvo o cuidador principal e informal do idoso.

Após definida a população-alvo é fundamental definir os elementos da amostra, pelo que nesta fase de sondagem importa escolher a técnica amostral, tendo em conta os métodos probabilísticos e não probabilísticos. (cf. Ferreira e Campos, s/d, p. 17)

Nesta investigação é dado que o objetivo da investigação não é concretizar uma explicação sobre a temática/problemática que permita extrapolar os resultados para o Universo, mas sim tentar compreender a realidade em estudo, o método de amostragem utilizado é não probabilístico: amostragem não intencional por conveniência (cf. Hill e Hill, 2012, p.49), sendo considerado para esta amostra, os elementos responsáveis pelos idosos na ficha de inscrição de uma resposta social formal pontual, nomeadamente, Serviço de Apoio Domiciliário, doravante designado de SAD, disponibilizado pela Santa Casa da Misericórdia de Portel (SCM Portel), localidade escolhida para a realização da investigação.

O método de amostragem supramencionado é considerando o mais pertinente, pelo facto dos elementos escolhidos para a constituição da amostra se encontrarem facilmente disponíveis para participar na investigação. (cf. Hill e Hill, 2012, p.49)

No entanto, é de salvaguardar que, inicialmente, e tendo em conta a dimensão reduzida do universo, a investigadora considerou importante utilizar todos os idosos, uma vez que previamente foi realizar uma pesquisa exploratória privilegiada (04 de Janeiro de 2017) aos técnicos responsáveis pela resposta supramencionada, tendo-lhe sido indicado que o número total dos utentes que usufruíam de SAD eram 15 e que todos eles cumpriam os requisitos estabelecidos pela investigadora.

Posteriormente, e noutra visita constatou-se que eram apenas 14 idosos a beneficiar desta resposta, sendo que havia uma unidade da amostra que não reunia todos os critérios de inclusão, nomeadamente pelo critério idade. Tratava-se de uma senhora com deficiência intelectual, com idade inferior a 65 anos. Por esse motivo, numa fase inicial o universo alvo ou população-alvo e a população inquirida eram iguais, não havendo qualquer problema, pois de acordo com Hill e Hill, “Por vezes os dois Universos são iguais, especialmente quando a dimensão do Universo é pequena (...).” (Hill e Hill, 2012, p. 44).

De acordo com os últimos autores referidos, a população alvo ou universo alvo é formado pelo conjunto total de casos, enquanto o universo ou população inquirida é

formada pelo conjunto total de casos, que na prática, estão disponíveis para fazer parte da amostragem e sobre os quais o investigador quer retirar conclusões. (cf. Hill e Hill, 2012, p. 44).

Para todos os efeitos, o universo inquirido era de 13 cuidadores, o que já não corresponde à população-alvo descrita inicialmente pelas técnicas responsáveis. Desta forma, quando ambos os universos não são iguais, “(...) é importante lembrar que os métodos formais de amostragem pertencem ao universo inquirido.” (Hill e Hill, 2012:44).

As abordagens acima referidas vêm corroborar a escolha feita pela investigadora na utilização de um método formal de amostragem.

Nesse sentido, e tendo em conta, tal como já referido, a dimensão reduzida do universo inquirido, ou seja, a amostra, constatou-se que o método de amostragem não casual é o que mais se adequa na presente investigação. Dentre estes, o escolhido foi o método de amostragem por conveniência, uma vez que de 13 cuidadores que constituíram a amostra, a investigadora apenas teve acesso a 10, pelo facto dos restantes não se mostrarem disponíveis e colaboradores na investigação apresentada.

Face ao exposto, os critérios de inclusão para a participação na investigação foram:

- Cuidadores informais com idade igual ou superior a 18 anos de idade;
- Ser cuidador de idosos, logo este último terá de ter 65 ou mais anos, estar inscrito na SCM Portel, na valência de SAD e terá de se encontrar numa situação de dependência (avaliação submetida pela escala do índice de Katz);
- Ser a pessoa identificada, pela equipa de SAD, como a cuidadora principal responsável pelo idoso dependente;
- Não receber qualquer remuneração pelo ato de cuidar do idoso dependente, o que a caracteriza como sendo cuidadora/o informal;
- Residir no Concelho onde se perspectiva realizar a investigação: Portel;
- E possuir capacidade de compreender e responder aos instrumentos de recolha de dados, aos quais vai ser submetida;
- Aceitar participar de livre e espontânea vontade, assinando o consentimento informado.

Para terminar, torna-se fundamental salientar que, e após constatar, que nesta resposta social não existiam avaliações decorrentes da avaliação funcional dos idosos, considerou-se fulcral essa mesma avaliação, até para compreender se, efetivamente, existia alguma associação entre o impacto tido nos cuidadores informais na prestação de cuidados com o nível de dependência. Por esta razão, o segundo critério foi enviesado nesse sentido. Ainda assim, considera-se que a decisão tomada, foi, certamente, em benefício da presente investigação, que está mais rica em termos de dados.

2.6 Procedimentos inerentes à realização da investigação

De salientar, que, em primeira instância foi fundamental contactar a instituição nomeada para a realização do estudo - SCM de Portel, que constituiu, entre outra, os possíveis universos a estudar. Nesse sentido, e escolhido o universo a investigar, a investigadora foi ao terreno efetuar uma pesquisa exploratória, explicando de antemão a temática, os objetivos e a justificação do estudo que pretendia desenvolver. Neste primeiro contacto, este assunto foi abordado com as técnicas responsáveis pela resposta social formal de SAD, nomeadamente, ambas as Assistentes Sociais.

Nesta primeira abordagem, as técnicas já referidas elucidaram sobre a possibilidade de aplicar o estudo delineado, tendo em conta os critérios de investigação estipulados. Posto isto, e tendo em conta que havia essa possibilidade, foi elaborada uma carta, com o intuito de ser entregue ao superior máximo – Senhor Provedor da SCM Portel, a qual explanava o âmbito e o objetivo geral da presente investigação e a importância de desenvolver um estudo com estas características, pedindo igualmente autorização para realizar a recolha de dados aos cuidadores, a partir dos idosos que usufruíam daquela resposta social formal à data da aplicação do estudo (apêndice 3).

Posteriormente, as técnicas responsáveis contactaram via telefone todos os cuidadores, onde esclareceram o intuito da investigação e questionaram sobre a possibilidade de participação na mesma. Posto isto, tendo em conta a dimensão do universo alvo que era reduzido (inicialmente as técnicas responsáveis totalizaram 15 participantes, tendo-se constatado *à posteriori* que eram 14 idosos, o que equivale a 14 cuidadores), considerou-se pertinente aplicar os instrumentos à totalidade do universo alvo, ou seja, ambos os universos (alvo e inquirido) eram iguais. Contudo, e porque existiam critérios de inclusão na presente investigação, o universo inquirido passou a contar com menos um elemento, o que significou que a amostra (por conveniência)

perfez 13 cuidadores no total, que ficaram reduzidos a 10 por os outros três cuidadores não se mostrarem disponíveis para ser avaliados.

A recolha de dados iniciou no dia 12 de Janeiro de 2017, tendo-se prolongado durante todo esse mês, mormente, até 25 de Janeiro de 2017. As datas da recolha de dados foram todas agilizadas entre uma das Assistentes Sociais (que efetuava previamente os contactos) e os cuidadores, mediante a disponibilidade destes. Por norma, com exceção de um participante, a recolha de dados foi toda efetuada em dias de semana, sendo a investigadora acompanhada por uma outra Assistente Social em grande parte do trabalho de campo, por o mesmo consistir maioritariamente nos domicílios de cada unidade amostral (por motivos de saúde grave a técnica deixou de comparecer com a investigadora durante este processo de recolha de dados).

De ressaltar que, antes da investigadora iniciar a aplicação dos instrumentos foi passado uma declaração de autorização para esta mesma recolha, a qual teve o intuito de elucidar para as informações necessárias sobre o propósito da investigação, os procedimentos inerentes à condução dos instrumentos a aplicar, sendo-lhes garantido criteriosas regras de confidencialidade (apêndice 4).

Respeitante aos procedimentos inerentes à condução dos instrumentos a aplicar, e no que concerne à entrevista, previamente à sua aplicação, os cuidadores foram informados de que as suas narrativas iriam ser gravadas, de modo a diminuir as falhas que pudessem existir na transcrição das respostas, uma vez que o diálogo era cortado se a investigadora reproduzisse ao nível escrito tudo o que no momento era dito.

Por fim, foram obtidos dez consentimentos dos participantes que mostraram disponibilidade e vontade em participar no estudo, nomeadamente, logo aquando do contacto da técnica responsável pela resposta social. Durante a aplicação dos instrumentos os participantes foram alertados para a validade das respostas, tendo-lhes sido referido que não existiam respostas certas ou erradas, apelando à máxima sinceridade possível, de modo a não comprometer a veracidade dos resultados. Outro dos aspetos reportados aos participantes foi o facto de a qualquer momento poderem desistir do estudo, não havendo repercussões inerentes a essa desistência.

Para concluir, é fundamental salientar que durante a investigação foram salvaguardados os princípios éticos de uma investigação: liberdade de expressão, autodeterminação, direito à privacidade, consentimento informado, direito à proteção

contra o desconforto e ao prejuízo e sobretudo, a um tratamento justo e equitativo entre todos os participantes que contribuíram para a realização da investigação.

De uma forma geral, todos eles se mostraram satisfeitos ao participar no estudo, manifestando vontade e interesse em responder às questões colocadas. Disponibilizaram ainda o seu tempo e a sua boa vontade, se fosse necessário esclarecer algum dos assuntos abordados durante a entrevista, *à posteriori*.

2.7 Apresentação e análise dos resultados

2.7.1 Análise de conteúdo da entrevista semiestruturada aos cuidadores informais

1. Perfil sociodemográfico do cuidador

Dados pessoais

Os dez entrevistados, com uma média de idades de 63,8 anos, tinham idades compreendidas entre os 29 – 90 anos.

Desses dez, a prestação de cuidados é contemplada maioritariamente pelo género feminino, uma vez que seis cuidadores eram desse mesmo género.

Nesta sequência de ideias, desses seis cuidadores, duas eram esposas, três eram filhas e uma era neta.

Apesar da predominância da mulher no ato de cuidar, no presente estudo, existem quatro cuidadores do género masculino.

Face ao exposto, pode-se concluir que a situação mais comum é o cônjuge como principal cuidador, tendo em conta que dos dez entrevistados, cinco (de ambos os sexos) são cônjuges do recetor de cuidados.

Todos os entrevistados são de nacionalidade portuguesa, nomeadamente, da Região Alentejo, com exceção de um participante que é natural de uma vila do Distrito de Castelo Branco.

De igual forma, todos os que apresentam uma idade mais avançada, nomeadamente os participantes EA,EB,ED,EE,EG,EH têm níveis de escolaridade baixos, predominantemente o primeiro ciclo. Já os participantes EC (50 anos), EF (29 anos), EI (44 anos) e EJ (50 anos) apresentam níveis mais elevados de habilitações literárias, no entanto apenas a EF e EJ concluem, atualmente, a escolaridade obrigatória,

sendo que a EJ possui habilitações de nível superior (licenciatura).

Do mesmo modo, os participantes que organizaram as suas vidas, apesar de nascidos e criados em meio rural, em centros urbanos desempenham profissões mais qualificadas e usufruem de um estatuto socioeconómico melhor. Falemos do participante ED, EE (ambos com 80 anos) e EH (90 anos), onde ambos foram para a zona de Lisboa e onde tiveram as profissões mais diferenciadas para as idades que apresentam comparativamente com os participantes que sempre permaneceram em meio rural:

ED - *“A minha profissão era... Fui trabalhador agrícola e depois motorista (...).”*
“Motorista de pesados de serviço público”;

EE - *“Foi muitas profissões. Comecei por ser barbeiro, depois tirei um curso acelerado de canalizador, depois fui trabalhar para as obras como canalizador da construção civil, depois da construção civil passei para os barcos e depois dos barcos passei para a... (não compreendo) para que era os comboios. Foi sempre, foi sempre trabalhar em tubos, pertencia ao coiso da canalização e depois passou a ser por exemplo um...”* (O participante não soube especificar a profissão, mas referiu a categoria profissional)

EH - *“Era... em princípio era pedreiro, e depois passei para industrial de táxis, Lisboa.”*

Caraterização familiar

No que concerne à questão que faz referência ao número de elementos que fazem parte do agregado familiar, sete participantes responderam que no total residiam com mais uma pessoa, nomeadamente o cônjuge, com exceção do EA e EF, que residiam ambos com a mãe:

EA - *“Pois...Agora praticamente é só os dois.”;*

EF - *“Neste momento estou a morar com a minha mãe. Mas eu tenho casa... pronto.”*

Nestes dois casos, tratam-se de cuidadores com idades díspares, mas com estrutura familiar idêntica pelo mesmo motivo, ou seja, viuvez da mãe de ambos.

Apesar do modelo predominante ser aquele em que, a estrutura familiar, é

constituída por duas pessoas, nomeadamente o cônjuge, na presente investigação constatou-se outras formas de organização familiar.

Os participantes cuidadores, nomeadamente, o EC mencionou que à data de aplicação da entrevista constavam no seu agregado “*Agora...dois...quatro...seis.*”, ou seja, “O marido, o pai (que entretanto faleceu), a mãe e dois netos.”

Já o EI referiu que o seu agregado familiar era composto por “Com o marido e a filha.” e por último o EJ referiu que o seu agregado familiar tinha uma estrutura idêntica ao EC, pois residia com o marido, as duas filhas e um enteado.

2. Perfil do recetor de cuidados

Dados pessoais do idoso

Quanto aos recetores de cuidados, em género encontram-se equiparados, uma vez que cinco idosos são do género feminino e outros cinco do género masculino, os quais perfazem no total uma média de idades de 80,5 anos.

Condição clínica do idoso

No que concerne ao grau de dependência funcional dos idosos nas AVD’S, este indicador foi avaliado de acordo com a Escala de Atividades Básicas de Vida Diária: versão portuguesa do índice de Katz (Katz, 1963), adaptada por Sequeira, 2007. A escala denominada tem uma pontuação que varia de 1 a 4 pontos para cada item, sendo que a pontuação 1 representa dependência completa, 2 necessidade de ajuda, 3 necessidade de supervisão e 4 independência total. Desta forma, quanto maior for a pontuação, melhor é a funcionalidade do idoso, pelo que quanto mais próximo de 4 valores (máximo de score obtido) estiver, mais independência o idoso tem face às atividades básicas de vida diária.

Posto isto, e de acordo os dados analisados, de dez idosos inquiridos, seis obtiveram um score igual ou superior a 20 pontos, sendo o score máximo 24 pontos, tal como já referido. Nesse sentido, estamos perante idosos com uma boa funcionalidade, nomeadamente os recetores de cuidados dos seguintes participantes EA (20 p.), EB (20 p.), ED (21 p.), EF (22 p.), EG (22 p.) e por fim o idoso EH com um score de 20 pontos. Depois, os idosos pertencentes aos cuidadores EE, EJ e IJ, obtiveram scores iguais a 16, 18 e 19 pontos. Para terminar, pode-se concluir que todos os idosos apresentavam, à

data de aplicação da referida escala, medianamente, uma boa funcionalidade, com exceção do idoso associado ao participante EC que obteve um score muito inferior a todos os outros participantes, nomeadamente de 7 pontos, encontrando-se desta forma numa condição clínica de dependência completa, segundo os itens apresentados na escala.

No que respeita ao diagnóstico principal do idoso, praticamente todos os participantes são conhecedores do diagnóstico principal do primeiro, como se pode observar na transcrição integral dos diálogos, com exceção de dois, particularmente o EA e EB:

EC - *“Foi uma broncopneumonia e um linfoma.”*;

ED - *“Foi, foi uma queda. Foi de uma queda que partiu duas costelas e teve oito dias internada em Évora.”*;

EF - *“Olha que eu saiba ele acho nunca foi ao médico. Ele não tem nada. Ele o que têm é muita... problemas de...de... varizes, má circulação...pronto”*;

EG - *“É de intestinos, toda a avida e a tensão alta e... pronto, mais ou menos.”*;

EH - *“Sim, é a questão do coração que é da geração. O pai também, também tinha problemas de coração não é?! (...) “Tensão, tensões alta, enfim... e os ossos, também tem doença de dores de ossos, dores de colunas e etc né, mas...graças a deus as coisas mais ou menos as coisas têm-se equilibrado né, com tratamentos e tal. ”*

EI - *“A minha mãe de momento estava com... ela perdeu algum equilíbrio e ao perder algum equilíbrio, ela como tinha problemas oncológicos e começou a ficar mais dependente e depois teve uma queda há cerca de um ano mais ou menos e essa queda levou com que ela tivesse que fazer mais repouso e como partiu uma vértebra e o osso do cóccix e então agente teve que requisitar ajuda.”*

EJ - *“Insuficiência... Infecção respiratória com insuficiência cardíaca.”*

No entanto, é de salientar que durante a aplicação dos instrumentos, os participantes encontravam-se no espaço ‘habitual’ dos recetores de cuidados. Por esse motivo, alguns deles respondiam ao invés do cuidador (por este apresentar

desconhecimento face ao diagnóstico), especialmente no caso do EB, onde foi o próprio idoso a responder à questão colocada, que com um discurso conexo e fluente enumerou todos os seus problemas de saúde.

Outra das situações verificadas foi o facto de um dos participantes não explicitar especificamente o diagnóstico da idosa, apesar de mostrar que é conhecedor do mesmo. Falemos do EE, que a passo a expressão entre portas e travessas confessou que o problema fundamental da esposa é o facto de esquecer das tarefas domésticas e dos afazeres diários que tem que realizar: “(...) *ela também vai estando um bocado esquecida e depois por causa desse esquecimento eu tenho que ajudar.*”

3. Contexto da prestação de cuidados

Relação sociofamiliar

Quanto à proximidade geográfica com o recetor de cuidados, sete dos participantes, mormente os participantes EA, EB, EC, ED, EE, EG, EH, residem, efetivamente, na mesma habitação de que os recetores de cuidados, sendo a justificação para tal, o facto de estes serem cônjuges e/ filhos (as) dos recetores de cuidados, como já foi explanado logo no início da apresentação dos resultados.

Respeitante à questão “Como avalia a sua relação com o idoso dependente?” é interessante verificar como só quatro participantes (EA, EB, ED e o EJ) mencionaram ser difícil por vezes esta prestação de cuidados.

De ressaltar a resposta da EB: “*Às vezes! Às vezes é pior que áqueles gatos assanhados.*” (risos)

No entanto, um deles, o EA, não o assume diretamente, como se pode verificar: “ (...) *é chato...*” (...) “*É às vezes, é chato, é...pois... é difícil, pois... haaa tão isto é assim, tão uns dias tá boa, outros tá mais ruim, outros dias coiso. Derivado à idade, pois...*”

Todos os outros participantes afirmaram que não existem grandes dificuldades associadas à prestação de cuidados. No entanto, aquando da questão colocada de outra forma, nomeadamente se é difícil prestar os cuidados ou se é uma relação complicada ao nível da prestação de cuidados, houveram, novamente, divergências de opiniões entre a forma de abordagem da questão:

ED - “*Às vezes é uma pessoa muito complicada, mas eu perdoo isso tudo.*”;

EF - *“Quer tudo ali à maneira dele...” (...) “É muito, sim sim sim, muito. Tem que ser tudo como ele quer!” (relativamente ao ser exigente);*

Em suma, as dificuldades referidas aliam-se à personalidade da pessoa, pautada por traços de exigência, autoridade e de ideias e opiniões fixas e à ‘revolta’ de precisar do outro, perdendo assim o seu sentido de utilidade na realização de atividades de vida diária:

EJ - *“Conflituosa!” (...) “Porque ele é uma pessoa muito autoritária, gosta das coisas todas feitas à maneira dele, e sempre se habituou a fazer à hora que ele quer, como ele quer, o que ele quer e tudo o que nós possamos dizer para melhorar a qualidade de vida dele não é aceite!”*

Cronologia e razões para ser cuidador

O mínimo de tempo em que os participantes efetuaram a prestação de cuidados, ou seja, na assunção do papel de cuidador foi de um 1 – 3/4 meses (EA e EC).

No caso do EC, tratou-se de uma situação temporária, uma vez que o recetor de cuidados estava com uma doença terminal associada a outras complicações.

De seguida, existem participantes que prestam cuidados aos seus idosos há cerca de 1 – 3 anos, particularmente os EB, ED, EE, EI, EJ e por fim os participantes que prestam cuidados há tempo igual ou superior a 4 anos, como os participantes EF e EH. Por fim, temos um participante EG que alegou cuidar do idoso, neste caso, o esposo há cerca de cinquenta e cinco anos - *“Atão desde que casamos né” (risos).*

Nesta linha de pensamento, os motivos subjacentes que levam o participante a tornar-se cuidador são muitos subjetivos. Por esta razão, a análise a esta questão poderá diferir da perceção que cada um poderá ter:

No caso do participante EA, o motivo foi o grau de ligação afetiva entre ambos (mãe e filho).

No caso do EB e EG esteve a ver com a questão da conjugalidade.

O participante EE alegou que o seu motivo passou pelo facto *“Do comer e ela, ela também vai estando um bocado esquecida e depois por causa desse esquecimento eu tenho que ajudar.”*, ou seja, parte-se do pressuposto que também tem a ver com a questão da conjugalidade associada ao facto de não haver mais ninguém que cuide.

Respeitante ao EC *“Foi eles morarem longe e a minha mãe sozinha não conseguir. Tiveram que vir para minha casa.”*, o que significa que além desta

incapacidade, existe um dever social que também está associado à questão do altruísmo.

No caso do ED, foi puramente por amor: *“Eu? Porqueeee... sabes uma coisa? Haaa...Em esta desaparecendo já não tenho mais nenhuma.”*

Quanto ao participante EF, o motivo deveu-se à responsabilidade social advinda do grau de parentesco que mantém com o idoso, neste caso concreto a relação entre avô-neta concomitante com o facto de o primeiro ter enviuvado (cf. Costa e Castro 2014, p.982)

O motivo do participante EH baseou-se na ausência de pessoas para cuidar pela distância geográfica e pela vida familiar que apresentam, e por essa razão assume esta responsabilidade sem ter outra opção, ou seja, tal como Gonçalves (2006 cit.por Jede e Spuldaro, 2009, p.418-419) afirma, fazem-no tornar-se cuidador.

EH – *“Foi que... o filho não estava presente e estava só eu e eu é que tinha de ser.”*

O EJ apresentou o mesmo motivo que o último participante referenciado. No entanto, existe uma diferença, se no caso suprarreferido um dos motivos da ausência é a distância geográfica, no caso inframencionado torna-se o oposto. Esta cuidadora reside, atualmente, em Évora, apesar de diariamente estar em contacto com o idoso, assumindo-se como cuidador responsável e deixando a vida familiar para os afazeres domésticos do idoso ao fim-de-semana, em Portel, zona de residência deste.

EJ – *“Eu sou filha haa, o meu... não era filha única, o meu irmão já faleceu, a minha mãe já faleceu, portanto sou mesmo eu só que posso cuidar dele.”*

O participante EI tem diversos motivos e razões por ter assumido a prestação de cuidados, fundamentalmente, pelo facto de ser a única cuidadora capacitada para efetuar a prestação direta de cuidados ao idoso concomitante com o facto de ela residir próxima da recetora de cuidados (o esposo tinha dificuldade em realizar os cuidados e a outra filha reside numa aldeia adjacente, mas desenvolve a sua atividade profissional em Évora, ficando condicionada com os horários de entrada e saída do trabalho).

Em suma, pode-se concluir que existe uma multiplicidade de motivos para cuidar.

Tarefas do cuidador

No que respeita a esta sub-dimensão, os cuidados prestados pelos participantes variam de acordo com o nível de dependência dos recetores. No entanto, não há nenhum recetor de cuidados que esteja numa dependência elevada, da qual necessite de ajuda para todas as atividades de vida diárias, como se pode observar na segunda dimensão, onde faz referência à condição clínica do idoso.

Ainda assim, pode-se aferir as tarefas que os cuidadores têm na prestação de cuidados aos idosos, as quais constam no quadro a seguir apresentado.

De notar, que existem participantes, nomeadamente o EG, que salienta que o idoso e seu esposo *“ainda não precisa de ajuda graças a deus (...)”*, justificando-se com o serviço de apoio domiciliário do qual usufruem nas vertentes de alimentação, lavagem da roupa e ainda passar a ferro. Ainda assim, neste caso concreto, o recetor de cuidados é o idoso a apresentar mais idade na presente investigação (90 anos) e que segundo o cuidador ainda se encontra capacitado para realizar AIVD’S, nomeadamente no exterior do domicílio.

Comparativamente a este caso, temos o participante EE, o qual revelou que apenas cuida da idosa e sua esposa ao nível da supervisão, pois como o próprio afirma: *“(...) Então é só ela não se lembrar de alguma coisa e eu ir procurar, e eu ajudo, ajudo a achá-la né?!” “Está a tomar comprimidos precisamente por causa desse esquecimento e de coiso e só... a coiso.”*

De forma a terminar, é pertinente mencionar que da análise realizada ao participante EJ pode-se concluir que ao nível da alimentação o recetor de cuidados apenas não confeciona as refeições, mas realiza-as de forma independente, pelo que se considerou que o quadrado não deveria constar cinza por esse mesmo motivo. É de constatar também que este participante foi o único a referir como um ato de prestação de cuidados: *“o ir ao médico com ele”*, o que pode ser analisado numa perspetiva ambivalente. Se por um lado é sem dúvida uma tarefa instrumental de vida diária que pode ser auxiliada por o cuidador numa situação de dependência, tendo sido referenciada apenas por um dos cuidadores, por outro lado tal situação pode ser vista numa perspetiva positivista em que a sua ausência de resposta para este ato de cuidar pode ter sido pelo facto da maioria dos recetores de cuidados não apresentar um grau de dependência que os impeça, totalmente, de se deslocar autonomamente ao médico em

caso de necessidade.

Por sua vez, o presente estudo também evidenciou, que a tarefa de cuidar, passa, desde, prestar os cuidados básicos, como implica outras tarefas de âmbito doméstico.

Quadro 1 - Questão 3.6: Quais os cuidados prestados ao idoso dependente?

	Cuidados prestados	<i>Alimentação</i>	<i>Vestir/Despir</i>	<i>Higiene Pessoal</i>	<i>Deitar/Decúbitos</i>	<i>Limpeza da Habitação/ Lavar e passar a roupa</i>	<i>Regime terapêutico</i>	<i>Compras/ Pagamento de despesas mensais fixas</i>
Participantes								
EA	“Eu é que tenho os cuidados todos.”	Aquecer as refeições.			“ Se precisar de deitar, virar (...)”			“(…) vai dando olha pra luz e coiso e alguma coisa mêtô eu, compro eu aí nas lojas (...) ela não sai.”
EB								“Ele não pode sair de casa môn do frio.”
EC				“Se ele precisar de mudar a fralda.”				
ED				“Dar-lhe banho.”		“Estender a roupa.”; “Lavar a loiça.”; “Faço de mulher-a-dias.” “Pinturas (...)”		
EE	“(…) é só ela por ex. não se lembrar de alguma coisa e eu ir procurar, e eu ajudo.”							
EF						“faço-lhe (...) a limpeza da casa, faço-lhe a cama, lavo a		

						roupa, estendo, apanho, passo (...)”		
EG								
EH				“Corta-me as unhas também;” “Vai-me lavar as costas onde eu não chego.”				
EI			Ajudava-a a vestir-se.	“Comecei por lhe fazer a higiene.”	Ajudava a levantar-se.		“(…) agora para o fim já era só em parte da medicação.”	
EJ		“Pôr o comer na mesa.”						

Fonte: Entrevista realizada aos cuidadores de idosos que usufruem do Serviço de Apoio Domiciliário na freguesia de Portel.

Nesta linha de pensamento, o tempo diário da prestação de cuidados encontra-se dividido. Para os participantes, designadamente, os cuidadores EB, ED, EE, EG e EH, o tempo diário da prestação resume-se, basicamente, a todo o dia. Esta situação pode ser justificada pelo facto da prestação de cuidados recair no cônjuge associado ao facto do mesmo se encontrar com idade igual ou superior a 65 anos e por isso estar inativo profissionalmente por usufruir de uma pensão (social) de velhice. Ainda assim, e sendo o cuidador principal do recetor de cuidados, divide esta tarefa com uma terceira pessoa, nomeadamente, o cuidador formal, que advém do usufruto do serviço de apoio domiciliário.

Contudo, posteriormente, existem outros participantes com uma realidade diferente da supra apresentada, a qual se justifica por o cuidador principal ter uma idade menos avançada, ou seja, a realidade já referida demarca-se dos outros participantes pelo simples facto dos participantes EA, EC, EF, EI e EJ estarem no ativo profissional e acumularem outras tarefas e compromissos decorrentes da vida familiar e pessoal. Tarefas e compromissos estes que, apesar de serem adaptados, são tendencialmente impostos ao cuidador principal, para que possa conseguir sobreviver e suprimir as suas necessidades e as despesas fixas mensais de si e/ou do seu agregado familiar.

De ressaltar que dentre os participantes que se encontram no ativo profissional existem dois casos peculiares e os quais são muito idênticos. Falar-se-á dos participantes EF e EJ. O tempo diário do EF é ajustado mediante e tal como já referido à superação das necessidades tanto do cuidador quanto do recetor de cuidados, como se pode verificar:

EF: *“Eu normalmente vou lá de...dois em...de dia dois em dois dias. Não posso estou a trabalhar e não tenho horário, não posso lá ir, mas pronto. Estou lá para aí três horas.”*

Investigadora: *“Ok. De dois em dois dias?”*

Participante: *“De dois em dois dias, quando me... pronto quando posso ir todos os dias, vou lá todos os dias, umas duas três horas.”*

Já o participante EJ por motivos de força maior (doença rara de uma das filhas) considerou benéfico transferir-se para Évora (Hospital e Escola muito próximos) com todo o seu agregado familiar o que trouxe algumas implicações para o cuidado ao recetor de cuidados, ou seja, se antes *“(...) o tempo diário poder-se-iam resumir dentro*

das três/quatro horas que eu passava a tomar conta dele e das coisas dele. Agora uma vez que resido em Évora isso passou para o fim-de-semana, se calhar o fim-de-semana alongou-se um bocadinho mais, se calhar dentro das cinco/seis horas por dia.”

Em suma, a média de horas diárias e consumidas na prestação de cuidados dos participantes é discrepante tendo em conta os participantes reformados e aqueles que estão no ativo profissional.

Apoio social

Um dos critérios de participação na presente investigação era o serviço de apoio domiciliário, pelo que todos os recetores de cuidados usufruíam de serviço de apoio domiciliário. Porém, além deste apoio social, alguns dos cuidadores principais concomitante com os idosos recetores de cuidados usufruem de apoio mais ao nível informal. Destacam-se os participantes EC, EF, EG, EI e EJ. No entanto, com exceção do participante EG que usufruí da ajuda de terceira pessoa ao nível da higiene da habitação, todos os outros beneficiam do apoio de alguém da sua estrutura familiar, nomeadamente familiares diretos, como seja, a mãe, o pai, a irmã.

Desta forma, todos eles consideram benéfico e conseguem perspetivar a importância do serviço de apoio domiciliário na sua rotina cotidiana, uns por causa da alimentação, como se pode observar nos testemunhos a seguir apresentados:

EB – *“Uma vezes deixario quêmar, outra vezes deixario cru. A minha cabeça não rigula santa. Sou franca.”;*

ED – *“ (...) óh filha é como te digo. Tou mais descansado, tou mais descansado com as compras e fazer a comida. Embora faça mais alguma coisa, mas já é o mínimo, é o mínimo tás a perceber.”*

EH – *“Porque ela já não era capaz de fazer o dia-a-dia aos alimentos, tinha dificuldade nisso.”*

Da mesma forma, havia outros participantes, nomeadamente o EA e o EI que solicitaram este serviço pelo agravamento da condição clínica:

EA – *“Óh, tão porque eu às vezes não tô abalo mais cedo e vêm...lava-la, vêm vesti-la, vêm coiso...pronto quêla agora já tá melhorzinha, mas... teve alií de cama não se levantava e eu também não (consequia prestar os cuidados), pois...”*

EI - *“(...) como é que eu hei-de dizer... a minha mãe, o estado de saúde dela foi-se agravando e então devido a isso agente acabamos por recorrer a esse serviço.”*

Quanto ao nível informal, basicamente, o suporte de um elemento da rede familiar vem colmatar algumas necessidades sentidas durante a prestação de cuidados ou a ausência de alguém por períodos para cuidar, como o caso do participante EC.

Por fim o participante EJ faz a suma da importância de ambos os apoios: *“Essa ajuda é muito importante para mim porque é ao fim ao cabo os meus olhos, os meus ouvidos e vem colmatar a minha não presença...”* *“A minha deficiência em presença, portanto digamos que descansa-me um bocadinho porque de sei que de uma forma ou de outra ele está a ser vigiado.”*

Conhecimentos técnicos e necessidades identificas pelo cuidador

Esta questão não surtiu o efeito desejado talvez pelas baixas escolaridades apresentadas pelos participantes em estudo. Tentou-se ao máximo que esta resposta fosse o mais subjetivo possível, colocando alguns exemplos práticos, mas mesmo assim não houve grande sucesso nas respostas obtidas. Posto isto, oito dos participantes afirmaram ter os conhecimentos necessários para realizar a prestação de cuidados ao idoso enquanto dois afirmaram o oposto: os participantes EB e EJ. Deste modo, faz todo o sentido partilhar o testemunho do participante EJ: *“Não, nunca se tem conhecimentos suficientes para coisa nenhuma quanto mais para tratar de um idoso. De qualquer das maneiras posso não ser, haa... especialista, mas como trabalhei no lar de terceira idade tenho alguns conhecimento e isso facilita.”*

Próximo deste testemunho estão outros, particularmente o participante EF e o EI porque ambos desenvolvem a sua atividade profissional na categoria de auxiliar de serviços gerais e auxiliar de ação médica, o que segundo os próprios vem facilitar a prestação de cuidados. Apesar da auxiliar de serviços gerais não trabalhar diretamente com os idosos, encontra-se diariamente no ambiente em que estes são tratados e também dá algum apoio, mas sobretudo partilha experiências num grupo de trabalho dirigido para a faixa etária mais sénior. Como auxiliar de ação médica, a função subjacente à sua profissão é, efetivamente, a prestação direta de cuidados, designada nesta investigação como a arte do cuidar, designando-se desse modo porque quem cuida tem que cuidar bem e essa arte parte subjetivamente do coração e da humanização dos

cuidados, é uma das formas do bem-fazer: fazer o bem, bem-feito.

Porém, nesta questão, as respostas obtidas foram, de igual forma à questão anterior, pouco sumárias e claras, apesar dos exemplos e do feedback considerado durante a mesma. Nesse sentido, e quando comparada com a questão das necessidades sentidas enquanto cuidador, houve algumas discrepâncias, na medida em que houve um número superior de participantes (cinco) que constatarem necessidades, inclusive os cuidadores que responderam que não tinham os conhecimentos necessários para cuidar do idoso.

Face ao explanado, as necessidades sentidas têm a ver com:

- Tempo livre – II (EA e EC)
- Ajuda de terceira pessoa para a limpeza de habitação (EB)
- Conhecimentos técnicos necessários à realização da prestação direta (EE)
- Mediador/Prestador de Cuidados (EJ)

4. Dificuldades sentidas no ato de cuidar

Como tal, as dificuldades vão de encontro aquilo que foi referido anteriormente relativamente às necessidades, mas mais uma vez, com exceção de dois participantes, a grande maioria respondeu negativamente à mesma. Oito dos participantes revelaram não sentir dificuldades associadas à prestação de cuidados, o que de certa forma vem corroborar as respostas às questões associadas à dimensão ‘*Conhecimentos técnicos e necessidades identificadas*’ porque, efetivamente, só cinco dos participantes é que relataram sentir algum tipo de necessidade, não havendo unanimidade nas mesmas. De salientar que os dois que sentiram dificuldades, um deles tem a sua dificuldade associada à sua necessidade de tempo livre, ou seja, considera difícil conciliar as várias atividades que lhe estão incumbidas, resultando esta prestação em pouco tempo livre para si e para o seu ego pessoal.

Já o outro participante que evidenciou uma dificuldade (EJ) é o facto da sobrecarga que existe para uma pessoa só conseguir realizar a prestação de cuidados, ainda mais, quando, associada a esta, existe um cuidador pouco saudável e consequentemente debilitado pela patologia da qual padece (anemia em último grau).

Por fim, é pertinente salientar que alguns dos participantes não relatam as suas queixas porque à data da investigação as suas dificuldades tinham sido suprimidas:

EB – “Para ele dar banho, tenho lá um, um coiso que os meus genros lá montaram, tipo um banco, mas é montado na banheira.” (Tratar-se-á de um produto de apoio técnico designado de cadeira de banho).

5. Impacto da prestação de cuidados no cuidador

Possíveis alterações adversas no quotidiano do cuidador

De entre dez participantes, seis (EA, ED, EE, EG, EH e EI) alegaram que encaram o impacto da prestação de cuidados numa perspetiva positivista), apesar de alguns dos condicionalismos nas diversas dimensões constituintes do ser humano, sendo as mais relatadas ao nível pessoal, psicológico e familiar: o tempo livre/e ou lazer evidenciado pelo participante EA, EC e EF; o desgaste físico relatado pelo EB; e o participante EJ que tem várias implicações pessoais (tempo livre, desgaste físico acrescido), implicações familiares que são manifestadas da seguinte forma: “ (...) *para mim é mais uma coisa a que eu tenho que me dedicar.*” e implicações geográficas e psicológicas porque como a cuidadora refere “*Facilitava-me muito por exemplo o facto de ele agora ter ficado na minha casa em Évora. Ele saía do Hospital e ia para minha casa e eu lá na minha casa dava-lhe de comer, vestia-o, e ia fazendo as coisas à medida. Assim eu estou em Évora, ele está cá, tem cá o apoio, tem cá a minha tia que lhe presta o apoio, mas eu na realidade tenho que cá vir de vez em quando e estou sempre preocupada. Portanto é nestas coisas que eu, né... esgota-me!*”

Tal como foi devidamente abordado, e apesar da perspetiva positivista assumida, a prestação de cuidados a idosos envolve diversas implicações, tal como já referido.

Por esse motivo, considerou-se adequado perceber se a assunção do papel de cuidador veio mudar alguma situação no quotidiano e por sua vez se a perspetiva suprarreferida assumida interferi-o na forma do impacto produzido na sua vida. E sim, (aparentemente), poderá ter sido a forma de enxergar a prestação de cuidados que fez com que, tal como na questão anterior, terá assumido os mesmos contornos, ou seja, seis dos participantes (os mesmos que consideraram o impacto positivo na arte de cuidar, com exceção do participante EH) afirmaram continuar a realizar as mesmas atividades que tinham realizado até então ao começo da prestação de cuidados.

Importa salientar que o EH respondeu que o facto de tornar-se cuidador fez com

que mudasse alguma situação na sua vida porque os problemas de saúde da esposa/recetora de cuidados fizeram com que o cuidador viesse para a terra de onde é natural, deixando a rotina da zona de Lisboa, onde até à idade da reforma desenvolveu a sua profissão como taxista e posteriormente para colmatar o período em que se deu a interrupção do designado “tempo ativo”, tinha tarefas, pequenos afazeres como o próprio as designa e com a vinda para Portel esta situação acabou por deixar de acontecer.

Por fim, e respeitante às duas últimas questões que fazem referência à situação mais exigente com que o cuidador se deparou na prestação de cuidados e consequentemente o recurso/estratégia utilizada para colmatar essa mesma situação, seis dos cuidadores reportam uma situação mais exigente que tenham considerado durante a prestação de cuidados, até porque em alguns dos casos essa mesma situação deveu-se ao facto do recetor de cuidados ter um *episódio transitório de dependência*, como o caso do participante ED, que testemunha o seguinte: *“A situação foi realmente a princípio eu ter que lhe fazer a higiene. Essa foi a que me custou mais e foi a enfim não estava habituado, tá a perceber?!, até que veio o pessoal lá do lar.” “Porque nunca tinha cuidado dela assim, e então apareceu-me aquilo assim de repente e eu tive que avançar... mais mal ou mais bem.”*

Ou ainda, o caso do participante EC (apesar deste participante não considerar ter havido nenhuma situação mais exigente, o que a investigadora considera que todos os dias terão sido uma batalha para aquele agregado familiar) e EI em que se tratava de uma doença terminal progressiva (neoplasia). Sendo que e apesar de todos os recetores de cuidados, como já referido, usufruírem de serviço de apoio domiciliário, estas situações foram aquelas em que esta resposta da comunidade foi a mais aconselhável e disponível para tentar solucionar a perda transitória de dependência ou a funcionalidade limitada dos recetores de cuidados.

No entanto, torna-se pertinente salientar que dentre das situações que já foram mencionadas como exigentes, existem outras, com as quais os participantes, de uma forma muito peculiar, consideram ser muito exigente ao nível emocional, como o caso da participante EF (que quando colocada a questão referiu não ter existido nenhuma situação considerada mais exigente, mas posteriormente evidenciou uma situação recorrente durante o ato de cuidar) e EI:

EF- “ *Isso é complicado... nós...até já garriamos porque ele tem...é muito complicado com as coisas dele. Tem que ser tudo ali como ele quer, as coisinhas dele ali... depois diz que nós estragamos isto, que eu estrago aquilo... e garriamos e pronto!*” (Estratégia: ‘Ignorar’ as palavras grossas do recetor de cuidados para não entrar em guerras desnecessárias).

EI – “*Acho que é mais o impacto de ela às vezes chorar e eu ao mesmo tempo ter que me mostrar e estar ali de pé firme ao pé dela sem deitar uma lágrima, estás a perceber?! Acho que isso para mim...*” (Estratégia: Fazer-se de forte, estando fraco por dentro!)

Assim sendo, pode-se concluir que os resultados do estudo apresentado vêm corroborar alguns dos dados evidenciados na literatura científica, como se pode verificar na discussão dos resultados a seguir apresentada.

No entanto, e considerando os resultados mais relevantes, considerou-se pertinente realizar uma análise global.

Dadas as características peculiares do grupo em estudo, apenas dez cuidadores, grande parte com baixa escolaridade, também o sumo da análise de conteúdo tem dados identificativos também eles muito peculiares à amostra investigada.

Trata-se de uma amostra com uma média de idades de cuidadores de 63,8 anos, predominantemente do género feminino, e o grau de parentesco associado ao idoso era maioritariamente cônjuges e filhas. Com níveis baixos de escolaridade (fundamentalmente o 1º ciclo), como já referido, apenas dois participantes cuidadores concluíram a escolaridade obrigatória atual, tendo um deles o 12º de habilitações literárias e outro o ensino superior.

Quanto à estrutura familiar dos cuidadores, o agregado familiar de sete participantes é constituído apenas por mais uma pessoa, nomeadamente, o cônjuge, com exceção de dois participantes que residem com a mãe, por viuvez do pai de cada um deles (EA e EF).

Todos os cuidadores, com exceção da participante EJ (por residir em Évora), mantêm com os idosos uma relação de grande proximidade física/geográfica, tanto é que sete deles residem na mesma habitação e os outros dois residem próximo da habitação deste.

Importante salientar que o motivo da assunção do papel de cuidador deveu-se

essencialmente aos graus de ligação afetiva, à conjugalidade que se encontra associada a este vínculo afetivo, outro motivo é o facto de não haver mais ninguém disponível para cuidar (pela distância geográfica e pelas questões decorrentes dos compromissos familiares – filhos a morar e trabalhar longe, por ex.), o dever social enquanto filha aliada à questão do altruísmo, por amor, por ser o único elemento capacitado e por fim, pela proximidade física/geográfica. Os diversos motivos aqui apresentados, em alguns dos casos, multiplicam-se ou entrelaçam-se entre eles, como seja o caso por ex. da conjugalidade associada ao facto de não haver mais ninguém para cuidar, por ausência dos filhos (distância geográfica, questões laborais, etc.)

No entanto, e apesar de terem assumido este papel de cuidador principal e de usufruírem todos de uma resposta de apoio social formal (SAD), metade deles ainda são auxiliados por membros da sua estrutura familiar e um destes ainda usufruí de empregada de limpeza. Todos eles consideram importante tanto a ajuda prestada pela resposta social formal como o apoio facultado pelos membros familiares, uns por causa da alimentação apenas, outros como complemento ao nível da lavagem e passagem da roupa e outros com serviços diretamente associados à condição clínica que se encontra agravada. Um dos participantes evidência a importância de ambos os apoios, considerando-os *“ao fim ao cabo os meus olhos, os meus ouvidos e vem colmatar a minha não presença...”* *“A minha deficiência em presença, portanto digamos que descansa-me um bocadinho porque de sei que de uma forma ou de outra ele está a ser vigiado.”*(EJ)

Porém, e de acordo com o supracitado e talvez pelos apoios facultados no ato de cuidar, apenas quatro cuidadores avaliaram a relação com o idoso como sendo difícil e complicada. Quando colocada a questão numa outra forma de abordagem, alguns dos outros participantes evidenciaram sentir dificuldades, as quais se aliam à personalidade da pessoa, pautada por traços de exigência, autoridade e de ideias e opiniões fixas e à ‘revolta’ de precisar de outrem.

Nesta linha de pensamento, se por um por lado foi surpreendente a grande maioria responder ter os conhecimentos necessários, por outro lado estes testemunhos encontram-se justificados pelas características inerentes e respeitantes àqueles que por os cuidadores são cuidados e causalmente porque apesar dos problemas inerentes à condição física, esta não acarreta graves limitações ao nível da funcionalidade na totalidade dos idosos inquiridos, com exceção de um, que obteve um score muito

inferior, apresentando dependência completa, na globalidade das AVD'S representadas na escala. Portanto, estes dados poderão beneficiar os resultados do estudo, uma vez que a boa funcionalidade dos idosos prevalece nos resultados, o que por sua vez se reflete em todos os outros aspetos considerados e questionados durante a entrevista, como seja a avaliação entre cuidador e recetor de cuidados, os conhecimentos necessários para efetivar a prestação de cuidados, as dificuldades sentidas, as necessidades evidenciadas e por sua vez o impacto nas várias dimensões implicadas no bem-estar subjetivo e na qualidade de vida de ambos, mormente do cuidador, sujeito em estudo na investigação.

Neste sentido, foi interessante verificar que daquela metade que nomeou alguma necessidade por e em consequência da realização da prestação de cuidados, duas delas têm a ver com a falta de tempo livre para si e para fazer aquilo que mais gosta, sendo que um deles evidencia a falta de conhecimentos necessários contradizendo-se relativamente à questão anterior, que faz referência a essa mesma questão. Da mesma forma acontece com a questão das dificuldades sentidas na arte de cuidar de um idoso, nos quais apenas dois cuidadores reportaram as suas dificuldades, as quais vão de encontro à sua necessidade de tempo livre, ou seja, consideram difícil conciliar as várias atividades que lhe estão incumbidas, resultando esta prestação em pouco tempo livre para si e para o seu ego pessoal, bem como também a sobrecarga que existe para uma pessoa só em conseguir realizar a prestação de cuidados, ainda mais, quando, associada a esta, existe um cuidador pouco saudável e consequentemente debilitado pela patologia da qual padece (anemia em último grau).

No entanto, é essencial relatar que alguns dos participantes à data da concretização da entrevista tinham as suas necessidades suprimidas, nomeadamente, o participante ED, onde a solução encontrada para o seu problema recaiu num produto de apoio facilitador na AVD banho.

Por fim, e tendo em conta os resultados mencionados, verificou-se após a análise de conteúdo da entrevista realizada aos cuidadores, que na presente investigação o impacto positivo da prestação de cuidados a idosos (dependentes) em cuidadores informais prevalece, com uma maioria de seis participantes. De ressaltar que dentre esses seis, cinco continuam a realizar as mesmas atividades ao nível da sua rotina, o que vem corroborar esta satisfação no ato de cuidar e concomitante no ato de conciliar

ambas as tarefas: prestar cuidados e realização de atividades que contribuam para a sua realização pessoal.

2.7.2 Análise das escalas aplicadas aos cuidadores e recetores de cuidados

Escala da avaliação funcional do idoso

- **Índice de Katz**

Quadro 2- Cotação da escala Índice de Katz aplicado aos recetores de cuidados

Participantes	Cotação Final da Escala
EA	20
EB	20
EC	7
ED	21
EE	16
EF	22
EG	22
EH	20
EI	18
EJ	19

Fonte: Escala aplicada aos recetores de cuidados pertencentes a cada unidade amostral.

No que concerne ao grau de dependência funcional dos idosos nas AVD'S, este indicador foi avaliado de acordo com a Escala de Atividades Básicas de Vida Diária: versão portuguesa do índice de Katz (Katz, 1963), adaptada por Sequeira, 2007. A escala denominada tem uma pontuação que varia de 1 a 4 pontos para cada item, sendo que a pontuação 1 representa dependência completa, 2 necessidade de ajuda, 3 necessidade de supervisão e 4 independência total. Desta forma, quanto maior for a pontuação, melhor é a funcionalidade do idoso, pelo que quanto mais próximo de 24 valores (máximo de score obtido) estiver, mais independência o idoso tem face às atividades básicas de diária. Posto isto, e de acordo os dados analisados, de dez idosos inquiridos, seis obtiveram um score igual ou superior a 20 pontos, sendo o score máximo 24 pontos, tal como já referido. Nesse sentido, estamos perante idosos com uma boa funcionalidade, nomeadamente os recetores de cuidados dos seguintes participantes EA (20 p.), EB (20 p.), ED (21 p.), EF (22 p.), EG (22 p.) e por fim o idoso EH com um score de 20 pontos.

Quanto ao recetor de cuidados pertencente ao participante EA, este é independente na globalidade das AVD'S apresentadas na escala, mas necessita de supervisão na AVD banho, utilização da casa de banho, na mobilidade, ou seja, na realização da marcha, e na AVD vestir/despir.

Já o participante EB, apesar de independente total na maioria das AVD'S, necessita de apoio de terceira pessoa ao nível do banho e na AVD vestir/despir.

O ED, tal como o recetor de cuidados do participante EA, é independente na globalidade das AVD'S, necessitando de supervisão ao nível da marcha e na AVD banho. Da mesma forma o recetor do participante EF realiza de forma independente todas as AVD'S, com exceção da alimentação em que necessita de ajuda. No entanto, pressupõe que nesta questão a cuidadora queira ter referido ao nível da confeção das refeições e não ao facto de alimentar-se sozinho.

Quanto ao EG, os resultados obtidos em cada AVD são iguais aos do participante anterior, e da mesma forma pressupõe-se que a cuidadora queira ter respondido ao nível da confeção dos alimentos, uma vez que o idoso é independente em todas as outras AVD'S.

De forma similar aos anteriores, o idoso pertencente ao cuidador EH obteve um score de 20 pontos, o que se traduz numa boa funcionalidade, na medida em que realiza todas as AVD'S de forma independente, necessitado de ajuda de terceira pessoa apenas na realização da marcha e ao nível da alimentação.

Depois, os idosos pertencentes aos cuidadores EE, EI e EJ, obtiveram scores iguais a 16, 18 e 19 pontos.

O recetor de cuidados do participante EE é independente com supervisão em todas as AVD'S, com exceção da alimentação em que se encontra dependente, ou seja, necessita de estímulo para se alimentar concomitante com o facto de não conseguir cozinhar pelo esquecimento, característica inerente à sua patologia de base: demência.

Quanto ao cuidador EI, trata-se de um idoso que na sua globalidade é independente, mas o qual necessita de apoio em quatro AVD'S: utilização da casa de banho, vestir/despir, banho e mobilidade, sendo que as últimas duas AVD'S nomeadas são realizadas com ajuda de terceira pessoa e as outras duas com supervisão.

O último participante, nomeadamente, o EJ, realiza na sua maioria as AVD'S com supervisão de outrem ou ajuda de terceira pessoa, sendo apenas independente total

no controlo de esfínteres e na utilização da casa de banho.

Para terminar, pode-se concluir que todos os idosos apresentavam, à data de aplicação da referida escala, medianamente, uma boa funcionalidade, com exceção do idoso associado ao participante EC que obteve um score muito inferior a todos os outros participantes, nomeadamente de 7 pontos, encontrando-se desta forma numa condição clínica de dependência completa em todas as AVD'S, sendo independente alimentação, se fracionados os alimentos, segundo os itens apresentados na escala.

Escalas de avaliação das dimensões inerentes ao BES do cuidador informal

Quadro 3 - Cotação das escalas de avaliação do Bem-Estar Subjetivo do cuidador informal

Participantes	SWLS	PANAS		
		Afetividade Positiva Somar os itens: 1 – 3 – 5 – 6- 9	Afetividade Negativa Somar os itens: 2 – 4 -7 – 8 – 10	Total
EA	12	$2 + 2 + 2 + 4 + 3 = 13$	$2 + 1 + 1 + 1 + 2 = 7$	20
EB	17	$4 + 3 + 4 + 1 + 2 = 14$	$5 + 5 + 5 + 3 + 5 = 23$	37
EC	14	$3 + 2 + 2 + 3 + 5 = 15$	$1 + 1 + 1 + 1 + 1 = 5$	20
ED	23	$5 + 5 + 5 + 5 + 5 = 25$	$1 + 2 + 1 + 2 + 1 = 7$	32
EE	15	$5 + 4 + 4 + 5 + 5 = 23$	$1 + 1 + 1 + 1 + 2 = 6$	29
EF	15	$5 + 3 + 4 + 5 + 4 = 21$	$2 + 1 + 1 + 1 + 1 = 6$	27
EG	25	$3 + 5 + 5 + 5 + 5 = 23$	$2 + 1 + 1 + 1 + 4 = 9$	32
EH	19	$3 + 2 + 3 + 4 + 4 = 16$	$2 + 1 + 1 + 1 + 2 = 7$	23
EI	14	$4 + 3 + 2 + 5 + 3 = 17$	$1 + 4 + 4 + 1 + 1 = 11$	28
EJ	13	$5 + 1 + 3 + 5 + 5 = 19$	$3 + 3 + 3 + 1 + 5 = 15$	34

Fonte: Escala aplicada aos cuidadores informais de idosos que usufruem de SAD da SCM Portel

▪ **Análise da componente cognitiva através da escala do BES do cuidador informal: Satisfaction With Life Scale (SWLS)**

No que se refere à componente cognitiva, pode-se constatar através da avaliação realizada à escala suprarreferida, que o participante EA obteve um score total de 12 pontos, o que indica que nesta componente os resultados não são muito favoráveis ao construto do Bem-Estar Subjetivo, estando abaixo do ponto médio (15) de satisfação com a vida realçada pelos autores nesta mesma componente.

Já o participante EB, vem demonstrar resultados superiores, revelando ao nível da componente cognitiva resultados melhores que o participante anterior, uma vez que obteve um score superior ao ponto médio, nomeadamente de 17 pontos.

O participante EC obteve um score muito similar ao participante EA, tendo em conta que o score total obtido foi de 14 pontos, ou seja, encontra-se a um ponto abaixo do que se considera medianamente com juízos subjetivos favoráveis à sua satisfação com a vida.

Considerado como o segundo a obter melhores resultados nesta componente, nomeadamente 23 pontos, o participante ED demonstra bons resultados no que respeita à sua satisfação com a vida.

No entanto, com scores iguais, os quais se encontram no ponto de corte da referida escala, ou seja, 15 pontos, encontram-se os participantes EE e EF, concluindo-se que ambos se encontram medianamente satisfeitos com questões inerentes à qualidade das suas próprias vidas.

Com o máximo de score obtido, o participante EG é aquele que subjetivamente se considera mais satisfeito com a qualidade da sua vida, sendo pertinente salientar que é o segundo cuidador que apresenta mais idade, nomeadamente, 83 anos.

Da mesma forma, o EH, sendo o cuidador mais idoso da investigação, é o terceiro a apresentar o melhor score, uma vez que no total dos itens avaliados, obteve 19 pontos.

Os últimos dois participantes que constam no quarto acima referido, revelam uma satisfação com a qualidade de vida inferior ao ponto estabelecido como médio. Neste sentido, os participantes EI e EJ, obtiveram scores de 14 e 13 pontos.

Face à análise explanada, pode-se concluir referindo que dentre todos os participantes, aqueles que, cronologicamente, ainda não são considerados como idosos, são os que, efetivamente, percecionam de forma pior a qualidade das suas vidas.

▪ **Análise da componente emocional através da escala do BES do cuidador informal: Positive and Negative Affect Schedule (PANAS)**

Previamente à análise individual, torna-se fundamental mencionar que a escala sobre a qual se vai abordar é composta por 10 itens, sendo que cinco pertencem ao *Afeto Positivo* - PA (Interessado, Entusiasmado, Inspirado, Ativo e Determinado) e os outros ao *Afeto Negativo* - NA (Nervoso, Amedrontado, Assustado, Culpado e Atormentado).

Nesse sentido, e com o intuito de compreender os resultados inerentes a cada domínio, abordar-se-á ambas de forma individual.

Após a análise de todos os participantes ao nível desta matéria, pode-se constatar o seguinte:

O participante EA obteve um score de 13 pontos ao nível do *Afeto Positivo*, o que reflete que a sua experiência afetiva durante os últimos dias não tem sido muito favorável, tendo em conta que o máximo de pontuação possível é de 25 pontos para cada dimensão. Já na dimensão *Afeto Negativo* obteve resultados melhores, uma vez que teve uma pontuação igual a 7, o que significa que o seu estado afetivo, ao contrário da dimensão positiva, se encontra favorável, experienciando emoções negativas com pouca frequência, tais como nervoso, amedrontado, atormentado, entre outras.

Quanto ao participante EB, constatou-se um score total de 14 no Afeto Positivo e 23 pontos no Afeto Negativo (sendo o máximo de score 25 pontos). Estes resultados evidenciam e refletem o mal-estar subjetivo associado a sentimentos e emoções negativas que tinham sido experienciadas pelo participante nos últimos dias à data da aplicação da escala, como seja o nervosismo, o medo, a perturbação.

Respeitante ao participante EC, é notória a presença do participante ter experienciado, fundamentalmente, no quadro temporal que faz referência aos últimos dias, emoções e sentimentos positivos, tendo em conta que obteve 15 pontos na dimensão Afeto Positivo e apenas 5 no Afeto Negativo. No entanto, é de salientar que, apesar dos resultados enunciados, apenas três sentimentos foram experienciados de forma moderada a extrema no quadro temporal já referido, o que pressupõe resultados medianamente bons, mas não fantásticos ao nível do BES.

O próximo participante (ED), com o máximo de score obtido (25 pontos) no Afetivo Positivo, reflete um elevado BES, uma vez que terá assumido experienciar todos os sentimentos/emoções incluídos nesta dimensão de forma extrema. Em termos de emoções/sentimentos negativos, o participante alternou entre não ter experienciado sentimentos como nervosismo, medo e perturbações, tendo apenas experienciado um pouco apenas dois itens: assustado e amedrontado.

O participante EE, com resultados idênticos ao cuidador suprarreferido, obteve um score de 23 na dimensão Afetivo Positiva, evidenciado, desta forma, um elevado bem-estar afetivo na vida. Neste sentido, pode-se referir que o estado afetivo deste cuidador é essencialmente positivo, pois demonstra interesse, o entusiasmo, a inspiração, o sentir-se ativo e a determinação, nas situações inerentes do dia-a-dia, nomeadamente no que respeita à prestação de cuidados ao idoso. Na dimensão do Afetivo Negativo,

este participante apenas experienciou um sentimento: perturbação, mas este foi apenas experienciado um pouco no quadro temporal designado durante a aplicação da escala, o que vem realçar a forma de enxergar e reagir perante as situações e adversidades que ocorreram durante os últimos dias (à data de aplicação da entrevista).

Neste fio condutor, apresentar-se-á outro cuidador, também ele com resultados muito similares aos outros dois anteriores. O participante EF pontuou ao nível do Afeto Positivo um score de 21, o que revela resultados ótimos pelo simples motivo de ser ter sentido e de ter experienciado como uma pessoa interessada, ativa, determinada, e inspirada de forma moderada a extrema previamente aquando da aplicação da escala, sendo que apenas experienciou de forma moderada o entusiasmo. Na outra dimensão, que realça, um estado afetivo menos positivo, a cuidadora apenas experienciou o nervosismo, mas de forma pouco regular. Neste sentido, o estado afetivo durante o quadro temporal selecionado foi, efetivamente, positivo.

O último participante a obter os mesmos resultados que os cuidadores anteriores, é o EG, o qual obteve tal como o EE um score igual a 23 pontos, experienciado todos os aspetos positivos que constam na escala de forma extrema, com exceção do interesse que demonstrou apenas sentir durante os últimos dias aquando da aplicação da escala, de forma moderada. Neste sentido, e tendo em conta que encontra-se muito perto do score máximo, pode-se concluir que este participante, tal como os outros anteriores, com resultados idênticos, transparece um estado afetivo muito positivo, refletindo prazer e BES. Contudo, já ao nível do Afeto Negativo, nesta dimensão teve resultados superiores aos últimos participantes, com exceção do EB, que até ao momento é aquele que obteve um score mais elevado nesta dimensão, o que significa que quanto maior o score nesta dimensão, pior são os resultados, uma vez que se experiencia com maior regularidade os sentimentos/emoções negativas. Neste caso concreto, houve três deles que se sentiram de forma mais abrupta, nomeadamente, o nervosismos que foi demonstrado poucas vezes nesse dia, mas foi, e também perturbações que foram experienciadas bastantes vezes no quadro temporal: últimos dias.

Quanto ao participante EH, este após cotação da escala, obteve um score de 17 pontos na dimensão Afeto Positivo e 7 pontos na dimensão Afeto Negativo. Comparando ambas as categorias, obteve, sem sombra de dúvida, melhores resultados ao nível da dimensão negativa, uma vez que quase não experienciou

sentimentos/emoções negativas, a não ser perturbações e o nervosismo que foram sentidas poucas vezes. Já no Afeto Positivo, quatro das emoções/sentimentos foram experienciadas de forma muito regular (não atingindo em nenhuma delas o score máximo), e apenas uma delas, mormente, o entusiasmo, foi experienciada, durante esses dias que fazem referência ao quadro temporal, pouca vez.

Relativamente ao participante EI e através da análise do quadro acima apresentado, pode-se constatar que, tal como o cuidador anterior, que comparando ambas as dimensões, o EI obteve melhores resultados ao nível do Afeto Negativo, onde obteve um score de 11 pontos contrapondo com o Afeto Positivo onde pontou 17. Se numa dimensão os scores têm benefícios em ser elevados, noutra não. Como tal, na dimensão onde obteve um score mais elevado, nomeadamente na positiva, isso significa que experienciou diversas vezes sentimentos/emoções positivas, sendo que dentre todos os participantes, este, é, talvez o que mais na sua experiência afetiva a este nível as tenha experienciado de forma tão diversificada. Isto porque em quase todas as emoções revela um tipo de regularidade diferente, como seja ao nível do interesse e da determinação em que os sentiu bastantes vezes, passando pelo entusiasmo, o qual diminuiu a forma de sentir para moderadamente, voltando ao bastante na inspiração, e sentindo-se extremamente ativo nos últimos dias. No Afeto Negativo, a experiência afetiva do participante baseou-se apenas no medo (amedrontado e assustado), que foi sentido bastantes vezes no quadro temporal designado no enunciado da escala.

Por fim, o último participante tem scores medianos em ambas as dimensões. Se no componente Afeto Positivo, a experiência afetiva dos cuidadores é maioritariamente positiva, uma vez que em cinco sentimentos/emoções, três foram experienciados de forma extrema nos últimos dias, refletindo-se esta dimensão no bem-estar subjetivo, o qual envolve sentimentos/emoções como a determinação, a atividade e o interesse, no Afeto Negativo, as emoções/sentimentos respeitante a esta dimensão foram experienciadas, também como na dimensão anterior, maioritariamente, de uma forma moderada a extrema (com exceção da culpa que nunca esteve experienciada nos últimos dias), o que tem implicações ao nível do construto do BES.

Em suma, ao nível da dimensão Afeto Positivo, os participantes que obtiveram mais score foram os ED, EE e EG, sendo pertinente salientar que estes cuidadores são os que, efetivamente, experienciam mais sentimentos positivos e consequentemente são os que apresentam mais idade de todos os outros (80 anos ED e EE, EG com 83 anos).

Numa análise geral são os cuidadores, idosos, que obtiveram os melhores scores nesta dimensão.

Na dimensão Afeto Negativo foram os participantes EB, EJ e EI, os quais apresentam 70, 44, e 50 anos, que obtiveram os maiores scores. Contudo, é de ressaltar que EB foi o cuidador que atingiu o score mais próximo do máximo possível obtido. Todos os outros cuidadores tiveram scores iguais ou inferior a 15 pontos.

Face ao exposto, e apesar de dois participantes com idades inferiores a 65 anos, obterem scores mais elevados nesta dimensão, a prevalência do maior score a título global entre indivíduos, que cronologicamente, ainda não são considerados idosos e aqueles que o são, recai nos indivíduos com idade igual ou superior a 65 anos. No entanto, e dado que quanto mais elevado for o score piores são os resultados evidenciados, pelo simples facto de se experienciar com maior regularidade os sentimentos e emoções negativas, concluiu-se, que os participantes ainda em idade ativa, são os que, efetivamente, apresentaram melhores resultados, refletindo-se os mesmos no BES dos cuidadores em estudo.

Ainda assim, os resultados entre os cuidadores idosos e aqueles que se encontram em idade ativa não são assim tão díspares, uma vez a soma total de todas os cuidadores idosos deu uma pontuação de 52 pontos e a soma dos que se encontram em idade ativa fez um total de 44 pontos: a justificação para a obtenção destes resultados foi o score obtido pelo participante EB, que consequentemente veio influenciar os resultados ao nível geral, uma vez que se tivessem respondido de forma semelhante a todos os outros participantes, os resultados vinham a evidenciar o oposto, tendo em conta que nesta dimensão os scores obtidos pelos participantes EJ e EI sobressaem dos outros valores que constam no quadro.

▪ **Análise do BES formado através da associação de duas escalas: SWLS e PANAS-VRP**

“O BES é um construto formado através da associação de duas escalas: a escala de *Satisfação com a Vida* (Diener, Emmons, Larsen & Griffin, 1985) e a *PANAS* (Watson & Clark, 1994/1999) – Positive and Negative Affect Scales (*Escala de Afeto Positivo e Escala de Afeto Negativo*).” (Pereira, 2008, p. 4)

Quanto à cotação final deste construto, procurado na literatura científica,

nomeadamente, nos artigos de validação e adaptação para a população portuguesa disponibilizados via internet e questionada propositadamente a autora para este efeito, a única fonte encontrada que disponibilizava esta informação foi a autora suprarreferida. Como tal, segundo Pereira (2008, 4), a cotação final do construto

“corresponde ao resultado da soma do valor obtido na PANAS (Afecto Positivo) com o da escala de Satisfação com a Vida, seguido da subtracção do valor obtido na PANAS (Afecto Negativo). Os valores de cotação podem assim variar entre -35 e 75 (valor máximo = $35+50-10 = 75$; valor mínimo = $5+10-50 = -35$), sendo o valor de corte a nota de 20, correspondente aos 50% entre as pontuações máxima e mínima.” (Pereira, 2008, p.4)

No entanto, as escalas utilizadas na presente investigação são adaptações da versão original, o que significa que os valores de cotação nomeados naquela citação não correspondem aos valores de cotação das versões utilizadas, as quais se encontram adaptadas e validadas à população Portuguesa: SWLS (verão de Sequeira, 2007) e PANAS VRP (Galinha e Pereira et al., 2014).

Posto isto, e através dos valores suprarreferidos, bem como a explicação das escalas originais e das versões validadas para a população portuguesa, foram efetuados os seguintes cálculos, substituindo os valores de cotação da versão original pelos valores das escalas adaptadas:

- Valor máximo de score: $25 + 25 - 25 = 25$.

No entanto, verificou-se que o valor total obtido é muito inferior ao score máximo possível obtido. Dessa forma, e tendo em conta que poderá ter havido um lapso na introdução dos valores que a autora indicou, considerou-se que o último valor observado na fórmula tem que ser substituído pelo valor mínimo de score que pode ser obtido na PANAS-VRP (Afecto Negativo) = 5 (tal como acontece na fórmula indicada). Com a aplicação deste valor, a fórmula aplicada pela autora suprarreferida tem lógica: $25 + 25 - 5 = 45$. Neste sentido, o valor máximo de score obtido no construto é igual a 45 pontos.

De igual forma acontece com o valor mínimo de score obtido, pois segundo a explicação subentendida o valor mínimo de score era igual a 5 pontos ($5 + 5 - 5 = 5$), mas ao se proceder à substituição dos valores tendo em conta a fórmula que consta na citação supra apresentada, pode-se constatar que o valor mínimo de score obtido neste construto é de -15 ($5 + 5 - 25 = -15$).

Face ao explanado, considera-se que existiu uma falha de expressão da autora que não traduz, efetivamente, a fórmula por si apresentada.

Já de seguida encontrar-se-á a análise do BES.

Quadro 4 - Cotação Final do Construto Bem-Estar Subjetivo

Participantes	SWLS	PANAS			Cotação final do construto Bem-Estar Subjetivo
		Afetividade Positiva Somar os itens: 1 – 3 – 5 – 6- 9	Afetividade Negativa Somar os itens: 2 – 4 -7 – 8 – 10	Total	Afeto Positivo + Satisfação com a Vida – Afeto Negativo = BES
EA	12	$2 + 2 + 2 + 4 + 3 = 13$	$2 + 1 + 1 + 1 + 2 = 7$	20	$13 + 12 - 7 = 18$
EB	17	$4 + 3 + 4 + 1 + 2 = 14$	$5 + 5 + 5 + 3 + 5 = 23$	37	$14 + 17 - 23 = 8$
EC	14	$3 + 2 + 2 + 3 + 5 = 15$	$1 + 1 + 1 + 1 + 1 = 5$	20	$15 + 14 - 5 = 24$
ED	23	$5 + 5 + 5 + 5 + 5 = 25$	$1 + 2 + 1 + 2 + 1 = 7$	32	$25 + 23 - 7 = 41$
EE	15	$5 + 4 + 4 + 5 + 5 = 23$	$1 + 1 + 1 + 1 + 2 = 6$	29	$23 + 15 - 6 = 32$
EF	15	$5 + 3 + 4 + 5 + 4 = 21$	$2 + 1 + 1 + 1 + 1 = 6$	27	$21 + 15 - 6 = 30$
EG	25	$3 + 5 + 5 + 5 + 5 = 23$	$2 + 1 + 1 + 1 + 4 = 9$	32	$23 + 25 - 9 = 39$
EH	19	$3 + 2 + 3 + 4 + 4 = 16$	$2 + 1 + 1 + 1 + 2 = 7$	23	$16 + 19 - 7 = 28$
EI	14	$4 + 3 + 2 + 5 + 3 = 17$	$1 + 4 + 4 + 1 + 1 = 11$	28	$17 + 14 - 11 = 20$
EJ	13	$5 + 1 + 3 + 5 + 5 = 19$	$3 + 3 + 3 + 1 + 5 = 15$	34	$19 + 13 - 15 = 17$

Fonte: Escala aplicada aos cuidadores informais de idosos que usufruem de SAD da SCM Portel

No que concerne à avaliação do construto, pode-se verificar através da análise do quadro suprarreferido que quem percebe um melhor BES é o participante ED, uma vez em ambas as escalas (SWLS e PANAS VRP – Afeto Positivo) obteve pontuação muito próxima do score máximo. Logo a seguir, com um score de 39 pontos, o cuidador EG é o segundo a perceber de forma melhor o bem-estar inerente às suas condições psicossociais.

Posteriormente, os participantes EE, EF e EH apresentam scores de 32, 30 e 28, o que significa que a sua experiência afetiva positiva é envolvida de forma regular em sentimentos positivos experienciados e os aspetos inerentes à satisfação com a qualidade de vida são percebidos com qualidade.

Com scores inferiores, os cuidadores EC, EI, EA e EJ com scores entre 24 – 17 pontos usufruem, medianamente, tendo em conta que o score máximo obtido possível é 45 pontos, de um BES. O que significa que percebem de forma pior a qualidade das suas vidas e experienciam com menor frequência sentimentos e emoções positivas, refletindo-se estes resultados na dimensão psicossocial dos cuidadores.

Por fim, e contrapondo com os resultados evidenciados, existe apenas um cuidador que percebe de forma negativa este construto, o qual espelha um mal-estar subjetivo, tendo em conta que experiencia de forma extrema sentimentos e emoções negativas. Para terminar, e tendo em conta que o BES de um indivíduo será tanto maior quanto maior for a sua frequência e o seu reconhecimento em manter um nível elevado de satisfação com a vida e a expressão de emoções positivas, e dividindo os cuidadores ativos profissionalmente e aqueles que, efetivamente, se encontram, reformados, poder-se-á concluir que os cuidadores reformados são os que apresentam um melhor bem-estar subjetivo. Ao invés disso, o grupo dos cuidadores em idade ativa manifesta maior insatisfação com a vida, expressa pouca alegria e demonstra emoções negativas como ansiedade, irritação e agressividade. (cf. Galinha, 2008 cit.por Torrão, 2010, p.22-23)

2.8 Discussão dos resultados

No que respeita aos dados sociodemográficos dos cuidadores, a amostra constituída, onde os cuidadores apresentam idades entre os 29-90 anos, tem uma média de 63,8 anos. Respeitante à média suprarreferida, Karsch, 2003, tal como Moreira e Caldas em estudos mais recentes, bem como Figueiredo em 2007, indicam que a média de idades dos cuidadores está entre os 45 a 60 anos. Esta situação também pode ser observada no estudo em questão concomitante com o facto de o estudo coincidir com uma breve conclusão de Orso e subsequentemente de Moreira e Caldas, que salientam que a idade dos cuidadores encontra-se em certos estudos, geralmente, na mesma faixa etária dos recetores de cuidados (cf. Karsch, 1998 cit.por Orso, 2008, p.59): "são idosos jovens independentes cuidando de idosos dependentes." (Caldas, 2004 cit.por Moreira e Caldas, 2007, p.522)

Estamos perante um estudo em que existe uma grande discrepância de idades entre os cuidadores, mas em que metade dos participantes têm idades muito semelhantes às dos recetores de cuidados, pela simples razão:

"Na maioria das vezes, os cônjuges são a principal e única fonte de assistência ao idoso dependente. A descendência constitui a segunda fonte de prestação de cuidados. Normalmente na ausência do cônjuge, é a filha quem assume a responsabilidade de prestação de cuidados." (Figueiredo, 2007:111)

Nesse sentido, e face à citação acima referida, desses dez, e tal como a literatura científica faz questão de evidenciar em diversos estudos, também aqui a prestação de

98

cuidados é contemplada maioritariamente pelo género feminino, uma vez que seis cuidadores eram desse mesmo género. (cf. Jane-Le Bris, 1994; Chappell e Litkenhaus, 1995; Salvage, 1995; NAC/AARP, 1997; Neal e Ingersoll-Dayron et al, 1997; Ory e col., 1999; Tennstedt, 1999; Michelson e Teppermanm, 2000 cit. Figueiredo, 2007:109-110; Jamuna, 1997; Neno, 2004 cit. por Lage, 2005, p.206)

Nesta sequência de ideias, desses seis cuidadores, duas eram esposas, três eram filhas e uma era neta, facto que também está confirmado em diversos estudos, nomeadamente o de Cerqueira e Oliveira que referem que a responsabilidade pelos cuidados aos idosos dependentes tem "(...) o predomínio de mulheres cuidadoras (73%), especialmente esposas e filhas (...)." (Cerqueira e Oliveira 2002 cit. por Moreira e Caldas, 2007, p.522)

Apesar da predominância da mulher no ato de cuidar, Barber (1999 cit. por Figueiredo, 2007, p.111) realça o crescimento por parte do género masculino para esta tarefa, seja no papel de cuidador principal ou no papel de cuidador secundário, situação interessante de se verificar no presente estudo, em que quatro cuidadores são deste mesmo género.

Face ao exposto, pode-se concluir que tal como em estudos similares a situação mais comum é o cônjuge como principal cuidador. (cf. Penning, 1991; Pereira e Mateos, 2006; Figueiredo, 2007; ISS, 2005 cit. por Loureiro, 2009, p.29)

Contudo, esta linha de parentesco encontra-se equiparada com a linha de pensamento de Paúl (1997 cit. por Sarmiento e Pinto et al, 2010, p.43), o qual salienta que a prestação de cuidados recai em primeira instância na filha, a seguir as noras em substituição dos filhos e só depois surgem as esposas: isto porque dos dez entrevistados, cinco (de ambos os sexos) são cônjuges do recetor de cuidados, porém dos seis cuidadores do género feminino, três são filhas. De ressaltar que três recetores de cuidados são viúvos, pelo que será, certamente, a razão, dos resultados supramencionados.

São todos de nacionalidade portuguesa, e da Região Alentejo, com exceção de um participante que é natural de uma vila do Distrito de Castelo Branco.

Quanto à escolaridade, todos os que apresentam uma idade mais avançada têm níveis de escolaridade baixos, predominantemente, o primeiro ciclo, mas ‘razoáveis’ para a época em que viviam. Já os participantes EC (50 anos), EF (29 anos), EI (44

anos) e EJ (50 anos) apresentam níveis mais elevados de habilitações literárias.

No entanto, apenas dois participantes cuidadores (EF e EJ) concluíram a escolaridade obrigatória atual, tendo um deles o 12º de habilitações literárias e outro o ensino superior.

Ainda assim, e apesar de não haver grandes diferenças substanciais ao nível das profissões desempenhadas ao longo da vida, considera-se que o meio onde o indivíduo está inserido provoca beneficemente algumas mudanças no estilo de vida, sobretudo ao nível da cultura e consequentemente ao nível da mentalidade e da abertura com e para diversos assuntos.

Do mesmo modo, os participantes que organizaram as suas vidas, apesar de nascidos e criados em meio rural, em centros urbanos desempenham profissões mais qualificadas e usufruem de um estatuto socioeconómico melhor. (cf. Pimentel, 2013, p.89-90) Falemos do participante ED, EE (ambos com 80 anos) e EH (90 anos), onde ambos foram para a zona de Lisboa e onde tiveram as profissões mais diferenciadas para as idades que apresentam comparativamente com os participantes que sempre permaneceram em meio rural.

No que concerne à estrutura familiar dos cuidadores, sete participantes responderam que no total residiam com mais uma pessoa, nomeadamente o cônjuge, com exceção do EA e EF, que residiam ambos com a mãe.

Nestes dois casos, tratam-se de cuidadores com idades díspares, mas com estrutura familiar idêntica pelo mesmo motivo, ou seja, viuvez da mãe de ambos.

Neste sentido, estamos perante uma situação de famílias monoparentais, as quais se caracterizam por ser constituídas por apenas um cônjuge, a mãe ou o pai que vive sozinho com o (s) filho (s) que de si dependem (crianças ou jovens adultos solteiros). São famílias fruto de um divórcio, viuvez ou por opção dos progenitores, por exemplo no caso da mulher que recorre à adoção (cf. Scarpellini e Carlos, 2011, p. 4; Dias, 2011, p. 143) Neste caso concreto, tratam-se de filhos a desempenhar uma atividade laboral e por isso não dependem dos seus progenitores.

Apesar do modelo predominante ser aquele em que, a estrutura familiar, é constituída por duas pessoas, nomeadamente o cônjuge, não podendo designá-la como família nuclear, que foi em tempos, porque, na atualidade, apenas se trata de uma estruturada demarcada pelo ninho vazio deixado pelos filhos aquando a formação da sua própria estrutura familiar, na presente investigação constatou-se outras formas de

organização familiar.

Os participantes cuidadores, nomeadamente, o EC mencionou que à data de aplicação da entrevista constavam no seu agregado “O marido, o pai (que entretanto faleceu), a mãe e dois netos.” Aqui pressupõe-se uma família ‘alargada’ ou como o Pordata designa, uma família complexa, sendo esta entendida como uma estrutura mais ampla, em que a uma família simples (com/sem filhos ou pai/mãe com filhos) se juntam outras pessoas aparentadas dentro do mesmo lar. (cf. Instituto Nacional de Estatística, 2013, p. 5)

Já o EI referiu que o seu agregado familiar era composto por “Com o marido e a filha.” e por último o EJ referiu que o seu agregado familiar tinha uma estrutura idêntica ao EC, pois residia com o marido, as duas filhas e um enteado.” Contudo, e apesar do número de elementos ser praticamente similar com o EC, o EJ está integrado numa família recomposta, caracterizando-se esta por ser famílias no qual um casal, efetivamente, casado ou não, vive no mínimo com uma criança nascida de uma outra relação que precedeu à atual, de pelo menos um dos cônjuges. Esta família recomposta pode ser mais complexa, se, por sua vez, tanto o homem como a mulher foram casados anteriormente e dessa união matrimonial resultarem filhos e os trouxeram consigo para esta nova família. (cf. Lobo, 2005, p.92)

Como tal e mediante os diversos tipos de família, pode-se concluir que o presente estudo corrobora a seguinte afirmação:

"Estamos perante um novo modelo de família: a família líquida. E, ao ser “desconfinada”, transforma-se em “famílias”, para indicar toda a variedade e multiplicidade de modos de comunhão de vida e de experiências familiares, produto de escolhas voluntárias dos sujeitos envolvidos”. (Bauman; Znaniecki, 2008:10 cit.por Pedrosa e Branco, 2008, p.54)

Relativamente ao perfil dos recetores de cuidados, em género encontram-se equiparados, uma vez que cinco idosos são do género feminino e outros cinco do género masculino, os quais perfazem no total uma média de idades de 80,5 anos.

No que se refere ao grau de dependência funcional dos idosos nas AVD’S, e de acordo os dados analisados, pode-se concluir que todos os idosos apresentavam, à data de aplicação da referida escala, medianamente, uma boa funcionalidade, com exceção do idoso associado ao participante EC que obteve um score muito inferior a todos os outros participantes, nomeadamente de 7 pontos, encontrando-se desta forma numa

condição clínica de dependência completa, segundo os itens apresentados na escala.

Praticamente todos os cuidadores são conhecedores do diagnóstico principal do idoso de quem cuidam, como se pode observar na transcrição integral dos diálogos, com exceção de dois, particularmente o EA e EB. No caso deste último participante, e porque durante a aplicação dos instrumentos, os cuidados encontravam-se no mesmo espaço que os idosos, houve quem tivesse respondido pelo seu prestador de cuidados, por este apresentar desconhecimento face ao diagnóstico principal. De forma igual, houve também cuidadores (EE) que se sentiram constrangidos em designar a doença subjacente (Alzheimer) ao diagnóstico do idoso a quem presta cuidados, pelo facto deste, nomeadamente, a sua esposa, se encontrar, ainda, com capacidades cognitivas para compreender, efetivamente, o que estava a ser questionado. Neste sentido, considera-se ter sido uma estratégia de forma a não comprometer emocionalmente o diálogo entre os vários intervenientes.

Porém, considera-se que pelos motivos explanados, a resposta a esta questão também pode ter ficado enviesada.

Respeitante ao contexto da prestação de cuidados, pode-se concluir que todos os cuidadores, com exceção da participante EJ (por residir em Évora), mantêm com os idosos uma relação de grande proximidade física/geográfica, tanto é que sete deles residem na mesma habitação e os outros dois residem próximo da habitação deste. A justificação para tal é o facto de os cuidadores serem cônjuges e/ filhos (as) dos idosos, como já foi explanado logo no início da apresentação dos resultados.

Da mesma forma, esta proximidade tanto física como afetiva concomitante com o parentesco e o género a que normalmente esta prestação está associada já são fatores implícitos na denominação para ser cuidador familiar, tal como Oliveira e Elboux, 2012, p. 830; Diogo e Ceolim et al., 2005 cit.por Nardi e Santos et al., 2012, p.98-99 mencionam.

Quanto à avaliação realizada pelos cuidadores com os idosos durante a prestação de cuidados, apenas quatro participantes manifestaram que esta relação é pautada por momentos difíceis. A resposta a esta questão também se pode dever ao facto dos idosos apresentarem uma boa funcionalidade e por essa razão, ser a mesma pautada com menos dificuldades, pelo facto, de necessitarem de menos ajuda dos cuidadores.

No que concerne às razões para ser cuidador, importa salientar que este processo inicia aquando do diagnóstico realizado acerca de uma patologia, que ao ir progredindo

ou apenas o seu tratamento, gera um quadro de dependência de cuidados que se efetivam no domicílio (cf. Costa e Castro 2014, p.982).

Neste sentido, os motivos evidenciados pelos cuidadores na assunção deste papel deveu-se essencialmente aos graus de ligação afetiva, à conjugalidade que se encontra associada a este vínculo afetivo, tal como Gonçalves (2006 cit.por Jede e Spuldaro, 2009, p.418-419) faz questão de evidenciar no seu estudo, sendo esta situação considerada como um processo natural. Outro motivo é o facto de não haver mais ninguém disponível para cuidar (pela distância geográfica e pelas questões decorrentes dos compromissos familiares – filhos a morar e trabalhar longe, por ex.), e por estas razões, os participantes assumem esta tarefa sem ter outra opção, ou seja, tal como Gonçalves (2006 cit.por Jede e Spuldaro, 2009, p.418-419) afirma, fazem-no tornar-se cuidador. O dever social enquanto filha aliada à questão do altruísmo. A questão do altruísmo também está documentada nos autores a seguir referenciados, Jani-Le Bris, 1994; Aneshensel e col.,1995; Velásquez e col., 1998;Montorio e Yanguas et al.,1999; Pimentel, 2001 cit.por Figueiredo, 2007, p.107. Por amor: *“Eu? Porqueeee... sabes uma coisa? Haaa...Em esta desaparecendo já não tenho mais nenhuma.”*. Por ser o único elemento capacitado e por fim, pela proximidade física/geográfica. Os diversos motivos aqui apresentados, em alguns dos casos, multiplicam-se ou entrelaçam-se entre eles, como seja o caso por ex. da conjugalidade associada ao facto de não haver mais ninguém para cuidar, por ausência dos filhos (distância geográfica, questões laborais, etc.)

Em suma, e tendo em conta a multiplicidade de motivos, pode-se concluir que "Imprevisível, será a palavra que melhor define o processo de iniciação do cuidador informal." (Rocha, 2009, p.52)

Os participantes que assumiram a tarefa de cuidar, fazem-no, a maior parte, entre 1 a três anos. Contudo, dois cuidadores efetuam a prestação de cuidados há tempo inferior, nomeadamente de 1-4 meses. Num destes cuidadores tratou-se de uma situação temporária, uma vez que o idoso estava com uma doença terminal associada a outras complicações.

Por fim, um participante (EG) alegou cuidar do idoso, neste caso, o esposo, há cerca de cinquenta e cinco anos - *“Atão desde que casamos né” (risos)*. Esta resposta deve-se ao facto do recetor de cuidados não apresentar problemas de saúde graves que o

impeçam de ter uma vida ativa normal, dentro das características tendentes a perder com o normal processo de envelhecimento e por essa razão não necessitar de grandes cuidados do cuidador.

Neste fio condutor, outra justificação pode ser o facto da diferença de percepção, isto, é a noção do momento que se inicia o processo de se tornar cuidador pode, eventualmente, diferir da percepção do cuidador sobre a experiência de cuidar, pelo que o cuidador familiar pode conseguir referenciar há quanto tempo começou a cuidar do idoso, no entanto não consegue estabelecer o momento em que começou a sentir-se cuidador, isto é, a identificar-se com tal papel. Assim, "(...) a entrada subjectiva no papel de cuidador pode ter um tempo diferente do começo objectivo da prestação de cuidados." (Lage, 2005, p.206)

Já quanto ao tempo diário da prestação de cuidados, este divide-se consoante a 'situação atual ao nível laboral'. Para os participantes que se encontram reformados, designadamente os participantes EB, ED, EE, EG e EH, o tempo diário da prestação de cuidados resume-se a todo o dia. Esta situação pode ser justificada pelo facto da prestação de cuidados recair no cônjuge, associado ao facto do mesmo se encontrar com idade igual ou superior a 65 anos, e por isso estar inativo profissionalmente por usufruir de uma pensão (social) de velhice. Ainda assim, e sendo o cuidador principal do recetor de cuidados, divide esta tarefa com uma terceira pessoa, nomeadamente, o cuidador formal, que advém do idoso usufruir da valência do serviço de apoio domiciliário.

Contudo, posteriormente, existem outros participantes com uma realidade diferente da supra apresentada, a qual se encontra justificada por os restantes participantes apresentarem uma idade menos avançada e se encontrarem no ativo profissional e por sua vez, acumularem outras tarefas e compromissos decorrentes da vida familiar e pessoal. Tarefas e compromissos estes que, apesar de serem adaptados, são tendencialmente impostos ao cuidador principal, para que possa conseguir sobreviver e suprimir as suas necessidades e as despesas fixas mensais de si e/ou do seu agregado familiar.

Em suma, a média de horas diárias e consumidas na prestação de cuidados dos participantes é discrepante tendo em conta os participantes reformados e aqueles que estão no ativo profissional.

Quanto às tarefas do cuidador, os cuidados prestados pelos participantes variam de acordo com o nível de dependência dos recetores. No entanto, não há nenhum recetor de cuidados que esteja numa dependência elevada, da qual necessite de ajuda para todas as AVD'S, como se pode observar na segunda dimensão da entrevista semiestruturada (apresentação e análise dos resultados), onde faz referência à condição clínica do idoso.

Desta forma, pode-se concluir que as tarefas evidenciadas pelos participantes no ato de cuidar o idoso, durante a apresentação e análise dos resultados, estão corroboradas por diversos estudos, nomeadamente por Oliveira e Elboux e Nardi e Santos, onde os quais referem que a tarefa de cuidar, passa, desde, prestar os cuidados básicos, como implica outras tarefas de âmbito doméstico, como ir às compras, ao supermercado ou atividades mais complexas como realizar tarefas financeiras. (cf. Oliveira e Elboux, 2012, p. 830; Diogo e Ceolim et al., 2005 cit.por Nardi e Santos et al., 2012, p.98-99)

Estes autores reforçam esta abordagem, referindo, que, o cuidador, nomeadamente familiar, é o indivíduo que pertence ao núcleo familiar e que assume a responsabilidade de facultar o suporte e responde às necessidades básicas e instrumentais de outra pessoa que possui algum grau de dependência decorrente do seu processo clínico, de tal ordem, que se torna incapaz de sobreviver por si próprio. (cf. Oliveira e Elboux, 2012, p.830)

De notar, que dois participantes, nomeadamente o EG, que salienta que o idoso e seu esposo *“ainda não precisa de ajuda graças a deus (...), justificando-se com o serviço de apoio domiciliário do qual usufruem nas vertentes de alimentação, lavagem da roupa e ainda passar a ferro, o que significa que apesar da idade que apresenta (90 anos), trata-se do recetor de cuidados a apresentar mais idade, ainda se encontra capacitado para realizar as AVD'S e AIVD'S, nomeadamente no exterior do domicílio, onde as realiza através de transporte próprio.*

De igual forma, temos o participante EE, que revelou que apenas cuida da idosa e sua esposa ao nível da supervisão, pois como o próprio afirma: *“ (...) Então é só ela não se lembrar de alguma coisa e eu ir procurar, e eu ajudo, ajudo a achá-la né?!” “Está a tomar comprimidos precisamente por causa desse esquecimento e de coiso e só... a coiso.”*

Relativamente ao apoio social, os participantes, apesar de terem assumido o papel de cuidador principal, todos eles são auxiliados na prestação de cuidados por uma resposta social formal, cuja valência é nomeada de SAD, sendo este um dos critérios de participação na presente investigação. Por ser uma valência que presta um serviço pontual, sendo essa uma das suas características quando comparado com outros serviços dirigidos à faixa etária sénior, alguns dos cuidadores principais concomitante com os idosos recetores de cuidados usufruem de apoio ao nível informal: metade deles são auxiliados por membros da sua estrutura familiar, nomeadamente familiares diretos, como seja, a mãe, o pai, a irmã, sendo esta última considerada como o "(...) conjunto ordenado de relações entre as partes da família e entre a família e outros sistemas sociais." (Araújo e Paúl et al., 2010, p.49) e um destes ainda usufruí de empregada de limpeza.

Todos eles consideram importante tanto a ajuda prestada pela resposta social formal como o apoio facultado pelos membros familiares, uns por causa da alimentação apenas, outros como complemento ao nível da lavagem e passagem da roupa e outros com serviços diretamente associados à condição clínica que se encontra agravada. Um dos participantes evidência a importância de ambos os apoios, considerando-os *“ao fim ao cabo os meus olhos, os meus ouvidos e vem colmatar a minha não presença...”* *“A minha deficiência em presença, portanto digamos que descansa-me um bocadinho porque de sei que de uma forma ou de outra ele está a ser vigiado.”*(EJ)

Certamente e por se considerar que todos os idosos apresentavam, à data de aplicação do índice de Katz, medianamente, uma boa funcionalidade, com exceção do idoso associado ao participante EC, que se encontra numa condição clínica de dependência completa em todas as AVD'S, oito dos participantes afirmaram ter os conhecimentos necessários para realizar a prestação de cuidados ao idoso enquanto dois afirmaram o oposto: os participantes EB e EJ. Assim sendo, pressupõe-se que o facto de os idosos apresentarem uma boa funcionalidade está associada ao facto dos cuidadores terem alegado que possuem os conhecimentos necessários para prestar os cuidados, considerados, por eles, como suficientes.

Associado a este indicador, vem o facto de pelo menos três cuidadores, nomeadamente o grupo dos que se encontram profissionalmente ativos, desenvolverem a sua atividade profissional na categoria de auxiliar de serviços gerais e auxiliar de ação médica, o que segundo os próprios vem facilitar a prestação de cuidados. Apesar da

auxiliar de serviços gerais não trabalhar diretamente com os idosos, encontra-se diariamente no ambiente em que estes são tratados e também dá algum apoio, mas sobretudo partilha experiências num grupo de trabalho dirigido para a faixa etária mais sénior.

Do mesmo modo que a funcionalidade corroborou o facto de os cuidadores considerarem suficientes os seus conhecimentos no ato de cuidar, na questão das necessidades sentidas observou-se o mesmo.

"A necessidade de um indivíduo, de um grupo, ou de um sistema é a existência de uma condição não satisfeita, necessária para lhe permitir viver e funcionar nas condições normais, realizar-se ou atingir os seus objetivos. A satisfação de certas necessidades humanas é indispensável à sobrevivência, ao crescimento, desenvolvimento e bem-estar do ser humano." (Moreira, 2006:49 cit.por Araújo, 2007, p.40)

Apenas metade manifestou sentir necessidades, inclusive os cuidadores que responderam que não tinham os conhecimentos necessários para cuidar do idoso.

As necessidades sentidas têm a ver com a falta de tempo livre (EA e EC), ajuda de terceira pessoa para a limpeza de habitação (EB), conhecimentos técnicos necessários à realização da prestação direta (EE) e por fim um mediador/Prestador de Cuidados (EJ). De ressaltar que o cuidador que sente necessidades ao nível dos conhecimentos técnicos necessários, quando questionado sobre esta mesma respondeu o oposto.

Como tal, as dificuldades vão de encontro àquilo que foi referido anteriormente relativamente às necessidades, mas mais uma vez, com exceção de dois participantes, a grande maioria respondeu negativamente à mesma. Oito dos participantes revelaram não sentir dificuldades associadas à prestação de cuidados, o que de certa forma vem corroborar as respostas às questões associadas à dimensão '*Conhecimentos técnicos e necessidades identificadas*' porque, efetivamente, só cinco dos participantes é que relataram sentir algum tipo de necessidade, não havendo unanimidade nas mesmas. De salientar que os dois que sentiram dificuldades, um deles tem a sua dificuldade associada à sua necessidade de tempo livre, ou seja, considera difícil conciliar as várias atividades que lhe estão incumbidas, resultando esta prestação em pouco tempo livre para si e para o seu ego pessoal, bem como também a sobrecarga que existe para uma pessoa só em conseguir realizar a prestação de cuidados, ainda mais, quando, associada a esta, existe um cuidador pouco saudável e consequentemente debilitado pela patologia

da qual padece (anemia em último grau).

Por fim, é pertinente salientar que alguns dos participantes não relatam as suas queixas porque à data da investigação as suas dificuldades tinham sido suprimidas através de produtos de apoio, fundamentalmente, na AVD banho.

Para terminar a discussão dos resultados e tendo a questão de partida delineada à priori, discutir-se-á a última dimensão que consta na entrevista semiestruturada.

Na literatura científica, diversos estudos, evidenciam, cumulativamente, os impactos pessoais, sociais e de saúde que o ato de cuidar gera nos cuidadores. Deste modo e apesar de a literatura científica tendencialmente apontar os aspetos negativos resultantes da prestação de cuidados, ainda é incipiente as investigações numa perspetiva mais positivista, ao nível da satisfação e gratificação do ato de cuidar.

Posto isto e numa perspetiva mais abrangente, considerou-se fundamental para o estudo em questão a existência de uma questão que permitisse compreender o impacto da prestação de cuidados ao idoso, de uma forma bastante clara e subjetiva.

Mediante o suprarreferido, a presente investigação contorna a tendência há bem pouco tempo em voga e contribui para uma perspetiva positivista, corroborando as propensões atuais dos estudos científicos, os quais "(...) sugerem que as satisfações derivadas do cuidar predominam, podendo ter várias origens e co-existindo a par com as dificuldades." (Nolan et al., 1996 e 1998; Riedel et al., 1998 cit. por Figueiredo, 2007, p.129-130).

Face ao explanado, de entre dez participantes, seis alegaram que encaram o impacto da prestação de cuidados numa perspetiva positivista. No entanto, "A assunção de responsabilidades no domínio dos cuidados aos dependentes (neste caso idosos) acarreta sempre um conjunto de constrangimentos e tem implicações mais ou menos profundas no quotidiano dos cuidadores" (Pimentel, 2013, p.265), não sendo exceção nesta investigação, a qual evidenciou alguns condicionalismos nas diversas dimensões constituintes do ser humano, sendo as mais relatadas ao nível pessoal, psicológico e familiar.

Chamemos-lhe condicionalismos porque existem restrições subjacentes à prestação de cuidados que estão inerentes na rotina cotidiana dos cuidadores, nomeadamente o tempo livre/e ou lazer evidenciado pelo participante EA, EC e EF; o desgaste físico relatado pelo EB; e o participante EJ que tem várias implicações pessoais (tempo livre e desgaste físico acrescido), implicações familiares porque e

passando a expressão: “ (...) *para mim é mais uma coisa a que eu tenho que me dedicar.*” e implicações geográficas e psicológicas porque como a cuidadora refere “*Facilitava-me muito por exemplo o facto de ele agora ter ficado na minha casa em Évora. Ele saía do Hospital e ia para minha casa e eu lá na minha casa dava-lhe de comer, vestia-o, e ia fazendo as coisas à medida. Assim eu estou em Évora, ele está cá, tem cá o apoio, tem cá a minha tia que lhe presta o apoio, mas eu na realidade tenho que cá vir de vez em quando e estou sempre preocupada. Portanto é nestas coisas que eu, né... esgota-me!*”

Estas implicações são também evidenciadas em diversos estudos, nomeadamente, nos estudos realizados por Pimentel (2013, p. 265-299) e Figueiredo (2007, p.119-128), os quais constam no enquadramento teórico da presente investigação.

O excerto a seguir citado vem justificar a abordagem, que é fulcral para os resultados da investigação.

Tal como foi devidamente abordado e verificado nas narrativas supra apresentadas, e apesar da perspetiva positivista assumida, a prestação de cuidados a idosos envolve diversas implicações,

"a física (sintomas físicos), a funcional (competência do indivíduo em desempenhar as suas tarefas diárias, familiares ou laborais), a psicológica (funcionamento cognitivo, emocional, nível de satisfação vital, felicidade e perceção global de saúde) e, por último, a social (interações sociais que o indivíduo desenvolve, influentes na autoestima e no autoconceito de cada um)" (Imaginário, 2004 cit.por Mesquita, 2013:55)

Tanto é que "O desempenho deste papel interfere com aspectos da vida pessoal, familiar, laboral, e social dos familiares cuidadores, predispondo-os a conflitos." (Sarmiento e Pinto et al., 2010,p.46), tal como se pôde observar.

Por esse motivo, considerou-se adequado perceber se a assunção do papel de cuidador veio mudar alguma situação no quotidiano e por sua vez se a perspetiva suprarreferida assumida interferi-o na forma do impacto produzido na sua vida. E sim, (aparentemente), poderá ter sido a forma de enxergar a prestação de cuidados que fez com que, tal como na questão anterior, ter assumido os mesmos contornos, ou seja, seis dos participantes (os mesmos que consideraram o impacto positivo na arte de cuidar, com exceção do participante EH) afirmaram continuar a realizar as mesmas atividades que tinham realizado até então ao começo da prestação de cuidados.

Destaca-se o testemunho do participante EH que assumiu que o facto de tornar-se cuidador mudou a sua rotina cotidiana porque os problemas de saúde da esposa/recetora de cuidados fizeram com que o cuidador viesse para a terra de onde é natural. Face a esta situação, deixou a rotina da zona de Lisboa onde até à idade da reforma desenvolveu a sua profissão como taxista e, posteriormente para colmatar o período em que se deu a interrupção do designado “tempo ativo”, tinha tarefas, pequenos afazeres como o próprio as designa, e com a vinda para Portel esta situação acabou por deixar de acontecer.

Este marco da interrupção laboral vem, na literatura, associado, à idade social decorrente do envelhecimento. Esta idade apresenta alterações ao nível dos papéis sociais, exigindo ao indivíduo que se adapte e se ajuste às novas condições de vida. Tais modificações são representadas, na literatura gerontológica, como perdas ou como estreitamentos dos espaços de vida. Tanto é, que, a velhice caracteriza-se pela perda de alguns papéis (sociais) ou pela sua modificação.

O importante é que, e apesar das situações aqui explanadas, nomeadamente, como se tem vindo a verificar, a prestação de cuidados é mais uma tarefa dentre daquelas a que todos estamos em via de concretizar na nossa rotina, por isso existe uma necessidade fundamental daqueles que cuidam se reinventarem, configurando novas rotinas, objetivos e energias, sendo então o grande desafio para estes, a reorganização do seu cotidiano, encontrando papéis que satisfaçam o seu sentido de utilidade. (cf. Figueiredo, 2007, p.53-54).

No caso dos cuidadores idosos a tarefa de prestar cuidados é certamente e de acordo com os testemunhos aqui narrados, uma tarefa que concretiza o seu sentido de utilidade.

Tendo em conta os resultados mencionados, verificou-se após a análise de conteúdo da entrevista realizada aos cuidadores, que na presente investigação o impacto positivo da prestação de cuidados a idosos (dependentes) em cuidadores informais prevalece, com uma maioria de seis participantes. De ressaltar que dentre esses seis, cinco continuam a realizar as mesmas atividades ao nível da sua rotina, o que vem corroborar esta satisfação no ato de cuidar e concomitante no ato de conciliar ambas as tarefas: prestar cuidados e realização de atividades que contribuam para a sua realização pessoal.

Porém, e no que se refere ao BES, este construto constitui-se como um campo de

investigação recente, que se insere no domínio da Psicologia Positiva, pelo que se observa “(...) cada vez mais, um movimento de valorização das suas variáveis, ao nível da comunidade em geral e da comunidade científica em particular (...)” (Viana e Viana, 2013, p.184)

Tem vindo a ser investigado por duas áreas diferenciadas: ao nível do desenvolvimento do adulto e da saúde mental e ligado a aspetos psicossociais, nomeadamente o interesse pela satisfação com a vida e qualidade de vida, pois esta última integra não apenas aspetos ambientais, mas também situações internas a cada indivíduo, correspondendo essas mesmas ao Bem-Estar Psicológico e ao designado BES. (cf. Veenhoven, 2005 cit.por Roldão, 2014, p.8)

Neste estudo, o BES é investigado no âmbito dos aspetos psicossociais dos cuidadores informais de idosos, uma vez que este relacionava-se incessantemente há uns tempos com a disponibilidade de bens-materiais, e nos dias de hoje e no âmbito da Psicologia Positiva, está relacionado com dimensões menos tangíveis, como seja a felicidade, otimismo, esperança, sentido de segurança, a dignidade pessoal, a oportunidade da realização pessoal, satisfação com a vida. (cf. Galinha e Pais Ribeiro, 2005, p. 210-211).

Face ao explanado, e mediante a análise das escalas SWLS e PANAS VRP, pode-se referir que os resultados obtidos vêm corroborar a abordagem suprarreferida, qual faz referência à entrevista semiestruturada.

Assim sendo, pode-se concluir que ligado aos aspetos psicossociais, o impacto produzido da prestação de cuidados a idosos no bem-estar subjetivo dos cuidadores informais é percecionado de uma forma positiva, não havendo registos de resultados desfavoráveis ao nível do construto do BES.

Contudo, e efetuando uma análise comparativa entre o grupo dos cuidadores ativos profissionalmente e o grupo dos reformados, este último é o que perceciona um melhor bem-estar subjetivo. Ao invés disso, o grupo dos cuidadores em idade ativa manifesta maior insatisfação com a vida, expressa menos alegria e demonstra emoções negativas como ansiedade, irritação e agressividade com maior regularidade do que o grupo anterior (cf. Galinha, 2008 cit.por Torrão, 2010, p.22-23).

Considera-se pertinente salientar que aquando da análise individual das escalas, os resultados foram de igual forma mais positivos no grupo dos cuidadores reformados,

com exceção dos resultados obtidos na avaliação da componente afetiva, nomeadamente na dimensão *Afeto Negativo*, onde, efetivamente, quem apresenta melhores resultados são os participantes ainda em idade ativa. Contudo, os resultados entre os cuidadores idosos e aqueles que se encontram em idade ativa não são assim tão díspares, uma vez a soma total de todas os cuidadores idosos deu uma pontuação de 52 pontos e a soma dos que se encontram em idade ativa fez um total de 44 pontos: a justificação para a obtenção destes resultados foi o score obtido pelo participante EB, que consequentemente veio influenciar os resultados ao nível geral, uma vez que se tivessem respondido de forma semelhante a todos os outros participantes, os resultados vinham a evidenciar o oposto, tendo em conta que nesta dimensão os scores obtidos pelos participantes EJ e EI sobressaem dos outros valores que constam no quadro.

Face ao explanado, e dado que os indivíduos ativos profissionalmente multiplicam-se para a realização de diversas tarefas no seu cotidiano, os resultados menos favoráveis obtidos por este grupo neste construto são corroborados pela literatura científica, onde Pressman e Cohen sustentam que o BES “pode minimizar os efeitos negativos de acontecimentos stressantes, aumentando a capacidade de resiliência e das estratégias de coping do indivíduo.” (Pressman e Cohen 2005 cit.por Chaves, 2015, p.13)

3. Projeto de intervenção

Expostas as principais conclusões inerentes aos instrumentos aplicados, a qual vem dar resposta à questão de partida colocada *à priori*, apresenta-se o desenvolvimento de uma proposta de intervenção como mestre em Psicogerontologia Comunitária, a qual incidirá, principalmente, no bem-estar subjetivo dos cuidadores informais ativos profissionalmente, uma vez que foi o que obteve piores resultados neste construto. De igual forma, foi o grupo, onde, três cuidadores manifestaram o impacto da prestação como sendo negativo. Contudo, e apesar deste ser o foco, o projeto proposto estender-se-á a todas as unidades amostrais, tendo em conta as necessidades por elas evidenciadas.

3.1 Fundamentação do projeto

Este ponto vai debruçar-se sobre a fundamentação do projeto de intervenção, as suas finalidades e objetivos gerais e específicos. No entanto, torna-se pertinente definir anteriormente à fundamentação o que se entende por projeto.

"Um projecto é a expressão de um desejo, de uma vontade, de uma intenção, mas também é a expressão de uma necessidade, de uma situação a que se pretende responder. (...) é, sobretudo, a resposta ao desejo de mobilizar as energias disponíveis com o objectivo de maximizar as potencialidades endógenas de um sistema de acção garantindo o máximo de bem-estar para o máximo de pessoas." (Guerra, 2010, p.126)

Depois de introduzido o conceito de projeto e a sua breve explicação, torna-se necessário fundamentá-lo.

O projeto "Pintar Sorrisos", trata-se da criação de um núcleo de voluntariado de âmbito local, desenvolvido, com parceiros locais, para potenciar a responsabilidade social aos jovens voluntários, e sobretudo, com o intuito de fortalecer os sentimentos e emoções positivas experienciadas e projetadas pelos cuidadores informais que prestam cuidados a idosos, com a finalidade dos mesmos formularem juízos de valor que reflitam a forma satisfatória como percebem a qualidade das suas vidas.

O nome escolhido para representar o projeto vem espelhar, aqueles que são, entendidos na literatura científica como duas facetas do funcionamento ótimo do ser humano e causalmente promotores daquilo a que Psicologia Positiva tem vindo a nomear de *florescimento humano*: bem-estar psicológico e bem-estar subjetivo. (Ryff & Singer, 1998; Ryan & Deci, 2001 e Albuquerque e Lima, 2007 (cits.por Nunes, 2009, p.23)

Sendo atualmente o BES como uma área de intervenção que está não apenas relacionado com a disponibilidade dos bens-materiais, mas sobretudo com dimensões menos tangíveis, como seja, a felicidade, o otimismo, a esperança, oportunidade de realização pessoal, encontra-se delimitado em três componentes fulcrais:

"(...) a componente subjetiva, pois reside dentro da experiência individual da pessoa; a componente cognitiva, que se designa por satisfação com a vida, que avalia domínios específicos de satisfação, como o trabalho, a família, as finanças e lazer, entre outros, que avaliam globalmente a vida e por uma componente afetiva, designadas por afetos positivos e negativos, encontrando - se nesses inserida a noção de felicidade, contrastando como o modelo clínico de saúde mental, que se refere apenas à ausência de sentimentos ou experiências negativas." (Diener, Suh, Oishi, 1997; Simões 2006 cits.por Roldão, 2014, p.9)

Nesse sentido, e sendo a finalidade máxima “(...) a razão de ser de um projecto e a contribuição que ele pode trazer aos problemas e às situações que se torna necessário transformar (...)” (Guerra, 2010:163), neste projeto pretende-se contribuir para o bem-estar subjetivo dos cuidadores informais, sobretudo os que se encontram em idade ativa, bem como para o apoio e valorização destes, através de uma intervenção pluridisciplinar, assente nos valores da parceria e do respeito pela dignidade humana, para que estes percecionem de uma forma melhor a qualidade das suas vidas, diminuindo a sua experiência afetiva negativa, que é envolvida por sentimentos e emoções negativas como medo, ansiedade, nervosismo, irritabilidade, entre outros.

O projeto “Pintar Sorrisos”, criado numa vertente voluntária, inexistente no município de Portel, considera-se como uma experiência piloto com a população-alvo da presente investigação. O seu promotor é a SCM de Portel, Instituição Particular de Solidariedade Social (IPSS), sem fins lucrativos, sediada na localidade de Portel. É uma instituição que procura responder às necessidades da comunidade, sendo a grande maioria direcionada para as pessoas mais velhas, disponibilizando três valências, comumente designadas de Centro de Dia, Estrutura Residencial para Idosos, Serviço de Apoio Domiciliário e o seu último projeto que incide na criação de duas Unidades de Cuidados Continuados Integrados, ao abrigo do protocolo da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados.

Por abraçarem também esta ideia, agregaram-se à SCM Portel, com base na formalização de um protocolo formal, outras entidades co-promotoras, como sendo a Associação Ser Agora (ASA), o Agrupamento de Escuteiros de Portel, a Associação de Desenvolvimento, Ação Social e Defesa do Ambiente (ADA), o Centro de Saúde de Portel e a Câmara Municipal de Portel (CM de Portel).

A sua implementação dependerá, efetivamente, da aprovação de uma candidatura submetida pela ASA, associação de jovens de Portel, ao Banco Português de Investimento (BPI) ou, através da Fundação Montepio, uma vez que este premeia projetos inovadores que estimulem o voluntariado entre os mais jovens:

“O Prémio Voluntariado Jovem Montepio é uma iniciativa destinada a divulgar o Voluntariado Jovem e as suas atividades, a estimular a apresentação de projetos inovadores ou a apoiar a continuidade de projetos já em curso. Através da política de responsabilidade social corporativa, o Grupo Montepio e os seus mais de 1 100 colaboradores-voluntários desenvolvem e apoiam inúmeros projetos nas áreas de solidariedade e saúde, ambiente, economia social, educação e formação, destinados a promover a melhoria da qualidade de vida de crianças, jovens, pessoas idosas e cidadãos portadores de deficiência.” (Fundação Montepio, 2017)

Quanto aos objetivos, estes dividem-se em gerais e específicos.

"Os gerais descrevem grandes orientações para as acções e são coerentes com as finalidades do projecto, descrevendo as grandes linhas de trabalho a seguir e não são, geralmente, expressos em termos operacionais (...), (...) são globalizantes e geralmente não são datados nem localizados com precisão, (...) formulados em termos de verbos de acção." (Guerra, 2010:163-164) "

O objetivo geral do projeto é prestar o apoio adequado a cuidadores informais de idosos, tanto ao nível da formação para a prestação de cuidados como pelo apoio adequado e disponibilizado pelos voluntários, contribuindo para o bem-estar subjetivo dos cuidadores informais, através de atividades que fortaleçam a sua qualidade de vida, nomeadamente, ao nível psicossocial.

Já os objetivos específicos

"são objectivos que exprimem os resultados que se espera atingir e que detalham os objetivos gerais, funcionando como a sua operacionalização. (...) não indicam direcções a seguir, mas estádios a alcançar (...)." (Guerra, 2010:164)

Por esse motivo, os mesmos vão ser denominados no plano de ação a seguir apresentado.

3.2 Eixos de intervenção

Este projeto assenta em três eixos de intervenção.

Se por um lado promove a criação de um núcleo de voluntariado, com o intuito de promover a melhoria da qualidade de vida em cuidadores informais de idosos, pretende também criar um gabinete de apoio ao cuidador informal, o qual faz parte da rede social do recetor de cuidados e lhe presta de forma regular os cuidados, numa lógica voluntária, logo não remunerada e desprovido de conhecimentos formais nesta matéria.

Como terceira linha de intervenção pretende-se criar um grupo de ajuda mútua com uma intervenção psicoeducativa, designado de "Sorrir em Tertúlia".

Um grupo de ajuda mútua é entendido por Borkman

"como grupos autogeridos, associações voluntárias de pessoas que partilham problemas comuns e que se baseiam no conhecimento da própria experiência, para em conjunto, ou mutuamente, resolverem ou aprenderem a lidar com as preocupações comuns".(Borkman,1976 cit.por Nunes, 2009 p. 2)

Quanto à intervenção psicoeducativa trata-se de uma modalidade de intervenção em grupo, e como tal é dedicada a um conjunto de indivíduos que partilham um mesmo problema. Esta intervenção tem um carácter de curta duração, nomeadamente com 6 a 10

sessões de grupo, as quais são usualmente estruturadas e dinamizadas por um técnico especializado na área da saúde e nas temáticas abordadas (psicólogo, gerontólogo ou enfermeiro). Salienta-se ainda que esta intervenção visa “proporcionar um suporte emocional (criar espaço para expressão e normalização de emoções associadas à problemática e treino de competências de redução do stress, gestão das emoções e resolução dos problemas).” (Unidade de Investigação e Formação sobre Adultos e Idosos, 2017)

3.2.1 Intervenientes do projeto

1. Cuidadores informais de idosos, logo este último terá de ter uma idade igual ou superior a 65 anos, que de forma livre, espontânea e interessada procuram ajuda por sentirem necessidades decorrentes da prestação de cuidados aos idosos de forma regular e contínua, designados por isso como cuidadores principais deste último.
2. Voluntários:
 - Jovens com idades entre os 18 – 30 anos, residentes no Concelho de Portel, que de forma livre, interessada e responsável se proponham a realizar ações de voluntariado no âmbito do referido projeto, sendo acompanhados numa fase inicial por um orientador deste mesmo projeto;
 - Perfil dos voluntários:
 - ✓ Participativo;
 - ✓ Motivado;
 - ✓ Cooperativo;
 - ✓ Atitude Solidária e empática;
 - ✓ Responsável;
 - ✓ Assíduo e pontual;
 - ✓ Disponível;
 - ✓ Tolerante;
 - ✓ Capacidade de escuta ativa e de trabalhar em equipa;
 - ✓ Com uma linguagem cordial e acessível.

É ainda pertinente salientar que a capacidade de ser voluntário é o reflexo de ter um ideal para o bem-fazer, que se espelha numa relação de solidariedade para com o público-alvo, a qual se traduz, essencialmente em:

- Liberdade, igualdade e pluralismo no exercício de uma cidadania ativa;
- Responsabilidade pelas atividades que desenvolve com os cuidadores informais;
- Procurar adotar atitudes positivas e transmitir o seu entusiasmo;
- Participação nas atividades a desenvolver pela instituição promotora na aplicação do Programa de Voluntariado;
- Gratuitidade no exercício da atividade;
- Complementaridade com a atividade dos profissionais, sem os substituir;
- Não esquecer que representa uma instituição e os seus ideais;
- Em caso de dúvida sobre a instituição que representa, solicitar um conselho antes de agir;
- Estabelecer relações positivas com os outros voluntários, valorizando a interação;
- Convergência e harmonização com os interesses dos cuidadores informais e com a cultura e valores da organização promotora.

Identificando-se com este espírito solidário, os indivíduos que pretendam contribuir para a finalidade do projeto, terão que apresentar a sua inscrição presencialmente numa das instituições promotoras ou ainda via-internet através de formulário disponibilizado para o efeito, que consta apenas no site da SCM Portel e na CMP Portel.

3. Outras entidades locais, constituídas como parceiras, as quais se verifiquem necessárias para o bom funcionamento do projeto no terreno.

3.2.2 Atividades a desenvolver

Sendo a divulgação do referido projeto a estratégia fundamental para os interessados integrarem a dinâmica voluntária da mesma, seguindo o procedimento supra apresentado, aos voluntários seria-lhe cedido gratuitamente formação especializada, a qual era, oportunamente, realizada em ciclos, tendo em conta o número de inscrições realizadas, através dos diferentes técnicos, contratualizados nas diversas entidades, que eram cedidos para o efeito.

Nesta formação abordar-se-iam inicialmente os seguintes tópicos:

- Voluntariado: Conceitos e motivações;
- Código ético do voluntário;
- Enquadramento jurídico do voluntariado.

Posteriormente, e caso o voluntário se sentisse devidamente enquadrado no espírito solidário, abordar-se-iam outras temáticas no âmbito da Psicogerontologia, as quais têm o intuito de elucidar os voluntários para os riscos subjacentes da prestação de cuidados nos cuidadores, nomeadamente, ao nível da dimensão psicossocial. De igual forma, perceber o modo como é que eles podem ‘pintar sorrisos’ na rotina cotidiana dos cuidadores informais, fundamentalmente, no grupo dos que percecionaram de forma pior a qualidade das suas vida, tendo em conta que, atualmente, o bem-estar subjetivo é medido através de aspetos abstratos, menos tangíveis, como seja a realização pessoal.

A SCM Portel compromete-se a entregar um certificado de participação que evidencia não apenas a presença na formação, mas também o desenvolvimento da atividade de voluntário.

Contemplando a criação de um gabinete de apoio ao cuidador, este pretende melhorar a qualidade de vida e bem-estar psicossocial dos cuidadores informais de idosos, através da disponibilização de serviços integrados e adequados às suas necessidades particulares, nomeadamente as evidenciadas na entrevista e as quais se refletem ao nível do tempo livre e desgaste físico, e de uma intervenção multidisciplinar, articulada numa rede de proximidade com os serviços e apoios da comunidade.

Por fim, e de igual forma premeia-se a criação também de um grupo de ajuda mútua, com intervenções psicoeducativas, o qual tem o intuito de partilhar experiências, sentimentos, emoções, ideias e opiniões, tentando uma melhor gestão no âmbito de todos estes domínios, potenciando os sentimentos de autocontrolo e autoestima inerentes ao BES. De igual forma, este grupo pretende ainda sensibilizar os cuidadores para a importância do autocuidado, auto-conceito e auto-estima dos cuidadores informais, aspetos igualmente importantes no BES dos mesmos.

3.3 Plano de ação

O plano de ação, tal como o seu nome indica, é um plano que visa a ação, ou seja, é um planeamento de atividades concretas.

De acordo com Guerra,

"O plano de actividades descreve, de forma detalhada e sistemática, o que se pretende fazer, quando se pretende fazer, quem será encarregado das diferentes tarefas e quais os recursos necessários para as concretizar. Estas actividades decorrem da relação entre objectivos, meios e estratégias, pretendendo a concretização dos objectivos gerais." (Guerra, 2010, p.170)

1. Eixo de intervenção: Criação de um núcleo de voluntariado

Quadro 5 - 1º Eixo de intervenção do projeto "Pintar Sorrisos"

Atividade	Objetivos específicos	População – alvo	Data/ Tempo	Recursos		
Criação de um núcleo de voluntariado	- Promover e potenciar a prática do voluntariado baseada numa ótica territorial e de proximidade, confiança e vizinhança, no sentido de fomentar o apoio necessário aos cuidadores informais de idosos dependentes.	Indivíduos entre os 18 e 30 anos que pretendam realizar atividades no âmbito do voluntariado	1 de Julho de 2017 a 1 de Julho de 2018.	Humanos	Matérias Físicas	Logísticos
				Indivíduos interessados, motivados, responsáveis e com espírito de solidariedade.	Sala cedida pela SCM Portel destinada às reuniões do grupo de voluntariado.	Formalização de um protocolo entre a entidade promotora (SCM Portel) e co-promotoras (ASA e Agrupamento de Escuteiros de Portel)
Ações de formação	- Promover ações de formação com módulos direcionados ao espírito voluntário, de forma a capacitar os indivíduos para a atividade voluntária e para o bem-fazer; - Fomentar a aprendizagem de temáticas inseridas no âmbito da Psicogerontologia, nomeadamente, relacionadas com o bem-estar subjetivo dos cuidadores.		A formação será ministrada durante dois dias, com a duração de 14 horas, em três ciclos diferentes (Agosto, Outubro e Dezembro).	-Indivíduos interessados, motivados, responsáveis e com espírito de solidariedade; -Gerontólogo (coordenador do núcleo de voluntariado).		- Mesas; - Cadeiras; - Computador; - Retroprojektor; - Impressora; - Folhas; - Pastas; - Canetas.

Ações de sensibilização	- Promover ações de sensibilização para e com a comunidade e entre os parceiros locais co-promotores do projeto, as quais têm o intuito de fomentar a aprendizagem do espírito do voluntariado.	Aberto à comunidade.	Sessões realizadas mensalmente: Julho, Setembro, Novembro e Dezembro.	Indivíduos interessados, motivados, responsáveis e com espírito de solidariedade.	-Espaços diversificados dos diversos parceiros locais; - Auditório Municipal de Portel.	- Computador; - Retroprojektor; - Fotoshop para a elaboração dos cartazes de divulgação da ação; - Impressora; - Tinteiros; - Cadeiras.
-------------------------	---	----------------------	---	---	--	--

2. Eixo de intervenção: Criação de um gabinete de apoio ao cuidador

Quadro 6- 2º Eixo de intervenção do projeto “Pintar Sorrisos”

Atividade	Objetivos específicos	População – alvo	Data/ Tempo	Recursos		
				Humanos	Matérias Físicas	Logísticos
Criação de um gabinete de apoio ao cuidador	Melhorar a qualidade de vida e bem-estar psicossocial dos cuidadores informais de idosos, através da disponibilização de serviços integrados e adequados às suas necessidades particulares, e de uma intervenção multidisciplinar, articulada numa rede de proximidade com os serviços e apoios da comunidade.	Cuidadores informais de idosos	1 de Julho de 2017 a 1 de Julho de 2018.	Assistente Social; Psicólogo; Enfermeiro; Gerontólogo; Advogado.	Espaço cedido pelo Centro de Saúde de Portel.	- Formalização de um protocolo entre a SCM Portel e o Centro de Saúde de Portel; - Mesas; - Cadeiras; - Retroprojektor; - Pastas; - Canetas.
Estudo diagnóstico dos cuidadores informais existentes no município de Portel	- Aferir o número de cuidadores existentes no município de Portel; - Contribuir e divulgar o diagnóstico junto da comunidade para a integração de novos cuidadores no referido projeto; - Contribuir com o estudo para a Plataforma Supraconcelhia do Alentejo Central.	- Entidades e IPSS’S do Concelho; - Comunidade.	Investigação que decorrerá em Janeiro, Fevereiro e Março de 2017 com previsibilidade de continuação anual, para atualização do estudo.	Assistente Social; Psicólogo; Enfermeiro; Gerontólogo; Advogado.	Sala cedida pela SCM Portel destinada às reuniões entre os vários técnicos cedidos das diversas entidades parceiras, nomeadamente a SCM Portel, ADA e Centro de Saúde.	- Formalização de um protocolo com as diversas entidades parceiras, nomeadamente, a ADA e o Centro de Saúde.

3. Eixo de intervenção: Criar um grupo de ajuda mútua com intervenção psicoeducativa designado de “*Sorrir em Tertúlia*”

Quadro 7- 3º Eixo de intervenção do projeto "Pintar Sorrisos"

Atividade	Objetivos específicos	População - alvo	Data/ Tempo	Recursos		
				Humanos	Matérias Físicas	Logísticos
Criação de um grupo de ajuda mútua com intervenção psicoeducativa	<ul style="list-style-type: none"> - Partilhar experiências, sentimentos, emoções, ideias e opiniões, tentando uma melhor gestão no âmbito de todos estes domínios, potenciando os sentimentos de autocontrolo e autoestima inerentes ao BES; - Sensibilizar os cuidadores para a importância do autocuidado, auto-conceito e auto-estima, aspetos igualmente importantes no bem-estar subjetivo destes. 	Cuidadores informais de idosos	6 meses a contar de Julho, com previsibilidade de continuar.	Cuidadores informais;	Espaço cedido pela Associação Ser Agora, por se considerar um espaço moderno, onde existe um bar e onde o grupo se pode reunir em contexto informal.	A definir.
				Orientador do grupo (Coordenador do Projeto)		

3.3.1 Cronograma

No cronograma são calendarizadas as atividades delineadas, de acordo com os resultados obtidos na investigação, para a proposta do projeto de intervenção “Pintar Sorrisos”, no tempo disponível para a sua execução. No entanto, e porque se trata de uma proposta, o tempo disponível para cada uma delas poderá não estar ajustado à realidade no terreno. De igual forma, no que concerne à atividade que consiste na promoção de ações de formação, as mesmas estão calendarizadas num período mais alargado, tendo em conta que, geralmente, os cronogramas são divididos em meses. (cf. Prodanov e Freitas, 2013, p.139)

Quadro 8- Atividades delineadas para a implementação do projeto "Pintar Sorrisos"

Calendarização das atividades delineadas no projeto “Pintar Sorrisos”	Meses												
	Julho	Agosto	Setembro	Outubro	Novembro	Dezembro	Janeiro/ 2018	Fevereiro	Março	Abril	Maiο	Junho	Julho
Núcleo de voluntariado	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Ações de Formação		X		X		X							
Ações de Sensibilização	X		X		X	X							
Gabinete de Apoio ao Cuidador	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Estudo diagnóstico dos cuidadores informais do município de Portel							X	X	X				
Grupo de ajuda mútua “Sorrir em Tertúlia” com intervenção psicoeducativa	X	X	X	X	X	X							

3.4 Avaliação do projeto de intervenção “Pintar Sorrisos”

O conceito de avaliação - *valere* em latim - remete para a ideia de valor. "A avaliação é pois o facto de atribuir um valor às coisas e às ações." (Robertis, 2011, p. 220) Para Guerra, a

"Avaliação, qualquer que seja a diversidade de entendimento e de métodos de execução, tem sido considerada um conjunto de procedimentos para julgar os méritos de um programa e fornecer uma informação sobre os seus fins, as suas expectativas, os seus resultados previstos e imprevistos, os seus impactos e os seus custos." (Guerra, 2010, p.186)

A autora menciona ainda que a mesma é um processo pelo qual se delimita, se obtém e se fornece as informações consideradas úteis, que permitem apreciar sobre as decisões futuras, sendo também um aviso sobre a eficácia de uma intervenção ou mesmo de um plano que está a ser implementado. (Ibidem)

Face ao explanado, existem vários tipos de avaliação segundo a temporalidade. Contudo, e porque se considera pertinente, tendo em conta que proposta supra apresenta é tida como uma experiência piloto no município de Portel, o projeto “Pintar Sorrisos” é avaliado ao nível processual e final, designados por Guerra (2010, p. 195) como uma avaliação on-going (de acompanhamento) e ex-post (avaliação final).

A avaliação de acompanhamento “visa determinar de forma sistemática se o projecto está a ser executado conforme o previsto.” (Guerra, 2010, p. 196)

Já a avaliação final “é, geralmente, uma avaliação de objetivos ou de resultados que pretende verificar os efeitos do projeto no fenómeno social com que se pretendia lidar.” (Ibidem) Assim sendo, este tipo de avaliação de objetivos ou resultados, consiste em aferir de que forma é que o projeto produziu as mudanças pensadas e desejadas *à priori* e os resultados não esperados, tanto benéficos como perversos. (Idem, p.197).

Nesta linha de pensamento, o sucesso deste processo avaliativo vai depender da capacidade de se encontrar os indicadores que meçam este processo e os seus resultados.

Com efeito, os indicadores que vão verificar o sucesso da proposta de investigação delineada são:

1. Adequação - "(...) adequa-se ao contexto do problema e da situação sobre o qual se pretende intervir (...)" (Guerra, 2010, p.198), ou seja, tenta compreender se o projeto foi coerente na sua construção interna.
2. Eficácia - "Em que medida os objectivos foram atingidos e as acções previstas foram realizadas (...)" (Ibidem) Neste indicador existe a necessidade de verificar o seguinte:
 - Se as necessidades foram satisfeitas;
 - Se os meios utilizados foram adequados, pertinentes e suficientes;
 - E se os benefícios esperados foram alcançados.
3. Eficiência - "Os resultados confrontados com os recursos utilizados correspondem ao seu emprego mais económico e satisfatório?" (Idem, p.199)

Conclusão

A presente investigação teve como principal objetivo a compreensão das vivências subjetivas do cuidador informal de idosos dependentes, com o apoio pontual de uma resposta social como o SAD, mais concretamente teve o intuito de perceber o verdadeiro impacto da prestação de cuidados no BES dos cuidadores informais do município de Portel, nomeadamente, no contexto da organização familiar contemporânea.

Considerou-se pertinente realizar esta investigação na área da Psicogerontologia Comunitária, a qual foi desenvolvida através de uma metodologia quanti-qualitativa, na medida em que se desconhece a existência de um estudo deste âmbito, na localidade em questão, facto corroborado por Carvalho, o qual afirma

“Em relação a estudos sobre aspectos positivos da experiência de cuidar em meios menos desenvolvidos, meios rurais, não temos conhecimento de nenhum. Estudos nestes meios podem tornar-se relevantes, uma vez os cuidados estão centrados, sobretudo, na família.” (Carvalho, 2009 cit.por Cunha, 2011, p.13)

Face ao explanado, e apesar de estar "Está inequivocamente documentado que cuidar de um idoso pode ser uma actividade desgastante, com consequências na saúde e qualidade de vida do cuidador (...)" (Lage, 2005, p.211), sendo esta razão pela qual a maioria da literatura científica sobre a tarefa de cuidar de idosos, por todos estes aspetos, evidencia sempre os impactos negativos, remetendo o predomínio da sobrecarga do cuidador como o foco de atenção, ficando a abordagem muito aquém da realidade (cf. Figueiredo, 2007, p.129).

No entanto, e sem desvalorizar esta questão, a presente investigação veio comprovar, precisamente, o oposto.

Assim sendo, e seguindo a linha de pensamento de Nolan e Riedel, pode afirmar-se que a investigação realizada vem corroborar o que os estudos mais recentes têm vindo a sugerir, os quais indicam que “ (...) as satisfações derivadas do cuidar predominam, podendo ter várias origens e co-existindo a par com as dificuldades.” (Nolan *et al.*, 1996 e 1998; Riedel *et al.*, 1998 cit.por Figueiredo, 2007, p.129-130).

Posto isto, a maioria dos cuidadores manifestaram um impacto psicossocial positivo da prestação de cuidados no bem-estar subjetivo dos cuidadores informais, no contexto da organização familiar contemporânea, tanto nos instrumentos de âmbito qualitativo como quantitativo.

Especificamente, quanto ao estudo qualitativo, seis dos cuidadores manifestaram a prestação de cuidados como tendo um impacto positivo ao nível psicossocial.

Respeitante ao estudo quantitativo, o qual se refere às escalas aplicadas para avaliar o BES, considera-se que os cuidadores apresentaram no geral resultados satisfatórios, o que vem corroborar a perspetiva positiva da realização da prestação de cuidados ao idoso no bem-estar subjetivo dos cuidadores informais.

No entanto, sem propósito, a amostra não intencional por conveniência foi constituída em última instância por dez unidades amostrais, e os quais se divididos em dois grupos apresentam características diferentes: cinco são cuidadores com idade igual ou superior a 65 anos e os outros cinco tratavam-se de cuidadores em idade ativa. Neste sentido, e aproveitando as características referidas anteriormente, na análise dos instrumentos remeteu-se uma comparação entre os grupos.

Nesta linha de pensamento, e no que se refere à entrevista semiestruturada, o grupo dos ‘reformados’ foi aquele que obteve mais participantes a percecionarem um impacto psicossocial positivo ao nível da prestação de cuidados a idosos.

Por sua vez, estes resultados vêm corroborar os obtidos nas escalas SWLS e PANAS VRP, onde, efetivamente, também foram os idosos que percecionaram de forma melhor a qualidade das suas vidas (SWLS), verificando-se os mesmos resultados ao nível da PANAS VRP (Afeto Positivo). Já no Afeto Negativo os participantes ainda em idade ativa, são os que, efetivamente, apresentaram melhores resultados, salvaguardando, que apesar dos valores obtidos parecerem contraditórios à abordagem até então, existe uma razão substancial para os resultados nesta dimensão: o score obtido pelo participante EB, veio influenciar, conseqüentemente, os resultados ao nível geral, uma vez que o grupo dos idosos obteve através da soma total 52 pontos e o grupo dos ativos profissionalmente obteve 44 pontos.

Considerando os resultados obtidos, os mesmos podem ser justificados pelo facto de aos cuidadores informais ativos profissionalmente, nomeadamente, onde a predominância recai no género feminino, estar associado uma multiplicidade de tarefas que lhe estão incumbidas na sua rotina cotidiana.

Concomitante a esta situação, outro facto que pode influenciar estes resultados no grupo em análise, é o facto da organização familiar contemporânea, tendo em conta que, atualmente, "falar ou escrever sobre a regulação da família é, cada vez mais, uma

matéria complexa, porque se torna difícil definir o que seja a própria família." (Pedroso e Branco, 2008, p.53). Neste sentido, e atualmente,

" (...) deixou-se de falar em família, mas em famílias dada a existência de diversas configurações familiares. A família contemporânea passou a conviver com uma pluralidade de outros padrões de casamentos e famílias" (Wirth, 2013, p.1)

Estas modificações na estrutura familiar e os novos arranjos podem também contribuir ou desfavorecer a prestação de cuidados, mas sobretudo quem a realiza, nomeadamente, os cuidadores, sejam eles informais ou formais. Foi, sobretudo, nesta linha de pensamento que a presente investigação seguiu o fio condutor.

Constatou-se, que, apesar do modelo predominante na investigação ser considerado o modelo nuclear, tendo em conta que sete dos participantes afirmaram que no total residiam com mais uma pessoa, fundamentalmente, o cônjuge, atualmente, este modelo nem sempre se realiza de acordo com os traços de simetria e de democracia ao modelo associado: nesta investigação este modelo familiar encontra-se demarcado pelo ninho vazio deixado pelos filhos aquando a formação da sua própria estrutura familiar. Por estas razões, o mesmo já não é considerado um ponto de referência para muitos indivíduos, nomeadamente em algumas fases da vida. (cf. Pedroso e Branco, 2008, p.55)

Ainda assim, verificou-se também outras formas de arranjos familiares. Arranjos estes que estão subjacentes, mormente, à estrutura familiar dos cuidadores, que se encontram incluídos no grupo dos que se encontram ativos profissionalmente: família monoparental, alargada e recomposta.

Desta forma, e porque este é, maioritariamente, constituído pelo género feminino, conclui-se que as novas formas de organização familiar, influenciam negativamente a avaliação global que os indivíduos realizam sobre a sua vida, tendo em conta que percecionaram de forma pior a qualidade das suas vidas, o que consequentemente veio desfavorecer os resultados obtidos no BES, tal como já referido, tendo em conta que à mulher estão incumbidas uma multiplicidade de tarefas, além da vida doméstica. Esta tarefa agregada ao cuidar dos filhos eram assim as características inerentes ao modelo nuclear que imperava na sociedade até finais do séc. XX, período que os "os ideais de democratização da família lograram libertar a mulher do estatuto desigual em que o modelo anterior a confinava, para lhe dar um estatuto de igualdade perante a sociedade e a lei." (Pedroso e Branco, 2008, p.54).

Porém, e aferidos os resultados, considerou-se pertinente realizar uma proposta de um projeto de intervenção que assenta em três níveis de intervenção: a criação de um núcleo de voluntariado inexistente para o público-alvo aqui retratado, criação de um gabinete de apoio ao cuidador informal e por fim, mas não menos importante, a criação de um grupo de ajuda mútua com intervenção psicoeducativa.

Este projeto, intitulado de “Pintar Sorrisos”, título que se associa ao seu grande objetivo, é considerado como uma experiência piloto no município de Portel, o qual tem o intuito de prestar o apoio adequado a cuidadores informais de idosos, tanto ao nível da formação para a prestação de cuidados, como pelo apoio adequado e disponibilizado pelos voluntários e técnicos especializados nesta matéria, contribuindo para o bem-estar subjetivo dos cuidadores informais, através de atividades que fortaleçam a sua qualidade de vida, nomeadamente, ao nível psicossocial.

Por fim, salienta-se que esta amostra apesar de ser representativa para a valência de SAD da SCM Portel, uma vez que contemplou, inicialmente, todos os cuidadores dos utentes que usufruíam dessa resposta, e dos resultados obtidos serem úteis e relevantes para essa mesma Instituição, a amostra reduzida e não representativa da população geral de Portugal, conduz a uma limitação da sua aplicação, não podendo ser extrapolada para o universo geral. Ainda assim, esta limitação já estava contemplada, constituindo-se como um característica inerente à metodologia qualitativa, a qual não se preocupa com representatividade numérica, mas sim com o aprofundamento da compreensão de um grupo social, como é o caso concreto dos cuidadores informais na prestação de cuidados a idosos. (cf. Silveira e Córdova, 2009:33; Prodanov e Freitas, 2013:115).

Neste sentido, uma das metodologias de procedimento que poderia ser melhorada tem a ver exatamente com esta questão, ou seja, a dimensão e a proveniência da amostra, pois só alterando estas duas condicionantes é, que, efetivamente, seria possível contornar a questão da representativa da investigação. Por outro lado, e porque se utilizou a amostragem não aleatória por conveniência, as unidades amostrais se divididas em termos de género não estavam equiparadas, o que consequentemente desfavoreceu a análise, pelo que sugere que num próximo estudo se efetue uma análise menos descritiva e mais relacional entre as seguintes variáveis: género, idade, escolaridade e saúde.

Outros dos aspetos a considerar e por se ter constituído como um critério de participação, foi o facto de aquando a exploração sobre a possibilidade de realização da investigação na SCM Portel terem mencionado que, efetivamente, todos os idosos cumpriam os requisitos de integração no estudo, o que, posteriormente, se veio a constatar que alguns deles não cumpriam os critérios nomeados, nomeadamente ao nível dos seguintes indicadores: idade e dependência (neste último indicador não é realizada uma avaliação que mensure o grau de dependência inerente à condição clínica dos idosos). Ainda sobre esta situação, verificou-se, aquando a aplicação dos instrumentos, que apenas um tinha dependência elevada nas AVD'S e AIVD'S, o que poderá ter influenciado beneficemente os resultados.

De igual forma, um dos instrumentos utilizados, nomeadamente, a PANAS-VRP, a qual teve o intuito de avaliar o construto BES, através da associação da escala SWLS, não tem literatura científica suficiente disponível e a que existe torna-se confusa e incoerente, uma vez que os artigos de adaptação e validação para a população Portuguesa, tal como o artigo onde consta um estudo da redução da escala original (PANAS) para a versão reduzida utilizada, designada de PANAS-VRP, não permitiu uma análise consistente na avaliação deste construto. Contudo, e de forma a contornar esta limitação foi solicitado ajuda via e-mail ao autor do instrumento, não obtendo qualquer resposta ao mesmo.

Houve também limitações no que respeita ao pedido de autorização da escala SLWS, onde não se encontrou o correio eletrónico do autor, de forma a solicitar o uso da referida escala. Apesar das solicitações de autorização enviadas, nomeadamente, ao nível da PANAS-VRP e Índice de Katz, apenas o autor da última escala mencionada enviou parecer, como se pode verificar no apêndice 5.

Em suma, considera-se que o tema não sendo inovador, é pertinente no contexto em questão, apresentando-se desta forma, de uma forma muito subjetiva e igualmente oportuna para os cuidadores informais, profissionais e respetivas instituições.

Referências

- Andrade, A. e Martins, R. (2011). Funcionalidade Familiar e Qualidade de Vida dos idosos. *Revista Millenium*, 40, 185-199 in <http://www.ipv.pt>;
- Andrade, F. (2009). *O cuidado informal à Pessoa Idosa Dependente em Contexto Domiciliário: Necessidades Educativas do Cuidador Principal* (Dissertação de Mestrado). Universidade do Minho in <https://repositorium.sdum.uminho.pt>;
- André, S., Cunha, M. *et al.* (2010). Família enquanto entidade cuidadora... . *Revista Millenium*, 39, 131-134 in <http://www.ipv.pt>;
- Araújo, B. (2007). *O Impacto que o Idoso Dependente tem na Família* (Monografia de licenciatura). Universidade Fernando Pessoa, Ponte de Lima in <http://bdigital.ufp.pt> acedido a 21 de Março de 2015;
- Araújo, I., Paúl, C. *et al.* (2010). Cuidar no paradigma da desinstitucionalização: A sustentabilidade do idoso dependente na família. *Revista de Enfermagem Referência*, 3 (2), 45-53 in <http://www.scielo.mec.pt>;
- Baptista, M., Norona, A., *et al.* (2010). Relações entre suporte familiar e interesses profissionais. *Revista Salud & Sociedad*, 1 (1), 28- 40 in http://www.google.pt/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=1&ved=0CCQQFjAA&url=http%3A%2F%2Fdialnet.unirioja.es%2Fdescarga%2Farticulo%2F4016377.pdf&ei=5IL5VOqpDIP1UumCgLAJ&usg=AFQjCNGtCZXOdxYao_DgWNdlSj9IZY7bMQ&sig2=bKaVnTHI9YLvUnFAwuyPwA;
- Brademeier, S., Wolff, S. (2011). Autonomia na velhice: Concepções de idosos participantes de um programa de ação social. *Estudos interdisciplinares sobre o envelhecimento*, 16, 371-384 in <http://www.seer.ufrgs.br>;
- Bonardi, G., Souza, V. *et al.* (2007). Incapacidade funcional e idosos: um desafio para os profissionais de saúde. *Scientia Medica* 17 (3), 138-144 in <http://www.observatorionacionaldoidoso.fiocruz.br>;
- Borsa, J. e Feil, C. (2008). O papel da mulher no contexto familiar: Uma breve reflexão. *O Portal dos Psicólogos* in <http://www.psicologia.pt>;

- Boni, V. e Quaresma, J. (2005). Aprendendo a entrevistar: como fazer entrevistas em Ciências Sociais. *Revista Eletrônica dos Pós-Graduandos em Sociologia Política da UFSC*, 2 (1), 68-80 in <https://periodicos.ufsc.br/index.php/emtese/article/view/18027/16976>;
- Caldas, C. (2003). Envelhecimento com dependência: responsabilidades e demandas da família. *Cadernos de Saúde Pública*, 19 (3), 773-781 in <http://www.scielo.org>;
- Cancela, D. (2007). O processo de envelhecimento. *O Portal dos Psicólogos* in <http://www.psicologia.pt>;
- Carvalho, A., Inoue, A. *et al.* (s/d). *Saúde* in <http://portal.mec.gov.br/seb/arquivos/pdf/livro092.pdf>;
- Costa, E., Nakatani, A. *et al.* (2006). Capacidade de idosos da comunidade para desenvolver Atividades de Vida Diária e Atividades Instrumentais de Vida Diária. *Acta Paulista de Enfermagem* 19 (1), 43-48 in <http://www.scielo.br>;
- Costa, S. e Castro, E. (2014). Autocuidado do cuidador familiar de adultos ou idosos dependentes após a alta hospitalar. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 67 (6), 979-986 in <http://www.scielo.br>;
- Chaves, M. (2015). *Bem-Estar Subjetivo e Percepção de Suporte Familiar em Idosos Institucionalizados* (Dissertação de Mestrado). Universidade de Évora in <https://dspace.uevora.pt/rdpc/bitstream/10174/14539/1/Bem-estar%20subjetivo%20e%20perce%C3%A7%C3%A3o%20de%20suporte%20familiar%20em%20idosos%20institucionalizados.pdf>;
- Cunha, M. (2011). *Impacto Positivo do Acto de Cuidar no Cuidador Informal do Idoso: Um estudo exploratório nos domicílios do concelho de Gouveia* (Dissertação de Mestrado). Universidade de Lisboa in http://repositorio.ul.pt/bitstream/10451/4334/1/ulfpie039519_tm.pdf;
- Dalfovo, M., Lana, R. *et al.* (2008). Métodos Quantitativos e Qualitativos: Um Resgate Teórico. *Revista Interdisciplinar Científica Aplicada*, Vol. II, nº4, 1-13 ISSN 1980-7031 in <http://rica.unibes.com.br/index.php/rica/article/viewArticle/243>;

- Decreto-Lei nº101/2006 de 6 de Junho. Diário da República nº109/2006 - I Série A in http://www.acss.min-saude.pt/wp-content/uploads/2016/10/Decreto-Lei_101_2006-1.pdf;
- Dias, M. (2011). Um olhar sobre a família na perspetiva sistémica. O Processo de Comunicação no Sistema Familiar. *Revista Gestão e Desenvolvimento*, 19, 139-156 in <http://repositorio.ucp.pt>;
- Duca, G., Silva, M. *et al.*, (2009). Incapacidade funcional para atividades básicas e instrumentais da vida diária em idosos. *Revista Saúde Pública* 43 (5), 796-805 in <http://www.scielo.br/pdf/rsp/v43n5/653.pdf>;
- Evangelista, D. (2013). *Promoção da Saúde em Idosos: Projeto de Intervenção na Demência* (Dissertação de Mestrado). Escola Superior da Tecnologia da Saúde de Coimbra in http://biblioteca.esec.pt/cdi/ebooks/MESTRADOS_ESEC/DIANA_EVANGELIS TA.pdf;
- Falcão, D. e Maluschke, J. (2009). Cuidar de familiares idosos com a doença de Alzheimer: Uma reflexão sobre aspectos psicossociais. *Revista Psicologia em Estudo*, 14 (4), 777-786 in <http://www.scielo.br>;
- Fernandes, H. (2007). *Solidão em idosos do meio rural do Concelho de Bragança* (Dissertação de Mestrado). Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação, Porto in <https://bibliotecadigital.ipb.pt>;
- Fernandes, P. (s/d). O idoso e a assistência familiar: uma abordagem da família cuidadora economicamente dependente do idoso in <http://www.castelobranco.br/sistema/novo enfoque/files/07/14.pdf>;
- Ferreira J.M e Campos, P. (s/d). XI O inquérito Estatístico. Uma introdução à elaboração de questionários, amostragem, organização e apresentação dos resultados in <http://homepage.ufp.pt/cmanso/ALEA/Dossier11.pdf>;

- Ferreira, M. (2012). *Ser cuidador: um estudo sobre a satisfação do cuidador formal de idosos* (Dissertação de Mestrado). Escola Superior de Educação de Bragança in [https://bibliotecadigital.ipb.pt](https://bibliotecadigital.ipb.pt;);
- Ferreira, O., Maciel, S. *et al.* (2012) Envelhecimento ativo e sua relação com a independência funcional. *Texto contexto Enfermagem*, 21 (3), 513-518 in <http://www.scielo.br>;
- Figueiredo, D. (2007). *Cuidados Familiares ao Idoso Dependente*. Lisboa: Climepsi Editores. ISBN 978-972-976-276-1;
- Floriano, L., Azevedo, R., *et al* (2012). Cuidado realizado pelo cuidador familiar ao idoso dependente, em domicílio, no contexto da estratégia de saúde da família. *Revista Texto & Contexto Enfermagem*, 21 (3), 543-548 in <http://www.scielo.br>;
- Freitas, P. (2011). *Solidão em idosos. Percepção em função da rede social*. II Ciclo em Gerontologia Social Aplicada, Universidade Católica Portuguesa, Centro Regional de Braga - Faculdade de Ciências Sociais in <http://repositorio.ucp.pt>;
- Fundação Montepio. (2017). *Prémio Voluntariado Jovem: Reconhecer, promover e divulgar o voluntariado* in <https://www.montepio.org/institucional/fundacao-montepio/premio-voluntariado-jovem/>;
- Galinha, I., Pereira, C., *et al.* (2014). Versão reduzida da escola portuguesa de afeto positivo e afeto negativo - PANAS-VRP: Análise fatorial confirmatória e invariância temporal. *Revista da Associação Portuguesa de Psicologia*, 28 (1), 53-65. ISSN 2183-2471 in <http://www.scielo.mec.pt/pdf/psi/v28n1/v28n1a05.pdf>;
- Galinha, I. e Ribeiro, P.J.R (2005). História e Evolução do Conceito de Bem-Estar Subjetivo. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 6 (2), 2013-214 in <http://www.scielo.mec.pt/pdf/psd/v6n2/v6n2a08.pdf>;
- Guerra, Isabel (2010). *Fundamentos e Processos de Uma Sociologia de Acção - O planeamento em Ciências Sociais*. Cascais: Princípia. ISBN 972-8500-85-8;

- Guerra, J. (2009). *Proposta para a Criação do Núcleo de Estudos sobre Gestão da Doença Crónica da SPMI*. Sociedade Portuguesa de Medicina Interna in <http://www.spmi.pt>;
- Gonçalves, L., Costa, M. *et al.* (2011). A dinâmica da família de idosos mais idosos no contexto de Porto, Portugal. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 19 (3), 1-9 in <http://www.scielo.br>;
- Gonçalves, L. (2002). *Cuidadores primários familiares dos idosos atendidos na clínica escola de fisioterapia da Universidade do Vale do Itajaí -Univali* (Dissertação de Mestrado). Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis in <https://repositorio.ufsc.br>;
- Hill, M. e Hill, A. (2012). *Investigação por Questionário*. Lisboa: Edições Sílabo. ISBN 978-972-618-273-3;
- Inouye, K., Barham, E. *et al.* (2010). Percepções de Suporte Familiar e Qualidade de Vida entre Idosos Segundo a Vulnerabilidade Social. *Revista Psicologia: Reflexão e Crítica*, 23 (3), 582-592 in <http://www.scielo.br>;
- Instituto Nacional de Estatística. (2013). *Famílias nos Censos 2011: Diversidade e Mudança* in http://repositorio.ul.pt/bitstream/10451/23625/1/ICS_SAtalaia_VCunha_KWall_SMarinho_VRamos_Como_ASITEN.pdf;
- Jede, M. e Spuldaro, M. (2009). Cuidado do idoso dependente no contexto familiar: uma revisão de literatura. *Revista Brasileira de Ciências do Envelhecimento Humano*, 6 (3), 413-421 in <http://www.upf.br>;
- Karsch, U. (2003). Idosos dependentes: famílias e cuidadores. *Cadernos de Saúde Pública*, 19 (3), 861-866 in <http://www.scielo.br>;
- Lage, I. (2005). Cuidados Familiares a Idosos. In Constança Paúl e António Fonseca (Coordenadores), *Envelhecer em Portugal. Psicologia, Saúde e Prestação de Cuidados*, 203-229. Lisboa: Climepsi Editores. ISBN 972-796-185-1;

- Laginha, M. (2015). *Otimismo, Carreira e Bem-Estar Subjetivo em Estudantes de Ensino Superior* (Dissertação de Mestrado). Faculdade de Ciências Sociais e Humanas da Universidade do Algarve in <https://sapientia.ualg.pt/bitstream/10400.1/8443/1/Tese%20-%20final.pdf>;
- Leite, M., Battisti, I. *et al.* (2008). Idosos Residentes no Meio Urbano e a sua Rede de Suporte Familiar e Social. *Revista Texto & Contexto Enfermagem*, 17 (2), 250-257 in <http://www.scielo.br>;
- Lobo, C. (2005). Famílias recompostas. Revisitar a produção americana. *Revista Sociologia, Problemas e Práticas*, 48, 91-114 in <http://www.scielo.oces.mctes.pt>;
- Lopes, L. e Cachioni, M. (2013). Impacto de uma Intervenção Psicoeducacional sobre o Bem-Estar Subjetivo de Cuidadores de Idosos com Doença de Alzheimer. *Temas em Psicologia*, 21 (1), 165-181 in <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/tp/v21n1/v21n1a12.pdf>;
- Lopes, M., e Ribeiro, A. *et al* (2012) Serviço Social e Qualidade em Contexto Hospitalar. In Maria Irene de Carvalho (Coordenadora), *Serviço Social na Saúde* (25-53). Lisboa: Pactor, ISBN 978-989-693-022-6;
- Loureiro, N. (2009). *A sobrecarga física, emocional e social dos cuidadores informais de idosos com demência* (Dissertação de Mestrado). Faculdade de Ciências Humanas e Sociais da Universidade Fernando Pessoa, Porto in <http://bdigital.ufp.pt>;
- Machado, B. (2009). *O cuidar do idoso no contexto familiar* (Dissertação de licenciatura ou título de bacharel). Departamento de Serviço Social da Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis in <http://tcc.bu.ufsc.br/Ssocial284683.pdf>;
- Marconi, M. e Lakatos, E. (2003). *Fundamentos de Metodologia Científica* (5ªed.). São Paulo: Editora Atlas. ISBN 85-224-3397-6;
- Martins, M. (2005). A promoção da Saúde: percursos e paradigma. *Revista de saúde Amato Lusitano*. IX (22) (4º trimestre 2005), 42-46. ISBN 0873-5441. A. in <http://repositorio.ipcb.pt/handle/10400.11/93>;

- Mazza, M. e Lefèvre, F. (2004). A instituição asilar segundo o cuidador familiar do idoso. *Revista Saúde e Sociedade*, 13 (3), 68-77 in <http://www.scielo.br/pdf>;
- Mazza, M. e Lefèvre, F. (2005). Cuidar em família: Análise da representação social da relação do cuidador familiar com o idoso. *Revista Brasileira de Crescimento e Desenvolvimento Humano*, 15 (1), 1-10 in <http://pepsic.bvsalud.org>;
- Mesquita, Z. (2013). *Institucionalização, Satisfação e Qualidade de Vida do Idoso* (Dissertação de mestrado). Universidade do Algarve in <https://sapientia.ualg.pt/bitstream/10400.1/3512/1/Disserta%C3%A7%C3%A3o%20Mestrado%20Zara%20Mesquita.pdf>;
- Moraes, E., Moraes, F. et al., (2010). Características biológicas e psicológicas do envelhecimento. *Revista Médica de Minas Gerais*, 20 (1), 67-73 in <http://www.observatorionacionaldoidoso.fiocruz.br>;
- Moraes, R. (1999). Análise de Conteúdo. *Revista Educação*, 22 (37) p. 7-32 in http://cliente.argo.com.br/~mgos/analise_de_conteudo_moraes.html;
- Moreira, M. e Caldas, C. (2007). A importância do cuidador no contexto da saúde do idoso. *Escola Anna Nery Revista de Enfermagem*, 11 (3), 520-525 in <http://www.scielo.br>;
- Nardi, E., Santos, L. et al. (2012). Dificuldades dos cuidadores familiares no cuidar de um idoso dependente no domicílio. *Revista Ciência, Cuidado e Saúde*, 11 (1), 98-115 in <http://www.periodicos.uem.br>;
- Nogueira, S., Ribeiro, R. et al. (2010). Fatores Determinantes da capacidade funcional em idosos longevos. *Revista Brasileira de Fisioterapia*, 14 (4), 322-329 in <http://www.scielo.br>;
- Nunes, A. (2009). *Promovendo a Ajuda Mútua em Saúde Mental* (Dissertação de Licenciatura). Escola Superior de Saúde, Beja;
- Nunes, L. (2009). *Promoção do Bem-Estar Subjectivo dos Idosos através da Intergeracionalidade* (Dissertação de Mestrado). Universidade de Coimbra in

<https://estudogeral.sib.uc.pt/bitstream/10316/11787/1/Tese%20Lisa%20Nunes.pdf>;

- Observatório ACP das Migrações (2012). *Famílias transnacionais e o impacto em termos sociais e de género da mobilidade nos países ACP* in <http://www.acpmigration-obs.org>;
- Oliveira, A. (2009). *Cuidados informais ao idoso dependente: motivos e gratificações* (Dissertação de Mestrado). Universidade de Aveiro in <http://ria.ua.pt> acedido a 21 de Março de 2015;
- Oliveira, D. e Elboux, M. (2012). Estudos nacionais sobre cuidadores familiares de idosos: revisão integrativa. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 65 (5), 829-838 in <http://www.scielo.br>;
- Oliveira, N. (2009). Família Contemporânea. In Nayara Hakime Dutra Oliveira, *Recomeçar: família, filhos e desafios*, 64-107. São Paulo: Editora Unesp. ISBN 978-85-7983-036-5 in <http://books.scielo.org>;
- Orso, Z. (2008). *Perfil do cuidador informal de idosos dependentes do Município de Veranópolis* (Dissertação de Mestrado). Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, Porto Alegre in <http://tede.pucrs.br>;
- Paúl, C. (2005). A construção de um modelo de envelhecimento humano. In Constança Paúl e António Fonseca (Coordenadores), *Envelhecer em Portugal. Psicologia, Saúde e Prestação de Cuidados*. (1ª edição), 21-41. Lisboa: Climepsi Editores. ISBN 972-796-185-1;
- Paúl, C., Fonseca, A. *et al.* (2005). Satisfação e qualidade de vida em idosos Portugueses. In Constança Paúl e António Fonseca (Coordenadores), *Envelhecer em Portugal. Psicologia, Saúde e Prestação de Cuidados*. (1ª edição), 75-95. Lisboa: Climepsi Editores. ISBN 972-796-185-1;
- Pavarini, S., Mendiando, M. *et al.* (2005). A Arte de cuidar do idoso: Gerontologia como profissão?. *Texto Contexto Enfermagem*, 14, (3), 398-402 in <http://www.cuidardeidosos.com.br>;

- Pedro. M., Espírito-Santo, P., *et al.* (2012). Cuidados para a população idosa: Responsabilidade partilhada. *Revista Gestão & Conhecimento*, 1-18 in <http://www.pucpcaldas.br>;
- Pedroso, J. e Branco, P. (2008). Mudam-se os tempos, muda-se a família. As mutações do acesso ao direito e à justiça de família e das crianças em Portugal. *Revista Crítica de Ciências Sociais*, 82, 53-83 in <http://www.ces.uc.pt>;
- Peixoto, M. e Martins, T. (2012). Adaptação do perfil de resiliência familiar à população portuguesa. *Revista Psicologia, Saúde & Doenças*, 13 (2), 372-388 in <http://www.scielo.mec.pt>;
- Pereira, M. (2008). *Bem-Estar Subjetivo e Percepção da Saúde* (Dissertação de Mestrado). Instituto Superior de Psicologia Aplicada, Lisboa in <http://repositorio.ispa.pt/handle/10400.12/4134>;
- Perlini, N., Leite, M. *et al* (2007). Em busca de uma instituição para a pessoa idosa morar: motivos apontados por familiares. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 41 (2), 229-236 in <http://www.scielo.br>;
- Pimentel, Luísa (2013). *Filho és, Pai serás, Cuidar de pessoas idosas em contexto familiar*. Lisboa: Coisas de Ler. ISBN 978-989-8218-94-0;
- Pimentel, Luísa (2008). Entre o dever e os afectos: os dilemas de cuidar de pessoas idosas em contexto familiar. *VI Congresso Português de Sociologia - Mundos sociais: saberes e práticas*. Faculdade de Ciências Sociais e Humanas, Universidade Nova de Lisboa in <http://www.aps.pt>;
- Pordata (2013). *Retrato de Portugal Pordata, Indicadores 2011*. Portugal: Fundação Francisco Manuel dos Santos in <http://www.pordata.pt>;
- Pordata (2017). *Base de Dados Portugal Contemporâneo* in <http://www.pordata.pt>;
- Portugal. Ministério do Trabalho e da Solidariedade Social (2009). *A dependência: o apoio informal, a rede de serviços e equipamentos e os cuidados continuados integrados*. Lisboa: Ministério da Educação. ISBN: 978-972-704-348-4 in <http://www.cartasocial.pt>;

- Prodanov, C. e Freitas, E. C. (2013). *Metodologia do Trabalho Científico: Métodos e Técnicas da Pesquisa e do Trabalho Académico*, Rio Grande do Sul – Brasil: Universidade Feevale;
- Quivy, R. e C. L. V. (s/d). *Manual de Investigação em Ciências Sociais* in <http://www.fep.up.pt/docentes/joao/material/manualinvestig.pdf>;
- Ramos, P. (2012). *Dificuldades e Necessidades de Cuidadores Informais de Idosos Dependentes da Beira Interior* (Dissertação de Mestrado). Universidade da Beira Interior, Faculdade Ciências da Saúde, Covilhã in <http://ubithesis.ubi.pt>;
- Reis, L., Torres, G. *et al.* (2011). Percepção do suporte familiar em idosos de baixa renda e fatores associados. *Revista Texto & Contexto Enfermagem*, 20, 52-58 in <http://www.scielo.br>;
- Ribeiro, O. e Pinto, C. (2014). Caracterização da pessoa dependente no autocuidado: um estudo de base populacional num concelho do norte de Portugal. *Revista Portuguesa de Saúde Pública* 32 (1), 27-36 in <http://www.scielo.gpeari.mctes.pt>;
- Robertis, Cristina (2011). *Metodologia da Intervenção em Trabalho Social*, Porto: Porto Editora;
- Rodrigues, R., Marques, S. *et al.* (2013). Transição do cuidado com o idoso após acidente vascular cerebral do hospital para casa. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 21, 1-9 in <http://www.scielo.br>;
- Rocha, S. e Lima, I. (2012). A pessoa idosa e o contexto familiar: uma abordagem sociojurídica. *Congresso Internacional Interdisciplinar em Sociais e Humanidades*. ISSN 2316-266X in <http://www.aninter.com.br/>;
- Rocha, V. (2009). *O Impacto dos cuidados informais: uma perspetiva diferente* (Dissertação de mestrado). Universidade Fernando Pessoa, Porto in <http://bdigital.ufp.pt/>;
- Roldão, L. (2014). *Espiritualidade e Bem-Estar Subjetivo em Familiares Cuidadores de Idosos com Dependência Física* (Dissertação de Mestrado). Universidade Católica Portuguesa, Lisboa in

<http://repositorio.ucp.pt/bitstream/10400.14/18058/1/ESPIRITUALIDADE%20E%20BES%20EM%20FAMILIARES%20CUIDADORES-%20final.pdf>;

Sarmiento, E., Pinto, P. *et al.* (2010). *Dificuldades sentidas pelos familiares em cuidar do idoso dependente no domicílio: mecanismos de adaptação*. Coimbra: Formasau. ISBN 978-989-8269-14-0;

Santana, V., Oliveira, D. *et al.* (2013). Novos arranjos familiares: uma breve análise. Revista Digital *EFDeportes.com*, 177 in <http://www.efdeportes.com>;

Santos, S. (2010). Concepções teórico-filosóficas sobre envelhecimento, velhice, idoso e enfermagem gerontogeriatrica. *Revista Brasileira de Enfermagem REBEn*, 63 (6), 1035-1039 in <http://www.scielo.br>;

Scarpellini, M. e Carlos, V. (2011). Monoparentalidade Feminina e Vulnerabilidade Social: a realidade de mulheres chefes de família no município de Apucarana. *Anais II Simpósio Gênero e Políticas Públicas*. Universidade Estadual de Londrina, Brasil. ISSN2177-8248 in <http://www.uel.br>;

Scheneider, R. e Irigaray, T. (2008). O envelhecimento na atualidade: aspectos cronológicos, biológicos, psicológicos e sociais. *Estudos de Psicologia*, 25 (4), 585-593 in <http://www.scielo.br/pdf>;

Sebastião, C. e Albuquerque, C. (2011). Envelhecimento e dependência. Estudo sobre os impactes da dependência de um membro idoso na família e no cuidado principal. *Revista Kairós Gerontologia*, 14 (4), 25-49 in <https://revistas.pucsp.br/index.php/kairos/article/view/10048>;

Silva, J., Almeida, C. *et al.* (2009). Pesquisa documental: pistas teóricas e metodológicas. *Revista Brasileira de História & Ciências Sociais*, 1 (1), 1-15 in http://www.rbhcs.com/index_arquivos/artigo.pesquisa%20documental.pdf;

Silveira, T., Caldas, C. *et al.* (2006). Cuidando de idosos altamente dependentes na comunidade: um estudo sobre cuidadores familiares principais. *Cadernos de Saúde Pública*, 22 (8), 1629-1638 in <http://www.scielo.br>;

- Triviños, A. (1987). *Introdução à Pesquisa em Ciências Sociais. A Pesquisa Qualitativa em Educação*. São Paulo: Atlas in <http://docslide.com.br/documents/livro-introducao-a-pesquisa-em-ciencias-sociais-trvinos-55a8229abe61c.html>;
- Torres, G., Reis, L. *et al.* (2009). Funcionalidade Familiar de idosos dependentes residentes em domicílios. *Avaliação Psicológica*, 8 (3), 415-423 in <http://pepsic.bvsalud.org>;
- Torrão, A. (2010). *O Bem-Estar Subjetivo das Ajudantes de Lar* (Dissertação de Mestrado). Universidade do Algarve e Instituto Politécnico de Beja in <https://sapientia.ualg.pt/bitstream/10400.1/1655/1/O%20Bem-Estar%20Subjectivo%20das%20Ajudantes%20de%20Lar.pdf>;
- Unidade de Investigação e Formação sobre Adultos e Idosos. (2017). *Intervenção Psicoeducativa*. Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar, Universidade do Porto in <http://www.icbas.up.pt/ca50mais/index.php/intervencao-psicoeducativa>;
- Viana, R., Viana, S. *et al.* (2013). Bem-estar subjetivo de pessoas idosas em contexto rural e urbano. In Dayse Sousa e Marília Rua (Coordenadores), *Cuidadores Informais de Pessoas Idosas – Caminhos de Mudança*. (1ª edição), 184-188. Universidade de Aveiro. ISBN 978-972-789-384-3 in http://seminarioenvejecimiento.unam.mx/Publicaciones/libros/E-book_Cuidadores%20Informais%20Pessoas%20Idosas_Congressistas.pdf;
- Vieira, C., Fialho, A. *et al.* (2011). Práticas do cuidador informal do idoso no domicílio. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 64 (3), 570-579 in <http://www.scielo.br>;
- Vieira, L., Nobre, J. *et al.* (2012). Cuidar de um familiar idoso dependente no domicílio: reflexões para os profissionais da saúde. *Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia*, 15 (2), 255-263 in <http://www.scielo.br>;
- Wiese, M. e Santos, R. (s/d). *A centralidade da família nas políticas sociais da assistência social e saúde: A relevância do debate para o Serviço Social* in <http://www.cibs.cbciss.org>;

Wirth, N. (2013). As novas configurações da família contemporânea e o discurso religioso. *Seminário Internacional Fazendo Gênero 10 - Desafios Atuais dos Feminismos*. Florianópolis ISSN 2179-510X in <http://www.fazendogenero.ufsc.br/>.

Apêndices

▪ Apêndice 1

INSTITUTO POLITÉCNICO DE BEJA

Escola Superior de Educação

Curso de Mestrado em Psicogerontologia Comunitária

Entrevista aos cuidadores informais de idosos dependentes

Data: ____/____/____ Identificação do entrevistado: _____

6. Perfil sociodemográfico do cuidador

Dados pessoais

1.1 Nome (facultativo): _____

1.2 Idade: _____

Masculino	<input type="checkbox"/>
Feminino	<input type="checkbox"/>

1.3 Género: _____

1.4 Nacionalidade: _____

1.4.1 Naturalidade (freguesia): _____

1.4.2 Naturalidade (concelho): _____

1.4.3 Naturalidade (distrito): _____

1.4.4 Residência (freguesia): _____

1.5 Estado civil: _____

1.6 Escolaridade: _____

1.7 Profissão: _____

Caraterização familiar

1.8. Quantos elementos fazem parte do seu agregado familiar? _____

1.8.1 Qual o grau de parentesco com os elementos do agregado familiar?

7. Perfil do recetor de cuidados

Dados pessoais do idoso

2.1 Idade: _____

2.2 Género:

Masculino	
Feminino	

Condição clínica do idoso

2.3 Grau de dependência funcional nas AVD'S:

2.4 Diagnóstico principal que provocou o quadro de dependência ao idoso:

8. Contexto da prestação de cuidados

Relação sociofamiliar

3.1 Grau de parentesco com o idoso dependente:

Vizinho	
Amigo	
Cônjuge	
Filho/a	
Nora/Genro	
Irmão/ã	
Cunhado/a	
Sogro/a	
Tio/a	
Outra:	

Qual? _____

3.2 Proximidade física/geográfica com o idoso:

Residem na mesma habitação	
Em habitação contígua	
Reside na mesma localidade	
Não reside próximo do idoso	

3.3 Como avalia a sua relação com o idoso dependente?

Cronologia e razões para ser cuidador

3.4 Há quanto tempo se tornou cuidador?

3.5 Qual/quais os motivos que o levaram a torna-se cuidador?

Tarefas do cuidador

3.6 Quais os cuidados prestados ao idoso dependente?

3.7 Qual o tempo diário despendido na prestação de cuidados ao idoso dependente?

Apoio social

3.8 Usufruí de algum tipo de ajuda?

Tipo de Apoio	Sim	Não
Formal (serviços de apoio domiciliário, centro de dia,...)		
Informal (vizinhos, amigos, familiares...)		

3.8.1 Essa ajuda é/era importante para si?

3.8.1.1 Porquê? _____

Conhecimentos técnicos e necessidades identificas pelo cuidador

3.9 Considera que dispõe dos conhecimentos necessários para cuidar do idoso?

3.10 Quais as necessidades que sente enquanto cuidador?

9. Dificuldades sentidas no ato de cuidar

4.1 Sente alguma dificuldade no ato de prestar cuidados ao idoso dependente?
(caso responda **não** passe para a questão 5.1)

Sim	
Não	

4.1.1 Refira quais as dificuldades sentidas:

10. Impacto da prestação de cuidados no cuidador

Possíveis alterações adversas no cotidiano do cuidador

5.1 Como avalia o impacto de prestar cuidados ao idoso dependente?

Positivo	
Negativo	

5.1.1 Justifique a sua resposta.

5.2 O facto de tornar-se cuidador mudou alguma situação no seu cotidiano? (Se considerar que **não mudou nada** passe para a questão 5.3)

5.2.1 Se sim, em que aspetos?

5.3 Qual/quais a (s) situação mais exigente (s) com que se deparou na prestação de cuidados?

Estratégias de coping

5.3.1 Quais os recursos e/ou estratégias que usou para colmatar essa situação?

Grata pela sua colaboração,

▪ **Apêndice 2:** Transcrição integral dos diálogos

Dimensão	Sub-dimensão	Questões	Análise de conteúdo global
Perfil sociodemográfico do cuidador	Dados pessoais do cuidador	▪ Nome;	A - XXXXXX B - XXXXXX C - XXXXXX D - XXXXXX E - XXXXXX F - XXXXXX G - XXXXXX H - XXXXXX I - XXXXXX J - XXXXXX
		▪ Idade;	A – 62 anos; B – 70 anos; C – 50 anos; D – 80 anos; E – 80 anos; F – 29 anos; G – 83 anos; H – 90 anos; I – 44 anos; J – 50 anos.

		<ul style="list-style-type: none"> ▪ Género; 	A – Masculino B - Feminino C – Feminino D – Masculino E - Masculino F - Feminino G – Feminina H – Masculino I - Feminina J - Feminino
		<ul style="list-style-type: none"> ▪ Nacionalidade; 	A – Portuguesa B – Portuguesa C - Portuguesa D – Investigadora: Nacionalidade é Portuguesa certo? Participante: Portuguesa...?! Portuguesa não! Sou de Cuba. Não é Cuba de Fidel Castro.” E - “É Portuguesa.” F – Portuguesa. G - Portuguesa H – Portuguesa I - Portuguesa J - Portuguesa
		<ul style="list-style-type: none"> ▪ Naturalidade; 	A – Portel B - Portel

			<p>C – Reguengos de Monsaraz - Monsaraz D- Cuba. Cuba do Alentejo. E- “Portel, nascido e criado.” F – Portel G – “Nasci em Proença-a-Nova.” (Castelo Branco) H – “Nascido em Portel” I – Portel J – “Sou natural de Portel, freguesia de Portel e moro em Portel, residência em Portel, mas embora tenha uma casa e em Évora.”</p>
		<p>▪ Estado Civil;</p>	<p>A – Solteiro B- Casada C - Casada D – Casado E – Casado F- Solteira G – Casada H – Casado I – Casada J - Casada</p>
		<p>▪ Habilitações literárias;</p>	<p>A – “É a quarta classe.”; B – Investigadora: “Andou à escola?!Qual foi a classe que fez? Participante: “Quarta. E mal feita!” (risos)</p>

			<p>C – “Sexto.”</p> <p>D – “Quarta classe. Quarta classe eee...elementar haaa. Pronto. Quarta classe.”</p> <p>E – “Fiz a quarta classe. Era o máximo nesse tempo.”</p> <p>F – “Décimo segundo ano.”</p> <p>G – “Até à quarta classe.”</p> <p>H – “Não cheguei a fazer a quarta-classe, fiquei mal (risos). (...) A terceira fiz.”</p> <p>I – “Sim, tenho o nono ano.”</p> <p>J – “Sou licenciada em Gestão.”</p>
		<p>▪ Profissão.</p>	<p>A – “huuummm...tão agora pode meter pedreiro, eu era pedreiro. Agora sou de serviços aaa.”</p> <p>B – “Trabalhava no campo.”</p> <p>C – “Cozinheira.”</p> <p>D- Participante: “A minha profissão era...Fui trabalhador agrícola e depois motorista, motorista...” (a investigadora interrompe)</p> <p>Investigadora: “Trabalhador agrícola, é isso?”</p> <p>Participante: “Trabalhador agrícola e depois motorista, motorista de pesados de serviço público quarenta eee tal anos.”</p> <p>E – “Foi muitas profissões. Comecei por ser barbeiro, depois tirei um curso acelerado de canalizador, depois fui trabalhar para as obras como canalizador da construção civil, depois da construção civil passei para os barcos e depois dos barcos passei para a... (não compreendo) para que era os comboios. Foi sempre, foi sempre trabalhar em tubos, pertencia ao coiso da canalização e depois passou a ser por exemplo um...”</p> <p>Investigador: “Um canalizador, secilhar?”</p> <p>Participante: “Era canalizador era para as casas né, e depois já não se...quer dizer trabalhava... como é que se chamava isso...quando era nos navios era em tubos à mesma que trabalhava e depois passei para (não percebo) a mesma coisa, era tubos para os comboios.”</p> <p>Investigadora: “Ahh, então mas não se preocupe que eu depois vou ver à internet e meto aqui a sua profissão como deve ser, está bem?! Não se preocupe. Eu depois vou ver como é que se chama essa profissão dos tubos, mas nos comboios.”</p> <p>Participante: “Pois, não era bem nos tubos. Eu quero-me lembrar agora do nome que... (pausa). Não é o nome do coiso, é o nome que dão como estava inscrito no sindicato, nessas coisas.”</p> <p>Investigadora: “Deixe, não se preocupe. Agora pensa durante a entrevista pode ser que depois lhe surja a palavra. (risos)”</p> <p>F – Participante - “Trabalhador geral e apoio domi...aiii e apoio...”</p>

			<p>Investigadora: “Trabalhadora de ação direta?”</p> <p>Participante: “Não... Geral. Serviços Gerais.”</p> <p>G – “A minha profissão?! Fazia...era doméstica, fazia malhas, tricô com uma máquina. Pronto, foi a minha profissão.”</p> <p>H – “Era... em princípio era pedreiro, e depois passei para industrial de táxis, Lisboa.”</p> <p>I – “Sou auxiliar de ação médica”.</p> <p>J – “Sou empresária.”</p>
	Caraterização Familiar	<ul style="list-style-type: none"> Quantos elementos fazem parte do agregado familiar? 	<p>A – “Pois...Agora praticamente é só os dois.”</p> <p>B – Investigadora: “Só vive com o seu marido? (pausa) Só vive com o marido?!”</p> <p>Participante: “Só... Agora só. Vivia cas filhas.”</p> <p>Técnica responsável pelo SAD: “Só já são os dois.”</p> <p>C – “Agora...dois...quatro...seis.”</p> <p>D – Investigadora: “Só vive com a sua esposa, é isso?”</p> <p>Participante: “Só. (pausa) É só, sim senhor.”</p> <p>E- Investigadora: “É só você e a sua esposa?”</p> <p>Participante: “É, pois...”</p> <p>F – Participante: “Neste momento estou a morar com a minha mãe. Mas eu tenho casa... pronto.”</p> <p>Investigadora: “Sim, mas atualmente...”</p> <p>Participante: “Com a minha mãe.”</p> <p>Investigadora: “ Só com a tua mãe?”</p> <p>Participante: “Sim!”</p> <p>G – “Sou eu e o meu marido.”</p> <p>H – Só reside com a esposa;</p> <p>I – “Com o marido e a filha.”</p> <p>J – “Cinco!”</p>

		<ul style="list-style-type: none"> Qual o grau de parentesco com os elementos do agregado familiar? 	<p>A - “Sou o filho.” B – “Marido.” C – “O marido, o pai, a mãe e dois netos” D- Esposa E- Esposa F – Mãe. G- Marido. H – Esposa I – Marido e filha. J – “Haaaaa marido, duas filhas e um enteado.”</p>
Perfil do recetor de cuidados	Dados pessoais do idoso	<ul style="list-style-type: none"> Idade; 	<p>A – “Vá...” (cuidador) “Vá... ele que diga. Já viram isso...já viram no livro de batizo dizem que eu tenho oitenta eeee” Participante: “Tem agora, tem oitenta e oito, quêre ter quinze? ou dezasseis não ?!?! Tem oitenta e oito vá.” B- “Setenta e dois”. C- “Setenta e oito.” D – Investigadora: “Qual é a idade da sua esposa, sabe?” Participante: “Sim. Tem noventa. Óhhh, tem...tem oitenta e três anos.” Recetor de cuidados: “Não... O quêi? Oitenta e dois, ainda não fiz os oitenta e três.” Participante: “óh fazes em Março.” Recetor de cuidados: “Atão...” Investigadora: “Oitenta e dois anos, é isso?” Participante: “Sim, põe os oitenta e dois. Faz em Março, dia 24 de Março.” E – Setenta e oito. F – “Tem oitenta e seis anos.” G – “Noventa.” H – “Oitenta e três anos. Faz dia 15 de Janci...Fevereiro oitenta e quatro, às oito e meia da manhã cinquenta haaa segundo a minha sogra me diz.” (risos) I – “Sessenta e sete.”</p>

			J – “O idoso é o meu pai e tem oitenta e um anos.”
		▪ Género.	A – Feminino B - Masculino C – Masculino D – Feminino E – Feminino F – Masculino G – Masculino H – Feminino I – Feminino J – Masculino
	Condição clínica do idoso	▪ Grau de dependência funcional nas AVD’S;	A – B - C -
		▪ Diagnóstico principal. ▪	A – Investigadora: “ A D. Maria Joana está no serviço de apoio domiciliário né? É porque está numa situação de dependência, ou seja, precisa sempre dos cuidados de outra pessoa. Sabe por que é que... qual foi o diagnóstico que provocou essa dependência? Qual foi o motivo que levou a com que a D. Maria Joana ficasse mais dependente?” Participante: “Ora... tão o motivo...” Investigadora: “Tem algum diagnóstico principal do médico ou não?” Participante: “Não... não...” Investigadora: “É mesmo da idade, não é?!” Participante: “É a idade, pois.” B - Investigadora: “Sabe qual foi o motivo que levou o Srrrr...hummm. (Como é que se chama o senhor?) O Sr. Manuel Grave a usufruir aqui do...do serviço de apoio domiciliário?! Porque é que recorreu ao serviço de apoio domiciliário?” Participante: “Ora... Agora é que sim!” Técnica responsável pelo SAD: “Porque é que ele pediu a comidaaa e essas coisas lá à Santa Casa? Foi porquê ?!?! Participante: “Porque nessa altura (pausa) estávamos... (pausa) separados.” Investigadora: “Pronto, está bem...”

			<p>Técnica responsável pelo SAD: “E ele pediu ajuda.” (O telefona começa a tocar) Investigadora: “Qual é... Qual é o diagnóstico do Srrr. Grave? Qual... Quais são os problemas de saúde do Sr. Grave? Sabe?!” Participante: “Óh ainda... Daquele não!” Recetor de cuidados: “Bronquite asmático, crónico...respiratório, tudo quanto é respiratório, má circulação de sangue. (pausa, risos) Bêim...tenho uma quantidade de coisas.” Investigadora: “É por isso...E é por isso que você também pediu o serviço de apoio domiciliário? Secalhar foi também para ajudar aqui neste sentido. Estou a ver que tem uma cama articulada, deve ter colchão de pressão alternada com certeza, não tem?” Recetor de cuidados: “A cama é lá da Santa Casa.” Investigadora: “Pois, exatamente, eu estava a conhecer, não tem...” Investigadora: “Ela já tá... ela já tá muito doente.” Técnica responsável pelo SAD: “Temos que pedir outra...” Participante: “Mas o depois agora emprestam só baixinhas... ele não é capaz de se levantar dela.” Recetor de cuidados: “Faz perguntas que quiseses amiga que eu respondo.” (risos) C – “Foi uma broncopneumonia e um linfoma.” D – Investigadora: “Sabe qual foi o diagnóstico que provocou o quadro de dependência da sua esposa? Já ouvi dizer que foi uma queda, ou não?!” Recetor de cuidados: “Foi a queda agora última.” Participante: “Foi, foi uma queda. Foi de uma queda que partiu duas costelas e teve oito dias internada em Évora.” Investigadora: “E por isso é que ficou um bocadinho mais dependente, é isso?” Participante: “Foi... “ (a esposa/idosa recetora de cuidados interrompe) Recetor de cuidados: “Não, mas não foi de... primeiro tive também no hospital, tive no lar...foi em fevereiro, foi em Natal... foi quando lá tive.” Participante: “Mas isso foi o ano passado, isso foi dia 28 de Dezembro do ano passado de 2016 que foi para o lar. E depois saiu do lar no diaaaa, dia 18 de Março, recuperou e agora ultimamente caiu no dia 11, no dia 11 de Outubro e foi internada no dia 12 até ao dia 19 de Outubro. Do dia 19, do dia 12, do dia 12 de Outubro teve internada até ao 19 de Outubro.” Investigadora: “Depois teve alta e veio para casa?” Participante: “Sim.” Investigadora: “E começou a andar logo ou precisava de ajuda? precisava de ajuda do andarilho</p>
--	--	--	---

			<p>ou não?”</p> <p>Participante: “Andou ainda aí cinco dias com o andarilho, mas depois começou a recuperar, a recuperar. Agora anda só com a bengalazinha.”</p> <p>F – Participante: “Olha que eu saiba ele acho nunca foi ao médico. Ele não tem nada. Ele o que têm é muita... problemas de...de... varizes, má circulação...pronto”</p> <p>Investigadora: “É só isso?”</p> <p>Participante: “Sim”</p> <p>Investigadora: “Ok. Pronto”</p> <p>G – “É de intestinos, toda a avida e a tensão alta e... pronto, mais ou menos.”</p> <p>H – Participante: “Sim, é a questão do coração que é da geração. O pai também, também tinha problemas de coração não é?!”</p> <p>Investigadora: “É genético.”</p> <p>Participante: “Tensão, tensões alta, enfim... e os ossos, também tem doença de dores de ossos, dores de colunas e etc né, mas...graças a deus as coisas mais ou menos as coisas têm-se equilibrado né, com tratamentos e tal. ”</p> <p>Investigadora: “Com comprimidos, não é?”</p> <p>Participante: “Exatamente. Injeções...”.</p> <p>I – “A minha mãe de momento estava com... ela perdeu algum equilíbrio e ao perder algum equilíbrio, ela como tinha problemas oncológicos e começou a ficar mais dependente e depois teve uma queda há cerca de um ano mais ou menos e essa queda levou com que ela tivesse que fazer mais repouso e como partiu uma vértebra e o osso do cóccix e então agente teve que requisitar ajuda.”</p> <p>J – Participante: “Insuficiência... Infecção respiratória com insuficiência cardíaca.”</p>
	Relação sociofamiliar	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Grau de parentesco com o idoso dependente; 	<p>A – É a minha mãe.</p> <p>B- Marido</p> <p>C – Pai.</p> <p>D- Esposa</p> <p>E- Esposa</p>

Contexto da prestação cuidados			<p>F – “É meu avô”</p> <p>G – Marido.</p> <p>H – Esposa</p> <p>I – Mãe</p> <p>J – Pai.</p>
		<ul style="list-style-type: none"> ▪ Proximidade geográfica com o idoso; 	<p>A – “Reside na mesma habitação, pois...”; B – Reside na mesma habitação; C – “Atualmente residem na mesma habitação, sim, mas eles têm outra habitação. Moram no Outeiro, Reguengos de Monsaraz.” D – Residem na mesma habitação E – Residem na mesma habitação. F – Reside próximo do idoso. G – Reside na mesma habitação. H – Reside na mesma habitação. I – Reside próximo do idoso. J – “Haaa a casa aqui de Portel é próximo do idoso, mas como eu, a maior parte do tempo, estou em Évora, logo não tou perto dele.”</p>
		<ul style="list-style-type: none"> ▪ Como avalia a sua relação com o idoso dependente? 	<p>A – Participante: “Ohh, como é que avalio?!...Bêem. Investigadora: É difícil prestar cuidados, não é difícil? Participante: “Ora é chato...” Investigadora: “É uma pessoa fácil?” Participante: “É às vezes, é chato, é...pois... é difícil, pois... haaa tão isto é assim, tão uns dias tá boa, outros tá mais ruim, outros dias coiso. Derivado à idade, pois...” B – “Você é a cuidadora do seu esposo certo? E como é que avalia essa relação? Entre cuidador e cuidado?! Ele é muito difícil ou não? Você não pode responder Sr. Grave.” Participante: “Às vezes! Às vezes é pior que áqueles gatos assanhados.” (risos) Investigadora: “Tem um feitio complicado?” Participante: (Pausa). E eu não lhe fico atrás...” Investigadora: “Oraaa possas isso é que está complicado...”. (risos) “Mas é muito difícil prestar os cuidados ao Sr. Grave ouuu você consegue?” Participante: “Vai-se indo... enquanto não agravar mais... consigo!” C – Investigadora: “É ummm cuida...é um idoso fácil ou é uma pessoa mais difícil...?” Participante: “Não, é fácil.” Investigadora: “Há tem uma relação afável?!”</p>

			<p>Participante: “Sim...”</p> <p>Investigadora: “Não é muito chatinho?!?”</p> <p>Participante: “Por enquanto não é...”</p> <p>D – Investigadora: “Ao nível da prestação de cuidados? Vocês usufruem do serviço de apoio domiciliário, lá do lar, não?!”</p> <p>Participante: “Precisámos, precisámos enquanto ela esteve pior. O ano passado, mas ela depois foi recuperando. Elas...elas vinham aqui à da Maria Joana, e depois chegavam aqui, quando aqui chegavam já ela tinha feito aaa...a higiene pessoal, já tinha feito a higiene. Pronto. Odepois eu dizia tão Sr. António eu digo olhem vão-se embora, vão lá acudir outra que ela já tá, já tá tratada (em modo riso)”</p> <p>Investigadora: “Mas ainda continua a usufruir? Não?!”</p> <p>Participante: “Naaa, não! Agora não. Quer dizer que ela faz, ela faz a higiene regularmente, faz regularmente. O banho... o banho é que eu lhe ajudo, ela no banho.”</p> <p>Investigadora: “O banho é que precisa um bocadinho de ajuda.”</p> <p>Entre estes parágrafos a esposa refere que agora só “temos de lá o comer” “ele ajuda-me a dar banho” “agente não tem poliban.”</p> <p>Participante: “Mas arranjei uma cadeira. Adem ir ver a cadeira, aquilo é fácil.”</p> <p>Investigadora: “Então e como é que avalia a sua relação com a sua esposa? É uma relação fácil, é uma pessoa mais complicada para prestar os cuidados?! Quando precisa de ajuda, por exemplo no banho?!”</p> <p>Participante: “Às vezes é muito complicada, mas eu perdoo isso tudo.”</p> <p>(risos)</p> <p>Recetor de cuidados: Complicada... complicada como tu és! (modo riso).”</p> <p>Investigadora: “Tem um feitio complicado ou não?”</p> <p>Participante: “Não! Não, não...”</p> <p>Investigadora: “Dão-se bem?”</p> <p>Participante: “Nãao...” (continuava a responder a questão do feitio complicado)</p> <p>Investigadora: “Não há assim grandes chatices?”</p> <p>Participante: “Não... nunca temos chatices. Isso...Por vezes há chatices é por causa do dinheiro (risos)”.</p> <p>Investigadora: “óhh pois, mas isso, isso não é só com vocês. Isso já é com toda agente. Anda toda agente com falta disso.” (risos)</p> <p>E – Participante: “O melhor possível, não tem problemas nenhuns. Nunca tivemos.”</p> <p>Investigadora: “E se precisar de ir à rua também ela não é muito chatinha de ficar aqui sozinha? Não é nada...?!Fazem tudo como ... (a recetora interrompe)”</p>
--	--	--	--

			<p>Recetora de cuidados: “Olha agente onde vai um vai outro.”</p> <p>Investigadora: “Ai é?”</p> <p>Participante: “É, é muito...agente se tivermos que sair daqui da área vamos os dois...”</p> <p>Recetora de cuidados: “Sempre!”</p> <p>Investigadora: “São anexo um do outro. (risos)”</p> <p>Participante: “É verdade (risos)”</p> <p>Investigadora: “Pronto, está bem. Então assim é que é.”</p> <p>Participante: “Quer dizer é a ligação que temos um com outros (risos), não podemos desligar assim.”</p> <p>Investigadora: “Claro!”</p> <p>F – Participante: “É uma relação boa.”</p> <p>Investigadora: “Ele é um bocado chatinho?!?! não é?!?”</p> <p>Participante: “É, muito, muito, muito.”</p> <p>Investigadora: “É?”</p> <p>Participante: “Quer tudo ali à maneira dele...”</p> <p>Investigadora: “É exigente?”</p> <p>Participante: “É muito, sim sim sim, muito. Tem que ser tudo como ele quer!”</p> <p>Participante: “E isso dificulta também a prestação de cuidados?”</p> <p>Investigadora: “Claro... que sim.”</p> <p>G – Participante: “Como a avalio?!?”</p> <p>Investigadora: “Ao nível dos cuidados. Porque aqui estamos a reportar esta entrevista... você é a cuidadora do esposo certo?!?”</p> <p>Participante: “Pois, exato.”</p> <p>Investigadora: “E como é que a avalia a sua relação nesse sentido?! É difícil cuidar de uma pessoa com uma proximidade assim tão grande ou é mais complicado...?!?”</p> <p>Participante: “Não porque eu infelizmente tenho sido eu pior que ele graças a deus, mas quando eu preciso ele também está pronto a ajudar e eu também estou.”</p> <p>Investigadora: “Então é uma relação fácil!”</p> <p>Participante: “É!!”</p> <p>Investigadora: “Não é muito constrangedora para si?!?!?”</p> <p>Participante: “Não, não. Por enquanto não!”</p> <p>H – Investigadora: “É uma relação fácil, é difícil? Como é que é Sr. Luís?!?”</p> <p>Participante: “Não, não, é boa, é boa. Às vezes encalhamos um com outro, mas depois pedimos desculpa e tudo passa.”</p>
--	--	--	--

			<p>Investigadora: “Mas em termos de cuidados. É difícil ou não prestar cuidados?”</p> <p>Participação: “Não, não... mas eu tenho cuidados com ela. Ela também tem comigo, de maneiras que não... Muito bem trabalhamos assim.”</p> <p>Investigadora: “Não é uma pessoa muito complicada digamos assim?!”</p> <p>Participante: “Não, não, não!”</p> <p>Investigadora: “Pronto, ainda bem!”</p> <p>I – Investigadora: “Como é que era? Era uma relação muito fácil? Muito difícil? Ela era complicada ou não?”</p> <p>Participante: “Não, era uma pessoa muito fácil e pronto aceitava mais ou menos as coisas que agente lhe íamos dizendo e pronto ela sempre...”</p> <p>Investigadora: “Tinha consciência das limitações e aceitava a ajuda?”</p> <p>Participante: “Sim, sim, sim, tinha, tinha, tinha, tinha.”</p> <p>J – Participante: “Conflituosa!”</p> <p>Investigadora: “Pois era isso que eu ia perguntar...Em termos de cuidados...”</p> <p>Participante: “Conflituosa!”</p> <p>Investigadora: “Porquê?”</p> <p>Participante: “Porque ele é uma pessoa muito autoritária, gosta das coisas todas feitas à maneira dele, e sempre se habituou a fazer à hora que ele quer, como ele quer, o que ele quer e tudo o que nós possamos dizer para melhorar a qualidade de vida dele não é aceite!”</p>
	Cronologia e motivos para ser cuidador	<p>▪ Há quanto tempo se tornou cuidador?</p>	<p>A – “Desde que ela esteve doente, quando é que teve?! Há três ou quatro meses. Pois...Há um ano mais ou menos, vá. Pois...”</p> <p>B- Participante: “Desde que ele está doente, praticamente.”</p> <p>Investigadora: “Sim. Isso foi há quanto tempo, mais ou menos?”</p> <p>Participante: “Há três anos, mas ele já estava doente. Por isso é que eu vim para casa. Estávamos separados e voltei para minha casa para tratar dele.”</p> <p>C – “Há um mês.”</p> <p>D- Participante: “Olha agora desde, o pior...foi começou o ano passado. O ano passado em Dezembro é que começou eu a ter de cuidar mais dela e ajudá-la. Quanto ao resto os outros anos todos não...”</p> <p>Investigadora: “Iam-se ajudando um ao outro, agora é que o Sr. António ajuda mais a...”</p> <p>Participante: “Agora eu é que eu a ajuda mais a ela, coitada... pois tem que ser assim, pois. Os outros anos... mesmo ela depois de ter falecido o meu filho e tudo, odepois ela...ela teve, teve</p>

			<p>um AVC também já há 15 anos, de maneira que nessa altura começou assim a passar melhor, pronto. Agora é quem tem sido pior, tenho que a ajudar mais.”</p> <p>E – Participante: “Então desde o tempo em que começámos, vá lá há... há dois anos vá.”</p> <p>Investigadora: “Foi desde que altura?! Você ia explicar! Há dois anos...”</p> <p>Participante: “Desde a altura em que começamos aaaaa precisar de vir o comer e coiso.”</p> <p>F – Participante: “Ohhh há aí há uns... nove anos. Foi quando a minha avó teve um AVC. Ela pediu-me para cuidar dele e eu desde esse dia até hoje...”</p> <p>G – Participante: “Atão desde que casamos né” (risos)</p> <p>Recetor de cuidados: “Cinquenta e tal anos...”</p> <p>Participante: “Ciquenta e cinco.”</p> <p>Recetor de cuidados: “Cinquenta e oito. Vai fazer cinquenta e oito.”</p> <p>H – Participante: “Não percebo!”</p> <p>Investigadora: “Há quanto tempo é que se tornou cuidador?! Ou seja... é que começou a cuidar da sua esposa, assim a ter mais atenção por ela?!”</p> <p>Participante: “Foi quando viemos de Lisboa, que ela teve problema de...de...de... pulmões, pulmões...”</p> <p>Recetor de cuidados: “Edema pulmonar.”</p> <p>Investigadora: “Então e isso foi há quanto tempo?”</p> <p>Participante: “Cinco anos, vai para cinco anos, né?” (questiona a esposa)</p> <p>Recetor de cuidados: “Pois, fez quatro...”</p> <p>Investigadora: “Pronto!”</p> <p>I – Participante: “Há cerca de ... há cerca de um ano.”</p> <p>J – “Há um ano e meio.”</p>
		<p>▪ Quais os motivos que o levaram a tornar-se cuidador?</p>	<p>A – “Ora os motivos, tão os motivos, é viver aqui...viver aqui...” “Pois eu é que tô aqui em casa, eu é que tenho que mamar com a bucha. Pois...”</p> <p>B- Investigadora: “Okay. Então o motivo que levou a tornar-se cuidadora foi porque o senhor Grave ficou doente e entretanto você veio para cuidar dele?!” (a participante abanou com a cabeça que sim).”</p> <p>C – “Foi eles morarem longe e a minha mãe sozinha não conseguir. Tiveram que vir para minha casa.”</p> <p>D – Participante: “Eu? Porqueeee... sabes uma coisa? Haaa...Em esta desaparecendo já não tenho mais nenhuma.”</p>

			<p>Investigadora: “Gostei dessa resposta...”</p> <p>Participante: “Estes anos todos, esta companhia...”</p> <p>Recetora de cuidados: “São sessenta e quantos...? Que já não sei, não me lembro...”</p> <p>Participante: “Eu já não sei quantos são. Namoramos ainda uns três anos ou quatro!”</p> <p>Investigadora: “Não têm mais família aqui em Portel?”</p> <p>Participante: “Temos. Mas ela é que tem sobrinhos. É o Zé Cortes que é sobrinho dela, a Maria Antónia Cortes e a Nelinha, mas a Nélinha já é sobrinha segunda.”</p> <p>Investigadora: “Você é o único que está disponível para cuidar. Basicamente é isso, não é Sr. António?”</p> <p>Recetora de cuidados: “Tenho a minha nora, os meus netos, mas não estão cá!” (apesar de virem com regularidade)</p> <p>Participante: “Estou sempre disponível, pois.”</p> <p>E – Investigadora: “Foi essa questão do comer, é isso?”</p> <p>Participante: “Do comer e ela, ela também vai estando um bocado esquecida e depois por causa desse esquecimento eu tenho que ajudar.”</p> <p>F – Participante: “Foi por causa da minha avó.”</p> <p>G – Investigadora: “Agora não houve... não há assim... é ser por esposa, não é?”</p> <p>Participante: “Pois!”</p> <p>Investigadora: “Pronto!”</p> <p>H – Investigadora: “E o motivo que levou a tornar-se cuidador foi o quê?”</p> <p>Participante: “Foi que... o filho não estava presente e estava só eu e eu é que tinha de ser.”</p> <p>Investigadora: “Exato. Boa resposta!” (risos)</p> <p>Participante: “Exatamente, mais nada.”</p> <p>I – Participante: “A minha falta de disponibilidade, principalmente e porque o meu pai apesar de a apoiar em casa em nas várias atividades que ela tinha para fazer, mas não era...”</p> <p>Investigadora: “Sim, mas o que é que te levou a ti a ser cuidadora da tua mãe? Qual foi o motivo?”</p> <p>Participante: “Porque não tinha disponibilidade!”</p> <p>Investigadora: “Foi porque não havia mais ninguém para cuidar? Porque querias ser tu a tratar?!”</p> <p>Como é que foi?! Porque é que foste tu a cuidar?! Tens outra irmã certo?!”</p> <p>Participante: “Sim!”</p> <p>Investigadora: “Vamos falar abertamente, pronto. Porque é que foste tu a cuidar?! A tua irmã vive na Amieira, certo?!”</p> <p>Participante: “A minha irmã vive na Amieira e eu como vivia cá e a disponibilidade tanto de uma como de outra não era muita, mas como era eu que estava aqui em Portel e como é aqui que eu</p>
--	--	--	--

			<p>trabalho e tudo mais fiquei eu então como cuidadora.”</p> <p>Investigadora: “Pronto. Porque o teu pai também não conseguia prestar os cuidados todos?”</p> <p>Participante: “Não.”</p> <p>J – Participante: “A incapacidade dele de ser autónomo.”</p> <p>Investigadora: “Pronto! Se calhar não havia mais ninguém também para cuidar.”</p> <p>Participante: “Exato! Eu sou filha haa, o meu... não era filha única, o meu irmão já faleceu, a minha mãe já faleceu, portanto sou mesmo eu só que posso cuidar dele.”</p>
	Tarefas do cuidador	<ul style="list-style-type: none"> Quais os cuidados prestados ao idoso dependente? 	<p>A – “Eu é que tenho os cuidados todos...”</p> <p>Limpeza da habitação: “Oh tão isso às vezes vem aí a minha cunhada ao domingo, quando calha...e eu tenho que apanhar aí a maior, aí por onde possa, por onde possa coiso. Pois... Pois...”</p> <p>Pagar contas da luz e da água: “Sou eu, sim, tenho que pagar tudo, pois...”</p> <p>Aquecer a comida: “Ora sou eu...pois! Eu da reforma dela ainda tou... por isso é que eu disse, às vezes a comida, a massa e a coiso. Por isso é que eu disse lá, tás a ver ganha duzentos e noventa e não sei quê, ela ganha duzentos e sessenta setenta ou queque éi... agora tá lá a reforma do meu pai, de.. de coiso, de sobrevivência, agora... houve prai um enleio que a marisa prai fez com a caixa já vai a reforma do... do meu pai misturada com a dela. Também é pouquexinho... Pronto vai dando olha pra luz e coiso e alguma coisa mêto eu, compro eu aí nas lojas e o que faz falta, poois...poois, tenho que comprar eu praqui as coisas, tão ela não sai.”</p> <p>B – Participante: “Tratar de pés, de pernas, dar-lhe banho... essas coisas assim!”</p> <p>Investigadora: “Mas eu preciso de saber essas coisas! Diga-me lá, quais são as coisas?! Dá-lhe banho. É você que aquece à alimentação porque tem a alimentação do serviço de apoio domiciliário?!?! Pequeno-almoço?!?!”</p> <p>Participante: “Pois...mas...o café... as pequenas refeições. (pausa)”</p> <p>Investigadora: “Está bem. E vai à rua com ele ou não? Ou o Sr. Grave agora já não saí de casa?”</p> <p>Participante: “Ele não pode sair de casa môn do frio.”</p> <p>Recetor de cuidados: “Quando saio levo ali o meu pópó.”</p> <p>Técnica responsável pelo SAD: “E leva também o oxigénioooo, pois...”</p> <p>Investigadora: “O pópó é o trator?”</p> <p>Participante: “Sim...ele tinha carro deu-o ou vendeu-o, sei lá...”</p> <p>C- Participante: “Tão é quando as senhoras não tão, se ele precisar de mudar a fraldar, se precisar</p>

			<p>deitar, virar na cama e dar de comer.”</p> <p>Investigadora: “No banho?”</p> <p>Participante: “O banho não, são as senhoras que dão.”</p> <p>D – Participante: “Olha a ajuda é bem como na medicação, é a ajuda é na medicação. Éi a estender a roupa, a estender a roupa... a dar-lhe banho... a lavar-lhe a loiça.”</p> <p>Investigadora: “Sabe uma coisa eu estou muito feliz consigo.”</p> <p>Participante: “Estás?”</p> <p>Investigadora: “Porque você é das pessoas que eu já entrevistei, que ainda foram poucas, é das únicas pessoas com quem estou a conseguir extrair maisss, mais informação, sabe?!?! Por isso pode falar à vontade.”</p> <p>Recetora de cuidados: “Olha lavava-me a loiça enquanto eu tive assim pior. Lavava ele a loiça do almoço, do jantar...”</p> <p>Técnica responsável pelo SAD: “Fazia limpeza...”</p> <p>Recetora de cuidados: “Também aspira.”</p> <p>Participante: “Limpeza, também. Também faço de mulher-a-dias (risos) e vamos indo assim...”</p> <p>Recetora de cuidados: “E agora já eu lavo a loiça do almoço e ele lava a noite do jantar.”</p> <p>Técnica responsável pelo SAD e participante: “Agora é partilhado”</p> <p>Participante: “Cuido da casa, da limpeza.”</p> <p>Técnica responsável pelo SAD: “Nas pinturas.”</p> <p>Participante: “Pinturas, o ano passado... O ano passado, o ano passado aqueles dois quartos lá de baixo ela dizia: ahh o ano passado não foram pintados e não sei quê não sei quantos... Olha foi tudo, foi tudo... Foi tudo passado a pente fino.”</p> <p>Investigadora: “Serve de motorista que isso eu também vejo.”</p> <p>(...) assunto disperso ao tema.</p> <p>E – Participante: “Então é só isso. Então é só ela por exemplo não se lembrar de alguma coisa e eu ir procurar, e eu ajudo, ajudo a achá-la né?!.”</p> <p>Investigadora: Mas esse esquecimento vem associado a alguma doença já, a algum diagnóstico ou não?!”</p> <p>Participante: “Não. Não, mas está... está precisamente. Está a tomar comprimidos precisamente por causa desse esquecimento e de coiso e só... e a coiso.”</p> <p>Investigadora: “E esse esquecimento foi há mais ou menos quanto tempo?”</p> <p>Participante: “Foi isso que eu disse, há mais ou menos... há mais ou menos dois anos.”</p> <p>F – Participante: “Limpo-lhe a casa, lavo-lhe a roupa. Faço tudo o que ele me pede.”</p> <p>Investigadora: “Ok...certo! mas diz lá quais são?”</p> <p>Participante: “Então é lavar a... faço-lhe pronto a limpeza da casa, faço-lhe a cama, lavo a roupa,</p>
--	--	--	--

			<p>estendo, apanho, passo, pronto. Ele come do lar.”</p> <p>Investigadora: “Tudo...Todas as tarefas domésticas, certo?”</p> <p>Participante: “Sim...todas, sim.”</p> <p>G – Investigadora: “Presta alguns cuidados ao seu esposo?”</p> <p>Participante: “Não...!”</p> <p>Investigadora: “Ou o seu esposo ainda não precisa de nenhuma ajuda?”</p> <p>Participante: “Ainda não precisa de ajuda graças a deus, ainda não precisa.”</p> <p>Investigadora: “Só do serviço de apoio domiciliário?”</p> <p>Participante: “Sim sim!!”</p> <p>Investigadora: “E tem o serviço porquê?”</p> <p>Participante: “Porque eu adoeci...”</p> <p>Investigadora: “Hum...hummm”</p> <p>Participante: “Tive um edema pulmonar...” (o recetor de cuidados interrompe)</p> <p>Recetor de cuidados: “Quando viemos de Lisboa.”</p> <p>Participante: “E fiqu... e não tínhamos ninguém. O filho estava longe de nós e resolvemos ficar aqui.”</p> <p>Investigadora “ E é a que nível? É em que vertentes? É só na alimentação, é também na higiene pessoal...”</p> <p>Participante: “Não...”</p> <p>Investigadora: “Usufruem do serviço de apoio domiciliário em que vertentes?”</p> <p>Participante: “É a comida e lavagem da roupa, passar a ferro.”</p> <p>Investigadora: “Outros cuidados o seu esposo ainda consegue fazer? Ir à rua... tratar das coisinhas.”</p> <p>Participante: “Sim, sim, sim... ainda consegue.”</p> <p>Recetor de cuidados: “Pouco mais, pouco mais, infelizmente é assim.”</p> <p>H – Participante: “Haaa, mais ou menos...”</p> <p>Investigadora: “A alimentação já sei que é do serviço de apoio domiciliário.”</p> <p>Participante: “Isso, isso ela é que manda nessas coisas de alimentação isso ela é que, desde que casamos é que ...”</p> <p>Investigadora: “Sim, mas qual é que o apoio que dá à sua esposa no dia-a-dia?”</p> <p>Participante: “Às vezes diz-me vê lá se queres isto, vê lá se queres aquilo. Eu pronto, às vezes digo, outras digo vai lá tu! E vai-se passando o tempo assim né.”</p> <p>Investigadora: “Sim, mas a nível...” (a recetora de cuidados interrompe)</p> <p>Recetor de cuidados: “Corta-me as unhas.”</p>
--	--	--	--

			<p>Investigadora: “É isso que eu quero saber. É essas coisas.”</p> <p>Participante: “Corto-lhe as unhas também.” (risos)</p> <p>Recetora de cuidados: “Às vezes vai-me lavar as costas, onde eu não chego.”</p> <p>Investigadora: “Ajuda no banho.”</p> <p>Participante: “No banho não. No banho ela...”</p> <p>Investigadora: “Não, no banho ali nas costas, pronto!”</p> <p>Recetora de cuidados: “Ah sim, nas costas.”</p> <p>Participante: “Mas ela desenrasca-se sozinha.”</p> <p>Participante: “Então e no regime terapêutico? Ou seja, na medicação, é você que a ajuda ou ela ainda consegue sozinha?”</p> <p>Participante: “Não, ela tem, tem caixas mesmo próprias para não...”</p> <p>Investigadora: “E quem é que faz esse ajuste?”</p> <p>Participante: “Ela faz isso tudo. Vêm os medicamentos, têm praí caixas enchem-lhe aquilo tudo dizendo os dias e a semana e de maneiras que raramente se engana né.”</p> <p>I – Participante: “Tão num princípio comecei por lhe fazer a higiene e a ajudá-la a vestir a e levantar-se e etc e depois agora para o fim já era mais só em parte da medicação e dessas...”</p> <p>Investigadora: “Do regime terapêutico, ajudares ali a tomar?”</p> <p>Participante: “Sim, sim, sim.”</p> <p>J – Participante: “Preparo-lhe a medicação, neste momento pedi o apoio domiciliário porque não estou em condições de ser eu a prestar, mas o banho, o vestir, o calçar, o lavar a roupa o pôr comer na mesa, o ir ao médico com ele, o tomar conta das coisas todas.”</p>
		<p>▪ Qual o tempo diário despendido na prestação de cuidados ao idoso dependente?</p>	<p>A – “Ora, agora...cheguei agora do frajal, agora é até à noite, é até que ela se deite, o mais possível, pois...”</p> <p>B – Participante: “Eu estou sempre aqui em casa, cada vez que lhe faz falta qualquer coisa.”</p> <p>Investigadora: “É 24 horas sobre 24 horas não é?”</p> <p>Participante: “Sim, ele dorme aqui (sala adaptada em quarto) porque aqui não consigo dormir. Para abrir, não tenho campo tá tudo cheio de Tivemos que desmanchar a sala, tá tudo praqui. Outras coisas estão a ir para outra cozinha. Para abrir o sofá era preciso tirar metade das coisas</p>

			<p>daqui... então durmo aqui neste quarto que tá tapado... tá ali uma janelinha para arejar, tá além o quadro tapando.”</p> <p>Investigadora: “Ahh. Depois à noite tira?”</p> <p>Participante: “Não, haaa ouve-se bem, ouve-se bem...”</p> <p>C – Participante: “(suspiro) haa algum. Das... depois das cinco...”</p> <p>D – Participante: “Óh filha, diário... É sempre.” (risos)</p> <p>E – Investigadora: “É o dia todo né?! Passa... (o participante interrompe)</p> <p>Participante: “É, é sempre... é desde que se levantamos.”</p> <p>F – Participante: “Eu normalmente vou lá de...dois em...de dia dois em dois dias. Não posso estou a trabalhar e não tenho horário, não posso lá ir, mas pronto. Estou lá para aí três horas.”</p> <p>Investigadora: “Ok. De dois em dois dias?”</p> <p>Participante: De dois em dois dias, quando me... pronto quando posso ir todos os dias, vou lá todos os dias, umas duas três horas.”</p> <p>G – Participante: “É almoçar, depois lavar a loiça né... é essas coisas assim. Pequeno-almoço ele ainda faz...mais do resto não...”</p> <p>Investigadora: “É diário?”</p> <p>Participante: “É!”</p> <p>Investigadora: “É muito tempo diário. São quase 24 horas, né? 24 sob 24.”</p> <p>Participante: “É é!!!”</p> <p>H – Participante: “O tempo diário?! É desde que me deite até que me levante.” (risos)</p> <p>Investigadora: “É o dia todo não é?! Estão o dia inteiro juntos.”</p> <p>I – Participante: “Óh cerca de duas horas mais ou menos.”</p> <p>J – Investigadora: “Qual é que é o tempo diário, uma vez que reside agora em Évora, vá, onde passa grande parte do tempo, não é diário?!”</p> <p>Participante: “Exato.”</p> <p>Investigadora: “É mais ao fim-de-semana?”</p> <p>Participante: “Exato. Antes de eu morar em Évora, o tempo diário poder-se-iam resumir dentro das três/quatro horas que eu passava a tomar conta dele e das coisas dele. Agora uma vez que resido em Évora isso passou para o fim-de-semana, se calhar o fim-de-semana alongou-se um bocadinho mais, se calhar dentro das cinco/seis horas por dia.”</p>
	Apoio social	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Usufuí de algum tipo de ajuda? 	<p>A – Sim, do serviço de apoio domiciliário.</p> <p>B – Sim.</p>

			<p>C – Participante: “Sim, do serviço de apoio.”</p> <p>Investigadora: “E além desse serviço tem alguém durante o dia enquanto você está a trabalhar?”</p> <p>Participante: “A minha mãe.”</p> <p>D – Investigadora: “Usufrui do serviço de apoio domiciliário...”</p> <p>Participante: “sim...”</p> <p>Investigadora: “Na vertente da alimentação, só... certo?!”</p> <p>Participante: “É porque sabes uma coisa tamos mais descansados assim porque eu é que tenho que ir às compras eu é que tenho que fazer isto fazer aquilo, a todo o lado, farmácia. É como tás a ver e então isso é mais descanso... tás a compreender, é mais descanso.”</p> <p>Investigadora: “Então e a nível informal tem algum apoio de alguns vizinhos, de outros familiares, ou é só você?”</p> <p>Participante: “ Nãoooo sou só eu. Não tenho aqui. Óh os vizinhos...vem aí a tua avó... Mariana, tudo bem?”</p> <p>Investigadora: “Pois, mas é perguntar: Então está tudo bem? Pois, eles para eles não conseguem eles coitados. Estava a dizer à Susana a minha avó daqui a nada também tem que pedir o serviço de apoio domiciliário. Se não fosse o meu tio a dar-lhe agora o almoço... e o jantar!”</p> <p>Participante: “A Ana... A Ana! Ali a Petita também vem aqui... Mariana atão...a outra também, ali a Fátima.”</p> <p>E – “Além do serviço de apoio domiciliário usufrui de algum apoio de outra pessoa? Um vizinho, um familiar mais próximo?!?”</p> <p>Participante: “Não...”</p> <p>Investigadora: “Você é o único cuidador da esposa?”</p> <p>Participante: “Sou o único.”</p> <p>Investigadora: “E só têm o serviço de apoio domiciliário?”</p> <p>Recetora de cuidados: “Só!”</p> <p>Participante: “Isto é, pois o apoio domiciliário é o apoio, pois...pois”</p> <p>Investigadora: “Da alimentação!”</p> <p>F – Investigadora: “Já disseste que era do serviço de apoio domiciliário.”</p> <p>Participante: “Sim!”</p> <p>Investigadora: “Em que vertentes?”</p> <p>Participante: “É a alimentação.”</p> <p>Investigadora: “Pronto! A nível informal tem alguém que a ajude?”</p> <p>Participante: “A minha mãe, sim. Quando pode.”</p> <p>G – Investigadora: “Além do serviço de apoio domiciliário usufruem de ajuda de outra pessoa? De um amigo, de um familiar mais próximo?”</p>
--	--	--	--

			<p>Participante: “Sim é de uma pessoa que cá vem limpar a casa.”</p> <p>H – Investigadora: “Usufruí do serviço de apoio domiciliário, já me disse, mas além deste serviço usufruí de uma outra ajuda, de um familiar, de um amigo?! Ou são só vocês os dois?”</p> <p>Participante: “Não percebo!”</p> <p>Recetor de cuidados: “Só os dois!”</p> <p>Investigadora: “São só os dois?”</p> <p>Participante: “Só os dois, só os dois.”</p> <p>Investigadora: “Pronto.”</p> <p>Participante: “Está aí a minha cunhada, a Fernanda. Também mora no 1º andar, de maneira que convive com agente né.”</p> <p>Investigadora: “Mas presta algum apoio?”</p> <p>Participante: “Não, não...”</p> <p>Recetor de cuidados: “Por enquanto não. Se precisarmos...”</p> <p>Investigadora: Ela está disponível, não é?!”</p> <p>Participante: “E vice-versa também.”</p> <p>I – Participante: “Sim...”</p> <p>Investigadora: “Do serviço de apoio domiciliário...”</p> <p>Participante: “Sim.”</p> <p>Investigadora: “Além deste serviço tinhas alguém que te pudesse ajudar a cuidar da mãe?”</p> <p>Participante: “Sim, a minha irmã e o meu pai.”</p> <p>J - Investigadora: “Além do serviço de apoio domiciliário tem alguém que preste algum tipo de suporte?”</p> <p>Participante: “Sim, tenho uma tia minha que vai lá a casa todos os dias duas ou três vezes e vê se ele precisa de água dentro da garrafinha pequenina dele, vê se precisa lavar uma loiça, vê o que é necessário ou fazer-lhe algum mandado e faz.”</p>
		<ul style="list-style-type: none"> ▪ Essa ajuda é/era importante para si? 	<p>A – “Êii... acho que seja.”</p> <p>B – Investigadora: “Acha que o serviço de apoio domiciliário é importante para si? Para si e para o seu esposo? Para si porque a ajuda a cuidar do esposo. Acha que sem o serviço de apoio</p>

			<p>domiciliário você conseguia cuidar do seu esposo?”</p> <p>Participante: “Por enquanto (pausa) ainda consigo.”</p> <p>Investigadora: “Sim, mas você tem o serviço de apoio domiciliário não é? Que a ajuda a cuidar do Sr. Grave, certo?! Se você não tivesse essa ajuda não era mais difícil?”</p> <p>Participante: “Era...tão a ajuda que eu tenho...”</p> <p>Técnica responsável pelo SAD: “É o almoço não é? Eles trazem-lhe o almoço, o jantar... e quando precisa, eles...” (a participante interrompe).”</p> <p>Participante: “Tão... fazia-o na, à mesma. Uma vez deixaria quêmar, outra vez deixaria cru. A minha cabeça não regula santa. Sou franca.”</p> <p>C – Participante: “Siiim.”</p> <p>Investigadora: “Do centro de dia? Aii do serviço de apoio domiciliário?”</p> <p>Participante: “Sim... sim...”.</p> <p>D- Participante: “Muito. Éi, óh filha é como te digo. Tou mais descansado, tou mais descansado com as compras e fazer a comida. Embora faça mais alguma coisa, mas já é o mínimo, é o mínimo tás a perceber.”</p> <p>E- Investigadora: “E essa ajuda é importante para si? Do serviço de apoio domiciliário ou não?!”</p> <p>Participante: “É, é importante.”</p> <p>F – “Claro, assim não se está, pronto... Não se precisamos de tar a dar, a fazer comida para ele!”</p> <p>G – Investigadora: “E essa ajuda é importante para si tanto do serviço de apoio domiciliário como dessa senhora porquê?”</p> <p>Participante: “Porque cert...não posso fazer. Haaa mesmo o médico lá disse logo para arranjar porque não podia e eu não sinto forças para isso.”</p> <p>H – Investigadora: “E essa ajuda do serviço de apoio domiciliário é importante porquê para si?”</p> <p>Participante: “Não percebo bem não!”</p> <p>Investigadora: “O serviço de apoio domiciliário são as senhoras do lar, certo?”</p> <p>Participante: “Sim!”</p> <p>Investigadora: “E você tem esse apoio na alimentação. Porque é que esse apoio é importante para si?”</p> <p>Participante: “Porque ela já não era capaz de fazer o dia-a-dia aos alimentos, tinha dificuldade nisso.”</p> <p>Investigadora: “E você também, se calhar, não se ajeita muito bem na comida.”</p> <p>Participante: “Não, não...e não tou e muita das vezes não tou presente, tenho outras a fazer não é ?! Uns biscates em casa. Lá na Costa estava sempre...haaa”</p> <p>Investigadora: “Entretido com outras coisas!”</p> <p>Participante: “Entretido com outras coisas.”</p>
--	--	--	--

			<p>I – Investigadora: “Agora relativamente ao serviço de apoio domiciliário, achas que essa ajuda é importante para ti porquê?”</p> <p>Participante: “Porque o passado que a minha mãe tinha foi... como é que eu hei-de dizer... a minha mãe, o estado de saúde dela foi-se agravando e então devido a isso agente acabamos por recorrer a esse serviço.”</p> <p>Investigadora: “E a irmã e o marido também ajudam porque se não tivesses disponível para cuidar porque estás a trabalhar, eles também ajudavam.”</p> <p>Participante: “Sim, sim, tinha que ter lá alguém para cuidar dela porque ela sozinha não, não conseguia estar.”</p> <p>J – Investigadora: “Dentro dos suportes que têm, ou seja, a nível formal e informal, que é o serviço de apoio domiciliário e essa tia, essa ajuda é importante para si porquê?”</p> <p>Participante: “Essa ajuda é muito importante para mim porque é ao fim ao cabo os meus olhos, os meus ouvidos e vem colmatar a minha não presença...”</p> <p>Investigadora: “A ausência.”</p> <p>Participante: “A minha deficiência em presença, portanto digamos que descansa-me um bocadinho porque de sei que de uma forma ou de outra ele está a ser vigiado.”</p> <p>Investigadora: “Tem os cuidados assegurados. Certo!”</p>
		<p>▪ Porquê?</p>	<p>A - Óh, tão porque eu às vezes não tô abalo mais cedo e vêm...lava-la, vêm vesti-la, vêm coiso...pronto quêla agora já tá melhorzinha, mas... teve aiií de cama não se levantava e eu também não (consequia prestar os cuidados), pois...”</p> <p>B- No diálogo anterior.</p> <p>C – Investigadora: “E porque é que considera importante essa ajuda? O serviço de apoio domiciliário, por exemplo?!”</p> <p>Participante: “Porque nós sozinhas não conseguia-mo lhe dar banho...”</p> <p>Investigadora: “E ao nível da sua mãe? É ela que colmata o período em que você está a trabalhar...”</p> <p>Participante: “Exatamente!”</p> <p>Investigadora: “Certo?”</p> <p>Participante: “Certo...”</p> <p>Investigadora: “Quer dizer mais alguma coisa nesta questão?”</p> <p>Participante: “Não...”</p>

			<p>E – Investigadora: “E é porquê?! Porque é que é importante para si?”</p> <p>Participante: “Foi por aquilo que eu acabei de dizer. Evita o trabalho de comprar as coisas, de trazer, de ter o trabalho de fazer a comida, do comer já não... já custa muito. Mas depois tem de ser lavar a loiça, tem que se fazer tudo, essas coisas. E atão acaba, acaba por ser muito mais fácil.”</p> <p>Investigadora: “Vocês também precisam de lavar a loiça no serviço de apoio domiciliário?”</p> <p>Participante: “Ah, pois, mas isso é...” (a recetora de cuidados interrompe)</p> <p>Recetora de cuidados: Não, tem que se lavar...”</p> <p>Investigadora: “Pois, os pratos...”</p> <p>Recetora de cuidados: “Não, o vasilhame que vêm.”</p> <p>Investigadora: “Pois, é isso que eu estava a perguntar.”</p> <p>Participante: “Pois, é isso que está a dizer.”</p> <p>Investigadora: “Exato.”</p> <p>Recetora de cuidados: “Tão mas isso eu faço.”</p>
	Conhecimentos técnicos e necessidades identificadas	<ul style="list-style-type: none"> Considera que dispõe dos conhecimentos necessários para cuidar do idoso? 	<p>A – Investigadora: “Por ex. se acontecer aqui alguma situação durante a noite?” “Participante: “Tão... terei de telefonar aos bombeiros.”</p> <p>Investigadora: “Precisa de ajuda ou precisa de ... de... ou consegue fazer sozinho? Precisa de alguém para ajudar ou precisa de chamar os bombeiros dependendo da situação, sim! ...”</p> <p>Participante: “Pois, pois... pois, se tivêre que ir ao médico.”</p> <p>Investigadora: “Mas, numa situação normal?”</p> <p>Participante: “Pois... Não, não, não... não chamo ninguém não, eu trato do, do assunto, pois...”</p> <p>B – Investigadora: “Acha que por exemplo...se o seu esposo imagine que caísse?” (a participante interrompe)</p> <p>Participante: “Não era capaz de o levantar...”</p> <p>Para fazer transferências? Por exemplo! O Sr. Grave ainda consegue andar sozinho não é?! Mas secalhar se precisasse de ajuda...” (a participante interrompe)</p> <p>Participante: “Agarrado ali aquela maquineta que o leva (concentrador de oxigénio). (Pausa) Sa largar, se a alargar não sei se será capaz de chegar a casa de banho.”</p> <p>Investigadora: Pois, e você depois também não o consegue levar...”</p> <p>C- Participante: “Os básicos, sim.”</p> <p>D – Participante: “Até certo ponto, tenho.”</p> <p>Investigadora: “Por exemplo aqui ao nível da medicação. Você percebe o que o médico diiizzz?!”</p> <p>Participante: “Sim...tenho. Ainda hoje eu expliquei, ela explicou-me e eu tenho tado a fazer como ela disse...”</p> <p>Investigadora: “Consegue compreender não é Sr. António?”</p>

			<p>Participante: “Pois, pois...”</p> <p>Investigadora: “Porque à pessoas que os médicos estão a falar, por exemplo a minha avó Manuela... o médico estar a falar ou não tar a falar para ela é igual.”</p> <p>Participante: “É como o teu avô, é a mesma coisa. E então... eu até certo ponto, e já tenho 83 anos também às costas tás a compreender, mas ainda tenho assim a mente, graças a deus ainda me lembro de tudo e tá... tá. Já não tá tão afinada como noutros tempos, mas enfim... mas vou-me safando... vou-me safando.”</p> <p>Investigadora: “Então e no banho, acha que tem os conhecimentos necessários para ajudar a sua esposa?”</p> <p>Participante: “Tenho. Tenho sim senhora.”</p> <p>Técnica responsável pelo SAD: “Diga lá o que é que aconteceu agora no banho para ajudar a D. Mariana no banho. Qual foi a forma, uma ajuda técnica que arranjou para colocar a D. Mariana na banheira?”</p> <p>Participante: “A cadeira. Na banheira.”</p> <p>Investigadora: “Porque não conseguia e isso veio facilitar, certo?!”</p> <p>Participante: “Veio, sabes porquê. Porque, eu já lhe vou mostrar vocês, porque ela senta-se, eu tiro-lhe as tampas da banheira para fora, ponho a cadeira, ela senta-se na cadeira, depois a cadeira roda dentro de banheira, fica ali sentadinha, depois com o chuveiro, ensabua-se e tal...”</p> <p>Investigadora: “Mas é mais seguro...”</p> <p>Participante: “É mais seguro!” (...)</p> <p>E – “Acho que sim.”</p> <p>F- Participante: “Eu acho que sim.”</p> <p>Investigadora: “Ainda por cima sendo... haaa trabalhadora de serviços gerais, certo?!” Já tens alguma formação!”</p> <p>Participante: “Claro, exatamente. Já tenho alguma formação nisso, já sei.”</p> <p>G – Participante: “Por enquanto tenho.”</p> <p>H – Participante: “Eu acho que sim!”</p> <p>I – Participante: “Sim!”</p> <p>Investigadora: “Achas que... sentes... isto também tem a ver com a tua profissão. Disseste a tua profissão disseste, não disseste?! Achas que isto também tem a ver com a tua profissão?”</p> <p>Participante: “Sim. Acho que sim. Por um lado sim, mas por outro lado também sempre fui uma pessoa que... como é que hei-de explicar...epá eu acho que se tivesse capacidades eu tinha estudado para enfermagem.”</p> <p>Investigadora: “Gostas?”</p>
--	--	--	---

			<p>Participante: “Gosto!”</p> <p>Investigadora: “Isso já é um ponto a favor né?!”</p> <p>Participante: “Sim, gosto é uma parte que eu gosto e de cuidar e de todas essas coisas.”</p> <p>Investigadora: “Não é toda agente que consegue fazer a higiene e tu sabes.”</p> <p>J – Participante: “Não, nunca se tem conhecimentos suficientes para coisa nenhuma quanto mais para tratar de um idoso. De qualquer das maneiras posso não ser, haa... especialista, mas como trabalhei no lar de terceira idade tenho alguns conhecimento e isso facilita.”</p>
		<p>▪ Quais as necessidades sentidas durante a assunção do papel de cuidador?</p>	<p>A – “Agente às vezes, às vezes quer sair um cadinho pra cima e coiso e nãã posso. Tenho dias... tenho dias que saio e outros dias ô fim-de-semana dou uma voltinha. É pro trabalho e do trabalho, olha agora tenho que ir fazer a brasêra e tenho que ir aqui arrumar isto.”</p> <p>B – Investigadora: “O que é você precisava?”</p> <p>Participante: “Ôhh filha... Que eu precisava?! Precisava aqui de...de uma ajudaaa para limpeza.”</p> <p>Técnica responsável pelo SAD: “Mas também se pode pedir esse serviço.”</p> <p>Participante: “Pois, mas é que me pediram muito dinheiro só de lhe vir dar banho e coiso, pediram-muitíssimo dinheiro.”</p> <p>Técnica responsável pelo SAD: “Mas agente podemos falar nisso, podemos falar nisso... Elas vinham uma vez por semana, um dia...uma semana limpavam uma casa, na outra limpavam outra e faziam assim. Podemos falar nisso... agora quando a Daniela... depois falamos disso, se não a Daniela não acaba o trabalho dela.”</p> <p>Participante: “Pediram quase o...quase a, a, a reforma dele, a coisa, a doutora.”</p> <p>Técnica responsável pelo SAD: “Ah isso não... não! Não, Não... Isso depois logo se fala nisso, podemos falar nisso.”</p> <p>Investigadora: “Sentia necessidade era de uma pessoa para ajudar na limpeza é isso? Porque você também já não consegue! Tem problemas de saúde.”</p> <p>Participante: “Eu fui operada a um cancro, mas fiquei bem. Mas agora vieram outras complicações quê nã sei, tô em estudos. Nã sei se será outro... Outro sei eu que tenho aqui, cá um médico que tratou de mim que disse para eu não deixar mexer aqui, que ele podia tar a dormir e ô depois...”</p> <p>Investigadora: “Se o fossemos acordar podia ser pior não é, podia haver consequências maiores... exato.”</p> <p>Participante: “Tenho problemas de coração, de nervos... olha eu não sei o que tenho. Tenho tudo... tô pior que aquelas árvores que dão toda a qualidade de frutos e ô depois deixam de dar.”</p> <p>C - Investigadora: “Sente necessidade de alguma formação ou de algum outro apoio?! Já tem a</p>

			<p>mãe e já tem o serviço de apoio domiciliário, mas ainda assim continua a sentir alguma necessidade enquanto cuidadora?”</p> <p>Participante: (silêncio durante alguns segundos) “O tempo livre!”</p> <p>D – Investigadora: Então além da alimentação e dessa cadeira do banho sente mais outras necessidades ou essas foram as únicas necessidades que você sentiu?”</p> <p>Participante: “Não...Sim, essas foram, as outras não... faço eu as outras necessidades (risos).</p> <p>E – Participante: “Não...”</p> <p>Investigadora: “Conhecimentos técnicos. Acha que tem os conhecimentos técnicos todos?”</p> <p>Participante: “Não, os conhecimentos de... de assistência por causa da saúde não... não tenho nenhuns.”</p> <p>F – Participante: “Haaaa...como assim?”</p> <p>Investigadora: “Por exemplo, já tens formações certo?!”</p> <p>Participante: “Sim, sim.”</p> <p>Investigadora: “Pronto, mas além dessas formações, achas que tens necessidade de alguma outra formação que não tenhas tido até agora?”</p> <p>(silêncio)</p> <p>Investigadora: “Tens alguma dificuldade em prestar cuidados?”</p> <p>Participante: “Não tenho, pronto. Eu não tenho é muita prática porque não estou ligada mesmo a isso.”</p> <p>Investigadora: “Ao serviço de apoio domiciliário?”</p> <p>Participante: “Exatamente. Pronto não, aqui o meu serviço aqui é limpezas, uma vez ou outra é que faço esse serviço.”</p> <p>Investigadora: “Exato. E nas transferências, nos banhos?! Nunca fizeste hígienes?!”</p> <p>Participante: “Já, já fiz, mas tipo mesmo só de... de banho... mesmo compl... total ainda não fiz nenhum.”</p> <p>Investigadora: “Pronto, secalhar tens mais necessidade nessa parte!”</p> <p>Participante: “Porque... mas o meu avô ainda dá banho sozinho.”</p> <p>Investigadora: “Então assim não sentes nenhuma dificuldade ?!?!?”</p> <p>Participante: “Não...”</p> <p>G – Investigadora: “Tem alguma necessidade de formação ou de algum um outro aspeto que precise?”</p> <p>Participante: “Pois, ainda não preciso. Disso ele ainda não precisa.”</p> <p>Investigadora: “Você, você!!!”</p> <p>Participante: “Pois, eu ainda não preciso de ter mais que aquilo que tenho. Por enquanto né...”</p>
--	--	--	--

			<p>Investigadora: “Mas você sente alguma necessidade em termos de lhe prestar cuidados ou o seu esposo ainda consegue fazer tudo mais ou menos?”</p> <p>Participante: “Sim, mais ou menos consegue fazer!”</p> <p>H – Participante: “Não!”</p> <p>Investigadora: “Por exemplo. Vou-lhe dar um exemplo: acha que precisava de alguma formação se a sua esposa tivesse a necessitar de transferências?”</p> <p>Participante: “Ahh isso, ah isso não, não há problema nenhum. Está sempre em primeiro lugar e eu julgo que ela será o mesmo comigo.”</p> <p>Investigadora: “Pronto!”</p> <p>I – Investigadora: “E mesmo dentro dos conhecimentos que tu tens porque trabalhas diariamente com idosos, ou seja, és uma cuidadora informal da mãe, mas também és formal, sentes alguma necessidade?! Tens alguma necessidade enquanto cuidadora?! Achas que precisavas de saber alguma coisa mais?!”</p> <p>Participante: “Epá acho que não. Não sei...”</p> <p>Investigadora: “Tens assim tudo... Alguma formação que tu achavas que fosse necessária para ti?! Estou aqui a...”</p> <p>Participante: “Não, mas acho que não. Acho que não”</p> <p>Investigadora: “Pronto, tão se não, não!”</p> <p>Participante: “Não sei, acho que não.”</p> <p>J – Participante: “Sinto...”</p> <p>Investigadora: “Também pode ser em termos de formação, isto abarca aqui várias áreas.”</p> <p>Participante: “Sim. Eu sendo cuidadora sinto, principalmente, necessidade no...haaa não lhe queria chamar apoio psicológico...”</p> <p>Investigadora: “No acompanhamento...”</p> <p>Participante: “No acompanhamento de alguém que não é que servisse de mediador entre nós, mas que fosse ao fim ao cabo também lhe prestando cuidados a ele, de forma a que ele de alguma forma, pouco a pouco, fosse aceitando as coisas de outra forma.”</p> <p>Investigadora: “Não tão autoritária!”</p> <p>Participante: “Exatamente!”</p> <p>Investigadora: “Dobrasse um bocadinho digamos assim.”</p> <p>Participante: “Exatamente!”</p>
	-----	<p>▪ Sente alguma dificuldade no ato de prestar cuidados ao idoso dependente?</p>	<p>A - “Haaa, não... tem que agente arranjar tempo (pausa) tem que agente arranjar tempo pra isso néi, pois...”</p> <p>B – Investigadora: “Você já disse que uma necessidade era uma senhora da limpeza, pronto. Mas,</p>

			<p>atualmente... isso é uma necessidade. Uma dificuldade que você tenha a fazer alguma coisa ao Sr. Manuel. O que é que você tem mais dificuldade a fazer-lhe a ele, que precisava de ajuda também?”</p> <p>B – Participante: “Não, por enquanto vou dando conta.”</p> <p>Investigadora: “ Não tem dificuldades ?!?!?”</p> <p>Técnica responsável pelo SAD: “Nem no banho, nem ajudar-lhe a dar banho, nem nada?!?”</p> <p>Participante: “Não...ele... ainda vai conseguindo. Leva a maquineta até à casa de banho. Meto lá um tapete para não escorregar e tenho outro no chão que apanha a casa de banho para ele quando sai de lá não escorregar à mesma. Para ele dar banho, tenho lá um, um coiso que os meus genros lá montaram, tipo um banco, mas é montado na banheira.</p> <p>Investigadora e Susana: Sim. Uma adaptação sim, pois porque assim facilita a entrada para banheira não é?!?”</p> <p>Participante: “Só que ele, ele isso não pode fazer, não se pode sentar.”</p> <p>Técnica responsável pelo SAD: “Porque não pode tirar o oxigénio não é?! Ele tira o oxigénio no banho?”</p> <p>Participante: “Não. Dá banho de pé e agarra-se à janela.”</p> <p>Investigadora: “Não tira o oxigénio?”</p> <p>Participante: Não. Não tira, nem de noite nem de dia.”</p> <p>C – Participante: “Não, por enquanto não.”</p> <p>D – Participante: “Não, até à data não. Não sinto dificuldade nenhuma.”</p> <p>E – “Não sinto dificuldade. Às vezes só sinto é tristeza por ter que fazer isso né.”</p> <p>Investigadora: “Fazer o quê?”</p> <p>Participante: Por tar, por ter que a assistir em muitas coisas.”</p> <p>Investigadora: “É sinal que ela também já... já precisa de outro tipo de cuidados que você não precisa né?!?!?”</p> <p>Participante: “Não...por enquanto ainda não.”</p> <p>Investigadora: “Também já é a idade...”</p> <p>Participante: “Pois é mais isso.”</p> <p>Investigadora: “Para lá caminhamos, todos.”</p> <p>Participante: “Pois... Não é só mais a base do... as outras coisas ela não precisa de ajuda para coisa nenhuma. Mas é só o...É o esquecer das coisas”. (...)</p> <p>G – Participante: “Não, não...”</p> <p>H – Participante: “Não! Por enquanto dou conta disso tudo.”</p> <p>I – Participante: “Não. Não porque agente como a minha mãe tinha problemas oncológicos, a</p>
--	--	--	--

			<p>minha mãe já vinha de trás o facto de ela não ter o cabelo, de não ter a mama, de não ter essas coisas todas e eu fui sabendo lidar com essas situações.”</p> <p>Investigadora: “Diariamente.”</p> <p>Participante: “Diariamente.”</p> <p>Investigadora: “Não foi um impacto para ti!?”</p> <p>Participante: “Não, não. Até porque a última vez quem lhe cortou o cabelo fui eu.”</p> <p>Investigadora: “Pois tu és uma guerreira.”</p> <p>Participante: “É assim. Independentemente do que tu me consideras, mas é isso.”</p> <p>J – Participante: “É assim eu estou com anemia em último grau e estou sempre muito cansada e estou sempre com muita...muita dificuldade de concentração. Em termos físicos, por exemplo para eu lhe dar banho ou para qualquer coisa que eu faço de esforço tenho que me sentar logo, tenho que descansar, pronto. Haaa em termos psicológicos esgota completamente... esgota completamente!”</p> <p>Investigadora: “A maior parte das queixas, das queixas isto é, das dificuldades é relativamente essa sobrecarga. Torna-se exaustivo.”</p> <p>Participante: “Pois porque é assim, em termos físicos eu percebo que o meu cansaço vem da anemia e não do esforço que faço com ele. O que é certo é que se eu estivesse bem eu conseguia cuidar dele com met...um quarto do esforço que faço agora. Em termos psicológicos é esgotante porque nós a todo o momento temos que planear sistemas para os levar a fazer aquilo que menos os prejudique, como o facto do comer, do não comer isto e comer aquilo.”</p> <p>Investigadora: “É diabético?”</p> <p>Participante: “Ele é diabético, ele é hipertenso, ele é tem problemas de coração. Na questão dos diabetes por exemplo ele durante o dia praticamente não come e depois durante a noite come um saco de bolos com uma ucal.”</p> <p>Investigadora “Pois não faz uma alimentação equilibrada e isso depois tens glicémias de...”</p> <p>Participante: “E não há hipótese de eu lhe conseguir tirar os bolos e a ucal, a não ser assim: a partir de agora não compro e toda agente à sua volta está proibido de lhe comprar, o que é uma guerra que eu estou a comprar de mal disposição e de...”</p> <p>Investigadora: “Sim Sim...Até para as outras pessoas!”</p> <p>Participante: “Até para as outras pessoas...”</p> <p>Investigadora: “Porque depois também não compreendem.”</p> <p>Participante: “Exatamente.”</p> <p>Investigadora: “Certo!”</p>
--	--	--	---

		<ul style="list-style-type: none"> ▪ Refira quais as dificuldades sentidas. 	A -
Impacto da prestação de cuidados no cuidador	Possíveis alterações adversas no cotidiano do cuidador	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Como considera o impacto da prestação de cuidados ao idoso dependente no cuidador? 	<p>A – Investigadora: “No geral, como é que avalia este impacto, ou seja, você é cuidadora da D. Maria Joana, mas no geral acha que isso condiciona muito a sua vida ou é mais...ou faz com, com bom agrado, com gosto?”</p> <p>Participante: “Pois então faço com gosto, com agrado, faço... tem que ser, pois...pois...apesar de prender-me um cadinho a mim.”</p> <p>Investigadora:“ Então mas se eu lhe perguntasse diretamente como é que avalia esse impacto de cuidar da... da sua mãe... você dizia-me que era uma situação mais positiva ou mais negativa? Faz de conta que a D. Maria Joana não tá aqui, isto é pra nós. Veja lá no geral, se era mais um impacto positivo ou mais um impacto negativo na sua vida?</p> <p>Participante: “Eu acho, eu acho que é positivo, não sei...”</p> <p>B – Participante: “ Não sei como hê-de responder santa.”</p> <p>Investigadora: É assim, prestar cuidados pode ter um impacto positivo para si, mas também pode ter um impacto negativo. Um impacto positivo porque você pode gostar de cuidar, mas não conseguir e depois negativo é porque isso implica também constrangimentos para si, você não consegue, fica doente. Agora também me estava a dizer que também tem aí outro diagnóstico de um tumor, provavelmente...”</p> <p>Participante: “Eu até estava deitada...ali no sofá”</p> <p>Investigadora: “Exato... Então e o que é que acha que é mais positivo ou mais negativo?”</p> <p>Participante: “Neg, Positivo!”</p> <p>Investigadora: “É positivo?!”</p> <p>Participante: “Eu levo os dias deitada.”</p> <p>Investigadora e Susana: “Então é negativo, é negativo. Trata dele e deita-se.”</p> <p>Participante: “Trato dele e deito-me.”</p> <p>Investigadora: “Porque está sobrecarregada.”</p> <p>Participante: “Porque desde, desde que parti então o braço, fiquei assim...para coser e coiso, de maneira nenhuma. ”</p> <p>C – Investigadora: Ao nível geral, ou seja, começou esta prestação de cuidados à cerca de um mês. Como é que avalia no geral esta prestação de cuidados, acha que é mais através de um impacto positivo, ou seja, trás benefícios à sua vida ou é mais com um impacto negativo, está mais sobrecarregada, tem menos tempo para si...</p> <p>Participante: “Exatamente...”</p> <p>Investigadora: “É mais negativa?!”</p>

			<p>Participante: Abanou com a cabeça que sim.</p> <p>D – Investigadora: “Então e assim a nível geral, ou seja, você agora vai pensar diariamente, agora nos últimos dias como é que avalia a situação de prestar cuidados. Avalia como mais uma forma negativa ou como mais uma forma positiva.”</p> <p>Participante: “Óh, como mais uma forma positiva.”</p> <p>Investigadora: “Negativa não quer dizer que esteja a tratar mala sua esposa. Pode haver mais sobrecarga, você pode não ter tempo para fazer aquilo que gosta. É que as pessoas ficam um bocadinho constrangidas de... está perceber. O negativo aí...”</p> <p>Participante: “Vou tendo tempo.” (...) “O negativo... Não para dizer amanhã já não posso...”</p> <p>Investigadora: “Não... não é isso. A nível geral Sr. António, como é você acha... qual é o impacto que isso tem para si. Não é para sua esposa. É um impacto mais positivo ou mais negativo. Positivo é assim: você não se importa de cuidar...”</p> <p>Participante: “Não...”</p> <p>Investigadora: “Mas isso não interfere na sua rotina cotidiana. Você tem tempo para ir ao café, se quiser ir, tem tempo de, imagine... pronto.”</p> <p>Participante: “Pois, tenho...”</p> <p>Recetora de cuidados: “Ele vai beber um café ao almoço e eu fico lavando a loiça.” (...) O impacto negativo...”</p> <p>Participante: “Tenho tempo para tratar aí da horta também...”</p> <p>Investigadora: “Pronto, então é positivo.”</p> <p>Participante: “Pois... vou tratando de tudo. Um bocado... bocadinho em cada lado.”</p> <p>Investigadora: “Há pessoas que gostam de cuidar. Porque você agora também já está reformado. Agora imagine eu ou a Susana a cuidarmos dos nossos avós...”</p> <p>Participante: “Não podiam...”</p> <p>Investigadora: “Pois, nós até poderíamos cuidar, mas isso secalhar tinha um impacto mais negativo porque estávamos sobrecarregadas. É mais nesse sentido. Pronto.”</p> <p>Participante: “Com certeza. Não podiam, pois... não podiam não, mas eu vou podendo.”</p> <p>E – “Ou seja, você já me disse que se precisar de ir á rua você vai com a sua esposa sempre, não é?! Que não há assim grandes cuidados a ter com ela. É só nos pequenos esquecimentos que ela tem, pronto. Então a nível geral como é que avalia este impacto?! É positivo ou negativo na sua vida?!”</p> <p>Participante: “Ora positivo não pode ser, pois. É mais, é mais... é mais momentos positivos e outros negativos néi.”</p> <p>Investigador: Sim, mas a nível geral como é que avalia... esta prestação... este cuidado à sua esposa? Aqui o negativo não é num sentido pejorativo. O negativo quer dizer que se você tiver</p>
--	--	--	---

			<p>um impacto mais negativo quer dizer que está mais sobrecarregado, pode estar mais cansado.”</p> <p>Participante: “Pois...Não!”</p> <p>Investigadora “Não... é mais positivo.”</p> <p>Participante: “É mais positivo.”</p> <p>F – Investigadora: “É de uma forma mais positiva, eu agora vou-te explicar ou de uma parte mais negativa: mais negativo isto não tem um sentido pejorativo. Mais negativo isto pode ser assim: como tu estás a trabalhar, se estivesses que cuidar dele diariamente, ele secalhar não está tão dependente quanto isso pronto, precisa de alguma ajuda, mas não está totalmente dependente, mas secalhar se tivesse tinha um impacto mais negativo para ti.”</p> <p>Participante: “Era mais complicado era.”</p> <p>Investigadora: “Mas agora, isto é muito subjetivo. Agora nível geral como é que tu avalias esta prestação... é mais positiva ou é mais negativa para ti?”</p> <p>Participante: “Então, é positiva, então...”</p> <p>Investigadora: “É mais positiva ?!”</p> <p>Participante: “É complicado, é complicado porque há nove anos pronto que cuido dele porque eu quero ir a algum lado e não sei quê não posso porque tenho sempre aquela preocupação, não posso fazer tudo o que quero, mas tenho não o queria deixar, por isso...”</p> <p>Investigadora: “ Mas a nível geral achas que é mais positivo ou mais negativo consoante o que estás a dizer?”</p> <p>Participante: “É mais negativo secalhar... sim!”</p> <p>Investigadora: “Exato, pois... e já justificaste a tua resposta.”</p> <p>G – Investigadora: “E a nível geral vamos supor: você cuida todos os dias certo?! A nível geral é muito difícil, ou seja, como é que avalia esta prestação de cuidados? É de uma forma mais positiva ou de uma forma mais negativa? Eu vou-lhe explicar: a forma mais negativa não quer dizer que seja mau para si, é mau para si no sentido em que você sente-se mais sobrecarregada porque tem que cuidar do esposo...”</p> <p>Participante: “Pois, mas como tenho as ajudas que vêm cá...”</p> <p>Investigadora: “Então é mais positivo ou mais negativo?”</p> <p>Participante: “É mais positivo”</p> <p>Investigadora: “Pronto. Certo!”</p> <p>H – Investigadora: “É mais positivo ou mais negativo?”</p> <p>Participante: “É mais positivo! É mais positivo...”</p> <p>Investigadora: “Não lhe trás nenhuma sobrecarga para si?”</p> <p>Participante: “Não, não, não!”</p>
--	--	--	---

			<p>Investigadora: “Pronto. Então e justifique lá a sua resposta: porque é que não?”</p> <p>Participante: “Porque é que não? porque habituei-me a isso, pronto. E de maneiras que não me custa.”</p> <p>Investigadora: “E também se calhar a sua esposa não está assim a precisar de grandes cuidados também, não é?!”</p> <p>Participante: “Não, não... às vezes precisa.”</p> <p>Recetor de cuidados: “Às vezes necessito pronto e ele ajuda nessas coisas.”</p> <p>Participante: “Pois, pois!”</p> <p>Investigadora: “Exato.”</p> <p>Participante: “Esfregá-las as costas, as pernas. Isso faço eu tudo, quando ela não consegue.”</p> <p>Investigadora: “Quando não consegue, quando está mais debilitada não é D. Maria?”</p> <p>Participante: “Pois! E ela vice-versa a mesma coisa, faz o mesmo.”</p> <p>I – Investigadora: “Durante o tempo que prestaste os cuidados, tu sabes que a nível formal é um desgaste e não estamos a cuidar de pessoas que nós gostamos. Isto é só para te fazer explicar: Durante o tempo que cuidaste, achas que... qual é que foi o impacto desse cuidado. Foi mais positivo para ti ou foi mais negativo? Eu vou-te explicar: negativo não quer dizer que não gostes da tua mãe... foi que estás a trabalhar tinhas que cuidar dela porque eras a principal cuidadora ou foi um impacto mais positivo? Não te deu constrangimentos nenhuns à tua vida...”</p> <p>Participante: “Não, não, não. Não fui uma pessoa que lidasse mal com a situação. Por isso como eu nunca... encarei sempre as coisas de forma positiva, acho que fui sempre...haaa nunca me fez confusão tratar dela, estás a ver?! E de fazer as coisas que ela necessitava na altura. Acho que isso, pronto.”</p> <p>Investigadora: “Então avalias o cuidar dela como um impacto mais positivo?”</p> <p>Participante: “Sim, sim, sim, sim!”</p> <p>J – Investigadora: “Como é que avalia, desde que começou a cuidar do pai, como é que avalia esse impacto de lhe prestar cuidados. É mais em termos positivos ou é mais uma sobrecarga e por isso é mais negativo? Segundo o que você me disse é mais uma questão negativa na sua vida.”</p> <p>Participante: “Para mim é, para mim sem dúvida nenhuma.”</p> <p>Investigadora: “Eu tenho que explicar porque as pessoas às vezes... você percebe, mas as pessoas às vezes vêm o negativo não é por agente não gostar do pai, é porque isso tem uma sobrecarga...”</p> <p>Participante: “Para mim é, para mim é mais uma coisa a que eu tenho que me dedicar. Facilitava-me muito por exemplo o facto de ele agora ter ficado na minha casa em Évora. Ele saía do Hospital e ia para minha casa e eu lá na minha casa dava-lhe de comer, vestia-o, e ia fazendo as coisas à medida. Assim eu estou em Évora, ele está cá, tem cá o apoio, tem cá a minha tia que lhe</p>
--	--	--	--

			<p>presta o apoio, mas eu na realidade tenho que cá vir de vez em quando e estou sempre preocupada. Portanto é nestas coisas que eu, né... esgota-me!”</p>
		<ul style="list-style-type: none"> ▪ Justifique a sua resposta; 	<p>C – Participante: “Ahh, por... por... falta de tempo... estou mais sobrecarregada, por causa dos meninos também.”</p>
		<ul style="list-style-type: none"> ▪ O facto de tornar-se cuidador mudou alguma situação no seu cotidiano? 	<p>A – Participante: “Nããã.” Investigadora: “Estava-me a dizer que isso condiciona o seu tempo livre...você quer ir sair...” Participante: “Não, tão sêu, pois... e nãa posso, tenho dias que nãa posso, néi. Também geralmente de semana, ao fim-de-semana é que saio mais, de semana não, mas isso sempre prende um cadinho, néii?! Poi...” B- Participante: “Não...” Investigadora: “Continua a fazer as mesmas coisas que fazia quando não cuidava do seu esposo?” Participante: “Abanou com a cabeça que sim.” Investigadora: “É?” Técnica responsável pelo SAD: “Se precisar de ir à rua vai à rua?” Investigadora: “Vou (pausa) mas é...eu é raro sair daqui.” Técnica responsável pelo SAD: “Custa a sair... do buraco.” Participante: “Passam-se semanas e meses. Só saio quando vou receber a reforma, vou dar as contas à farmácia, dar as contas lá no centro onde estava porque eu estava lá no centro (centro de dia). Investigadora: “Continua a fazer as mesmas coisinhas que fazia antes de cuidar do esposo, é isso?!” Participante: (Abanou com a cabeça que sim) C – Participante: “ Sim...mudou a rotina” Investigadora: “Você costuma (netos aos gritos a interromper) você costuma... (os netos</p>

			<p>continuam a interromper aos gritos) você continua a fazer as mesmas... você continua a fazer as coisas que fazia antes de prestar cuidados?” (continuam a interromper)</p> <p>Participante: “Daniela, filha, faz lá a pergunta outra vez.”</p> <p>Investigadora: “O facto de tornar-se cuidador mudou alguma situação no seu cotidiano?”</p> <p>Participante: “Sss, sim...”</p> <p>Investigadora: “Por exemplo, você continua a fazer as mesmas tarefas e a mesma ro... continua com a mesma rotina que tinha anteriormente a esta situação.</p> <p>Participante: “Não.”</p> <p>D- Participante: “Não...”</p> <p>Investigadora: “Continua tudo igual”</p> <p>Participante: “Tudo igual... vou tendo tempo para tudo.”</p> <p>E- “Não, não mudou nada. (pausa) Não mudou nada porque já há bastantes anos desde que viemos para cá...”</p> <p>Investigadora: “Estão cá há quanto tempo Sr. Eduardo?”</p> <p>Participante: “Óh já, já... há trinta e tal anos que cá estamos. Eu fui reformado em... em 1 9 8 2, já há trinta e tal anos e então desde esse tempo para cá é que estamos sempre juntos. Eu só saio quando quer.... Se estiver que ir sair de casa para ir lá abaixo ou aqui ou além vou com ela.”</p> <p>Investigadora: “Nunca a deixa aqui sozinha?”</p> <p>Participante: “Não... deixar sozinha às vezes deixo. Se tivermos que sair vamos os dois e se ela estiver que sair a fazer qualquer coisa lá em cima vai ela sozinha, e eu fico. Se eu estiver que sair sozinho também, ela fica à mesma. Em geral é sempre dois.”</p> <p>F – Participante: “Claro, não posso fazer tudo o que quero, nem posso estar secalhar estar quinze dias de fora e se ficar uma semana tenho que deixar tudo preparado para essa semana. É complicado!”</p> <p>G – Participante: “Não!”</p> <p>Investigadora: “Como é esposo e como é cuidadora do esposo e vivem sempre juntos não é?!” (a participante repete a última frase suprarreferida)</p> <p>H – Participante: “Não, não...”</p> <p>Investigadora: “Continua a fazer as mesmas coisas que fazia?”</p> <p>Participante: “Não, por exemplo... (o participante começou a dispersar no assunto e contar situações da sua vida pessoal que nada tinham a ver com a questão colocada e foi reformulada a questão).”</p> <p>Investigadora: “Você cuida da sua esposa não é e ela cuida de si, mas o facto de cuidar da sua esposa, ou seja, de estar com ela 24 horas, mudou alguma coisa na sua vida?”</p> <p>Recetor de cuidados: “Mudou porque ele gostava muito de estar onde estava e teve-se que mudar</p>
--	--	--	---

			<p>por causa de mim.”</p> <p>Investigadora: “Ahhh. Mas vieram-se embora lá de Lisboa por causa de si?”</p> <p>Recetor de cuidados: “Sim, por causa de eu estar doente, sim!”</p> <p>Investigadora: “Então e porque é que houve essa transição? Gostava mais de estar cá?”</p> <p>Recetor de cuidados: “Porque lá não tinha ninguém e aqui sempre tenho família.”</p> <p>Participante: “Lisboa é diferente, Lisboa é diferente...”</p> <p>Investigadora: “Pois aqui acontece alguma coisa toda agente sabe e lá...”</p> <p>Participante: “Pois, não. Há o vizinho, há a família...!”</p> <p>Recetor de cuidados: “Pois não temos assim vizinhos, as casas são separadas.”</p> <p>Participante: “Há muitas pessoas que ignoram o que é a vida de Lisboa (...).”</p> <p>I – Participante: “Não, eu não... eu mais ou menos consigo conciliar as coisas. Enquanto cuidadora acho que sempre tive sempre muita preocupação, o preocupar se ela estava bem, se não estava bem, se o que é que precisava, onde é que eu poderia...”</p> <p>Investigadora: “Nunca estás descansada mesmo que fosses sair!!”</p> <p>Participante: “Sim, sim, sim, sim.”</p> <p>J – Participante: “Como é óbvio em termos de tempo tem que mudar porque se eu estou a cuidar de alguém, o tempo que estou a dedicar a alguém estou a deixar de fazer outra coisa, sendo mulher nem que seja lavar a loiça, mas tento ao máximo não deixar que as horas que dedico ao meu pai se tornem um peso, um fardo insuportável, mas que se tornem um prazer!”</p> <p>Investigadora: “Boa, gostei!” (risos)</p>
		<p>▪ Se sim, em que aspetos?</p>	<p>C - Investigadora: “O que é que mudou?”</p> <p>Participante: “Huu...A nível de horários... e...e ter que tar mais em casa.”</p> <p>H – Investigadora: “E você gostava de fazer... quais eram as suas atividades?”</p> <p>Participante: “Quer dizer..., estava naquilo que gostei sempre, de maneiras que, mas é uma vida diferente não é.”</p> <p>Investigadora: “Mas quais eram as atividades que você fazia lá?”</p> <p>Participante: “Era Táxi!”</p> <p>Investigadora: “Sim, mas depois reformou-se, não foi?”</p> <p>Recetor de cuidados: “Tinha quintal, ia mexendo lá nas coisas que ele gostava: arranjar uma torneira, uma luz.”</p> <p>Participante: “Arranjava tudo!”</p> <p>Investigadora: “É isso que eu quero saber, percebe Sr. Luís?!”</p>

			<p>Participante: “Lá os biquinhos de casa, isso faço eu tudo. Lâmpadas, fiz ligações lá na Costa para a televisão. Eu fazia isso tudo, tudo!”</p> <p>Investigadora: “Agora por vir para aqui isso ficou um bocadinho condicionado não é?! Já não faz essas coisas, era isso que eu queria saber! Eu não quero saber cá outros campos, isso já faz parte da sua intimidade.” (risos)</p> <p>Recetor de cuidados: “Não, foi só porque ele estava a fugir do...”</p> <p>Investigadora: “Sim, sim, sim, sim!!! E fez bem porque não era aquilo que agente pretendíamos.”</p>
		<p>▪ Qual/quais a (s) situação mais exigente com que se deparou na prestação de cuidados?</p>	<p>A – Investigadora: “Aconteceu assim alguma situação mais marcante para si? Durante, desde esse ano...desde o ano passado que começou a cuidar da sua mãe até agora existiu algum momento que você sentisse mais dificuldade?”</p> <p>Participante: “óh mais dificuldade, tão isso da dificuldade...como hê-de dizêre, há sempre, há... pronto. É, é a pessoa querer sair e não pode e, e... (pausa) por isso as dificuldades não, não são....”</p> <p>Investigadora: “Aqui a colega disse que a D. Maria Joana esteve doente...”</p> <p>Técnica responsável pelo SAD: “Ela esteve no hospital e quando veio, já veio sem andar, sem...”</p> <p>Participante: “Pois...”</p> <p>Investigadora: “E isso não foi uma situação difícil para si? Ela estava acamada certo?”</p> <p>Participante: “Foi, tão, elas, elas...elas vinham aí e coiso.”</p> <p>Técnica responsável pelo SAD: “Foi quando pediram o serviço porque ele não conseguia...foi de um momento para o outro. Ela abalou bem e depois já veio acamada.”</p> <p>B- Investigadora: “Ou seja, desde que começou a cuidar do seu esposo qual foi a situação que foi mais complicada para si ao nível dos cuidados?”</p> <p>Participante: “Hum...Não foi nenhum”</p> <p>Investigadora: “Não teve?!”</p> <p>Participante: “Não...”</p> <p>Investigadora: “O facto do Sr. Grave tomar banho, não é complicado para si?”</p> <p>Participante: “Por enquanto...não... custa um cadinho, mas não, temos... temos-se governado.”</p> <p>C- Participante: “Mais exigente...?”</p> <p>Investigadora: “Houve alguma situação até ao momento que fosse mais exigente para si?”</p> <p>Participante: “Não...”</p> <p>Investigação: “A única situação foi o serviço de apoio domiciliário que você já tem no momento e que foi isso que veio colmatar aqui o período diurno, certo?”</p> <p>Participante: “Sim.”</p> <p>D – Participante: “A situação foi realmente a princípio eu ter que lhe fazer a higiene. Essa foi a que me custou mais e foi a enfim não estava habituado, tás a perceber?!, até que veio o pessoal lá</p>

			<p>do lar.”</p> <p>Investigadora: “Agente também não conhece e não sabe tudo, Não estamos habituados, exatamente.”</p> <p>Participante: “Porque nunca tinha cuidado dela assim, e então apareceu-me aquilo assim de repente e eu tive que avançar... mais mal ou mais bem.”</p> <p>E- Participante: “Não... isto mais ou menos é sempre o mesmo.”</p> <p>Investigador - “Nunca teve assim nenhuma situação com que fosse difícil encarar mais?”</p> <p>Participante- “Não, não.”</p> <p>F – Investigadora: “Houve assim alguma situação que te marcou mais ou que custaste mais a fazer?”</p> <p>Participante: “Não...”</p> <p>Investigadora: “Não houve assim nada de... mesmo com o feitio dele... não houve assim nada de...?!”</p> <p>Participante: “Isso é complicado... não...até já garriamos porque ele tem...é muito complicado com as coisas dele. Tem que ser tudo ali como ele quer, as coisinhas dele ali... depois diz que nós estragamos isto, que eu estrago aquilo... e garriamos e pronto!”</p> <p>Investigadora: “Mas passa!”</p> <p>Participante: “Mas não, mas passa!”</p> <p>G – Recetor de cuidados: “O normal!”</p> <p>Participante: “Não, não, não... graças a deus!”</p> <p>Investigadora: “Pronto!”</p> <p>Investigadora: “Não houve assim nada que a marcasse e que você tivesse mais dificuldade?”</p> <p>Participante: “Não...”</p> <p>Investigadora: Não...”</p> <p>H – Participante: “Foi vir para aqui, pois.”</p> <p>Recetor de cuidados: “Ele custou-lhe muito vir para aqui.”</p> <p>Investigadora: “Foi saber que a esposa precisava de cuidados e que lá não podia dar e que aqui tinha mais apoio.”</p> <p>Participante: “Onde agente tinha a casa não é bem na Charneca, é à volta de dois km. Quer dizer para tudo olhe, a nossa deslocação tínhamos que estar sempre a gastar dinheiro, farmácias longe, centros de saúde longe e aqui não.”</p> <p>Investigadora: “E aqui está tudo perto!”</p> <p>Participante: “Aqui está tudo perto.”</p> <p>I – Participante: “Acho que é mais o impacto de ela às vezes chorar e eu ao mesmo tempo ter que</p>
--	--	--	---

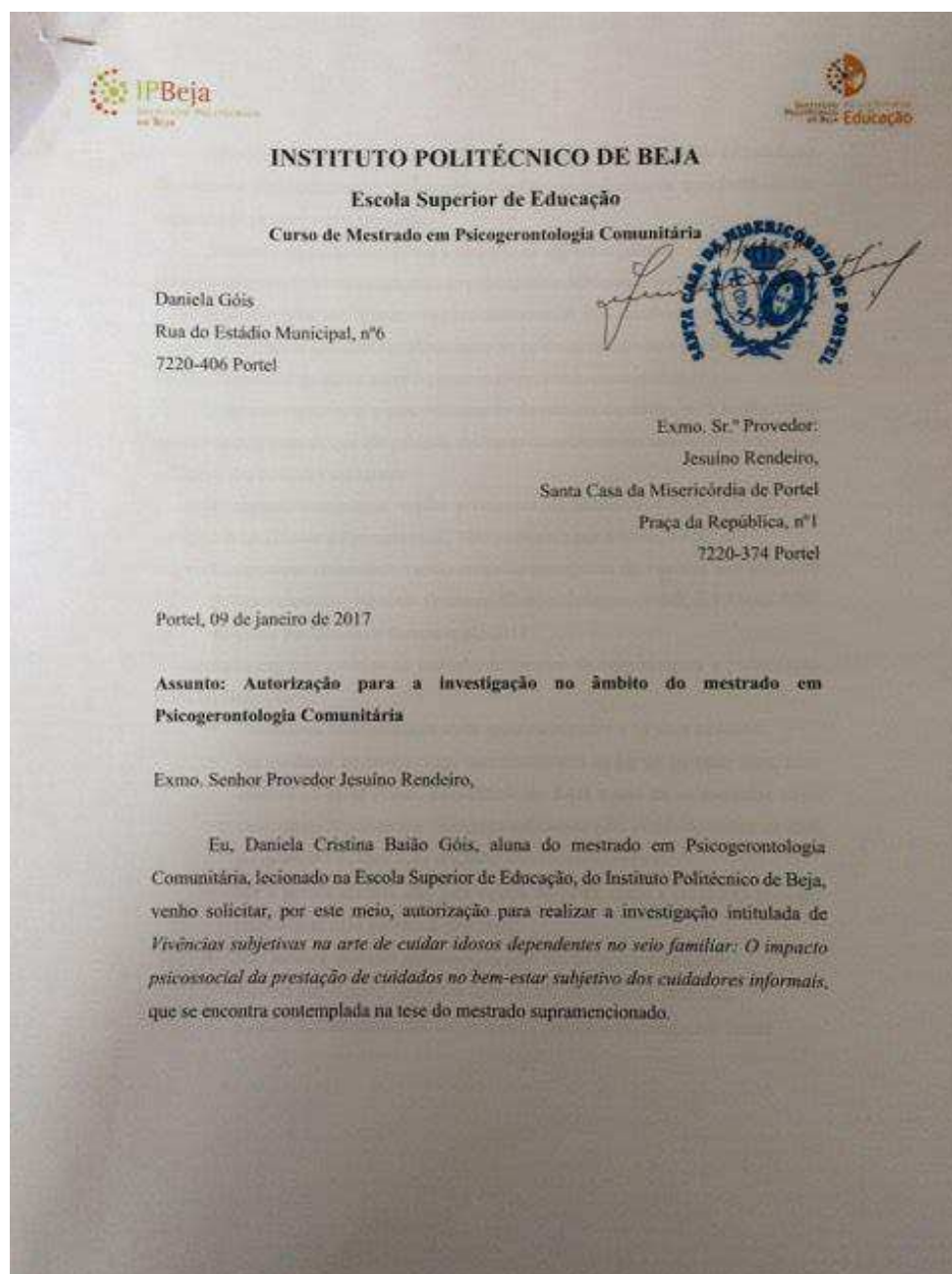
			<p>me mostrar e estar ali de pé firme ao pé dela sem deitar uma lágrima, estás a perceber?! Acho que isso para mim...”</p> <p>Investigadora: “Fazermo-nos fortes estando fracas por dentro.”</p> <p>Participante: “Sim, sim, sim.”</p> <p>Investigadora: “É complicado.”</p> <p>Participante: “Muito complicado, Daniela. Acredita que é muito complicado... Não é fácil.”</p> <p>J – Participante: “Haaa ele esteve internado no Hospital e haaa na primeira noite que foi para internamento foi para o piso de cirurgia 1. Durante a noite teve problemas de falta de ar e não... porque não havia a máscara bipap, foi transferido para as especialidades e num serviço de especialidades e ao contrário daquilo que eu conheci do hospital de Évora porque basta dizer que a minha filha está doente há dois anos e meio e que eu tenho internamentos de um mês inteiro seguido lá...”</p> <p>Investigadora: “Com o quê?”</p> <p>Participante: “Com uma doença que ainda é desconhecida.”</p> <p>Investigadora: “Não sabia...”</p> <p>Participante: “Daí eu estar em Évora porque eu tenho que estar perto do Hospital e perto da Escola para ela poder ir à escola e ...”</p> <p>Investigadora: “Mas é a mais nova?!”</p> <p>Participante: “Não, é a mais velha. É a Catarina.”</p> <p>Investigadora: “E então o meu marido teve internado em Ortopedia, o Rui já teve em Cirurgia, já tive em Cirurgia e elas já tiveram não sei quanto tempo em Pediatria e a Catarina secalhar tem seis meses, neste... no último ano e meio secalhar tem seis meses de internamento se agente foi somar os dias. Pronto! E ao contrário destes serviços todos, no serviço de especialidade eu tive muita dificuldade em fazer-me entender com os enfermeiros. Para minha surpresa, o serviço de especialidade não têm humanidade, mas não estamos a falar de uma pessoa, estamos a falar de um conjunto de... Até não quer dizer que se ele for em 20 que não há um que dá um cadinho, mas esse um só lá tá uma vez de não sei quanto e então acaba-se por diluir nos outros todos. E então...E eu vi mesmo no meu pai até porque eu disse às pessoas que se o quisessem ver vivo para o irem ver porque eu achava que ele desta vez não passava. Para minha surpresa ele numa noite é transferido para Medicina 2 e no outro dia quando eu lá chego ele estava um rapaz novo e eu inclusive brinquei com o enfermeiro e disse-lhe: ‘Óh sr. Enfermeiro eu quero do medicamento que você deu ao meu pai durante a noite porque ele ontem estava a morrer, ele hoje já conta anedotas. Eu quero desse medicamento que eu também estou a precisar, deixamos cá de histórias.’ Portanto a maior dificuldade agora nestes últimos tempos foi exatamente essa. Foi transmitir aos enfermeiros o tipo de personalidade que ele tem e qual a melhor forma de lidar</p>
--	--	--	--

			<p>com ele. O serviço não querendo lidar com ele, não tendo paciência para lidar com ele, e não fazendo... drogavam-no e atavam-no à cama, mantendo-o imobilizado.”</p> <p>Investigadora: “Metiam contenção!”</p> <p>Participante: “Que eu não sou contra às imobilizações quando elas são necessárias!”</p> <p>Investigadora: “Mas se calhar naquele caso não era.”</p> <p>Participante: “Mas no caso dele não, tanto que não...”</p> <p>Investigadora: “No dia a seguir quando lhe tiraram a medicação...”</p> <p>Participante: “Exatamente!”</p> <p>Investigadora: “E quando houve compreensão da parte de outro.”</p> <p>Participante: “Pronto. Eu acho que no fundo quem resolveu isto tudo foi o Dr. Azevedo, que é o chefe da Medicina 2, que se apercebeu do que é que se estava a passar e naquele dia diz assim: “Não” e tirou-o de lá e levou-o para os enfermeiros que ele está habituado e nessa noite deu-se a transformação total. Mas eu levei praticamente doze dias a falar com os enfermeiros e com a médica do que é que se estava passar com o meu pai e como é que nós podíamos resolver o problema sem lhe dar aquela carga de medicamentos que o drogavam completamente e que lhe tava a fazer o efeito contrário, que em vez de o sedarem o agitava ainda mais haaa e que o tornava agressivo e completamente e desorientado e afinal de contas tudo se resolveu e tudo caiu em saco roto.”</p> <p>Investigadora: “Mas você depois foi falar com outra médica?”</p> <p>Participante: “Depois entretanto eu fui falar com o Dr. Azevedo e o Dr. Azevedo lá percebeu a coisa e ...”</p> <p>Investigadora: “Tem outro tipo de ... também de personalidade?”</p> <p>Participante: “E... e outros cuidados!”</p>
	Estratégias de coping	<ul style="list-style-type: none"> Quais os recursos ou estratégias que usou para colmatar essa situação? 	<p>A – Investigadora: “Ou seja o recurso que usou para, para tratar essa situação foi, foi... solicitar o apoio domiciliário, pra ajudar?”</p> <p>Participante: “Exatamente... pois. (pausa) vinham-na lavar, vinham-na vestir. São... são trabalhos que eu não posso, pronto...”</p> <p>Investigadora: “Não consegue fazer, não tem os conhecimentos para isso não é?”</p> <p>Participante: “Pois, pois...”</p>

			<p>B- Não respondeu porque não considerou ter havido nenhuma situação mais exigente durante a prestação de cuidados.</p> <p>D – Investigadora: “Você já disse que avançou, mas que depois pediu ajuda ao serviço de apoio domiciliário, às senhoras lá do lar.”</p> <p>Participante: “Pois, teve de ser. Fui lá!”</p> <p>E- (razão por usufruir do SAD): “Porque... a idade já não dá para agente fazer tudo como fazia e comprar as coisas... a trabalhar, a fazer a comida... Portanto e acaba ... e ao mesmo tempo gastamos menos dinheiro.”</p> <p>F – Investigadora: “E para esse feitio qual é a estratégia que arranjias?”</p> <p>Participante: “Olha eu deixo ele falar falar falar e eu calo-me e pronto não lhe respondo, deixo-o falar e ele fica contente.” (risos)</p> <p>H – Investigadora: “E o recurso para colmatar esta situação, ou seja, para cuidar da sua esposa foi chamar o serviço de apoio domiciliário, também para ajudar não foi?!”</p> <p>Participante: “Exato, pois porque não tinha outra hipótese não é ou então tinha que fazer...” (recetora de cuidados interrompe)</p> <p>Recetor de cuidados: “Também já não tinha, pronto... as forças que tinha...”</p> <p>Investigadora: “Há uns anos atrás não é?!”</p> <p>Recetor de cuidados: “Pois, exato.”</p> <p>Participante: “E depois falamos lá com a sua colega de coiso, explicamos-lhe a situação, ela viu os papéis todos e pronto e então.”</p> <p>Investigadora: “E é só na alimentação?”</p> <p>Participante: “E lavagem de roupa. Isso já vem ajudar muito está a compreender, pois.”</p> <p>I – Investigadora: “Tiveste assim... usaste assim alguma estratégia: não chorar!!! Foi a estratégia que tu usaste, mas tiveste que ir buscar alguma força também.”</p> <p>Participante: “Mas é mesmo do meu... é mesmo do meu... da minha personalidade. Porque eu nunca...até ao dia de hoje não tenho qualquer apoio psicológico seja daquilo que for. Não tenho qualquer apoio psicológico.”</p> <p>Investigadora: “Vi-as a assim e sabias que não podias descair ao pé dela, mesmo que fosse, mesmo que fechasses a porta e depois chorasses até casa.”</p> <p>Participante: “ Há isso às vezes chorava e abalava e ficava no carro aqui ou além e chorava e desabafava, mas de resto acho que ela nunca me viu chorar.”</p> <p>J – Investigadora: “Pois eu ia-lhe perguntar qual foi a estratégia que usou para colmatar essa situação?! Você já me respondeu, foi: expressar-se de forma igual a outra pessoa que compreendeu de maneira diferente, basicamente foi isso.”</p> <p>Participante: “Exatamente, basicamente é isso.”</p>
--	--	--	--

--	--	--	--

- **Apêndice 3:** Autorização do Senhor Provedor para realizar a investigação no contexto do Serviço de Apoio Domiciliário da SCM Portel



Esta investigação tem como objetivo geral compreender o impacto da prestação de cuidados a idosos dependentes no seio familiar, no contexto da transformação da organização familiar contemporânea.

Face ao explanado e de forma a alcançar os objetivos propostos, será necessário aplicar uma entrevista semiestruturada ao público-alvo delineado (cuidadores informais), a qual permite avaliar não apenas o impacto psicossocial, mas variáveis associadas e que respeitam aos dados sociodemográficos tanto do cuidador quanto do recetor de cuidados (idoso), bem como questões sobre o contexto da prestação de cuidados.

Como complemento a este instrumento de recolha de dados, será fundamental aplicar-se duas escalas, que vão permitir avaliar as duas dimensões inerentes ao bem-estar subjetivo dos cuidados informais:

- Componente cognitiva: versão portuguesa da Satisfaction With Life Scale - SWLS (Diener e Emmons et al., 1985) adaptada por Simões, 1992;
- Componente emocional: versão reduzida portuguesa da Positive and Negative Affect Schedule - PANAS (Watson, Clark e Tellegen, 1988), a PANAS-VRP adaptada por Galinha e Pereira et al., 2014.

Contudo, existem critérios de inclusão delineados de antemão para a participação nesta investigação:

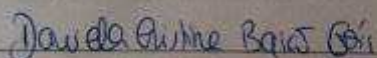
- Cuidadores informais com idade igual ou superior a 18 anos de idade;
- Ser cuidador de idosos, logo este último terá de ter 65 ou mais anos, estar inscrito na SCM Portel, na valência do SAD e terá de se encontrar numa situação de dependência (avaliação submetida pela escala do índice de Katz no momento da aplicação dos instrumentos suprarreferidos);
- Ser a pessoa identificada, pela equipa do SAD, como a cuidadora principal responsável pelo geronte dependente;
- Não receber qualquer remuneração pelo ato de cuidar do geronte dependente, o que a caracteriza como sendo cuidadora/o informal;
- Residir no Concelho onde se perspetiva realizar a investigação: Portel;

- Possuir capacidade de compreender e responder aos instrumentos de recolha de dados, aos quais vai ser submetida;
- E aceitar participar de livre e espontânea vontade, assinando o consentimento informado.

Por fim, premeia-se a importância do desenvolvimento desta investigação, tendo em conta, que na atualidade, a família, apesar das inúmeras alterações que tem sofrido devido a múltiplos fatores, entre eles sociais e económicos, continua sendo a instituição primordial do ser-humano, seja qual for a fase da vida, mas sobretudo e como se pode encontrar na literatura científica, na fase da velhice, tanto é que as políticas direcionadas para o idoso sustentam que o domicílio se torna o lugar mais adequado para o mesmo envelhecer, garantindo a possibilidade de continuar a promover a sua autonomia e de forma a preservar a sua dignidade. Face a tais modificações da organização familiar, a tarefa de cuidar no domicílio vê-se cada vez mais dificultada, ainda mais quando considerado o quadro de redução dos recursos estatais da desmontagem do sistema de proteção social e de dificuldades de emprego, pelo que o envelhecimento da população do país tem sido visto como uma sobrecarga para as famílias. É neste fio condutor que segue a linha de investigação, tentando perceber o verdadeiro impacto da prestação de cuidados no seio familiar, especialmente no cuidador informal.

Antecipadamente grata pela colaboração prestada e com o compromisso de cumprimento das normas éticas que presidem a este tipo de estudo, coloco-me à disposição de V. Ex. para qualquer esclarecimento que considere importante.

Respeitosos cumprimentos,



(Daniela Cristina Baião Góis)

- **Apêndice 4:** Consentimento e declaração de participação no estudo



INSTITUTO POLITÉCNICO DE BEJA

Escola Superior de Educação

Curso de Mestrado em Psicogerontologia Comunitária



Consentimento Informado e Declaração de Autorização para a Recolha de Dados

CONSENTIMENTO INFORMADO

O presente trabalho de investigação intitulado de *Vivências subjetivas na arte de cuidar idosos (dependentes) no seio familiar: O impacto psicossocial da prestação de cuidados no bem-estar subjetivo dos cuidadores informais* tem como objetivo geral compreender o impacto da prestação de cuidados a idosos dependentes no seio familiar, no contexto da transformação da organização familiar contemporânea.

Para tal e de forma que o mesmo possa ir avante existe a necessidade do investigador aplicar uma entrevista semiestruturada que permite avaliar não apenas o impacto psicossocial, mas variáveis associadas e que respeitam aos dados sociodemográficos do cuidador e do recetor de cuidados, bem como questões sobre o contexto da prestação de cuidados.

Para além desse instrumento, aplicar-se-ão três escalas. Duas delas vão permitir avaliar as duas dimensões inerentes ao bem-estar subjetivo dos cuidados informais:

- Componente cognitiva: versão portuguesa da Satisfaction With Life Scale - SWLS (Diener e Emmons et al., 1985) adaptada por Simões, 1992;
- Componente emocional: versão reduzida portuguesa da Positive and Negative Affect Schedule - PANAS (Watson, Clark e Tellegen, 1988), a PANAS-VRP adaptada por Galinha e Pereira et al., 2014.

Já a terceira escala (índice de Katz, 1963) tem o intuito de avaliar a funcionalidade do recetor de cuidados, tendo em conta que o impacto dos cuidados prestados ao idoso poderão ser influenciados com o grau de dependência do mesmo.

Contudo, para que esta investigação possa ser realizada e o objetivo do estudo alcançado, **a sua colaboração é fundamental.**

Esta investigação não lhe trará nenhuma despesa ou risco e a sua colaboração será anónima e confidencial, pelo que os dados recolhidos serão salvaguardados e serão utilizados apenas para fins académicos.

A participação é voluntária podendo retirar-se a qualquer altura ou recusar participar, sem qualquer penalização.

DECLARAÇÃO

Eu, _____, declaro, por meio deste termo, que concordei em participar no estudo intitulado de *Vivências subjetivas na arte de cuidar idosos (dependentes) no seio familiar: O impacto psicossocial da prestação de cuidados no bem-estar subjetivo dos cuidadores informais* desenvolvido pela Mestranda Daniela Góis, aluna do Mestrado em Psicogerontologia Comunitária lecionado na Escola Superior de Educação, do Instituto Politécnico de Beja, sob a orientação do Professor Doutor José Pereirinha Ramalho e da Professora Doutora Ana Isabel Lapa Fernandes.

Afirmo que aceitei participar por minha própria vontade, sem receber qualquer incentivo financeiro e com a finalidade exclusiva de colaborar para o sucesso da investigação.

Fui informado (a) do objetivo do estudo, que em linhas gerais pretende avaliar o impacto psicossocial da prestação de cuidados nos cuidadores informais de idosos dependentes. Para tal, a investigadora propôs a recolha de informação através da aplicação de uma entrevista em que forneço informações a meu respeito e a respeito do idoso de quem cuido e duas escalas (Escala de Satisfação com a Vida - SWLS) e a Escala de Afetos Positivos e Negativos - PANAS-VRP), que têm o intuito de avaliar o meu nível de Bem-Estar Subjetivo.

Fui também informado (a) de que tenho total liberdade para recusar participar a qualquer momento da investigação sem qualquer penalização e também, que será mantido o anonimato e confidencialidade na recolha de informação.

Local de pesquisa: _____, ____ de _____ de 2016.

Assinatura do participante: _____

Assinatura da investigadora do local: _____

NOTA: O presente documento, é assinado em duas vias. Uma das vias ficará na posse da investigadora e a outra na posse dos participantes na investigação.

Obrigada pela sua participação,

▪ **Apêndice 5:** Autorização para utilização das escalas (índice de katz e PANAS-VRP)

Em 13 de maio de 2017 10:38, Daniela Góis ·

escreveu:

Exmo. Sr. Dr. Carlos Sequeira,

No âmbito do Curso de Mestrado em Psicogerontologia Comunitária, lecionado na Escola Superior de Educação, do Instituto Politécnico de Beja, estou a desenvolver a minha tese que pretende compreender o impacto da prestação de cuidados a idosos dependentes no bem-estar subjetivo dos cuidadores informais. Posto isto, e após realizar uma pesquisa exploratória, considero pertinente, até para perceber se, efetivamente, existe alguma associação entre o impacto da prestação de cuidados nos participantes e o nível de dependência funcional dos idosos nas AVD'S, aplicar o Índice de Katz aos recetores de cuidados da minha amostra.

Nesse sentido, venho por este meio solicitar a V. Ex. autorização para aplicar a sua versão (2007) do Índice de Katz, tal como já referido.

Agradeço a sua maior atenção.

Cordialmente,
Daniela Góis

Re: Fw: Parecer para utilização da escala - índice de katz



Carlos Sequeira <carlos.quarteto@gmail.com>

seg 15-05, 13:16

Você



Responder

Exma. Drª. Daniela Góis,

Conforme solicitado, informo que está autorizada a utilizar a Índice de Katz, validada pelo Prof. Carlos Sequeira para a população Portuguesa, no seu trabalho de investigação.

O instrumento deve ser utilizado na íntegra e não pode ser adulterado.

As regras de cotação estão publicadas no livro Cuidar de idosos com dependência física e Mental, editado pela LIDEL, em 2010.

<http://www.fnac.pt/Cuidar-Idosos-com-Dependencia-Fisica-e-Mental-Carlos-Sequeira/a324180>

<http://www.bertrand.pt/ficha/cuidar-de-idosos?id=9631738>

No entanto, se persistir alguma dúvida não hesite em contactar-me.

Com os melhores cumprimentos e ao dispor,

Votos de bom trabalho.

Carlos Sequeira



Daniela Góis

sáb 13-05, 09:38

iolandag@yahoo.com



Responder | v

Exma. Sr.^a Dr.^a Iolanda Costa Galinha,

No âmbito da investigação que estou a desenvolver, enquadrada no Curso de Mestrado em Psicogerontologia Comunitária do Instituto Politécnico de Beja, venho por este meio solicitar a V.Ex autorização para utilizar a escala de versão reduzida: PANAS VRP, com o intuito de avaliar a componente emocional, inerente ao construto do bem-estar subjetivo, dos cuidadores informais que prestam cuidados a idosos dependentes.

Neste sentido, e após realizar uma pesquisa exploratória sobre o instrumento suprarreferido, confrontei-me com algumas dúvidas, as quais também solicito esclarecimento, nomeadamente, sobre a cotação final do construto (Bem-Estar Subjetivo), uma vez que apenas encontrei informação sobre a cotação final com as escalas (PANAS VRP e SWLS) na sua versão original:

"A cotação final deste construto corresponde ao resultado da soma do valor obtido na PANAS (Afecto Positivo) com o da escala de Satisfação com a Vida, seguido da subtracção do valor obtido na PANAS (Afecto Negativo). Os valores de cotação podem assim variar entre -35 e 75 (valor máximo = $35+50-10 = 75$; valor mínimo = $5+10-50 = -35$), sendo o valor de corte a nota de 20, correspondente aos 50% entre as pontuações máxima e mínima." (Pereira, 2008, p.4 in <http://repositorio.ispa.pt/bitstream/10400.12/4134/1/15554.pdf>)

Agradeço a sua maior atenção.

Cordialmente,
Daniela Góis

Anexos

▪ **Anexo 1:** Escalas de Atividades Básicas de Vida Diária



INSTITUTO POLITÉCNICO DE BEJA

Escola Superior de Educação

Curso de Mestrado em Psicogerontologia Comunitária



Avaliação Funcional do Idoso

- Escala de Atividades Básicas de Vida Diária: Versão portuguesa do índice de Katz (Katz, 1963), adaptada por Sequeira, 2007.

A escala a seguir apresentada tem uma pontuação que varia de 1 a 4 para cada item, sendo que a pontuação **1 representa dependência completa, 2 necessidade de ajuda, 3 necessidade de supervisão e 4 independência total**. Desta forma, **quanto maior for a pontuação, melhor é a funcionalidade do idoso**, pelo que **quanto mais próximo de 24 valores** (máximo de score obtido) estiver, **mais independência o idoso tem** face às atividades básicas de vida diária.

Índice de Katz	Independente	Independente com supervisão	Independente com ajuda	Dependente
Controlo de esfíncteres	4	3	2	1
Banho	4	3	2	1
Utilização da casa de banho	4	3	2	1
Mobilidade	4	3	2	1
Vestir/despir	4	3	2	1
Alimentação	4	3	2	1

Score total obtido: _____

Obrigada pela sua participação,

- **Anexo 2:** Escala de Avaliação da Componente Emocional do Bem-Estar Subjetivo

Avaliação do Bem-Estar Subjetivo do Cuidador Informal

- Avaliação da componente emocional: Versão reduzida portuguesa da Positive and Negative Affect Schedule - PANAS (Watson, Clark e Tellegen, 1988), a PANAS-VRP adaptada por Galinha e Pereira *et al.*, 2014.

Já de seguida vai encontrar uma lista de palavras, as quais representam diferentes sentimentos e emoções, pelo que deverá indicar o quanto experienciou esses sentimentos e emoções **durante os últimos dias**, colocando **um círculo na resposta que mais se adequa à sua situação**.

PANAS-VRP					
Este questionário consiste num conjunto de sentimentos e emoções. Leia cada item e marque a resposta correta no espaço à frente de cada palavra, de acordo com as seguintes opções de resposta: 1 "Nada ou muito ligeiramente"; 2 "Um pouco"; 3 "Moderadamente"; 4 "Bastante"; 5 "Extremamente".					
Indique em que medida [<i>Inserir a instrução temporal de resposta apropriada</i>].					
	1 Nada ou muito ligeiramente	2 Um pouco	3 Moderadamente	4 Bastante	5 Extremamente
Interessado/a	1	2	3	4	5
Nervoso/a	1	2	3	4	5
Entusiasmado/a	1	2	3	4	5
Amedrontado/a	1	2	3	4	5
Inspirado/a	1	2	3	4	5
Ativo/a	1	2	3	4	5
Assustado/a	1	2	3	4	5
Culpado/a	1	2	3	4	5
Determinado/a	1	2	3	4	5
Atormentado/a	1	2	3	4	5

Notas: A PANAS pode ser usada com as seguintes instruções temporais de resposta: **Momento** (sente cada uma destas emoções neste momento, ou seja, no momento presente); **Hoje** (senti cada uma destas emoções, hoje); **Durante os últimos dias** (senti cada uma destas emoções, durante os últimos dias); **Semana** (senti cada uma destas emoções, durante a última semana); **Durante as últimas semanas** (senti cada uma destas emoções, durante as últimas semanas); **Ano** (senti cada uma destas emoções, durante o último ano); **Geral** (geralmente sente cada uma destas emoções, ou seja, como é que se sente em média).

Obrigada pela sua participação,

- **Anexo 3:** Escala de Avaliação da Componente Cognitiva do Bem-Estar Subjetivo



INSTITUTO POLITÉCNICO DE BEJA



Escola Superior de Educação

Curso de Mestrado em Psicogerontologia Comunitária

Avaliação do Bem-Estar Subjetivo do Cuidador Informal

- Avaliação da componente cognitiva: Versão portuguesa da Satisfaction With Life Scale - SWLS (Diener e Emmons *et al.*, 1985) adaptada por Simões, 1992.

Já de seguida vai encontrar cinco frases com as quais poderá concordar ou discordar, mediante a escala apresentada (**1 – Discordo muito a 5 – Concordo muito**). **Deverá marcar com uma cruz (X) o quadrado que mais se adequa à sua situação.**

	Discordo muito (1)	Discordo um pouco (2)	Não concordo, nem discordo (3)	Concordo um pouco (4)	Concordo muito (5)
1. A minha vida parece-se, em quase tudo, com o que eu desejaria que fosse.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. As minhas condições de vida são muito boas.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Estou satisfeito(a) com a minha vida.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Até agora, tenho conseguido as coisas importantes da vida, que eu desejaria.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Se eu pudesse recomeçar a minha vida, não mudaria quase nada.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Obrigada pela sua participação,