



UNIVERSIDADE CATÓLICA PORTUGUESA

CENTRO REGIONAL DE BRAGA

FACULDADE DE FILOSOFIA E CIÊNCIAS SOCIAIS

CUIDAR DE IDOSOS DEPENDENTES

A Sobrecarga dos Cuidadores Familiares

II Ciclo de Estudos em Serviço Social

Sofia Raquel Duarte Pereira

Orientador:

Professor Doutor Eduardo Jorge Duque

Braga, 2015

*Dedico esta tese à memória
da minha Estrelinha (Carlinha), dos meus
Avós, Tio e demais familiares
que já partiram!*

AGRADECIMENTOS

Ao meu orientador, Professor Doutor Eduardo Jorge Duque, um especial agradecimento, pelo acompanhamento, dedicação, disponibilidade, amizade e por todos os conhecimentos transmitidos ao longo desta caminhada.

Um particular agradecimento a todos os cuidadores familiares que, gentilmente, disponibilizaram algum do seu tempo para participar neste estudo.

À Santa Casa da Misericórdia de Barcelos e ao Centro Social e de Cultura da Silva, em particular à Dra. Ana Ferreira e à Dra. Cristina Saraiva, respetivamente, pela amizade e a todos os seus funcionários por todo o apoio e disponibilidade.

Um especial agradecimento, aos meus pais, pelo apoio, amizade e motivação, não só nesta caminhada como em todos os momentos mais importantes da minha vida.

A todos os familiares, amigos e colegas por todo o contributo, apoio e companheirismo.

A todos, um Muito Obrigada!

RESUMO

A sociedade atual é marcada pelo envelhecimento demográfico e, consequentemente, pelo surgimento de doenças crônicas e incapacitantes que exigem a presença de um cuidador para assegurar a prestação necessária de cuidados. É na família que, continuamos, a encontrar a primeira linha de apoio, onde a contínua prestação de cuidados conduz ao aumento da sobrecarga dos cuidadores, provocando problemas a nível físico, psicológico, emocional, social e económico.

O principal objetivo deste estudo é avaliar a sobrecarga dos cuidadores familiares e, para isso, recorrer-se-á a um questionário sociodemográfico ao prestador de cuidados; à Escala de Sobrecarga do Cuidador (ESC) (Sequeira, 2007) para avaliar a sobrecarga e ainda ao Índice de Barthel que avalia o grau de dependência do idoso.

Foi realizado um estudo quantitativo de cariz não experimental, transversal e correlacional/causal, no qual participaram 30 cuidadores familiares, maioritariamente do sexo feminino (86,7%), com média de 60,8 anos de idade (DP = 13,1).

Entre os principais resultados alcançados podemos mencionar os que se seguem: quanto maior é o grau de dependência do idoso, maior é o nível de sobrecarga do cuidador; o aumento da duração da prestação de cuidados ao idoso tende a diminuir a sobrecarga do cuidador; os cuidadores que prestam menos de 24 horas diárias de cuidados apresentam maior sobrecarga no fator perceção de autoeficácia; os cuidadores que não possuem apoio da rede informal evidenciam maior sobrecarga ao nível do impacto da prestação de cuidados e, por último, os cuidadores que beneficiam do Serviço de Apoio Domiciliário (SAD) indicam maior sobrecarga na escala global e no fator impacto da prestação de cuidados.

Palavras-chave: *Envelhecimento, Dependência, Cuidadores Familiares, Sobrecarga*

ABSTRACT

Today's society is marked by demographic ageing and consequently the appearance of chronic and disabling diseases that require the presence of someone to provide the necessary care. It is in the family that we continue to find the first line of support, where continuous care, leads to increased burden on caregivers, causing problems in physical, psychological, emotional, social and economic level.

The main objective of this study is to evaluate the overload on family caregivers and, therefore, will be made of a social demographic questionnaire to the person that takes care; the Caregiver Overload Scale (ESC) (Sequeira, 2007) to assess the burden and yet at the Barthel Index which evaluates the degree of dependency of the elderly.

The main objective of this study is to evaluate the overload on family caregivers and, for this, a social demographic questionnaire to the person that takes care, the Caregiver Overload Scale (ESC) (Sequeira, 2007) to assess the burden and still the Barthel Index which evaluates the degree of dependency of the elderly will be referred to.

A quantitative study was conducted of not experimental nature, transversal and correlational/causal, attended by 30 family caregivers, mostly female (86.7%), with an average of 60.8 years old ($SD = 13.1$).

A quantitative study of non-experimental, transversal and correlational nature was carried out by 30 family caregivers, mostly female (86.7%), with an average of 60.8 years old ($SD = 13.1$).

Among the main results achieved we can mention the following: the higher the degree of dependence of the elderly, the greater the level of overburden in caregiver; increasing duration of care to the elderly tends to decrease the burden on caregivers; caregivers who provide less than 24 hours of care have higher overhead on the perception of self-efficacy factor; caregivers who do not have support of the informal network show greater burden in terms of the impact of caregiving and, finally, caregivers benefiting from the Home Support

Service (SAD) indicate greater burden on the global scale and the impact factor of performance care.

Keywords: *Ageing, Dependency, Family Caregivers, Overload*

ÍNDICE

INTRODUÇÃO	15
PARTE I – FORMULAÇÃO DO PROBLEMA	18
1.1. Justificação da problemática em estudo	18
1.2. Objetivos do estudo	20
PARTE II – ENVELHECIMENTO E DEPENDÊNCIA	22
Capítulo I – Envelhecimento demográfico em Portugal	22
1.1. Envelhecimento humano	27
1.1.1. Dimensão biológica	31
1.1.2. Dimensão psicológica	32
1.1.3. Dimensão social	34
1.2. Dependência nos idosos	35
Capítulo II – Prestação de cuidados familiares a idosos dependentes	39
2.1. Cuidar de idosos dependentes	39
2.2. A família como prestadora de cuidados	44
2.3. O perfil do cuidador familiar	48
Capítulo III – A sobrecarga do cuidador familiar	52
3.1. Conceito de sobrecarga	52
3.2. Sobrecarga física	57
3.3. Sobrecarga psicológica	58
3.4. Sobrecarga social	61
PARTE III – FASE METODOLÓGICA	63
3.1. Tipo de estudo	63
3.2. Amostra	64
3.2.1. Caracterização da amostra	65
3.3. Instrumentos de recolha dos dados	68

3.4. Método de recolha dos dados	70
3.5. Método de análise dos dados	71
3.5.1. Confiabilidade das medidas	72
3.6. Considerações éticas.....	75
PARTE IV – APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS.....	77
4.1. Caraterização sociodemográfica dos idosos dependentes	77
4.2. Contextualização da prestação de cuidados.....	79
4.3. Nível de sobrecarga do cuidador familiar.....	80
4.3.1. Nível de sobrecarga no fator impacto da prestação de cuidados	81
4.3.2. Nível de sobrecarga no fator relação interpessoal	83
4.3.3. Nível de sobrecarga no fator perceção de autoeficácia.....	83
4.4. Idoso dependente e sobrecarga do cuidador familiar	84
4.4.1. Idade do idoso dependente e sobrecarga do cuidador.....	84
4.4.2. Dependência do idoso e sobrecarga do cuidador.....	85
4.5. Influência das variáveis sociodemográficas na sobrecarga do cuidador familiar ...	87
4.5.1. Sexo do cuidador	87
4.5.2. Idade do cuidador.....	87
4.5.3. Estado civil do cuidador	88
4.5.4. Situação profissional do cuidador.....	89
4.5.5. Filhos a cargo do cuidador.....	89
4.5.6. Grau de parentesco do cuidador com o idoso dependente.....	90
4.5.7. Coabitação do cuidador com o idoso dependente.....	91
4.6. Influência do contexto da prestação de cuidados na sobrecarga do cuidador familiar	92
4.6.1. Tempo de prestação de cuidados	92
4.6.2. 24 horas diárias de cuidados	95
4.6.3. Existência de apoio informal	96

4.6.4. Existência do serviço de apoio domiciliário	97
PARTE V – DISCUSSÃO DOS RESULTADOS	99
CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	108
BIBLIOGRAFIA	111
ANEXOS.....	117

ÍNDICE DE QUADROS

Quadro 1 - <i>População residente (%) em Portugal por grupo etário: 1981-2011</i>	24
Quadro 2 - <i>Índice Sintético de Fecundidade e a Taxa Bruta de Natalidade: 1960-2013</i>	26
Quadro 3 - <i>Esperança de Vida à Nascimento (%) total e por sexo: 1970-2012</i>	26
Quadro 4 - <i>Distribuição da amostra em função do género e do grupo etário</i>	65
Quadro 5 - <i>Distribuição das respostas da amostra de relativas à idade</i>	65
Quadro 6 - <i>Distribuição dos cuidadores de acordo com o estado civil, as habilitações literárias e a situação profissional</i>	66
Quadro 7 - <i>Número de filhos a cargo dos cuidadores familiares</i>	67
Quadro 8 - <i>Distribuição da amostra relativamente ao grau de parentesco e à coabitação do cuidador com o idoso dependente</i>	68
Quadro 9 - <i>Correlação item-total e coeficiente de consistência interna Alfa de Cronbach sem os respetivos itens da Escala de Sobrecarga do Cuidador</i>	74
Quadro 10 – <i>Análise de confiabilidade dos quatro fatores da Escala de Sobrecarga do Cuidador</i>	75
Quadro 11 - <i>Distribuição dos idosos dependentes em função do género e do grupo etário</i>	77
Quadro 12 - <i>Distribuição das respostas dos idosos dependentes relativas à idade</i>	77
Quadro 13 - <i>Distribuição dos idosos de acordo com o estado civil e a causa da dependência</i>	78
Quadro 14 - <i>Contexto da prestação de cuidados: tempo de prestação de cuidados, 24 horas de cuidados diários, apoio informal e existência do serviço de apoio domiciliário</i>	80
Quadro 15 - <i>Níveis de sobrecarga dos cuidadores familiares</i>	81

Quadro 16 - <i>Níveis de sobrecarga apresentados pelos cuidadores familiares no fator impacto da prestação de cuidados</i>	82
Quadro 17 - <i>Níveis de sobrecarga apresentados pelos cuidadores familiares no fator relação interpessoal</i>	83
Quadro 18 - <i>Níveis de sobrecarga apresentados pelos cuidadores familiares no fator percepção de autoeficácia</i>	84
Quadro 19 - <i>Estatísticas relativas à pontuação global e aos fatores da escala de sobrecarga do cuidador.....</i>	84
Quadro 20 - <i>Correlação de Pearson (r) entre a idade do idoso dependente e os níveis de sobrecarga do cuidador.....</i>	85
Quadro 21 - <i>Distribuição dos cuidadores pelos níveis da escala de sobrecarga do cuidador em função do grau de dependência dos idosos</i>	86
Quadro 22 - <i>Correlação de Pearson (r) entre o nível de dependência do idoso e a sobrecarga do cuidador.....</i>	86
Quadro 23 - <i>Estatísticas relativas à diferenciação da sobrecarga do cuidador por sexo dos cuidadores: Teste t-Student.....</i>	87
Quadro 24 - <i>Correlação de Pearson (r) entre a idade do cuidador e os níveis de sobrecarga do cuidador.....</i>	88
Quadro 25 - <i>Escala de sobrecarga do cuidador em função do estado civil do cuidador: Teste t-Student</i>	88
Quadro 26 - <i>Estatísticas da escala de sobrecarga do cuidador em função da situação profissional dos cuidadores familiares: ANOVA</i>	89
Quadro 27 - <i>Estatísticas da escala de sobrecarga do cuidador em função dos filhos a cargo: Teste t-Student.....</i>	90

Quadro 28 - Estatísticas da escala de sobrecarga do cuidador em função do grau de parentesco dos cuidadores com os idosos dependentes: ANOVA.....	91
Quadro 29 - Estatísticas da escala de sobrecarga do cuidador em função da coabitação do cuidador com o idoso dependente: Teste t-Student	91
Quadro 30 - Estatísticas da escala de sobrecarga do cuidador em função do tempo de prestação de cuidados: ANOVA	92
Quadro 31 - Estatísticas da escala de sobrecarga do cuidador em função das horas diárias de cuidados: Teste t-Student	96
Quadro 32 - Estatísticas da escala de sobrecarga do cuidador em função da existência de apoio informal: Teste t-Student	97
Quadro 33 - Estatísticas da escala de sobrecarga do cuidador em função da existência do serviço de apoio domiciliário: Teste t-Student.....	98

ÍNDICE DE GRÁFICOS

Gráfico 1 - Pontuação do Índice de Barthel nos idosos	79
Gráfico 2 - Médias da escala de sobrecarga do cuidador em função do tempo de prestação de cuidados	93
Gráfico 3 - Médias da escala de sobrecarga do cuidador em função do tempo de prestação de cuidados no fator impacto da prestação de cuidados.....	94
Gráfico 4 - Médias da escala de sobrecarga do cuidador em função do tempo de prestação de cuidados no fator relação interpessoal.....	95

SIGLAS / ABREVIATURAS

AIVD – Atividades Instrumentais da Vida Diária

AVD – Atividades de Vida Diária

ESC – Escala de Sobrecarga do Cuidador

INE – Instituto Nacional de Estatística

OMS – Organização Mundial de Saúde

SAD – Serviço de Apoio Domiciliário

INTRODUÇÃO

A sociedade atual caracteriza-se pelo envelhecimento demográfico, fenómeno transversal a todas as sociedades ditas desenvolvidas, consequência do aumento dos níveis de esperança média de vida e do declínio da natalidade.

Em Portugal, nos últimos 40 anos, o número de idosos sofreu um aumento significativo à semelhança dos países desenvolvidos. Estima-se que, em 2050, este grupo etário represente 32% da população do país (INE, 2003).

O processo de envelhecimento implica, naturalmente, uma série de transformações no ser humano, pelo que é inevitável o aparecimento de doenças, algumas crónicas e incapacitantes, à medida que a idade vai avançando, o que não é mais do que um processo biológico, psicológico e social do desenvolvimento do ser humano.

Com o aparecimento de uma patologia que provoque a dependência do idoso, surge a necessidade de encontrar um cuidador que assegure a prestação de cuidados, necessários à pessoa dependente.

Um estudo desenvolvido pela OCDE (Jacobzone, 1999 citado por Marín, 2001) evidencia que, nos países desenvolvidos, os cuidados informais são prestados, maioritariamente, pela família, constituindo cerca de 75% do apoio aos familiares dependentes. Os restantes 25% estão distribuídos pelos sistemas privados e pelo Estado.

Assim, a responsabilidade em cuidar de um idoso dependente recai sobre um membro da família que irá desempenhar o papel de cuidador principal e quase sempre essa função incide nos elementos do sexo feminino (Imaginário, 2008).

Cuidar de um idoso dependente traduz-se num ato complexo que faz emergir situações de grande desgaste que comprometem a saúde, a vida social, o bem-estar

emocional, a relação com outros membros da família, a disponibilidade financeira, a rotina doméstica, o desempenho profissional e inúmeros outros aspetos da vida pessoal e familiar do cuidador, conduzindo ao aumento dos níveis de sobrecarga.

Nesta perspetiva, surgiu a ideia de investigar os níveis de sobrecarga associados aos cuidadores familiares, consequentes da prestação de cuidados aos idosos dependentes.

Trata-se de um estudo quantitativo de cariz não experimental, transversal e correlacional/causal, com recurso a um questionário e a duas escalas, que avaliam a dependência do idoso e a sobrecarga do cuidador, como instrumentos de recolha de dados. A amostra é constituída por 30 cuidadores familiares de idosos dependentes.

Relativamente à estrutura deste trabalho, este apresenta-se dividido em cinco partes, sendo que, a primeira consiste na formulação do problema e na identificação dos objetivos, tanto gerais como específicos.

Na segunda parte, apresenta-se o enquadramento teórico da temática em estudo. Assim, efetuamos uma revisão da literatura acerca do envelhecimento demográfico e humano, da dependência, da família como prestadora de cuidados e, ainda, da sobrecarga apresentada pelos cuidadores.

A terceira parte é dedicada à fase metodológica, onde serão identificados o tipo de estudo, a amostra, os instrumentos de recolha de dados, o método de recolha e análise dos dados, a confiabilidade das medidas da Escala de Sobrecarga do Cuidador (ESC) e ainda as considerações éticas referentes a todo o estudo.

Na quarta parte procede-se à apresentação e interpretação dos resultados, sendo que a discussão dos mesmos é apresentada na quinta e última parte.

Nas considerações finais é efetuada uma reflexão global acerca da temática, onde se destaca os elementos mais relevantes da investigação, apresentando as limitações do estudo e as propostas para futuras intervenções.

PARTE I – FORMULAÇÃO DO PROBLEMA

1.1. Justificação da problemática em estudo

Qualquer problema de investigação tem como ponto de partida uma problemática que nos desperta interesse e inquieta e para a qual procuramos uma explicação (Pocinho, 2012).

A escolha do tema da nossa investigação deveu-se ao facto de ser uma problemática ainda pouco desenvolvida no domínio do Serviço Social. Após uma exaustiva pesquisa sobre o papel dos cuidadores familiares e consequentes repercussões associadas ao ato de cuidar, nomeadamente, a sobrecarga, foi possível constatar que na sua maioria são trabalhos de investigação das áreas da saúde, psicologia e sociologia.

Assim, é de todo conveniente analisarmos a sobrecarga inerente ao cuidador familiar do idoso dependente, na perspetiva de um Assistente Social.

O rápido crescimento do envelhecimento da população tende a provocar um aumento da incidência de doenças crónicas incapacitantes, que requerem um suporte de saúde, familiar e social (Saraiva, 2008).

No sentido de assegurar a manutenção do idoso dependente no seu domicílio é essencial o cuidado informal.

Contudo, cuidar de um idoso dependente no domicílio implica grandes transformações no quotidiano dos cuidadores, tornando-se fundamental conhecer as alterações na vida dos prestadores de cuidados e analisar os níveis de sobrecarga associados à tarefa de cuidar.

Até ao século XX, os principais responsáveis pela prestação de cuidados aos idosos dependentes eram os familiares, situação que começou a inverter-se no início do mesmo século. Com a industrialização, assiste-se a uma crescente urbanização, o que

faz com que a família deixe de conseguir assegurar os cuidados a quem mais precisa no seu seio, nomeadamente aos idosos, emergindo, neste sentido os primeiros programas de Bem-Estar Social (Pereira, 2008).

As respostas sociais aumentaram, com destaque para os centros de convívio e para o serviço de apoio domiciliário, consequência do olhar mais atento da política para as questões da dependência, solidão e isolamento dos idosos (Carvalho, 2010).

A entrada de Portugal na União Europeia e a introdução de políticas ativas favoreceu a mudança social e política nas respostas existentes. É neste contexto de mudança que surgiram medidas para qualificar respostas sociais já existentes e criar novas respostas integradas na área social e da saúde (Carvalho, 2012).

No entanto, e devido à crise dos sistemas de saúde e de proteção social, a que se assiste nas últimas décadas, a família volta a ver-lhe atribuída a responsabilidade dos cuidados a prestar aos seus familiares, assegurando o papel central nos cuidados em situação de doença e dependência (Araújo, 2010).

Nesta perspetiva, Pereira (2008) refere que a família continua a ser um elo de ligação fundamental para assegurar a continuidade da prestação de cuidados ao idoso dependente.

Embora cuidar seja um ato nobre, este conduz ao aumento dos níveis de sobrecarga e das repercussões negativas no seio familiar, dada a grande responsabilidade do cuidador.

Um dos fatores que aumenta a sobrecarga dos cuidadores é a manutenção dos idosos dependentes no domicílio, quer na sua casa ou na habitação do próprio cuidador, que gera, frequentemente, problemas de *stress*, de saúde física e mental nos cuidadores e nos restantes familiares. Também, a entrada da mulher no mercado de trabalho veio aumentar, substancialmente, a sobrecarga, uma vez que, assume o papel profissional

fora de casa, em simultâneo com as tarefas de cuidar do familiar dependente (Paúl, 1997).

Os problemas dos cuidadores surgem de conflitos emotivos, complexos e intensos, provocados pela sobrecarga de prestar cuidados ao idoso dependente, pelo qual se possui sentimentos de afeto profundo ou de obrigação. Sentimentos, que muitas vezes, encontram-se reforçados pelo isolamento social, imposto pela responsabilidade de prestar cuidados, a que se junta a falta de conhecimentos sobre técnicas de cuidar, recursos da comunidade e lidar com o *stress* (*ibidem*).

Segundo estudos realizados na Grécia, Irlanda, Itália, Portugal, Espanha e Dinamarca, os cuidadores “ (...) manifestam sintomas como excesso de cansaço, fadiga geral, dores nas costas, esgotamento físico e mental, diminuição das forças e das resistências, nervosismo, irritabilidade, ansiedade, insónias, e estado depressivo entre outros ” (Santos, 2006, citado por Figueiredo, 2012: 41).

Neste sentido, torna-se imperioso *cuidar de quem cuida*, valorizando e dignificando o papel dos cuidadores familiares.

1.2. Objetivos do estudo

Segundo Fortin (1999: 100) o objetivo de um estudo permite orientar a investigação, sendo descrito como “ (...) um enunciado declarativo que precisa as variáveis-chave, a população alvo e a orientação para a investigação”.

Assim, o estudo que nos propomos realizar tem como objetivo geral *avaliar a sobrecarga dos cuidadores familiares de idosos dependentes*.

No sentido de permitir um estudo mais aprofundado elaboramos os seguintes objetivos específicos:

- Avaliar o grau de dependência do idoso dependente nas atividades de vida diária;
- Analisar a relação entre o grau de dependência dos idosos e o nível de sobrecarga dos cuidadores familiares;
- Analisar se a duração dos cuidados prestados, assim como o tempo despendido, influencia os níveis de sobrecarga dos cuidadores familiares;
- Analisar se a existência de apoio informal e do Serviço de Apoio Domiciliário (SAD) visam a diminuição dos níveis de sobrecarga dos cuidadores familiares.

PARTE II – ENVELHECIMENTO E DEPENDÊNCIA

Capítulo I – Envelhecimento demográfico em Portugal

O envelhecimento demográfico refere-se ao aumento da população idosa no conjunto da população total (Andrade, 2009).

Historicamente, o fenómeno do envelhecimento demográfico ainda é considerado recente, no qual o termo «*envelhecimento da população*» só foi utilizado no século XX, através da apresentação de um estudo em 1928 por Alfred Sauvy (Imaginário, 2008). Fernandes (1997: 34) corrobora a ideia de que “o envelhecimento demográfico é uma realidade nova na história das populações das sociedades industrializadas e as projeções indicam (...), que, no mundo civilizado, a tendência para o envelhecimento é acentuada”.

O aumento da população a nível mundial está associado a vários progressos atingidos no século XX, tais como: diminuição da mortalidade infantil; melhor nutrição; acesso à educação; melhores cuidados de saúde; acesso ao planeamento familiar e o aumento da esperança média de vida (Imaginário, 2008).

Para Imaginário (2008) o aumento da longevidade, acompanhado de um acentuado decréscimo da fecundidade e da mortalidade conduziu a uma transformação na composição etária da população, aumentando o número de pessoas com idade superior a sessenta anos.

O declínio da natalidade e o aumento da população idosa explicam a existência de dois tipos de envelhecimento: na base e no topo. O primeiro refere-se à diminuição do número de jovens (Fernandes, 1997), que resulta na redução da base da pirâmide de idades (Imaginário, 2008). No envelhecimento de topo verifica-se um aumento da

percentagem de idosos (Fernandes, 1997), que provoca um alargamento na parte superior da pirâmide de idades (Imaginário, 2008).

Andrade (2009) afirma que os dois tipos de envelhecimento estão interligados, uma vez que o principal responsável pelo aumento da população idosa a nível mundial é a diminuição da taxa de natalidade.

Em termos globais, em 2013, na Europa, 18,4% dos indivíduos tinham mais de 65 anos e 15,6% eram jovens com menos de 14 anos de idade. A Itália era o país com maior percentagem de população com mais de 65 anos (21,3%), enquanto a Irlanda era a que apresentava a menor percentagem de idosos (12,4%). No que diz respeito à população jovem, a Irlanda possuía a maior percentagem de indivíduos com menos de 14 anos (21,9%) e a Alemanha apresenta o país com menos jovens, situando-se em 13,1% (Pordata, 2014).

Portugal não é alheio ao que se passa na Europa relativamente às questões do aumento do envelhecimento e, consequentemente, à diminuição do índice de natalidade. Como tal, apresentamos as alterações da estrutura etária da população portuguesa, entre 1981 e 2011, analisando a evolução da população por idades, considerando os seguintes grupos etários: 0-14 anos (população jovem); dos 15-24 e dos 25-64 anos (população jovem em idade ativa) e 65 ou mais anos (população idosa).

Ao analisarmos o Quadro 1, verificamos que em 1981, a população com menos de 14 anos representa 25,5% da população total; os que se encontravam entre os 15-24 anos e os 25-64 anos (população jovem em idade ativa) ocupavam a maioria da população com 16,6% e 46,5%, respetivamente, enquanto a população idosa situava-se em 11,4%.

Em 2011, Portugal apresentava cerca de 15% da população jovem (0-14 anos) e cerca de 19% da população tinha 65 ou mais anos de idade.

Podemos constatar que, de década para década, a população jovem (0-14 anos) e o grupo etário entre os 15-24 anos de idade sofreram um decréscimo da população. Em 1981, o grupo etário dos 0-14 anos representava 25,5% da população, 20% em 1991, 16% em 2001 e 14,9% em 2011. Relativamente à população entre os 15-24 anos, em 1981, situava-se em 16,6%; 1991 em 16,3%; 2001 em 14,3% e 2011 em 10,8%.

Contrariamente à situação apresentada surgem os outros dois grupos etários, ou seja, entre os 25-64 anos e 65 ou mais anos de idade, cuja tendência é para o aumento da população. Em 1981, a população com 25-64 anos representava 46,5% da população, 50,1% em 1991, 53,4% em 2001 e 55,1% em 2011. No que diz respeito, à população idosa (65 ou mais anos) em 1981 situava-se em 11,4%; 1991 em 13,6%; 2001 em 16,4% e 2011 em 19,1%.

Assim, em 2011, já podíamos verificar que a proporção de pessoas idosas (65 ou mais anos) já ultrapassava a dos jovens (menos de 14 anos).

Quadro 1 - População residente (%) em Portugal por grupo etário: 1981-2011

Grupo Etário \ Ano	1981	1991	2001	2011
0-14	25,5%	20%	16%	14,9%
15-24	16,6%	16,3%	14,3%	10,8%
25-64	46,5%	50,1%	53,4%	55,1%
65 ou mais	11,4%	13,6%	16,4%	19,1%

Fonte: População residente (%) segundo a estrutura etária em 1981, 1991, 2001 e 2011 (Adaptado do INE, 2011).

O índice de envelhecimento¹ da população reflete esta tendência. Em 2011, o índice de envelhecimento era de 129, o que acentuou o predomínio da população idosa

¹**Índice de Envelhecimento** – Relação existente entre o número de idosos (população com 65 ou mais anos) e o número de jovens (população com 0-14 anos).

sobre a população jovem. Em 2001, existiam 85 municípios portugueses com o índice de envelhecimento menor ou igual a 100. Em 2011, apenas 45 dos municípios apresentavam um índice de envelhecimento igual ou inferior a 100 (INE, 2011).

O índice de dependência total² permite-nos obter a perceção sobre o esforço que a sociedade exerce sobre a população ativa. Neste sentido, os censos de 2011, revelaram que o esforço da sociedade sobre a população ativa agravou-se na última década em 4%, ou seja, em 2001, o índice de dependência era de 48 e aumentou para 52 em 2011. Este aumento tende a agravar-se ao longo dos anos, a menos que se verifique uma inversão da diminuição da natalidade (*ibidem*).

Os censos de 2011 mostram, ainda, que o aumento do índice de dependência total é o resultado do agravamento do índice de dependência de idosos³, que aumentou cerca de 21% na última década (*ibidem*).

Contrariamente, o índice de dependência de jovens⁴, teve, em igual período, uma diminuição de cerca de 6% (*ibidem*).

Estes valores, como já referimos anteriormente, são consequência dos últimos anos, do decréscimo da natalidade.

Entre 1960 e 2013 houve uma diminuição significativa do índice sintético de fecundidade e da taxa bruta de natalidade.

Em 1960, uma mulher tinha em média 3,20 filhos. Valor que diminui até 2013, encontrando-se em 1,21 filhos por mulher.

Relativamente à taxa bruta de natalidade, verificamos um grande decréscimo, onde em 1960 era de 24,1% e em 2013 situava-se nos 7,9% (Quadro 2).

² **Índice de Dependência Total** – Relação entre a população jovem e idosa e a população em idade ativa.

³ **Índice de Dependência de Idosos** – Relação entre o número de idosos e a população em idade ativa.

⁴ **Índice de Dependência de Jovens** – Relação entre o número de jovens e a população em idade ativa.

Quadro 2 - Índice Sintético de Fecundidade e a Taxa Bruta de Natalidade: 1960-2013

Anos	Índice Sintético de Fecundidade (nº médio de filhos por mulher)	Taxa Bruta de Natalidade (%)
1960	3,20	24,1
1970	3	20,8
1980	2,25	16,2
1990	1,57	11,7
2000	1,55	11,7
2010	1,39	9,6
2013	1,21	7,9

Fonte: Índice Sintético de Fecundidade (nº médio de filhos por mulher) e Taxa Bruta de Natalidade (%) em Portugal: 1960-2013 (Adaptado do INE/Pordata, 2014).

Outro fator que justifica o agravamento do índice de envelhecimento prende-se com o aumento da esperança média de vida.

Como podemos verificar no Quadro 3, em Portugal, a esperança média de vida à nascença passou, em 42 anos, de 67,1 para 80 anos.

Os indivíduos do sexo masculino ganharam mais 12,9 anos, ou seja, em 1970, a esperança média de vida era de 64 anos e, em 2012, situava-se nos 76,9 anos.

Relativamente à população do sexo feminino, a tendência é igual ao sexo masculino, tendo ganho desde 1970 (70,3 anos) 12,5 anos até 2012 (82,8).

Quadro 3 - Esperança de Vida à Nascença (%) total e por sexo: 1970-2012

Anos	Total	Masculino	Feminino
1970	67,1	64	70,3
1980	71,1	67,8	74,8
1990	74,1	70,6	77,5
2000	76,4	72,9	79,9
2010	79,6	76,5	82,4
2012	80	76,9	82,8

Fonte: Esperança de vida à nascença (%) em Portugal total e por sexo: 1970-2012 (Adaptado do INE/Pordata, 2014).

Projeções revelam que, a população residente em Portugal tende a diminuir até 2060, passando de 10,5 milhões de pessoas, em 2012, para 8,5 milhões de pessoas, em 2060. A proporção de idosos, também, aumentará, passando o índice de envelhecimento de 131 (2012) para 307 (2060) por cada 100 jovens (INE, 2014).

1.1. Envelhecimento humano

Pimentel (2005) refere que, delimitar o período em que se considera o ser humano como idoso não é fácil, dado que, o envelhecimento consiste num fenómeno que ocorre a vários níveis e varia de pessoa para pessoa. Afirma, ainda que, a idade cronológica, surge como um marco que permite identificar estes indivíduos no seio da população total.

É comum considerarmos as pessoas idosas com idade igual ou superior a 65 anos, facto que foi confirmado pela Organização Mundial de Saúde (OMS), que “(...) numa tentativa de uniformização de critérios, também nomeia como idoso qualquer indivíduo com 65 e mais anos, independentemente do sexo e estado de saúde” (Aragão & Sacadura, 1994, citados por Imaginário, 2008: 40).

A questão da idade gera um pouco de controvérsia, dada a dificuldade em encontrar uma definição que seja abrangente ao termo (Mañas Rodriguez, 1994, citado por Imaginário, 2008).

Neste sentido, Levet-Gautrat (1985, citado por Pimentel, 2005) evidencia que o conceito de idade pode ser entendido em vários sentidos, tais como: a idade cronológica, a idade jurídica, a idade física e biológica, a idade psicoafetiva e a idade social.

A idade cronológica corresponde ao tempo que decorre entre o nascimento e o momento presente, dando apenas informações relativas ao período histórico do indivíduo, não sendo suficiente para o definir (*ibidem*).

Relativamente à idade jurídica, esta refere-se à necessidade social de estabelecer normas de conduta, definindo a idade que os indivíduos têm que assumir direitos e deveres perante a sociedade (*ibidem*).

A idade física e biológica revela o ritmo a que cada indivíduo envelhece. Dado que os órgãos e as funções vitais não envelhecem ao mesmo ritmo, é importante ter cuidado quando se atribui uma doença ou deficiência à idade, uma vez que muitos dos problemas podem surgir devido a questões ligadas ao ambiente e às condições sociais, económicas e culturais e não devido à idade (*ibidem*).

No que diz respeito à idade psicoafetiva, esta reflete a personalidade e as emoções dos indivíduos, não tendo, à partida, limites em função da idade cronológica. Existe um grande número de pessoas idosas que não se sentem ‘velhos’ nem se reconhecem como tal, sendo as pessoas que os rodeiam a refletir a imagem da sua velhice a partir da aparência (*ibidem*).

A idade social corresponde à sucessão de papéis que a sociedade atribui à pessoa, tendo correspondência com as condições socioeconómicas (*ibidem*).

Fernández-Ballesteros (2000, citado por Fonseca, 2006) acrescenta, ainda, o conceito de idade funcional. Para este autor, a idade funcional constitui-se como um conjunto de indicadores (capacidade funcional, tempo de reação, satisfação com a vida, amplitude das redes sociais) que visam permitir a criação de condições para um envelhecimento satisfatório. Assim, a idade funcional determina a capacidade do indivíduo assegurar os papéis pessoais e a sua integração social na comunidade,

mantendo um nível razoável de capacidade física e psíquica (Manãz Rodriguez, 1994, citado por Imaginário, 2008).

Definir uma categoria específica que inclua pessoas idosas resulta numa construção abstrata e normativa. A amplitude das variações observáveis é determinada através das formas e modos do envelhecimento humano e pelo estatuto atribuído aos idosos consoante os indivíduos, os grupos, as sociedades, as culturas, as épocas e as gerações sucessivas (Pimentel, 2005).

Envelhecer é um “(...) processo que depende mais das sociedades humanas do que da natureza” (Pimentel, 2005: 42). Nesta lógica de pensamento, Imaginário (2008) afirma que a velhice é considerada de forma diferente de cultura para cultura, em que algumas a vêm como algo promotor, dado que com o avançar da idade adquire-se sabedoria, enquanto outras culturas sentem *‘pavor’* quando começam a rumar à velhice.

Para Walsh (1989, citado por Sousa, Figueiredo & Cerqueira, 2004: 27) na sociedade a velhice é vista e caracterizada por mitos e estereótipos negativos e desvalorizadores, afirmando que “(...) tememos a velhice quase tanto como tememos não viver o suficiente para a atingir”.

Contudo, o envelhecimento não acontece de forma rápida, mas sim paulatinamente, pelo que a velhice deve ser encarada de forma natural. Assim, se “as pessoas idosas bem integradas no meio são capaz de adotar uma atitude psicossocial positiva, isto é, reconhecer que fizeram bem aquilo que tinham a fazer, e de encarar com serenidade a proximidade do fim” (Berger & Mailloux-Poirier, 1995: 190).

Ao longo dos tempos o conceito de envelhecimento sofreu inúmeras transformações, desenvolvendo-se de acordo com atitudes, crenças, culturas, conhecimentos e relações sociais patentes em cada época (Sequeira, 2007).

Apesar do envelhecimento ser algo complexo, trata-se de um “(...) processo normal, universal, gradual e irreversível de mudanças e transformações que ocorrem com a passagem do tempo” (Figueiredo, 2007: 30).

Sequeira (2007) refere que o envelhecimento está subjacente a um conjunto de transformações biológicas, psicológicas e sociais que se processam ao longo do ciclo vital. Alguns autores referem que o envelhecimento é um fenómeno inevitável inerente à vida humana, consequência da diminuição irreversível das capacidades físicas e psíquicas do organismo da pessoa idosa (Sousa, Figueiredo & Cerqueira, 2004).

Neste sentido, como etapa da vida humana, o envelhecimento é considerado um processo biológico previsível que implica uma série de alterações biopsicossociais (Sequeira, 2010).

Ao considerar o envelhecimento como um fenómeno humano, é importante efetuar a distinção sobre o que é a consequência de envelhecer e o que é secundário, ou seja, provocado por processos patológicos (Sequeira, 2007). Assim, surgem dois conceitos, o de senescência e o de senilidade (Birren & Zarit, 1985, citados por Sequeira, 2007).

A senescência, também, denominada de envelhecimento primário refere-se à diminuição das funções do organismo que ocorrem, inevitavelmente, com o avançar da idade. Enquanto a senilidade, ou envelhecimento secundário, consiste nos fatores (stress, traumatismos ou doenças) que interferem no processo normal do envelhecimento, acelerando o envelhecimento primário (Sousa, Figueiredo & Cerqueira (2004).

Fonseca (2006) afirma que o envelhecimento humano não pode ser descrito e explicado sem considerar as suas dimensões biológica, psicológica e social.

1.1.1. Dimensão biológica

Para Birren & Zarit (1995, citados por Figueiredo, 2007: 32) o envelhecimento biológico consiste no “(...) processo de mudança no organismo, que com o tempo diminui a probabilidade de sobrevivência e reduz a capacidade biológica de autorregulação, reparação e adaptação às exigências ambientais”.

O envelhecimento biológico é encarado como a diminuição da taxa metabólica, consequência da redução das trocas energéticas do organismo. Este tipo de envelhecimento inicia muito antes, contudo só começa a dar sinais e a manifestar alterações mais evidentes nas pessoas mais idosas (Sequeira, 2007).

Para Figueiredo (2007) o envelhecimento biológico refere-se às alterações físicas que diminuem a eficiência dos sistemas orgânicos. Quando o declínio é acentuado, verifica-se uma redução funcional, colocando o idoso mais frágil e vulnerável ao aparecimento de doenças crónicas, que originam alterações na capacidade funcional e, consequentemente, perda de autonomia e independência.

Pimentel (2005) refere que, se as capacidades físicas nos idosos tendem a diminuir, é fundamental começar a idealizar papéis sociais que visem permitir aos indivíduos viver com menos autonomia e independência.

As transformações exteriores no idoso denunciam o aparecimento da senescência, uma vez que, o aparecimento de cabelos brancos, a diminuição progressiva dos movimentos, alterações no equilíbrio, diminuição da força muscular, alterações emocionais e cognitivas são mais frequente na população desta faixa etária (Sequeira, 2007).

Fonseca (2006) afirma que uma das vertentes de investigação mais auspiciosas no domínio do envelhecimento biológico é a existência de uma dinâmica do envelhecimento, ou gerodinâmica, que visa estudar o comportamento ao longo do ciclo

vital humano, através de uma perspectiva gerontológica. Neste sentido, a gerodinâmica visa explicar o envelhecimento baseada na ocorrência de mudanças internas ao próprio indivíduo, levando a uma diminuição das suas capacidades, acabando por o levar à morte.

Contudo, Yates (1993, citado por Fonseca, 2006) refere que, mesmo que haja ausência de patologias, a probabilidade de adoecer ou falecer aumenta com a idade cronológica.

Todas as transformações associadas ao processo de senescência visam uma perda progressiva da capacidade de adaptação do organismo, ou seja, a redução da capacidade funcional. Assim, a senescência coloca o indivíduo numa situação mais vulnerável sujeita ao aparecimento de doenças, particularmente, a nível crónico que pode limitar a vida quotidiana (Figueiredo, 2007).

1.1.2. Dimensão psicológica

Dado o envelhecimento ser um processo dinâmico e complexo com inúmeras alterações corporais nas pessoas idosas, é frequente existir alterações psicológicas que se traduzem na mudança de atitudes e de comportamentos (Sequeira, 2007).

O envelhecimento psicológico depende de fatores patológicos, genéticos, ambientais e do meio sociocultural em que o idoso se encontra inserido, assim como organiza e vivencia o seu projeto de vida (*ibidem*).

Figueiredo (2007) refere que a investigação na área da psicologia do envelhecimento tem aludido a duas áreas fundamentais: a personalidade e o funcionamento cognitivo. No funcionamento cognitivo privilegia-se o estudo da inteligência, da aprendizagem e da memória.

Relativamente à personalidade existem estudos que revelam que quando o meio habitat permite e possibilite a manutenção do idoso no seu domicílio, este consegue manter as suas características de personalidade. Ou seja, o meio social em que a pessoa idosa está inserida tem um papel determinante na sua maior ou menor estabilidade (Pimentel, 2005).

A inteligência e a capacidade de aprendizagem, se forem devidamente treinadas, podem continuar a progredir. Para Pimentel (2005), é exemplo disso, o facto da população idosa começar a frequentar universidades Sêniores para concretizar sonhos antigos e descobrir novos interesses.

No que diz respeito à memória, alguns autores referem que, com o avançar da idade, surge uma diminuição da velocidade de recuperação dos vários recursos da memória, existindo um maior declínio na memória imediata, isto é, na fixação de informação recente (Prull & col., 2000; Spar & La Rue, 2005, citados por Sequeira, 2007). A memória do ponto de vista da recordação representa uma grande ligação entre a pessoa idosa e o seu mundo, sendo descrita por Pimentel (2005: 48) como “(...) a memória viva de um povo”.

As alterações cognitivas associadas ao processo de envelhecimento interferem ainda ao nível do processamento da informação (Park, 1999, citado por Sequeira, 2007), já que esta está condicionada à capacidade do idoso receber, decodificar e reter toda a informação que, por sua vez, está ligada a outras funções cognitivas. Hertzog (1989, citado por Sequeira, 2007) concluiu, num estudo sobre avaliação de idosos, que a diminuição da eficiência ao nível da velocidade do processamento da informação reflete-se no abrandamento cognitivo, levando a uma redução da inteligência, relacionada com a idade.

1.1.3. Dimensão social

Simultaneamente, às transformações biológicas e psicológicas que ocorrem com o envelhecimento, surgem alterações a nível dos papéis sociais, o que exige um ajustamento e/ou adaptação às novas condições de vida (Figueiredo, 2007).

Assim, o envelhecimento deve ser, também, entendido através da forma como a sociedade concetualiza esta fase do ciclo vital humano, ou seja, como uma construção social inscrita numa dada conjuntura histórica (Fonseca, 2006).

Atualmente, na sociedade, o envelhecimento está associado a transformações no âmbito da participação ativa do idoso. Nesta etapa da vida, os idosos vêm reduzidas as suas funções ao nível dos papéis a desempenhar no seio familiar, laboral e ocupacional, constatando-se uma tendência para a diminuição progressiva, com o avançar da idade (Sequeira, 2007).

Para Pimentel (2005) as limitações a nível social com as quais as pessoas idosas mais se deparam são as barreiras impostas pela sociedade. Relativamente aos papéis sociais do idoso, estes são reduzidos e desvalorizados, condicionando, assim a sua posição na sociedade.

Sequeira (2007) refere que na participação social, os idosos participam em redes mais reduzidas e começam a diminuir o contacto intersocial. A interação social fica comprometida quando os níveis de dependência começam a aumentar e a exigir a presença de um cuidador, o que acaba por constituir um obstáculo à manutenção dos contactos sociais.

A perda de alguns papéis sociais não é sentida, necessariamente, como negativa pelos idosos, embora conduza a momentos de tristeza e de insatisfação com o atual período de vida. Assim, o envelhecimento é marcado pela mudança de papéis e, geralmente, pela perda de alguns deles, sendo a mais frequente a perda do papel

profissional que ocorre na reforma (Figueiredo, 2007). Esta autora refere ainda que, também, nas esferas familiares e sociais ocorrem algumas transformações.

Spar e La Rue (2005) afirmam que os idosos que possuem uma participação ativa no envolvimento de papéis sociais beneficiam de um envelhecimento bem-sucedido.

1.2. Dependência nos idosos

Nem todos os idosos são dependentes. Ser idoso não é sinónimo de dependência, tanto que Hall *et al.* (1997, citados por Cabete, 2005) referem que a maioria usufruiu de uma boa saúde, a nível físico, mental e social, estando independentes mesmo quando atingem idades avançadas.

Contudo, com o avançar da idade, acresce a impossibilidade de realizar, de forma autónoma e independente, algumas atividades da vida quotidiana devido a dois fatores: por um lado, a dependência pode ser causada pelo aparecimento de uma, ou várias, doenças crónicas; por outro, pode ser o reflexo da perda geral das funções fisiológicas, atribuídas ao processo de senescência (Manton *et al.*, 1997, citados por Marín & Casanovas, 2001).

Importa referir que, autonomia, incapacidade e dependência correspondem a conceitos distintos. No entanto, são muitas vezes confundidos, sendo usados indiscriminadamente (Figueiredo, 2007). Vejamos cada um destes conceitos.

Autonomia refere-se à capacidade de decisão, comando, faculdade do indivíduo se governar a si próprio e de se reger por leis próprias (*ibidem*).

Já quanto à incapacidade, a OMS (2003, citada por Figueiredo, 2007), através da Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde, atribuiu-lhe uma nova classificação, referindo que a incapacidade ocorre quando: existe uma perda ou

anomalia de uma estrutura ou de uma função anatómica, fisiológica ou psicológica (*défice na funcionalidade*); restrição ou perda da capacidade para exercer atividades da vida quotidiana do ser humano, em consequência de um défice no funcionamento (*restrição da atividade*) e, por último, quando ocorre um desfasamento entre as limitações surgidas, na sequência de um défice no funcionamento e/ou na restrição da atividade, e os recursos a que o indivíduo tem acesso, ficando assim, em desvantagem no que se refere a um papel social considerado normal (*restrição da participação*).

Relativamente ao conceito de dependência, o Conselho da Europa (1998, citado por Figueiredo, 2007: 64) definiu-o como “um estado em que se encontram as pessoas que por razões ligadas à perda de autonomia física, psicológica ou intelectual, têm necessidade de assistência e/ou ajudas importantes a fim de realizar os atos correntes da vida diária e, de modo particular, os referentes ao cuidado pessoal”. Neste sentido, podemos afirmar que uma pessoa dependente possui “necessidade de ajuda ou assistência importante para as atividades de vida diária” (*ibidem*).

Para Sequeira (2010) a dependência é vista como a incapacidade do indivíduo satisfazer as suas necessidades e tarefas da vida quotidiana sem a ajuda de uma terceira pessoa. Já para Figueiredo (2007) a dependência ocorre após a existência de um processo que se inicia com o surgimento de um défice no funcionamento corporal, consequência de uma doença ou de um acidente.

A limitação das capacidades físicas e psíquicas, assim como o surgimento de doenças crónicas constituem os principais problemas de dependência na população idosa (Imaginário, 2008). No estudo realizado por Capelo (2001, citado por Imaginário, 2008), verificou-se que as doenças crónicas com mais frequência nos idosos são a diabetes, as cardiopatias, os problemas osteoarticulares, a hipertensão arterial, a

amputação dos membros, da cegueira, da paraplegia e, por último a neoplasia, a doença renal a marginalização social.

Para além dos impedimentos que os idosos dependentes têm de enfrentar no seu dia-a-dia, a dependência, também, aumenta, devido a fatores ligados à ausência de apoio familiar, ao isolamento e solidão e à falta de atividade profissional, consequência da reforma (Imaginário, 2008).

Nesta lógica, podemos considerar que a dependência nos idosos resulta da interação das alterações biológicas com as mudanças das exigências familiares e sociais (Sousa, Galante & Figueiredo, 2003).

O conceito de dependência encerra em si mesmo três noções fundamentais: a multidimensionalidade, a multicausalidade e a multifuncionalidade (Lezaun & Salanova, 2001, citados por Figueiredo, 2007).

A multidimensionalidade refere que a dependência abarca o domínio mental, físico, económico e social, assim como a combinação entre cada um dos domínios (*ibidem*).

Relativamente à multicausalidade, esta revela que a dependência não é sinónimo de velhice, ou seja, nem todos os idosos são dependentes e existem muitas pessoas dependentes que não são idosos (*ibidem*).

Por último, a multifuncionalidade afirma que a dependência não tem que assumir somente uma função, isto é, a dependência pode revestir-se de uma função adaptativa ou fazer parte do processo de adaptação (*ibidem*).

Uma das questões fundamentais é compreender como um indivíduo é considerado dependente. Neste sentido, desde os trabalhos pioneiros de Katz e seus colaboradores (1963) e de Lawton & Brody (1969), no momento de determinar se um indivíduo é ou não dependente, considera-se dois grupos distintos de atividades: as

atividades de vida diária (AVD) e as atividades instrumentais de vida diária (AIVD) (Figueiredo, 2007).

A mesma autora refere que é, igualmente, oportuno conhecer o grau de dependência que permite determinar o tipo de cuidados necessários. Para tal, o grau de dependência tem sido avaliado através de escalas de capacidade funcional, com o principal objetivo de ser útil no domínio clínico, por exemplo, para avaliar a evolução dos doentes.

Assim, a dependência tem sido classificada em três níveis: ligeira, moderada ou grave. Um idoso com baixa dependência apenas necessita de supervisão ou vigilância, dado possuir alguma autonomia para a realização de algumas atividades de vida diária. Quando um idoso apresenta uma dependência moderada necessita de apoio de terceiros para desempenhar determinadas tarefas mais específicas. Por fim, um idoso com dependência grave requer ajuda permanente no seu quotidiano, uma vez que não reúne critérios para executar um conjunto de atividades, tratando-se, por norma, de pessoas acamadas ou com graves restrições da mobilidade (*ibidem*).

Capítulo II – Prestação de cuidados familiares a idosos dependentes

2.1. Cuidar de idosos dependentes

Cuidar traduz-se num conceito complexo e multidisciplinar, uma vez que apresenta diversas dimensões, como a relacional, afetiva, ética, sociocultural, terapêutica e técnica (Ricarte, 2009).

Na perspetiva de Collière (2003), cuidar é um ato de prestar cuidados ou serviços a alguém que necessite, constituindo uma atividade complexa nas diferentes dimensões.

Sequeira (2007: 99) refere que o cuidar constitui uma dimensão ontológica do ser humano, na qual os seus valores, atitudes e comportamentos da vida quotidiana exprimem uma preocupação constante com esta atividade. Afirma ainda que, “cuidar não é apenas mais uma função ou uma tarefa, mas sim, uma forma de ‘estar no mundo’, um ato solidário que envolve respeito, reciprocidade e complementaridade”.

Convém notar que a prestação de cuidados pode ser assumida por cuidadores formais e/ou informais.

Para Carletti & Rejani (1999, citados por Ricarte, 2009) os cuidados formais são assegurados por profissionais qualificados, como, médicos, enfermeiros, assistentes sociais, em instituições próprias para efetuar a prestação dos cuidados neste âmbito.

Os cuidados informais são assegurados pela rede familiar e/ou social da pessoa dependente, ou seja, família, amigos e vizinhos, que não recebem qualquer tipo de remuneração pelos cuidados prestados (Lage, 2005). Os amigos e vizinhos apenas assumem a responsabilidade da prestação informal de cuidados ao idoso dependente em situações pontuais, devido à inexistência de família ou quando não existe nenhum

elemento capaz de assumir e assegurar o papel de cuidador (INSERSO, 1995; De La Cuesta, 2004, citados por Sequeira, 2007).

Contudo, segundo Portugal (2007: 36) na prestação de cuidados “(...) os laços informais são essenciais no suporte quotidiano da vida familiar”, dado que os cuidadores informais têm vindo a assumir uma importância acrescida, evidenciada pelas investigações desenvolvidas, tendo como alvo esta população, em grande parte devido à congregação de fatores demográficos, políticos e sociais.

Neste sentido, os cuidadores informais assumem um importante papel na sociedade com implicações significativas, particularmente, a nível económico, social e humano (Sequeira, 2007).

Stone, Cafferata & Sangl (1997, citados por Sousa, Figueiredo & Cerqueira, 2004) referem que é possível distinguir o papel de cuidador principal e secundário, de acordo com o grau de envolvimento nos cuidados prestados ao idoso dependente.

O cuidador principal é aquele que assegura a total ou maior parte da responsabilidade pelos cuidados prestados ao idoso dependente e a quem estão reservados os trabalhos de rotina.

Relativamente aos cuidadores secundários, são aqueles (familiares, amigos, vizinhos, voluntários e/ou profissionais) que prestam cuidados complementares, geralmente em número mais reduzido, proporcionando menos apoio.

Neri & Carvalho (2002, citados por Sequeira, 2007) referem que para além das duas designações de cuidadores (principal e secundário), existe, ainda a denominação de cuidador terciário. Este cuidador é alguém familiar, amigo ou vizinho próximo que apoia muito esporadicamente ou apenas quando solicitado em situações de emergência, não tendo qualquer responsabilidade pelo ato de cuidar.

Figueiredo (2007: 106) chama atenção para o facto de quando o cuidador principal assume a responsabilidade pela prestação de cuidados, os outros cuidadores ou pessoas da esfera familiar e social do idoso dependente tendem a descartar-se de qualquer função, ou seja, “(...) quanto mais o cuidador se envolve, mais os não cuidadores se afastam, levando a supor que, uma vez assumido, o cuidado é intransferível”.

Assumir a decisão, quanto ao ser ou não ser cuidador, exige a possibilidade de escolha entre vários fatores, que passam pela disponibilidade de uma pessoa assumir a responsabilidade pela prestação de cuidados ao idoso dependente (Le Bris, 1994).

Para Martín (2005) a escolha do cuidador informal constitui um processo complexo, determinado por um conjunto de fatores como, o grau de parentesco, a proximidade afetiva, a coabitação, o género do cuidador e da pessoa cuidada e a situação profissional.

Le Bris (1994) afirma que existem duas vias para se assumir a prestação informal de cuidados: um processo sub-reptício ou no seguimento de um incidente inesperado.

A primeira via refere-se a um processo de lenta progressão da perda de autonomia do recetor de cuidados. O cuidador, nestas situações, não consegue precisar uma data do início da prestação de cuidados dado ter começado a prestar cuidados sem se dar conta, sem ter tomado conscientemente essa decisão e, eventualmente, sem se ter identificado com o estatuto de pessoa responsável pela prestação de cuidados.

Relativamente ao surgimento de um acontecimento inesperado, este poderá ser originado por três situações: uma doença ou acidente, seguido de uma alta hospitalar que impede o regresso do idoso dependente ao seu domicílio, no caso de o doente viver só; morte do cônjuge, ou seja, o idoso dependente encontra-se numa situação de viuvez

e, ainda pela ausência ou morte da pessoa que anteriormente assegurava a prestação de cuidados.

Para Figueiredo (2007: 106) o que, maioritariamente, leva o cuidador a iniciar ou a continuar a prestação informal de cuidados ao idoso dependente centra-se num “(...) domínio marcado fortemente pelas tradições de um país, pelos padrões e normas sociais vigentes em cada cultura, pela conceção de vida e história de cada indivíduo”.

A maioria dos cuidadores assume a prestação de cuidados porque sentem-se na obrigação de o fazer. A noção de dever surge na literatura como a principal determinante para a assunção dos cuidados informais, assumindo duas categorias: o dever social e o dever moral (Sousa, Figueiredo & Cerqueira, 2004).

O dever social, assente no modelo da família tradicional, implica, por um lado, que as pessoas se sintam desvalorizadas aos olhos dos outros se não cuidarem dos seus idosos dependentes e, por outro, se sintam valorizadas se responderem “à regra”.

O dever moral, pode assumir diferentes formas e origens, nomeadamente, dar em troca, não se sentir culpado e/ou cumprimento de uma promessa feita.

Importa realçar que, quando se trata de cônjuges a prestar os cuidados, verifica-se uma motivação intrínseca, na qual o valor da solidariedade conjugal vitalícia prevalece, dado que, “casam-se para o melhor e para o pior, na saúde e na doença” (...) (Figueiredo, 2007: 107).

O amor, a ternura e o afeto são sentimentos que fazem parte do leque das motivações no assumir do papel de cuidador informal, mas não representa uma condição para a prestação de cuidados (Sousa, Figueiredo & Cerqueira, 2004).

Raramente existe uma motivação assumida, como um carácter indigno, que acarreta uma recompensa material. Muitas vezes estão em causa possíveis heranças, o

que faz com que a ajuda prestada pelo cuidador apareça como uma espécie de garantia, em que as pessoas têm a expectativa da recompensa (*ibidem*).

Para Figueiredo (2007) a preocupação em não recorrer à institucionalização é frequente nos idosos dependentes e nos seus cuidadores, uma vez que existe uma opinião depreciativa e generalizada relativamente aos lares. Esta solução surge para o cuidador como a última escolha, quando todas as outras alternativas falharam.

Pimentel (2005) afirma que, o ato de cuidar de uma pessoa dependente é uma missão árdua, em que o cuidador se compromete e dedica à prestação de cuidados.

Convém notar que, o conceito de prestação informal de cuidados ou, na expressão inglesa, “*caregiving*”, tem despertado a atenção de alguns investigadores acerca do seu verdadeiro significado. Neste sentido, prestar cuidados a uma pessoa dependente constitui uma “atividade complexa, com dimensões psicológicas, éticas, sociais e demográficas, que também comporta os aspetos clínicos, técnicos e comunitários” (Luders & Storani, 2000, citados por Figueiredo, 2007).

Para Squire (2006, citado por Figueiredo, 2007) a prestação de cuidados assume três dimensões: responsabilidade/tomar conta de alguém; satisfazer/responder às necessidades de alguém e sentir preocupação, interesse, consideração e afeto pela pessoa recetora de cuidados.

Assim, Imaginário (2008) refere que a prestação de cuidados a um idoso dependente desenvolve-se em dois domínios: o apoio psicológico e o apoio instrumental. O apoio psicológico visa promover o bem-estar e a satisfação da pessoa doente. Relativamente ao apoio instrumental, este tem por objetivo prestar ajuda física em situações de dependência (Paúl, 1997).

Neste sentido, Sousa, Figueiredo & Cerqueira (2004) afirmam que a investigação sobre a prestação informal de cuidados ao idoso tem operacionalizado as

tarefas desempenhadas pelos cuidadores como a provisão direta de serviços, nomeadamente, ao nível do apoio nas AVD's (por exemplo: cuidados com a higiene pessoal, vestir, alimentação, mobilidade, entre outros) e nas AIVD's (por exemplo: transporte, comprar, atividades domésticas, preparação de refeições, administração de medicamentos, entre outros).

Paúl (1997) definiu cinco categorias de prestação de cuidados: cuidados antecipatórios, cuidados preventivos, cuidados de supervisão, cuidados instrumentais e cuidados protetores.

Os cuidados antecipatórios incluem comportamentos ou decisões baseadas na antevisão das necessidades dos idosos dependentes (*ibidem*).

Relativamente aos cuidados preventivos, referem-se à prevenção de doenças e de deteriorações físicas e mentais (*ibidem*).

Os cuidados de supervisão incluem o envolvimento direto e ativo, normalmente, reconhecido como o *olhar pelo idoso* (*ibidem*).

Os cuidados instrumentais têm a ver com o *fazer por* ou assistir de modo a manter a integridade física e o estado de saúde da pessoa idosa (*ibidem*).

Por último, os cuidados protetores prendem-se com a proteção relativa ao que não pode ser evitado e tem a ver com as ameaças à autoimagem, identidade e bem-estar emocional (*ibidem*).

2.2. A família como prestadora de cuidados

No século XVIII, a família sofreu grandes transformações, principalmente na sua composição, nas relações e afetos que se desenvolviam no seu seio. Segundo Esteves (2010: 57) “(...) em oitocentos, ela mantém-se como uma instituição condicionada por diversos fatores que interferiam na sua formação”.

Segundo Marín & Casanovas (2001), existem em todas as sociedades a necessidade de apoio. Cuidar dos idosos, zelar pelo bem-estar e pelo tratamento na doença, bem como, rezar pela sua alma após a morte eram tarefas destinadas à família, nomeadamente à mulher (Esteves, 2010).

Para os filhos cuidarem dos seus pais ou familiares mais próximos quando estes necessitassem de cuidados permanentes eram acordados dotes que consistiam num mecanismo que permitia organizar os últimos anos de vida e antecipar os preparativos da morte (*ibidem*).

Os dotadores procuravam garantir a sua qualidade de vida na velhice, assegurando com antecedência o apoio familiar. Na morte, havia a preocupação de garantir a salvação da sua alma através de missas que os dotados eram obrigados a encomendar (*ibidem*).

A exigência dos cuidados na velhice não se limitava aos outorgantes, estendia-se, também, a outros membros do agregado familiar (*ibidem*).

Vejamos o seguinte exemplo: a mãe de Catarina Rego atribuiu-lhe sob a forma de dote “o terço dos seus bens móveis e de raiz presentes que o seu defunto marido lhe havia deixado à sua filha em testamento”. A reserva só era entregue à noiva, juntamente com o noivo, caso se compromettesse a cuidar da mãe e da sogra, respetivamente (Esteves, 2010: 70).

As alterações da sociedade fazem emergir um novo problema: se outrora, a família cumpria inúmeras funções, entre elas, a de prestação de cuidados, hoje essas funções são desempenhadas em grande parte pelos serviços sociais e de saúde.

Na sociedade contemporânea, as instituições substituem a família em funções anteriormente destinadas, exclusivamente, à própria, nomeadamente, na proteção dos seus membros (Marques, 2007). Como refere Fernandes (1994, citado por Imaginário,

2008: 60) nesta sociedade existem transformações nos domínios “da economia, da ciência, da tecnologia, das relações sociais, das representações, dos valores e das normas” (...).

E, desta forma, no dizer de Duque (2014: 39) “a mentalidade altera-se, quando se alteram as estruturas e sistemas culturais, económicos ou políticos”. Todavia, não obstante à sociedade contemporânea ser cada vez mais individualista e voltada para valores materialistas, a família continua a ocupar um lugar central. Duque (2014), a propósito de um estudo em que compara 8 países da União Europeia, refere que 98% de indivíduos dos países em estudo atribuem à família, tanto no inquérito de 2000 como no de 2008, muita ou bastante importância. Esta valorização da família é ratificada em todos os países do estudo. Esta relação com a família, refere o autor, “não é de estranhar, uma vez que há outros indicadores que corroboram este valor, tal como é o caso da variável que questiona se estão dispostos a fazer algo para melhorar as condições de vida dos outros e, em geral, a maioria dos indivíduos do Conjunto dos países, declarou estar disposto a colaborar, sendo que, no ano 2000, 95% da população afirma estar disposta a ajudar a sua família mais próxima” (Duque, 2014: 107-108). Olhando para Portugal, o mesmo autor, diz que “no ano 2008, os portugueses seguem exatamente a tendência do Conjunto dos países, uma vez que 78% lhe atribui muita importância e 21% bastante importância” (Duque, 2014: 108), ou seja, a família, mesmo apesar de todas as transformações por que tem passado, continua a ter um grande valor e reconhecimento.

A família nunca estará separada da sociedade, uma vez que “as pessoas estão cada vez mais condicionadas pelos locais de trabalho (...) As crianças e os idosos crescem e vivem nos espaços coletivos que lhe são impostos, com pouca ligação ao ambiente familiar” (Cabral, 1994, citado por Imaginário, 2008: 59).

O aumento da esperança média de vida faz com que haja um aumento do número de famílias, no qual se verificam mais casais de idosos a viverem sós (Imaginário, 2008). Este fenómeno demonstra a modificação a que se assiste no ciclo da vida familiar, em que mais casais iniciam a sua vida familiar sozinhos, do ponto de vista da convivência, e mais idosos terminam a sua história familiar e pessoal vivendo por conta própria (Saraceno, 1997, citado por Imaginário, 2008).

É no seio familiar que nascemos, crescemos e socializamos e, como tal, é nele que procuramos apoio para os problemas que surgem na vida quotidiana, durante o ciclo vital humano (Marques, 2007).

Em Portugal e nos países do sul da Europa, a família, constitui o suporte a todos aqueles que necessitam de cuidados, uma vez que, a tradição cultural do nosso país atribui às famílias, principalmente, às mulheres, a responsabilidade de prestar os cuidados aos idosos dependentes (Sousa, Figueiredo & Cerqueira, 2004).

Segundo Martins (2002, citado por Marques, 2007), a instituição família constitui um fenómeno universal, que ao longo dos tempos assumiu diversas formas.

Serra (2002: 534) defende que “a família é o ambiente com condições naturais onde espontaneamente surge uma troca mútua de sentimentos. Desta forma possui potencialidades para dar apoio emocional para a resolução de problemas e conflitos”.

A família é considerada a unidade fundamental da sociedade, tendo sido constituída como um fenómeno biológico de conservação e produção e, transformou-se, posteriormente num fenómeno social (Imaginário, 2008).

Para Moreira (2001, citado por Marques, 2007: 23) “todas as famílias, para que possam manter a sua integridade, desempenham determinadas funções de modo a responder às suas necessidades enquanto família (enquanto todo), às necessidades de cada membro individualmente e às expectativas da sociedade”.

Neste sentido, a família é entendida como um sistema, ou seja, como um todo, sendo compreendida através de uma visão holística (Imaginário, 2008).

É fundamental o papel das famílias em relação aos seus idosos dependentes e, segundo Silva *et al.* (1995, citados por Imaginário, 2008: 69) “(...) nos países desenvolvidos, onde a família alargada ainda existe, nem todos são capazes de lhe prestar cuidados necessários, em lhes fazer companhia”. Contudo é notório que o maior e mais rápido apoio aos idosos é assegurado pelos familiares.

Apesar dos filhos deixarem de viver com os progenitores, a família continua a manter grandes laços, nos quais os filhos preservam as relações com os pais, apesar da sua autonomia (Costa, 2012).

Geralmente, são os pais que apoiam os filhos, permitindo-lhes alcançar uma atividade profissional. No entanto, e devido ao aparecimento de doenças e consequente perda de autonomia e independência, a situação inverte-se, sendo a família chamada para prestar assistência (*ibidem*).

Esta situação irá alterar o funcionamento e a dinâmica familiar, quebrando as rotinas e, naturalmente, irão emergir ruturas no seio da família (*ibidem*).

2.3. O perfil do cuidador familiar

Existem estudos que refletem sobre a identidade dos cuidadores informais, apresentando as suas características sociodemográficas.

Em Portugal, 70 a 80% dos cuidados prestados a pessoas idosas dependentes são assegurados pela rede informal, em especial pelos familiares mais próximos (José *et al*, 2002; Grand, 2004; Guberman, 2006, citados por Romão, Pereira & Gerardo, 2008).

Em geral, os cuidadores familiares são os cônjuges, os filhos e as noras/genros. Para alguns autores os cuidadores familiares são sobretudo as mulheres (esposas, filhas

e noras) e, frequentemente, os próprios cuidadores são os idosos, normalmente quando se trata do cuidado entre o casal ou entre irmãos (Arber & Ginn, 1990; José, Wall & Correia, 2002; Grand, 2004; Guberman, 2006; Martín, 2006; Sousa, Figueiredo & Cerqueira, 2004; Torres *et al*, 2004, citados por Romão, Pereira & Gerardo, 2008).

Para Figueiredo (2007) os cônjuges são, na maioria das vezes, a principal e única fonte de assistência ao idoso dependente. Refere ainda que, a descendência constitui a segunda fonte de prestação de cuidados. Regularmente, na ausência do cônjuge, é a filha quem assume a responsabilidade de prestar cuidados. Quando se verifica a inexistência de uma filha, será o filho a assumir a responsabilidade, contudo, quase sempre, acaba por transferi-la para a esposa (NCEA, 2002, citado por Figueiredo, 2007).

Nesta lógica de pensamento, Martín (2005) refere que as explicações acerca da diferença de papéis no cuidado informal em função do género são pouco claras. Contudo, Finley (1989, citado por Martín, 2005) explica que este fenómeno prende-se com os modelos de divisão do trabalho familiar, ou seja, pressupõe que o cuidado prestado a alguém é uma tarefa doméstica, à semelhança do cuidado com a casa e os filhos, referindo quatro hipóteses interpretativas desta realidade.

O primeiro modelo de divisão do trabalho familiar refere-se à *hipótese da disponibilidade de tempo*, que revela que os homens não possuem tempo para as tarefas domésticas dado manterem um trabalho fora de casa.

O segundo é a *hipótese da socialização ideológica*, segundo a qual existe um processo de aculturação, cuja responsabilidade pelo cuidar pertence às mulheres.

O terceiro diz respeito à *hipótese dos recursos externos*, sugerindo que a divisão do trabalho doméstico é influenciada por fatores externos, como o rendimento económico e o nível educacional. Assim, os indivíduos com maiores recursos possuem uma maior capacidade de negociação em relação aos outros familiares, pelo que o

suporte no cuidado é menor e, assim, as mulheres com maior nível educacional usufruem de uma divisão mais equitativa das tarefas domésticas.

Por último, existe a *hipótese de especialização por tarefas*, que defende que o papel do homem e da mulher está associado a diferentes tarefas domésticas que visam o bem-estar da família. Assim, cabe aos homens trabalhos que exigem mais força física, especializando-se em tarefas fora do âmbito doméstico. Há mulheres que apenas lhes vêm delegadas tarefas de cuidado familiar e de trabalho doméstico.

Porém, apesar do predomínio dos cuidados familiares serem prestados pelos elementos do sexo feminino, a participação dos homens é crescente, tanto no papel de cuidadores principais, como secundários (Barber, 1999, citado por Figueiredo, 2007).

Para Le Bris (1994) a maioria das pessoas prestadoras de cuidados é constituída por cônjuges, que tanto são homens como mulheres.

Relativamente à idade, várias investigações revelam que a maioria dos cuidadores informais tem uma média de idades entre os 45 e os 60 anos. Convém notar que a idade dos cuidadores é influenciada pela idade da pessoa recetora de cuidados, ou seja, quanto mais velha for a pessoa dependente, mais velho será o cuidador (Figueiredo, 2007).

Os cuidadores casados constituem a maior proporção daqueles que prestam cuidados a um familiar dependente (cerca de 70%), seguindo-se os solteiros, divorciados/separados com 11% e, finalmente, os viúvos em proporções menos significativas (*ibidem*).

No que diz respeito à proximidade geográfica entre os cuidadores e os idosos dependentes, normalmente, vivem em casas próximas (*ibidem*). Para Le Bris (1994) a coabitação é evidente quando se trata de cônjuges a prestarem os cuidados e frequente

entre os descendentes que assumem a responsabilidade dos cuidados, quando o idoso dependente apresenta um elevado grau de dependência.

Acumular um trabalho remunerado com a função da prestação informal de cuidados não constitui um modelo predominante na União Europeia, nem nos países centrais ou nórdicos (Le Bris, 1994).

Contudo, a realidade de acumular as duas funções não é rara. Um relatório da NAC/AARP (1997, citado por Figueiredo, 2007) revela que 64% dos cuidadores possuem um trabalho remunerado (52% a tempo inteiro e 12% a tempo parcial) e 16% encontram-se reformados, estando os restantes como «não empregados».

Relativamente à duração da prestação de cuidados a um idoso dependente, Le Bris (1994) constatou que 40% a 50% dos cuidadores prestam cuidados há «apenas» cinco anos. Verificou, também, que 26% dos cuidadores ingleses prestavam cuidados há cinco e nove anos, enquanto os cuidadores belgas prestavam há 6 e 15 anos.

Capítulo III – A sobrecarga do cuidador familiar

3.1. Conceito de sobrecarga

Nos últimos anos, a investigação tem dado especial atenção ao impacto negativo causado pela prestação de cuidados informal, nomeadamente, ao nível da saúde e do bem-estar físico, psicológico e social dos cuidadores (Figueiredo, 2007).

Na literatura gerontológica recorre-se ao termo “sobrecarga” («burden») para descrever as consequências negativas da tarefa de cuidar sobre o cuidador (*ibidem*).

Assim, o conceito de sobrecarga surgiu nos anos 60 devido aos efeitos que as famílias cuidadoras de doentes psiquiátricos apresentavam, resultado de um programa comunitário desenvolvido na Grã-Bretanha (Fernandes, 2009).

No entanto, só nos anos 70 é que foi introduzido o conceito de sobrecarga, uma vez que, emergiu um fator importante que influencia a qualidade de vida dos cuidadores de doentes com demências (*ibidem*).

Nos anos 80, Zarit e os seus colaboradores referiram que a avaliação de várias alterações observadas nos cuidadores constituiu a chave para a definição do conceito de sobrecarga (Zarit, Reeve & Bach-Peterson, 1980, citados por Fernandes, 2009).

Para Borgermans, Nolan & Philip (2001, citados por Figueiredo, 2007: 119) a definição de sobrecarga não é consensual, dado tratar-se de um “construto multifacetado, referente aos constantes problemas existentes numa situação de prestação de cuidados”.

Assim, o termo sobrecarga consiste no conjunto de problemas físicos, psicológicos e socioeconómicos que emergem no desenvolvimento da prestação de cuidados, acabando por afetar os cuidadores nos diferentes níveis (Sousa, Figueiredo & Cerqueira, 2004)

Para George & Gwyther (1986, citados por Figueiredo, 2007: 119) a sobrecarga é a consequência de “problemas físicos, psicológicos, emocionais, sociais e financeiros que podem ser experienciados pelos membros da família que cuidam idosos incapacitados”.

Sobrecarga refere-se, também, às consequências que surgem após a prestação de cuidados a um doente ou a um idoso dependente. Em 1985, Platt define sobrecarga como o conjunto de problemas, dificuldades ou acontecimentos adversos que afetam a vida daqueles que têm uma relação significativa com o doente psiquiátrico (Sequeira, 2007).

Embora a definição de sobrecarga não seja consensual, é frequente distinguir as suas duas dimensões, a objetiva e a subjetiva.

A componente objetiva refere-se às atividades e acontecimentos intimamente ligados ao desempenho do papel do cuidador, no apoio às atividades da vida diária e na resolução dos problemas e comportamentos emocionais (Sequeira, 2007). Ou seja, refere-se à situação de doença e incapacidade, à exigência dos cuidados prestados de acordo com a gravidade, o tipo/grau de dependência e o comportamento do idoso, às consequências ou impacto na vida familiar, social, económica e profissional do cuidador (Figueiredo, 2007).

A vertente subjetiva, diz respeito às reações emocionais e sentimentos decorrentes das atividades presentes na dimensão objetiva (Sequeira, 2007).

A necessidade da família cuidar do seu idoso dependente causa situações de *stress* e problemas de saúde física e mental, gerando sentimentos de ansiedade, frustração e preocupação quer com o idoso, quer com os restantes familiares (Oliveira, 2009, citado por Sousa, 2011).

Cuidar de idosos dependentes durante largos períodos de tempo, pode tornar-se desgastante a nível físico, emocional e social para os cuidadores informais (Loureiro, 2009). Este desgaste decorrente da prestação de cuidados leva a profundas alterações na vida familiar, social e profissional (Pereira & Carvalho, 2012).

Os problemas resultantes de uma constante e contínua prestação de cuidados a pessoas dependentes, consequentes de fatores físicos, psicológicos, emocionais, sociais e financeiros são denominados de *sobrecarga* ou *exaustão* do cuidador familiar (Zarit, *et al.*, 1980; Plat, 1985; Robinson, 1983; Paúl, 1997; Brito, 2002; Vitalino *et al.*, 2004, citados por Rolo, 2009).

A sobrecarga resulta da avaliação dos cuidadores sobre o papel e as tarefas que desempenham, da perceção e do desenvolvimento da doença dos familiares e, por último, das interferências que estes problemas causam nos variados domínios da vida do cuidador. Neste contexto, a sobrecarga é entendida como a mediadora entre o comprometimento do idoso e o impacto que o cuidar causa na vida dos cuidadores e das suas famílias (Rolo, 2009).

Existem estudos que demonstram que quando se compara cuidadores familiares de idosos dependentes com pessoas que não possuem esta responsabilidade, os primeiros consideram a sua saúde pior, sofrendo mais de doenças crónicas (Thompson & Gallagher-Thompson, 1996; Haley, *et al.*, 1996, citados por Figueiredo & Sousa, 2008).

A presença de um cuidador secundário é fundamental para termos a noção do estado de saúde e qualidade de vida, assim como do nível de sobrecarga do cuidador principal (Pereira & Carvalho, 2012).

Contudo, é habitual, na fase final, o cuidador já aceitar que a situação em que se encontra o seu familiar é inevitável e irreversível, pelo que a sobrecarga está mais ligada ao facto de o idoso estar dependente (Sequeira, 2007).

Convém notar que, a percepção da existência de sobrecarga no decorrer da prestação de cuidados constitui uma resposta individual, ou seja, o que para um cuidador é difícil e complexo para outro pode não o ser em circunstâncias idênticas (Lage, 2005).

Com o decorrer do tempo é normal que surja uma acomodação e um ajustamento à situação de crise, fazendo com que os níveis de sobrecarga expressos pelos cuidadores diminuam. No entanto, as consequências negativas da prestação de cuidados levam a que o cuidador familiar sinta diversas necessidades e dificuldades no seu dia-a-dia (Marques, 2007).

Segundo Andrade (2009) a sobrecarga depende de algumas variáveis sociodemográficas e de contexto.

Assim, quando se observa a relação de parentesco entre o idoso dependente e o cuidador, esta tende a possuir consequências negativas quer ao nível da adaptação ao papel do cuidador quer na percepção da sobrecarga. Esta situação ocorre, principalmente quando se trata de cuidadores cônjuges que dada a relação de maior proximidade com a pessoa recetora de cuidados, referem menor sobrecarga do que cuidadores com menor proximidade (Kramer, 1993, citado por Lage, 2005).

Relativamente à variável coabitação, Lage (2005) refere que existe uma influência sobre a sobrecarga, uma vez que, ao coabitar com o idoso dependente, o cuidador, nomeadamente, as mulheres e os filhos adultos que vivem com os pais, acresce o tempo de cuidado e, simultaneamente, diminui o tempo de lazer e a vida social.

Para Kramer (1997, citado por Lage, 2005) a idade dos cuidadores, embora na maior parte dos estudos, não afete nem positiva nem negativamente, apresenta uma repercussão negativa no estado de humor, nomeadamente, ao nível da perceção dos sintomas depressivos, da fadiga e baixa energia, da confusão e falta de clareza mental e, ainda, do vigor e perceção do estado de saúde.

Prestar cuidados diários é uma variável preditora da sobrecarga. Lage (2005) revela que, surpreendentemente, os cuidadores que prestam mais cuidados diários têm uma perceção de maior vigor psíquico e energia do que os que cuidam menos horas. Estes resultados poderão ser explicados por uma melhor condição física dos cuidadores, subjacente à própria capacidade de prestar mais horas de cuidados ao idoso dependente.

No que diz respeito às variáveis rendimento e sexo, ambas são preditoras da perceção de saúde, enquanto a variável escolaridade é preditora da qualidade de vida (Lage, 2005). Com a disponibilidade de recursos económicos a aumentar o leque de opções para lidar com os stressores, é compreensível que a perceção de saúde seja boa, uma vez que, é dado adquirido que a sobrecarga financeira constitui uma consequência negativa do cuidado, levando a repercussões na saúde física e mental dos cuidadores (Carrero, 2002; Gerorge & Gwyther, 1986, citados por Lage, 2005).

Lage (2005) ao comparar os seus resultados com outras investigações constatou que, na variável sexo, são as mulheres que continuam a desempenhar o papel de cuidadoras, indicando uma maior perceção de sobrecarga, tanto objetiva como subjetiva, o que vai determinar, necessariamente, a sua perceção de saúde.

Embora os resultados empíricos não revelem uma tendência clara entre a escolaridade e o impacto dos cuidados, parece haver um fator positivo entre a variável escolaridade na perceção da qualidade de vida dos cuidadores (Kramer, 1997; Brito, 2002; Lage, 2004, citados por Lage, 2005).

Vários estudos têm revelado que os conflitos familiares influenciam a sobrecarga. Num estudo desenvolvido por Strawbridge & Wallhagen (1991, citados por Paúl, 1997), com 100 filhos que cuidavam dos seus pais, 40% possuía conflitos sérios com familiares, geralmente com irmãos e cunhados, devido a estes acharem que não asseguram os cuidados necessários ao progenitor idoso (60%), por receberem críticas pelo que fazem (12,5%) e, ainda, pelos familiares insistirem na institucionalização do idoso dependente (10%). Destes conflitos, 80% estabeleceram-se recentemente, no entanto, são relatados, também, alguns casos de aproximação entre os familiares motivados pela prestação de cuidados.

Por último, o facto de os cuidadores beneficiarem da ajuda de outrem na prestação de cuidados ao idoso dependente, como por exemplo do cuidador secundário, possui um impacto positivo, dado aliviar a exigência dos cuidados, melhorando a perceção de saúde (Brito, 2002; Lage, 2004, citados por Andrade, 2009).

A sobrecarga do cuidador varia em função da patologia e do grau de dependência do idoso (Andrade, 2009). Assim, podemos encontrar três tipos de sobrecarga: a física, a psicológica e a social.

3.2. Sobrecarga física

A sobrecarga física refere-se aos problemas físicos que advêm da prestação de cuidados aos idosos dependentes, como, a exaustão e a incapacidade de cumprir o seu papel, dependendo do tipo de tarefas e da responsabilidade exigida perante o grau de dependência do doente (Marques, 2007).

É frequente a presença de cansaço físico e deterioração do estado de saúde nos cuidadores, a partir do início da prestação de cuidados a um idoso dependente (Figueiredo, 2007).

Segundo Selmes & Selmes (2000, citados por Imaginário, 2008: 80) os cuidadores exprimem alterações da saúde como o cansaço físico e a sensação de que a sua saúde ficou fragilizada desde que assumiu a prestação de cuidados ao idoso dependente “(...) as noites sem dormir, os pequenos problemas que há que solucionar a todo o momento (...) impedem-no de se libertar do problema e encontrar os momentos de repouso que lhe são indispensáveis”.

Relativamente aos problemas físicos apresentados pelos cuidadores, consequência da prestação de cuidados a um idoso dependente, Fernandes *et al.* (2002, citados por Rolo, 2009) cita alguns autores que referem as lombalgias, as tendinites, as cefaleias como as patologias mais frequentes. Outro estudo sugere o aparecimento de alterações no sistema imunitário, para além dos problemas de sono, fadiga crónica, hipertensão arterial e outras alterações ao nível cardiovascular (Begany *et al.*, 1996; Brodaty, 1999, citados por Rolo, 2009).

É importante realçar que, quando se analisa e avalia o impacto causado pela prestação de cuidados na saúde dos cuidadores, deve-se ter particular atenção à idade do cuidador. Ou seja, nos cuidadores mais idosos, é mais provável que comecem a ocorrer situações associadas às transformações decorrentes do processo de senescência, nomeadamente, à diminuição da força muscular. Neste sentido, é frequente ver os cônjuges cuidadores mais expostos a problemas de saúde do que os descendentes (Sousa, Figueiredo & Cerqueira, 2004).

3.3. Sobrecarga psicológica

Sinais de depressão e ansiedade são os problemas mais frequentes na maioria dos cuidadores (Parks, 2000; Benjamim & Cluff, 2001; Cohen & Eisdorfer, 2001; NCEA, 2002, citados por Figueiredo, 2007).

Na sobrecarga emocional, a depressão é o quadro clínico que mais frequentemente ocorre, normalmente, manifestando-se no prazo de um ano após o início da situação de prestação de cuidados (Brito, 2002, citado por Marques, 2007).

Vários estudos revelaram a presença de sintomas depressivos como a tristeza, desespero, frustração, inquietação, entre outros, em cuidadores familiares, podendo serem associados à progressiva deterioração do estado de saúde do idoso dependente, à diminuição do tempo livre e à inexistência de apoio. Surgem, igualmente, sentimentos de ansiedade e preocupação pela saúde do idoso, pela própria saúde do cuidador, pela falta de tempo e pelos conflitos familiares que emergem com o início da prestação de cuidados (Sousa, Figueiredo & Cerqueira, 2004).

Paúl (1997) revela que a taxa de depressão nos cuidadores informais de idosos dependentes varia entre 43% e 46%. Refere que existe uma relação entre os sintomas depressivos e as variáveis sexo, grau de parentesco e a situação de emprego. Contudo, afirma que não existe uma relação entre a sintomatologia depressiva e as variáveis idade, estado civil e apoio de cuidados.

Frequentemente, também, surgem sentimentos de culpa por saturação em relação à pessoa recetora de cuidados, por pensar que não se está a fazer tudo o que se pode, por descurar outras responsabilidades e, ainda, por desejar a morte do familiar, acabando assim com o sofrimento do idoso, libertando-se o cuidador da situação (Figueiredo, 2007).

Para Santos (2008) o cuidar torna-se, ainda, mais complexo quando se verifica uma recusa ao nível da aceitação do estado de dependência, por parte do cuidador e/ou do próprio idoso. Assim, associada a estas alterações, surge e/ou aumenta situações de *stress* (*ibidem*).

Para Oliveira (1994, citado por Marques, 2007) o sistema familiar está sujeito a dois tipos de pressão: a *interna*, que resulta das mudanças relativas ao desenvolvimento dos seus membros e dos seus subsistemas, e a *externa*, relacionada com as exigências de adaptação dos membros às instituições sociais que têm influência sobre eles.

Estas duas pressões foram identificadas por Minuchi (1979, citado por Marques, 2007) como «fontes de *stress*», classificando-as em quatro tipos.

A primeira refere-se ao contacto de um membro da família com uma fonte de *stress* extrafamiliar, que ocorre quando um dos elementos se encontra sob stress, os outros membros sentem a mesma pressão.

O contacto de toda a família com uma fonte de *stress* extrafamiliar, revela que para a família se apoiar é fundamental reestruturar o seu padrão de funcionamento.

A terceira fonte de *stress* é relativa aos períodos de transição do ciclo vital da família, isto é, por exemplo o nascimento de uma criança, separação/divórcio ou a morte de um progenitor idoso obrigam à negociação de novas regras familiares.

Por último, temos o *stress* provocado por problemas particulares, que diz respeito aos acontecimentos imprevistos que podem afetar a organização do sistema familiar, como o surgimento de uma doença crónica, prolongada e incurável.

Para Lage (2005) os stressores podem ser primários e secundários. Os primários estão relacionados com as exigências objetivas, isto é, os cuidados de carácter instrumental. Os stressores secundários não envolvem de forma direta os cuidados, mas originam problemas noutros papéis sociais, nas relações, no trabalho e ao nível dos sentimentos. Exemplos de stressores secundários são os conflitos familiares e laborais e a restrição de atividades sociais e de lazer.

A família tende a adaptar-se às situações de *stress*, no sentido de manter a continuidade familiar, permitindo várias reestruturações. O funcionamento familiar e as

alterações de papéis constituem as maiores fontes de *stress* que emergem, principalmente, com a existência de uma doença na família (Marques, 2007).

Segundo Stroebe *et al.* (1999, citado por Santos, 2008), o *stress* pode afetar a saúde através das alterações fisiológicas e/ou através do comportamento do indivíduo. A associação destas duas reações ao *stress* contribui para o desenvolvimento de uma saúde frágil e vulnerável, quer pela interação com outras patologias, quer pelo facto de afetar a capacidade do corpo resistir ao aparecimento de mais doenças.

3.4. Sobrecarga social

A sobrecarga social refere-se às mudanças no estilo de vida, que reduzem, modificam e geram insatisfações na vida social dos cuidadores familiares. Neste sentido, o cuidador sofre um isolamento social, fruto da falta de tempo para si e para as suas atividades sociais e habituais (Marques, 2007).

A diminuição da participação dos indivíduos em atividades sociais é frequente, conduzindo a um efeito negativo, dado que, o tempo livre anteriormente dedicado a atividades de lazer foi substituído pela prestação de cuidados ao idoso em situação de dependência que acaba por exigir muito tempo e dedicação (Figueiredo, 2007).

Neste sentido, todas as relações sociais acabam por ser fragilizadas, perdendo, assim, um apoio social que posteriormente será fundamental (Sousa, 2011).

Também, é possível constatar que emergem situações de conflitos quando o cuidador é casado e possui filhos a cargo. Na maioria das vezes, o casal e os filhos deixam de ter tempo para si, resultando em conflitos e, conseqüentemente, numa deterioração das relações familiares (Imagínario, 2008).

Esta rutura familiar ocorre, geralmente quando o idoso dependente passa a habitar com o cuidador e a sua família. Esta alteração poderá provocar conflitos

familiares dado que os restantes membros vêm-se, igualmente, afetados pela situação. Ou seja, “(...) quando um membro da família começa a padecer uma demência, experimenta no início uma deterioração física e psíquica, que incide de tal modo na estrutura e dinâmica familiar, que obriga a modificar estruturas e regras para que os seus membros se possam adaptar (...) à nova situação” (Sabater *et al.*, 1998, citado por Imaginário, 2008: 79).

As questões profissionais, também, influenciam os níveis de sobrecarga social, dado existir muitos cuidadores familiares que mantêm uma atividade profissional fora de casa em simultâneo com a execução da prestação de cuidados, surgindo o dilema: *trabalhar ou cuidar?* Dominguez-Alcon (1997: 4) afirma que quando “a dependência do idoso é grave, a rede familiar disponível é reduzida e as dificuldades económicas no conjunto familiar escassas (...) a única alternativa é deixar de trabalhar”.

Dado que os idosos possuem rendimentos baixos, o abandono do emprego e o isolamento social, podem gerar, também, dificuldades a nível económico (Fernandes, 2002; Proot, 2003; Grunfeld, 2004; Martins, 2004, citados por Rolo, 2009).

Para Medeiros (2000, citado por Santos, 2008) as dificuldades a nível económico são mais visíveis e significativas quando se trata de famílias com baixos recursos. Neste sentido, vêm-se obrigadas a recorrer aos apoios sociais disponibilizados no setor público e nas instituições particulares de solidariedade social.

Se o cuidador familiar tiver a possibilidade de exercer atividades fora de casa pode ser saudável, dado que visa proporcionar interação social e oportunidades de descanso das atividades com a pessoa idosa, diminuindo, assim problemas como o isolamento, a angústia, a frustração ou a depressão (Nakatani *et al.*, 2003, citado por Rolo, 2009).

PARTE III – FASE METODOLÓGICA

Na fase metodológica, procede-se à descrição do tipo de estudo, da população e da amostragem, bem como dos instrumentos de recolha de dados e, por último, a definição do método de recolha e análise dos dados recolhidos na investigação.

3.1. Tipo de estudo

No sentido de obter respostas aos objetivos delineados para a investigação é fundamental definir o tipo de estudo que iremos implementar. O tipo de estudo permite obter respostas fiáveis às questões da investigação, referindo que “(...) a estrutura utilizada segundo a questão de investigação visa descrever variáveis ou grupos de sujeitos, explorar ou examinar relações entre variáveis” (Fortin, 1999: 133).

Neste sentido, recorreremos a um desenho de investigação que assume um carácter quantitativo, transversal e correlacional/causal.

É quantitativo, uma vez que, recorre a dados numéricos para obter informações, descrever e testar relações (Fortin, 1999). O interesse do investigador, neste tipo de abordagem, visa assumir uma atitude científica, distanciada e neutra, no sentido de comprovar estatisticamente os objetivos do estudo (Coutinho, 2011).

A investigação quantitativa adota um desenho transversal, dado que caracteriza-se por recolher os dados num único momento temporal, não recorrendo a outra avaliação (Coutinho, 2011).

Trata-se, também de um estudo correlacional/causal, uma vez que, o estudo visa descrever e verificar relações entre as variáveis (Fortin, 1999) e, simultaneamente, procura uma explicação para os resultados obtidos.

O presente estudo assume uma investigação não experimental, dado o investigador não manipular, diretamente, as variáveis (Coutinho, 2011), limitando-se

apenas à observação dos fenómenos, tal como se dão no seu contexto natural, com a finalidade de os analisar posteriormente (Kerlinger & Lee, 2002).

3.2. Amostra

A amostragem consiste no processo pelo qual um grupo de pessoas ou um subconjunto de uma população é escolhido para que o investigador possa recolher informações relacionadas com um determinado fenómeno (Fortin, 1999).

Assim, uma amostra é “um grupo de sujeitos ou objetos selecionados para representar a população inteira de onde provieram” (Charles, 1998, citado por Coutinho, 2011: 85).

A presente investigação irá recorrer ao método de amostragem não probabilística por critério, uma vez que, não podemos especificar a probabilidade de um sujeito pertencer a uma dada população e pelo facto de o investigador selecionar os indivíduos da população para o seu estudo de acordo com critérios pré-definidos (Coutinho, 2011).

Neste sentido, a amostra do nosso estudo será constituída por cuidadores da esfera familiar de ambos os sexos, que se encontram a prestar cuidados no domicílio a um idoso dependente. Todos os recetores de cuidados beneficiam do Serviço de Apoio Domiciliário ao nível da higiene e alimentação.

Os critérios definidos para selecionar a amostra são: ser cuidador familiar principal com mais de 18 anos de idade; prestar cuidados ao idoso dependente há mais de 6 meses; ser cuidador familiar de um idoso dependente com idade igual ou superior a 65 anos e, por último, ser cuidador familiar de um idoso dependente nas atividades da vida diária.

3.2.1. Caraterização da amostra

A amostra do nosso estudo é constituída por 30 cuidadores familiares, **26** (86,7%) do sexo feminino e **4** (13,3%) do sexo masculino.

No que diz respeito ao grupo etário, **2** cuidadores (6,7%) possuem idades inferiores a 40 anos, **5** (16,7%) têm entre os 41 e 51 anos, **9** (30,0%) entre os 52 e 62 anos, **10** (33,3%) entre os 63 e os 73 anos e **4** cuidadores (13,3%) possuem mais de 74 anos (Quadro 4).

Quadro 4 – Distribuição da amostra em função do género e do grupo etário

Variável	Níveis	n	%
Género	Masculino	4	13,3
	Feminino	26	86,7
	Total	30	100
Grupo Etário	> 40	2	6,7
	41-51	5	16,7
	52-62	9	30,0
	63-73	10	33,3
	< 74	4	13,3
	Total	30	100

Fonte: Elaboração própria a partir do inquérito aplicado em 2015.

A idade média dos cuidadores encontra-se nos 60,8 anos (DP = 13,1), tendo o mais novo 30 anos e o mais velho 83 anos de idade (Quadro 5).

Quadro 5 - Distribuição das respostas da amostra de relativas à idade

Variável	N	Mínimo	Máximo	M	DP
Idade	30	30	83	60,8	13,1

Fonte: Elaboração própria a partir do inquérito aplicado em 2015.

No que diz respeito ao estado civil, a maioria dos cuidadores (n = 22) são casados e **4** são solteiros, **3** viúvos e **1** divorciado.

Por uma questão de operacionalização desta variável, optou-se por agregar os solteiros, viúvos e divorciados, perfazendo estes um total de 8 pessoas.

Relativamente às habilitações literárias dos inquiridos, **3** são analfabetos (10%), **3** apenas sabem ler e escrever (10%), não tendo frequentado qualquer estabelecimento de ensino, **11** possuem o 1º ciclo (36,7%), **5** o 2º ciclo (16,7%), **5** o 3º ciclo (16,7%), **2** o ensino secundário (6,7%) e, apenas **1** cuidador (3,3%) possui um grau académico.

Quanto à distribuição da amostra em função da situação profissional, a maioria não exerce qualquer tipo de atividade profissional, sendo que **11** são cuidadores reformados (36,7%), **8** estão de baixa médica (26,7%) e **4** são domésticas (13,3%). Apenas **7** cuidadores (23,4%) acumulam uma atividade profissional com a prestação de cuidados ao idoso dependente, sendo que **5** estão empregados a tempo inteiro (16,7%) e **2** a tempo parcial (6,7%) (Quadro 6).

Quadro 6 - Distribuição dos cuidadores de acordo com o estado civil, as habilitações literárias e a situação profissional

Variável	Níveis	n	%
Estado Civil	Viúvo, divorciado e/ou solteiro	8	26,7
	Casado	22	73,3
	Total	30	100
Habilitações Literárias	Analfabeto	3	10,0
	Sabe ler e escrever	3	10,0
	1º ciclo ensino básico	11	36,7
	2º ciclo ensino básico	5	16,7
	3º ciclo ensino básico	5	16,7
	Ensino secundário	2	6,7
	Ensino superior	1	3,3
	Total	30	100
Situação Profissional	Baixa média	8	26,7
	Doméstica	4	13,3
	Reformado/a	11	36,7
	Empregado/a tempo inteiro	2	6,7
	Empregado/a tempo parcial	5	16,7
	Total	30	100⁵

Fonte: Elaboração própria a partir do inquérito aplicado em 2015.

⁵ Acerto estatístico

A maioria dos cuidadores ($n = 20$) não possui filhos a cargo. Apenas **10** cuidadores (33,3%) acumulam a tarefa de prestação de cuidados a um idoso dependente com o papel paternal/maternal (Quadro 7).

Quadro 7- Número de filhos a cargo dos cuidadores familiares

Variável	Níveis	n	%
Filhos a cargo	Não	20	66,7
	Sim	10	33,3
Total		30	100

Fonte: Elaboração própria a partir do inquérito aplicado em 2015.

Relativamente à distribuição dos cuidadores familiares de acordo com a relação de parentesco com o idoso dependente, também, foi necessário o agrupamento das respostas dado o número (n) da amostra ser pequeno. Assim, agruparam-se as categorias noras, netos, sobrinhos e progenitores numa só categoria denominada de “*outros*”, tendo ficado os filhos e o cônjuge noutra nível.

Como podemos observar no Quadro 8, **30%** dos cuidados são prestados pelo cônjuge, **50%** pelos filhos (dos quais 40% do sexo feminino e 10% do sexo masculino) e, em menor número, por noras (10%), netos (3,3%), mães (3,3%) e sobrinhos (3,3%).

No que diz respeito à coabitação, **22** cuidadores (73,3%) vivem em conjunto com o seu familiar dependente, enquanto **8** (26,7%) encontram-se a uma distância física inferior a 10 km da habitação do idoso (Quadro 8).

Quadro 8 - Distribuição da amostra relativamente ao grau de parentesco e à coabitação do cuidador com o idoso dependente

Variável	Níveis	n	%
Relação de Parentesco com o Idoso Dependente	Outros	6	20,0
	Cônjuge	9	30,0
	Filhos	15	50,0
	Total	30	100
Coabitação com o Idoso Dependente	Não	8	26,7
	Sim	22	73,3
	Total	30	100

Fonte: Elaboração própria a partir do inquérito aplicado em 2015.

3.3. Instrumentos de recolha dos dados

Após termos definido o problema, os objetivos de estudo, as variáveis e selecionado a amostra, o passo seguinte numa investigação é definir a recolha dos dados empíricos (Coutinho, 2011).

A recolha de dados refere-se ao processo de observações, de medida e de consignação de dados, com o objetivo de obter informações sobre determinadas variáveis junto dos sujeitos que participam numa investigação (Fortin, 1999).

Apesar da presente investigação centrar-se nos cuidadores familiares, é fundamental, também, a abordagem ao idoso dependente que carece de cuidados informais. Assim, para a recolha de dados, optou-se pela utilização de três instrumentos diferentes, que posteriormente se irão complementar, aquando da análise e avaliação dos resultados obtidos em ambos.

Neste sentido, na primeira parte da recolha de dados da nossa investigação será utilizado o *Índice de Barthel*⁶ que permite avaliar o grau de dependência dos idosos nas atividades básicas da vida diária. Este instrumento é composto por dez atividades básicas, nomeadamente a alimentação, o banho, as atividades rotineiras, o vestir, o intestino, o sistema urinário, o uso do toalete, a transferência da cama para a cadeira e

⁶ Anexo V

vice-versa, a mobilidade em superfícies planas e a utilização de escadas. A cotação global deste índice oscila entre 0 a 100 pontos e quanto menor for a pontuação maior é o grau de dependência do idoso (Sequeira, 2007).

Posteriormente, será aplicado um questionário⁷ dividido em duas partes. A primeira diz respeito à caracterização do idoso dependente através das variáveis sexo, idade, estado civil, causa da dependência e a pontuação do Índice de Barthel. A segunda refere-se à caracterização do cuidador familiar, assim como da prestação de cuidados com dados relativos ao sexo, idade, estado civil, habilitações literárias, situação profissional, filhos a cargo, grau de parentesco com a pessoa recetora de cuidados, a coabitação, duração dos cuidados, horas diárias de prestação de cuidados e, ainda, a existência de apoio informal, através de outros familiares, amigos, vizinhos e/ou apoio formal, nomeadamente do serviço de apoio domiciliário.

Por último, será utilizada a Escala de Sobrecarga do Cuidador (ESC)⁸ traduzida por Sequeira (2007) a partir da *Burden Interview Scale* de Zarit. A escala que possui 22 itens, encontra-se validada, apresentando uma boa consistência interna avaliada através do *alfa de Cronbach* (= 0,93) (Sequeira, 2007). Após a análise factorial foi possível identificar quatro fatores que explicam 62,1% da variância total.

O primeiro fator, intitulado de *impacto da prestação de cuidados* reúne os itens que se referem à sobrecarga relacionada, diretamente, com os cuidados, dos quais se destacam: alteração no estado de saúde; elevado número de cuidados; alteração das relações sociais e familiares; escassez de tempo e desgaste físico e mental. É constituído por onze itens (1, 2, 3, 6, 9, 10, 11, 12, 13, 17 e 22) e apresenta uma boa consistência interna ($\alpha = 0,93$).

⁷ Anexo III

⁸ Anexo IV

O segundo refere-se à *relação interpessoal*, que aglutina os itens associados à sobrecarga relacionados com a relação entre o cuidador e a pessoa recetora de cuidados. É constituído por cinco itens (4, 5, 16, 18 e 19) e apresenta um *alfa de Cronbach* de 0,83.

Relativamente ao terceiro fator, intitulado de *expectativas face ao cuidar* é constituído por quatro itens (7, 8, 14 e 15), relacionados com as expectativas que o cuidador possui relativamente à prestação de cuidados, centrando-se nos medos, receios e disponibilidade. Este fator apresenta uma consistência interna aceitável ($\alpha = 0,67$).

Por último, o quarto fator refere-se à *perceção de autoeficácia*, obtendo a opinião do cuidador relativamente ao seu desempenho. É constituído por dois itens (20 e 21) e apresenta um *alfa de Cronbach* de 0,80.

Cada item desta escala é pontuado de forma qualitativa/quantitativa: nunca = 1; quase nunca = 2; às vezes = 3; muitas vezes = 4 e quase sempre = 5. Nesta versão (1 a 5), obtém-se um score global que varia entre 22 e 110, sendo que um maior score corresponde a uma maior perceção da sobrecarga, de acordo com os seguintes pontos de corte: Inferior a 46 = Sem Sobrecarga; Entre 46 e 56 = Sobrecarga Ligeira e Superior a 56 = Sobrecarga Intensa (Sequeira, 2007).

3.4. Método de recolha dos dados

A recolha de dados do estudo foi efetuada junto de duas Instituições Particulares de Solidariedade Social que possuem o Serviço de Apoio Domiciliário, nomeadamente na Santa Casa da Misericórdia de Barcelos e no Centro Social de Cultura e Recreio da Silva, ambas pertencentes, geograficamente, ao concelho de Barcelos. Após solicitada a autorização, através de um ofício⁹, às Direções das instituições para a aplicação do

⁹ Anexo I

estudo no domicílio dos cuidadores e respetivo deferimento, procedeu-se à seleção dos cuidadores mediante os critérios definidos.

Dada a dificuldade em reunir um número suficiente de cuidadores familiares, alargou-se a recolha de dados, recorrendo a casos pontuais que foram surgindo após conversas com familiares e amigos, que tinham conhecimento de situações de indivíduos que enquadravam os critérios definidos pelo investigador.

A recolha de dados foi efetuada no domicílio, contudo, antes da deslocação do investigador às habitações dos cuidadores, estes foram todos informados pelas técnicas responsáveis pelo Serviço de Apoio Domiciliário da sua presença.

No sentido de não influenciar as respostas dos cuidadores, os recetores de cuidados não se encontravam presentes no momento da recolha de dados.

O investigador procedeu à explicação dos objetivos da investigação, informando todos os indivíduos que a sua participação no estudo era voluntária, podendo revogar a sua vontade a qualquer momento. Informou, ainda que todos os dados recolhidos no decorrer da investigação são confidenciais, sendo utilizados apenas no referido estudo.

A aplicação dos instrumentos de recolha de dados teve uma duração aproximadamente de um mês, com início em fevereiro e término em março de 2015, sendo o tempo médio de aplicação de 20 minutos por cada cuidador familiar.

3.5. Método de análise dos dados

Segundo Fortin (1999: 56) é fundamental tratar os dados recolhidos no estudo, com vista ao sucesso da investigação, referindo que “(...) o método de análise deve ser congruente em relação aos objetivos e ao desenho do estudo”.

Neste sentido, para efetuar o tratamento dos dados recolhidos, recorreu-se a um programa informático de análise estatística, frequentemente utilizado nas ciências sociais, designado de *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS).

Após a introdução dos dados, efetuou-se a análise exploratória/descritiva com recurso ao cálculo das frequências absolutas (n) e relativas (%) das variáveis qualitativas que permitem caraterizar os cuidadores familiares, os idosos dependentes e o contexto da prestação de cuidados. Recorreu-se, também, ao cálculo das médias, mínimo, máximo e desvio padrão das variáveis quantitativas.

É de salientar que, nas variáveis *estado civil do cuidador e grau de parentesco do cuidador com o idoso dependente* procedeu-se ao agrupamento dos níveis, uma vez que encontramos respostas com apenas um cuidador, consequência do número reduzido da amostra.

3.5.1. Confiabilidade das medidas

Iniciando pela análise descritiva dos resultados, procedeu-se à análise de confiabilidade da Escala de Sobrecarga do Cuidador (ESC), através do cálculo do coeficiente alpha de Cronbach (Quadro 9), apresentando as correlações entre cada item da escala e a globalidade dos restantes itens e, ainda o resultado do coeficiente de consistência interna de cada secção excluindo cada um dos itens, assim como a média (M) e o desvio-padrão (DP) para cada uma das variáveis.

O item com a pontuação média superior refere-se à variável número 8 “*Considera que o seu familiar está dependente de si?*” ($M = 4,83$), sendo que 1 representa o valor mínimo de escala e 5 o valor máximo. O item com a média mais baixa é o 4 “*Sente-se envergonhado/a pelo comportamento do seu familiar?*” ($M =$

1,50) que apresenta uma pontuação média próxima do valor mínimo da escala, o que traduz que, na generalidade, esta questão não se coloca na nossa amostra.

No que diz respeito à confiabilidade da escala global, pode-se observar que o índice total de consistência interna é elevado ($\alpha = 0,93$), o que confirma que a maioria destes cuidadores se reveem nesta bateria de perguntas.

Quadro 9 - Correlação item-total e coeficiente de consistência interna Alfa de Cronbach sem os respetivos itens da Escala de Sobrecarga do Cuidador

ESC - itens	Correlação Item-Total	Alpha de Cronbach sem o item	M	DP
1. Sente que o seu familiar solicita mais ajuda do que aquela que realmente necessita?	0,44	0,93	2,27	1,23
2. Considera que devido ao tempo que dedica ao seu familiar já não dispõe de tempo suficiente para as suas tarefas?	0,72	0,93	4,07	0,98
3. Sente-se tenso/a quando tem de cuidar do seu familiar e ainda tem outras tarefas por fazer?	0,73	0,93	3,37	1,19
4. Sente-se envergonhado/a pelo comportamento do seu familiar?	0,60	0,93	1,50	0,86
5. Sente-se irritado/a quando está junto do seu familiar?	0,69	0,93	2,67	1,21
6. Considera que a situação atual afeta de uma forma negativa a sua relação com os seus amigos/familiares?	0,76	0,93	3,70	1,47
7. Tem receio pelo futuro destinado ao seu familiar?	0,35	0,93	4,17	1,05
8. Considera que o seu familiar está dependente de si?	-0,60	0,93	4,83	0,38
9. Sente-se esgotado quando tem de estar junto do seu familiar?	0,83	0,92	3,37	1,19
10. Vê a sua saúde ser afetada por ter de cuidar do seu familiar?	0,72	0,93	3,50	1,11
11. Considera que não tem uma vida privada como desejaria devido ao seu familiar?	0,74	0,93	4,07	1,05
12. Pensa que as suas relações sociais são afetadas negativamente por ter de cuidar do seu familiar?	0,81	0,92	3,77	1,33
13. Sente-se pouco à vontade em convidar amigos para o/a visitarem devido ao seu familiar?	0,56	0,93	1,80	1,06

Quadro 9 - Correlação item-total e coeficiente de consistência interna Alfa de Cronbach sem os respectivos itens da Escala de Sobrecarga do Cuidador (Continuação)

ESC - itens	Correlação Item-Total	Alfa de Cronbach sem o item	M	DP
14. Acredita que o seu familiar espera que você cuide dele como se fosse a única pessoa com quem ele/a pudesse contar?	0,29	0,93	4,23	1,01
15. Considera que não dispõe de economias suficientes para cuidar do seu familiar e para o resto das despesas que tem?	0,66	0,93	2,47	1,07
16. Sente-se incapaz de cuidar do seu familiar por muito mais tempo?	0,52	0,93	2,70	1,34
17. Considera que perdeu o controle da sua vida depois da doença do seu familiar se manifestar?	0,79	0,92	3,70	1,42
18. Desejaria poder entregar o seu familiar aos cuidados de outra pessoa?	0,41	0,93	1,83	1,15
19. Sente-se inseguro acerca do que deve fazer com o seu familiar?	0,60	0,93	2,17	1,42
20. Sente que poderia fazer mais pelo seu familiar?	0,41	0,93	1,97	1,03
21. Considera que poderia cuidar melhor do seu familiar?	0,58	0,93	1,93	1,11
22. Em geral sente-se muito sobrecarregado por ter de cuidar do seu familiar?	0,65	0,93	3,03	1,35

Alfa de Cronbach global = 0,93*Fonte: Elaboração própria a partir da Escala de Sobrecarga do Cuidador aplicada em 2015.*

Como vimos anteriormente, esta escala já foi submetida a uma análise factorial, resultando em quatro fatores: *impacto da prestação de cuidados*, *relação interpessoal*, *expectativas face ao cuidar* e *percepção de autoeficácia*. Neste sentido, iremos, também, efetuar o estudo de confiabilidade, através do coeficiente alfa de Cronbach, submetendo cada um dos fatores a esta técnica e perceber a sua consistência.

Como se visualiza no Quadro 10, os coeficientes de consistência interna são aceitáveis, sendo que o *impacto da prestação de cuidados* e a *percepção de autoeficácia* são os fatores que apresentam índices de consistência mais elevados ($\alpha = 0,94$ e $\alpha =$

0,93, respetivamente), seguindo-se o fator *relação interpessoal*, também, com um valor aceitável ($\alpha = 0,77$).

O mesmo não acontece com o fator *expectativas face ao cuidar* que apresenta um valor baixo ($\alpha = 0,40$), que poderá dever-se, no caso concreto deste estudo, à pequena dimensão da amostra. Como refere Duque (2012), nestas situações não existe total homogeneidade entre os itens que compõem este fator, tornando-se, assim, necessário futuros estudos para a obtenção de índices mais adequados.

Quadro 10 – Análise de confiabilidade dos quatro fatores da Escala de Sobrecarga do Cuidador

Fator	Alpha de Cronbach	Nº de itens
Impacto da prestação de cuidados	0,94	11
Relação interpessoal	0,77	5
Expectativas face ao cuidar	0,40	4
Perceção de autoeficácia	0,93	2

Fonte: Elaboração própria a partir da Escala de Sobrecarga do Cuidador aplicada em 2015.

3.6. Considerações éticas

Todas as investigações que incluam pessoas levantam questões morais e éticas, estando presentes desde a determinação do problema até à conclusão do estudo. Assim, Fortin (1999: 116) afirma que “(...) a investigação aplicada a seres humanos pode, por vezes, causar danos aos direitos e liberdades das pessoas. Por conseguinte, é importante tomar todas as disposições necessárias para proteger os direitos e liberdades das pessoas que participam nas investigações”.

Assim, é fundamental que a investigação assente em princípios éticos, respeitando e protegendo o direito e a liberdade das pessoas inquiridas no estudo. É de

salientar os princípios éticos ao nível do anonimato e confidencialidade, explicação do estudo e consentimento informado, participação voluntária e confidencialidade dos dados obtidos.

O presente estudo cumpriu todos os requisitos legais para a sua utilização, assim como todos os direitos dos indivíduos foram respeitados. Todos os participantes do estudo assinaram o consentimento livre¹⁰, estando informados do anonimato e confidencialidade das informações recolhidas.

¹⁰ Anexo II

PARTE IV – APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS

4.1. Caraterização sociodemográfica dos idosos dependentes

A maioria dos idosos dependentes ($n = 19$) é do sexo feminino, sendo que apenas **11** (36,7%) pertencem ao sexo masculino.

Relativamente ao grupo etário, **5** idosos (16,7%) possuem idades entre os 65 e 75 anos, **14** (46,7%) apresentam idades entre os 76 e 86 anos e, por último **11** idosos (36,6%) têm mais do que 87 anos de idade (Quadro 11).

Quadro 11 - Distribuição dos idosos dependentes em função do género e do grupo etário

Variável	Níveis	n	%
Sexo	Masculino	11	36,7
	Feminino	19	63,3
	Total	30	100
Grupo Etário	65-75	5	16,7
	76-86	14	46,7
	<87	11	36,6
	Total	30	100

Fonte: Elaboração própria a partir do inquérito aplicado em 2015.

A idade média dos idosos dependentes encontra-se nos 83,0 anos ($DP = 8,43$), tendo o mais novo 65 anos e o mais velho 101 anos de idade (Quadro 12).

Quadro 12 - Distribuição das respostas dos idosos dependentes relativas à idade

Variável	N	Mínimo	Máximo	M	DP
Idade	30	65	101	83,0	8,43

Fonte: Elaboração própria a partir do inquérito aplicado em 2015.

Relativamente ao estado civil **13** idosos (43,3%) são casados, **3** (10,0%) solteiros e **14** (46,7%) viúvos.

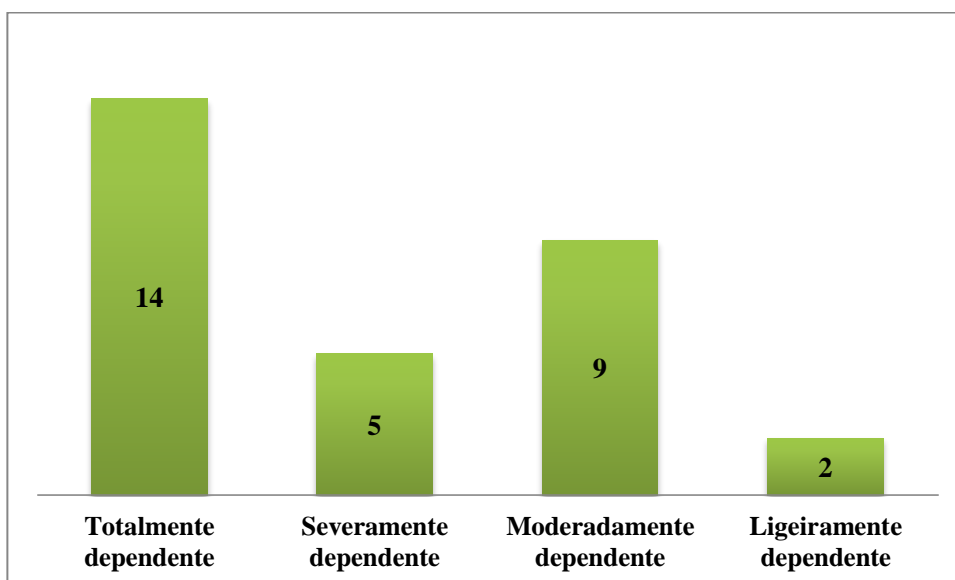
No que diz respeito à causa da dependência dos idosos, 7 (23,3%) ficaram a necessitar de apoio, acompanhamento e supervisão de um cuidador devido a um acidente vascular cerebral (AVC), 5 (16,7%) têm parkinson, 5 (16,7%) apresentam fraturas, 3 (10,0%) sinais de demência, 3 (10,0%) têm doenças oncológicas e 7 (23,3%) apresentam outras causas de dependência (1 traumatismo crânio encefálico, 2 alzheimer, 1 alcoolismo, 2 diabetes e 1 problemas visão) (Quadro 13).

Quadro 13 - Distribuição dos idosos de acordo com o estado civil e a causa da dependência

Variável	Níveis	n	%
Estado Civil	Casado	13	43,3
	Solteiro	3	10,0
	Viúvo	14	46,7
	Total	30	100
Causa da Dependência	AVC	7	23,3
	Parkinson	5	16,7
	Fraturas	5	16,7
	Demência	3	10,0
	Doença oncológica	3	10,0
	Outras	7	23,3
	Total	30	100

Fonte: Elaboração própria a partir do inquérito aplicado em 2015.

Quanto ao grau de dependência, verifica-se através da pontuação do Índice de Barthel, que a maioria dos idosos se encontra num grau avançado de dependência, em que 14 (46,7%) são totalmente dependentes e 5 (16,7%) severamente dependentes. Num grau de dependência moderado encontram-se 9 idosos (30,0%), enquanto 2 (6,7%) são ligeiramente dependentes (Gráfico 1).

Gráfico 1 - Pontuação do Índice de Barthel nos idosos

Fonte: Elaboração própria a partir do Índice de Barthel aplicado em 2015.

4.2. Contextualização da prestação de cuidados

Como podemos observar no Quadro 14, **11** cuidadores (36,7%) cuidam dos seus familiares há mais de 4 anos, **15** (50,1%) prestam cuidados entre 1 e 4 anos e, apenas **4** (13,3%) exercem a função de cuidar entre 6 meses e 1 ano.

Uma larga maioria de cuidadores ($n = 22$) presta 24 horas de cuidados ao idoso dependente. Somente **8** cuidadores (26,7%) referem prestar, apenas, algumas horas de cuidados ao seu familiar, nomeadamente, menos de 4 horas ($n = 3$), entre 4 a 8 horas ($n = 3$) e mais de 8 horas ($n = 2$).

No que diz respeito à existência de apoio informal ao cuidador principal na prestação de cuidados ao idoso dependente, mais de metade dos cuidadores, ou seja, **18** afirmam possuir ajuda de outros elementos familiares e/ou de empregada e **12** (40%) não beneficiam de qualquer tipo de apoio.

Dentro da esfera familiar, o maior apoio ao cuidador surge, em igual número, entre os filhos e os irmãos ($n = 5$). Os restantes familiares dividem-se pelo cônjuge ($n =$

1), nora (n = 1), sogra (n = 1), pai (n = 1) e cunhada (n = 2). Existem 2 cuidadores (6,7%) que possuem apoio de uma empregada na prestação de cuidados.

Por último, 23 idosos dependentes (76,7%) beneficiam do serviço de apoio domiciliário e, apenas, 7 (23,3%) não possuem apoio desta resposta social.

Quadro 14 - Contexto da prestação de cuidados: tempo de prestação de cuidados, 24 horas de cuidados diários, apoio informal e existência do serviço de apoio domiciliário

Variável	Níveis	n	%
Tempo prestação cuidados	Entre 6 meses e 1 ano	4	13,3
	Entre 1 e 2 anos	5	16,7
	Entre 2 e 3 anos	5	16,7
	Entre 3 e 4 anos	5	16,7
	Mais de 4 anos	11	36,7
	Total	30	100
Presta 24 horas/dia cuidados	Não	8	26,7
	Sim	22	73,3
	Total	30	100
Existência de apoio informal	Não	12	40,0
	Sim	18	60,0
	Total	30	100
Existência do serviço de apoio domiciliário	Não	7	23,3
	Sim	23	76,7
	Total	30	100

Fonte: Elaboração própria a partir do inquérito aplicado em 2015.

4.3. Nível de sobrecarga do cuidador familiar

Convém relembrar que, ao nível de avaliação da sobrecarga do cuidador familiar, o resultado é obtido através do somatório de todos os itens, devendo variar, neste caso, entre 22 e 110. Quanto maior for a pontuação, maior será a sobrecarga do cuidador familiar. A pontuação <46 indica que o cuidador não possui sobrecarga, entre 46 e 56 apresenta um nível de sobrecarga ligeira e superior a 56 aponta para um grau de sobrecarga intensa (Sequeira, 2007).

Como se pode verificar no Quadro 15, 24 cuidadores (80%) apresentam uma sobrecarga intensa, 4 (13,3%) indicam estar sem sobrecarga e apenas 2 (6,7%) encontram-se com sobrecarga ligeira.

Quadro 15 - Níveis de sobrecarga dos cuidadores familiares

Níveis de Sobrecarga	(n)	(%)
Sem Sobrecarga	4	13,3
Sobrecarga Ligeira	2	6,7
Sobrecarga Intensa	24	80
<i>Total</i>	30	100

Fonte: Elaboração própria a partir da Escala de Sobrecarga do Cuidador aplicada em 2015.

4.3.1. Nível de sobrecarga no fator impacto da prestação de cuidados

O Quadro 16 manifesta os níveis de sobrecarga no fator impacto da prestação de cuidados. Através da sua média, verificamos que a maioria dos itens (2, 3, 6, 9, 10, 11, 12, 17 e 22) apresenta níveis de sobrecarga elevados numa escala que varia entre 1 e 5, em que 1 representa ausência de sobrecarga e 5 muita sobrecarga.

Para os cuidadores da amostra que integram este estudo, os fatores que causam a sobrecarga são:

- **Item 2:** *Já não dispõe de tempo suficiente para as suas tarefas;*
- **Item 3:** *Sente-se tenso/a quando tem de cuidar do seu familiar;*
- **Item 6:** *A relação com familiares e amigos está afetada de forma negativa;*
- **Item 9:** *Sente-se esgotado/a por estar junto do seu familiar;*
- **Item 10:** *Cuidar do seu familiar afeta a sua saúde;*
- **Item 11:** *Considera que não tem uma vida privada como desejaria devido ao seu familiar;*
- **Item 12:** *Pensa que as suas relações sociais foram afetadas negativamente por ter de cuidar do seu familiar;*
- **Item 17:** *Sente que perdeu o controle da sua vida depois da doença do seu familiar se ter manifestado;*

- **Item 22:** *Em geral, sente-se sobrecarregado por cuidar do seu familiar.*

É de salientar que, os itens **2** e **11** ($M = 4,7$ para ambos os casos) são os que apresentam os níveis de sobrecarga mais elevados (próximo de 5 = quase sempre), o que representa que os cuidadores em causa sentem-se bastante exaustos, sem tempo para as suas vidas como seria os seus desejos.

Quadro 16 - Níveis de sobrecarga apresentados pelos cuidadores familiares no fator impacto da prestação de cuidados

Nº	Item	1 Nunca		2 Quase nunca		3 Às vezes		4 Muitas vezes		5 Quase sempre		Média dos níveis de sobrecarga
		n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	
1	Sente que o seu familiar solicita mais ajuda do que necessita?	11	36,7	6	20,0	9	30,0	2	6,7	2	6,7	2,27
2	Já não dispõe de tempo suficiente para as suas tarefas?	0	0,0	2	6,7	7	23,3	8	26,7	13	43,3	4,07
3	Sente-se tenso/a quando tem de cuidar do seu familiar?	3	10,0	2	6,7	12	40,0	7	23,3	6	20,0	3,37
6	A relação com familiares e amigos está afetada de forma negativa?	5	16,7	0	0,0	7	23,3	5	16,7	13	43,3	3,70
9	Sente-se esgotado/a por estar junto do seu familiar?	3	10,0	3	10,0	9	30,0	10	33,3	5	16,7	3,37
10	Cuidar do seu familiar afeta a sua saúde?	1	3,3	3	10,0	14	46,7	4	13,3	8	26,7	3,50
11	Considera que não tem uma vida privada como desejaria devido ao seu familiar?	1	3,3	1	3,3	6	20,0	9	30,0	13	43,3	4,07
12	Pensa que as suas relações sociais foram afetadas negativamente por ter de cuidar do seu familiar?	3	10,0	2	6,7	6	20,0	7	23,3	12	40,0	3,77
13	Não se sente à vontade em convidar amigos para irem lá a casa devido ao seu familiar?	16	53,3	7	23,3	5	16,7	1	3,3	1	3,3	1,80
17	Sente que perdeu o controlo da sua vida depois da doença do seu familiar se ter manifestado?	4	13,3	1	3,3	8	26,7	4	13,3	13	43,3	3,70
22	Em geral, sente-se sobrecarregado por cuidar do seu familiar?	6	20,0	3	10,0	10	33,3	6	20,0	5	16,7	3,03

Fonte: Elaboração própria a partir da Escala de Sobrecarga do Cuidador aplicada em 2015.

4.3.2. Nível de sobrecarga no fator relação interpessoal

No Quadro 17, observa-se os níveis de sobrecarga no fator relação interpessoal, onde se constata que todos os itens apresentam níveis de sobrecarga abaixo do ponto médio da escala, o que revela que este segundo fator, intitulado relação interpessoal, não é motivo de peso para o cuidador.

Quadro 17 - Níveis de sobrecarga apresentados pelos cuidadores familiares no fator relação interpessoal

Nº	Item	1 Nunca		2 Quase nunca		3 Às vezes		4 Muitas vezes		5 Quase sempre		Média dos níveis de sobrecarga
		n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	
4	Sente-se envergonhado/a pelo comportamento do seu familiar?	21	70,0	4	13,3	4	13,3	1	3,3	0	0,0	1,50
5	Sente-se irritado/a quando está junto do seu familiar?	8	26,7	3	10,0	11	36,7	7	23,3	1	3,3	2,67
16	Sente-se incapaz de cuidar do seu familiar por muito mais tempo?	7	23,3	7	23,3	8	26,7	4	13,3	4	13,3	2,70
18	Desejaria entregar o seu familiar aos cuidados de outra pessoa?	16	53,3	8	26,7	2	6,7	3	10,0	1	3,3	1,83
19	Sente-se inseguro/a acerca do que deve fazer com o seu familiar?	15	50,0	4	13,3	5	16,7	3	10,0	3	10,0	2,17

Fonte: Elaboração própria a partir da Escala de Sobrecarga do Cuidador aplicada em 2015.

4.3.3. Nível de sobrecarga no fator percepção de autoeficácia

O Quadro 18 evidencia os níveis de sobrecarga no fator percepção de autoeficácia, e tal como no fator anterior, também este apresenta níveis abaixo do ponto médio da escala, traduzindo assim que os cuidadores fazem o seu melhor pelos seus idosos e toda a sua entrega não lhes causa fadiga, já que pode ser superada pelo amor do idoso.

Quadro 18 - Níveis de sobrecarga apresentados pelos cuidadores familiares no fator percepção de autoeficácia

Nº	Item	1 Nunca		2 Quase nunca		3 Às vezes		4 Muitas vezes		5 Quase sempre		Média dos níveis de sobrecarga
		n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	
20	Sente que poderia fazer mais pelo seu familiar?	13	43,3	7	23,3	9	30,0	0	0,0	1	3,3	1,97
21	Pensa que poderia cuidar melhor do seu familiar?	14	46,7	8	26,7	5	16,7	2	6,7	1	3,3	1,93

Fonte: Elaboração própria a partir da Escala de Sobrecarga do Cuidador aplicada em 2015.

Comparando, agora, as médias entre cada fator da escala de sobrecarga do cuidador, podemos constatar que os cuidadores familiares evidenciam maior nível de sobrecarga no *impacto da prestação de cuidados* ($M = 36,6$), seguindo-se a *relação interpessoal* ($M = 10,9$) e, por último a *percepção de autoeficácia* ($M = 3,9$) (Quadro 19).

Quadro 19 - Estatísticas relativas à pontuação global e aos fatores da escala de sobrecarga do cuidador

ESC	N	Mínimo	Máximo	M	DP
ESC - global	30	34	104	67,1	16,3
Impacto da Prestação de Cuidados	30	14	53	36,6	10,6
Relação Interpessoal	30	5	24	10,9	4,4
Percepção de autoeficácia	30	2	10	3,9	2,1

Fonte: Elaboração própria a partir da Escala de Sobrecarga do Cuidador aplicada em 2015.

4.4. Idoso dependente e sobrecarga do cuidador familiar

4.4.1. Idade do idoso dependente e sobrecarga do cuidador

No Quadro 20 apresenta-se o resultado dos coeficientes de correlação de Pearson (r) entre a idade do idoso dependente e os níveis da escala de sobrecarga do cuidador. Como se pode constatar, nenhum dos coeficientes de correlação é significativo ($p \leq$

0,0005), levando-nos a referir que não existe uma relação, estatisticamente significativa entre a sobrecarga do cuidador e a idade do idoso dependente.

Quadro 20 - Correlação de Pearson (r) entre a idade do idoso dependente e os níveis de sobrecarga do cuidador

ESC	r idade do idoso	p (sig.)
ESC - global	-0,09	0,63
Impacto da Prestação de Cuidados	-0,04	0,84
Relação Interpessoal	-0,02	0,90
Perceção de autoeficácia	-0,06	0,74

Fonte: Elaboração própria a partir da Escala de Sobrecarga do Cuidador aplicada em 2015.

4.4.2. Dependência do idoso e sobrecarga do cuidador

No Quadro 21 apresenta-se a distribuição dos cuidadores pelos níveis da escala de sobrecarga do cuidador apresentados pelo Índice de Barthel.

Podemos verificar que dos **24** cuidadores (que representam 80% da nossa amostra) que apresentam uma sobrecarga intensa, **12** (que corresponde a 40%) têm a seu cargo um idoso totalmente dependente, **4** (13,3%) severamente dependente, **6** (20,0%) moderadamente dependente e **2** (6,7%) ligeiramente dependente.

Dos **2** cuidadores (6,6%) que possuem um nível de sobrecarga ligeira, **1** (3,3%) presta cuidados a um idoso severamente dependente e **outro** a um idoso moderadamente dependente.

Por último, dos **4** cuidadores (13,4%) que indicam estar sem sobrecarga, **2** (6,7%) cuidam de idosos com grau de dependência moderado e **2** (6,7%) são totalmente dependentes.

Quadro 21 - Distribuição dos cuidadores pelos níveis da escala de sobrecarga do cuidador em função do grau de dependência dos idosos

Níveis da Escala de Sobrecarga	Ligeiramente Dependente 60-89 pontos		Moderadamente Dependente 40-55 pontos		Severamente Dependente 20-35 pontos		Totalmente Dependente < 20 pontos		Total	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Sem sobrecarga	0	0,0	2	6,7	0	0,0	2	6,7	4	13,4
Sobrecarga Ligeira	0	0,0	1	3,3	1	3,3	0	0,0	2	6,6
Sobrecarga Intensa	2	6,7	6	20,0	4	13,3	12	40,0	24	80
Total	2	6,7	9	30,0	5	16,7	14	46,7	30	100

Fonte: Elaboração própria a partir da Escala de Sobrecarga do Cuidador e do Índice de Barthel aplicados em 2015.

Para avaliar uma possível relação entre o nível de dependência do idoso (Índice de Barthel) e a sobrecarga do cuidador, recorreu-se à correlação de Pearson (r), a qual permitiu constatar que nenhum dos coeficientes de correlação é significativo, levando-nos a concluir que não existe uma relação, estatisticamente, significativa entre a dependência do idoso e a sobrecarga do cuidador (Quadro 22).

Quadro 22 - Correlação de Pearson (r) entre o nível de dependência do idoso e a sobrecarga do cuidador

ESC	r Índice de Barthel	p (sig.)
ESC - global	-0,20	0,92
Impacto da Prestação de Cuidados	-0,45	0,81
Relação Interpessoal	-0,98	0,61
Percepção de autoeficácia	-0,63	0,74

Fonte: Elaboração própria a partir da Escala de Sobrecarga do Cuidador e do Índice de Barthel aplicados em 2015.

4.5. Influência das variáveis sociodemográficas na sobrecarga do cuidador familiar

4.5.1. Sexo do cuidador

Para avaliar a sobrecarga entre os diferentes sexos, relativamente aos fatores da ESC, foi utilizado o teste t-Student, para amostras independentes, o qual mostrou não haver diferenças, estatisticamente, significativas entre ambos os sexos, permitindo assim, concluir que não existe uma relação entre o sexo do cuidador e a autoperceção da sobrecarga (Quadro 23).

Quadro 23 - Estatísticas relativas à diferenciação da sobrecarga do cuidador por sexo dos cuidadores: Teste t-Student

ESC	Género				Teste t-Student	
	Masculino		Feminino			
	(n = 4)		(n = 26)			
	M	DP	M	DP	t	p (sig.)
ESC - global	62,8	11,2	67,8	17,0	-0,57	0,58
Impacto da Prestação de Cuidados	32,5	5,3	37,3	11,1	-0,84	0,41
Relação Interpessoal	11,0	5,5	10,9	4,3	0,06	0,95
Perceção de autoeficácia	3,5	1,9	4,0	2,1	-0,41	0,69

Fonte: Elaboração própria a partir da Escala de Sobrecarga do Cuidador aplicada em 2015.

4.5.2. Idade do cuidador

Neste ponto, pretende-se analisar a existência de uma possível relação entre a idade e a autoperceção de sobrecarga do cuidador (Quadro 24). A análise dos coeficientes de correlação e os níveis de significação associados indica a inexistência de qualquer relação, estatisticamente, significativa, pelo que se conclui que a idade do cuidador não afeta a perceção de sobrecarga.

Quadro 24 - Correlação de Pearson (r) entre a idade do cuidador e os níveis de sobrecarga do cuidador

ESC	r idade do cuidador	p (sig.)
ESC - global	0,33	0,07
Impacto da Prestação de Cuidados	0,34	0,07
Relação Interpessoal	0,20	0,29
Perceção de autoeficácia	-0,02	0,93

Fonte: Elaboração própria a partir da Escala de Sobrecarga do Cuidador aplicada em 2015.

4.5.3. Estado civil do cuidador

Para avaliar a influência do estado civil do cuidador com a autoperceção da sobrecarga realizamos o teste t-Student, para amostras independentes. Uma vez que possuímos apenas um cuidador divorciado, três viúvos e quatro solteiros, decidimos, como já se referiu anteriormente, agrupá-los num só nível e, assim, proceder à comparação com os casados, daí o recurso ao teste t-Student (Quadro 25).

Após a análise do quadro, verifica-se que nenhum resultado apresenta uma relação, estatisticamente, significativa entre o estado civil do cuidador e a autoperceção da sobrecarga.

Quadro 25 - Escala de sobrecarga do cuidador em função do estado civil do cuidador: Teste t-Student

ESC	Estado Civil				Teste t-Student	
	Viúvo, Divorciado e Solteiro		Casado			
	(n = 8)		(n = 22)			
	M	DP	M	DP	t	p (sig.)
ESC - global	68,8	12,7	66,5	17,7	0,33	0,74
Impacto da Prestação de Cuidados	39,3	8,9	35,7	11,1	0,81	0,42
Relação Interpessoal	10,3	3,7	11,1	4,7	-0,46	0,65
Perceção de autoeficácia	3,1	1,5	4,2	2,2	-1,25	0,22

Fonte: Elaboração própria a partir da Escala de Sobrecarga do Cuidador aplicada em 2015.

4.5.4. Situação profissional do cuidador

Analizamos agora a influência da situação profissional dos cuidadores familiares através do procedimento de uma análise da variância (Anova), que nos permite comparar três ou mais casos e cujos resultados estão apresentados no Quadro 26.

Através do teste Anova, observou-se que não existem diferenças significativas ($p \leq 0,005$) na escala global e nos fatores, pelo que se conclui que não há uma relação entre a situação profissional e a autopercepção da sobrecarga no cuidador familiar.

Quadro 26 - Estatísticas da escala de sobrecarga do cuidador em função da situação profissional dos cuidadores familiares: ANOVA

ESC	Situação Profissional										F	p (sig.)
	Baixa médica		Doméstica		Reformado/a		Empregado tempo parcial		Empregado tempo inteiro			
	(n = 8)		(n = 4)		(n =11)		(n = 2)		(n = 5)			
	M	DP	M	DP	M	DP	M	DP	M	DP		
ESC - global	68,8	10,4	69,8	9,3	70,2	21,4	47,5	19,1	63,4	13,7	0,92	0,47
Impacto da Prestação de Cuidados	40,4	7,4	40,8	7,9	37,1	12,3	21,0	9,9	32,6	8,5	1,90	0,14
Relação Interpessoal	9,5	3,1	9,8	1,3	12,2	5,5	9,0	2,8	11,8	5,6	0,63	0,65
Percepção de autoeficácia	2,5	0,93	3,3	1,9	4,6	2,6	3,5	2,1	5,2	0,84	2,17	0,10

Fonte: Elaboração própria a partir da Escala de Sobrecarga do Cuidador aplicada em 2015.

4.5.5. Filhos a cargo do cuidador

No sentido de analisar até que ponto é que ter filhos influencia a função de cuidador, recorreu-se a um teste t-Student para amostras independentes, tendo sido encontradas diferenças, estatisticamente, significativas nas pontuações médias do fator *percepção de autoeficácia* ($p = 0,02$).

Analisando o Quadro 27, é possível constatar que os cuidadores com filhos a seu cargo têm uma pontuação significativamente mais elevada ($M = 5,10$) do que aqueles

que não desempenham o papel paternal/maternal ($M = 3,30$) em simultâneo com a prestação de cuidados ao familiar dependente, o que nos leva a concluir que os cuidadores com filhos a cargo apresentam maior nível de sobrecarga, nomeadamente, no fator percepção de autoeficácia.

É de notar que nos restantes fatores não foram encontradas diferenças, estatisticamente, pelo que não nos permite avançar em mais conclusões.

Quadro 27 - Estatísticas da escala de sobrecarga do cuidador em função dos filhos a cargo: Teste t-Student

ESC	Filhos a cargo do cuidador				Teste t-Student	
	Não		Sim			
	(n = 20)		(n = 8)			
	M	DP	M	DP	t	p (sig.)
ESC - global	67,7	15,4	65,9	18,8	0,28	0,78
Impacto da Prestação de Cuidados	38,0	9,7	33,9	12,1	1,00	0,33
Relação Interpessoal	10,5	4,2	11,7	4,9	-0,73	0,47
Percepção de autoeficácia	3,3	2,1	5,1	1,5	-2,42	0,02

Fonte: Elaboração própria a partir da Escala de Sobrecarga do Cuidador aplicada em 2015.

4.5.6. Grau de parentesco do cuidador com o idoso dependente

Ao analisar se existia uma relação entre o grau de parentesco do cuidador com o idoso dependente e a autopercepção da sobrecarga, concluiu-se, através da realização da análise de variância (Anova) que não existe qualquer relação, estatisticamente, significativa, tal como se pode verificar no Quadro 28.

Quadro 28 - Estatísticas da escala de sobrecarga do cuidador em função do grau de parentesco dos cuidadores com os idosos dependentes: ANOVA

ESC	Grau de Parentesco						F	p (sig.)
	Outros (n = 6)		Filhos (n = 15)		Cônjuge (n =9)			
	M	DP	M	DP	M	DP		
ESC - global	62,0	18,8	64,9	15,8	74,1	15,0	1,3	0,29
Impacto da Prestação de Cuidados	35,8	14,1	34,9	10,8	40,1	7,7	0,70	0,51
Relação Interpessoal	9,3	2,7	10,5	4,4	12,4	5,2	1,00	0,38
Perceção de autoeficácia	2,3	0,82	4,3	1,7	4,3	2,8	2,34	0,12

Fonte: Elaboração própria a partir da Escala de Sobrecarga do Cuidador aplicada em 2015.

4.5.7. Coabitação do cuidador com o idoso dependente

No sentido de analisar a influência da coabitação dos cuidadores familiares com os idosos dependentes, recorreu-se a um teste t-Student para amostras independentes.

Após a análise do Quadro 29, podemos verificar que o facto de os cuidadores residir ou não na mesma habitação que os idosos, não tem qualquer influência na autoperceção da sobrecarga.

Quadro 29 - Estatísticas da escala de sobrecarga do cuidador em função da coabitação do cuidador com o idoso dependente: Teste t-Student

ESC	Coabitação do cuidador com o idoso				Teste t-Student	
	Não		Sim			
	(n = 8)		(n = 22)			
	M	DP	M	DP	t	p (sig.)
ESC - global	61,8	15,4	69,1	16,5	-1,09	0,29
Impacto da Prestação de Cuidados	31,9	11,2	38,4	10,0	-1,52	0,14
Relação Interpessoal	11,4	4,4	10,7	4,4	0,38	0,71
Perceção de autoeficácia	3,9	1,6	3,9	2,2	0,77	0,39

Fonte: Elaboração própria a partir da Escala de Sobrecarga do Cuidador aplicada em 2015.

4.6. Influência do contexto da prestação de cuidados na sobrecarga do cuidador familiar

4.6.1. Tempo de prestação de cuidados

A análise de influência do tempo de prestação de cuidados na percepção da sobrecarga foi realizada através do teste de Anova (Quadro 30), que nos mostra que existem diferenças, estatisticamente, significativas nas pontuações médias da *escala global* ($p = 0,03$) e dos fatores *impacto da prestação de cuidados* ($p = 0,05$) e *relação interpessoal* ($p = 0,02$).

Quadro 30 - Estatísticas da escala de sobrecarga do cuidador em função do tempo de prestação de cuidados: ANOVA

ESC	Tempo de Prestação de Cuidados										F	P (sig.)
	Entre 6 meses e 1 ano		Entre 1 e 2 anos		Entre 2 e 3 anos		Entre 3 e 4 anos		Mais de 4 anos			
	(n = 4)		(n = 5)		(n = 5)		(n = 15)		(n =11)			
	M	DP	M	DP	M	DP	M	DP	M	DP		
ESC - global	79,3	12,5	78,6	15,8	62,8	11,1	72,8	11,3	56,8	16,0	3,32	0,03
Impacto da Prestação de Cuidados	45,5	8,2	43,0	8,8	35,8	7,2	38,4	5,2	30,1	11,9	2,83	0,05
Relação Interpessoal	12,8	3,1	13,6	5,9	8,6	3,4	14,2	4,0	8,5	2,9	3,45	0,02
Percepção de autoeficácia	4,5	1,9	5,0	3,3	3,6	1,7	4,4	2,3	3,1	1,5	0,95	0,45

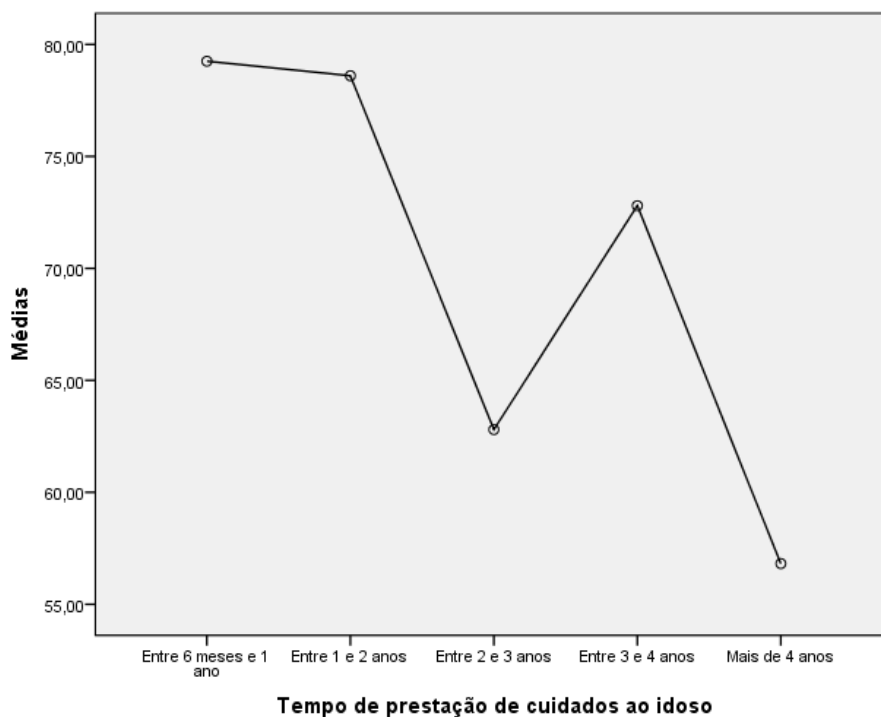
Fonte: Elaboração própria a partir da Escala de Sobrecarga do Cuidador aplicada em 2015.

Para verificar entre que níveis ocorriam essas diferenças foi realizado o teste post-hoc de Fisher LSD.

Com a realização do referido teste foram detetadas diferenças, estatisticamente, significativas para a *escala global* nos cuidadores que prestam cuidados entre 6 meses e 1 ano ($M = 79,3$) e mais de 4 anos ($M = 56,8$); entre 1 e 2 anos ($M = 78,6$) e mais de 4 anos ($M = 56,8$) e entre 3 e 4 anos ($M = 72,8$) e mais de 4 anos ($M = 56,8$). Ou seja, os

cuidadores que cuidam há menos de quatro anos apresentam um maior nível de sobrecarga do que os que prestam cuidados há mais de quatro anos (Gráfico 2).

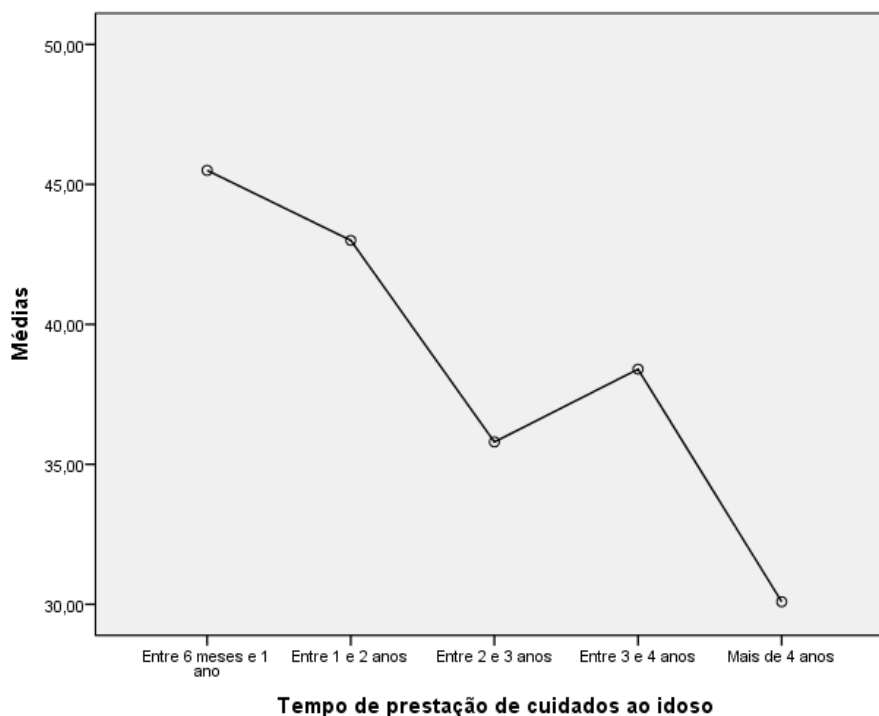
Gráfico 2- Médias da escala de sobrecarga do cuidador em função do tempo de prestação de cuidados



Fonte: Elaboração própria a partir da Escala de Sobrecarga do Cuidador aplicada em 2015.

No fator *impacto da prestação de cuidados* foram encontradas diferenças significativas nos cuidadores que assumiram os cuidados ao familiar dependente entre 6 meses e 1 ano ($M = 45,5$) e mais de 4 anos ($M = 30,1$) e entre 1 e 2 anos ($M = 43,0$) e mais de 4 anos ($M = 30,1$). Neste sentido, os cuidadores que prestam cuidados há menos de dois anos têm maior impacto na prestação de cuidados do que os que possuem a tarefa de cuidar há mais de quatro anos (Gráfico 3).

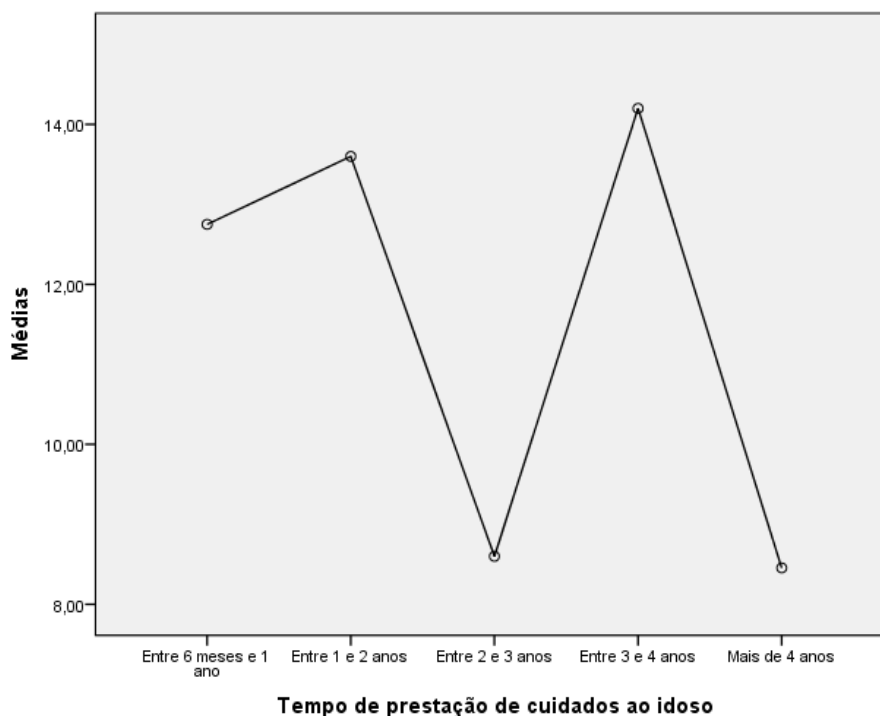
Gráfico 3 - Médias da escala de sobrecarga do cuidador em função do tempo de prestação de cuidados no fator impacto da prestação de cuidados



Fonte: Elaboração própria a partir da Escala de Sobrecarga do Cuidador aplicada em 2015.

Por último, no fator *relação interpessoal* foram encontradas diferenças significativas nos cuidadores que asseguram os cuidados entre 1 e 2 anos ($M = 13,6$) e entre 2 e 3 anos ($M = 8,6$); entre 1 e 2 anos ($M = 13,6$) e mais de 4 anos ($M = 8,5$); entre 2 e 3 anos ($M = 8,6$) e 3 e 4 anos ($M = 14,2$) e entre 3 e 4 anos ($M = 14,2$) e mais de 4 anos ($M = 8,5$). Observou-se, ainda que todos os prestadores de cuidados há menos de 4 anos, à exceção dos que cuidam entre 2 e 3 anos, apresentam maior sobrecarga na relação interpessoal do que os cuidadores que efetuam a prestação de cuidados há mais de 4 anos (Gráfico 4).

Gráfico 4 - Médias da escala de sobrecarga do cuidador em função do tempo de prestação de cuidados no fator relação interpessoal



Fonte: Elaboração própria a partir da Escala de Sobrecarga do Cuidador aplicada em 2015.

Relativamente ao fator *percepção de autoeficácia*, não foram encontradas diferenças significativas.

4.6.2. 24 horas diárias de cuidados

Pretende-se analisar a influência da variável 24 horas diárias de cuidados com a autopercepção da sobrecarga do cuidador familiar e tendo recorrido ao teste t-Student para amostras independentes, detetamos diferenças, estatisticamente, significativas nas pontuações médias do item relacionado com a *percepção de autoeficácia*.

Observando o Quadro 31, é possível verificar que os cuidadores que asseguram cuidados ao idoso dependente 24 horas diárias, têm uma pontuação significativamente mais baixa ($M = 3,5$) do que aqueles que cuidam algumas horas ($M = 5,1$). O que nos leva a concluir que os cuidadores que prestam cuidados pontuais têm maior nível de

sobrecarga na percepção de autoeficácia do que os cuidadores que assumem a prestação de cuidados dia e noite.

Quadro 31 - Estatísticas da escala de sobrecarga do cuidador em função das horas diárias de cuidados: Teste t-Student

ESC	24 horas diárias de cuidados				Teste t-Student	
	Não		Sim			
	(n = 8)		(n = 22)		t	P (sig.)
	M	DP	M	DP		
ESC - global	64,0	21,6	68,2	14,4	-0,62	0,54
Impacto da Prestação de Cuidados	31,9	11,8	38,4	9,8	-1,52	0,14
Relação Interpessoal	12,5	6,5	10,3	3,3	1,25	0,22
Percepção de autoeficácia	5,1	2,5	3,5	1,7	2,06	0,05

Fonte: Elaboração própria a partir da Escala de Sobrecarga do Cuidador aplicada em 2015.

4.6.3. Existência de apoio informal

Submetemos o item existência de apoio informal a um teste t-Student com o objetivo de analisar a sua influência na autopercepção da sobrecarga do cuidador familiar, tendo sido encontradas diferenças, estatisticamente, significativas nas pontuações médias do fator relacionado com o *impacto da prestação de cuidados* ($p = 0,03$).

Após análise do Quadro 32, podemos constatar que os cuidadores que não beneficiam de apoio informal têm uma pontuação significativamente mais elevada ($M = 41,8$) do que aqueles que possuem ajuda de terceiros ($M = 33,2$), o que nos leva a acreditar que, os cuidadores sem apoio informal têm maior sobrecarga ao nível do impacto na prestação de cuidados ao idoso dependente, em relação aos que beneficiam de ajuda.

Quadro 32 - Estatísticas da escala de sobrecarga do cuidador em função da existência de apoio informal: Teste t-Student

ESC	Apoio informal				Teste t-Student	
	Não		Sim			
	(n = 12)		(n = 18)		t	P (sig.)
	M	DP	M	DP		
ESC - global	71,8	15,5	64,0	16,5	1,29	0,21
Impacto da Prestação de Cuidados	41,8	10,4	33,2	9,5	2,33	0,03
Relação Interpessoal	10,5	3,4	11,1	5,0	-0,37	0,71
Perceção de autoeficácia	3,3	1,8	4,3	2,2	-1,23	0,23

Fonte: Elaboração própria a partir da Escala de Sobrecarga do Cuidador aplicada em 2015.

4.6.4. Existência do serviço de apoio domiciliário

Analizou-se a influência do apoio domiciliário na sobrecarga do cuidador e através do teste t-Student, verificou-se que existem diferenças, estatisticamente, significativas nas pontuações médias da *escala de sobrecarga do cuidador global* ($p = 0,01$) e no fator *impacto da prestação de cuidados* ($p = 0,00$).

Analizando o Quadro 33, é possível perceber que ao nível da escala global os cuidadores que contratualizaram o serviço de apoio domiciliário têm uma pontuação significativamente mais elevada ($M = 71,1$) do que os cuidadores que não requereram a este apoio social ($M = 54,0$). No fator impacto da prestação de cuidados, pode-se verificar que os cuidadores que possuem serviço de apoio domiciliário têm uma pontuação significativamente mais elevada ($M = 39,8$) do que os cuidadores que não beneficiam do apoio desta valência ($M = 26,1$).

Podemos concluir que, ao nível da escala de sobrecarga do cuidador global e do impacto da prestação de cuidados, os cuidadores que beneficiam do serviço de apoio domiciliário apresentam níveis maiores de auto percepção da sobrecarga, comparativamente aos cuidadores que não contratualizaram este serviço.

Quadro 33 - Estatísticas da escala de sobrecarga do cuidador em função da existência do serviço de apoio domiciliário: Teste t-Student

ESC	Serviço de apoio domiciliário				Teste t-Student	
	Não		Sim			
	(n = 7)		(n = 23)		t	p (sig.)
	M	DP	M	DP		
ESC - global	54,0	17,6	71,1	14,0	-2,68	0,01
Impacto da Prestação de Cuidados	26,1	10,1	39,8	8,6	-3,55	0,00
Relação Interpessoal	10,1	5,4	11,1	4,1	-0,49	0,63
Perceção de autoeficácia	4,4	1,7	3,7	2,12	0,77	0,45

Fonte: Elaboração própria a partir da Escala de Sobrecarga do Cuidador aplicada em 2015.

PARTE V – DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Após a apresentação dos resultados, pretende-se efetuar a sua interpretação, tendo por base a literatura usada na fundamentação teórica.

Relativamente à caracterização sociodemográfica dos cuidadores familiares, os resultados relativos às variáveis género, grupo etário, estado civil, habilitações literárias e situação profissional, vão de encontro à literatura nacional e internacional, veja-se a este propósito Lage, 2005; Santos, 2005; Ferreira, 2008; Imaginário, 2008; Pereira, 2008; Pimentel, 2013; Ricarte, 2009; Rolo, 2009; Romão & Pereira, 2008; Sousa, 2011; Costa, 2012 e, ainda Pimentel, 2013.

Comparando os resultados do nosso estudo, ao nível do género do cuidador familiar, com outros estudos, concluímos que é consensual a prestação de cuidados ser assegurada, maioritariamente, por elementos do sexo feminino (86,7%). Para vários autores e investigadores está confirmado que a maioria do cuidado informal prestado aos idosos dependentes é assegurada por mulheres (Martín, 2005). No sentido de corroborar esta mesma tese, Dwyer & Coward (1991, citados por Martín, 2005) desenvolveram um estudo, cujos resultados empíricos mostram que 3,22 vezes mais são as filhas a apoiar nas atividades de vida diária e 2,56 nas atividades instrumentais de vida diária. Estes mesmos autores, também, referem que a predominância do sexo feminino na prestação de cuidados pode ser explicada através de fatores sociodemográficos dos idosos dependentes e na tendência para obter consistência no género entre cuidador e recetor de cuidados (no caso de relação pais/filhos). Segundo Finley (1989, citado por Martín, 2005) existem teorias para explicar a diferença no cuidado informal em função do género, contudo pouco claras. Refere que as afirmações tautológicas sobre os papéis sexuais parecem indicar que o cuidado não faz parte das expectativas do papel social do homem.

Já quanto à idade, no nosso estudo a média de idades situa-se nos 60,8 anos, com predominância no grupo etário dos 63 aos 73 anos, sendo a idade mínima de 30 anos e a máxima de 83 anos, dados semelhantes aos encontrados por outros autores (Marques, 2007; Costa, 2012; Pereira, 2008). Também Figueiredo (2007) refere que a maioria dos cuidadores têm uma média de idades entre os 45 e os 60 anos, afirmando que a idade dos prestadores de cuidados é influenciada pela idade dos idosos, ou seja, quanto mais velha for a pessoa dependente, mais velho será o cuidador.

No que diz respeito ao estado civil dos nossos cuidadores, a maior parte, 73,3% são casados, enquanto 26,7% dividem-se por viúvos, solteiros e divorciados. Também, esta variável é consensual com outros estudos, existindo dados que mostram que os cuidadores casados representam a maior proporção daqueles que prestam cuidados a um familiar idoso dependente (cerca de 70%), seguidos dos solteiros ou divorciados (cerca de 11%) e, por último com percentagens menos significativas surgem os viúvos (Figueiredo, 2007).

Relativamente à situação profissional, 36,7% dos cuidadores são reformados, 26,7% encontram-se de baixa médica, 16,7% trabalham a tempo parcial, 13,3% são domésticas e, apenas 6,7% possuem uma ocupação profissional a tempo inteiro. Podemos constatar que, a maioria dos cuidadores familiares não exerce qualquer atividade profissional. Estes dados vão de encontro aos recolhidos por Pereira (2008) e Sousa (2011), o que corrobora a pesquisa teórica, prévia à investigação.

Apenas 33,3% de cuidadores acumulam a prestação de cuidados ao idoso dependente com o papel paternal/maternal, facto que acontece, também, no estudo desenvolvido por Pereira (2008), em que a maioria dos cuidadores não possui filhos a seu cargo.

Quanto à distribuição dos cuidadores familiares em função do grau de parentesco com o idoso dependente, 50% são filhos, 30% cônjuges e 20% dividem-se por outros elementos da esfera familiar (noras, netos, sobrinhos e progenitores). No estudo de Imaginário (2008) constatou-se que eram as filhas e as sobrinhas a assegurar os cuidados. Também no estudo de Romão & Pereira (2008) verificou-se que a relação entre o cuidador e o idoso dependente é predominantemente filial, seguida da relação conjugal, aparecendo em menor número os sobrinhos, irmãos, genros, noras e os netos. Shanas (1979, citado por Martín, 2005) defende a existência de uma ordem de preferência na adoção do papel de cuidador (cônjuge – filhos – outros familiares – amigos), à qual designou de *modelo hierárquico compensatório ou modelo de substituição*. Assim, quando se trata de um idoso dependente casado, a prestação de cuidados recai sobre o cônjuge e, perante a ausência ou impossibilidade deste, a responsabilidade passa para os filhos (Pereira, 2008).

Relativamente à coabitação dos cuidadores com o seu familiar dependente, verificamos que a maioria, 73,3%, reside em conjunto e, apenas 26,7% vive numa habitação com distância inferior a 10km. Estes dados corroboram os estudos realizados no sul da Europa, que revelam que a coabitação entre o cuidador e o idoso dependente consiste num modelo predominante nos países do Sul, nomeadamente, no meio rural (Cleirppa, 1995, citado por Imaginário, 2008).

Relativamente ao perfil dos idosos dependentes, podemos verificar que, maioritariamente, são do sexo feminino, com maior incidência no grupo etário dos 76 aos 86 anos e com uma média de idades de 83 anos. No que diz respeito ao estado civil dos idosos dependentes, a maioria são casados (43,3%) e viúvos (46,7%). Estes resultados são semelhantes aos apresentados por Andrade (2009), Pereira (2008), Ricarte (2009) e Pimentel (2013).

A causa da dependência dos idosos deveu-se, essencialmente, a problemas do foro cardiovascular, doenças crónico-degenerativas e doenças oncológicas. Como refere Garcia (1994, citado por Andrade, 2009) as principais causas que poderão estar na origem da indesejável perda de autonomia estão relacionadas com doenças incapacitantes, que apresentam um peso importante para a pessoa dependente, quer em termos pessoais, quer em termos sociais.

Após a análise dos dados do Índice de Barthel, podemos constatar que a maioria dos idosos encontra-se total e severamente dependentes (46,7% e 16,7%, respetivamente) nas atividades da vida diária. Apenas 30% de idosos possuem um grau moderado de dependência e 6,7% estão ligeiramente dependentes. Os resultados obtidos no nosso estudo vão de encontro aos de Pereira (2008).

No que diz respeito ao tempo de prestação de cuidados, o nosso estudo revela que a maioria dos cuidadores (63,3%) assume a função de cuidar há menos de 4 anos. No estudo de Imaginário (2008) os familiares referiram que a necessidade de cuidados era de 1 a 5 anos. De acordo com Korenz (2001, citado por Imaginário, 2008) o tempo médio em que o cuidador exerce a função de cuidar era de 3 anos e 6 meses.

Quanto ao número de horas de cuidados prestadas pelos cuidadores aos familiares dependentes, verificamos que a maioria assegura 24 horas diárias (73,3%). Os restantes 26,7% de cuidadores asseguram, apenas algumas horas diárias, facto que pode estar relacionado com o tipo de apoio prestado ao idoso dependente. Custódio (2011), recorrendo a vários autores, refere que o cuidador ao assumir a responsabilidade pelos cuidados, terá de assegurar tarefas ao nível das atividades básicas e instrumentais da vida diária, nomeadamente, higiene, alimentação, medicação, fazer companhia e acompanhar a consultas/exames, o que exige um acompanhamento muito intenso por parte do cuidador.

Analizamos, também, a existência de apoio e retaguarda informal aos cuidadores no decorrer da prestação de cuidados ao idoso dependente, no qual se verifica que 40% de cuidadores não possui qualquer tipo de apoio. Contudo, a maioria dos cuidadores (60%) conta com a ajuda de outros elementos, nomeadamente, de filhos e irmãos, aparecendo, em menor número o cônjuge, nora, sogra, pai e cunhada e, ainda a empregada. Estes resultados estão em linha com os encontrados em Pereira (2008) que revelam que quando se trata de assegurar cuidados ao nível instrumental (trabalhos domésticos, gestão da medicação e dinheiro) é a família que aparece como maior apoio ao cuidador principal, estando a supervisão regular partilhada entre a empregada doméstica e o cônjuge.

Relativamente à existência do serviço de apoio domiciliário, constata-se que a maioria dos cuidadores (76,7%) contratualizou esta valência, resultado semelhante ao encontrado por Pereira (2008), em que 62% dos cuidadores recorrem a serviços formais, sendo o SAD um deles. Para esta autora, a especificidade dos cuidados prestados pelas redes formais, centra-se no apoio à prestação de cuidados relacionados com as AVD's (cuidados pessoais e de mobilidade).

Através da escala de sobrecarga do cuidador verifica-se que a maioria dos prestadores de cuidados (80%) a idosos dependentes apresenta um grau de sobrecarga intenso, 6,7% encontra-se com sobrecarga ligeira e 13,3% indica estar sem sobrecarga. Comparamos o nosso estudo ao de Custódio (2011), que recorreu à mesma escala de avaliação, e constatamos que os dados são semelhantes, ou seja, a maioria dos cuidadores (56,5%) apresenta uma sobrecarga intensa.

No que diz respeito à análise dos níveis de sobrecarga nos fatores da escala, constatamos que no impacto da prestação de cuidados e na relação interpessoal os cuidadores apresentam valores de sobrecarga elevados na maioria dos itens, com médias

superiores a 3 (às vezes). No fator percepção de autoeficácia verificamos que nenhum cuidador apresenta níveis de sobrecarga elevados.

Relativamente às relações da sobrecarga do cuidador com as características sociodemográficas do idoso dependente, nomeadamente com a idade, não encontramos relações significativas, o que permitiu concluir que a idade do idoso dependente não influencia os níveis de sobrecarga do cuidador.

Na avaliação da dependência do idoso com a sobrecarga do cuidador, constatamos que os cuidadores que apresentam sobrecarga intensa possuem a seu cargo um idoso totalmente dependente (40%), contudo não foram encontradas diferenças significativas na relação entre o grau de dependência do idoso e os níveis de sobrecarga dos cuidadores.

Na relação entre a sobrecarga e o sexo do cuidador, verificamos que não existe uma relação significativa entre homens e mulheres, resultado semelhante ao encontrado por Hann *et al.* (1995, citados por Marques, 2007). No nosso estudo, observamos que os cuidadores do sexo feminino apresentam maiores níveis de sobrecarga ao nível do impacto da prestação de cuidados ($M = 37,4$) e da percepção de autoeficácia ($M = 4,0$) do que os homens, que somente apresentam maior nível de autopercepção da sobrecarga no fator referente à relação interpessoal ($M = 11,0$).

Relativamente à existência de uma relação entre a idade e a sobrecarga do cuidador, constatamos que não existem diferenças significativas, situação idêntica à encontrada por Hann *et al.* (1995, citados por Marques, 2007). Contudo, para Marques (2007) há o conformar frequente da adversidade ocorrida com o avançar da idade do cuidador, chegando a ser encarado como o fim de toda uma vida.

No que diz respeito à relação entre a sobrecarga e o estado civil do cuidador, verificamos a inexistência de qualquer diferença significativa entre prestadores de cuidados casados, viúvos, solteiros ou divorciados.

Na relação da sobrecarga com a situação profissional do cuidador não foram encontradas diferenças, contudo, existem estudos que chamam a atenção para o facto de os cuidadores sem qualquer atividade profissional (reformados, baixa média ou desempregados), apesar da disponibilidade de tempo, sentirem mais repercussões na vida pessoal, estando menos tolerantes com os seus familiares (Miller *et al.*, 1992, citados por Marques, 2007).

Verificamos também a existência de diferenças significativas entre os cuidadores que possuem filhos a seu cargo e que, em simultâneo, prestam cuidados ao idoso dependente ao nível da perceção de autoeficácia.

No nosso estudo, constatamos que o grau de parentesco do cuidador com o idoso dependente não apresenta uma relação significativa. Contudo, observamos que os cônjuges apresentam maiores níveis de sobrecarga, comparativamente aos filhos e a outros familiares. Para Marques (2007) esta situação acontece, uma vez que, os cônjuges despendem mais tempo a cuidar do idoso, quer no tempo da prestação de cuidados, quer a fazer companhia e, ainda devido à coabitação no mesmo domicílio.

Relativamente à relação da sobrecarga com a coabitação do cuidador no mesmo domicílio do idoso dependente, verificamos a inexistência de diferenças significativas. No entanto, para Marques (2007) os cuidadores que residem com os familiares dependentes evidenciam, globalmente, menor sobrecarga e tendem a apresentar maior satisfação com o papel desempenhado e com o familiar.

Foram encontradas diferenças significativas na relação da sobrecarga com o tempo de prestação de cuidados ao idoso dependente, demonstrando que, ao nível da

escala global, do fator impacto da prestação de cuidados e, ainda do fator relação interpessoal, os cuidadores que exercem a função de cuidar há menos de 4 anos evidenciam maiores níveis de sobrecarga do que aqueles que cuidam há mais de 4 anos. Estes resultados corroboram a teoria de que, com o avançar do tempo, é normal surgir uma acomodação e ajustamento à situação de crise e, assim, é esperado que os níveis de sobrecarga dos cuidadores familiares diminuam ao fim de alguns anos (Marques, 2007).

O facto de prestar cuidados 24 horas diárias aos idosos dependentes influencia os níveis de sobrecarga dos cuidadores, em que os prestadores de cuidados de apenas algumas horas possuem maior sobrecarga no fator da percepção de autoeficácia. Contrariamente a este resultado, surgem estudos que apontam que, quanto mais tempo os cuidadores prestam cuidados e mais horas passam diariamente com o idoso dependente, maior será o nível de sobrecarga (Martins, 2006).

Após a análise da possível relação entre a existência de apoio informal com a autopercepção da sobrecarga do cuidador, observamos que existem diferenças significativas entre cuidadores que possuem apoio e prestadores de cuidados sem qualquer suporte, nomeadamente, ao nível do impacto da prestação de cuidados. Ou seja, os cuidadores que não beneficiam de ajuda na prestação de cuidados evidenciam maior sobrecarga objetiva (fator impacto da prestação de cuidados). Esta situação poderia inverter-se caso existisse partilha de responsabilidades na prestação de cuidados ao familiar dependente, dado que iria diminuir os níveis de sobrecarga do cuidador principal (Marques, 2007) e, assim, aumentar a participação em atividades e interações sociais, garantindo maior qualidade de vida (Custódio, 2011).

Por último, verificamos que os cuidadores familiares que possuem o serviço de apoio domiciliário, apresentam maiores níveis de sobrecarga na escala global e no fator impacto da prestação de cuidados, do que os cuidadores que não contratualizaram esta

resposta social. Para Mendonça, Martinez & Rodrigues (2000, citados por Imaginário, 2008) o serviço de apoio domiciliário tem-se tornado cada vez mais importante, quer nos cuidados prestados ao idoso dependente, quer na oportunidade em apoiar as famílias e cuidadores. Neste sentido, é curioso que, no nosso estudo, os cuidadores que recorreram ao serviço de apoio domiciliário evidenciem maiores níveis de sobrecarga, o que poderá constituir uma área a investigar em estudos futuros, no sentido de compreender o que leva cuidadores com apoio formal (SAD) a apresentar maior autoperceção de sobrecarga.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Numa sociedade marcada pelo envelhecimento da população, verifica-se um aumento do aparecimento de doenças crónicas e incapacitantes, aumentando o sofrimento e a vulnerabilidade dos idosos.

Cada vez mais o apoio a pessoas idosas surge como prioritário na criação de políticas sociais, económicas e de saúde nos países desenvolvidos. Contudo, esta abordagem começa, também, a ganhar importância junto dos cuidadores informais/familiares, principalmente, nos que assumem um papel determinante na prestação de cuidados ao idoso dependente.

Relativamente aos resultados da nossa investigação, é fundamental notar que eles devem ser entendidos à luz dos objetivos propostos e do enquadramento teórico que estruturou todo o estudo.

Os objetivos deste trabalho visaram avaliar a sobrecarga dos cuidadores familiares de idosos dependentes, de uma forma mais específica, procurou-se conhecer o grau de dependência do idoso nas atividades de vida diária, a relação entre o grau de dependência dos idosos e o nível de sobrecarga dos cuidadores, a influência do tempo de prestação de cuidados, assim como o número de horas, nos níveis de sobrecarga e, por último, a relação entre a existência de apoio formal e informal (SAD) e a autoperceção da sobrecarga do cuidador familiar.

Os nossos resultados confirmaram que a dependência nos idosos não tem influência nos níveis de sobrecarga apresentados pelos cuidadores familiares.

Ultrapassado o choque inicial em ver o familiar perder a autonomia e a independência, o cuidador tende a sentir menor sobrecarga com o passar dos anos, possivelmente, dada a acomodação ao seu papel e ao melhor autocontrolo em situações mais exigentes e desgastantes do ato de cuidar.

O número de horas que os cuidadores despendem a prestar cuidados ao idoso dependente, também, influencia os níveis de sobrecarga, nomeadamente, ao nível da perceção de autoeficácia.

No que diz respeito aos últimos objetivos específicos da investigação, concluímos que os cuidadores que beneficiam de apoio informal (familiares e empregada) evidenciam níveis menores de sobrecarga, ao passo que os prestadores de cuidados sem qualquer apoio apresentam maior sobrecarga ao nível do impacto da prestação de cuidados. Relativamente ao acesso ao apoio formal, nomeadamente ao serviço de apoio domiciliário, este não reduz os níveis de sobrecarga dos cuidadores familiares, pelo contrário, os prestadores de cuidados que beneficiam desta resposta social apresentam maior sobrecarga ao nível do impacto da prestação de cuidados diretos ao familiar dependente.

Como qualquer investigação, também, aqui nos deparamos com algumas limitações. A reduzida amostra tornou o estudo mais limitado e impossibilitou, naturalmente, a generalização dos resultados.

Primeiramente, era nossa intenção efetuar este estudo junto de dois tipos de cuidadores familiares de idosos dependentes a beneficiar de respostas sociais e de saúde distintas: equipas de cuidados continuados integrados no domicílio e serviço de apoio domiciliário. No entanto, a inúmera burocracia associada ao deferimento por parte da Administração Regional de Saúde do Norte e do Centro de Saúde fizeram com que restringíssemos o estudo somente aos cuidadores de idosos dependentes com serviço de apoio domiciliário. Uma outra limitação prende-se com o tempo reduzido que tivemos para desenvolver o estudo, o que dificultou encontrar mais cuidadores familiares que reunissem os critérios definidos para participar nesta investigação.

Embora as limitações que apontamos tenham sido reais e influenciado este trabalho, julgamos que ele pode ser seguramente melhorado com o recurso ao método qualitativo, nomeadamente, através de entrevistas, no sentido de aprofundar a temática e enriquecer o estudo. Esta é uma parte que deixamos em aberto para trabalhos futuros, já que embora existam inúmeros e diversificados estudos acerca dos cuidadores e de toda a problemática envolvente à prestação de cuidados a pessoas idosas dependentes, nunca é demais investigar esta temática. É, pois, importante e fulcral valorizar e dignificar o papel dos cuidadores e criar mecanismos que possam diminuir ou atenuar a sobrecarga sentida por eles no decorrer do ato de cuidar.

Em suma, prestar cuidados a idosos dependentes continua a constituir um valor fundamental, mas para isso é preciso assegurar a qualidade de vida quer da pessoa cuidada quer do cuidador.

BIBLIOGRAFIA

Andrade, F. (2009). *O cuidado informal à pessoa idosa dependente em contexto domiciliário: necessidades educativas do cuidador principal*. Dissertação de Mestrado, Instituto de Educação e Psicologia – Universidade do Minho, Portugal.

Araújo, I. (2010). *Cuidar da família com um idoso dependente: formação em enfermagem*. Tese de Doutoramento, Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar – Universidade do Porto, Portugal.

Berger, L. & Mailloux Poirier, D. (1995). *Pessoas idosas – uma abordagem global: processo de enfermagem por necessidades*. Lisboa: Lusodidacta.

Cabete, D. (2005). *O idoso, a doença e o hospital – o impacto do internamento hospitalar no estado funcional e psicológico das pessoas idosas*. Lisboa: Lusociência.

Carvalho, M. (2010). *Os cuidados domiciliários em instituições de solidariedade social no concelho de Cascais*. Dissertação de Mestrado, Departamento de Sociologia – ISCTE, Portugal.

Carvalho, M. (coord.). (2012). *Serviço Social na Saúde*. Lisboa: Pactor.

Collière, M. (2003). *Cuidar...A primeira arte da vida*. (2ª edição). Loures: Lusociência.

Costa, A. (2012). *A família cuidadora perante a dependência do seu familiar idoso*. Dissertação de Mestrado, Faculdade de Ciências Médicas – Universidade Nova de Lisboa, Portugal.

Coutinho, C. (2011). *Metodologia de investigação em ciências sociais e humanas*. (1ª edição). Coimbra: Almedina.

Custódio, J. (2011). *A sobrecarga e estratégias de Coping do cuidador informal do idoso dependente*. Dissertação de Mestrado, Instituto Superior Miguel Torga, Portugal.

Domínguez-Alcón, C. (1997). Família, cuidados informales y políticas de vejez. In A. Staab & L. Hodges (Eds.) *Enfermería gerontológica*. México: McGraw. p. 465-475.

Duque, E. (2012). Representações e expectativas dos estudantes universitários dos PALOP, *VII Congresso Português de Sociologia*. Porto, Faculdade de Letras, Psicologia e Ciências da Educação, 19-22 junho.

Duque, E. (2014). *Mudanças culturais mudanças religiosas. Perfis e tendências da religiosidade em Portugal numa perspetiva comparada*. Braga: Húmus, Universidade do Minho.

Esteves, A. (2010). A transmissão do património familiar em Viana do Castelo através dos dotes de casamento na primeira metade do século XIX. In M.M.L. de Araújo (ed.) & A. Esteves (coord.), *Tomar Estado: Dotes e Casamentos* (séculos XVI-XIX). Braga: CITCEM.

Fernandes, A. (1997). *Velhice e sociedade, demografia, família e políticas sociais em Portugal*. Oeiras: Celta Editora.

Fernandes, J. (2009). *Cuidar no domicílio – a sobrecarga do cuidador familiar*. Dissertação de Mestrado, Faculdade de Medicina – Universidade de Lisboa, Portugal.

Ferreira, M. (2008). Cuidar no domicílio: avaliação da sobrecarga na família / cuidador principal no suporte paliativo do doente oncológico. *Cadernos de Saúde*, vol.2 (nº.1), 67-88.

Figueiredo, D. (2007). *Cuidados familiares ao idoso dependente*. Lisboa: Climepsi.

Figueiredo, D. & Sousa, L. (2008). Perceção do estado de saúde e sobrecarga em cuidadores familiares de idosos dependentes com e sem demência. *Saúde dos Idosos*, vol.26 (nº.1), 15-24.

Figueiredo, C. (2012). *Sobrecarga física, emocional e social dos cuidadores informais/familiares*. Dissertação de Mestrado, Escola Superior de Saúde de Viseu – Instituto Politécnico de Viseu, Portugal.

Fonseca, A. (2006). *O Envelhecimento: uma abordagem psicológica*. (2ª ed.). Lisboa: Universidade Católica Portuguesa.

Fortin, M. (1999). *O processo de investigação: da concepção à realização*. Loures: Lusociência.

Imaginário, C. (2008). *O idoso dependente em contexto familiar*. Coimbra: Formasau.

Instituto Nacional de Estatística. (2003). *Projeções de população residente em Portugal 2000-2050*. Lisboa: INE.

Instituto Nacional de Estatística. (2011). *Estatísticas demográficas*. Lisboa: INE.

Instituto Nacional de Estatística. (2014). *População residente em Portugal com tendência para diminuição e envelhecimento*. Lisboa: INE.

Instituto Nacional de Estatística. (2014). *Projeções de população residente 2012-2060*. Lisboa: INE.

Kerlinger, F. & Lee, H. (2002). *Investigación del comportamiento*. México: McGraw-Hill.

Lage, I. (2005). Cuidados familiares a idosos. In C. Paúl & A.M. Fonseca (Eds.) *Envelhecer em Portugal: psicologia, saúde e prestação de cuidados*. Lisboa: Climepsi.

Le-Bris, H. (1994). *Responsabilidade familiar pelos dependentes idosos nos países das comunidades europeias*. Lisboa: Conselho Económico e Social.

Marín, D. & Casanovas, G. (2001). *Vejez, dependência y cuidados de larga duración. Situación actual y perspectivas de futuro*. Fundación la Caixa.

Martín, I. (2005). O cuidado informal no âmbito social. In C. Paúl & A.M. Fonseca (Eds.) *Envelhecer em Portugal: psicologia, saúde e prestação de cuidados*. Lisboa: Climepsi.

Martins, T. (2006). *Acidente vascular cerebral – Qualidade de vida e bem-estar dos doentes e familiares cuidadores*. Coimbra: Formasau.

Marques, S. (2007). *Os cuidadores informais de doentes com AVC*. Coimbra: Formasau.

Paúl, M. (1997). *Lá para o fim da vida – Idosos, família e meio ambiente*. Coimbra: Almedina.

Paúl, M. & Fonseca, A. (2005). *Envelhecer em Portugal*. Lisboa: Climepsi.

Pereira, A. (2008). *Cuidadores familiares e idosos dependentes: perfil, motivos e satisfação com a vida*. Dissertação de Mestrado, Secção Autónoma de Ciência da Saúde – Universidade de Aveiro, Portugal.

Pereira, M. & Carvalho, H. (2012). Qualidade de vida, sobrecarga, suporte social, ajustamento conjugal e morbilidade psicológica em cuidadores de idosos com dependência funcional. *Temas em Psicologia*, vol.20 (nº.2), 369-383.

Pimentel, L. (2005). *O lugar do idoso na família: contextos e trajetórias*. Coimbra: Quarteto.

Pimentel, L. (2013). *Filho és, Pai serás...cuidar de pessoas idosas em contexto familiar*. Lisboa: Coisas de Ler.

Pocinho, M. (2012). *Metodologia de investigação e comunicação do conhecimento científico*. (1ª edição). Lisboa: Lidel.

Pordata. (2014). *População residente: total e por grandes grupos etários (%) – Europa*. [Em linha]. Disponível em www.pordata.pt. [Consultado a 04/03/2015].

Portugal, S. (2007). O que faz mover as redes sociais? Uma análise das normas e dos laços. *Revista Crítica de Ciências Sociais*, vol.79, 35-56.

Ricarte, L. (2009). *Sobrecarga do cuidador informal de idosos dependentes no concelho de Ribeira Grande*. Dissertação de Mestrado, Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar – Universidade do Porto, Portugal.

Rolo, L. (2009). *Sobrecarga e satisfação com a vida: a percepção dos cuidadores informais de idosos*. Dissertação de Mestrado, Secção Autónoma de Ciências da Saúde – Universidade de Aveiro, Portugal.

Romão, A., Pereira, A. & Gerardo, F. (2008). *As necessidades dos cuidadores informais – Estudo na área do envelhecimento*. Lisboa: Santa Casa da Misericórdia.

Santos, P. (2005). *O familiar cuidador em ambiente domiciliário: sobrecarga física, emocional e social*. Dissertação de Mestrado – Escola Nacional de Saúde Pública, Universidade Nova de Lisboa, Portugal.

Santos, D. (2008). *As vivências do cuidador informal na prestação de cuidados ao idoso dependente. Um estudo no concelho da Lourinhã*. Dissertação de Mestrado – Universidade Aberta, Portugal.

Saraiva, S. (2008). *O cuidador informal ao idoso dependente*. Dissertação de Mestrado – Universidade de Aveiro, Portugal.

Sequeira, C. (2007). *Cuidar de idosos dependentes*. Coimbra: Quarteto.

Sequeira, C. (2010). *Cuidar de idosos com dependência física e mental*. Lisboa: Lidel.

Serra, A. (2002). *O stress na vida de todos os dias*. Coimbra: Gráf. Coimbra.

Sousa, A. (2011). *Quando o cuidador é idoso – impacto físico, emocional e social do cuidador informal do idoso*. Dissertação de Mestrado, Faculdade Ciências Sociais – Universidade Católica Portuguesa, Portugal.

Sousa, L., Figueiredo, D. & Cerqueira, M. (2004). *Envelhecer em família – Os cuidados familiares na velhice*. Porto: Ambar.

Sousa, L., Galante, H. & Figueiredo, D. (2003). Qualidade de vida e bem-estar dos idosos: um estudo exploratório na população portuguesa. *Revista Saúde Pública*, vol.37 (nº.3), 364-371.

Spar, J. & La Rue, A. (2005). *Guia Prático Climepsi de Psiquiatria Geriátrica*. Lisboa: Climepsi Editores.

ANEXOS

ANEXO I

“PEDIDO DE AUTORIZAÇÃO ÀS INSTITUIÇÕES”

Barcelos, 09 de janeiro de 2015

Exmo. Senhor

Dr. Nuno Oliveira

Diretor Geral da Santa Casa da Misericórdia
de Barcelos

Assunto: Pedido de autorização para estudo

Sofia Raquel Duarte Pereira, Licenciada em Serviço Social, a frequentar o Mestrado em Serviço Social na Faculdade de Filosofia e Ciências Sociais da Universidade Católica Portuguesa do Centro Regional de Braga, vem por este meio solicitar a V. Exa. que se digne a autorizar a aplicação de duas escalas de avaliação (Índice de Barthel e Avaliação da Sobrecarga do Cuidador Informal) e de um questionário aos cuidadores familiares de idosos dependentes, para a obtenção de dados necessários à realização da Dissertação de Mestrado, cujo título é: ***Cuidar de Idosos Dependentes - A Sobrecarga dos Cuidadores Familiares.***

O objetivo deste estudo é avaliar os níveis de sobrecarga dos cuidadores familiares de idosos dependentes. No sentido de facilitar o encontro com os cuidadores familiares, que se disponham a colaborar no estudo, é de todo pertinente o apoio do Serviço de Apoio Domiciliário da Santa Casa da Misericórdia de Barcelos.

Assim, pretendemos conhecer avaliar o grau de dependência do idoso dependente nas atividades de vida diária, analisar a relação entre o grau de dependência dos idosos e o nível de sobrecarga dos cuidadores familiares, analisar a relação entre as variáveis sociodemográficas dos cuidadores familiares com o nível de sobrecarga, analisar se a duração dos cuidados prestados, assim como o tempo despendido, influenciam a sobrecarga dos cuidadores familiares, e ainda, se a existência de apoio informal e formal (SAD) diminuem os níveis de sobrecarga.

As vantagens deste estudo levarão a um melhor conhecimento acerca das consequências do ato de prestar cuidados a um idoso dependente, nomeadamente ao nível da sobrecarga do cuidador familiar.

Uma vez que, no decorrer do período de estágio em Serviço Social, desenvolvido na Vossa Instituição, foi efetuada intervenção junto dos utentes/cuidadores do Serviço de Apoio Domiciliário, aplicando alguns instrumentos de recolha de dados, o contacto com os cuidadores familiares será mais facilitado, dado já terem estado em contacto com a investigadora.

Agradecemos a Vossa melhor atenção, solicitando celeridade na resposta, uma vez que, o tempo para a investigação é escasso.

Com os melhores cumprimentos e ao dispor.

Pede deferimento,

Sofia Raquel Duarte Pereira

Barcelos, 16 de janeiro de 2015

Exma. Senhora

Dra. Ana Costa

Diretora Técnica do Centro Social de Cultura e
Recreio da Silva

Assunto: Pedido de autorização para estudo

Sofia Raquel Duarte Pereira, Licenciada em Serviço Social, a frequentar o Mestrado em Serviço Social na Faculdade de Filosofia e Ciências Sociais da Universidade Católica Portuguesa do Centro Regional de Braga, vem por este meio solicitar a V. Exa. que se digne a autorizar a aplicação de duas escalas de avaliação (Índice de Barthel e Avaliação da Sobrecarga do Cuidador Informal) e de um questionário aos cuidadores familiares de idosos dependentes, para a obtenção de dados necessários à realização da Dissertação de Mestrado, cujo título é: ***Cuidar de Idosos Dependentes - A Sobrecarga dos Cuidadores Familiares.***

O objetivo deste estudo é avaliar a sobrecarga dos cuidadores familiares de idosos dependentes. No sentido de facilitar o encontro com os cuidadores familiares, que se disponham a colaborar no estudo, é de todo pertinente o apoio do Serviço de Apoio Domiciliário do Centro Social de Cultura e Recreio da Silva.

Assim, pretendemos conhecer avaliar o grau de dependência do idoso dependente nas atividades de vida diária, analisar a relação entre o grau de dependência dos idosos e o nível de sobrecarga dos cuidadores familiares, analisar a relação entre as variáveis sociodemográficas dos cuidadores familiares com o nível de sobrecarga, analisar se a duração dos cuidados prestados, assim como o tempo despendido, influenciam a sobrecarga dos cuidadores familiares, e ainda se a existência de apoio informal e formal (SAD) diminuem os níveis de sobrecarga.

As vantagens deste estudo levarão a um melhor conhecimento acerca das consequências do ato de prestar cuidados a um idoso dependente, nomeadamente ao nível da sobrecarga do cuidador familiar.

Agradecemos a Vossa melhor atenção, solicitando celeridade na resposta, uma vez que, o tempo para a investigação é escasso.

Com os melhores cumprimentos e ao dispor.

Pede deferimento,

Sofia Raquel Duarte Pereira

ANEXO II

“CONSENTIMIENTO INFORMADO”

Consentimento Informado

Eu, Sofia Raquel Duarte Pereira, aluna do Mestrado em Serviço Social na Faculdade de Filosofia e Ciências Sociais da Universidade Católica Portuguesa do Centro Regional de Braga, venho solicitar a participação de Vossa Ex.^a num estudo, a realizar no âmbito da tese de dissertação de Mestrado intitulada ***Cuidar de Idosos Dependentes - A Sobrecarga dos Cuidadores Familiares.***

A sua participação consiste em conceder-me um questionário focalizado no tema da dissertação e autorizar a utilização do seu conteúdo na realização do trabalho.

Todas as informações fornecidas neste estudo, bem como a sua identidade serão absolutamente anónimas e confidenciais.

A participação é voluntária, podendo a qualquer momento revogar a sua vontade de colaborar no estudo.

Grata pela sua colaboração!

Assinatura do/a Cuidador Familiar,

(O/A Cuidador Familiar)

Assinatura da Mestranda responsável pelo estudo,

(A Mestranda)

Data: ____/____/____

ANEXO III

“QUESTIONÁRIO SÓCIODEMOGRÁFICO”



Universidade Católica Portuguesa
Centro Regional de Braga
Faculdade de Filosofia e Ciências Sociais
Mestrado em Serviço Social

Cuidar de Idosos Dependentes A Sobrecarga dos Cuidadores Familiares

No âmbito do Mestrado em Serviço Social, da Faculdade de Filosofia e Ciências Sociais da Universidade Católica Portuguesa, Centro Regional de Braga, está a ser desenvolvido um estudo de investigação sobre: ***“Cuidar de Idosos Dependentes - A Sobrecarga dos Cuidadores Familiares”***. Para este estudo será efetuada uma recolha de dados, para a qual se solicita a sua colaboração através do preenchimento do presente questionário e da Escala de Avaliação do Cuidador.

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

Muito Obrigada pela sua colaboração!

Nº do questionário: _____

Data: ____/____/____

I - Informações acerca do Idoso Dependente

1. Sexo: Masculino ☐ Feminino ☐

2. Idade: _____

3. Estado Civil: Casado/a / União de Facto ☐ Solteiro/a ☐ Viúvo/a ☐

Divorciado/a / Separado/a ☐

4. Causa da dependência: _____

5. Pontuação Índice de Barthel: _____

II – Informações acerca do Cuidador Familiar

1. Sexo: Masculino ☐ Feminino ☐

2. Idade: _____

3. Estado Civil: Casado/a / União de Facto ☐ Solteiro/a ☐ Viúvo/a ☐

Divorciado/a / Separado/a ☐

4. Habilitações Literárias: Analfabeto/a ☐ Sabe ler e escrever ☐ 1º ciclo ☐
2º ciclo ☐ 3º ciclo ☐ Secundário ☐ Ensino Superior ☐

5. Situação Profissional: Desempregado/a ☐ Reformado/a ☐ Doméstica ☐
Baixa médica ☐ Estudante ☐ Empregado/a tempo inteiro ☐
Empregado/a tempo parcial ☐

6. Filhos a cargo: Sim ☐ Quantos? _____ Não ☐

7. Grau de parentesco com o idoso dependente: Cônjuge ☐ Filho/a ☐
Nora/Genro ☐ Neto/a ☐ Mãe/Pai ☐ Sobrinho/a ☐
Outro ☐ Qual? _____

8. Vive na mesma casa que o idoso dependente? Sim ☐ Não ☐

8.1. Se não, qual a distância física entre a sua habitação e a do idoso dependente?

< 10km ☐ 11 a 20 km ☐ 21 a 30 km ☐ 31 a 40 Km ☐ + 41 Km ☐

9. Há quanto tempo presta cuidados ao seu familiar? Entre 6 meses e 1 ano ☐

Entre 1 e 2 anos ☐ Entre 2 e 3 anos ☐ Entre 3 e 4 anos ☐ Mais de 4 anos ☐

10. Presta 24 horas, por dia, cuidados ao seu familiar? Sim ☐ Não ☐

10.1. Se não, quantas horas ocupa, por dia, a prestar cuidados ao seu familiar?

< de 4 horas ☐ 4 a 8 horas ☐ > 8 horas ☐

11. Possui apoio de outra pessoa na prestação de cuidados?

Sim ☐ Quem? _____ Não ☐

12. O idoso dependente beneficia do Serviço de Apoio Domiciliário?

Sim ☐ Não ☐

ANEXO IV

“ESCALA DE SOBRECARGA DO CUIDADOR”

Escala de sobrecarga do cuidador (Sequeira, 2007, 2010)

A ESC é uma escala que avalia a sobrecarga objetiva e subjetiva do cuidador informal.

Leia atentamente cada uma das afirmações, e indique de que modo se aplica ao seu caso, colocando o sinal **X** no espaço que melhor corresponder à sua opinião.

N.º	Item	Nunca	Quase nunca	As vezes	Muitas vezes	Quase sempre
1	Sente que o seu familiar solicita mais ajuda do que aquela que realmente necessita?					
2	Considera que devido ao tempo que dedica ao seu familiar já não dispõe de tempo suficiente para as suas tarefas?					
3	Sente-se tenso/a quando tem de cuidar do seu familiar e ainda tem outras tarefas por fazer?					
4	Sente-se envergonhado(a) pelo comportamento do seu familiar?					
5	Sente-se irritado/a quando está junto do seu familiar?					
6	Considera que a situação actual afecta de uma forma negativa a sua relação com os seus amigos/familiares?					
7	Tem receio pelo futuro destinado ao seu familiar?					
8	Considera que o seu familiar está dependente de si?					
9	Sente-se esgotado quando tem de estar junto do seu familiar?					
10	Vê a sua saúde ser afectada por ter de cuidar do seu familiar?					
11	Considera que não tem uma vida privada como desejaria devido ao seu familiar?					
12	Pensa que as suas relações sociais são afectadas negativamente por ter de cuidar do seu familiar?					
13	Sente-se pouco à vontade em convidar amigos para o(a) visitarem devido ao seu familiar?					
14	Acredita que o seu familiar espera que você cuide dele como se fosse a única pessoa com quem ele(a) pudesse contar?					
15	Considera que não dispõe de economias suficientes para cuidar do seu familiar e para o resto das despesas que tem?					
16	Sente-se incapaz de cuidar do seu familiar por muito mais tempo?					
17	Considera que perdeu o controle da sua vida depois da doença do seu familiar se manifestar?					
18	Desejaria poder entregar o seu familiar aos cuidados de outra pessoa?					
19	Sente-se inseguro acerca do que deve fazer com o seu familiar?					
20	Sente que poderia fazer mais pelo seu familiar?					
21	Considera que poderia cuidar melhor do seu familiar?					
22	Em geral sente-se muito sobrecarregado por ter de cuidar do seu familiar?					

ANEXO V

“ÍNDICE DE BARTHEL”

ÍNDICE DE BARTHEL

ATIVIDADE	PONTUAÇÃO
ALIMENTAÇÃO 0 = incapacitado 5 = precisa de ajuda para cortar, passar manteiga, eyc, ou dieta modificada 10 = independente	
BANHO 0 = dependente 5 = independente (ou no chuveiro)	
ATIVIDADES ROTINEIRAS 0 = precisa de ajuda com a higiene pessoal 5 = independente rosto/cabelo/dentes/barbear	
VESTIR-SE 0 = dependente 5 = precisa de ajuda mas consegue fazer uma parte sozinho 10 = independente (incluindo botões, zipers, laços, etc)	
INTESTINO 0 = incontinente 5 = acidente ocasional 10 = continente	
SISTEMA URINÁRIO 0 = incontinente, ou cateterizado e incapaz de manejo 5 = acidente ocasional 10 = continente	
USO DO TOILET 0 = dependente 5 = precisa de alguma ajuda parcial 10 = independente (pentear-se, limpar-se)	
TRANSFERÊNCIA (DA CAMA PARA A CADEIRA E VICE VERSA) 0 = incapacitado, sem equilíbrio para ficar sentado 5 = muita ajuda (uma ou duas pessoas, física), pode sentar 10 = pouca ajuda (verbal ou física) 15 = independente	
MOBILIDADE (EM SUPERFÍCIES PLANAS) 0 = imóvel ou < 50 metros 5 = cadeira de rodas independente, incluindo esquinas , > 50 metros 10 = caminhada com a ajuda de uma pessoa (verbal ou física) > 50 metros 15 = independente (mas pode precisar de alguma ajuda; como exemplo, bengala) > 50 metros	
ESCADAS 0 = incapacitado 5 = precisa de ajuda (verbal, física, ou ser carregado) 10 = independente	