



UNIVERSIDADE
CATÓLICA
PORTUGUESA

BRAGA

Os cuidadores informais idosos: desafios para a prática de cuidar em contexto domiciliário

Dissertação de Mestrado apresentada à
Universidade Católica Portuguesa para
obtenção do grau de mestre em **Gerontologia
Social Aplicada**

Ana Catarina Rodrigues Miranda

Faculdade de Filosofia e Ciências Sociais

NOVEMBRO 2022



CATOLICA
FACULDADE DE FILOSOFIA E CIÊNCIAS SOCIAIS

BRAGA

Os cuidadores informais idosos: desafios para a prática de cuidar em contexto domiciliário

Dissertação de Mestrado apresentada à
Universidade Católica Portuguesa para
obtenção do grau de mestre em **Gerontologia
Social Aplicada**

Ana Catarina Rodrigues Miranda

Sob a Orientação do Prof.º Doutor **António Manuel
Godinho da Fonseca**

**“É moda dizer-se
Com estilo e requinte
Que um velho afinal
É um simples mortal
Já longe dos vinte.
Passou a primeira,
Passou a segunda
E está na terceira
Idade fatal.
Que ideia fecunda!
Que ideia distinta!
Não sei, por meu mal
Se a idade banal
É ter vinte ou trinta.
Pois eu já perdi,
A conta de tudo
Dos vinte ou sessenta
E nunca me iludo...
Idade terceira,
Que nome galante
Que ao velho se inventa!
Se olho o espelho,
Ao ver como estou,
Só digo e repito:
Idade terceira...
Que nome bonito,
Cruel brincadeira!
Pois chamem-me velho
Que é isso que eu sou!”**

Armando Moreno (1999)

Índice

Introdução	1
Capítulo I - Enquadramento Teórico	2
1.1. Envelhecimento Humano	2
1.2. O envelhecimento, a velhice e a idade	3
1.3. Envelhecimento ativo, positivo e bem-sucedido	7
1.4. Abordagem Multidimensional do Envelhecimento.....	8
1.4.1. Envelhecimento Biológico	8
1.4.2. Envelhecimento Psicológico	9
1.4.3. Envelhecimento Social.....	10
1.5. Envelhecimento e Dependência	12
2. O prestador Informal de Cuidados.....	15
2.1. O perfil do cuidador informal: cuidadores principais e secundários.....	16
2.2. Necessidades do Cuidador Informal	17
2.3. Recursos do Cuidador	18
2.3.1. Redes de apoio formal.....	18
2.3.2. Redes de apoio informal/familiar.....	19
3. Relações de cuidar entre idosos	20
3.1. Os cônjuges	21
4. O impacto dos cuidados informais no cuidador idoso.....	22
4.1. Principais desafios psicossociais	23
4.2. Repercussões físicas, psicológicas e sociais	24
4.3. Sobrecarga.....	25
4.4. Satisfação com a experiência de cuidar	26
Capítulo II - Método.....	28
1. Metodologia.....	28
1.1. Pertinência da investigação.....	28
1.2. Objetivos e questões da investigação.....	28
1.3. Tipo de estudo	29
1.4. Descrição e caracterização do contexto	30
1.5. Procedimentos	31
1.6. Conteúdo das entrevistas realizadas	35
1.7. Análise de conteúdo e codificação	51
1.7.1. Apresentação dos resultados da codificação.....	53
1.7.2. Interpretação e discussão dos resultados.....	59

Conclusão	64
Bibliografia.....	67
Anexo	69

Agradecimentos

Desejo exprimir os meus agradecimentos a todos aqueles que, de alguma forma, permitiram que este relatório se concretizasse.

Em primeiro lugar quero agradecer ao professor António Fonseca, expressar o meu muito obrigada, por tudo, pelo trato simples, correto e científico com que abordou as nossas orientações, sem nunca ter permitido que o desalento se instalasse, mesmo que pudesse haver algumas dúvidas. Pela forma amigável e generosa com que sempre me incentivou, e ajudou e pelo estímulo a cada conversa que me fazia “carregar baterias”. Agradeço-lhe ainda pela grande pessoa que é e pela transmissão de valores.

A todos os docentes pela colaboração valiosa, pois elevaram os meus conhecimentos.

À instituição por me acolher de forma tão agradável.

Aos meus colegas de curso e amigos criados com pessoas de outros cursos, quero agradecer-lhes os momentos, por vezes, magníficos, que passamos. Agradeço o bom convívio, as boas discussões e, a alegria que por vezes se instalava.

Às minhas melhores amigas Solange Silva e Rafaela Soares, que sempre estiveram presentes. Obrigada por me ouvirem sempre que preciso, por todos os conselhos, pelo apoio e pela grande amizade que temos desde infância.

Ao meu namorado José Neiva, pelo enorme apoio, por me tranquilizar sempre que estava nervosa para cada etapa do mestrado, pela cumplicidade, pela amizade, pelos bons momentos e por todo o carinho.

E por último, mas não menos importante, agradecer à minha família:

- à minha cunhada, Adélia Vale, pela paciência e pelo apoio;

- ao meu irmão, Flávio Pereira, pois sem ele nada seria possível. Obrigada por me fazeres acreditar que conseguia ir além das minhas expectativas, que com garra e dedicação conseguia alcançar mais rapidamente o desejado, por me mostrares a realidade, pela sinceridade, por todo o apoio, por todos os conselhos, por toda a disponibilidade, pela atenção, pela preocupação e pela benevolência. Um enorme obrigada, do fundo do coração;

- aos meus pais, Glória Miranda e João Miranda, por todo o apoio a nível pessoal e académico. Agradeço por me incentivarem a lutar por este sonho que também é o vosso, por me ajudarem de forma positiva a focar os meus objetivos, pela paciência e pelo orgulho que têm em mim. Um obrigada incondicional.

RESUMO

A presente dissertação tem como finalidade perceber quais são as dificuldades dos cuidadores informais idosos na prestação de cuidados a outro idoso, em contexto de domicílio. É um estudo que permite conhecer o bem-estar e a qualidade de vida dos cuidadores informais idosos em relação ao ato de prestar cuidados, em contexto domiciliário, salvaguardando os seus direitos enquanto cuidadores informais. Permite saber se o cuidador idoso é hábil, capaz de cuidar sozinho e se alcança as devidas competências para este ato. Assim, esta dissertação, preocupa-se com o grau de satisfação de um cuidador informal idoso no seu quotidiano. Os dados da literatura sugerem que a experiência de um cuidador informal idoso desvaloriza a saúde física e mental. A percepção dos próprios idosos deve ser atendida. É possível identificar cuidadores idosos com a presença de comorbidades e diminuição da funcionalidade dificultando a sua satisfação na prática de cuidar. Este estudo procura aprimorar as investigações e a elaboração deste constructo em gerontologia, tendo em consideração a complexidade do tema. É por isso um estudo do tipo qualitativo, com a realização de três estudos de caso e os dados tratados mediante análise de conteúdo. A amostra deste estudo é constituída por três cuidadores informais idosos, correspondendo o marido/esposa a cada um. Os principais resultados demonstram que a sobrecarga nos cuidadores informais idosos é subjetiva. Alguns cuidadores informais idosos descrevem este cargo como desgastante a nível físico e cognitivo, realçando também o facto de atualmente não terem capacidade para cuidar. Por outro lado, temos os cuidadores informais idosos que encaram a experiência de cuidar com orgulho no trabalho que têm vindo a desempenhar (que se reflete sobretudo em ver a pessoa bem tratada, bem cuidada e feliz), a consciência de que se dá o melhor, o sentido de realização e o facto de encarar a prestação de cuidados como uma oportunidade de expressão em relação ao amor e afeto.

PALAVRAS-CHAVE: Sobrecarga, Cuidador Informal, Cuidador Idoso, Envelhecimento.

ABSTRAT

This dissertation aims to understand the difficulties experienced by elderly informal caregivers in providing care to another elderly person, in a domestic context. It is a study that provides knowledge about the well-being and quality of life of elderly informal caregivers in relation to the act of providing care, in a domestic context, safeguarding their rights as informal caregivers. It allows us to know if the elderly caregiver is skilled and capable of caring by himself/herself and if he/she attains the appropriate competencies for this task. Thus, this dissertation focuses on the degree of satisfaction of an elderly informal caregiver in his/her daily life. Literature data suggest that the experience of an elderly informal caregiver diminishes physical and mental health. The perception of the elderly themselves must be considered. It is possible to identify elderly caregivers with the presence of comorbidities and decreased functionality, hindering their satisfaction in the caring practice. This study seeks to enhance the research and elaboration of this construct in gerontology, taking into consideration the complexity of the topic. It is therefore a qualitative type of study, with three case studies carried out, and the data processed through content analysis. The sample for this study consists of three elderly informal caregivers, with the corresponding husband/wife. The main results demonstrate that the burden on elderly informal caregivers is subjective. Some elderly informal caregivers describe this as a physically and cognitively exhausting role, also highlighting the fact that they do not currently have the capability to provide care. Conversely, we have the elderly informal caregivers who view the experience of caring with pride in the work they have been performing (which is mainly reflected in seeing the person well-treated, well-cared for and happy), the awareness that one gives one's best, the sense of accomplishment and the fact that they see caring as an opportunity to express love and affection.

KEYWORDS: Burden, Informal Caregiver, Elderly Caregiver, Ageing.

SIGLAS

AVD – Atividades de Vida Diária

AIVD – Atividades Instrumentais de Vida Diária

SAD - Serviço de Apoio Domiciliário

TABELAS

Tabela 1: Categorias, Objetivos específicos e questões

Tabela 2: Caracterização da amostra Cuidadores Informais Idosos

Tabela 3: Categorias de análise

Tabela 4: Resultados da codificação

ANEXO

Anexo: Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Introdução

Na realização desta dissertação teremos como principais objetivos definir o conceito de cuidador informal idoso e o grau de satisfação do meio social que o envolve, desde a teoria à prática. Procura demonstrar o processo do seu dia-a-dia, as suas fases, as experiências e as aprendizagens que advém deste cargo.

De facto, a temática de ser cuidador idoso ou de ser cuidador informal é, nos dias de hoje bastante estudada. No entanto, ser cuidador informal e ao mesmo tempo ser idoso é um contexto que merece ser estudado em profundidade, pois tona-se cada vez mais vulgar.

Neste trabalho, pretendemos dar a conhecer a posição atual do envelhecimento assim como as suas diretrizes. A escolha deste tema, intitulado como “Os Cuidadores Informais Idosos: desafios para a prática de cuidar em contexto domiciliário” deve-se ao facto de vivermos numa sociedade em que o termo “Cuidador Idoso” e “Cuidador Informal” são bastante abordados e complexos. Estes termos tem se manifestado com elevada pertinência devido ao seu acréscimo, reproduzindo-se em consequências sociais positivas ou negativas, sendo que as consequências positivas passam por um aumento da esperança média de vida, e as consequências negativas repercutem-se em diversos problemas sociais. A grande massa de população idosa, gera variáveis debates teóricos e transmite uma realidade do nosso país.

Abordar a temática do cuidador informal idoso é essencial enquanto futuros gerontólogos, pois o nosso papel será fundamental. Claramente, entendemos que a superação da problemática dos cuidadores envelhecidos não se limita a uma atitude isolada, ou seja, a uma consciência do indivíduo enquanto pessoa singular, convocando ao invés um debate coletivo, em que a gerontologia é chamada a intervir enquanto profissão.

Através da literatura e da realização de três estudos de caso a pessoas idosas (com mais de 65 anos) que se encontram em situação de cuidadores informais no domicílio, a seguinte dissertação permite avaliar quais as competências para cuidar e as condições em que o cuidado é prestado.

Capítulo I - Enquadramento Teórico

1.1. Envelhecimento Humano

Em resultado do aumento da esperança de vida, torna-se cada vez mais frequente as pessoas atingirem faixas etárias avançadas, onde as incapacidades e dependências, bem como o declínio físico e mental assumem maiores probabilidades de acontecer (Sousa, 2011).

No entanto, Sousa (2011) refere que se por um lado percebemos que o envelhecimento acarreta algumas alterações, sobretudo a nível fisiológico que podem acabar por condicionar os seus modos de vida, também é verdade que o envelhecimento não se trata de uma doença.

Neste sentido, Pimentel (2005) concorda com Sousa (2011) e faz referência a vários estudiosos que têm refletido sobre as ideias preconcebidas que existem relativamente aos idosos e a forma como essas imagens condicionam a maneira de ser e de estar dos mesmos.

Segundo Sousa (2011), as atuais sociedades estão alertadas para os graves problemas que acontecem no seu meio por causa da visibilidade crescente que estes problemas vão adquirindo. No entanto, Pimentel (2005) menciona que a forma sensacionalista como muitas vezes são abordados determinados problemas, dá espaço para o aparecimento de determinadas ideias preconcebidas que rapidamente conquistam o seu espaço e se enraízam na cultura da sociedade contemporânea. Este facto reflete-se numa das imagens mais vulgarizadas nos dias de hoje sobre o idoso que é a de um indivíduo triste, sozinho e com carência de recursos para a sua subsistência.

Para além desta imagem idealizada, facilmente percebemos que uma outra imagem bastante vulgarizada, e que permite dar origem a muitas outras, é a de que o idoso tem as suas capacidades ou aptidões muito limitadas (Sousa, 2011).

Assim, Saraiva (2008) revela-nos que com o envelhecimento da população, ocorre um acréscimo da incidência de doenças crónico-degenerativas, ao qual se associam as incapacidades físicas no idoso, que resultam no desenvolvimento da dependência e na perda de autonomia. Esta nova realidade coloca novos desafios para as sociedades atuais, tornando-se necessário compreender os processos de envelhecimento.

1.2. O envelhecimento, a velhice e a idade

Todos envelhecemos, por isso, o envelhecimento individual faz parte do nosso quotidiano. Porém, atualmente, somos confrontados com o envelhecimento de tipo coletivo, ou seja, o envelhecimento da população em geral. A população envelhece porque a Humanidade cresceu em conhecimento técnico-científico e as condições de vida melhoraram (Rosa 2012).

Neste sentido, o envelhecimento pode-se analisar segundo duas grandes vertentes (António, 2012 p.83):

- Na perspetiva do conjunto da população, denominado envelhecimento demográfico ou populacional ao qual compreende as alterações da estrutura etária da sociedade e se traduz no acréscimo dos com 65 anos ou mais;
- Na perspetiva do indivíduo, entendido como envelhecimento individual engloba a mudança progressiva que o envelhecimento acarreta na estrutura biológica, psicológica e social.

Como referimos acima, o envelhecimento abrange o envelhecimento individual e o envelhecimento coletivo. Dois termos que se cruzam, embora com significados diversos.

Segundo Maria João Valente Rosa (2012), no caso do envelhecimento individual podem distinguir-se duas situações:

- O envelhecimento cronológico;
- O envelhecimento biopsicológico.

O envelhecimento cronológico, resulta da idade. É um processo universal, progressivo, inevitável ao que parece, inscrito nos genes. Envelhecemos desde que somos concebidos, faz parte do processo de desenvolvimento do ser humano, ao qual ninguém com vida escapa (Rosa, 2012). Embora seja um envelhecimento progressivo, tem momentos de aceleração variável, dando a ideia de que é a partir de certa idade que todo o processo de envelhecimento se desenvolve, quando não é a realidade.

O envelhecimento biopsicológico é vivido de forma diferente por cada indivíduo, sendo que cada pessoa manifesta os sinais de envelhecimento de modo singular.

Muito ligado a este processo de envelhecimento individual, está a velhice, que não se sabe ao certo quando se inicia. A velhice tem, com efeito, despertado valores diferentes consoante as pessoas e sociedades (Rosa, 2012). Assim, não existe um sentimento único associado à velhice. Atualmente, subsiste uma visão negativa, acentuando-se na última fase da vida humana, numa fase em que os sinais de deterioração física se impõem sobre tudo o resto. O desalento, a frustração e a infelicidade são sentimentos que frequentemente caracterizam esta fase, surgindo muitas vezes associados à impressão de uma perda de protagonismo e de importância relativa a um passado mais glorioso (Rosa, 2012). Acrescem ainda outros fatores provenientes da visão negativa sobre a velhice, como o isolamento, a solidão social, o abandono e/ou afastamento entre membros familiares, amigos e companheiros. A visão positiva da velhice, é associada ao privilégio de chegar a idades mais avançadas.

Em relação ao envelhecimento coletivo, segundo Ramiro (2012), incluem-se também duas noções:

- O envelhecimento demográfico;
- O envelhecimento societal.

O envelhecimento demográfico é cada vez mais um problema social e económico, visto afetar todas as gerações (Ramiro, 2012). Devido este acontecimento (envelhecimento da população) existe um conseqüente aumento da dependência dos idosos.

O envelhecimento demográfico, começa a evidenciar-se a partir dos finais do século XX. É entendido como o aumento relativo e absoluto da população com 65 anos e mais idade. Esta faixa etária define a entrada na velhice que está associada ao momento da entrada para a reforma assim como o isolamento, à solidão, à exclusão social e à perda de estatuto social. O envelhecimento demográfico resulta fundamentalmente de três fatores (António, 2012 p.85):

- Baixa taxa de natalidade: nascem cada vez menos crianças;
- Fluxos migratórios: em que saem os jovens à procura de melhores condições de vida, ficando os mais velhos para trás e, por outro lado, dá-se o regresso da população idosa emigrada ao país de origem;
- Fluxos da esperança de vida: quer à nascença, quer aos 65 anos de idade.

Face às estruturas populacionais, existe uma redução da população jovem e um aumento da população idosa sendo notório o envelhecimento demográfico. Tal como refere Rosa (2012), a sociedade alterou-se muito significativamente, gerando um novo perfil, podendo mesmo ser apelidada de sociedade «4-2-1» (quatro avós, dois pais e um filho), em substituição da sociedade passada, apelidada de «1,2,4» (um avô, dois pais e quatro filhos). Face a esta situação atual, a autora refere que para ser possível diminuir o envelhecimento, torna-se necessário a criação de medidas para o combater. Por um lado, estas medidas podem ser ao nível do incentivo à natalidade, aumentando por exemplo a licença de parto, os subsídios de nascimento ou até mesmo o abono de família. Por outro lado, e assumindo particular importância na questão da sustentabilidade do país a curto prazo, deve ser sustentado o apoio por parte do estado ao envelhecimento ativo. Esta dinâmica constitui uma mais-valia em vários aspetos, não só para os idosos, mas para toda a sociedade em geral.

Segundo o INE (2004) em Portugal, o peso relativo da população idosa sobre a população em idade ativa, isto é, o Índice de Dependência de Idosos (IDI), traduzido no número de idosos por cada 100 indivíduos em idade ativa, revela-se um indicador de análise pertinente, num contexto de populações cada vez mais envelhecidas.

Conforme o avanço tecnológico, científico e também a nível da medicina, assiste-se na área da saúde a um aumento da esperança média de vida. Apesar de o envelhecimento populacional ser percebido como uma história de sucesso, frequentemente, é entendido como uma verdadeira ameaça ao futuro da sociedade em que vivemos (Rosa, 2012).

Este aumento da esperança média de vida, também é muito por força das mudanças ocorridas nas tipologias de família, em resultado do processo de industrialização, da urbanização, da população rural e do ingresso da mulher no mercado de trabalho. Posto isto, as famílias passam de ampliadas a nucleares e o seu tempo para apoios aos familiares torna-se reduzido.

De facto, a primeira grande ameaça que paira sobre nós, associada ao envelhecimento progressivo da população, é a da descaracterização do nosso modo de viver e da eventual alteração dos valores civilizacionais que nos habituámos a respeitar (Rosa, 2012).

De forma a termos uma percepção do conceito de idade, Fonseca (2004) mostra-nos alguns estudos que considera serem vantajosos para proceder à diferenciação de diferentes “categorias” de idade. Nesta perspetiva, teríamos a “idade biológica” que se centra no funcionamento de sistemas vitais do organismo humano e é particularmente importante para a consideração dos problemas de saúde que afetam indivíduos, pois é verificável que a capacidade de autorelação do funcionamento desses sistemas diminui com o tempo; A idade psicológica que se refere às capacidades de natureza psicológica que as pessoas utilizam para se adaptarem às mudanças de natureza ambiental, o que inclui sentimentos, cognições, motivações, memória, inteligência e outras competências que sustentam o controlo pessoal e a autoestima; E a idade sociocultural que diz respeito ao conjunto específico de papéis sociais que os indivíduos adotam relativamente a outros membros da sociedade e à cultura a que pertencem, idade essa que é julgada com base em comportamentos, hábitos, estilos de relacionamento interpessoal, entre outros.

Independentemente da idade cronológica, as pessoas apresentam outras idades. Cavanaugh (1997) citado por Fonseca (2004) dá o seguinte exemplo: “Um estudante de 60 anos pode ser psicologicamente mais jovem do que um colega de carteira de apenas 20 anos”. Assim, a idade sociocultural revela-se um índice importantíssimo para se compreender muitos dos papéis sociais que adotamos, sendo que tomamos decisões (casamos, temos filhos, reformamo-nos) baseados naquilo que julgamos ser a nossa idade sociocultural, aos quais influenciam o autoconceito e outros aspetos da personalidade. Ou seja, muitos dos estereótipos que temos acerca da velhice derivam de falsos pressupostos sobre a idade sociocultural, o que leva à utilização de rótulos “um idoso”.

Desta forma, Fonseca (2004) citando Fernández-Ballesteros, opta por introduzir a noção de idade funcional partindo do princípio que o envelhecimento psicológico resulta de um equilíbrio quer entre estabilidade e mudança, quer entre crescimento e declínio, havendo algumas funções que necessariamente diminuem de eficácia (percepção e memória) e outras que, na ausência de doença, experimentam um crescimento ao longo de todo o ciclo de vida. Assim sendo, a idade funcional constitui-se como um conjunto de indicadores (capacidade funcional, tempo de reação, satisfação com a vida, amplitude das redes sociais) que permitem compreender como se podem criar condições para um envelhecimento satisfatório.

1.3. Envelhecimento ativo, positivo e bem-sucedido

A idade avançada resulta num afastamento dos mais velhos das atividades económicas e sociais. Com o decorrer do tempo tornou-se importante a implementação de medidas que visam aumentar a qualidade de vida dos idosos, promovendo a sua participação ativa na sociedade. Da mesma forma que se deve alterar formas que estigmatizam os idosos, alterando preconceitos como o idadismo. Neste sentido, os seus conhecimentos e as suas competências devem começar a ser valorizadas, incentivando assim a sua participação ao nível económico e social.

No final da década de 90 do século XX, apresenta-se o conceito de envelhecimento ativo, através da Organização Mundial da Saúde (OMS). Este conceito define-se como um processo de otimização das oportunidades de saúde, participação e segurança com o objetivo de melhorar a qualidade de vida à medida que as pessoas envelhecem. Esta definição baseia-se em três pilares fundamentais: a saúde, a segurança e a participação. O termo “ativo” traduz-se no envolvimento dos indivíduos na esfera económica, social, cultural, política e espiritual (Matos & Perufo, 2016).

As convicções mais redutoras do envelhecimento ativo, que põem como base a participação dos indivíduos no mercado de trabalho, dão resposta principalmente aos problemas de sustentabilidade dos sistemas de segurança social e ignoram outros contributos dos idosos como, os cuidados que estes prestam à família ou o trabalho voluntário que desenvolvem. No entanto, estas atividades podem não suscitar o bem-estar, podendo conduzir a problemas de saúde físicos e/ou mentais. Assim, ocorre uma redução da qualidade de vida dos trabalhadores ou cuidadores mais velhos. A grande maioria dos idosos encontra-se em perfeitas condições para participar ativamente na sociedade durante um período de tempo cada vez mais longo (visto que a esperança média de vida tende a aumentar). Contudo, existe ainda uma cláusula no que se refere ao envolvimento ativo dos idosos que se encontram mais vulneráveis relativamente à sua saúde ou em termos económicos (Matos & Perufo, 2016).

O conceito de Envelhecimento Ativo, tal como o conceito de Envelhecimento Bem-Sucedido procuram expressar a noção de envelhecimento positivo, destacando a importância da saúde na sua dimensão biomédica e social, no processo do envelhecimento, e apreendido por indicadores que têm de ser definidos culturalmente (Matos & Perufo, 2016).

1.4. Abordagem Multidimensional do Envelhecimento

O envelhecimento humano não está dependente de um fator único, mas sim da interação de um conjunto de fatores sejam eles de cariz biológico, psicológico ou social, como foi possível verificar anteriormente.

Schroots & Birren (1980) citado por Fonseca (2004) e Figueiredo (2007) distinguem três componentes do processo de envelhecimento:

- Componente Biológica;
- Componente Psicológica;
- Componente Social.

1.4.1. Envelhecimento Biológico

O Envelhecimento Biológico refere-se às transformações físicas que reduzem a eficiência dos sistemas orgânicos e funcionais do organismo, traduzindo-se numa diminuição progressiva da capacidade de manutenção do equilíbrio homeostático que, em condições normais, não será suficiente para produzir distúrbios funcionais (Figueiredo, 2007). Quando este declínio é significativo, ocorre uma importante redução da reserva funcional, colocando o idoso mais suscetível ao surgimento de doenças crónicas-degenerativas que podem precipitar a incapacidade ou o fim de vida.

Aliado ao processo de envelhecimento biológico, temos o conceito de senescência. Tal como refere Sousa (2011), a senescência não é sinónimo de doença, trata-se de um processo normal de deterioração biológica geral que aumenta a vulnerabilidade do indivíduo à doença e à morte, visto haver uma redução da reserva fisiológica dos órgãos e sistemas, o que implica uma diminuição da capacidade de adaptação do organismo face às alterações do meio ambiente. Não é possível, com base no que foi dito, dizer que a saúde desaparece quando chega a velhice, apenas se pode afirmar que as probabilidades de sofrer de doenças incapacitantes aumentam à medida que as pessoas envelhecem.

As mudanças biológicas têm implicações no funcionamento cognitivo (aprendizagem, memória, inteligência) e na personalidade, associando-se este processo ao envelhecimento Psicológico.

1.4.2. Envelhecimento Psicológico

Para o idoso, a relação entre o funcionamento físico e o funcionamento psicológico, vai ganhando uma importância progressiva à medida que os declínios de natureza física começam a revelar-se em limitações acentuadas a nível do funcionamento individual global (Fonseca, 2005).

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

No que se refere ao domínio do funcionamento cognitivo, tem-se privilegiado o estudo da inteligência, da memória e da aprendizagem e o modo como estes variam com o envelhecimento do indivíduo. Spar & La Rue (2005) referem que a inteligência e a capacidade de aprendizagem podem manter-se intactas ou até mesmo melhoradas, desde que sejam devidamente estimuladas e exercitadas.

Na linguagem, é possível verificar que a maioria das aptidões mantém um nível de estabilidade com a evolução do processo de envelhecimento. No entanto, a fluência e a compreensão parecem ser os aspetos que podem eventualmente sofrer uma ligeira diminuição. Nessa medida, pode haver uma certa dificuldade para o indivíduo encontrar as palavras apropriadas para aquilo que pretende exprimir, bem como haver alguma erosão no processamento de mensagens mais complexas. Os autores salientam, ainda que o discurso se pode tornar mais impreciso e repetitivo.

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

No raciocínio, as funções de execução e a velocidade são algumas das aptidões que parecem não manter um padrão de estabilidade, verificando-se um ligeiro declínio, com o avançar da idade.

Em relação à personalidade do indivíduo, existe uma tendência para a estabilidade com o avançar do tempo. Porém, a estabilidade básica nos traços de personalidade parece ser sensível aos acontecimentos e situações de vida.

Fonseca (2004) diz-nos que tradicionalmente, o desenvolvimento psicológico e envelhecimento eram vistos como dois processos sucessivos, o que fazia com que ao desenvolvimento fossem associados processos de crescimento e de mudança positiva, ao passo que ao envelhecimento vinha associada a ideia de declínio e de perdas irreversíveis. Invertendo esta ideia, as perspetivas inspiradas na psicologia do ciclo de vida têm demonstrado que os processos psicológicos de mudança não seguem uma via paralela às mudanças biológicas que se produzem ao longo da vida. A ideia do declínio generalizado e irreversível das capacidades cognitivas com o avançar da idade, surge como mais um estereótipo ligado ao envelhecimento. Assim, é possível verificar que, de um modo geral, as perdas não são tão significativas como aquilo que muitas vezes se pretende fazer crer.

1.4.3. Envelhecimento Social

Ambas as componentes anteriormente referidas (biológica e psicológica) oferecem, porém, uma visão incompleta do processo de envelhecimento, pelo que se revela fundamental atender ao envelhecimento Social e cultural, para que tal processo seja devidamente considerado em toda a sua amplitude e complexidade.

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

Convém salientar que a perda de alguns papéis sociais não é necessariamente sentida pelo sujeito como algo de negativo, que acarreta inevitavelmente estados de tristeza e de insatisfação com a vida, mas que pode ser vivida como um simples desenrolar de transformações com as quais o indivíduo interage de modo satisfatório (Figueiredo, 2007).

- **A Reforma**

A velhice caracteriza-se então pela mudança de papéis e, frequentemente, pela perda de alguns deles, sendo a mais evidente a perda do papel profissional que ocorre no momento da reforma.

O estatuto de reformado é associado à perda de importância social e de poder, em sociedades fortemente marcadas por regras económicas para e pelo produtivismo, onde quem não produz não é considerado como socialmente útil (Figueiredo, 2007).

A reforma implica, ainda, a diminuição dos rendimentos económicos, a perda de oportunidade de contactos sociais (que deverão ser substituídos), e uma maior quantidade de tempo livre (Seco & Cardoso-Allen, 1988 citado por Figueiredo, 2007).

Todas estas situações vão exigir que o sujeito se reinvente, reformulando valores, rotinas, objetivos e energias. Por norma, aquele que trabalha procura ser bem-sucedido na carreira, ao passo que o reformado tende a centrar-se na vida familiar (até porque os contactos sociais se restringem, diminuindo a rede social) procurando apoio, amor e amizade (Figueiredo, 2007).

Um bom estado de saúde, uma rede social consistente e rendimentos económicos suficientes, são três dos fatores prioritários que favorecem a edificação da nova fase.

- **Relações Familiares**

Também na esfera familiar se verifica algumas transformações, já que com a saída dos filhos adultos de casa, os pais organizam-se construtivamente e alguns consideram ter mais tempo livre, um alívio de responsabilidades e a sensação de ter cumprido o dever de criar e educar os filhos.

O contacto com os filhos que vivem fora do lar paterno é frequentemente caracterizado por um envolvimento diferente. No fim da vida, os filhos adultos constituem pilares de apoio para a maior parte dos pais idosos, talvez por isso a aproximação se sinta mais do lado dos progenitores, que sentem necessidade de apoio e têm mais tempo disponível, enquanto os filhos vivem os constrangimentos profissionais e assumem as responsabilidades de criar os seus filhos (Sousa, Figueiredo & Cerqueira, 2004 citado por Figueiredo, 2007). Por esta razão, os filhos adultos são apelidados de geração sanduíche, uma vez que se vêm “entalados” numa série de papéis a desempenhar em simultâneo (pais, profissionais e cuidadores dos próprios pais).

Desta forma, a reciprocidade intergeracional também se encontra presente nos idosos que manifestam o sentimento de cuidar das gerações mais novas, assumindo o papel de avô. Ser avô é um dos sonhos da maioria das pessoas que se encontra na fase da

velhice, sendo possível usufruir de uma relação que não é repleta de responsabilidades, obrigações e conflitos (como acontece entre pais e filhos).

No que diz respeito às relações conjugais, o facto mais interessante é que, no fim da vida, a família volta a ter a composição inicial: o casal sozinho (Relvas, 1996 citado por Figueiredo, 2007). Nesta fase tendem a exacerbar-se aspetos como a dependência e a proximidade entre os membros do casal. A doença e a morte do cônjuge são motivos de mudança que obrigam a uma reestruturação dos padrões de funcionamento (Figueiredo, 2007).

- **Envelhecimento Social**

Existem também idosos cujas redes sociais/pessoais não contemplam qualquer familiar, seja porque nunca casaram, ou porque nunca tiveram filhos ou irmãos, ou em resultado de conflitos e afastamentos que marcam as relações familiares. Nestes casos, as redes sociais são pautadas por relações de não-parentesco, ou seja, amigos, vizinhos e conhecidos (Figueiredo, 2007).

Antonucci (2001) citado por Figueiredo (2007) afirma que o tamanho da rede social ao longo do tempo é importante porque tem sido demonstrado que as pessoas com redes mais alargadas obtêm mais apoio nos momentos de doença.

No entanto, observa-se que o tamanho das redes sociais e das trocas de suporte social diminuem com a idade. À medida que as pessoas envelhecem, tendem a desinvestir em relações que sentem menos importantes.

De uma forma geral, a redução das redes sociais pode estar fortemente associada à temática da solidão.

1.5. Envelhecimento e Dependência

Após esta abordagem multidimensional do envelhecimento, iremos tentar estabelecer uma ligação entre o envelhecimento e a dependência, uma vez que é recorrente associar-se a velhice a situações de dependência (Sousa, 2011).

Como foi possível verificar anteriormente, o envelhecimento decorre de um processo biológico caracterizando-se pela diminuição de capacidades funcionais e consoante o contexto social de cada indivíduo.

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

Se por um lado, se situam todos aqueles indivíduos cuja incapacidade funcional pode ter origem em processos crónicos fortemente associados à idade: doenças cardiovasculares, tumores malignos, doenças do foro mental, doenças do aparelho músculo – esquelético (artrite, osteoporose) e respiratório. Por outro lado, pode ser reflexo de uma perda de vitalidade decorrente do processo de senescência.

No senso comum, prevalece a ideia de que o aumento da esperança de vida não tem sido acompanhado de um aumento da qualidade de vida e de saúde (cf. Berger & Mailloux-Poirier, 1995 citado por Figueiredo, 2007). De facto, a prevalência de doenças crónicas também aumentou substancialmente e as suas consequências incapacitantes refletem-se mais quando a população vive mais tempo. Cabe então perguntar se o aumento da esperança de vida tem tido como contrapartida negativa um aumento da probabilidade de passar esses anos adicionais numa situação de dependência (Figueiredo, 2007).

Importa agora perceber algumas considerações acerca do que entendemos por dependência, independência e autonomia. São conceitos distintos, mas que muitas vezes se confundem.

Segundo Pereira (2008), uma pessoa dependente é aquela que durante um período prolongado de tempo requer ajuda de outra pessoa para realizar certas atividades quotidianas. Casanovas & Marín (2001) citado por Sousa (2011) distinguem essas atividades quotidianas em dois tipos, considerando as Atividades Básicas de Vida Diária (ABVD) que se reportam para o cuidado pessoal, tal como vestir, comer ou vestir; e as Atividades Instrumentais de Vida Diária (AIVD), mais direcionadas para o meio ambiente da pessoa em questão, como por exemplo, ir às compras, realizar tarefas domésticas, preparar refeições.

Para Lezaun & Salanova (2011) e Pereira (2008) o conceito de dependência é complexo, envolvendo a presença de três noções fundamentais: multidimensionalidade, multicausalidade e multifuncionalidade.

De acordo com os autores, a ideia da **multidimensionalidade** significa que a dependência pode estender-se a múltiplas dimensões: mental, física, económica, podendo afirmar-se que a dependência não é um fenómeno que exiba uma única configuração.

A ideia da **multicausalidade** implica que vários fatores influenciam o surgimento, progressão e manutenção da dependência, nomeadamente fatores físicos, psicológicos e contextuais. No que diz respeito aos fatores físicos pode referenciar-se as alterações funcionais (declínio dos sistemas do organismo, conseqüente deterioração da capacidade funcional, mobilidade, equilíbrio, resistência, entre outras), as doenças crónicas (como a osteoporose, osteoartrite, AVC, demências, entre outras) e a utilização de fármacos (conseqüentes efeitos secundários possíveis e interações farmacológicas não desejadas). Distúrbios mentais (como a depressão) e características de personalidade (como por exemplo, pessoas com características de “personalidade dependente”) aparecem como fatores psicológicos que poderão contribuir significativamente para a dependência. Por último, fatores contextuais como o ambiente físico (ambiente pobre em estimulação, com insuficiência ou ausência de ajudas técnicas) e ambiente social (rede pessoal social pobre) poderão constituir, de igual forma, fatores preditores de dependência.

Por último, a noção de **multifuncionalidade** significa que a dependência pode assumir várias funções, nomeadamente, a de adaptação a essa nova condição.

Posto isto, é possível perceber que o conceito de dependência não está somente ligado ao processo de envelhecimento nem à velhice, no entanto, em virtude das perdas e das alterações que o processo de envelhecimento traz, acabam por ser mais frequentes nas pessoas com idades mais avançadas (Sousa, 2011).

Outra dimensão a necessitar de operacionalização centra-se em saber quão dependente é um indivíduo. É importante conhecer o grau de incapacidade funcional dos sujeitos dependentes, pois ajuda a determinar os cuidados necessários. Figueiredo (2007) classifica a dependência em três níveis: Ligeira, moderada e severa.

O idoso com dependência ligeira necessita apenas de vigilância, pois possui autonomia e consegue realizar as atividades de vida diárias. O idoso com dependência moderada necessita não só de supervisão, como também de apoio de terceiros para o desempenho de algumas atividades específicas. Finalmente, o idoso com dependência severa precisa de ajuda permanente no seu quotidiano (por exemplo: pessoas acamadas, entre outras).

Baltes e Sivelberg (1995) citado por Figueiredo (2007) definem autonomia como a capacidade do indivíduo em manter o seu poder de decisão, a faculdade de se governar a si próprio e de se reger por leis próprias.

Assim, podemos concluir que a autonomia é mais útil do que a independência como objetivo global, pois é possível reestabelecê-la, mesmo quando um indivíduo continua dependente. Por exemplo, um senhor que tenha sofrido cirurgia de amputação de um dos membros inferiores, fica limitado e em cadeira de rodas, no entanto, poderá exercer plenamente a sua autonomia, apesar de não ser totalmente independente.

2. O prestador informal de cuidados

O conceito de prestação informal de cuidados é definido pelo ato de providenciar cuidados a um membro da família, amigo, ou outro, de modo regular e não remunerado, no sentido da manutenção de um nível de independência e conseqüente qualidade de vida. Estes cuidados podem ser instrumentais, afetivos ou económicos e também podem variar de intensidade e duração, de acordo com as necessidades (Pereira, 2008).

Para Ribeiro (2007), o papel de prestador informal de cuidados enfatiza a atividade prática e as constituintes mais comuns que lhe subjazem, ou seja, o apoio nas atividades básicas e instrumentais da vida diária.

Squire (2005) citado por Figueiredo (2007) distingue três dimensões na prestação de cuidados: responsabilidade/tomar conta de alguém; satisfazer/responder às necessidades de alguém; e a dimensão afetiva, isto é, preocupação, interesse, consideração e afeto pela pessoa de quem se cuida.

Segundo Ribeiro (2007), a escolha do cuidador surge como um processo que tende a obedecer a determinadas regras implicitamente assumidas. Ao atender ao modo como as preferências intrafamiliares se processam em relação à pessoa que assumirá o cuidado, facilmente se constata que esta reflete a existência de forças institucionais e de estruturas sócio normativas que, classificando e filtrando as escolhas dos cuidadores, apontam para o seio familiar lógicas de “seleção” específicas. Por exemplo, facilmente se espera que sejam mulheres e não homens a assumir esta responsabilidade. A existência de um sistema subentendido de crenças construídas socialmente sobre o cuidar e sobre quem o deve realizar espelha ainda a visão socialmente aceite das famílias, as responsabilidades

são delegadas para as últimas opções, à exceção dos cônjuges, como sendo elementos do sexo masculino. As dimensões como o grau de parentesco, as especificidades das tarefas em causa e a proximidade física e emocional entre o cuidador e o idoso recetor dos cuidados, são resultado das preferências para a execução do papel de cuidador.

Os limites entre tarefas e tempo do cuidado informal são difíceis de estabelecer, na medida em que se adaptam às necessidades do recetor de cuidados. Pearlin (1990) citado por Pereira (2008) refere que, apesar das adversidades do ato de cuidar, é importante procurar o bem-estar não só do recetor de cuidados, como também do cuidador informal.

2.1. O perfil do cuidador informal: cuidadores principais e secundários

A prestação informal de cuidados tem focado a sua atenção nos cuidadores principais. No entanto, sabe-se que a maioria dos idosos recebem cuidados por parte de mais do que uma pessoa, sendo que a prestação de cuidados é frequentemente partilhada pelos cuidadores secundários (Pereira, 2008).

Em domicílio, a maior parte da responsabilidade pelos cuidados ao idoso dependente é assumida pelo cuidador principal, pois é o responsável pela provisão direta ao nível das atividades básicas e instrumentais de vida diária. Como foi possível verificar em cima, este papel pertence, na sua maioria, ao sexo feminino, com idades compreendidas entre os 45 e 60 anos, existindo uma proximidade geográfica entre os mesmos e os idosos recetores de cuidados e acumulando, muitas vezes, a tarefa de cuidar com a vida profissional (Pereira, 2008).

Os cuidados prestados pelos cuidadores secundários aparecem como complementares aos prestados pelos cuidadores principais. Os cuidadores secundários são definidos como aqueles (amigos, vizinhos, familiares) que, embora prestem uma assistência regular, têm um envolvimento secundário quando comparado com o do cuidador principal, proporcionando a maior parte da ajuda nas tarefas menos instrumentais e intensivas, por exemplo, apoio emocional, compras e deslocações ao exterior (Pereira, 2008).

2.2.Necessidades do Cuidador Informal

Quando se fala em necessidades associamos a este conceito a noção de valor, pois cada pessoa atribui um significado diferente ao que é desejável para si. Daí que as necessidades não possam ser vistas como absolutas, são sempre relativas aos indivíduos e aos contextos onde estão inseridas, dependem de valores e crenças (Andrade, 2009).

Constituindo o cuidador e a pessoa idosa dependente uma unidade, que se influencia mutuamente, em que as dificuldades enfrentadas pelo cuidador para cuidar da pessoa idosa dependente no domicílio, são interpretadas como fatores que limitam a qualidade do cuidado prestado, é fundamental que se compreenda e avalie as necessidades sentidas pelo cuidador (Andrade, 2009).

Para Sousa *et al.* (2004) citado por Sousa (2011) as necessidades dos cuidadores informais são inúmeras e podem ser enquadradas em diferentes categorias, tais como as necessidades **materiais** (recursos financeiros, ajudas técnicas, utilização de serviços), **emocionais** (suporte emocional, grupos de apoio, entre outras) e **informativas** (como realizar os cuidados, adaptações ambientais e arquitetónicas, direitos, deveres, entre outras).

No entanto, estas necessidades estão também dependentes de uma série de fatores destacados pelas autoras: o tipo e o grau de dependência do idoso, o estado de saúde do cuidador, a existência ou não de pessoas que possam prestar uma ajuda complementar, a utilização/acesso, ou não, a serviços de apoio, poder económico, situação de coabitação, isolamento social, participação ou não no mercado de trabalho.

Analisando as **necessidades materiais** é indispensável salientar a importância, por um lado, dos cuidados de enfermagem, de higiene, de apoio nas tarefas domésticas e, por outro, a existência de material técnico que possa auxiliar na prestação dos cuidados. Contudo, parece ser perceptível que as funções de prestação de cuidados acabam por constituir mais uma despesa no orçamento familiar, tornando-se cada vez mais pesada quando estamos perante camadas socioeconómicas mais vulneráveis. Segundo as autoras, estas necessidades financeiras resultam, normalmente, da escassez de rendimentos, derivado dos baixos valores das pensões de reforma, associados aos custos elevados dos cuidados (cuidados médicos, medicamentos, ajudas técnicas, entre outras).

Ao nível de **apoio emocional**, são vários os estudos que assinalam a carência dos cuidadores em ter alguém que os possa aconselhar e escutar acerca das experiências, dificuldades e preocupações resultantes da prestação de cuidados. Nestas situações, os grupos de apoio assumem um papel fundamental não só na quebra do isolamento social, que muitos cuidadores acabam por mergulhar, mas também na valorização do papel desempenhado pela pessoa em causa.

As respostas existentes no que diz respeito a apoios, subsídios e serviços disponíveis são muitas vezes desconhecidas pelos próprios cuidadores. Neste sentido, é importante salientar as **necessidades de informação** apontando inclusive para a aquisição de conhecimentos práticos (como levantar uma pessoa, como prestar cuidados de higiene, entre outros) e para conhecimentos acerca da própria doença e dependência (causas, evolução, tratamentos, entre outros).

Um maior conhecimento sobre as práticas de cuidar e sobre a doença e dependência da pessoa idosa, facilitaria e melhoraria a qualidade da prestação dos cuidados, através de um maior controlo dos mesmos.

Esta análise leva-nos a concluir que as dificuldades que surgem nos cuidadores, em consequência da prestação de cuidados às pessoas idosas, dependem da falta de conhecimentos, de recursos, de acompanhamento dos serviços comunitários, da falta de conhecimento para lidar com o stress que advém da tarefa de cuidar, entre outras.

2.3. Recursos do Cuidador

Os vários equipamentos e serviços formais e/ou recursos extra-familiares de carácter informal, orientados quer para a pessoa dependente, quer para o cuidador, resultam num apoio social que tem sido amplamente reconhecido na otimização do cuidado prestado e no bem-estar da díade em causa (Ribeiro, 2007).

2.3.1. Redes de apoio formal

Nos países desenvolvidos, no início do século XX surgiram os primeiros programas de Bem-Estar Social. Em meados do século, todos os países desenvolvidos

contavam com sistemas públicos e universais de pensões e de saúde, que proporcionavam cobertura a quase toda a população (Marín e Casanovas, 2011 citado por Pereira, 2008).

O Estado passa a assumir uma lógica “assistencialista”, continuando a ser subsidiário, isto é, o apoio é prestado unicamente aquando do surgimento da necessidade de apoio funcional e/ou económico. Assistiu-se à criação de novas respostas sociais, como o Serviço de Apoio Domiciliário, Centro de Dia, Centro de Convívio, Famílias de Acolhimento e Lares para idosos, continuando a família a assumir uma parte muito importante na prestação de cuidados ao idoso dependente (Pereira, 2008).

Neste sentido, o recurso aos serviços disponibilizados ao idoso dependente, idealmente, deveria decorrer das necessidades e da problemática do idoso dependente e das suas famílias (Pereira, 2008).

Segundo Tennstedt (1999) citada em Pereira (2008) o perfil dos recetores de cuidados de serviços formais são, na maioria, os indivíduos não casados e/ou que vivem sós, sendo que os não recetores de cuidados formais são apoiados pela sua rede de suporte informal. Na generalidade, os idosos estão institucionalizados, residindo em lares, apresentando uma rede de cuidadores informais mais limitada. No que diz respeito à prestação de cuidados informais, aparecem associados ao grau de dependência, ao género do idoso, bem como às condições habitacionais do mesmo.

Apesar da evolução das políticas de saúde e sociais atuais que se preocupam em manter a pessoa idosa no seu quadro habitual de vida, os apoios formais ainda são escassos e levam, muitas vezes, a situações de claro desajuste entre os objetivos institucionais e a população idosa que estão a pretender servir (Paúl, 1997 citado por Andrade, 2009).

2.3.2. Redes de apoio informal/familiar

Atualmente, existe uma maior intervenção da rede formal numa área que era basicamente da responsabilidade da família por razões de dever, obrigação, amor e afeto, com o objetivo de melhorar as condições de vida dos idosos cujas redes informais são insuficientes (Freitas, 2011).

Cuidar em casa é uma tarefa complicada quando não se tem uma rede de apoios, já que o êxito dos cuidados domiciliários não depende apenas da disponibilidade das famílias, mas também dos serviços de apoio necessários para realizar essa prestação sem criar novas discriminações. O desejável será que, desde que estejam asseguradas as condições necessárias formais e informais, a pessoa idosa permaneça no seu domicílio, preservando, o carácter de intimidade que caracteriza o autocuidado da saúde (Andrade, 2009).

Assim, as políticas sociais e as políticas comunitárias devem ser aproximadas com vista à promoção de solidariedade direta e redes de apoio, dado que os cuidados às pessoas idosas e aos familiares que cuidam exigem, sobretudo, uma solidariedade de base e uma ajuda eficaz, combinada e adaptada (Lage, 2005 citado por Andrade, 2009). De acordo com a autora, para que a ajuda seja eficaz, deverá ser precoce e girar à volta dos eixos da informação, formação, suporte, alívio e intervenção psicoterapêutica, indo de encontro às reais necessidades do cuidador principal.

Em relação às políticas sociais e de saúde que se encaminham para a manutenção das pessoas idosas no seu domicílio, o cuidado informal assume também particular relevância pela manifesta insuficiência e inadequação dos serviços de saúde e sociais na resolução das necessidades das famílias com pessoas idosas a seu cargo (Andrade, 2009 citado por Lage, 2005b).

Desta forma, coordenar os esforços da rede social de apoio informal, com o assumir de responsabilidades formais por parte de entidades oficiais que prestam ajuda às pessoas idosas, parece-nos o caminho adequado no sentido de melhorar a eficácia e a qualidade dos cuidados a esta franja da população (Andrade, 2009).

3. Relações de cuidar entre idosos

O cuidar é uma noção sobretudo estabelecida pela responsabilidade filial, bem como os estereótipos criados sobre os idosos como indivíduos exclusivamente recetores de cuidados. Denota-se a evidência do cuidado informal por eles prestado no âmbito de relações matrimoniais, declarando não só um acréscimo da sua prevalência, como o emergir de um subgrupo de cuidadores cuja participação no papel assume contornos muito específicos, como seja a longa permanência neste, a menor probabilidade de

receber ajuda de cuidadores secundários e a maior probabilidade de ter como recetor de cuidados alguém dependente (Bookwala, & Schulz, 2000 citado por Ribeiro, 2007).

3.1. Os cônjuges

Na primeira linha de prestação de cuidados em situações de dependência e/ou incapacidade, encontram-se os cônjuges que constituem atualmente uma proporção bastante significativa dos cuidadores informais no espaço familiar, independentemente do sexo (APA, 1997 citado por Ribeiro, 2007).

De acordo com Chappell & Kuehne (1998) citado por Ribeiro (2007), os cônjuges quando comparados a outros cuidadores tendem a executar um leque mais amplo de tarefas e a despendem de um número acrescido de horas no cuidar, assim como a apresentar um envolvimento maior em várias tarefas, como por exemplo nos cuidados de foro íntimo.

As relações que contemplam a prestação informal de cuidados, caracterizam-se em função do tipo e grau de dependência e/ou incapacidade do cônjuge alvo de cuidados, ora pelo assumir de tarefas anteriormente realizadas pelo parceiro, ora pela atenuação das diferenças de participação domésticas existentes (Ribeiro, 2007).

Ultrapassando a distribuição das responsabilidades domésticas e familiares pelos elementos do casal, a prestação de cuidados informais em relações matrimoniais não só tem definido em grande escala o cuidar na terceira idade, como se tem traduzido numa preocupação por parte dos investigadores do domínio da Gerontologia. Por um lado, estes devem atender às características de um cuidador que, pela idade, está ele próprio em situação de vulnerabilidade acrescida e, por outro lado, devem avaliar convenientemente as especificidades e os contornos de uma relação que é geralmente de longa duração, baseada na reciprocidade e partilha de espaço residencial, deixando muitas vezes de assentar nos parâmetros ditos de solidariedade para dar lugar a um outro tipo de cuidar, mais unidirecional (Ribeiro, 2007).

A prestação informal de cuidados durante uma situação de doença, seja ela aguda ou crónica, é provavelmente onde se verificam frequentemente padrões de ajuda que tendem a desenvolver-se de forma gradual e espontânea durante longos períodos de tempo. A maioria dos casais, à medida que envelhecem terão uma grande probabilidade

de manifestar algum grau de especialização em resposta às incapacidades menores num dos seus elementos (por exemplo: perante situações de artrose) cujo processo é degenerativo, podendo durar vários anos, sendo que o cuidador tem que se acomodar à dependência e incapacidade do cônjuge (Ribeiro, 2007). Nestas circunstâncias, (Zarit & Edwards, 1999 citado por Ribeiro, 2007) do mesmo modo que o cônjuge pode nunca vir a definir-se como cuidador, poderá ele próprio, receber apoio do marido/mulher sem nunca percecionar “ser cuidado” no seu sentido mais formal. De facto, o cuidado em contexto matrimonial tende a ser perspectivado pela díade como uma extensão de intimidade e companheirismo que caracteriza o casamento (Ribeiro, 2007).

Os cônjuges idosos receiam a separação, principalmente perante as possibilidades de institucionalização, mostrando-se menos propensos a considerar esta hipótese. De um modo geral, estes cuidadores tendem a demonstrar um elevado nível de compromisso e devoção ao cuidar, assumindo como uma atividade central do quotidiano (Ribeiro, 2007).

Considerando-se o desempenho dos idosos enquanto cuidadores e remetendo-nos para a vulnerabilidade do cuidador idoso, estes têm uma maior probabilidade de apresentar progressivas limitações funcionais que condicionam a quantidade, a qualidade e o tipo de ajuda a ser prestado (Pruchno & Potashnik, 1989 citado por Ribeiro, 2007). A combinação da vulnerabilidade instituída pela própria idade com o stress prolongado a que se encontram sujeitos dadas as consequências da execução das tarefas na sua própria saúde física e mental, pode levar mesmo a uma maior mortalidade desta população (Schulz & Beach, 1999 citado por Ribeiro, 2007). Este facto poderá ser ainda mais preocupante se considerarmos que, com relativa frequência, são cuidadores que excedem os seus próprios recursos e negligenciam as suas necessidades e estado de saúde e da pessoa dependente (Jansson, 2011 citado por Ribeiro, 2007). Segundo Ribeiro (2007) ser idoso, cônjuge e cuidador pode constituir uma trilogia delicada, que, sendo comum, aumenta o número de fatores de risco para a relação de cuidar.

4. O impacto dos cuidados informais no cuidador idoso

Como foi possível verificar anteriormente, a opção de cuidar de uma pessoa dependente no domicílio é, por vezes, difícil de ser tomada e implica por parte do

cuidador/família a privação das suas atividades sociais ou mesmo profissionais (Andrade, 2009).

A prestação informal de cuidados estabelece que existem várias consequências negativas (físicas, sociais, psicológicas e financeiras) para os cuidadores, embora estas não sejam necessariamente universais (Ribeiro, 2007).

Neste contexto, a maioria das pesquisas feitas em torno das diferenças de sexo têm evidenciado a presença de maior sobrecarga objetiva e subjetiva nas mulheres cuidadoras, indicando que estas tendem a reportar níveis mais elevados de depressão, ansiedade ou outra sintomatologia psiquiátrica geral (cf inter alii Miller & Cafasso, 1992; Rose-Rego, Strauss & Smyth, 1998; Yee & Schulz 2000 citado por Ribeiro, 2007). Nos homens, só recentemente se tem procurado avaliar o impacto de cuidar com maior profundidade e de acordo com variáveis como o tipo de relação em causa (filial, matrimonial), a idade de adoção do papel e as noções de masculinidade (por exemplo: predisposição para a procura de apoio). Estes tendem a mistificar a assunção de que o cuidar é uma experiência que lhes é pouco nociva (Ribeiro, 2007).

4.1. Principais desafios psicossociais

Ribeiro (2007) identifica a existência de três principais desafios psicossociais que se prendem com a constatação transversal, associados ao cuidar e à execução de tarefas não características anteriormente (Ribeiro, 2007).

Segundo o autor, o primeiro desafio explicita a necessidade de aprender novas competências relacionadas com os cuidados pessoais e/ou trabalhos domésticos. Esta é uma questão fulcral que traduz a incapacidade, ainda que possa ser temporária, para assumir responsabilidades que pressupõem, na maioria dos casos, não só aprendizagens como uma inversão de papéis. Os processos adaptativos podem vir acompanhados de sentimentos de incompetência, insatisfação, mal-estar e níveis elevados de stress, em especial na execução de cuidados íntimos ao cônjuge.

O segundo desafio tem em consideração o estado de saúde da pessoa dependente e as limitações, funcionais e mentais, decorrentes da sua condição clínica. Estes são determinantes principais de sobrecarga em vários contextos e independentemente do sexo do cuidador. A demência cria um grande impacto na vida dos cônjuges cuidadores idosos

pois passam a existir sentimentos de perda de alguém que se deixa de reconhecer e com quem se partilhou uma história de vida e um património vivencial afetivo, condições que resultam da deterioração cognitiva gradual.

Finalmente, o terceiro desafio assenta na relação estabelecida entre cuidadores e as redes de apoio formal e informal. Este desafio encontra-se intimamente associado às intermitências de um apoio, social e de saúde, que se vislumbra necessário à medida que a “carreira” de cuidador avança. Têm sido criados esforços no sentido de desenvolver medidas otimizadas para envolver os cuidadores idosos nos vários serviços de apoio disponíveis.

4.2 Repercussões físicas, psicológicas e sociais

Segundo a revisão de Carpenter & Miller (2002) citado por Ribeiro (2007), as questões associadas à doença da pessoa dependente, nomeadamente os problemas comportamentais e a deterioração mnésica, e ao declínio físico, contribuem para a diminuição do bem-estar psicossocial do idoso cuidador, o que se traduz não só em sobrecarga, como em sentimentos intensificados de perda e sofrimento, e uma tomada de consciência da sua própria vulnerabilidade física e psicossocial.

Das repercussões psicológicas temos o stress e outros problemas de saúde mental que geram sentimentos de frustração, ansiedade, inquietação que ocorre quando existe um desequilíbrio perceptível entre as exigências impostas aos cuidadores e os seus recursos e capacidades para resolver problemas (Andrade, 2009). Assim, a deterioração do estado de saúde, normalmente coincide com o início das funções de cuidador informal.

Tendo em conta as repercussões sociais, a desvinculação e o isolamento social são sentimentos do cuidador em relação ao mundo exterior por se encontrarem confinados a um universo habitacional concreto (Ribeiro, 2007).

De acordo com um estudo realizado por Mui (1995) citado em Ribeiro (2007), as restrições sociais impostas pelas responsabilidades do cuidar parecem frustrar mais os homens do que as mulheres, facto que a autora justifica com a indicação de que os homens

que assumem esse papel estarão, em princípio, ainda ativos o suficiente para se envolverem noutras atividades.

De entre as várias consequências negativas que correspondem a alterações ou mudanças específicas na vida das pessoas resultantes do seu papel de cuidadores informais, temos também as repercussões físicas (Andrade, 2009).

Rolo (2009) refere que as principais alterações verificadas no cuidador ao nível físico são as lombalgias, as tendinites, as cefaleias, as alterações no sistema imunitário, os problemas de sono, a fadiga crónica, a hipertensão arterial, entre outras alterações.

4.3. Sobrecarga

A sobrecarga não está diretamente relacionada com as alterações e factos objetivos, mas antes com a avaliação e a interpretação que o indivíduo faz acerca da importância e leitura dos acontecimentos. A mesma situação objetiva pode ser perspectivada como constrangedora para uns e não para os outros, dependendo do grau de otimismo ou pessimismo existente em cada pessoa (Rolo, 2009).

Assim, a perceção de sobrecarga do cuidador é uma resposta individual, objetiva e subjetiva. Paúl (1997) citado por Andrade (2009) faz uma análise contextual da sobrecarga do cuidador e pressupõe dois momentos:

- 1- Ao assumir o papel: a qualidade das relações passadas, a preparação, a avaliação e o apoio;
- 2- No decurso da prestação de cuidados à pessoa idosa:
 - a) A sobrecarga objetiva (exigências imediatas da prestação de cuidados e as exigências secundárias, ambas negativas);
 - b) Os mediadores (recursos pessoais e sociais para lidar com a situação e a perceção das relações: atribuições, equidade, reactância);
 - c) A sobrecarga subjetiva (emotiva, comportamental e cognitiva).

Na sobrecarga objetiva é possível incluir, no entender de Rolo (2009) a dependência económica do doente, os custos com a doença, a interrupção da rotina, a privação de necessidades dos outros membros da família, bem como o tempo e a energia requeridos com o idoso. Na sobrecarga subjetiva, inclui os sentimentos e atitudes tomadas pelo

cuidador inerentes à tarefa de cuidar, ou seja, relaciona-se com as características pessoais e emocionais do cuidador.

Andrade (2009) refere que a sobrecarga do cuidador varia em função da doença e grau de dependência da pessoa idosa a cargo, sendo as alterações comportamentais da pessoa idosa e os cuidados que envolvem esse trabalho físico, as principais fontes de stress.

Ao contrário do que se passa com as crianças, a dependência nas pessoas idosas é crescente, o que agrava a sobrecarga (Paúl, 1997 citado por Andrade, 2009).

Os cuidadores idosos acarretam uma perda de independência e particularmente as mulheres, acabam por negligenciar o seu autocuidado.

A variável coabitação é também uma influenciadora da sobrecarga do cuidador na medida em que, ao coabitar com a pessoa idosa, o cuidador acresce o tempo de cuidado e restringe o tempo de lazer e a vida social (Andrade, 2009).

Em função das atuais normas relativas aos papéis sexuais, os homens em geral que assumem funções de cuidar, têm um maior apoio social e reconhecimento, do que quando esse papel é assumido por mulheres casadas (Andrade, 2009).

No entanto, de acordo com Paúl (1997) citado por (Andrade, 2009), cuidar de uma pessoa idosa não é apenas sinónimo de stress, mas também de aspetos seguramente gratificantes que ultrapassam o cumprimento de qualquer “obrigação moral”. A solidariedade e a felicidade advêm de tornar mais doce o fim da vida de quem nos é querido.

4.4. Satisfação com a experiência de cuidar

Segundo Rolo (2009), a satisfação com a vida faz referência ao grau de contentamento com a maneira como tem decorrido a própria vida. Trata-se de um juízo subjetivo sobre a qualidade da própria vida, baseado, por conseguinte, num padrão estabelecido pelo sujeito, e não em critérios externos (por exemplo: saúde, riqueza) fixados por outrem. De acordo com Simões (1992) citado por Rolo (2009) a satisfação com a vida refere-se a aspetos positivos da própria vida e não apenas à ausência de fatores negativos.

Sousa (2004) citado em Sousa (2011) diz-nos que os cuidadores apontam como as mais frequentes fontes de satisfação: a manutenção da dignidade da pessoa idosa, o orgulho no trabalho que têm desempenhado (que se reflete sobretudo em ver a pessoa bem tratada, bem cuidada e feliz), a consciência de que se dá o melhor, o sentido de realização, o desenvolvimento de novos conhecimentos e competências, o facto de encarar a prestação de cuidados como uma oportunidade de expressão amor e afeto (podendo haver um reforço da relação entre os dois elementos) e como uma possibilidade de crescimento e enriquecimento pessoal.

O autor reforça que o facto de se encontrar significado para a experiência de cuidar, esta pode atuar como mediador de bem-estar psicológico do cuidador e consequentemente, de satisfação com a vida. Apesar de ainda pouco se saber sobre o papel de satisfação de ser cuidador na redução do stress causado, há uma crescente evidência empírica de que se encontram associadas a uma melhoria do bem-estar do cuidador, a um compromisso crescente com os cuidados, a uma reduzida probabilidade de institucionalização da pessoa idosa, a uma estima e apreciação por parte do recetor de cuidados, a uma atitude mais positiva acerca do futuro e estratégias de superação do stress bem-sucedidas (Sousa, 2004 citado por Sousa, 2011).

Capítulo II - Método

1. Metodologia

1.1. Pertinência da investigação

Conforme ficou demonstrado ao longo do enquadramento teórico desta dissertação, cuidar de alguém de um modo permanente, muitas vezes sem qualquer pausa ou interrupção, representa um enorme desafio, na medida em que para além da disponibilidade de tempo exigido pelo cuidado à pessoa idosa, temos ainda de atender ao desgaste físico, emocional e social que os cuidadores informais frequentemente evidenciam. A forma como cada cuidador informal percebe a sua situação influencia não apenas o ato de cuidar, mas também a sua saúde, o seu bem-estar e, consequentemente, a sua satisfação com a vida.

Os efeitos do ato de cuidar refletem-se amiúde no que se designa habitualmente por “sobrecarga do cuidador”. Para lidar com esta sobrecarga, torna-se importante que o cuidador conheça e utilize mecanismos de *coping* eficazes para conseguir não só fazer face às adversidades que a tarefa do cuidar traz consigo, mas também encontrar fontes de satisfação que o levem a sentir que o seu contributo é, para além de útil em termos práticos, fundamental para o bem-estar do idoso que necessita desses cuidados.

Sendo o cuidador informal também ele idoso, essa sobrecarga poderá fazer-se sentir de forma mais intensa, uma vez que também estão eles próprios, enquanto pessoas idosas, sujeitos às alterações funcionais que o envelhecimento acarreta. Conhecer a experiência de cuidar quando levada a cabo por pessoas mais velhas é, por isso mesmo, um objetivo de investigação atual e pertinente atendendo ao envelhecimento da população portuguesa e à inevitabilidade de muitos cuidadores de pessoas idosas acabarem por ser, também eles, tão idosos como aqueles de quem cuidam.

1.2. Objetivos e questões da investigação

É objetivo principal do presente trabalho de investigação compreender o papel do cuidador informal com idade avançada, procurando identificar quais os desafios e fatores de (in)satisfação provenientes da prestação de cuidados a pessoas idosas por cuidadores informais idosos.

Este objetivo é atingido mediante a análise ao conteúdo de três entrevistas realizadas a cuidadores informais de pessoas idosas com uma característica comum entre si: estes cuidadores são também, eles mesmos, pessoas idosas. Cada um destes cuidadores vai funcionar como um “estudo de caso”, na procura de compreender e avaliar algumas características inerentes à prestação permanente de cuidados a pessoas idosas em situação de dependência efetuada por pessoas com idade avançada, genericamente idêntica à das pessoas cuidadas.

Pretende-se, em função da análise dos resultados que os conteúdos das três entrevistas nos proporcionam, contribuir para satisfazer e responder aos seguintes objetivos específicos e que também são, simultaneamente, questões de investigação:

- Perceber as condições inerentes à prestação de cuidados por cuidadores informais idosos;
- Conhecer as principais dimensões da experiência de cuidar e as vivências (percepções e sentimentos) associadas ao papel de cuidador idoso;
- Avaliar o impacto físico, emocional e social do papel de cuidador informal desempenhado por pessoas idosas;
- Verificar se existe sobrecarga do cuidador informal no ato de cuidar.

1.3. Tipo de estudo

A presente investigação é de natureza qualitativa e opta por uma metodologia de “estudo de caso”. Pretendemos fazer um estudo das percepções de cuidadores informais idosos baseadas nas suas próprias experiências, recorrendo à análise qualitativa dos dados recolhidos numa perspetiva exploratória e descritiva. Segundo Yin (1989, p.23), a análise qualitativa em geral e o estudo de caso em particular constitui “uma forma de se fazer pesquisa empírica que investiga fenómenos contemporâneos dentro do seu contexto de vida real”. Os estudos de caso representam situações singulares e únicas, mas que podem ser passíveis de generalizações, embora este não seja o principal objetivo deste tipo de investigação.

São características metodológicas do presente estudo o facto deste ter decorrido num ambiente natural, sem deslocação dos participantes do seu meio natural de vida,

realizado diretamente pela própria investigadora, recorrendo a entrevistas efetuadas junto de participantes que fazem do ato de cuidar uma atividade permanente.

A investigação qualitativa define-se como um tipo de investigação que não envolve procedimentos estatísticos ou outros meios de quantificação, sendo a maior parte da análise interpretativa (Strauss e Corbin, 1998). Trata-se de um processo de interpretação que visa descobrir as perceções dos participantes sobre, neste caso, as principais características do seu papel enquanto cuidadores. Os métodos qualitativos são especialmente usados em investigações que visem compreender a natureza da experiência humana em situações específicas ou em investigações que visem explorar áreas do conhecimento pouco desenvolvidas onde se procura encontrar novo conhecimento. É o caso da prestação de cuidado informais a idosos por pessoas também elas idosas, algo que no contexto português se vai tornando mais frequente à medida que cada vez mais pessoas atingem idades avançadas (fruto de uma maior longevidade).

1.4. Descrição e caracterização do contexto

O presente trabalho foi efetuado através da realização de entrevistas, pela investigadora, a três cuidadores informais idosos residentes na zona de Ponte de Lima.

À semelhança da maioria dos concelhos do interior de Portugal, Ponte de Lima é, também ele, um concelho a caminhar para um envelhecimento da sua população. De acordo com os Censos de 2021 (Instituto Nacional de Estatística, 2021), Ponte de Lima conta com um total de cerca de 41.169 habitantes, dos quais 10.070 (o equivalente a 24,5%) apresentam uma idade igual ou superior a 65 anos. Olhando para 2021, em termos percentuais, 24,5% da população de Ponte de Lima é considerada idosa, enquanto em 2011 essa percentagem situava-se nos 19,8%. Esta evolução poderá explicar-se como consequência simultânea dos baixos valores da natalidade e da elevada esperança média de vida, com baixa taxa de mortalidade. Verifica-se, portanto, um predomínio do grupo etário mais velho, tornando a população deste concelho cada vez mais envelhecida.

Comparando entre 2011 e 2021, a mais profunda e acentuada variação demográfica apresenta-se assim no grupo dos idosos, cujas taxas têm vindo a aumentar significativamente, superando em muito o crescimento da população jovem e trazendo

consigo inevitáveis implicações sociais, principalmente ao nível da proteção social e da prestação de cuidados à população mais idosa do concelho.

1.5.Procedimentos

Os procedimentos que possibilitaram a realização deste estudo consistiram no seguinte:

1. elaboração de um guião de entrevista – o desenho do guião de entrevista baseou-se na recolha bibliográfica realizada atendendo ao objetivo principal definido para este estudo, ou seja, compreender o papel do cuidador informal com idade avançada, procurando identificar quais os desafios e fatores de (in)satisfação provenientes do ato de cuidar; uma primeira versão do guião foi discutida com o orientador da dissertação, de modo a chegar-se à versão final, que se apresenta de seguida:

Entrevista aos Cuidadores Informais Idosos

A presente entrevista é elaborada no âmbito da dissertação de Mestrado em Gerontologia Social Aplicada e tem como finalidade recolher testemunhos de cuidadores informais idosos sobre a sua experiência nos cuidados a idosos. As respostas obtidas serão utilizadas exclusivamente para esta investigação e será guardada total confidencialidade dos entrevistados.

Guião de entrevista

Tema

Os Cuidadores Informais Idosos: desafios para a prática de cuidar em contexto domiciliário.

Objetivo geral

Compreender o papel do cuidador informal com idade avançada.

Tipo de entrevista

Semiestruturada

1. Caracterização Individual

- Género _____
- Idade _____
- Estado Civil _____
- Escolaridade _____
- Tempo a exercer as atividades de cuidador informal _____

2. Categorias, objetivos e questões

Categorias	Objetivo(s) Específico(s)	Questões
Formação	<ul style="list-style-type: none">- Identificar se os entrevistados possuem formação na área do cuidado ao idoso- Compreender se os mesmos entendem que a formação é útil	<ul style="list-style-type: none">- Como é que se tornou cuidador/a? Algumas vez tinha pensado em exercer esta função?- Possui algum curso/formação sobre o cuidado ao idoso?- Caso não possua, gostaria de apostar numa formação na área dos cuidados ao idoso?- Sente que a mesma seria útil?
Tarefas	<ul style="list-style-type: none">- Conhecer o tipo de tarefas executadas pelos cuidadores entrevistados- Perceber como os entrevistados encaram o executar das tarefas	<ul style="list-style-type: none">- Que tipo de cuidados/tarefas presta frequentemente?- Qual a tarefa que lhe dá mais prazer?- Qual a que sente mais dificuldade?- Quando solicita ajuda, é por norma auxiliado/a? Se sim, por quem?

<p>Cuidado ao idoso</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Perceber se a forma como o cuidador vê o idoso influencia no seu cuidado - Identificar situações de relação entre cuidar do idoso e pensamento sobre o próprio futuro 	<ul style="list-style-type: none"> - Como descreve a sua relação com o idoso? - Desde que cuida do seu familiar, sente que a sua perspetiva de futuro se alterou? Se sim, dê-me um exemplo.
<p>Sentimentos</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Perceber se houve alteração de sentimentos com o surgimento de um novo papel na relação - Entender se o trabalho que é feito com a pessoa dependente suscita um sentimento de frustração ou então de gratificação, apesar das adversidades 	<ul style="list-style-type: none"> - Como é que a relação evoluiu? - Houve alteração no relacionamento? - Atualmente, qual é o sentimento que prevalece, frustração ou gratificação?
<p>Gestão do tempo</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Identificar quais são as estratégias de distração do cuidador - Perceber se o cuidador consegue conciliar os compromissos de vida privada com o facto de ter alguém dependente a cargo 	<ul style="list-style-type: none"> - Quais são as estratégias que tem para se distrair? Lê livros, vê televisão, ouve rádio? - Como consegue conciliar os seus compromissos privados com alguém dependente a cargo? Por exemplo, ir ao médico. - Sente que os cuidados que presta influenciam de forma negativa a sua vida privada? Se sim, dê-me um exemplo.

Dificuldades	- Identificar dificuldades vividas pelos cuidadores informais no exercício da sua atividade	- Quais as maiores dificuldades com que se depara no seu cuidado ao idoso? - Qual o momento mais complicado com que se deparou no exercício da sua profissão?
Satisfação	- Identificar fatores de satisfação na vida do cuidador provenientes do ato de cuidar	- Considera que a sua tarefa de cuidador/a lhe traz benefícios pessoais? Se sim, quais? - Sente que o seu trabalho é apreciado pelo idoso e/ou pela família do idoso? - Sente que prestar cuidados tem ajudado a crescer como pessoa? Dê um exemplo. - Dá-lhe satisfação ver que a pessoa de quem cuida se sente bem? Em que aspetos?

Tabela 1: Categorias, objetivos específicos e questões

2. seleção de participantes – mediante contactos estabelecidos junto de familiares e na rede de vizinhança da investigadora, foram identificadas algumas situações de cuidadores informais idosos, optando-se pela escolha de três participantes baseada nos seguintes critérios:

- a. idade superior a 65 anos;
- b. cuidadores representando ambos os sexos;
- c. prestação diária de cuidados, sem ajuda formal externa permanente (por exemplo, empregada doméstica ou mulher a dias) ou limitada a apoio familiar e/ou serviço e apoio domiciliário;
- d. pessoa cuidada apresentando grau elevado de dependência;

- e. prestação de cuidados diária há pelo menos um ano;
- f. residência na região de Ponte de Lima.

3. descrição dos participantes / estudos de caso

Cuidadora A	Mulher, 87 anos, casada, escolaridade básica ou inferior, cuidadora informal há cerca de um ano
Cuidadora B	Mulher, 69 anos, casada, escolaridade básica ou inferior, cuidadora informal há cerca de dois anos
Cuidador C	Homem, 76 anos, casado, escolaridade básica ou inferior, cuidador informal há cerca de cinco anos

Tabela 2: Participantes

4. realização das entrevistas – as entrevistas foram realizadas em ambiente natural, na casa dos participantes, tendo sido previamente obtido o seu consentimento mediante o preenchimento do Termo de Consentimento Informado (em Anexo). As entrevistas foram gravadas de modo a facilitar a posterior transcrição. Foi assegurado aos participantes a total confidencialidade da sua participação neste estudo. As entrevistas decorreram num ambiente amigável e informal, sendo evidente a satisfação das pessoas entrevistadas por poderem falar das suas experiências. Contudo, verificou-se por vezes alguma dificuldade em compreender as perguntas formuladas, o que provavelmente ficará a dever-se à baixa escolaridade dos participantes.

1.6. Conteúdo das entrevistas realizadas

Apresentamos de seguida as transcrições do conteúdo de cada uma das três entrevistas realizadas.

Entrevista 1

A primeira entrevista consiste num casal de idosos em que esposa – identificada como **Cuidadora A** – cuida do seu marido. A cuidadora tem 87 anos e é autónoma, embora

com alguns problemas de saúde. Com o passar dos anos, tem vindo a perder vigor físico, o que influencia negativamente a prestação de cuidados diários ao marido acamado há cerca de um ano. Face a estas dificuldades, a família tem-se mostrado presente e apoiado a **Cuidadora A** na prestação de cuidados ao marido. Este senhor tem 84 anos e encontra-se acamado, pois, a sua estrutura óssea e muscular não lhe permitem ter força nas pernas. Toma medicação forte e frequentemente perda de lucidez.

Como é que como é que se tornou cuidadora do seu marido?

R: Tive de me tornar, não posso dizer como, foi porque a vida assim me prometeu, assim me obrigou.

Não tinha mais ajudas?

R: Tenho as raparigas. Eu só cuido dele na alimentação, mas de resto elas cuidam. Dou-lhe os remédios, a alimentação, mas de resto, os outros trabalhos são a C e a D.

Alguma vez tinha pensado em exercer esta função? Alguma vez tinha pensado chegar a este ponto?

R: Não pensava, mas é uma coisa que uma pessoa está sempre sujeita, não é assim? Mas a gente não pensava isso quando era nova.

Possui alguma formação sobre ser cuidadora?

R: Não, não, não, não. Não compreendo nada disso.

Nunca foi a uma formação em que a informavam como é que devia dar banho, etc?

R: Não, não, não. Nunca fui, mas não é que não quisesse. E elas também nunca foram.

Mas gostava de alguma vez ter tido?

R: Não sei se gostava, mas posso dizer que até gostava.

Sente que seria útil?

R: Até devia ser, até devia ser, mas nunca fui e a ver se não vou porque a gente pensa no que é bom, não é assim? Porque com a idade que estou, que vou eu fazer? Com a idade que tenho, ninguém acredita que eu agora queira fazer alguma coisa.

Agora também já tem experiência, foi aprendendo conforme as suas possibilidades, não é? E que tipo de cuidados é que presta todos os dias?

R: O que eu faço todos os dias é... de manhã dou-lhe os remédios em jejum, depois dou-lhe o pequeno-almoço, meto-lhe o pequeno-almoço na boca porque ele está sempre deitado, depois a outra comida ele mesmo assim deitado vai comendo, mas não come sopa nem nada porque a sopa também é uma coisa que assim deitado não vai e eu às vezes faço sopa e quero lhe dar, mas ele não quer, para isso tenho que lhe meter na boca. E de resto, dou-lhe o almoço, à tarde dou-lhe o lanchezinho e à noite a comida. Pronto, é muito trabalho.

E não o vira na cama?

R: Ele não vira porque não lhe dou coisas muito líquidas, dou arroz, batatas, massa.

Com o “não vira” quis dizer na posição em que está na cama.

R: Eu virá-lo? Não, eu não o viro. Elas é que o viram. Eu às vezes dou um jeitinho só para ele virar um bocadinho.

E elas é que dão banho?

R: Sim, elas é que dão o banho, nesse ponto são elas que cuidam.

As suas filhas?

R: Sim porque eu não posso, onde é que eu posso? É que ele pesa. Como é que vou conseguir virá-lo? Não consigo. E já elas, sabe deus para o virarem, porque ele também não quer que mexam com ele. Ele não gosta que mexam com ele. Dão-lhe banho e assim, mas mesmo ao pegar nas pernas, ele começa a dizer “estou bem, estou bem” e é assim.

Qual é a tarefa que lhe dá mais prazer fazer?

R: Não faço mais nada, só dou a comida, só cuido da comida.

E no que é que sente mais dificuldade?

R: Não sinto mais dificuldade em nada porque eu falei que eu não tenho mais nada para fazer, só cuido da comida, de resto faz falta chamar por elas para elas virem cá ou ele

chama por mim para ir lá fazer qualquer coisa, mas só uma mexidelazinha no corpo. Às vezes deito-lhe uma mão e puxo para ele mexer um bocadinho e outras vezes vou assim pelo lado de fora e deito-lhe a mão nos ombros para ele levantar assim o corpo de lado, mas do resto não faço mais nada porque não posso. Não tenho força nos bracinhos nem Jesus nossa senhora.

Mas é doente de alguma coisa?

R: Eu sei lá o que tenho, eu sou doente como outra pessoa qualquer, tenho uns certos problemas, agora o médico até pediu para fazer umas análises porque tem medo que eu tenha algum açúcar no sangue, quer ver se tenho diabetes, mas para já não sei se tenho e tenho problemas no coração e colesterol, tensão, essas coisas assim tenho, mas do resto não sei mais o que tenho... o que está lá dentro escondido, não sei o que tenho.

O que sente mais dificuldade no ato de cuidar?

R: É a idade, o coração também me atrapalha muito, não posso fazer subidas, mesmo para subir o pátio às vezes paro a meio para tomar ar, outra vez ainda subo até cima, mas chego aqui dentro de casa e ele fala para mim, mas eu tenho que parar e respirar e depois responder-lhe porque senão não consigo, é a falta de ar e o coração. O maior problema para mim acho que é o coração, mas pronto, quando for fui.

Ainda vai durar muito tempo.

R: Ali a vizinha diz que eu ainda vou durar mais nove anos. Quando veio para aqui disse que eu ia durar dez anos, um já passou, ainda faltam nove.

E quando pede ajuda, é auxiliada? Quando pede ajuda, alguém vem ajudar?

R: Eu? Vêm as filhas. As filhas ou as netas, as netas às vezes ainda vêm até cá pelo menos falar para ele. Mas as filhas é que vêm ajudar.

E como é que descreve a sua relação com o seu marido?

R: É tudo bem, eu sei lá. A relação com ele... que relações havemos de ter agora? Olhamos um para o outro e falamos um para o outro.

É mais uma relação de amizade?

R: É, normal.

Desde que cuida dele sente que a sua perspectiva de futuro se alterou? Por exemplo, tinha planos para o futuro e eles alteraram-se porque ficou com um dependente a cargo.

R: Não, eu agora já não tinha planos nenhuns, nada disso.

Já era a vida mais cá por casa, não era?

R: É.

E como é que a sua relação tem evoluído com o seu marido? Houve alguma alteração? Desde que ele ficou dependente houve alguma alteração?

R: Não, é a mesma coisa. Temos sempre o mesmo viver um com o outro. Não temos relações contrárias do que o que tínhamos até aqui. A gente vai vivendo conforme deus quer.

Porque há pessoas que ficam mais revoltadas e outras que sentem mais pena e dão mais mimo.

R: Nem nos revoltamos um contra o outro nem contra a vontade de deus. A gente aceita o que deus dá.

E atualmente qual é o sentimento que prevalece, é a frustração ou a gratificação? Sente-se mais frustrada por estar em casa ou gratificada porque sente que ainda consegue ajudar, qual é que pesa mais?

R: Não estou a compreender.

Por exemplo, neste momento, sente-se mais zangada porque tem de estar mais tempo em casa ou sente-se grata porque ainda pode ajudar o seu marido.

R: Eu não me sinto zangada nada, é conforme a vida que temos.

Então sente-se mais grata do que frustrada?

R: Sim, ainda podia ser pior. Para já, graças a deus.

Quais são as estratégias que você usa para se distrair? Ver televisão, ler livros, ouvir rádio...

R: A minha distração é ir até ali à frente e por ali abaixo e por aí acima, ver os animais e o resto sair para outro lado não me interessa. Em casa não paro muito tempo, gosto de andar de um lado para o outro ali por fora de casa.

Gosta de ir para o campo.

R: Gosto, não vou trabalhar, mas gosto de ir por aí abaixo e por aí acima para espairecer. Agora, trabalhar não trabalho, só dou de comer às galinhas.

Como consegue conciliar os seus compromissos privados com alguém dependente a seu cargo? Como por exemplo, quer ir ao médico, mas tem o seu marido em casa dependente, ele fica sozinho? Como consegue conciliar?

R: Ele fica sozinho porque a gente também não vai assim com muita demora, vão as raparigas comigo. Ele fica só, está no seu juízo perfeito, graças a deus sabe bem que a gente que vai e demora sempre alguma coisa, não se importa que a gente demore uma hora ou duas ou três, mas é assim a vida.

Mas às vezes não vai comer à casa da sua família por causa do seu marido, por exemplo.

R: Ai isso não, estou aqui e passo aqui o tempo.

Então no fundo não há assim nenhuma dificuldade que você sinta?

R: Não, eu sinto-me bem assim, só tenho pena de não poder ir à missa, de resto. Vejo na televisão, às vezes. Até que tenho que ir dar umas voltas ao médico, mas eu agora não gosto de sair de casa.

Qual foi até agora o momento mais complicado com que você se deparou? Ele nunca caiu, nunca houve nada assim grave?

R: Agora para mim não tem sido nada complicado. No início caía, mas de resto nunca houve nada de maior.

Esses foram os aspetos menos positivos que marcaram?

R: Foi sempre uma coisa mais ao menos normal, graças a deus nunca nada de maior assim.

Sente que os cuidados que presta influenciam de forma negativa a sua vida privada?

R: Não, faço a vida igual. Eu se quiser ir a qualquer lado, vou na mesma. Eu se quiser sair daqui não tenho nada a privar-me graças a deus. Quero ir a qualquer lado, vou na mesma e ele não se importa que eu vá, mas agora não saio daqui de casa, só ando ali por fora um bocado e volto para casa outra vez. Muito tempo em casa também não, mas de resto não sinto dificuldades nenhuma nesse ponto.

Acha que a sua tarefa de cuidadora lhe traz benefícios pessoais? Acha que ao ajudar o seu marido, isso traz-lhe alguma vantagem?

R: Vantagem?

Por exemplo, você está a ajudar o seu marido e ele está acamado, mas isso traz-lhe alguma vantagem para si? Faz com que se sinta melhor pessoa, mais realizada por estar a fazer a sua função? Mais humilde, uma pessoa que se importa mais, por exemplo.

R: Olhe eu só digo que mesmo assim sinto-me feliz, do resto.

Sente que o seu trabalho de cuidadora é apreciado pela sua família? Sente que eles a valorizam enquanto cuidadora? Sente que a família vê o seu esforço diário para ajudar o seu marido? Sente que a sua família reconhece o esforço que faz todos os dias para cuidar dele?

R: Elas bem sabem que eu também, sabe deus, também me custa. Bem sabem o esforço que eu faço e o que vou fazendo

No fundo sente que tem crescido enquanto pessoa? Que tem ganho mais paciência, que tem agradecido mais...

R: Tenho tido muita paciência e as minhas filhas compreendem bem o que eu passo.

Dá-lhe satisfação ver que a pessoa que cuida se sente bem?

R: Ai dá-me satisfação dá e o cuidar dele também dá satisfação à gente. Tem que ser.

Gosta de o ver contente, limpinho, arranjadinho...

R: Gosto, gosto, e as minhas filhas também gostam de o ver sempre limpo, também eu gosto que ele esteja sempre fresco e cuidado.

Terminamos a entrevista, obrigada.

Entrevista 2

A segunda entrevista constitui-se por um casal de idosos em que a **Cuidadora B** tem 69 anos e exerce as funções de cuidadora informal há cerca de dois anos. A pessoa cuidada tem 74 anos, foi operado a um tumor cerebral e, no internamento pós-operatório, ficou afetado por uma meningite, com sequelas a nível físico e cognitivo. Ficou com mobilidade reduzida e com esquecimento de memórias de curto e longo prazo. O casal tem filhos, mas não são presentes. A **Cuidadora B** tem-se mostrado desmotivada, cansada, sozinha e limitada. A dependência súbita do seu marido modificou o seu dia a dia. O marido é utente de um Centro de Dia.

Como é que se tornou cuidadora?

R: Olha foi aprendendo sozinha com a experiência.

Alguma vez tinha pensado em exercer esta função?

R: Não, nunca pensei.

É complicado?

R: É, muito, muito.

Possui algum curso ou formação sobre o cuidado ao idoso?

R: Eu não, ninguém me ensinou, foi aprendendo olha, consoante eu pude e as minhas forças.

E gostaria de alguma vez fazer alguma formação na área do cuidado ao idoso?

R: Para quê? Agora já fui aprendendo com a experiência da vida.

Sente que a mesma seria útil? Sente que se tivesse uma formação, era útil para si?

R: Talvez, mas a prática também faz com que uma pessoa faça as coisas, aprenda.

Que tipo de cuidados é que faz diariamente?

R: De manhã levanto, dou-lhe banho, visto-o, dou-lhe o pequeno-almoço e vai para o centro de dia. Depois vem às 5:00 da tarde e eu ponho-o na casa de banho, às vezes dou uma voltinha com ele lá fora de casa, outras vezes fica sentado na cadeira para eu fazer o jantar, dou o jantar, dou a medicação e vai para a cama.

É você que o deita? Muda a fralda...

R: Ai é é, e dou a comida na boca às vezes.

E qual é a tarefa que gosta mais de fazer?

R: Com ele? Andar com ele custa-me tanto. Olha, quando ele está sentado que está bem disposto, mas é raro muito raro.

Sim, mas o que é que gosta mais de fazer no meio de toda a dificuldade? Entre levantar, dar banho, etc., o que é que gosta mais?

R: Todas as coisas são difíceis.

E qual é que sente mais dificuldade?

R: Levantá-lo da cama e quando está sentado, custa muito a levantar, tremem-lhe as pernas.

Quando pede ajuda é por norma auxiliado? Quando pede ajuda a alguém, é ajudada?

R: Às vezes, nem sempre.

Por quem?

R: Pela vizinha e pelo filho que vive perto.

E como é que descreve a sua relação com ele?

R: É boa, às vezes enerva me pronto, tenho que sofrer, não é ele que tem a culpa. A cabeça dele é que dá para ser assim. Ficou da maneira que ficou.

Desde que cuida do idoso sente que a sua perspectiva de futuro se alterou? Portanto, todos os planos que tinham para o futuro foram alterados?

R: Todos, todos, todos.

Como por exemplo, o quê?

R: Trabalhar, não posso trabalhar fora, não tenho alegria nenhuma. Pronto, não tenho, sei lá, nem sei dizer como. Não tenho vontade nenhuma, nenhuma.

Como é que a relação evoluiu? Houve alguma alteração no relacionamento?

R: Piorou. Piorou porque ele às vezes não me conhece. Pronto e não faz o que eu peço.

Então houve alteração no relacionamento?

R: Ai isso houve.

**Atualmente, qual é o sentimento que prevalece, a frustração ou a gratificação?
Atualmente, qual é o seu sentimento? Qual é o que pesa mais? É a frustração ou a gratificação?**

R: A frustração.

Quais são as estratégias que têm para se distrair?

R: Nada, trabalho. É o trabalho de casa senão também estava mais deprimida.

As tarefas domésticas?

R: sim.

Lê livros, vê televisão, houve rádio?

R: Vejo televisão só.

E já distrai muito, não é?

R: É.

Como consegue conciliar os seus compromissos privados com alguém dependente a cargo? Como é que consegue conciliar os compromissos privados, por exemplo, ir a uma consulta, ir ao dentista, quando tem a pessoa dependente a cargo.

R: Só quando ele está no centro de dia é que consigo ir, porque se ele estiver aqui em casa não consigo sair de casa.

Quais são as maiores dificuldades com que se depara nos cuidados que presta ao idoso?

R: Mudar a fralda e vestir também é um bocado complicado porque ele aperta a roupa na mão. Não deixa, não deixa.

Qual é o momento mais complicado com que se deparou no exercício da sua profissão? Qual foi o momento mais complicado até hoje ao prestar os cuidados?

R: A dificuldade é em tudo.

Mas qual foi o momento que a marcou?

R: É quando me cai ao chão, tenho que chamar a vizinha para me ajudar a levantá-lo. E depois ele ganha aquela água na boca e para deitar fora, às vezes estou uma hora de volta dele, porque ele não deita fora.

Sente que os cuidados que presta influenciam de forma negativa a sua vida privada?

R: Todos os dias tenho que mudar a roupa da cama porque ele molha-me a roupa da cama toda. Não sei como é que ele consegue, a fralda seca e a roupa toda molhada. Depois pega na roupa com as mãos e rasga, tenho um edredom que está a ficar todo roto dele puxar. Estando acordado não para quieto, às vezes até mesmo a dormir, está com a roupa ali a puxar, a puxar pelos com a mão direita. O que eu passo.

Os cuidados que lhe presta, sente que influenciam de forma negativa a sua vida privada?

R: Ai isso sim. Afeta muito, não posso ir a lado nenhum.

Como por exemplo?

R: Quando ele vai ao centro de dia, ainda tenho aquele bocado de tempo, mas quando não vai ao sábado e ao domingo, nos dias em que está em casa, não o posso largar.

Considera que a sua tarefa de cuidadora lhe traz benefícios pessoais?

R: Não. Que benefícios traz?

Sente que o seu trabalho é apreciado pelo idoso ou pela família do idoso?

R: Sim, é.

Sente que ao prestar cuidados a tem ajudado a crescer como pessoa?

R: Sim.

Por exemplo, o que é que mudou?

R: A ter mais.... não sei explicar, ter mais pena dele.

Mas você enquanto pessoa, houve alterações? Ter mais humildade, por exemplo.

R: Sim, como é que devo dizer? Ter mais coragem, sei lá, olha, não sei.

Dá-lhe satisfação ver que a pessoa de quem cuida se sente bem?

R: Ai dá, quando ele está bem.

Em que aspetos?

R: Quando ele fala, quando ele come bem, quando ele dorme... Mas quando não dorme nem come eu vejo-me consumida, nem levantar da cama/cadeirão consigo.

Entrevista terminada. Obrigada.

Entrevista 3

Esta entrevista retrata um casal de idosos que vivem sozinhos, mas que são muito apoiados pela família e pelo serviço de apoio domiciliário. O **Cuidador C** de 76 anos, é cuidador informal da esposa, que tem 77 anos. Estes cuidados são prestados há cerca de cinco anos. A esposa do cuidador teve uma pneumonia grave e desde então ficou

com problemas de respiração. Ao perder a capacidade respiratória, foi igualmente perdendo a capacidade para se deslocar, passando a maior parte do tempo na cama ou sentada. O marido – seu cuidador permanente – é o principal apoio e companhia.

Como é que se tornou cuidador da sua esposa?

R: Foi a experiência que assim me obrigou.

Alguma vez tinha pensado em ser cuidador?

R: Não. Pensei em trabalhar com ela e sempre andamos aí pelos campos. Nunca pensei, e agora não posso andar por aí, estou de volta dela.

Alguma vez fez uma formação para saber prestar os cuidados?

R: Não, nunca fiz nenhuma.

Mas gostaria de apostar numa formação na área dos cuidados ao idoso?

R: Agora também já estou velho.

Sente que era útil se tivesse feito alguma vez?

R: Era.

Assim já sabia como virar a idosa, por exemplo.

R: Era.

Que tipo de cuidados é que você presta diariamente?

R: De manhã dou-lhe o café, eu e a minha filha, a minha filha é que lhe dá. Eu dou-lhe também quando ela não está. E depois vêm as mulheres do serviço de apoio domiciliário, vêm trazer a comida ao meio-dia, vêm a meio da manhã limpá-la, por volta das dez horas ou das nove horas, à hora que elas vêm. E depois ao meio-dia dou-lhe o almoço, comemos, eu ponho-lhe a comida e depois ela come sozinha. Dou-lhe a sopa e o comer para a frente dela e depois come tudo, outras vezes nem come, não come, depende. Depois as senhoras do serviço de apoio domiciliário vêm e dão-lhe a limpeza e levam-na para a cama e pronto, depois eu ando por aqui, mas quando está de chuva vou para a cama também.

Você vira-a na cama?

R: Não que eu não posso virá-la.

Não consegue?

R: Agora não posso com ela.

Qual a tarefa que lhe dá mais prazer fazer com ela?

R: Faço o que eu posso fazer, o que consigo ainda.

Qual é a que sente mais dificuldade?

R: Ao sábado as senhoras do serviço de apoio domiciliário vêm de manhã e depois deixam a minha esposa na mesa da cozinha, e depois vão embora e eu fico também na mesa da cozinha a deitar-lhe conta.

Quer dizer que quando fica sozinho tem mais dificuldade, não é?

R: Pois, porque ao sábado a comida não vem, a minha filha fica em casa porque ao sábado não trabalha, é casada e vem aqui a casa trazer-nos a comida, a minha filha é que lhe dá de comer e eu faço-lhe o que posso.

E quando você pede ajuda, é por norma auxiliado?

R: Sim.

Por quem? Pela sua Família?

R: Sim.

Como é que descreve a sua relação com a sua esposa? O sentimento, ainda é um sentimento grande?

R: É, por acaso sempre nos demos bem.

Mas a forma como você tem que cuidar dela não influencia na vossa relação?

R: Não.

Desde que cuida da sua esposa, sente que a sua perspectiva de futuro se alterou? Sente que houve alterações em planos que você tinha para o futuro e ficaram travados por causa da sua esposa estar dependente?

R: Sim.

Como por exemplo o quê?

R: Ela sempre se deu bem comigo.

Por exemplo, se calhar você gostava de ir trabalhar para os campos e desde que ela ficou dependente teve que ficar em casa mais tempo.

R: É. E mesmo eu não posso agora, é que agora eu aqui de um joelho custa-me a andar. Tenho que ir agora para Braga fazer um tratamento e eu desconfio que vou estar lá um dia, disseram-me que ia estar lá um dia. Dá-me também uma coisa aqui na cabeça. Ainda no outro dia me deu aqui na cozinha, depois eu fugi, fui para a cama.

Como é que a relação evoluiu? Foi perdendo sentimento ou dá-lhe mais carinho?

R: Sim, foi sempre mais carinho, hoje tenho mais pena.

Atualmente qual é o seu sentimento que prevalece, a frustração ou gratificação? Está grato por conseguir cuidar dela ou está frustrado por ainda ter que prestar cuidados? Qual das opções é que pesa mais?

R: Ser amigo dela, foi sempre amigo.

Então você fica contente por ainda conseguir ajudá-la?

R: Sim, eu faço tudo o que eu posso.

Quais são as estratégias que tem para se distrair? Ver televisão, ler livros, ouvir rádio...

R: Ouço a rádio e vejo televisão para distrair já que estou sempre aqui em casa.

Como consegue conciliar os seus compromissos privados com alguém dependente a cargo? Como é que consegue ir ao médico, por exemplo? Ela fica sozinha?

R: Ai fica fica.

Fica bem sozinha, não há problema?

R: Eu vou ao médico, tenho que ir, e ela fica aqui em casa ou arranjo uma pessoa para ficar com ela. E vêm as mulheres do serviço de apoio domiciliário e ajeitam-na.

Quais são as maiores dificuldades com que se depara no cuidado à sua esposa?

R: Basicamente as minhas maiores dificuldades é quando fico sozinho com ela na cozinha, à tarde.

Qual foi o momento mais complicado com que você se deparou enquanto cuidador? Nunca lhe caiu, por exemplo?

R: Não porque eu tenho medo que ela me caia.

Sente que os cuidados que presta influenciam de forma negativa a sua vida privada? Sente que ao estar aqui em casa a cuidar dela influencia a sua vida privada? Não pode ir a um café, pastelaria, por exemplo.

R: Café também não vou.

Mesmo que ela não estivesse dependente, você já ficaria por casa?

R: É. O que eu gostava muito era de ir por aí acima ver as terras por aí, ir com o trator e andava de mota. Era o que eu gostava e levava-a comigo para aqui, para ali... para a missa, para tudo.

Sente saudade disso?

R: Ai isso tenho, mas agora não vou, não posso, não posso nem eu nem ela. Eu sou sempre amigo dela.

Você acha que a sua tarefa de cuidar dela lhe traz benefícios pessoais? Que o torna mais humilde, por exemplo.

R: Sim.

Sente que o seu trabalho é apreciado pela sua família?

R: Sim. E agora estão aí todos.

Então sente que ao prestar os cuidados o tem ajudado a si a crescer enquanto pessoa?

R: Ora, é assim a vida.

Dá-lhe satisfação ver que a sua esposa se sente bem, se sente contente, quando lhe presta cuidados ou a ajuda?

R: Ah sim.

Em que aspetos?

R: Em todos. Eu cuido dela e gosto de fazer o bem. Mas muitas coisas eu não consigo fazer. Não consigo deslocá-la do quarto para a cozinha, não posso. As senhoras do serviço de apoio domiciliário é que fazem isso. Eu quando está sol, vou até lá fora de casa e ponho-me sentado ao sol e tudo que eu agora não trabalho, o meu trabalho já está feito. Tenho ali umas terras e vou caçar toupeiras. Eu era um artista a caçar toupeiras e ainda hoje meti uma armadilha e cacei as toupeiras.

São esses momentos que o fazem abstrair, não é?

R: Ora. E ir às galinhas, só vou às galinhas e aos gatinhos, é o meu entretenimento.

Terminou a entrevista. Obrigada.

1.7. Análise de conteúdo e codificação

Procurámos fazer uma análise ao conteúdo das três entrevistas realizadas a partir das categorias de análise relevantes para este estudo e já antes elencadas:

Formação
Tarefas
Cuidado ao idoso
Sentimentos
Gestão do tempo
Dificuldades
Satisfação

Tabela 3: Categorias de análise

A definição destas categorias permite-nos compreender o discurso dos participantes para além dos significados imediatos, enriquecendo a leitura das mensagens

contidas nas expressões manifestadas (Bardin, 2009). De acordo com Bardin (2009) a análise de conteúdo é uma técnica de investigação para a descrição objetiva e sistemática do conteúdo manifesto da comunicação.

A técnica de análise de conteúdo pressupõe algumas etapas, que procurámos seguir neste trabalho, definidas por Bardin (2009) como:

- *pré-análise* – preparação e organização do material a ser utilizado, que consistiu no processo de recolha, informatização e sistematização de dados: neste estudo, tal consistiu na realização das entrevistas e respetiva transcrição;

- *codificação* – processo no qual os conteúdos são analisados com base em categorias emergentes ou previamente definidas (como é o nosso caso), procurando evidenciar características pertinentes ao conteúdo expresso no discurso dos participantes;

- *interpretação e discussão dos resultados* – nesta etapa (que será apresentada no capítulo seguinte desta dissertação) iremos procurar colocar em relevo as informações fornecidas pela codificação, permitindo uma análise dos dados recolhidos tendo em atenção os objetivos e as questões formuladas no âmbito desta investigação.

Passando então à codificação, iremos apresentar de seguida a análise das vivências inerentes ao ato de cuidar para cada um dos casos aqui descritos. Esta abordagem compreensiva, recorrendo ao conteúdo das entrevistas, permitiu considerar os entrevistados como informadores, procurando descortinar em que medida as categorias previamente definidas, a partir da revisão da literatura, fazem sentido atendendo às experiências de vida concretas de cada um dos participantes.

Mais concretamente, a análise das entrevistas revelou, não só diferentes vivências, mas também práticas, valores e sentimentos a elas associadas. Esta análise permitiu ainda aceder à influência do contexto social sobre as ações individuais (manifesta numa certa “obrigação de cuidar”, por exemplo), destacando elementos sociais que revestem as ações individuais e, ao mesmo tempo, interpretar o significado que os participantes dão ao ato de cuidar de um familiar idoso (no nosso caso, mulher ou marido).

1.7.1 Apresentação dos resultados da codificação

Categorias	Cuidadora A	Cuidadora B	Cuidador C
<p><i>Formação</i></p> <p>- possuir formação</p> <p>-utilidade da formação</p>	<p>“a gente não pensava isso [ser cuidador] quando era nova”</p> <p>“Não, não, não, não” [possuir formação]</p> <p>“Nunca fui” [a nenhuma formação]</p> <p>“com a idade que estou, que vou eu fazer?” [formação]</p>	<p>“aprendendo sozinha com a experiência”</p> <p>“ninguém me ensinou”</p> <p>“Para quê?” [formação]</p> <p>“a prática também faz com que uma pessoa faça as coisas”</p>	<p>“Foi a experiência que assim me obrigou”</p> <p>“Não, nunca fiz nenhuma” [formação]</p> <p>“Agora também já estou velho” [para fazer formação]</p>
<p><i>Tarefas</i></p> <p>- tarefas executadas</p> <p>- percepção face às tarefas (dificuldade, prazer...)</p>	<p>“O que eu faço todos os dias é... de manhã dou-lhe os remédios em jejum, depois dou-lhe o pequeno-almoço, meto-lhe o pequeno-almoço na boca porque ele está sempre deitado, depois a outra comida (...) E de resto, dou-lhe o almoço, à tarde dou-lhe o lanchezinho e à</p>	<p>“De manhã levanto, dou-lhe banho, visto-o, dou-lhe o pequeno-almoço e vai para o centro de dia. Depois vem às 5:00 da tarde e eu ponho-o na casa de banho, às vezes dou uma voltinha com ele lá fora de casa, (...) dou o jantar, dou a medicação e vai para a cama”</p>	<p>“De manhã dou-lhe o café, eu e a minha filha”</p> <p>“as mulheres do serviço de apoio domiciliário vêm a meio da manhã limpá-la”</p> <p>“E depois ao meio-dia dou-lhe o almoço, comemos, eu ponho-lhe a</p>

	<p>noite a comida. Pronto, é muito trabalho.”</p> <p>“Não, eu não o viro” [na cama]</p> <p>“Não faço mais nada, só dou a comida, só cuido da comida (...) do resto não faço mais nada porque não posso. Não tenho força”</p> <p>“as filhas é que vêm ajudar”</p>	<p>“Ai é é [dar o jantar, mudar a fralda], e dou a comida na boca às vezes”</p> <p>“Andar com ele custa-me tanto”</p> <p>“Todas as coisas são difíceis”</p> <p>“Às vezes [tenho ajuda], nem sempre (...) pela vizinha e pelo filho que vive perto”</p>	<p>comida e depois ela come sozinha”</p> <p>“eu não posso virá-la [na cama], agora não posso com ela”</p> <p>“Faço o que eu posso fazer, o que consigo ainda”</p> <p>“[ao fim-de-semana] a minha filha é que lhe dá de comer e eu faço-lhe o que posso”</p>
<p><i>Cuidado ao idoso</i></p> <p>- qualidade e evolução da relação com a pessoa idosa cuidada</p> <p>- influência na vida pessoal</p>	<p>“A relação com ele... que relações havemos de ter agora? Olhamos um para o outro e falamos um para o outro”</p> <p>“eu agora já não tinha planos</p>	<p>“às vezes enerva-me pronto, tenho que sofrer, não é ele que tem a culpa. A cabeça dele é que dá para ser assim. Ficou da maneira que ficou”</p> <p>“Trabalhar, não posso trabalhar fora,</p>	<p>“por acaso sempre nos demos bem”</p> <p>“[tipo de relação] foi sempre mais carinho, hoje tenho mais pena”</p>

	<p> nenhuns, nada disso”</p> <p> “Temos sempre o mesmo viver um com o outro. (...) A gente vai vivendo conforme deus quer”</p> <p> “Nem nos revoltamos um contra o outro nem contra a vontade de deus. A gente aceita o que deus dá”</p>	<p> não tenho alegria nenhuma. Não tenho vontade nenhuma, nenhuma”</p> <p> “[relação] Piorou. Piorou porque ele às vezes não me conhece. Pronto e não faz o que eu peço”</p> <p> “[houve] alteração no relacionamento”</p>	
<p> <i>Sentimentos</i></p> <p> - sentimentos emergentes ao ato de cuidar</p> <p> - influência do papel de cuidador informal</p>	<p> “Eu não me sinto zangada nada”</p> <p> “ainda podia ser pior. Para já, graças a deus”</p> <p> “Tenho tido muita paciência”</p> <p> “eu sinto-me bem assim, só tenho pena de não poder ir à missa”</p>	<p> “frustração”</p> <p> “ter mais pena dele”</p> <p> “Ter mais coragem, sei lá, olha, não sei”</p> <p> “É o trabalho de casa senão também estava mais deprimida”</p> <p> “[prestação de cuidados] afeta</p>	<p> “Ser amigo dela”</p> <p> “O que eu gostava muito era de ir por aí acima ver as terras por aí, ir com o trator e andava de mota”</p> <p> “levava-a comigo para aqui, para ali... para a missa, para tudo”</p>

	<p>“Ai isso não [comer a casa da filha], estou aqui e passo aqui o tempo”</p>	<p>muito, não posso ir a lado nenhum”</p> <p>“quando não vai [centro de dia] ao sábado e ao domingo, nos dias em que está em casa, não o posso largar”</p>	
<p><i>Gestão do tempo</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - estratégias de uso do tempo - conciliação de papéis, de compromissos e de necessidades pessoais 	<p>“A minha distração é ir até ali à frente e por ali abaixo e por aí acima, ver os animais e o resto sair para outro lado não me interessa (...) gosto de andar de um lado para o outro ali por fora de casa”</p> <p>“Ele fica sozinho porque a gente também não vai assim com muita demora. (...) Ele fica só, está no seu juízo perfeito, graças a deus sabe bem que</p>	<p>“Vejo televisão só”</p> <p>“Só quando ele está no centro de dia é que consigo ir, porque se ele estiver aqui em casa não consigo sair de casa”</p>	<p>“Ouço a rádio e vejo televisão para distrair já que estou sempre aqui em casa”</p> <p>“Eu vou ao médico, tenho que ir, e ela fica aqui [sozinha] em casa ou arranjo uma pessoa para ficar com ela”</p>

	<p>a gente que vai e demora sempre alguma coisa, não se importa que a gente demore uma hora ou duas ou três”</p> <p>“Eu se quiser ir a qualquer lado, vou na mesma. (...) ele não se importa que eu vá, mas agora não saio daqui de casa, só ando ali por fora um bocado e volto para casa outra vez”</p>		
<p><i>Dificuldades</i> - principais dificuldades inerentes ao ato de cuidar</p>	<p>“não tem sido nada complicado. No início caía, mas de resto nunca houve nada de maior”</p>	<p>“Mudar a fralda e vestir também é um bocado complicado porque ele aperta a roupa na mão. Não deixa, não deixa”</p> <p>“quando me cai ao chão, tenho que chamar a vizinha para me ajudar a levantá-lo. E depois ele ganha aquela água na boca e para</p>	<p>“as minhas maiores dificuldades é quando fico sozinho com ela na cozinha, à tarde”</p> <p>“muitas coisas eu não consigo fazer. Não consigo deslocá-la do quarto para</p>

		<p>deitar fora, às vezes estou uma hora de volta dele, porque ele não deita fora”</p> <p>“Estando acordado não para quieto, às vezes até mesmo a dormir, está com a roupa ali a puxar, a puxar pelos com a mão direita. O que eu passo”</p> <p>“quando não dorme nem come eu vejo-me consumida, nem levantar da cama/cadeirão consigo”</p>	<p>a cozinha, não posso”</p>
<p><i>Satisfação</i></p> <p>- fatores de satisfação decorrentes do ato de cuidar</p> <p>- eventuais benefícios do exercício do papel de cuidador/a</p>	<p>“mesmo assim sinto-me feliz”</p> <p>“dá-me satisfação dá (...) o cuidar dele também dá satisfação à gente”</p> <p>“eu gosto que ele esteja sempre fresco e cuidado”</p>	<p>“Que benefícios traz?”</p>	<p>“Eu cuido dela e gosto de fazer o bem”</p>

Tabela 4: Resultados da codificação

1.7.2. Interpretação e discussão dos resultados

Os cuidadores informais idosos são pessoas com idade igual ou superior a 65 anos que não possuem qualquer tipo de formação na área de cuidadores, quando eram novos não pensavam em se preparar para futuramente exercer este cargo, e atualmente subestimam a sua idade ao achar que esta já não lhes permite ter capacidade para participar em formações.

Os padrões de ajuda tendem a desenvolver-se de forma gradual e espontânea durante longos períodos de tempo. Os casais, à medida que envelhecem manifestam algum grau de especialização em resposta às incapacidades num dos seus elementos cujo processo é degenerativo, podendo durar vários anos, sendo que o cuidador tem que se acomodar à dependência e/ou incapacidade do cônjuge (Ribeiro, 2007). Nestas circunstâncias, do mesmo modo que o cônjuge pode nunca vir a definir-se como cuidador, poderá ele próprio, receber apoio do marido/mulher sem nunca percecionar “ser cuidado” no seu sentido mais formal (Zarit & Edwards, 1999, citado por Ribeiro, 2007). De facto, o cuidado em contexto matrimonial tende a ser perspectivado pela díade como uma extensão de intimidade e companheirismo que caracteriza o casamento (Ribeiro, 2007).

Considerando-se o desempenho dos idosos enquanto cuidadores e remetendo-nos para a vulnerabilidade do cuidador idoso, estes apresentam progressivas limitações funcionais que condicionam a quantidade, a qualidade e o tipo de ajuda a ser prestado (Pruchno & Potashnik, 1989, citado por Ribeiro, 2007). A combinação da vulnerabilidade instituída pela própria idade com o stress prolongado a que se encontram sujeitos dadas as consequências da execução das tarefas na sua própria saúde física e mental, pode levar mesmo a uma maior mortalidade desta população (Schulz & Beach, 1999, citado por Ribeiro, 2007). Este facto poderá ser ainda mais preocupante se considerarmos que, com relativa frequência, são cuidadores que excedem os seus próprios recursos e negligenciam as suas necessidades e estado de saúde e da pessoa dependente (Jansson, 2011, citado por Ribeiro, 2007). Segundo Ribeiro (2007) ser idoso, cônjuge e cuidador pode constituir uma trilogia delicada, que, sendo comum, aumenta o número de fatores de risco para a relação de cuidar.

De acordo com Lage (2005, citado por Andrade, 2009), para que a ajuda do cuidador seja eficaz, deverá ser precoce e girar à volta dos eixos da informação, formação,

suporte, alívio e intervenção psicoterapêutica, indo de encontro às reais necessidades do cuidador. No entanto, como foi possível verificar nos entrevistados, os cuidadores idosos não possuem formações e existe muita escassez de informação.

Por um lado, é importante atender às características dos cuidadores que, pela idade, estão eles próprios em situação de vulnerabilidade acrescida e, por outro lado, avaliar convenientemente as especificidades e os contornos de uma relação que é geralmente de longa duração, baseada na reciprocidade e partilha de espaço residencial, deixando muitas vezes de assentar nos parâmetros ditos de solidariedade para dar lugar a um outro tipo de cuidar, mais unidirecional (Ribeiro, 2007).

Tendo em conta as tarefas executadas pelos cuidadores informais idosos, estas são para muitos, difíceis de executar face ao cansaço dos cuidados diários e à sua idade que já não permite grandes esforços. Para estes, baseiam-se em dar os remédios e dar a alimentação na boca. Para os cuidadores que executam tarefas mais agudas, estas passam por fazer levantamentos, fazer a higiene pessoal, vestir, dar a alimentação na boca, os remédios e mudar a fralda.

De acordo com Chappell & Kuehne (1998, citado por Ribeiro, 2007), o cônjuge quando cuidador tende a executar um leque mais amplo de tarefas e a despender de um número acrescido de horas no cuidar, assim como a apresentar um envolvimento maior em várias tarefas.

A prestação informal de cuidados tem focado a sua atenção nos cuidadores principais. No entanto, sabe-se que a maioria dos idosos recebem cuidados por parte de mais do que uma pessoa, sendo que a prestação de cuidados é frequentemente partilhada pelos cuidadores secundários (Pereira, 2008).

Ou seja, em domicílio, a maior parte da responsabilidade pelos cuidados ao idoso dependente é assumida pelo cônjuge, pois é o responsável pela provisão direta ao nível das atividades básicas e instrumentais de vida diária. Ainda assim, os cuidados são muitas vezes partilhados com uma grande rede de suporte, a família.

Os cuidados prestados pela família aparecem como complementares aos prestados pelos cônjuges. A família, embora preste uma assistência regular, tem um envolvimento secundário quando comparado com o do cuidador principal, proporcionando a maior parte

da ajuda nas tarefas menos instrumentais e intensivas, por exemplo, apoio emocional, compras e deslocações ao exterior (Pereira, 2008).

Para além deste apoio familiar, assiste-se frequentemente à integração da pessoa cuidada nos Serviço de Apoio Domiciliário e Centro de Dia, embora a família continue a assumir uma parte muito importante na prestação de cuidados ao idoso dependente.

Neste sentido, os recursos aos serviços disponibilizados ao idoso dependente decorrem das necessidades e da problemática do idoso dependente e das suas famílias (Pereira, 2008).

Ribeiro (2007) identifica a existência de três principais desafios psicossociais que se prendem com a constatação transversal, associados ao cuidar, e ao qual foi possível constatar nas entrevistas realizadas aos cuidadores informais idosos.

O primeiro desafio explicita a necessidade de aprender novas competências relacionadas com os cuidados pessoais e/ou trabalhos domésticos. Esta é uma questão fulcral que traduz a incapacidade, ainda que possa ser temporária, para assumir responsabilidades que pressupõem aprendizagens. Os processos adaptativos vêm, muitas vezes, acompanhados de sentimentos de incompetência, insatisfação, mal-estar e níveis elevados de stress.

O segundo desafio tem em consideração o estado de saúde da pessoa dependente e as limitações, funcionais e mentais, decorrentes da sua condição clínica. Estes são determinantes principais de sobrecarga em vários contextos e independentemente do sexo do cuidador. A demência cria um grande impacto na vida dos cônjuges cuidadores idosos pois passam a existir sentimentos de perda de alguém que se deixa de reconhecer e com quem se partilhou uma história de vida e um património vivencial afetivo, condições que resultam da deterioração cognitiva gradual.

Finalmente, o terceiro desafio assenta na relação estabelecida entre cuidadores e as redes de apoio formal e informal. Este desafio encontra-se intimamente associado às intermitências de um apoio, social e de saúde, que se vislumbra necessário à medida que a “carreira” de cuidador avança.

Como foi possível verificar anteriormente, a opção de cuidar de uma pessoa dependente no domicílio é, por vezes, difícil de ser tomada e implica por parte do

cuidador/família a privação das suas atividades sociais ou mesmo profissionais (Andrade, 2009).

Tendo em conta as repercussões sociais, a desvinculação e o isolamento social são sentimentos que alguns cuidadores têm em relação ao mundo exterior por se encontrarem confinados a um universo habitacional concreto (Ribeiro, 2007). Ficam desgostosos por não conseguirem trabalhar as suas hortas, presenciar os convívios familiares que necessitam de grande deslocação, fazer pequenas horas de trabalho “ao jornal”, sentem-se sem forças para lutar pela vontade e sem alegria nenhuma.

Por outro lado, temos os cuidadores idosos informais que reconhecem que as atividades físicas e sociais que eram feitas anteriormente a ser cuidador, já não conseguiriam ter continuidade face à sua própria incapacidade física, suscitada pela idade avançada.

Através dos entrevistados, evidenciou-se que a presença de maior sobrecarga objetiva e subjetiva se encontra nas mulheres cuidadoras, indicando que estas tendem a reportar níveis mais elevados de depressão, ansiedade ou outra sintomatologia psiquiátrica geral. Inclusive, as mulheres acabam por negligenciar o seu autocuidado. Nos homens, estes tendem a mistificar a assunção de que o cuidar é uma experiência que lhes é pouco nociva (Ribeiro, 2007).

Em resumo, e segundo a revisão de Carpenter & Miller (2002, citado por Ribeiro, 2007), as questões associadas à doença da pessoa dependente, nomeadamente os problemas comportamentais, a deterioração mnésica e o declínio físico, contribuem para a diminuição do bem-estar psicossocial do idoso cuidador, o que se traduz não só em sobrecarga, como em sentimentos intensificados de perda e sofrimento, e uma tomada de consciência da sua própria vulnerabilidade física e psicossocial.

Das repercussões psicológicas temos o stress e outros problemas de saúde mental que geram sentimentos de frustração, ansiedade, inquietação que ocorrem quando existe um desequilíbrio perceptível entre as exigências impostas aos cuidadores e os seus recursos e capacidades para resolver problemas (Andrade, 2009).

A sobrecarga não está diretamente relacionada com as alterações e factos objetivos, mas antes com a avaliação e a interpretação que o indivíduo faz acerca da importância e leitura dos acontecimentos. A mesma situação objetiva pode ser

perspetivada como constrangedora para uns e não para os outros, dependendo do grau de otimismo ou pessimismo existente em cada pessoa (Rolo, 2009).

Assim, a percepção de sobrecarga do cuidador é uma resposta individual, objetiva e subjetiva.

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

No entanto, de acordo com Paúl (1997, citado por Andrade, 2009) e de acordo com os entrevistados, cuidar de uma pessoa idosa não é apenas sinónimo de stress, mas também de aspetos seguramente gratificantes que ultrapassam o cumprimento de qualquer “obrigação moral”. A solidariedade e a felicidade advêm de tornar mais doce o fim da vida de quem nos é querido.

Conforme verificado no contacto com os cuidadores e de acordo com Sousa (2011), estes apontam como as mais frequentes fontes de satisfação: a manutenção da dignidade da pessoa idosa, o orgulho no trabalho que têm desempenhado (que se reflete sobretudo em ver a pessoa bem tratada, bem cuidada e feliz), a consciência de que se dá o melhor, o sentido de realização, o desenvolvimento de novos conhecimentos e competências, o facto de encarar a prestação de cuidados como uma oportunidade de expressão no amor e afeto, e como uma possibilidade de crescimento e enriquecimento pessoal.

Conclusão

Atualmente, estamos perante um desenvolvimento demográfico resultante fundamentalmente de três fatores: baixa taxa de natalidade, fluxos migratórios e fluxos da esperança de vida. Devemos ainda incluir a contribuição do avanço tecnológico, científico e também ao nível da medicina. A esperança média de vida tem aumentado significativamente, fazendo com que as pessoas atinjam faixas etárias avançadas, onde as incapacidades e dependências, bem como o declínio físico e mental assumam maiores probabilidades de acontecer.

O desalento, a frustração e a infelicidade são sentimentos que frequentemente caracterizam a fase da velhice, surgindo muitas vezes associados à impressão de perda de protagonismo, ao isolamento, à solidão social, ao abandono e/ou afastamento de familiares, amigos e companheiros. A parte positiva da velhice está associada ao privilégio de chegar a idades avançadas.

Neste estudo em torno do envelhecimento, abordamos em específico os desafios na prática de cuidar em contexto domiciliário, para os cuidadores informais idosos.

Primeiramente, foi importante perceber o conceito de prestação informal de cuidados. É um conceito definido pelo ato de providenciar cuidados a um membro da família, amigo, ou outro, de modo regular e não remunerado. Estes cuidados são, geralmente, o apoio nas atividades básicas e instrumentais de vida diária. Além desta parte prática, o prestador informal de cuidados tem responsabilidades pela pessoa cuidada, deve responder às suas necessidades e ter preocupação, interesse e afeto pela mesma.

Nesta dissertação focou-se a atenção nos cuidadores idosos cônjuges. Estes são os responsáveis pela provisão direta ao nível das AVD'S e AIVD'S. Como foi possível verificar no estudo, este papel pertence, na sua maioria, ao sexo feminino. Sabemos que a prestação de cuidados é frequentemente partilhada com a família. Em alguns casos a família só presta assistência regular (exemplo: compras), noutros casos, presta nas tarefas instrumentais e intensivas.

As necessidades dos cuidadores estão associadas à noção de valor, pois cada pessoa atribuí um significado diferente ao que é desejável para si. Porém, é importante salientar as necessidades de informação apontando para a aquisição de conhecimentos

práticos (como levantar a pessoa, prestar cuidados de higiene, entre outros) e da falta de conhecimento para lidar com o stress que advém da tarefa de cuidar.

Através deste estudo, é possível comprovar que os cuidadores informais idosos reconhecem que beneficiariam de ter um maior conhecimento sobre as práticas de cuidar e sobre a doença e dependência da pessoa idosa, pois facilitaria e melhoraria a qualidade da prestação dos cuidados. Todavia, desconsideram frequentar formações, pois receiam que a idade já não lhes permita adquirir conhecimentos. Além disto, alguns cuidadores dizem já não ter capacidades para cuidar mesmo que lhes tivesse sido proporcionada a formação.

Por serem cuidadores sem formação, e apesar de muitos terem o apoio da família, recorrem frequentemente a recursos formais para ajudar nos cuidados ao idoso. Verificamos que os apoios mais usufruídos são o Serviço de Apoio Domiciliário (na alimentação e higienização pessoal) e o Centro de Dia.

Para além de serem cuidadores informais, são cuidadores que, pela idade, estão eles próprios em situação de vulnerabilidade acrescida. À medida que vão envelhecendo manifestam algum grau de especialização em resposta às doenças menores da pessoa cuidada, vão-se acomodando à dependência do cônjuge. O cuidado em contexto matrimonial é perspectivado como uma continuidade do companheirismo que caracteriza o casamento.

Para alguns cuidadores informais idosos são estabelecidas várias consequências negativas que advém da prestação informal de cuidados, nomeadamente a privação das suas atividades sociais, a necessidade de aprender novas competências relacionadas com o cuidar, as limitações funcionais, entre outras. Estas consequências contribuem para a diminuição do bem-estar psicossocial do cuidador. As repercussões físicas, psicológicas e sociais traduzem-se em sentimentos de frustração, stress, ansiedade e sobrecarga. A dependência da pessoa cuidada é um processo crescente, o que agrava a sobrecarga.

No entanto, para outros cuidadores informais idosos, os cuidados prestados à pessoa idosa são vistos como gratificantes, pois sentem solidariedade e felicidade ao tornar mais doce o fim de vida de quem lhes é querido.

Através deste estudo, foi possível perceber que os cuidadores informais idosos não possuem qualquer tipo de formação e que se o tivessem de fazer, teria de ser em

idades ativas. Na maioria dos cuidadores informais idosos, as tarefas executadas são rotineiras e sem grande esforço, pois têm uma boa rede de suporte familiar e suporte formal (SAD e Centro de dia). A evolução das relações não sofreu alteração, assim como, o ser cuidador não influenciou de forma intensa as suas vidas pessoais. Na maioria dos casos, são cuidadores informais idosos que, pelas próprias limitações, não conseguiriam ter o dia-a-dia igual ao que tinham antes de exercer este cargo. As dificuldades e a sobrecarga são também subjetivas, uma vez que, quem tem uma boa rede de suporte, carece de menos dificuldades e sente menos sobrecarga. A satisfação, de um modo geral, está presente nos cuidadores informais idosos, a mesma é encontrada no bem-estar do cônjuge.

Como proposta futura, seria de extrema importância preparar as pessoas em vida ativa para possíveis cuidadores idosos, recorrendo a ações de sensibilização, palestras, cursos de formação e panfletos informativos. A esperança média de vida continua a aumentar e esta problemática continuará presente.

Bibliografia

- Andrade, F. M. (2009). *O Cuidado Informal à Pessoa Idosa Dependente em Contexto Domiciliário: Necessidades Educativas do Cuidador Principal*. Dissertação de Mestrado em Ciências da Educação, Área de Especialização em Educação para a Saúde, Universidade do Minho.
- António, S. (2013). *Das Políticas Sociais da Velhice à Política Social de Envelhecimento*. In Carvalho, M. *Serviço Social no envelhecimento*. Lisboa: Pactor.
- Bardin, L. (2009). *Análise de conteúdo*. Lisboa: Edições 70.
- Ferreira, A. (2010). *Qualidade de Vida e Espiritualidade em Idosos com Dor Crónica*. Dissertação de Mestrado em Gerontologia, Secção Autónoma de Ciências da Saúde, Universidade de Aveiro.
- Ferreira, M. (2012). *Ser Cuidador: um estudo sobre a satisfação do cuidador formal de idosos*. Dissertação de Mestrado em Educação Social, Escola Superior de Educação de Bragança.
- Figueiredo, D. (2007). *Prestação familiar de cuidados a idosos dependentes com e sem dependência*. Dissertação de Doutoramento em Ciências da Saúde, Secção Autónoma de Ciências da Saúde, Universidade de Aveiro.
- Fonseca, A. M. (2004). *O envelhecimento. Uma abordagem psicológica*. Lisboa: Universidade Católica Portuguesa.
- Freitas, P.C. (2011). *Solidão em Idosos: Perceção em Função da Rede Social*. Dissertação de Mestrado em Gerontologia Social Aplicada, Universidade Católica Portuguesa, Braga.
- Instituto Nacional de Estatística. (2004). *Projeções de população residente em Portugal 2000-2050*. Lisboa: INE.
- Instituto Nacional de Estatística (2021). Censos 2021. Retirado de https://censos.ine.pt/xportal/xmain?xpgid=censos21_main&xpid=CENSOS21&xlang=pt
- Matos, A., Perufo, K. (2016). *Envelhecimento: um Olhar Interdisciplinar "O mais importante e ter saúde"*: representações sociais sobre o envelhecimento positivo ". Hucitec.
- Pereira, A. S. (2008). *Cuidadores Familiares e Idosos Dependentes: Perfil, Motivos e Satisfação com a Vida*. Dissertação de Mestrado em Gerontologia, Secção Autónoma de Ciências da Saúde, Universidade de Aveiro.
- Pimentel, L. (2005). *O lugar do idoso na família*. Coimbra: Quarteto.
- Ramiro, J. (2012). *Envelhecimento e dinâmicas sociais*. Coimbra.

- Rezende, C. B. (2008). *A velhice na Família: Estratégias de Sobrevivência*. Dissertação de Mestrado em Serviço Social e Sociedade, Faculdade de História, Direito e Serviço Social, Universidade Estadual Paulista "Júlio de Mesquita Filho", Petrópolis.
- Ribeiro, O. M. (2007). *O Idoso Prestador Informal de Cuidados: Estudo sobre a experiência masculina do cuidar*. Dissertação de Doutoramento em Ciências Biomédicas, Instituto de Ciências Biomédicas de Abel Salazar da Universidade do Porto.
- Rolo, L. C. (2008). **Sobrecarga e Satisfação com a Vida: A Perceção dos Cuidadores Informais de Idosos**. Dissertação de Mestrado em Gerontologia, Universidade de Aveiro.
- Rosa, M. J. (2012). *O Envelhecimento da Sociedade Portuguesa*. Lisboa: FFMS
- Saraiva, S. (2008). *O cuidador informal ao idoso dependente*. Dissertação de Mestrado em Gerontologia, Secção Autónoma de Ciências da Saúde, Universidade de Aveiro.
- Sousa, A. (2011). *Quando o Cuidador é Idoso: Impacto Físico, Emocional e Social do Cuidador Informal Idoso*. Dissertação de Mestrado, Universidade Católica Portuguesa, Braga.
- Spar, J. & La Rue, A. (2005). *Guia Prático de Psiquiatria Geriátrica*. Lisboa: Climepsi Editores.
- Strauss, A., Corbin, J. (1998). **Basics of Qualitative Research: Techniques and Procedures for Developing Grounded Theory**. Thousand Oaks, CA: Sage Publications.
- Yin, R. K. (1989). **Case study research: Design and methods**. London: Sage Publications.

ANEXO



CATOLICA
FACULDADE DE FILOSOFIA
E CIÊNCIAS SOCIAIS

BRAGA

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

O meu nome é Ana Catarina Rodrigues Miranda e estou atualmente a frequentar o Mestrado em Gerontologia Social Aplicada na Universidade Católica Portuguesa de Braga, estando a elaborar uma dissertação cuja temática assenta nos Cuidadores Informais Idosos: desafios para a prática de cuidar em contexto domiciliário, sob a orientação do Professor António Fonseca.

O objetivo deste estudo consiste em:

- perceber as condições da prestação de cuidados dos cuidadores idosos informais;
- entender quais as experiências e vivências dos idosos em situação de cuidadores;
- avaliar o impacto físico, emocional e social do papel de cuidador informal;
- verificar se existe sobrecarga da população alvo no ato de cuidar.

No âmbito deste estudo estou a proceder a uma recolha de dados, para o qual solicitamos a sua colaboração através de uma entrevista. Todas as informações fornecidas por si serão confidenciais e os dados recolhidos serão usados exclusivamente para esta investigação. Com o intuito de facilitar o registo dos dados da entrevista gostaria de obter uma autorização para gravar, em áudio, a entrevista.

Tem o direito de parar a entrevista a qualquer momento e de não responder a questões que não queira. Não existem respostas corretas ou incorretas, apenas as suas opiniões e relatos sobre a sua experiência.

Eu, _____, fui esclarecido(a) sobre o Estudo: “Os Cuidadores Informais Idosos: desafios para a prática de cuidar em contexto domiciliário” e concordo em participar e que os meus dados sejam utilizados na realização do mesmo.

Ponte de Lima, _____ de _____ de 2022

Assinatura: _____