

**Resiliência em cuidadores informais familiares  
de idosos dependentes**

**Sandra Cristina Bento Fernandes**

Dissertação apresentada à Escola Superior de Educação de Bragança  
para a obtenção do grau de Mestre em  
Educação Social – Educação e Intervenção ao Longo da Vida

Orientada por

**Professora Doutora Maria do Nascimento Esteves Mateus**

Bragança

Julho, 2018

*“Só não se encanta com a vida  
quem não consegue ver além  
da cortina das suas dificuldades”*

Cury (2002, p. 17)

## **Dedicatória**

À minha família

## **Agradecimentos**

Manifesto desde já o meu profundo e sincero agradecimento a todos aqueles que direta e indiretamente contribuíram para a concretização desta dissertação de mestrado, que para mim representou mais um projeto de vida alcançado com muito esforço, empenho e dedicação.

Em primeiro lugar, agradeço aos meus pais que sempre me apoiaram nas escolhas académicas e profissionais que fiz até agora, sendo esta mais uma etapa que encararam com sentimento de compreensão e orgulho pelo trabalho que desenvolvi, estimulando-me intelectual e emocionalmente.

Agradeço com especial reconhecimento à minha orientadora Professora Doutora Maria do Nascimento Esteves Mateus pela constante disponibilidade na orientação e esclarecimento de dúvidas, pelo apoio demonstrado, pelo seu saber científico e partilha de conhecimentos, pelo rigor manifestado que me ajudou sempre a melhorar e por toda a atenção dedicada a este estudo.

Uma palavra de apreço ao Instituto Politécnico de Bragança, que através da Escola Superior de Saúde e Escola Superior de Educação, contribuíram para a minha formação na área social relacionada com a população sénior, na qual exerço atualmente a minha atividade profissional. A todos os professores desta nobre instituição de ensino superior, que se cruzaram comigo no meu percurso académico, o meu agradecimento pelos ensinamentos que me transmitiram.

Um enorme e sentido agradecimento a todos os cuidadores informais familiares que aceitaram participar neste estudo, pela forma carinhosa como me receberam e pela partilha de testemunhos e experiências, sem os quais a concretização deste trabalho não seria possível. Por eles e para eles continuarei a trabalhar para lhes proporcionar todo o apoio que estiver ao meu alcance.

Agradeço à Santa Casa da Misericórdia de Bragança pela autorização concedida para a aplicação do instrumento de recolha de dados aos cuidadores familiares dos clientes do Serviço de Apoio Domiciliário, bem como à investigadora Vaughn Sinclair pela permissão do uso da escala de avaliação utilizada neste estudo e da qual é autora.

Às pessoas amigas, pelo apoio e amizade e a todos aqueles que acreditaram em mim, expresso o meu sincero sentimento de enorme gratidão!

# Índice geral

<b>Agradecimentos .....</b>	<b>iv</b>
<b>Índice geral.....</b>	<b>v</b>
<b>Figuras .....</b>	<b>viii</b>
<b>Tabelas.....</b>	<b>ix</b>
<b>Siglas .....</b>	<b>x</b>
<b>Resumo .....</b>	<b>xi</b>
<b>Abstract .....</b>	<b>xii</b>
<b>Introdução .....</b>	<b>1</b>
<b>Capítulo I.....</b>	<b>4</b>
<b>Enquadramento teórico .....</b>	<b>4</b>
1. Concetualização do envelhecimento.....	4
1.1.Envelhecimento individual ou humano.....	5
1.2.Envelhecimento demográfico em Portugal .....	9
1.3.Envelhecimento demográfico no distrito de Bragança .....	14
1.4.O idoso dependente .....	17
2. Respostas sociais.....	19
3. Prestação de cuidados .....	23
3.1. O ato de cuidar .....	24
3.2. O cuidador formal e o cuidador informal.....	25
4. Resiliência.....	31
4.1. Fatores e características associadas à resiliência.....	34
4.2. Sobrecarga do cuidador.....	37
4.3. <i>Coping</i> .....	38

<b>Capítulo II.....</b>	<b>41</b>
<b>O problema, os objetivos, a seleção da amostra a metodologia e procedimentos utilizados na recolha de dados.....</b>	<b>41</b>
1. Formulação do problema e dos objetivos .....	41
2. Seleção da amostra e procedimentos utilizados.....	42
3. Metodologia .....	43
3.1. Natureza da investigação.....	44
3.2. Instrumentos de recolha de dados .....	45
3.3. Questões éticas da recolha de dados .....	49
3.4. Tratamento da informação .....	50
<b>Capítulo III.....</b>	<b>52</b>
<b>Apresentação, análise e discussão dos resultados.....</b>	<b>52</b>
1. Análise da caracterização sociodemográfica dos participantes .....	52
1.1. Análise comparativa entre CIFRs e CIFUs.....	58
2. Análise de conteúdo da entrevista semiestruturada .....	61
2.1. Análise da subcategoria A1. Papel e tarefas do/a cuidador/a informal familiar .....	62
2.2. Análise da subcategoria A2. Dificuldades associadas ao ato de cuidar .....	65
2.3. Análise da subcategoria A3. Constrangimentos na vida pessoal do/a cuidador/a informal familiar .....	68
2.4. Análise da subcategoria A4. Ganhos e/ou perdas em ser cuidador/a informal familiar .....	70
2.5. Análise da subcategoria A5. Valorização do papel do cuidador/a informal familiar .....	72
3. Análise da classificação da Escala Breve de <i>Coping</i> Resiliente.....	75
4. Discussão dos resultados .....	78

<b>Considerações finais .....</b>	<b>81</b>
<b>Referências bibliográficas .....</b>	<b>84</b>
<b>Anexos.....</b>	<b>95</b>
Anexo 1.....	96
Anexo 2.....	99
Anexo 3.....	100
Anexo 4.....	103
Anexo 5.....	105
Anexo 6.....	107
Anexo 7.....	109
Anexo 8.....	111
Anexo 9.....	132

## **Figuras**

Figura 1 – Pirâmide etária da população residente, Portugal, 1991, 2001 e 2016

Figura 2 – Índice de Envelhecimento, Portugal, 1970-2016

Figura 3 – Índice dependência de idosos, Portugal e NUTS II, 2011-2016

Figura 4 – Pirâmide etária, Portugal, 2015 (estimativas) e 2080 (projeções, por cenários)

Figura 5 – Índice de envelhecimento, Portugal, 1991-2080 (projeções, por cenários)

## **Tabelas**

Tabela 1 – Índice de envelhecimento no distrito de Bragança, por concelho

Tabela 2 – Índice de dependência de idosos no distrito de Bragança, por concelho

Tabela 3 – Respostas Sociais em Portugal, por distrito

Tabela 4 – Fatores encontrados em pessoas resilientes

Tabela 5 – Caracterização sociodemográfica CIFR

Tabela 6 – Caracterização sociodemográfica CIFU

Tabela 7 – Caracterização sociodemográfica dos CIFs (análise comparativa)

Tabela 8 – Nível resiliência CIFR

Tabela 9 – Nível resiliência CIFU

## Siglas

ABVD – Atividades Básicas de Vida Diária  
AF – Acolhimento Familiar  
AIVD – Atividades Instrumentais de Vida Diária  
CATI – Centro de Acolhimento Temporário para Idosos  
CC – Centro de Convívio  
CD – Centro de Dia  
CF – Cuidador Formal  
CI – Cuidador Informal  
CIF – Cuidador Informal Familiar  
CIFR – Cuidador Informal Familiar Rural  
CIFU – Cuidador Informal Familiar Urbano  
CN – Centro de Noite  
EBCR – Escala Breve de *Coping* Resiliente  
ERPI – Estrutura Residencial para Pessoas Idosas  
EUROSTAT – Gabinete de Estatísticas da União Europeia  
INE – Instituto Nacional de Estatística  
IPSS – Instituição Particular de Solidariedade Social  
MTSS – Ministério do Trabalho e da Segurança Social  
NUTS – Nomenclatura das Unidades Territoriais para Fins Estatísticos  
OMS – Organização Mundial de Saúde  
PORDATA – Base de Dados Portugal Contemporâneo  
RI – Residência para Idosos  
SAD – Serviço de Apoio Domiciliário  
SCMB – Santa Casa da Misericórdia de Bragança

## Resumo

O presente estudo, cujo tema é a *Resiliência em cuidadores informais familiares de idosos dependentes*, visa compreender a capacidade adaptativa dos cuidadores informais familiares (CIFs), face às dificuldades vividas diariamente, através do conceito de resiliência. Para tal, foi formulado o problema de investigação: *Qual a capacidade de resiliência do cuidador informal familiar de idosos dependentes, face às dificuldades resultantes do ato de cuidar?* e definidos os objetivos: *Compreender as dificuldades associadas ao ato de cuidar, sentidas pelo CIF; Verificar quais os constrangimentos sentidos na vida pessoal do CIF; Analisar os ganhos e/ou perdas em ser CIF; Discutir a valorização do papel do CIF e Avaliar o nível de resiliência do CIF.* A metodologia é de natureza mista, quantitativa e qualitativa, tendo sido usados como instrumentos de recolha de dados, um inquérito por questionário que permitiu a caracterização sociodemográfica, uma entrevista semiestruturada, cuja análise de conteúdo das respostas permitiu compreender e interpretar os testemunhos dos entrevistados de uma forma organizada, e a aplicação da Escala Breve de *Coping* Resiliente para avaliar a capacidade de resiliência. Foi selecionada uma amostra por conveniência, sendo escolhidos 20 CIFs de entre 89 clientes do Serviço de Apoio Domiciliário (SAD), da Santa Casa da Misericórdia de Bragança (SCMB). Os resultados permitiram verificar que, de um modo geral, os cuidadores apresentam uma capacidade média de resiliência, sendo na sua maioria cuidadores do género feminino. Os filhos são os cuidadores que revelam níveis de adaptação superiores, tal como aqueles que prestam cuidados há menos tempo e os que se encontram profissionalmente inativos. As principais dificuldades dos CIFs estão relacionadas com o desgaste físico e emocional/psicológico, apontando a aprendizagem, a experiência e o fortalecimento das relações afetivas com os familiares cuidados como os maiores ganhos da sua condição de cuidador, sendo a limitação da liberdade e a alteração da dinâmica familiar os grandes constrangimentos na vida pessoal. Os participantes sentem ainda bastante reconhecimento social pela missão que executam. Perante as adversidades vividas pelos cuidadores informais familiares, o Educador Social deve assumir um papel interventivo no sentido de encontrar estratégias que proporcionem maior orientação e apoio.

**Palavras-chave:** resiliência; ato de cuidar; cuidador informal familiar; idoso dependente.

## Abstract

The present study, whose theme is the *Resilience of informal family caregivers of elderly dependents*, aims to understand the adaptive capacity of informal family caregivers (IFCs), faced with the difficulties experienced daily, through the concept of resilience. For this, the research problem was defined: *What is the resiliency capacity of the informal family caregiver of dependent elderly, given the difficulties resulting from caring?* and defined the objectives: To understand the difficulties associated with the act of caring, felt by the IFC; Check the constraints felt in the personal life of the IFC; Analyze the gains and /or losses in being IFC; Discuss the valuation of the role of the IFC and Evaluate the level of resilience of the IFC. The methodology was mixed, quantitative and qualitative, and a questionnaire survey was used as a data collection instrument that allowed the sociodemographic characterization, a semi-structured interview, whose analysis of the content of the answers allowed to understand and interpret the interviewees' testimonies in an organized form, and the application of the Resilient Coping Brief Scale to assess resilience capacity. The sample was selected for convenience, being chosen 20 IFCs from 89 clients of the Domiciliary Support, of the Santa Casa da Misericórdia de Bragança. The results show that, in general, the caregivers present an average capacity of resilience, being mostly caregivers of the feminine gender. Caregivers' children show higher levels of adjustment, such as those who care less and those who are professionally inactive. The main difficulties of the IFCs are related to the physical and emotional / psychological exhaustion, pointing to the learning, the experience and the strengthening of the affective relations with the familiar cares as the greater gains of their condition of caregiver, being the limitation of freedom and the alteration of the family dynamics the great constraints in personal life. Participants still feel a lot of social recognition for their mission. Faced with the adversities experienced by informal family caregivers, the Social Educator must take an intervention role in finding strategies that provide greater guidance and support.

**Keywords:** resilience; caregiving; informal caregiver family; dependent elderly.

## Introdução

Pretende-se com este estudo, subordinado ao tema *Resiliência em cuidadores informais familiares de idosos dependentes*, compreender a capacidade de superação dos CIFs, traduzida através do conceito de resiliência.

O envelhecimento da população constitui um fenómeno à escala europeia e mundial, em especial nos países desenvolvidos. Em Portugal, é uma realidade incontornável revelada pela queda da natalidade e aumento da longevidade. No futuro, o panorama tem tendência a agravar-se pois segundo as estimativas do INE (2017a), entre 2015 e 2080, a população com 65 ou mais anos de idade residente em Portugal poderá passar de 2,1 para 2,8 milhões de pessoas.

O Nordeste Transmontano, sendo a área geográfica em que este estudo incide, não é exceção uma vez que nos últimos anos o índice de envelhecimento se tem agravado.

O envelhecimento humano tem de ser considerado ao nível biopsicossocial de forma a ser compreendido na sua plenitude podendo trazer consequências e implicações a diversos níveis, nomeadamente no âmbito da prestação de cuidados, pois as respostas sociais existentes já se revelam insuficientes para dar resposta à procura.

Muitas famílias são obrigadas a manter os idosos em casa por questões de natureza económica, mas outras fazem-no por sentimento de dever. Os cuidadores informais são elementos fundamentais na prestação dos cuidados à pessoa idosa dependente, no entanto acabam por assumir um papel que lhes causa desgaste físico e emocional para o qual podem não estar preparados.

A motivação desta investigação prende-se sobretudo com o facto de as investigações nesta área serem ainda escassas, tornando-se fundamental conhecer as dificuldades vividas e as competências para transformar problemas em oportunidades, no sentido de melhor definir estratégias de intervenção ao nível do apoio ao cuidador.

Quanto à estrutura, o presente trabalho encontra-se dividido em três capítulos. No capítulo I, o enquadramento teórico vai permitir uma abordagem concetual sobre o envelhecimento humano, biológico, psicológico e social, bem como sobre o envelhecimento demográfico em Portugal e no distrito de Bragança. É ainda feita referência às respostas sociais existentes no país na área sénior, teorizando também

acerca da prestação de cuidados pelos familiares, abordando o seu perfil, competências, papel e dificuldades e terminando no conceito de resiliência e suas especificidades.

No capítulo II, relativo à investigação empírica, será formulado o problema - *Qual a capacidade de resiliência do cuidador informal familiar de idosos dependentes, face às dificuldades resultantes do ato de cuidar?* - como questão para a qual se pretendem obter respostas. Serão ainda definidos os objetivos do estudo, - *Compreender as dificuldades associadas ao ato de cuidar, sentidas pelo CIF; verificar quais os constrangimentos sentidos na vida pessoal do CIF; analisar os ganhos e/ou perdas em ser CIF; discutir a valorização do papel do CIF e avaliar o nível de resiliência do CIF.*

Serão também apresentados os procedimentos utilizados para a seleção da amostra por conveniência que se constitui como não probabilística, sendo selecionados 20 CIFs de entre 89, tendo por base os contactos a partir do SAD, da SCMB.

Será ainda apresentada a metodologia, sendo esta de natureza mista, quantitativa e qualitativa, explicados os instrumentos de recolha de dados, constituídos por um inquérito de caracterização sociodemográfica, por uma entrevista semiestruturada e pela aplicação da Escala Breve de *Coping* Resiliente. São ainda especificadas as questões éticas relacionadas com a recolha de dados e explicada a forma como a informação obtida vai ser tratada.

No capítulo III, será feita a apresentação, análise e discussão dos resultados obtidos através da aplicação dos instrumentos de recolha de dados, que nos permitirá fazer a caracterização sociodemográfica da amostra, proceder à análise de conteúdo das respostas dos entrevistados e avaliar os seus níveis de resiliência, com base na referida escala, autorizada para o efeito.

Através dos resultados obtidos podemos considerar que a capacidade de adaptação a situações difíceis não mostra existirem diferenças significativas entre homens e mulheres, sendo que estas se apresentam em maior número. Constatamos também que o desgaste físico e emocional/psicológico é apontado como a principal dificuldade sentida pelo CIF associada ao ato de cuidar e que a limitação da liberdade, a alteração da dinâmica familiar e das rotinas diárias são os maiores constrangimentos sentidos na vida pessoal do cuidador. O regozijo da sua condição pela aprendizagem e experiência que adquiriram, bem como o fortalecimento de relações afetivas com o idoso são consideradas como ganhos, enquanto a limitação da liberdade e a alteração da dinâmica familiar como as grandes perdas na vida pessoal. O papel do cuidador é bastante reconhecido e valorizado socialmente pela missão que executa, mas há

desvalorização por parte dos familiares e da pessoa cuidada. A resiliência mostra-se superior nos filhos, nos aposentados e nos cuidadores mais recentes e os participantes apresentam uma capacidade de resiliência média, com níveis ligeiramente superiores nos CIFUs.

Nas considerações finais serão abordados os resultados da investigação, propondo-se uma análise reflexiva em torno das suas principais implicações para o campo de intervenção social na prestação de cuidados informais familiares à pessoa idosa.

Por fim, apresentam-se as referências bibliográficas utilizadas para fundamentar o enquadramento teórico e a investigação empírica e os anexos que serviram de base à realização desta investigação.

# Capítulo I

## Enquadramento teórico

Neste capítulo apresenta-se uma abordagem concetual dos pontos fundamentais que vão sustentar teoricamente este estudo, subordinado ao tema *Resiliência em cuidadores informais familiares de idosos dependentes*. Serão focados a concetualização do envelhecimento, nomeadamente o envelhecimento individual ou humano, o envelhecimento biológico, psicológico e social. Salientamos o problema do envelhecimento demográfico em Portugal, destacando o que se passa no distrito de Bragança, dado ser a área geográfica onde se enquadra o nosso estudo.

Sendo o envelhecimento uma realidade torna-se fundamental abordar a prestação de cuidados ao idoso, nomeadamente ao idoso dependente, destacando a importância do CIF e o perfil, competências, dificuldades e resiliência bem como as respostas sociais dirigidas à população sénior nas suas diversas formas de assistência, salientando a importância de *coping*, como estratégia para lidar com situações indutoras de *stress*.

No ponto abaixo enunciado, apresentaremos uma breve abordagem sobre a concetualização do envelhecimento.

### 1. Concetualização do envelhecimento

Segundo Faria e Marinho (2004) o envelhecimento refere-se a uma evolução múltipla do indivíduo que engloba diversos fatores que se relacionam entre si e que condicionam este processo de mudança. Mas, de acordo com Sequeira (2010), o envelhecimento está associado a um conjunto de alterações biológicas, psicológicas e sociais que se processam ao longo da vida, pelo que é difícil encontrar uma data a partir da qual se possam considerar as pessoas como sendo “velhas”. Este facto está em grande parte associado à falta de consenso quanto à semântica e uso das palavras “idoso” e “velho” (p. 7).

Os conceitos de envelhecimento e de velhice devem ser distinguidos, pois segundo Fontaine (2000) o envelhecimento assume-se como um processo que se inicia à nascença do ser humano e que se devolve durante o percurso de vida, enquanto a velhice é considerada uma condição ou um período no qual se evidenciam características de um grupo de indivíduos com particularidades genuínas.

Têm sido várias as abordagens concernentes ao processo do envelhecimento. As primeiras abordagens concetualizavam-no como um processo de declínio progressivo, colocando os indivíduos meramente em situação de perdas sucessivas. Este modelo inicial é, de acordo com Alves (2015), desenvolvido a partir da biologia e da medicina e caracteriza o envelhecimento como um processo universal, progressivo e irreversível. A velhice também é definida por Morais (1994), citado por Silva (2006), como estado ou condição de velho, sinónimo de idoso, de idade avançada, período do ciclo da vida humana que sucede à idade madura, venerável, digno de respeito apresentando-se como uma dimensão biológica e uma dimensão cultural.

Hoje, o envelhecimento da população, segundo a Organização Mundial da Saúde (2002), não tem paralelo na história da humanidade, constituindo um fenómeno global com efeitos em cada pessoa, homem ou mulher, jovem ou adulto, com consequências e implicações em todas as áreas do quotidiano da vida humana, afetando o crescimento económico, o investimento e o consumo, o mercado de trabalho, as pensões, os custos com a saúde, os cuidados de umas gerações relativamente às outras, os cuidados de saúde, a composição da família e dos alojamentos.

De acordo com o Instituto Nacional de Estatística (INE, 2015) o processo de envelhecimento, que cada vez mais tem sido considerado como um problema social, pode ser analisado à luz de duas grandes perspetivas: do ponto de vista individual ou humano e do ponto de vista demográfico.

Para esclarecer alguns conceitos apresentaremos, de imediato, o que é envelhecimento individual ou humano, o envelhecimento biológico, psicológico e social.

### **1.1. Envelhecimento individual ou humano**

Entende-se o envelhecimento individual ou humano, segundo o Ministério da Saúde (2004), como um processo de mudança progressiva da estrutura biológica, psicológica e social, que se desenvolve ao longo da vida. O envelhecimento normal, para a OMS (2002), representa as alterações biológicas universais que ocorrem com a idade e que não são afetadas pela doença e pelas influências ambientais.

Fontaine (2000) considera que não acontece da mesma forma para todos os indivíduos, ou seja, ele pode ter ritmos diferentes e ocorrer em períodos cronológicos

distintos. Assim, apesar de o envelhecimento ser um imperativo da vida, ele processa-se de muitas maneiras decorrentes das características pessoais e biológicas dos sujeitos, bem como das especificidades individuais relacionadas com a personalidade, sempre em interação com o meio que o rodeia.

Desta forma, pode considerar-se que o envelhecimento representa, de acordo com Zimmerman (2000), um mecanismo que representa “(...) alterações biológicas, psicológicas e sociais no indivíduo, de forma natural e gradativa, sendo em maior ou menor grau, de acordo com as características genéticas e, principalmente, com o modo de vida de cada indivíduo” (p. 21).

Para Silva (2006) a redução da mortalidade infantil e o aumento da esperança média de vida possibilitam que um número, cada vez maior, de pessoas atinja as idades mais avançadas, o que determina o aumento exponencial da população vulnerável às doenças crónicas e às doenças degenerativas decorrentes da idade.

### **1.1.1. Envelhecimento biológico**

Na perspetiva de Silva (2006) a velhice surge constantemente ligada à idade avançada, pressupondo uma menor capacidade de execução de determinadas tarefas devido ao desgaste físico e psicológico, e por isso, ela é essencialmente biológica, mas também de natureza social pelas suas implicações e consequências.

No dizer de Alves (2015) “o envelhecimento biológico refere-se às transformações físicas, reduzindo a eficiência dos sistemas funcionais do organismo. Este resulta da vulnerabilidade crescente do idoso e de uma maior probabilidade de morrer, designada de senescência” (p. 6). Mas para McArdle, Katch e Katch (1998) o envelhecimento biológico é caracterizado pela diminuição da taxa metabólica, em consequência da redução das trocas energéticas do organismo. Verifica-se uma diminuição acentuada da capacidade de regeneração das células, o que leva ao envelhecimento dos tecidos.

Já Hayflick (1994) considera que as mudanças corporais associadas ao envelhecimento biológico são decorrentes do facto de as células não serem imortais, da sua substituição não ser ilimitada e devido à morbilidade a que ao longo da vida as pessoas se encontram expostas. Parece que o envelhecimento é inevitável, pelo que se espera que o mesmo não se associe à perda de autonomia e independência do idoso.

Segundo Sequeira (2010) é particularmente no idoso que “as características do envelhecimento do corpo se tornam mais evidentes. A pele e os músculos ficam com menor elasticidade, há um declínio da massa e da força muscular, ao qual se associa uma lentidão do funcionamento dos sistemas corporais” (p. 21).

Do processo de envelhecimento fazem parte as alterações estruturais e as funcionais e

(...) as estruturais surgem essencialmente a nível metabólico e celular traduzindo-se em mudanças na imagem corporal: células e tecidos; composição global do corpo e peso; músculos, ossos e articulações; pele e tecido subcutâneo e tegumento. As alterações funcionais ocorrem ao nível dos sistemas do organismo: cardiovascular; respiratório; renal e urinário; gastrointestinal; nervoso e sensorial; endócrino e metabólico; reprodutor e imunitário (Berger, 1995, p. 35).

Nos casos em que a decadência é demasiado evidente, Serrano (2012) entende que pode ocorrer um decréscimo das capacidades funcionais submetendo o idoso a posição mais vulnerável, nomeadamente através do diagnóstico de determinadas patologias que poderão influenciar a manutenção da sua capacidade de independência. Salientamos que

(...) Estas alterações são transversais a todos os indivíduos, porém, é relevante equacionar a possibilidade de estas alterações não atingirem necessariamente todas as pessoas idosas, por haver uma individualidade biológica e formas particulares de envelhecer. O declínio fisiológico não tem de ser acompanhado por doenças, podendo existir envelhecimento fisiológico com ausência de enfermidades, pelo que há um elevado número de indivíduos que atinge a idade avançada sem, no entanto, ter problemas a nível biológico (Alves, 2015, p. 7).

### **1.1.2. Envelhecimento psicológico**

As mudanças físicas no idoso têm repercussões psicológicas, que se traduzem em alterações de atitudes e comportamentos, pois o envelhecimento é um processo dinâmico e complexo. Ao nível psicológico, avalia-se o equilíbrio entre as limitações e

as potencialidades do indivíduo, de modo a minimizar as perdas associadas ao processo de envelhecimento. Sequeira (2010) afirma que “o envelhecimento psicológico depende de fatores patológicos, genéticos, ambientais, do contexto sociocultural em que se encontra inserido e da forma como cada um organiza e vivencia o seu projeto de vida” (p. 23). Desta forma, a manutenção de um certo número de atividades constitui um fator de estabilidade por excelência.

Para Farinha (2013) o envelhecimento psicológico não representa necessariamente um processo gradual por natureza. Ele pode ocorrer ao longo do tempo, mas está muito dependente da forma como o indivíduo procura conhecer-se a si próprio e do sentido que dá à vida. Neste contexto, o envelhecimento pode estar associado

(...) a diversas mudanças ao nível psicológico, nomeadamente na dificuldade de adaptação a novos papéis; falta de motivação e dificuldade de planear o futuro; necessidade de adaptação a perdas orgânicas, afetivas e sociais; alterações psíquicas que necessitam de tratamento; doenças psicológicas (depressão, hipocondria, somatização, paranóia, suicídios) e, por fim, baixa autoimagem e autoestima (Zimmerman, 2005, p. 17).

O envelhecimento psicológico está, ainda, relacionado com padrões sociais relacionados com a pessoa idosa e que podem desencadear efeitos negativos como refere Osório e Pinto (2007) relacionados com a “improdutividade, perda de interesses na vida, incapacidade de adaptação a novas situações” (p. 13). Por outro lado, Cruz (2005) considera que as dificuldades sentidas pelo idoso para se adaptar às alterações de ordem física e social podem influenciar o envelhecimento psicológico.

Porém, existem fatores que, segundo Alves (2015) podem “atenuar o envelhecimento psicológico como a existência de atitudes otimistas e a procura de sentido para a própria vida. Para atenuar o desgaste físico e biológico do envelhecimento cabe ao indivíduo saber viver e adaptar-se a essas limitações” (p. 7). De acordo com Zimmerman (2005), a prática de exercício físico, alimentação equilibrada, estimulação cognitiva e atividades em grupo assumem uma grande importância, proporcionando um envelhecimento mais saudável e melhor adaptação às limitações associadas ao envelhecimento.

### **1.1.3. Envelhecimento social**

Segundo Paúl (2005) este tipo de envelhecimento refere-se “aos papéis e hábitos que o indivíduo assume na sociedade e na medida em que mostra os comportamentos esperados pela sua cultura, num processo dinâmico de envelhecimento” (p. 12). De forma a evitar o envelhecimento social, é essencial que o indivíduo conviva em sociedade e, para tal, necessita de adotar comportamentos socioculturais no contexto em que está inserido, definindo, ainda, objetivos e rotinas que lhes permitam o sentimento de pertença a esse contexto.

Na perspetiva de Zimmerman (2005) o envelhecimento social pode representar algumas mudanças como é o caso de crises de identidade, reforma, mudança de papéis, perdas e diminuição de contactos sociais, situações que afiguram a falta de um papel social e que podem traduzir-se na diminuição da autoestima. É natural que existam ganhos e perdas associadas a esta etapa de vida, no entanto, para Alves (2015) “é imprescindível que os idosos consigam equilibrar os papéis que desempenham na sociedade e no seio da família de modo a sentirem-se integrados e a evitarem, assim, o envelhecimento social” (p. 8).

Em seguida, abordaremos o envelhecimento demográfico em Portugal, como um fator determinante para a existência da prestação de cuidados a uma população sénior envelhecida.

## **1.2. Envelhecimento demográfico em Portugal**

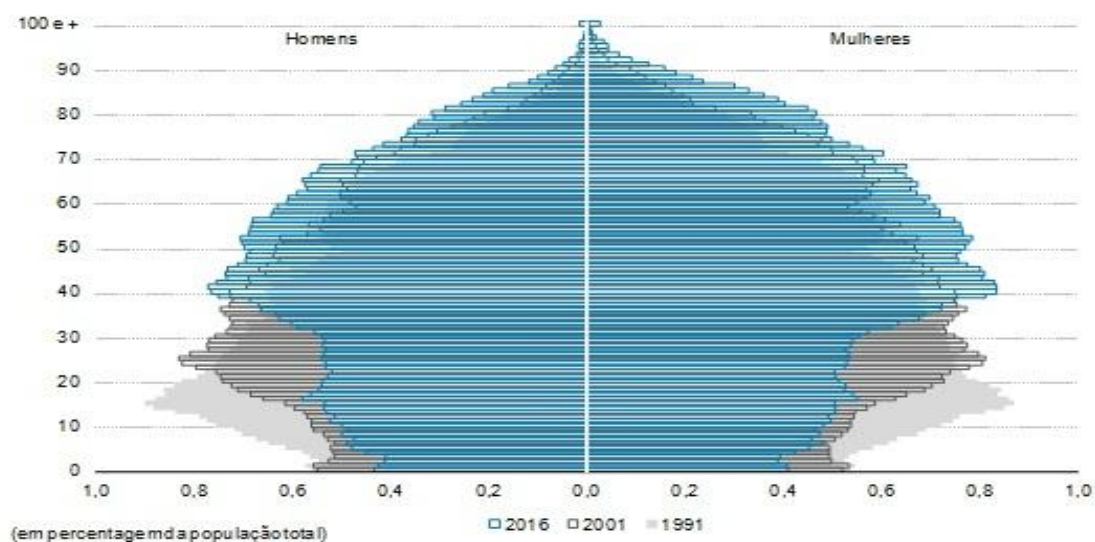
O envelhecimento demográfico refere-se ao

(...) aumento da importância estatística da população idosa, o chamado envelhecimento no topo, que se caracteriza pela diminuição da importância estatística da população em idade jovem, o que leva, automaticamente, a um envelhecimento na base (Rosa, 2012, p. 26).

De acordo com Rosa (2012) e Bandeira (2014), um dos traços mais evidentes na evolução demográfica ocorrida em Portugal, ao longo das últimas décadas, tem sido o envelhecimento da população, em resultado da conjugação de variáveis demográficas chave como é o caso do índice de envelhecimento, ou seja, o aumento da proporção de idosos na população total, em detrimento da população jovem e/ou em idade ativa.

Na verdade, segundo Cabral (2013), trata-se de um duplo envelhecimento na base, provocado fundamentalmente pela regressão da natalidade e fecundidade (natalidade menor significa menos população em idade jovem e, indireta ou relativamente, mais população em idades mais avançadas), e, no topo derivado essencialmente do aumento da esperança de vida. O autor acrescenta que, se por um lado, o aumento da esperança de vida constitui um indicador de avanço nos cuidados à saúde e de desenvolvimento socioeconómico, por outro lado, a crescente longevidade da população portuguesa pode igualmente ter um impacto negativo na capacidade de renovação da população e, em particular, da população em idade ativa, e colocar desafios noutros planos da vida social, como é o caso do mercado de trabalho, do sistema de proteção social e da própria organização familiar. A relação entre estes diferentes planos assume um cariz de interdependência que não é somente funcional, mas também intergeracional.

A pirâmide etária que compara a população residente em Portugal em 1991, em 2001 e em 2016, por idades ano a ano, coloca em evidência o fenómeno do duplo envelhecimento ocorrido ao longo das últimas décadas: a diminuição dos efetivos populacionais entre as idades mais jovens e, paralelamente, o aumento dos efetivos entre as idades mais avançadas, como mostra a figura 1.



**Figura 1** – Pirâmide etária da população residente, Portugal, 1991, 2001 e 2016

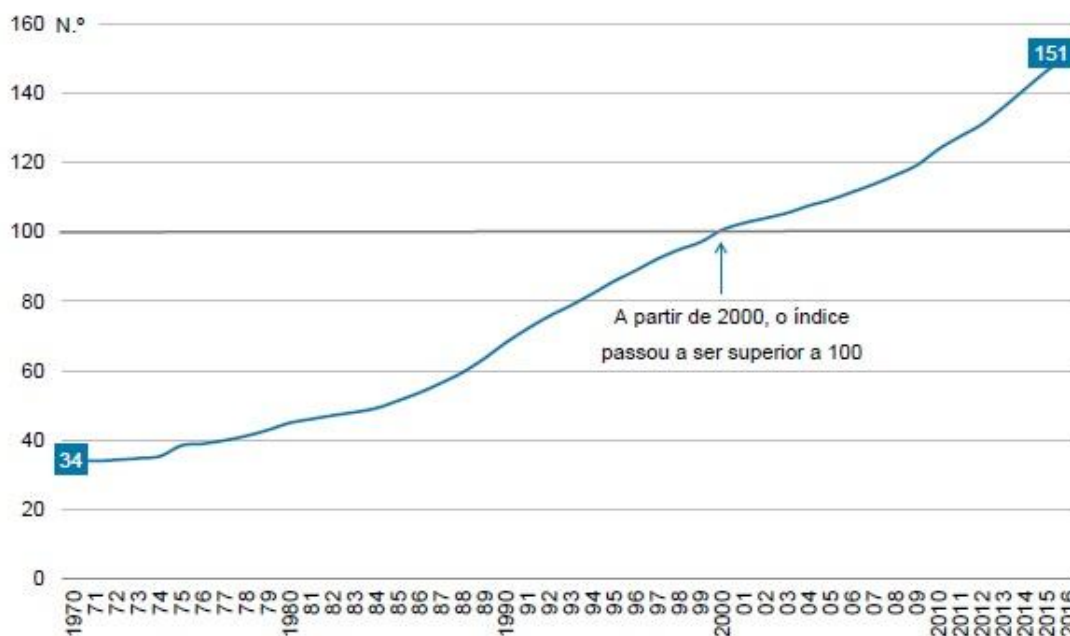
Fonte: INE, I.P., Recenseamento da População e Habitação, Estimativas Anuais da População Residente

A população com menos de 15 anos que, em 1991, segundo o INE (2017b), “representava cerca de 20% da população total, diminuiu para 16% em 2001 e em 2016

passou a representar 14% do total da população residente”; por outro lado, a proporção da população com 65 e mais anos “aumentou de 14% em 1991, para 16% em 2001 e em 2016 ultrapassava os 20% do total de população residente” (p. 93).

As alterações na composição etária da população residente em Portugal são reveladoras do envelhecimento demográfico da última década. O INE (2015) indica ainda que em resultado da queda da natalidade e do aumento da longevidade nos últimos anos, “verificou-se em Portugal o decréscimo da população jovem (0 a 14 anos de idade) e da população em idade ativa (15 a 64 anos de idade), em simultâneo com o aumento da população idosa (65 e mais anos de idade)” (p. 2).

Em Portugal, o índice de envelhecimento demográfico, ou seja, a relação efetiva entre a população residente com 65 ou mais anos e a população residente com idade entre os 0 e os 14 anos, tem vindo a aumentar. No início da década de 90 correspondia a 68 idosos por cada 100 jovens, na viragem do milénio consumou-se a sua transição simbólica para um valor acima de 100, isto é uma população com mais idosos do que jovens, e, em 2016, era já de 151 idosos por cada 100 jovens. Em duas décadas e meia a média nacional aumentou, assim, para mais do dobro, como se pode constatar através da figura 2.



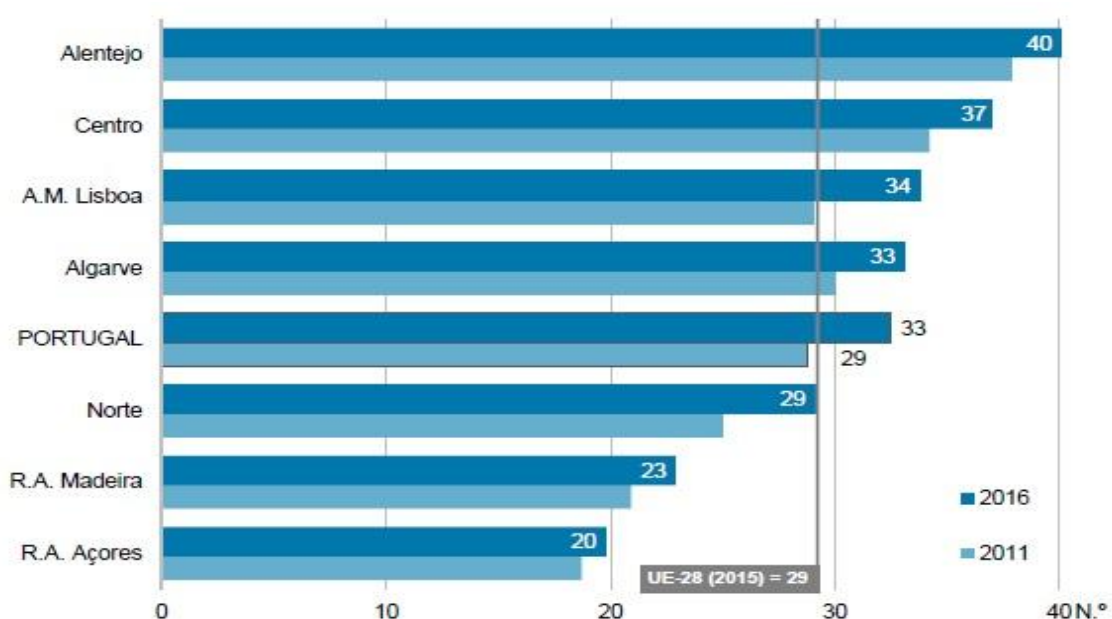
**Figura 2** – Índice de Envelhecimento, Portugal, 1970-2016

Fonte: INE, I.P., Estimativas Anuais da População Residente. Eurostat.

Verificou-se um agravamento do índice de envelhecimento em 293 dos 308 municípios portugueses e, sobretudo, “em municípios das sub-regiões do Interior Norte

(Alto Tâmega, Terras de Trás-os-Montes e Douro) e Centro (Beiras e Serra da Estrela, Beira Baixa e Médio Tejo)”. Em 2016, os municípios mais envelhecidos localizavam-se, de acordo com o INE (2017b), “na faixa interior das regiões Norte e Centro e do Alto Alentejo, com particular diferenciação face às áreas metropolitanas e respetivas zonas limítrofes e face às regiões autónomas” (p. 95).

Também o índice de dependência de idosos, ou seja, a relação efetiva entre a população residente com 65 ou mais anos e a população residente com idade entre os 15 e os 64 anos, aumentou continuamente entre 2011 e 2016, passando de 29 idosos por cada 100 pessoas em idade ativa em 2011, para 33 em 2016. O retrato municipal para 2016 permite verificar que o índice de dependência de idosos era mais elevado em municípios localizados maioritariamente no Interior do Continente e que o número de idosos por cada 100 pessoas em idade ativa era menor nos municípios integrantes e envolventes das duas áreas metropolitanas e em alguns municípios dispersos do Centro e Algarve, como mostra a figura 3.

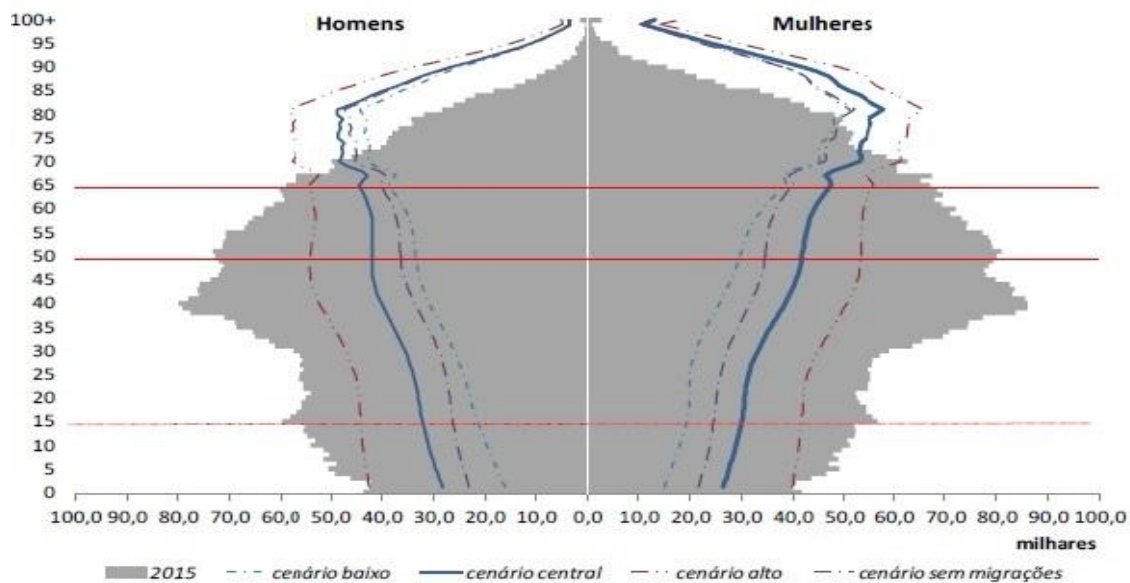


**Figura 3** – Índice dependência de idosos, Portugal e NUTS II, 2011-2016

Fonte: INE, I.P., Estimativas Anuais da População Residente. Eurostat.

Em 2080, a população portuguesa poderá variar entre 5,8 milhões no cenário baixo e 9,5 milhões no cenário alto, segundo as previsões do INE. Seja qual for o cenário analisado a população será menor e muito envelhecida. De notar que, em 2080, embora seja no cenário alto que se observa o maior número de idosos, este apresenta o

índice de envelhecimento mais baixo, o que se explica por níveis de natalidade mais elevados, como evidencia a figura 4.



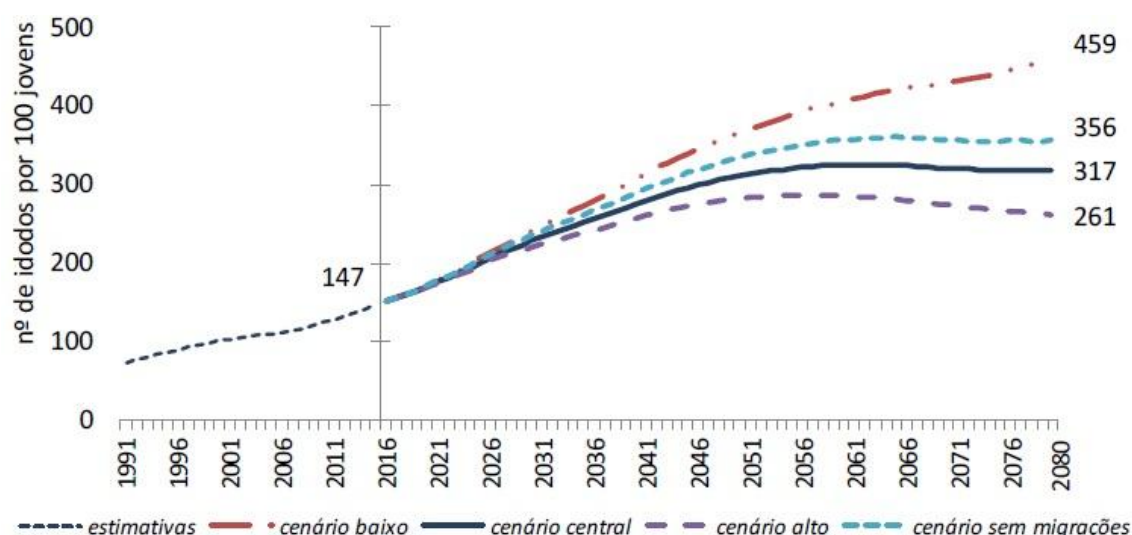
**Figura 4** – Pirâmide etária, Portugal, 2015 (estimativas) e 2080 (projeções, por cenários)

Fonte: INE, I.P., Projeções de População Residente, 2015-2080

A população com 65 ou mais anos de idade residente em Portugal poderá passar de 2,1 para 2,8 milhões de pessoas, entre 2015 e 2080. Contudo, o número de idosos atingirá o valor mais elevado no final da década de 40, momento a partir do qual passa a decrescer. Esta situação fica a dever-se ao facto de entrarem nesta faixa etária gerações de menor dimensão, nascidas já num contexto de níveis de fecundidade abaixo do limiar de substituição das gerações.

Na figura 5, podemos observar que em Portugal o índice de envelhecimento poderá mais do que duplicar entre 2015 e 2080, passando de 147 para 317 idosos por cada 100 jovens.

De notar ainda que o processo de envelhecimento da população tenderá a apresentar alguma estabilização quando começarem a entrar na faixa etária de 65 e mais anos as gerações nascidas num contexto de níveis de fecundidade abaixo do limiar de substituição das gerações.



**Figura 5** – Índice de envelhecimento, Portugal, 1991-2080 (projeções, por cenários)

Fonte: INE, I.P., Projeções de População Residente, 2015-2080

O envelhecimento da população constitui um fenómeno à escala europeia e mundial, em especial nos países desenvolvidos, nunca antes experimentado pela humanidade, para o qual Jaques (2004) afirma que “a sociedade não se preparou” (p. 34) que acarreta repercussões na perceção do envelhecimento como fenómeno individual e social, passando pelo impacto na sociedade e no sistema de saúde.

Após uma breve contextualização sobre o envelhecimento demográfico em Portugal torna-se pertinente uma síntese sobre o envelhecimento no distrito de Bragança, área geográfica onde recai o nosso estudo.

### 1.3. Envelhecimento demográfico no distrito de Bragança

Tendo em conta a área geográfica em que este estudo incide, considera-se pertinente observar as estatísticas relativas ao envelhecimento e dependência de idosos no Nordeste Transmontano.

Como tal, a tabela 1 mostra que nos últimos anos o índice de envelhecimento se tem agravado em todos os concelhos do distrito de Bragança, na sequência de fenómenos já referidos anteriormente e que estão relacionados com o decréscimo da taxa de natalidade e com o aumento dos fluxos migratórios da população jovem.

Segundo dados do PORDATA (s/d), em 2016, a região transmontana registava uma média de 345 idosos por cada 100 jovens, enquanto no início do novo milénio essa

média se fixava nos 215 idosos por cada 100 jovens. Os dois maiores aglomerados populacionais do distrito, que correspondem aos concelhos de Bragança e Mirandela, são os que apresentavam, em 2016, um índice de envelhecimento mais baixo (206 e 243 idosos por cada 100 jovens, respetivamente). No extremo oposto, encontravam-se os municípios de Vinhais e Torre de Moncorvo, com 550 e 445 idosos por cada 100 jovens.

**Tabela 1**

*Índice de envelhecimento no distrito de Bragança, por concelho*

Concelho	2001	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016
Alfândega da Fé	220,2	293,8	310,2	323,9	327,9	334,1	340,6	346,6	365,2
Bragança	140,2	164,9	172,3	179,2	183,2	187,7	193,3	200,0	206,3
Carraceda de Ansiães	219,4	295,7	300,6	305,9	309,5	311,5	317,8	329,8	337,3
Freixo de Espada à Cinta	277,9	292,0	288,0	285,5	282,4	287,7	278,6	282,0	281,0
Macedo de Cavaleiros	156,4	223,5	228,2	236,2	249,6	265,6	282,3	293,9	307,2
Miranda do Douro	236,8	304,7	311,3	318,4	321,4	326,6	338,5	354,7	369,8
Mirandela	132,0	187,0	194,8	203,2	211,6	219,4	227,5	235,4	243,8
Mogadouro	209,5	322,2	326,1	323,8	329,6	339,5	353,1	362,5	371,8
Torre de Moncorvo	235,8	355,9	372,1	381,1	384,8	392,3	408,9	428,4	445,6
Vila Flor	178,7	244,1	253,3	259,3	262,9	269,1	281,3	294,7	309,5
Vimioso	290,8	270,9	380,7	395,9	393,2	375,9	370,7	371,6	362,4
Vinhais	283,9	436,1	451,6	465,8	483,2	493,2	510,6	530,6	550,5

Fonte: PORDATA

Quanto ao índice de dependência, a tabela 2 indica que nos últimos anos este tem aumentado em praticamente todos os concelhos do distrito de Bragança, à exceção de Freixo de Espada à Cinta.

De acordo com o PORDATA (s/d), em 2016, Trás-os-Montes registava uma média de 56 idosos por cada 100 pessoas em idade ativa, em 2001 esse valor rondava os 43 idosos por cada 100 pessoas em idade ativa. À semelhança daquilo que se verifica com o índice de envelhecimento, também os concelhos de Bragança e Mirandela são os que apresentavam os índices mais baixos (36 e 43, respetivamente). Por outro lado, os municípios de Vinhais e Vimioso surgem com os índices mais elevados, com 78 e 66 idosos por cada 100 pessoas em idade ativa.

**Tabela 2**

*Índice de dependência de idosos no distrito de Bragança, por concelho*

Concelho	2001	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016
Alfândega da Fé	46,4	53,4	54,8	55,0	54,0	52,7	52,3	52,8	53,8
Bragança	29,9	32,4	33,3	34,0	34,4	34,9	35,4	36,0	36,9
Carrazeda de Ansiães	46,3	56,0	57,0	57,1	57,5	57,9	58,7	60,1	61,0
Freixo de Espada à Cinta	56,3	60,0	59,8	59,0	57,4	55,7	54,1	53,1	52,5
Macedo de Cavaleiros	36,1	43,9	44,9	45,9	46,7	47,8	48,9	49,8	50,9
Miranda do Douro	44,2	54,7	55,2	55,1	55,1	54,7	54,5	55,1	55,7
Mirandela	31,6	37,1	38,1	38,8	39,3	39,9	41,0	42,1	43,4
Mogadouro	42,6	54,1	55,7	56,4	56,2	56,5	57,6	59,0	60,2
Torre de Moncorvo	50,3	58,6	59,9	60,4	60,6	60,7	60,9	62,1	63,3
Vila Flor	36,8	44,9	46,3	47,0	46,7	46,6	47,2	48,2	49,2
Vimioso	54,4	67,8	69,3	69,2	67,7	66,8	67,2	67,2	66,7
Vinhais	50,9	68,4	70,5	71,7	72,7	73,7	75,0	77,1	78,7

Fonte: PORDATA

Para Sequeira (2010) o aumento da longevidade na sociedade atual coloca novos desafios, em diversos domínios, nomeadamente no domínio da saúde, pois constitui um recurso essencial para o idoso ter um envelhecimento normal com uma prestação de

cuidados adequada às suas necessidades, pois o avançar da idade implica um risco acrescido de doença, e conseqüentemente, um maior índice de dependência, ao qual se associa maior necessidade de cuidados.

Sendo o envelhecimento uma realidade torna-se fundamental abordar a prestação de cuidados ao idoso, nomeadamente ao idoso dependente, o que será apresentado em seguida.

#### **1.4. O idoso dependente**

Na perspetiva de Sequeira (2010), o conceito de dependência está relacionado com “a incapacidade da pessoa para a satisfação das necessidades humanas básicas”. Uma pessoa dependente “necessita da ajuda de terceiros para sobreviver” (p. 4).

Dependência é considerada como

(...) a situação em que se encontra a pessoa que, por falta ou perda de autonomia física, psíquica ou intelectual, resultante ou agravada por doença crónica, demência orgânica, sequelas pós-traumáticas, deficiência, doença severa e/ou incurável em fase avançada, ausência ou escassez de apoio familiar ou de outra natureza, não consegue, por si só, realizar as atividades de vida diária (Decreto-Lei nº101, de 6 de Junho, 2006).

O Conselho da Europa (1998) define dependência como “a necessidade de ajuda e assistência nas necessidades de vida diária” ou, de outra maneira, “o estado em que se encontram as pessoas que, por perda de autonomia física, psíquica ou intelectual, têm necessidade de ajuda na realização das atividades do quotidiano, de modo particular, nos cuidados pessoais”. Esta definição incorpora três fatores, nomeadamente “uma limitação física, psíquica ou intelectual, uma incapacidade da pessoa para realizar por si as atividades de vida diária e a necessidade de assistência por parte de outra pessoa” (p. 12).

Sequeira (2010) salienta que a dependência surge como um resultado do “aparecimento de um défice, que limita a atividade, em termos de funcionalidade da pessoa, em consequência de um processo patológico ou acidente”. A limitação na

atividade “não pode ser compensada na totalidade por uma ajuda técnica, pelo que necessita de ser compensada com a ajuda de outra pessoa” (p. 5).

Assim, Silva (2006) entende por dependência a incapacidade do indivíduo para alcançar um nível de satisfação aceitável relativamente às suas necessidades, pelo fato de se encontrar impossibilitado de adotar comportamentos ou realizar tarefas sem a ajuda de outros. Com o aumento do número de pessoas idosas, a velhice é representada por imagens de solidão, carências económicas e materiais em geral e de doença, isto é, de dependência.

As necessidades de cuidados por parte das pessoas dependentes e idosas aumentaram de forma exponencial nos últimos anos e continuarão seguramente a aumentar nos próximos anos, em consequência da conjugação de vários fatores, em que destacamos

(...) o envelhecimento demográfico da população, com um crescimento acentuado dos idosos com mais de 80 anos, por alguns denominada de “quarta idade” (grupo de pessoas onde se concentra a maior parte das situações de dependência); o aumento da esperança de vida – maior longevidade; os progressos da medicina – maior sobrevivência de pessoas com doenças e acidentes graves; e as dificuldades de apoio informal em função da alteração dos modelos de família e da incorporação da mulher no mercado de trabalho (Sequeira, 2010, p. 6).

Dessa forma, Duarte, Melo e Azevedo (2008) sustenta que quando o idoso apresenta alguma doença que o torna dependente, cabe à família apoiá-lo e assumir o seu cuidado. O envelhecimento com dependência resulta em limitações físicas ou cognitivas e isto leva a uma dependência parcial ou total das atividades da vida diária, gerando demanda de cuidados voltados para as necessidades específicas de cada idoso. Cuidar de idosos significa um processo coletivo e individual de compreensão e aceitação do envelhecimento como algo inerente ao processo existencial.

Para Bull, Maruyana e Luo (1995) o aumento da quota de pessoas idosas, a par dos mais avançados cuidados de saúde, aumentou a possibilidade de viver mais, de viver numa fase mais longa numa situação de não autonomia e de dependência quotidiana e determinou uma atenção considerável focada nas experiências dos membros das famílias que prestam cuidados às pessoas idosas durante um período

alargado depois de períodos de hospitalização devido a episódios de doença aguda ou crônica.

Do ponto de vista da saúde dos idosos, Gaioli (2012) destaca mudanças significativas no quadro da morbimortalidade, isto é, “diminuição na incidência e morte por doenças infecto-contagiosas e aumento da incidência e morte por doenças crônicas degenerativas, típicas de idades mais avançadas”. Esse quadro “requer reorganização estrutural da assistência que se prolongará por mais tempo e a necessidade de cuidadores aumentará” (p. 151).

Sendo importante equacionar que respostas sociais são prestadas aos idosos apresentamos, em seguida, o que são e que suporte podem dar às famílias.

## **2. Respostas sociais**

Para dar suporte às dificuldades sentidas pelas famílias, na assistência ao idoso, foram criadas diversas respostas sociais que vieram colmatar lacunas existentes ao nível do apoio social na área da terceira idade e que a seguir se abordam.

De acordo com o Regime Jurídico de Instalação, Funcionamento e Fiscalização dos Estabelecimentos de Apoio Social, aprovado pelo Decreto-Lei n.º 64/2007, de 14 de Março são respostas sociais atividades e serviços do âmbito da segurança social relativas a crianças, jovens, pessoas idosas ou pessoas com deficiência, bem como os destinados à prevenção e reparação das situações de carência, disfunção e marginalização social.

Segundo Arruda, Alvarez e Gonçalves (2008) as necessidades de cuidado extrapolam, muitas vezes, a capacidade das famílias e cresce, portanto, a necessidade de cuidadores formais (CF), com capacitação profissional para o cuidado com o idoso. Porém, o cuidado com o idoso geralmente acontece no domicílio e, para Gaioli (2012), frequentemente, quem cuida é um familiar, “o que justifica a necessidade de maiores investimentos no preparo dessas pessoas para conseguirem realizar o cuidado mais adequado dentro de suas possibilidades” (p. 151). Diante de uma intensa sobrecarga é importante a sociedade encontrar alternativas para os cuidadores informais (CI), já que, do ponto de vista de Lopes e Massinelli (2013), estes estão frequentemente “em tempo integral com os pacientes, adiando ou em muitas vezes desistindo definitivamente dos seus objetivos, planeados com cuidado no percurso de suas vidas” (p. 136).

A gestão pública da velhice é, devido às alterações na estrutura familiar, efetuada através das instituições tradicionais que vão desde as Misericórdias às mais variadas organizações e serviços desenvolvidos para o efeito. Segundo Fernandes (1997) e Gomes (2000) citados por Martins (s/d) só a partir da década de 70 do século XX é que “as instituições criadas são orientadas pelos princípios de prevenção da dependência e da integração das pessoas idosas na comunidade” (p. 136).

As respostas sociais de apoio à população idosa têm vindo a sofrer uma evolução ao longo do tempo, visto que se passaram dos remotos asilos para a criação de Serviços de Apoio Domiciliário (SAD) e para o Acolhimento Familiar (AF), pois o dever de cuidar do idoso passou a ser encarado como uma responsabilidade do Estado. As Instituições Particulares de Solidariedade Social (IPSS) são uma outra realidade pois as mesmas são definidas como

(...) constituídas sem finalidade lucrativa, por iniciativa privada, com o propósito de expressão organizada ao dever moral de solidariedade e de justiça entre indivíduos e desde que não sejam administradas pelo Estado ou por um corpo autárquico (Decreto-Lei nº 119/83, p. 644).

Assim, segundo Fernandes (1997), citado por Almeida (2008), as políticas sociais de velhice em funcionamento na década de 70, do século XX, desencadearam a criação de instituições que prezam a prevenção da dependência e a integração do idoso na sociedade.

São diversas as respostas sociais que estão ao dispor da população idosa, nomeadamente

- Centro de Convívio (CC): dinamizam actividades sócio-recreativas e culturais, levando a uma participação activa do idoso na sua organização e prática;
- Centro de Dia (CD): apresentam serviços que permitem que o idoso se mantenha no seu ambiente sócio-familiar;
- Centros de Noite (CN): indicados para idosos que estão autónomos e como tal durante o dia têm a sua rotina sendo que de noite recorrem a estes centros por necessitarem de alguma assistência;

- Estrutura Residencial para Pessoas Idosas (ERPI): consistem em estabelecimentos onde se desenvolvem actividades de apoio social destinadas à população idosa que dispõe de alojamento temporário ou permanente, alimentação, cuidados de saúde, higiene, conforto, onde se propicia o convívio e a ocupação dos tempos livres;
- Residência para Idosos (RI): engloba um conjunto de apartamentos com serviços de utilização comuns, para idosos independentes ou parcialmente independentes;
- Serviço de Apoio Domiciliário (SAD): presta cuidados individualizados e personalizados no domicílio para indivíduos ou famílias que, por várias razões, não podem satisfazer as suas necessidades básicas de vida diária;
- Acolhimento Familiar (AF): integra, de forma temporária ou permanente, a pessoa idosa em famílias que prestem os cuidados necessários, quando ocorre uma inexistência ou insuficiência de respostas sociais que possibilitem que o idoso se mantenha no domicílio ou quando há ausência da família que assegure o pleno acompanhamento;
- Centro de Acolhimento Temporário para Idosos (CATI): acolhem de forma temporária a pessoa idosa quando a mesma necessita de apoio social de emergência, sendo que após a estadia, o idoso é incluído no seu seio familiar ou transferido para outro serviço (Ministério do Trabalho e da Segurança Social, 2006, p. 50).

A evolução das respostas sociais de apoio à população idosa tem sido uma constante. Contudo, visto a situação atual de envelhecimento demográfico e as previsões futuras, referidas no ponto anterior, o número de equipamentos assume-se como insuficiente.

Na tabela 3, que a seguir se apresenta, podemos verificar que em todo o país existem perto de oito mil respostas sociais na área da terceira idade para responder às necessidades emergentes de uma franja de população que ascende aos dois milhões de idosos a residir em Portugal.

O SAD é a resposta social que se destaca em termos de maior oferta nacional (2719 respostas), levando assim os cuidados a casa dos clientes, permitindo a manutenção no seio familiar e evitando ou retardando a institucionalização. A admissão em ERPI surge como a segunda resposta mais desenvolvida no país (2413

equipamentos), indo ao encontro das necessidades das famílias que, por diversas razões, não reúnem condições para manter os idosos em casa. De salientar que os dados disponíveis na Carta Social Nacional (2016) revelam uma evolução na criação de CN, uma resposta social criada há cerca de uma década mas na qual não se tem apostado. Em Portugal, existem já 18 centros que prestam este tipo de assistência a pessoas com mais de 65 anos, destacando-se o distrito da Guarda que tem cinco equipamentos a funcionar.

**Tabela3**

*Respostas sociais em Portugal, por distrito*

<b>Distrito</b>	<b>CC</b>	<b>CD</b>	<b>CN</b>	<b>ERPI</b>	<b>SAD</b>	<b>TOTAL</b>
Aveiro	24	151	0	129	176	480
Beja	5	50	0	69	60	184
Braga	16	127	1	156	209	509
Bragança	5	80	0	100	92	277
Castelo Branco	9	129	1	97	147	383
Coimbra	12	167	3	132	191	505
Évora	30	88	0	99	81	298
Faro	9	59	0	80	79	227
Guarda	5	176	5	139	203	528
Leiria	36	118	0	157	139	450
Lisboa	86	242	1	394	340	1063
Portalegre	18	72	0	77	70	237
Porto	101	203	1	217	296	818
Santarém	42	132	0	157	150	481
Setúbal	30	106	0	137	113	386
Viana Castelo	19	56	3	62	81	221
Vila Real	6	49	1	77	109	242
Viseu	8	101	2	134	183	428
<b>TOTAL</b>	<b>461</b>	<b>2106</b>	<b>18</b>	<b>2413</b>	<b>2719</b>	<b>7717</b>

Fonte: Carta Social, Ministério do Trabalho, Solidariedade e Segurança Social (2016)

Em termos geográficos, o distrito de Lisboa é o que apresenta maior número de respostas sociais, (1063), relacionadas com a população idosa, sendo também aquele que concentra mais habitantes. Em segundo lugar surge o distrito do Porto, com 818 respostas sociais, seguido dos distritos da Guarda, com 528, Braga com 509 e Coimbra com 505. Beja, Viana do Castelo e Faro são os distritos que contabilizam menor número de respostas sociais (184, 221 e 227, respetivamente).

O distrito de Bragança surge em 13.º lugar na tabela, como uma das regiões do país com menor número de respostas sociais. Ao todo, contabiliza 277 respostas sociais, destacando-se a ERPI, com 100 equipamentos, o SAD com 92 respostas, o CD com 80 instituições a prestar este tipo de serviço e ainda 5 CC.

No próximo ponto tentamos perceber a envolvimento na prestação de cuidados, apresentando alguns conceitos e clarificando o que significa o ato de cuidar.

### **3. Prestação de cuidados**

A prestação de cuidados é, de acordo com Pereira (2011), uma função abrangente que se encontra em diversas sociedades, distinguindo-se pela forma como é executada. Fenney e Collins (2001), citados por Figueiredo (2007), consideram que esta tarefa é vista por grande parte das civilizações como uma prática comum na vida das famílias, pois ao longo do desenvolvimento humano a prestação de cuidados ocorre aos filhos, cônjuges e pais, nomeadamente.

Para Silva (2006), o tema da prestação de cuidados aos idosos relaciona-se a nível teórico com o papel central desempenhado desde sempre, e em toda a parte, pela família como principal agência de produção de cuidados, ao longo de todo o ciclo de vida individual e familiar, incluindo o morrer. Segundo Figueiredo (2007) o ato de prestar cuidados a alguém tem um cariz psicológico, ético, social e demográfico, não descurando as dimensões clínicas, técnicas e comunitárias. O autor cita ainda Fenney e Collins (2001) que defendem que proporcionar assistência e conforto, promover uma base segura e encorajar a autonomia são responsabilidades da prestação de cuidados.

Imagínario (2008) no estudo sobre idosos dependentes, constatou existir um sentimento generalizado de que a tarefa de cuidar do idoso dependente é um dever familiar e que o seu ambiente é o lugar idóneo para ele estar e receber cuidados, assumindo que os melhores cuidadores são os familiares.

### **3.1.O ato de cuidar**

O ato de cuidar é

(...) um ato individual que prestamos a nós próprios desde que adquirimos autonomia mas é igualmente, um ato de reciprocidade que somos levados a prestar a todas as pessoas que, temporariamente ou definitivamente, tem necessidade de ajuda para assumir as suas necessidades vitais (Collière, 1989, p. 235).

Numa perspetiva biopsicossocial, para a mesma autora (1989), o cuidar é essencial ao crescimento humano e à sua harmonia, “é a arte que precede a todos os outros, sem a qual não seria possível existir” (p. 27). Sousa, Figueiredo e Cerqueira (2006) defendem que o ato de cuidar pode ser encarado como a assistência a alguém com necessidade. Porém, trata-se de uma atividade complexa, com dimensões psicológicas, éticas sociais, demográficas, clínicas, técnicas e comunitárias, que ultrapassam o carácter meramente assistencial.

Cuidar é um conceito complexo e multidisciplinar. Collière (1989), citada por Pereira (2011), afirma que o conceito “cuidar” pode assumir duas formas distintas: o autocuidado e o cuidado com o outro. Define-se o autocuidado como um “ato individual que se presta a si próprio quando se tem autonomia, mas também como um ato de reciprocidade que se presta a toda a pessoa que temporária ou definitivamente necessite de ajuda para a satisfação das suas necessidades básicas” (p. 32).

No estudo sobre a pessoa doente em final de vida, em casa, Moreira (2001) conclui que os familiares consideram importante respeitar o desejo do doente em ser cuidado no domicílio pelo que a família se une, nesse sentido. Por outro lado, o cuidar do doente em casa foi considerado como um dever e uma obrigação moral, o que implicou alterações na dinâmica familiar.

Musitu e Allatt (1994) consideram que na idade idosa, devido à redução da rede social é suposto que alguns membros da família como filhos, filhas, noras, genros, netos ou outros, sejam potenciais prestadores de apoio, o que é uma prática tradicional em numerosas culturas, ajudando naquelas atividades que estas pessoas não são capazes de realizar por si próprias. Na perspetiva de Gimeno (2003) a família apresenta-se como o melhor meio para cultivar os afetos, receber apoio e dar segurança, o que faz com que

algumas pessoas assumam como valor prioritário a sua entrega à família, a qual se transforma no mito de dar sem receber ou de sofrer para o bem da família.

De facto, para Sousa, Figueiredo e Cerqueira (2006), a família é, em Portugal, e nos países do sul da Europa, “a unidade básica de suporte de todos aqueles que careçam de cuidados, sejam elas crianças, jovens, adultos ou idosos” (p. 61). Os autores acrescentam que a tradição cultural portuguesa “atribui às famílias, particularmente aos seus membros do sexo feminino, a responsabilidade de cuidar dos elementos mais idosos e com laços mais chegados” (p. 61).

Assim, cuidar de idosos, apresenta-se, segundo Sousa (2011) como uma extensão dos papéis normais da família, o que, aliado à hostilidade para com as instituições pressiona a família, no sentido de manter esse papel” (p. 50), sem questionar as exigências e as necessidades associadas. A função de cuidador familiar nem sequer é reconhecida a nível legal, pois encara-se como uma obrigação familiar, não se criando medidas que facilitem à família a sua assunção com qualidade.

Paúl (s/d) define as redes de suporte informal como estruturas da rede social de um indivíduo, quer seja pelos laços de sanguinidade ou pelo apoio emocional. As redes familiares são consideradas involuntárias dado que existe uma espécie de obrigatoriedade de cuidar, já as redes de amigos e vizinhos são consideradas escolhas voluntárias.

Destacamos, a seguir, a importância do cuidador formal e informal, bem como o perfil, competências e dificuldades do cuidador informal.

### **3.2. O cuidador formal e o cuidador informal**

Na ótica de Moreira e Caldas (2007) cuidador é o indivíduo que, no espaço privado doméstico, realiza ou ajuda a pessoa com limitação a realizar as suas atividades básicas e instrumentais de vida diária (desde a higiene pessoal até a administração financeira da família), com o objetivo da preservação de sua autonomia e da sua independência.

De acordo com Sequeira (2010) existem duas formas de prestação de cuidados: de âmbito formal (executado por profissionais) e informal (por não-profissionais). A prestação de cuidados formais é habitualmente executada por profissionais devidamente qualificados, os quais contam com uma preparação específica para o desempenho deste

papel integrado no âmbito de uma atividade profissional com competências próprias. Por outro lado, a prestação de cuidados informais acontece, segundo Parente (2017), preferencialmente, no domicílio e é habitualmente da responsabilidade dos elementos da família, amigos, vizinhos e outros. Zimmerman (2000) acrescenta que em qualquer dos casos, os cuidadores deverão conhecer as necessidades, as possibilidades e as limitações da pessoa a ser cuidada.

Parente (2017) salienta que quando a capacidade funcional da pessoa se encontra comprometida, independentemente do motivo ou do grau de dependência que a pessoa possa apresentar, “a partir do momento em que não consegue satisfazer as suas necessidades de forma autónoma e eficaz, necessita da ajuda de um cuidador” (p. 8). Deste modo, a prestação de cuidados à pessoa dependente pode ocorrer através da prestação de CF ou CI.

O conceito de CI tem na última década emergido e ganho relevo na literatura e na investigação em gerontologia. Sousa, Figueiredo e Cerqueira (2006) consideram que se trata de elementos da rede social de apoio (familiares, amigos, vizinhos, colegas) que lhe prestam cuidados regulares, não remunerados, na ausência de um vínculo formal ou estatutário. Neste núcleo, os CIFs são aqueles que merecem maior destaque, uma vez que são em número claramente superior e assumem o papel, normalmente, por períodos mais longos, exercendo mais tipos de cuidados.

Os CI estão presentes na vida do doente ajudando-o nos cuidados pessoais. Os motivos que se prendem com a tarefa de cuidar do outro são, segundo Faria (2013) e Félix (2008), “os laços de sanguinidade, o dever moral ou social, a gratidão, por se sentir bem em cuidar o familiar, sentimento de culpa por situações anteriores ou mesmo para evitar o julgamento da sociedade por não acompanhar o familiar” (p. 16).

No contexto da prestação de cuidados, é necessário clarificar as diferenciações para os CI: principal/primário, secundário e terciário. Para Stone, Afferata e Sangl (1987), citados por Andrade (2009), o cuidador principal é o elemento que assegura a maioria dos cuidados, sobre quem recaem grande parte das responsabilidades e tarefas e sem qualquer tipo de remuneração. O cuidador secundário é, de acordo com Sequeira (2010), a pessoa que, de forma esporádica ou regular, ajuda na prestação de cuidados mas não tem responsabilidades. Por norma são familiares que estão na retaguarda do cuidador principal. Esta ajuda pode traduzir-se não apenas na prestação direta de cuidados, mas também ao nível económico, apoio em atividades de lazer e sociais. O cuidador secundário substitui o cuidador principal quando este necessita de se ausentar

em situações de emergência. Relativamente ao cuidador terciário, à semelhança do secundário, não tem, segundo Neri e Carvalho (2002), qualquer responsabilidade pelo ato cuidar, uma vez que é um elemento da família, pessoa próxima ou vizinho que ajuda ocasionalmente ou quando é solicitado.

### **3.2.1. Perfil do cuidador informal**

Pereira (2002) sustenta que a necessidade de prestação de cuidados a pessoas adultas dependentes é assegurada em larga percentagem por mulheres, cuja geração dos 30/40 anos constitui uma geração sanduíche, conciliando emprego, casa, filhos e idosos, apresentam-se como as maiores prestadoras de apoios informais, verificando-se que, também os homens aparecem como prestadores de cuidados informais, em número elevado, a pessoas adultas por motivo de idade, doença ou deficiência.

Geralmente, é a família quem assume a maior parte da assistência ao idoso dependente e em cada uma existe um cuidador principal que assume a maioria dos cuidados.

Barber (1999) defende que a tarefa de cuidar de um idoso recai, tradicionalmente, sobre o elemento feminino mais próximo. Quanto à idade, a maioria dos cuidadores familiares têm uma média etária que varia entre os 45 e os 60 anos.

Na perspetiva de Sousa (2006) os cônjuges emergem na primeira linha como a principal fonte de assistência ao idoso dependente. A descendência, com destaque para o género feminino, constitui a segunda procedência de cuidados. Os casados representam a maior proporção daqueles que prestam cuidados a um familiar idoso dependente. Logo a seguir situam-se os solteiros ou divorciados/separados. Em menor número encontram-se os viúvos. Em geral, os cuidadores vivem próximo do idoso em situação de dependência, uma vez que a proximidade facilita claramente a prestação dos cuidados. A coabitação é mais evidente quando se trata de cônjuges e é mais frequente entre os descendentes quando a pessoa de quem cuidam apresenta um elevado índice de dependência.

LeBris (1994) considera que a acumulação de uma carreira profissional com a tarefa de prestação informal de cuidados não constitui o modelo predominante da União Europeia. Há uma tendência para que a prestação informal de cuidados a um idoso seja uma tarefa de longa duração. Cerca de 40% a 50% das pessoas que prestam cuidados

fazem-no há apenas 5 anos. No entanto, nalguns casos este período pode ultrapassar os 15 anos.

### **3.2.2. Competências do cuidador informal**

No decurso do processo de transição para o exercício do papel, o cuidador necessita de adquirir/desenvolver diversas competências, sendo que essas competências estão associadas a alguns requisitos dos cuidadores, como:

Iniciativa: capacidade de iniciar uma ação, identificar a necessidade, selecionar a intervenção e implementá-la; Responsabilidade: assegurar a qualidade da ação (dependente do conhecimento); Autonomia: capacidade para implementar e avaliar as ações por si, de modo a requerer serviços de apoio formais de forma adequada (Sequeira, 2010, p. 174).

O mesmo autor acrescenta que “a otimização do exercício do papel do cuidador passa pelo desempenho de competências nos domínios da informação, da mestria e do suporte, de forma integrada e complementar, de modo a promover oportunidades de crescimento” (p. 178).

### **3.2.3. Papel do cuidador informal**

O cuidador de um idoso dependente (com ou sem demência) constitui, segundo Garrett (2005), o elemento chave de apoio ao tratamento da doença e à manutenção do idoso no domicílio. O desempenho deste papel de cuidador pode assumir diversas formas como: a orientação, a vigilância, a ajuda, o apoio e a substituição, se necessário. Em cada contacto deve ser privilegiada uma atitude apropriada, de apreço e estima, com a preocupação de estimular o doente, constituindo-se, desta forma, como um elemento terapêutico.

O papel do cuidador pode ser sistematizado em três grandes áreas, em função da necessidade de cuidados da pessoa dependente,

(...) apoio em termos de informação e orientação: ajudar a pessoa a obter conhecimentos para facilitar a prestação de cuidados, orientar para a resolução de problemas concretos, e estratégias a adotar para “lidar com” (estratégias de

*coping*); apoio emocional: consiste em estar a relacionar-se com o outro, possibilitar a partilha das suas emoções, dos seus pontos de vista. Este apoio mais efetivo é fundamental para a manutenção da autoestima da pessoa dependente; e apoio instrumental: consiste na prestação de cuidados a situações problemáticas e que a pessoa não consegue resolver por si. É todo o tipo de cuidados prestados de forma altruísta a uma pessoa dependente (Sequeira, 2010, p. 179).

O papel do cuidador é algo complexo, atendendo essencialmente ao número de funções novas com as quais se confronta e se vê na necessidade de realizar, sendo de destacar as seguintes funções que têm a ver com

(...) providenciar uma vigilância de saúde adequada; promover a autonomia e a independência; promover um ambiente seguro no domicílio e no exterior; adaptar o ambiente de modo a prevenir os acidentes; promover a participação/envolvimento familiar; supervisionar a atividade do idoso; promover a comunicação e a socialização; estimular a manutenção de uma ocupação/atividade; supervisionar/incentivar as atividades físicas (no interior e no exterior da casa); supervisionar/incentivar as atividades de lazer e sociais; supervisionar, ajudar ou substituir ao nível das atividades de vida diária (ABVD e AIVD): autocuidado (higiene corporal, mobilidade, segurança, alimentação e eliminação); utilizar o telefone; uso do dinheiro; fazer compras; cozinhar (Sequeira, 2010, p. 179).

Ao nível das atividades de vida diária, o desempenho do papel do CI pode assumir cinco tipologias diferentes

(...) - preocupação: surge em situações em que existe possibilidade de o idoso não desempenhar corretamente uma tarefa e daí advirem consequências negativas para a sua saúde;

- supervisão: está relacionada com a dificuldade no desempenho de algumas tarefas que exigem vigilância;
- orientação: é importante aquando da existência de uma incapacidade que implica a necessidade de ajuda no sentido de explicar como fazer;

- ajuda parcial: implica a substituição parcial em uma tarefa, quando é necessário apoio complementar na realização de determinada função;
- substituição: surge a partir do momento em que existe incapacidade total para o desempenho de uma tarefa, de modo a proporcionar o bem-estar (Sequeira, 2010, p. 179).

Concordando com o autor supracitado salientamos que, na maioria das situações, as diferentes tipologias de prestação de cuidados têm de ser prestadas em simultâneo, variando de acordo com as necessidades de cuidados que os idosos dependentes apresentem.

#### **3.2.4. Dificuldades do cuidador informal**

Ao considerar o papel do cuidador de idosos, tanto familiar quanto profissional, Gaioli (2012) refere que “existe tendência predominante de investigação dos efeitos negativos nessa função, com destaque para as doenças físicas, psicossomáticas, ansiedade, depressão e *stress*” (p. 151). O desgaste da rotina de cuidados pode ocorrer, segundo Manzini (2016), devido à falta de apoio aos cuidadores, falta de conhecimento destes sobre os estágios da demência e falta de preparo para o cuidado.

No dizer de Simonetti e Ferreira (2008) é possível observar que uma doença crónica pode trazer transtornos, tanto para o seu portador como para o responsável pelo cuidado desse indivíduo. Isto, porque desempenhar este papel pode gerar mudanças e sobrecarga, bem como *stress*, interferindo no quotidiano do cuidador. Ahern (2006) defende que “a atividade de cuidar de pessoas pode gerar, ao longo desse processo, desgaste para o cuidador, profissional ou leigo e comprometer a sua condição de saúde física e mental, levando a quadros de ansiedade, depressão e distúrbios de comportamento” (p. 151).

Desta forma, Lopes (2013) indica que os CIs podem, por falta de conhecimento, incentivar um modelo totalmente dependente que por consequência só irá atrapalhar certos progressos, possíveis de serem conquistados pelo paciente. O autor acrescenta que “também sentirão a angústia decorrente da sobrecarga física e emocional, já que muitas vezes dedicam a própria vida unicamente ao paciente. Fica explícito assim como a família pode intervir no processo, e também como a doença pode desestruturá-la” (p. 135).

Entretanto, nem todos os cuidadores desenvolvem doenças ou se tornam insatisfeitos com a tarefa de cuidar. Gaioli (2012) diz que isso pode ser explicado “com a utilização de diferentes estratégias individuais para lidar com as situações consideradas desgastantes” (p. 151). A criação de competências relativamente ao esgotamento emocional é, segundo Alves (2015), “fundamental para o estabelecimento de uma eficaz relação de ajuda” (p. 55).

A necessidade de qualificações e dotação de competências levou, segundo Neves (2016), à criação de programas direcionados aos CIs com vista “à atribuição de maior capacidade cognitiva, gestão de emoções, desenvolvimento de atitudes saudáveis e positivas face às perdas e estratégias de *coping* nas vivências inerentes ao cuidar” (p. 16), salientando que sem este tipo de programas, “a autoformação seria, caso acontecesse, sempre fruto de um processo voluntário, deliberado e alicerçado em emoções” (p. 16).

À medida que o estado de saúde se agrava, Faria (2013) e Félix (2008), salientam que são os CIs quem mais sofre com o declínio físico e mental do idoso dependente, não tendo, por vezes, consciência dos efeitos e progressão da doença.

Apresentadas anteriormente as dificuldades do CI torna-se pertinente falar sobre a sua resiliência como consequência da simbiose das características individuais do idoso e do seu ambiente familiar e sociocultural.

#### **4. Resiliência**

A resiliência é conceituada por Noronha, Cardoso, Moraes e Centa (2009) como um “conjunto de processos sociais e intrapsíquicos, que possibilitam o desenvolvimento de vida sadia, mesmo vivendo num ambiente não sadio” (p. 503). Este processo resulta, de acordo com Rutter (1993), da combinação entre os atributos da pessoa e seu ambiente familiar, social e cultural. Desse modo, a resiliência não pode ser pensada, segundo Noronha et al (2009), como uma qualidade inata do indivíduo, nem que ele a ganha durante o seu desenvolvimento. É, antes, um processo de relacionamento entre a pessoa e o meio, “considerado como variação individual em resposta ao risco, sendo que os mesmos fatores causadores de *stress* podem ser experimentados de formas diferentes por pessoas diferentes, não sendo a resiliência atributo fixo do indivíduo” (p. 503).

Pinheiro (2004) apresenta a etimologia da palavra resiliência que deriva do latim *resiliens*, significando “saltar para trás, voltar, ser impelido, recuar, encolher-se, romper”. Pela origem inglesa, *resilient* “remete à ideia de elasticidade e capacidade rápida de recuperação” (p. 68).

O termo resiliência originou-se no âmbito da física e da engenharia, sendo conhecido há pouco tempo na área de Ciências Sociais e Humanas. Barreira e Nakamura (2006) e Yunes e Szymanski (2001) explicam que um material é denominado resiliente quando a energia de deformação máxima que ele é capaz de armazenar não gera nele deformações permanentes.

Um dos primeiros autores a discutirem sobre o conceito de resiliência foi Frederic Flach (1966) que afirmou que ela está dependente da capacidade da pessoa em admitir a dor que sente, compreendendo o seu sentido e suportá-la temporariamente até conseguir ultrapassar esse conflito de forma positiva. Flach (1991) complementa que o termo não se relaciona somente com aspetos psicológicos, mas também com aspetos físicos e fisiológicos. Mas,

(...) a resiliência pode ser definida como uma capacidade universal que possibilita a pessoa, grupo ou comunidade prevenir, minimizar ou superar os efeitos nocivos das adversidades, inclusive saindo dessas situações fortalecida ou até mesmo transformada, porém não ileso (Mota, Benevides-Pereira, Gomes & Araújo, 2006, p. 58).

Outro conceito de resiliência foi definido por Anthony e Cohler (1987) enquanto um conjunto de traços de personalidade e capacidades, tornando invulneráveis as pessoas que passavam por experiências traumáticas, e que não desenvolviam doenças psíquicas, caracterizando, assim, a qualidade de serem resistentes.

A origem do termo pode ser analisada, de acordo com Tavares (2001), sob três pontos de vista: o físico, o médico e o psicológico. O autor, citado por Pinheiro (2004) considera que

No primeiro, a resiliência é a qualidade de resistência de um material ao choque, à tensão, à pressão, a qual lhe permite voltar, sempre que é forçado ou violentado, à sua forma ou posição inicial - por exemplo, uma barra de ferro, uma mola ou um elástico. No segundo, a resiliência seria a capacidade de um

sujeito resistir a uma doença, a uma infecção, a uma intervenção, por si próprio ou com a ajuda de medicamentos. E, no terceiro, a resiliência também é uma capacidade de as pessoas, individualmente ou em grupo, resistirem a situações adversas sem perder o seu equilíbrio inicial, isto é, a capacidade de se acomodar e reequilibrar constantemente (p. 69).

Tavares (2001) também contribui com outro enfoque ao afirmar que o desenvolvimento de capacidades de resiliência nos sujeitos passa pela mobilização e ativação das suas capacidades de ser, estar, ter, poder e querer, ou seja, pela sua capacidade de autorregulação e autoestima. “Ajudar as pessoas a descobrir as suas capacidades, aceitá-las e confirmá-las positiva e incondicionalmente é a maneira de as tornar mais confiantes e resilientes para enfrentar a vida do dia-a-dia por mais adversa e difícil que se apresente” (p. 52).

Grotberg (1995) entende que a resiliência é a capacidade da pessoa enfrentar a adversidade, de modo não só a ultrapassá-la com êxito e muito menos aceitá-la, mas agir de maneira a crescer com a situação. Portanto, dá resistência a condições negativas subsequentes, tornando os sujeitos mais complexos e menos vulneráveis, em função daquilo que se modificaram, após terem sido submetidos a esse tipo de experiência.

Como capacidade de todo o ser humano de adaptar-se recorrendo a recursos internos e externos, Reppold (2012) diz que a resiliência pode ser compreendida como uma manutenção de um processo de desenvolvimento, apesar das condições difíceis, sendo algo sistemático, dinâmico e complexo, resultando da interação entre o indivíduo e o meio.

Ralha-Simões (2001) discute o conceito de resiliência destacando que não se trata de uma espécie de escudo protetor que alguns indivíduos teriam, mas a flexibilidade interna que lhes tornaria possível interagir com êxito, modificando-se de uma forma adaptativa em face dos confrontos adversos com o meio exterior. Assim, resiliência não seria uma forma de defesa rígida, ou mesmo de contrapressão à situação, mas uma forma de manejo das circunstâncias adversas, externas e internas, sempre presentes ao longo de todo o desenvolvimento humano.

Nesta constante movimentação, Ong, Bergeman e Boker (2009) indicam que o indivíduo resiliente ao viver experiências problemáticas será capaz de as enfrentar de forma a adaptar-se a essas dificuldades, aprendendo com elas. De salientar que

No nível afetivo, várias pesquisas sugerem que as emoções positivas podem ter efeitos comprovadamente benéficos, quando presente durante períodos de *stress*, demonstrando que estas podem agir a serviço do bem-estar, não só com a finalidade de interromper a experiência do *stress* diário, mas também para evitar dificuldades quanto à adaptação frente a novos *stressores* (Ong, Bergeman & Boker, 2009, citados por Lopes & Massinelli, 2013, p. 136).

De acordo com Garcia (2001) existem três tipos de resiliência: a emocional, a acadêmica e a social. A resiliência emocional relaciona as vivências positivas que conduzem a à autoestima, autoeficácia e autonomia, habilitando o indivíduo a lidar com mudanças, adaptando-se a elas e a adquirir estratégias para ultrapassar os obstáculos. A resiliência acadêmica integra a escola como um espaço no qual se obtêm capacidades para resolver problemas, com a ajuda dos agentes educativos. E a resiliência social compreende aspetos que promovam a aprendizagem com vista à resolução de problemas.

São vários os fatores e as características associadas à resiliência, pelo que serão apresentadas no ponto abaixo mencionado.

#### **4.1. Fatores e características associadas à resiliência**

É importante salientar que a resiliência não pode ser considerada um escudo protetor que fará com que nenhum problema atinja a pessoa tornando-a rígida e resistente a todas as adversidades. Contudo,

(...) não existe uma pessoa que É resiliente, mas sim a que ESTÁ resiliente. Esse é um processo dinâmico, e as influências do ambiente e do indivíduo relacionam-se de maneira recíproca, fazendo com que o indivíduo identifique qual a melhor atitude a ser tomada em determinado contexto (Pinheiro, 2004, Pesce, Assis & Avanci, 2006, p. 71).

Mota et al. (2006), citam Rutter (1985) e consideram que a resiliência envolve fatores de proteção e fatores de risco.

Os fatores de proteção são as influências que modificam ou melhoram a resposta de uma pessoa a algum perigo que predispõe a um resultado não adaptativo, e que parecem mudar ou reverter circunstâncias potencialmente negativas. Relações parentais satisfatórias, disponibilidade de fontes de apoio social, autoimagem positiva, crença ou religião, são considerados fatores de proteção. Carvalho, Morais, Koller e Peccinini (2007) afirmam que Eckenrode e Gore (1996) dividem os fatores de proteção em três classes: “atributos pessoais, laços afectivos do sistema familiar e contextos sociais que dêem suporte durante a adversidade, como a escola e o local de trabalho” (p. 2026).

Sapienza e Pedromônico (2005) enfocam os fatores de risco em variáveis que aumentam a probabilidade de desadaptação do sujeito diante de uma situação de perigo. Segundo Angst (2009) vários autores enfatizam que os fatores de risco “não são uma sentença (por exemplo, que todas as pessoas em situação de pobreza não serão resilientes)”, e que os fatores de proteção reduzem o impacto dos fatores de risco, “reduzindo as reações negativas em exposição à situação de risco, estabelecendo a autoestima e criando oportunidades para reverter os efeitos do *stress*” (p. 255).

Variando de acordo com o grau de dependência da pessoa cuidada, Gaioli (2010) considera que se exige do cuidador “atenção integral e adaptação às mudanças que ocorrem no contexto de uma família com um idoso dependente, desde aspetos emocionais e troca de papéis até alterações na rotina e problemas económicos” (p. 27). De acordo com Haley (1997) a execução dessas adaptações pode estar na origem de desequilíbrio físico e mental, contínuos para os cuidadores, criando situações de *stress* crónico.

Outro fator associado à resiliência é a autoeficácia. Esse é um termo utilizado por Bandura (1997) sendo a crença nas habilidades individuais de organizar e exercitar os recursos para administrar situações visando o futuro.

A resiliência e a autoeficácia percebida atuam como forma do sujeito obter uma melhor qualidade de vida na superação da adversidade, envolvendo o contexto, a cultura e a responsabilidade coletiva, sendo capaz de responder de diferentes formas ante um fracasso (Barreira & Nakamura, 2006, p.78).

Angst (2009) cita estes autores para referir que “pessoas resilientes apresentam características básicas como autoestima positiva, habilidades de dar e receber em

relações humanas, disciplina, responsabilidade, recetividade, interesse, tolerância ao sofrimento e muitas outras” (p. 255).

Grotberg (2005) identifica fatores resilientes e divide-os em quatro categorias: “eu tenho”, “eu posso”, “eu sou” e “eu estou” (p. 17) e como está explícito na tabela 4.

**Tabela 4**

*Fatores encontrados em pessoas resilientes*

Eu tenho:	Eu posso:
Pessoas do entorno em quem confio e que me querem incondicionalmente;	Falar sobre coisas que me assustam ou inquietam;
Pessoas que me põem limites para eu aprender a evitar os perigos ou problemas;	Procurar a maneira de resolver os problemas;
Pessoas que me mostram, por meio de sua conduta, correta de proceder;	Controlar-me quando tenho vontade de fazer algo a maneira errado ou perigoso;
Pessoas que querem que eu aprenda a me desenvolver sozinho;	Procurar o momento certo para falar com alguém;
Pessoas que me ajudam quando estou doente, ou em perigo, ou quando necessito aprender.	Encontrar alguém que me ajude quando necessito.
Eu sou:	Eu estou:
Uma pessoa pela qual os outros sentem apreço e carinho;	Disposto a me responsabilizar por meus atos;
Feliz quando faço algo bom para os outros e lhes demonstro meu afeto;	Certo de que tudo sairá bem.
Respeitoso comigo mesmo e com o próximo.	

Fonte: adaptado de Grotberg (2005, p. 17)

Na categoria “eu tenho”, a pessoa resiliente desenvolve relações de confiança no outro e aprende a aceitar limites para o seu comportamento. Desta forma torna-se autónoma, o que potencia a aquisição de capacidades para a tomada de iniciativa. Na categoria “eu posso”, a pessoa resiliente procura concluir tarefas iniciadas e se necessário pede ajuda para resolver problemas. Ao mesmo tempo, faz a gestão dos seus próprios sentimentos e emoções. Na categoria “eu sou”, a pessoa resiliente

procura atingir metas para o futuro. Além disso, desenvolve mais facilmente as relações interpessoais nas resoluções de conflitos. Na categoria “eu estou”, a pessoa resiliente é responsável pelas suas ações e atitudes e demonstra uma maior autoconfiança.

Consideramos pertinente abordar a sobrecarga do cuidador quando da sua prestação de cuidados, pelo que a seguir, será feita uma breve referência.

#### **4.2. Sobrecarga do cuidador**

A sobrecarga é o termo utilizado para falar dos efeitos negativos no cuidador, oriundos da tarefa de cuidar. Alves (2010) relaciona-o com os problemas físicos, psicológicos, emocionais, sociais e financeiros que podem desenvolver face ao ato de cuidar. Atendendo à pirâmide de Maslow, a sobrecarga é quando ocorre algum tipo de ameaça à satisfação das necessidades fisiológicas, segurança, sociais e de estima.

A sobrecarga da tarefa de cuidar pode precipitar, segundo Ballard, Patel, Solis, Lowe e Wilcock (1996), o aparecimento de sintomas depressivos, como observado em estudos que compararam cuidadores e não cuidadores.

Sabe-se que ser um cuidador domiciliário de idosos dependentes não é um trabalho de fácil aceitação, o que para Garces, Krug, Hansen, Brunelli, Costa, Rosa, Bianchi, Mattos e Seibel (2012) “pode torná-los vulneráveis a sintomas de fadiga, *stress* e depressão, mesmo sendo bastante resilientes”. Neste sentido, “avaliar sintomas de fadiga, *stress* e depressão torna-se relevante, como forma de ajudar os cuidadores a vencer essas dificuldades e aliviar seu sofrimento” (p. 337).

Pereira (2013) entende que a perda de controlo do tempo que os CIs detinham anteriormente é sentida como um dos maiores impactos no ato de cuidar. O *stress* é visto como um dos aspetos mais frequentes na literatura sobre os CIs. A solidão é como estar só, involuntariamente, desligado físico ou psicologicamente dos outros, sendo um perder da liberdade.

Moreira (2001) defende que o cansaço sentido pelo cuidador não advém apenas de cuidar do familiar, mas do facto de não dormir e estar constantemente preocupado, motivos que o impedem de repousar verdadeiramente. O *stress* provocado pela doença influencia as relações familiares. Por um lado, isolamento e episódios de intensa solidão, por outro, proteção e preocupação mútua. Lieberman e Kramer (1991) apontam estudos que sugerem que o aumento da sobrecarga subjetiva do cuidador dificulte a

continuidade dos cuidados na família. Para Gaioli (2010), na maioria das vezes, o cuidador assume outras funções dentro e fora do lar, “como cuidar da casa e/ou trabalhar fora, além de cuidar do idoso, o que pode acarretar a sua institucionalização” (p. 28).

No intuito de amenizar a sobrecarga física e emocional, os CIs necessitariam desenvolver atitudes positivas, que os ajudem a suportar a gama de fatores negativos e nocivos à saúde advinda do processo de cuidar. Laranjeira (2007) sustenta que a manifestação de níveis mais elevados de resiliência pode favorecer tanto o cuidador como o idoso cuidado. Independentemente do cuidador ser alguém da família ou não, com o passar do tempo a sobrecarga de trabalho trará consequências como fadiga, *stress* e depressão, assim este também necessitará de cuidados. Duarte, Melo e Azevedo (2008) destacam a importância de grupos de apoio e psicoterapia como ferramentas para enfrentar as angústias e incertezas do cuidador.

Um conceito importante para se compreender a capacidade de resiliência do indivíduo é o significado de *coping* (enfrentamento), pelo que iremos, em seguida abordar.

### **4.3. *Coping***

Quando falamos de *coping* (enfrentamento), estamos a referir-nos ao posicionamento e às ações individuais frente às situações negativas de vida. Para Folkman e Lazarus (1985) são esforços cognitivos e comportamentais utilizados pelo indivíduo para lidar com as situações indutoras de *stress*. Silva (2002) entende que as estratégias de *coping* mais direcionadas para o enfrentamento direto dos problemas ou a elaboração das dificuldades são mais encontradas em indivíduos resilientes, e podem moderar o efeito das adversidades, tornando-se fator protetor. Kavsek e Seiffge-Krenke (1996) consideram que os indivíduos resilientes utilizam menos estratégias de *coping* de evitação dos problemas.

Vaz-Serra (2007) refere-se ao termo *coping* como tendo um significado preciso referente às estratégias utilizadas pelo homem para lidar com as ocorrências indutoras de *stress*. Para Ribeiro (2009) o termo *coping*, está direcionado aos esforços para controlar, reduzir ou tolerar as exigências criadas pelo *stress* e define *coping* como esforços cognitivos e comportamentais para gerir exigências específicas internas e/ou

externas, que são avaliadas como excedendo, ou como estando nos limites dos recursos pessoais.

O conceito de *coping* tem sido descrito como o conjunto de estratégias utilizadas pelos indivíduos para se adaptarem a circunstâncias adversas ou de *stress*. Refletem ações, comportamentos ou pensamentos usados para lidar com situações de *stress*.

Para Wagnild e Young (2009), o *coping* é a resposta a um momento, uma solução de uma determinada situação, sendo que nem sempre a soma desses enfrentamentos leva a pessoa se tornar resiliente. Uma característica fundamental das estratégias de *coping* é o facto de que elas são conscientes e intencionais, sendo o *stressor* percebido e analisado de forma consciente. Constantes mudanças cognitivas e comportamentais são exigidas para a tentativa de administrar demandas específicas, internas e/ou externas, o que leva a entender o *coping* como tática e não como estilo de personalidade do indivíduo, focando a atenção na ação da pessoa em determinado momento.

As estratégias de *coping* são mecanismos cognitivos e comportamentais para fazer face a estas situações. Sória, Souza, Moreira, Santoro, Menezes e Moreira (2006) apontam o isolamento, a impaciência, a deterioração das relações interpessoais, impulsividade verbal, exposição à violência, dificuldade em conciliar os papéis, profissional e familiar e a perda de autoestima, como fatores de *stress* a nível social evidenciados pelos CIs. Na opinião de Lazarus e Folkman (1984) *coping* está relacionado com os esforços cognitivos e comportamentais advindos do indivíduo para lidar com as exigências específicas internas ou externas.

Em situação de *stress*, os cuidadores utilizam todas as estratégias de *coping*, sendo umas mais utilizadas que outras, como é o caso de:

Auto controlo – “Tentei não agir depressa demais nem seguir o meu primeiro impulso”;

Suporte social – “Falei com alguém para saber mais sobre a situação”;

Fuga/evitamento – “Desejei que a situação desaparecesse ou que terminasse”;

Resolução planeada do problema – “Eu sabia o que devia ser feito, por isso redobrei os meus esforços para que as coisas corressem bem”;

Reavaliação positiva – “Redescobri o que é importante na vida”;

Assumir responsabilidades – “Pedi desculpas ou fiz algo para compor a situação”;

Confrontação – “Mantive a minha situação e lutei pelo que queria”;

Distanciamento – “Tentei esquecer tudo” (Ribeiro, 2009, p. 19).

Com a promoção da resiliência, as pessoas e famílias apresentam, segundo Silva (2007), capacidades para resolver problemas, serem autónomas e ter controlo interno.

Após a fundamentação, baseada na revisão de literatura, apresentamos, a seguir, o capítulo II como estudo empírico que nos propomos realizar, destacando a formulação do problema e dos objetivos, os critérios de seleção dos participantes, a metodologia e os procedimentos utilizados.

## Capítulo II

### O problema, os objetivos, a seleção da amostra, a metodologia e procedimentos utilizados na recolha de dados

Para levar a bom termo a investigação que nos propomos, *Resiliência em cuidadores informais familiares de idosos dependentes*, é fulcral partir de uma questão-chave e da definição de objetivos que deem resposta a essa mesma questão, referir o contexto em que o estudo é realizado, selecionar e caracterizar os participantes que integram o estudo e a natureza da investigação a realizar.

Será ainda referida a metodologia utilizada, os instrumentos de recolha de dados aplicados, bem como as questões éticas subjacentes à recolha de dados.

Em seguida, apresentamos a formulação do problema e a definição dos objetivos que irão clarificar a questão de partida.

#### 1. Formulação do problema e dos objetivos

A fim de poder fazer um estudo empírico sobre o tema em análise, várias são as interrogações que nos surgem, tornando-se relevante a formulação do problema, que servirá de pressuposto a toda a investigação.

Assim, foi considerado o problema que norteia este estudo:

*Qual a capacidade de resiliência do cuidador informal familiar de idosos dependentes, face às dificuldades resultantes do ato de cuidar?*

Pretender-se-ão compreender as dificuldades associadas ao ato de cuidar, os constrangimentos sentidos na vida pessoal, os ganhos e/ou perdas, a valorização e o nível de resiliência do CIF tendo em conta o peso das variáveis sociodemográficas como género, idade, estado civil, existência de filhos, nível de escolaridade, situação laboral, área de residência, tipo de habitação, estado de conservação, grau de parentesco com o idoso, coabitação, número de anos como cuidador e rendimento mensal do agregado familiar, constantes do inquérito por questionário (anexo 1).

Segundo Ander-Egg (1986), citado por Pérez-Serrano (2008), os objetivos são definidos como o enunciado daquilo que esperamos alcançar com a realização de determinadas ações. Marconi e Lakatos (2003) referem que os objetivos de uma investigação pretendem sobretudo responder a questões como: “para quê?” e “para quem?” e deverão ser racionais, relevantes, concretos, realistas, inequívocos e avaliáveis e encontram-se relacionados com uma visão global e abrangente do tema (p. 115).

Procurando dar resposta à questão de investigação foram definidos os seguintes objetivos:

- Compreender as dificuldades associadas ao ato de cuidar, sentidas pelo CIF;
- Verificar quais os constrangimentos sentidos na vida pessoal do CIF;
- Analisar os ganhos e/ou perdas em ser CIF;
- Discutir a valorização do papel do CIF;
- Avaliar o nível de resiliência do CIF.

Os critérios que levaram à seleção da amostra bem como os procedimentos utilizados tornam-se de singular relevância, pelo que serão apresentados de imediato.

## **2. Seleção da amostra e procedimentos utilizados**

De acordo com Hill e Hill (2002), numa investigação é necessário fazer uma recolha de informação sobre a população sobre a qual se pretende desenvolver o estudo e retirar conclusões.

Quando se faz uma investigação

(...) é muito raro podermos estudar exaustivamente uma população, ou seja, inquirir todos os seus membros. Segundo estes mesmos autores, será até inútil, uma vez, que inquirindo um número restrito de pessoas, com a condição de que estas tenham sido corretamente escolhidas, podemos obter as mesmas informações, com uma certa margem de erro calculável (Matalon & Ghiglione, 1997, p. 29).

Segundo Rosental e Frémontier-Murphy (2002), numa investigação recorre-se, com frequência, à técnica de amostragem para selecionar essa fração da população, a que se dá o nome de amostra.

Neste estudo, os CIFs foram selecionados tendo por base os contactos a partir do SAD da SCMB, dada a proximidade profissional da autora do estudo com esta resposta social. De entre uma população de 89 CIFs, a amostra é constituída por 20 CIFs, que aceitaram participar neste estudo, de forma livre e informada. O método utilizado foi o de amostragem por conveniência, pois de acordo com Cohen e Manion (1990) “escolhemos os indivíduos mais acessíveis para servirem de informantes” (p. 138).

A amostra utilizada neste estudo constitui-se como não probabilística, com sentido intencional. De acordo com Marconi e Lakatos (2003) este tipo de amostras são constituídas segundo as intenções ou necessidades da investigação para estudar uma situação particular, baseando-se em opiniões dos indivíduos que possuem conhecimento das características específicas a analisar.

Partindo deste pensamento, a amostra foi constituída por 10 indivíduos do meio urbano e outros tantos do meio rural, que integram a área de intervenção do SAD da SCMB. Neste estudo privilegiou-se a interação e a proximidade sociocultural da investigadora com os protagonistas do estudo, dado ser um contexto conhecido no âmbito das suas relações profissionais.

Foi atribuído a cada participante, um código, de forma a preservar o anonimato, em que as letras CIFR significam cuidador informal familiar rural, seguido de um dígito que identifica o número de cuidadores do meio rural, ou seja CIFR1, CIFR2, CIFR3, até CIFR10. O mesmo foi adotado para identificar os cuidadores do meio urbano, substituindo apenas a letra R pela letra U, ou seja, CIFU1, CIFU2, CIFU3 até CIFU10.

### **3. Metodologia**

Com base no enquadramento apresentado no capítulo I, que suporta as conceções teóricas e a seleção dos participantes no estudo, apresentados nos pontos anteriores, este ponto visa apresentar a natureza da investigação, a metodologia utilizada, caracterizando a mesma e descrevendo os procedimentos adotados na elaboração dos instrumentos de recolha de dados que irão permitir obter respostas ao problema e aos objetivos anteriormente formulados, tendo sempre presente as questões éticas associadas à recolha de dados e ao tratamento da informação.

Em seguida apresentamos a natureza da investigação.

### **3.1. Natureza da investigação**

A investigação científica é para Ander-Egg (1978), citado por Marconi e Lakatos (2003), “um procedimento reflexivo sistemático, controlado e crítico que permite descobrir novos factos ou dados, relações ou leis em qualquer campo do conhecimento” (p. 155).

Pode ainda admitir-se, de acordo com Morais (2013), que a investigação é um processo de construção do conhecimento, tendo como principais metas gerar novo conhecimento, validar ou refutar conhecimento pré existente. A investigação científica constitui-se, assim, como uma procura de conhecimento e de soluções para determinados problemas, neste caso para problemas sociais.

Em qualquer investigação é necessário um método e este não é mais do que uma formalização do percurso intencionalmente ajustado ao fenómeno em estudo, e segundo Tuckman (2012) é concebido como meio de direcionar a investigação para o seu objeto, possibilitando a progressão do conhecimento acerca desse mesmo objeto.

Considerando os objetivos do estudo e no sentido de responder ao problema anteriormente enunciado optamos por uma abordagem mista, ou seja, pesquisa qualitativa e quantitativa.

Vilelas (2009), descreve a investigação qualitativa como “uma forma de estudo da sociedade que se centra no modo como as pessoas interpretam e dão sentido às suas experiências e ao mundo em que elas vivem” (p. 105). Bogdan e Biklen (1994) e Ludke e André (1986) realçam que as pesquisas qualitativas interessam-se mais pelos processos do que pelos produtos da investigação e dos fenómenos estudados. Já Pérez-Serrano (2008) defende que a compreensão e a interpretação sobre como os factos e os fenómenos se manifestam, mais do que determinar quais as causas para os mesmos, é outra característica específica da investigação qualitativa.

Considerando que os métodos qualitativos são considerados uma ajuda para um maior entendimento crítico das situações e fenómenos educativos, ao utilizar esta metodologia procuramos estudar as perceções que nós próprios ou os outros protagonistas do estudo têm da realidade.

Relativamente à investigação quantitativa, Ribeiro (2010) diz-nos que os estudos desta natureza caracterizam-se por se expressarem através de entidades abstratas (números) que representam uma contagem, uma medição/um cálculo. Permitem obter informação acerca do estado atual dos fenómenos e conhecer uma situação tal como ela existe no momento do estudo.

Para Ribeiro (2010) num estudo que adote um desenho observacional, descritivo e analítico “o investigador não intervém, antes desenvolve procedimentos para descrever os acontecimentos que ocorrem naturalmente sem a sua intervenção” (p. 51). Possibilita a descrição das características de determinada população ou fenómeno ou, então, o estabelecimento de relações entre variáveis e “permitem responder à questão porque é que os sujeitos têm aquelas características” (p. 52). Para o mesmo autor os estudos transversais focam geralmente um único grupo representativo da população em estudo e os dados são recolhidos num único momento.

Neste âmbito, a presente investigação, relativamente à sua finalidade, é de carácter básico na medida em que reúne conhecimentos e informações destinados a resultados académicos. Fundamenta-se num tipo de pesquisa descritiva, tendo em consideração os objetivos desta investigação, pois pretende descrever as características da amostra e o levantamento das suas opiniões, atitudes e crenças. Constitui-se como uma investigação de natureza mista, na medida em que permite descrições sistemáticas, ajudando a interpretar as mensagens e a compreender as ideias e significados dos indivíduos. E atendendo ao local da realização define-se como uma pesquisa de campo, por permitir a recolha de dados referentes a fenómenos que ocorrem em contexto real.

No próximo ponto será feita a descrição dos instrumentos de recolha de dados utilizados.

### **3.2. Instrumentos de recolha de dados**

Estando em concordância com Quivy e Campenhoudt (2003) a identificação e a utilização de instrumentos de recolha de dados são determinantes para o fornecimento de dados de qualidade que permitam uma análise eficaz e eficiente, com conclusões conscientes e fundamentadas. Tendo em consideração os objetivos da presente investigação considerou-se utilizar dois instrumentos: a entrevista semiestruturada e o inquérito por questionário. O uso destes instrumentos tem sido nos últimos anos, segundo os autores atrás referidos, frequentemente utilizado pelos investigadores em ciências sociais, permitindo um diagnóstico de maior proximidade com os indivíduos e com o seu contexto real, através do universo de relatos, conceções, atitudes, valores e crenças.

O instrumento de recolha de dados utilizado, como recomenda Fortin (1999), visa recolher informação sobre as variáveis em estudo, junto dos sujeitos participantes.

Em seguida serão apresentados os diferentes instrumentos de recolha de dados utilizados neste estudo.

### **3.2.1. Inquérito por questionário**

O inquérito por questionário (anexo 1) foi construído pela autora do estudo, tendo em conta a obtenção de dados relativamente à caracterização sociodemográfica dos participantes.

Antes da aplicação do questionário foi feito um pré-teste aos CIFs que não faziam parte da amostra, para testar o grau de complexidade, assim como a compreensão das perguntas, não tendo havido necessidade de proceder a alterações, pois as questões foram consideradas claras e concisas, tendo sido lavrado um consentimento livre e informado (anexo 2).

O questionário foi aplicado por administração direta, em dia previamente agendado, (21 de janeiro de 2018 no caso dos CIFUs e no dia 23 de janeiro de 2018 no caso dos CIFRs). O tempo médio de duração de resposta às questões foi de 20 minutos e estas foram dadas na residência dos CIFs.

O inquérito por questionário (anexo 1) integra 14 questões, de resposta fechada e de múltipla escolha, que permitem a caracterização sociodemográfica dos participantes: género, idade, estado civil, existência de filhos, escolaridade, situação laboral, área de residência, tipo de habitação do cuidador e o seu estado de conservação, grau de parentesco entre o cuidador e o idoso cuidado, coabitação com o idoso, número de anos como cuidador informal e rendimento mensal do agregado familiar.

### **3.2.2. Entrevista semiestruturada**

A entrevista é, segundo Amado (2017), “um dos mais poderosos meios para se chegar ao entendimento dos seres humanos e para a obtenção de informações nos mais diversos campos” (p. 209). Tendo presente esta definição, a entrevista foi escolhida devido à possibilidade de recolher informações provenientes de testemunhos pessoais, sendo os mesmos interpretados por via das respostas verbais às questões efetuadas. Marconi e Lakatos (2003) salientam a importância da entrevista pela possibilidade de recolher as emoções, os gestos, os silêncios e outros aspetos de comunicação não-verbal

além de oferecer maior flexibilidade para esclarecer e reformular as questões, maior oportunidade para avaliar atitudes, podendo o entrevistado ser observado naquilo que diz e como o diz, e dá oportunidade para a obtenção de dados que não se encontram em fontes documentais e que sejam relevantes e significativos.

Para Amado (2017) na entrevista semiestruturada “as questões derivam de um plano prévio, um guião onde se define e regista, numa ordem lógica para o entrevistador, o essencial do que se pretende obter, embora, na interação se venha a dar uma grande liberdade de resposta ao entrevistado” (p. 210). O autor acrescenta que esta técnica permite um acesso àquilo que chama de “não-observável” que não é mais do que o discurso dos indivíduos tal como estes se expressam, nomeadamente, “opiniões, atitudes, representações, recordações, afetos, intenções, ideias e valores que animam uma pessoa a comportar-se de determinado modo” (pp. 213-214).

Guerra (2010) refere que na elaboração de um guião de entrevista “a questão mais importante é a clarificação dos objetivos e dimensões de análise” (p. 53).

A entrevista com guião (anexo 3) foi construída pela autora do estudo e foi validada igualmente por três CIFs que não faziam parte da amostra, para testar o grau de complexidade e a compreensão das perguntas, não tendo havido necessidade de proceder a alterações, pois as questões, tal como no inquérito por questionário, foram consideradas claras e concisas.

Foi gravada nos mesmos dias e a seguir à aplicação do inquérito por questionário. Foi novamente explicada a finalidade, salvaguardando igualmente o princípio do anonimato e da confidencialidade, tendo sido lavrado, como referido anteriormente, o consentimento livre e informado (anexo 2). O tempo médio de duração de resposta às questões foi de 30 minutos e estas foram dadas na residência dos CIFs.

Enquadrou uma única categoria “O/A cuidador/a informal familiar de idosos/as” que, por sua vez, foi dividida em cinco subcategorias:

- Papel e tarefas do/a cuidador/a informal familiar;
- Dificuldades associadas ao ato de cuidar;
- Constrangimentos na vida pessoal do/a cuidador/a informal familiar;
- Ganhos e/ou perdas em ser cuidador/a informal familiar;
- Valorização do papel do cuidador/a informal familiar.

Em cada uma destas subcategorias são formuladas diversas questões aos participantes.

Finalizada a entrevista foi feita uma breve síntese a cada entrevistado, validando as respostas dadas acabando a mesma com o agradecimento pela disponibilidade e colaboração manifestadas.

### **3.2.3. Escala Breve de *Coping* Resiliente (EBCR)**

Para a aplicação deste instrumento foi solicitada autorização à autora Vaughn Sinclair (anexo 4) a fim de poder ser aplicada a escala para avaliar o nível de resiliência do cuidador informal. A *Brief Resilient Coping Scale* foi desenvolvida pelos investigadores Sinclair e Wallston (2003) tendo sido validada para a população portuguesa por Ribeiro e Morais (2010) como Escala Breve de *Coping* Resiliente (EBCR) (anexo 5) utilizando como procedimentos os idênticos à versão original.

Para a adaptação da escala à população e cultura portuguesa, a variável resiliência foi avaliada com base nos quatro itens da escala original, que permitem perceber a capacidade do indivíduo para lidar com o *stress* de forma adaptativa, apresentando as seguintes afirmações:

- Procuo formas criativas de superar situações;
- Independentemente do que me possa acontecer, acredito que consigo controlar as minhas reações;
- Acredito que posso crescer positivamente lidando com situações difíceis;
- Procuo ativamente formas de substituir as perdas que encontro na vida (Ribeiro & Morais, p. 8).

A resposta aos itens é dada através de uma escala ordinal, segundo o formato de *Likert*, com cinco opções, sendo que ao número cinco corresponde “quase sempre” e ao número um “quase nunca”. Os valores de resposta, que transmitem a capacidade do indivíduo para lidar com o *stress* de uma forma adaptativa, podem variar entre 4 e 20. Neste instrumento não existem itens cuja cotação se processe pela ordem invertida. Salienta-se, ainda, que é um instrumento de autorresposta e unidimensional.

Segundo Sinclair e Wallston (2003), os autores da escala original, consideram-se com baixa capacidade de resiliência os sujeitos que obtêm uma pontuação inferior a 13 valores e, por outro lado, com resiliência forte os que atingem uma pontuação superior a 17 valores.

No ponto a seguir serão abordadas, de forma sintética, as questões éticas subjacentes à recolha e tratamento de dados utilizados numa investigação.

### **3.3. Questões éticas da recolha de dados**

A recolha de informação procurou reger-se pelos princípios éticos de investigação que estabelecem normas e diretrizes subjacentes a pesquisas que envolvem seres humanos. Fortin (1999) define ética como “o conjunto de permissões e de interdições que têm um enorme valor na vida dos indivíduos e em que estes se inspiram para guiar a sua conduta” (p.114).

Seguindo esta premissa, para a realização do estudo, e tal como já foi salvaguardado no ponto anterior, foi solicitado um pedido de autorização para a aplicação da EBCR dirigido à autora, Vaughn Sinclair, tendo sido concedido (anexo 4). De igual forma, foi também apresentado ao Provedor da Mesa Administrativa da SCMB, um pedido de autorização para a aplicação do instrumento de recolha de dados aos CIFs dos clientes do SAD (anexo 6), com resposta de autorizado (anexo 7).

Compete ao investigador salvaguardar o respeito pela identidade dos participantes e como tal, os 20 CIFs foram codificados de forma a assegurar o seu anonimato, tal como o já referenciado no ponto 2 deste capítulo.

Procuraram-se cumprir todos os pressupostos de confidencialidade da informação obtida através da aplicação do instrumento de recolha de dados assegurando que seria apenas para uso neste estudo. Os CIFs foram informados sobre o objetivo da investigação e a forma de ter acesso a ela, caso estejam interessados. Foram esclarecidas todas as dúvidas que surgiram ao assinarem o termo de consentimento livre e esclarecido (anexo 2) no momento imediatamente antes do preenchimento do inquérito por questionário e resposta às questões da entrevista, salientando a liberdade de não responderem a questões que considerassem de índole pessoal. A participação dos CIFs foi de carácter voluntário, não implicando qualquer custo para os participantes e não tendo sido atribuída qualquer gratificação monetária.

O último ponto, que a seguir se apresenta, diz respeito à forma como a informação recolhida vai ser tratada.

### **3.4. Tratamento da informação**

Para a análise dos dados recolhidos através das entrevistas foi utilizada a análise de conteúdo. Esta técnica é considerada por Vala (1993) como sendo uma das mais comuns na investigação empírica realizada pelas diferentes ciências sociais.

Na definição de um dos seus criadores, Berelson (1952), citado por Krippendorff (1990), a análise de conteúdo é numa técnica de pesquisa documental que procura arrumar num conjunto de categorias de significação do conteúdo manifesto dos mais diversos tipos de comunicações. O seu primeiro propósito consiste

(...) em proceder à descrição objetiva, sistemática, e eventualmente quantitativa de tais conteúdos. Nesta perspectiva, ela incide sobre as denotações (o primeiro sentido do discurso) e não sobre as conotações (reflexo dos pontos de vista subjetivos de quem fala ou escreve) (Amado, 2017, p. 305).

De acordo com Quivy e Campenhoudt (2003) possibilita o tratamento de dados baseados no testemunho dos entrevistados quer de uma forma organizada quer com um certo grau de profundidade e complexidade. Para Silva e Pinto (2009) a análise de conteúdo é “uma técnica de investigação que permite a descrição objetiva, sistemática e quantitativa do conteúdo manifestado na comunicação” (p. 103).

Para Carmo e Ferreira (1998) a análise de conteúdo aplica-se a diferentes discursos e baseia-se na inferência e possibilita a ligação entre a fase descritiva, em que se enumeram as características do texto e a fase interpretativa, que trata os significados atribuídos a essas características. O primeiro grande objetivo da análise de conteúdo é o de

(...) organizar os conteúdos de um conjunto de mensagens num sistema de categorias que traduzam as ideias-chave veiculadas pela documentação em análise. Para isso, há que começar a espartilhar os textos em unidades de sentido que se considerem pertinentes em função das características do material a estudar e dos objetivos do estudo (Amado, 2017, p. 315).

Para iniciar esse trabalho, foi feita uma leitura das entrevistas realizadas após a transcrição das gravações (anexos 8 e 9), de forma a possibilitar uma inventariação dos temas relevantes. Como tal, procedeu-se à categorização dos dados, processo pelo qual

os dados brutos são, segundo Hoslti (1969), “transformados e agregados em unidades que permitem uma descrição exata das características relevantes do conteúdo” (p. 103).

A definição das subcategorias baseou-se na estrutura do guião de entrevista sendo uma mais-valia para a criação das questões o que facilitou a organização dos dados recolhidos. Estas subcategorias foram criadas de acordo com o enquadramento teórico e os objetivos da investigação e às quais foi atribuído um código:

- A1. Papel e tarefas do/a cuidador/a informal familiar;
- A2. Dificuldades associadas ao ato de cuidar;
- A3. Constrangimentos na vida pessoal do/a cuidador/a informal familiar;
- A4. Ganhos e/ou perdas em ser cuidador/a informal familiar;
- A5. Valorização do papel do cuidador/a informal familiar.

Importa salientar que, neste contexto, considera-se que as dificuldades dizem respeito aos obstáculos com os quais os CIFs se deparam no dia-a-dia e que lhes possam causar transtornos e complicações. Os constrangimentos estão relacionados com situações que os participantes são obrigados ou impedidos de realizar depois de se terem tornado cuidadores. Quanto às perdas, reportam-se aos danos e prejuízos resultantes da condição de cuidador ou até às privações a que podem ficar sujeitos.

Para cada uma das subcategorias foram identificadas as unidades de registo, que para Matalon e Ghiglione (1997) designam “o segmento de conteúdo mínimo que é tomado em atenção pela análise (frase, por exemplo)” (p. 193). Vala (1993) considera que é um “segmento determinado de conteúdo que se caracteriza colocando-o numa dada categoria” (p. 114). Trata-se, no fundo, de excertos das respostas às questões da entrevista onde foram incluídos os testemunhos mais relevantes, através do agrupamento de elementos com características comuns, segundo as respostas dos participantes, de acordo com os significados que assumem.

Apresentada a metodologia e os instrumentos de recolha que nos permitiram a obtenção de dados, não só para caracterizar o grupo de participantes segundo o ponto de vista sociodemográfico, através do inquérito por questionário, como para a compreensão do tema que nos propomos estudar, apoiados na análise de conteúdo das narrativas dos participantes obtidas através da entrevista semiestruturada e a avaliação da capacidade de resiliência através da EBCR, procedemos, no capítulo seguinte, à apresentação, análise e discussão dos resultados obtidos pela aplicação dos três instrumentos.

## **Capítulo III**

### **Apresentação, análise e discussão dos resultados**

Neste capítulo procedemos à apresentação, análise e discussão dos resultados, tendo por base os princípios teóricos que sustentam a investigação. É feita a caracterização sociodemográfica da amostra, baseada nos dados obtidos através da aplicação do inquérito por questionário, seguida da análise de conteúdo da categoria A e subcategorias A1, A2, A3, A4 e A5 da entrevista semiestruturada. Apresentamos ainda a classificação dos níveis de resiliência obtidos através da aplicação da EBCR utilizada para o efeito e, finalmente, procedemos à discussão dos resultados.

Assim, em seguida, e com base nas respostas ao inquérito por questionário, procedemos à caracterização sociodemográfica dos participantes, com base nos dados recolhidos através do inquérito por questionário.

#### **1. Análise da caracterização sociodemográfica dos participantes**

A recolha de dados através do inquérito por questionário teve como principal objetivo caracterizar a amostra numa perspetiva social e demográfica.

Tal como foi referido no ponto 3.2.1. do capítulo anterior, o inquérito por questionário é constituído por 14 itens considerados fundamentais para essa caracterização: género, idade, estado civil, existência de filhos, escolaridade, situação laboral, área de residência, tipo de habitação do cuidador e o seu estado de conservação, grau de parentesco entre o cuidador e o idoso cuidado, coabitação com o idoso, número de anos como cuidador informal e rendimento mensal do agregado familiar.

Os dados obtidos foram organizados em duas tabelas, uma relativa aos resultados dos CIFRs, como se pode verificar na tabela 5, e outra relativa aos resultados dos CIFUs, como se pode verificar na tabela 6.

**Tabela 5***Caracterização sociodemográfica dos CIFRs*

<b>Participante</b>	<b>CIFR1</b>	<b>CIFR2</b>	<b>CIFR3</b>	<b>CIFR4</b>	<b>CIFR5</b>	<b>CIFR6</b>	<b>CIFR7</b>	<b>CIFR8</b>	<b>CIFR9</b>	<b>CIFR10</b>
<b>Género</b>	M	F	M	M	F	F	F	F	M	M
<b>Idade</b>	49	65	63	49	75	44	48	69	52	63
<b>Estado civil</b>	Cas	Cas	Cas	Cas	Cas	Cas	Cas	Cas	Sol	Cas
<b>Filhos</b>	1	1	2	1	3	2	1	5	1	2
<b>Escolaridade</b>	Secund	1ºciclo	1ºciclo	Secund	1ºciclo	Super	2ºciclo	1ºciclo	2ºciclo	1ºciclo
<b>Situação laboral</b>	GNR	Doméstica- aposentada	Trolha	GNR	Rececionista- aposentada	Docente	Doméstica	Doméstica- aposentada	Operador fabril	Trolha
<b>Tipo habitação</b>	Própria	Própria	Própria	Própria	Própria	Própria	Própria	Própria	Própria	Própria
<b>Estado de conservação</b>	Boa	Boa	Razoável	Boa	Boa	Boa	Boa	Boa	Boa	Razoável
<b>Parentesco</b>	Filho	Filha	Tio	Filho	Esposa	Filha	Nora	Filha	Filho	Irmão
<b>Vive c/ idoso</b>	Não	Sim	Não	Não	Sim	Não	Sim	Sim	Sim	Não
<b>Coabitação</b>	-	Marido	-	-	Não	-	Marido	Marido	Companheira	-
<b>Nº anos cuidador</b>	6-10anos	1-5 anos	Mais de 10 anos	6-10anos	Mais de 10 anos	6-10 anos	6-10 anos	Mais de 10 anos	1-5 anos	Mais de 10 anos
<b>Rendimento agregado</b>	Mais de 1000	Mais de 1000	500-750	Mais de 1000	500-750	Mais de 1000	750-1000	750-1000	750-1000	500-750

Fonte: dados obtidos através do inquérito por questionário (2018)

Podemos verificar pela tabela 5 que do total de 10 CIFRs, cinco são do género masculino e outros tantos do género feminino.

Quanto à idade, ela varia entre os 44 e os 75 anos, apresentando uma idade média de 58 anos, sendo que os homens apresentam uma variação de idades entre os 49 e os 63 anos, com uma idade média de 55 anos, e as mulheres apresentam idades entre os 44 e os 75 anos, com uma idade média de 60 anos.

No que concerne ao estado civil, apenas um homem referiu ser solteiro, enquanto os restantes nove participantes declararam ser casados.

Os dados mostram que todos os cuidadores são progenitores, sendo que cinco deles têm apenas um filho, havendo um indivíduo do género feminino que tem cinco filhos.

Relativamente à escolaridade dos inquiridos, a maioria dos participantes tem o 1.º ciclo do ensino básico (cinco). Entre os restantes, dois indivíduos do género masculino possuem o ensino secundário, um homem e uma mulher o 2.º ciclo do ensino básico, existindo uma cuidadora com o grau de licenciatura.

Podemos verificar que a situação laboral é bastante díspar, existindo três indivíduos aposentados e os restantes sete estão no ativo. Três mulheres são domésticas, dois homens são militares da GNR, outros tantos trabalham na construção civil e encontramos ainda uma professora, um operário fabril e uma rececionista.

Todos os CIFRs residem em habitação própria, cujo estado de conservação apresenta, na maioria (oito), boas condições de habitabilidade.

Quanto ao grau de parentesco entre o cuidador e o idoso, a maioria dos participantes referiu ser filho/a (seis), havendo ainda um tio, uma esposa, uma nora e um irmão que desempenham essa função.

Os dados revelam ainda que apenas cinco participantes vivem com o idoso cuidado. Ainda relativamente à coabitação, quatro cuidadores vivem com outros familiares nomeadamente marido (três) e companheira (um), sendo que o outro participante vive apenas com o idoso.

No que se refere ao tempo de prestação de cuidados, verificamos que quatro indivíduos (dois homens e duas mulheres) o fazem há mais de 10 anos. Na mesma proporção encontramos inquiridos a prestar cuidados entre seis e 10 anos, havendo apenas dois participantes (um homem e uma mulher) que o fazem há menos tempo (entre um e cinco anos).

Por último, o rendimento médio mensal do agregado familiar situa-se na sua maioria abaixo dos mil euros, uma vez que três participantes declararam rendimentos entre os 500 e os 750 euros. Outros tanto referiram auferir entre os 750 e os 1000 euros mensais, enquanto apenas quatro indivíduos mencionaram que o rendimento médio mensal do agregado familiar era superior a 1000 euros.

Na tabela 6 apresentamos os resultados relativos aos CIFUs.

**Tabela 6***Caracterização sociodemográfica dos CIFUs*

<b>Participante</b>	<b>CIFU1</b>	<b>CIFU2</b>	<b>CIFU3</b>	<b>CIFU4</b>	<b>CIFU5</b>	<b>CIFU6</b>	<b>CIFU7</b>	<b>CIFU8</b>	<b>CIFU9</b>	<b>CIFU10</b>
<b>Género</b>	F	M	F	F	M	F	F	M	F	F
<b>Idade</b>	89	72	59	68	68	84	74	87	67	65
<b>Estado civil</b>	Cas	Cas	Cas	Cas	Div	Cas	Viú	Cas	Cas	Cas
<b>Filhos</b>	5	1	2	2	1	2	2	3	2	2
<b>Escolaridade</b>	1ºciclo	1ºciclo	Sup	Sup	Sec	3ºciclo	1ºciclo	1ºciclo	2ºciclo	1ºciclo
<b>Situação laboral</b>	Domest- aposent	Trolha- aposent	Docente	Docente- aposent	PSP- aposent	Docente- aposent	Domest- aposent	GNR- aposent	Ajudante- aposent	Comerc- aposent
<b>Tipo habitação</b>	Cedida	Própria	Própria	Própria	Própria	Própria	Cedida	Própria	Própria	Própria
<b>Estado de conservação</b>	Razoável	Excelente	Excelente	Excelente	Excelente	Boa	Boa	Razoável	Boa	Boa
<b>Parentesco</b>	Esposa	Marido	Filha	Filha	Filho	Esposa	Irmã	Marido	Filha	Filha
<b>Vive c/ idoso</b>	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim
<b>Coabitação</b>	Não	Não	Marido	Marido	Não	Não	Não	Não	Marido	Marido
<b>Nº anos cuidador</b>	1-5 anos	6-10 anos	6-10 anos	Mais de 10 anos	1-5 anos	1-5 anos	Mais de 10 anos	1-5 anos	1-5 anos	6-10 anos
<b>Rendimento agregado</b>	250-500	Mais de 1000	Mais de 1000	Mais de 1000	Mais de 1000	Mais de 1000	750-1000	750-1000	Mais de 1000	Mais de 1000

Fonte: dados obtidos através do inquérito por questionário (2018)

Podemos verificar que a maioria dos CIFUs é composta por indivíduos do género feminino (sete), sendo que apenas três são do género masculino.

Quanto à idade, ela varia entre os 59 e os 89 anos, apresentando uma idade média de 73 anos, sendo que os homens apresentam uma variação de idades entre os 68 e os 87 anos, com uma idade média de 76 anos, e as mulheres apresentam idades entre os 59 e os 89 anos, com uma idade média de 72 anos.

No que concerne ao estado civil, a maioria por participantes referiu ser casado (oito), existindo ainda um homem divorciado e uma mulher viúva.

À semelhança dos CIFRs, todos os CIFUs são progenitores, sendo que a maioria (todas mulheres) tem dois filhos (seis), dois homens têm apenas um, o outro homem tem três e uma mulher tem cinco filhos.

De igual forma, relativamente à escolaridade dos inquiridos, a maioria dos participantes tem o 1.º ciclo do ensino básico (cinco). Entre os restantes, dois indivíduos do género feminino possuem o grau de licenciatura, um homem tem o ensino secundário e duas mulheres o 2.º e 3.º ciclos do ensino básico, respetivamente.

Podemos verificar que quanto à situação laboral, apenas um dos indivíduos se encontra no ativo, exercendo a função de docente, enquanto os restantes nove já estão aposentados. Três mulheres exerceram a função de docente, dois homens de agentes das forças de segurança, sendo que dos restantes cinco participantes se encontravam duas domésticas, um trabalhador da construção civil, uma ajudante de ação direta e uma comerciante.

A maioria dos CIFUs reside em habitação própria (oito), sendo que dois deles se encontram a viver em casas cedidas por familiares, cujo estado de conservação é excelente (quatro) e boa (quatro), vivendo dois deles em casas com condições de habitabilidade razoável.

Quanto ao grau de parentesco entre o cuidador e o idoso, encontramos cinco filhos/as, dois maridos, duas esposas e uma irmã.

Ao contrário dos CIFRs, todos os CIFUs vivem com o idoso cuidado, sendo que seis deles não têm mais coabitantes e os restantes quatro (todas mulheres) vivem ainda com os maridos.

No que se refere ao tempo de prestação de cuidados, verificamos que cinco indivíduos (três mulheres e dois homens) o fazem há cinco anos, no máximo. Encontramos ainda três inquiridos a prestar cuidados entre seis e 10 anos, havendo apenas dois participantes (ambas mulheres) que o fazem há mais de 10 anos.

Igualmente, ao contrário dos CIFRs, os dados mostram ainda que o rendimento médio mensal do agregado familiar dos CIFUs se situa, na sua maioria, acima dos 1000 euros, uma vez que sete participantes declararam rendimentos dessa ordem. Dois indivíduos referiram auferir entre os 750 e os 1000 euros mensais, enquanto apenas uma mulher mencionou que o rendimento médio mensal do agregado familiar se fixava entre os 250 e os 500 euros.

### **1.1. Análise comparativa entre CIFRs e CIFUs**

Depois de conhecidos os dados que nos permitem caracterizar a amostra deste estudo, e com vista a fazer uma análise comparativa entre os dois grupos de cuidadores (rurais e urbanos), foi elaborada a tabela 7, selecionando os itens mais relevantes, e que a seguir se apresenta.

**Tabela 7***Caracterização sociodemográfica dos CIFs (análise comparativa)*

	<b>CIFR</b>	<b>CIFU</b>
<b>Género</b>	5 – Homens 5 – Mulheres	7 – Mulheres 3 – Homens
<b>Idade</b>	44-75 anos Média = 58 anos	59-89 anos Média = 73 anos
<b>Estado civil</b>	9 – Casado 1 – Solteiro	8 – Casado 1 – Viúvo 1 – Divorciado
<b>Escolaridade</b>	5 – 1.º Ciclo do Ensino Básico 2 – 2.º Ciclo do Ensino Básico 2 – Ensino secundário 1 – Licenciatura	5 – 1.º Ciclo do Ensino Básico 2 – Licenciatura 1 – Ensino secundário 1 – 3.º Ciclo do Ensino Básico 1 – 2.º Ciclo do Ensino Básico
<b>Situação laboral</b>	3 – Aposentado 7 – Trabalhador	9 – Aposentado 1 – Trabalhador
<b>Parentesco</b>	6 – Filho 1 – Tio 1 – Esposa 1 – Nora 1 – Irmão	5 – Filho 2 – Marido 2 – Esposa 1 – Irmã
<b>Nº anos cuidador</b>	4 – Mais de 10 anos 4 – 6 a 10 anos 2 – 1 a 5 anos	5 – 1 a 5 anos 3 – 6 a 10 anos 2 – Mais de 10 anos
<b>Rendimento agregado</b>	3 – 500 a 750 euros 3 – 750 a 1000 euros 4 – Mais de 1000 euros	7 – Mais de 1000 euros 2 – 750 a 1000 euros 1 – 250 a 500 euros

Fonte: dados obtidos através do inquérito por questionário (2018)

Assim, podemos considerar que a maior parte dos CIFs são mulheres, uma vez que de entre os 20 participantes, 12 são do género feminino correspondendo àquilo que defende Pereira (2013) ao afirmar que a necessidade de prestação de cuidados a pessoas adultas dependentes é assegurada em larga percentagem por mulheres. No entanto, o

nosso estudo reflete a perspectiva de Manzini e Vale (1996) quando afirmam que existe uma crescente participação do gênero masculino a auxiliar no cuidado, pois de entre os 20 CIFs, oito são homens.

Quanto à idade, ela varia entre os 44 e os 89 anos, apresentando uma média de 66 anos, sendo que a faixa etária predominante se situa entre os 60 e os 69 anos (oito CIFs) seguida da faixa etária entre os 40 e 49 anos (quatro CIFs), contrariando Barber (1999) que sustenta que os cuidadores familiares têm uma média etária que varia entre os 45 e os 60 anos. Esta discrepância poderá ser explicada pelo aumento da esperança média de vida, em relação ao ano do estudo deste autor. Contudo, estudos mais recentes já revelam esta constatação, pois para Gaioli, Furegato e Santos (2012) existem idosos a cuidar de idosos, uma vez que as investigações que desenvolveram mostram uma média de idade superior aos 65anos.

Na linha do que é perspectivado por Sousa (2006), também neste estudo os casados constituem a maior proporção daqueles que prestam cuidados a um familiar idoso dependente (17 CIFs), sendo que todos eles têm filhos.

Relativamente às habilitações académicas, verificamos que metade dos participantes possui um baixo nível de escolaridade e que corresponde também àqueles que apresentam uma idade superior a 60 anos. Esta situação pode estar relacionada com o facto de nestas gerações, nesta região, predominar uma cultura paternalista em que as crianças não frequentavam a escola, ou abandonavam precocemente os estudos, para ajudar nos trabalhos do campo ou cuidar dos irmãos mais novos. Por outro lado, as famílias não dispunham de recursos económicos que lhes permitissem aprofundar o nível de escolaridade dos filhos.

Quanto à situação laboral podemos constatar que 12 CIFs se encontram aposentados. Esta situação de inatividade vai ao encontro daquilo que afirma LeBris (1994) sobre a acumulação de uma carreira profissional com a tarefa de prestação informal de cuidados, que, segundo o autor, não constitui o modelo predominante da União Europeia.

Os dados mostram-nos que a grande maioria dos CIFs reside em casa própria, tendo apenas dois CIFUs declarado que vivem em habitações cedidas, sendo que o estado de conservação é considerado bom para a maioria dos participantes (12).

Em contradição com o estudo de Sousa (2006) os descendentes emergem na primeira linha como a principal fonte de assistência ao idoso dependente (11 CIFs). Os cônjuges constituem a segunda procedência de cuidadosa prestar. No entanto, estamos

em consonância com o princípio defendido por este autor em que os cuidadores vivem próximo do idoso em situação de dependência, uma vez que essa proximidade facilita claramente a prestação dos cuidados. No nosso estudo são 15 os CIFs que vivem juntamente com o idoso. A coabitação é mais evidente quando se trata de cônjuges e descendentes, sendo que na mesma residência vivem ainda outras pessoas, nomeadamente os cônjuges e filhos do cuidador quando este é o descendente do idoso dependente.

Relativamente ao tempo de prestação de cuidados, há uma tendência para que a prestação informal de cuidados a um idoso seja uma tarefa de longa duração. Deste modo, os resultados do nosso estudo não estão na linha do preconizado por LeBris (1994) quando sustenta que cerca de 40% a 50% das pessoas que prestam cuidados fazem-no há apenas cinco anos. A presente investigação revela que a maioria dos participantes exercem essas funções há mais de seis anos (13 CIFs), havendo apenas sete CIFs que o fazem há menos de cinco anos.

Por último, no que diz respeito ao rendimento médio mensal do agregado familiar, constatamos que onze dos 20 CIFs declararam um valor superior a 1000 euros, seguidos de cinco CIFs que afirmaram que esse montante se fixava entre os 750 e os 1000 euros.

Concluída a análise dos dados, que nos permitiram uma caracterização sociodemográfica da amostra, apresentamos, no ponto seguinte, tendo em conta os dizeres dos entrevistados, uma análise da categoria e respetivas subcategorias constantes da entrevista semiestruturada aplicada ao grupo de participantes no estudo.

## **2. Análise de conteúdo da entrevista semiestruturada**

Com a organização dos discursos dos entrevistados (anexos 8 e 9), iremos proceder, de seguida, à análise de conteúdo dos depoimentos dos entrevistados, tendo por base as subcategorias resultantes da única categoria “O/A cuidador/a informal familiar de idosos/as”.

Depois de feita a codificação referida no ponto 3.4. do capítulo II, passou-se ao segundo grande objetivo da análise de conteúdo que é, segundo Amado (2017), a elaboração de “um texto que traduza os traços comuns e os traços diferentes das diversas mensagens analisadas” (p. 315).

Com base nas narrativas obtidas e recorrendo ao enquadramento teórico que fundamenta a presente investigação, procedemos a uma interpretação dos testemunhos obtidos, primeiro relativamente aos CIFRs, depois relativa aos CIFUs e, finalmente, fazendo uma comparação entre ambos os grupos, em cada uma das subcategorias.

### **2.1. Análise da subcategoria A1. Papel e tarefas do/a cuidador/a informal familiar**

Nesta subcategoria pretendemos analisar o desempenho do papel do CIF e as tarefas que lhe estão atribuídas, que pode assumir diversas vertentes, em função das necessidades do idoso.

Alguns dos entrevistados consideram que a razão que os levou a tornarem-se cuidadores está relacionada com o facto de sentirem que é seu dever tratar dos familiares dependentes, como se pode comprovar pelos testemunhos de CIFU4 quando refere que *é o meu dever de filha* e de CIFR1 que nos diz ser (...) *a vez de cuidar de quem cuidou*.

Embora o espírito do ato de cuidar esteja sempre presente, as expressões utilizadas pelos entrevistados refletem leituras um pouco distintas que vão desde tomar a iniciativa, como refere CIFR3 quando diz (...) *tinha de haver alguém que tomasse a iniciativa*, embora CIFR5 fale na (...) *obrigação de zelar por ele e fazer tudo quando puder* e CIFU9 na (...) *obrigação de olhar por ela* tal como CIFR8 ao afirmar que foi (...) *praticamente obrigada porque ela não queria ir para o lar*. A mesma posição foi assumida por CIFR9 quando refere que (...) *é minha mãe e não queria colocá-la num lar*. O desejo de querer manter os familiares por perto é refletido por CIFU3 quando declara que (...) *achámos que devia estar connosco e acabámos por fazê-lo*, bem como por CIFU6 ao referir que (...) *o lugar dele é em casa* e por CIFU8 ao dizer que (...) *é minha mulher e queria mantê-la ao pé de mim*.

Entre as tarefas consideradas fundamentais por parte de quem cuida encontramos funções essencialmente relacionadas com a satisfação das atividades de vida diária. Isso mesmo se constata pela declaração do CIFR4 ao procurar *assegurar que tenha todos os cuidados de saúde, higiene, conforto e alimentação*. Há ainda quem também manifeste preocupação com a administração de terapêutica como é o caso de CIFR2, do CIFR7, do CIFU4 e do CIFU8 quando referem *a higiene pessoal, a comida e trato, a medicação às horas certas, garantir o seu conforto*. No entanto, outros CIFs vão mais longe e enunciam outras tarefas igualmente importantes, como é o caso do

CIFR5 que aponta a (...) *deteção e prevenção de feridas* (...) e o CIFU3 destaca (...) *os cuidados de saúde, a vigilância e o acompanhamento*.

Relativamente à necessidade de ajuda para desempenhar o papel de cuidador, tanto os CIFRs como os CIFUs reconhecem que não conseguem realizar todas as tarefas sozinhos, como se verifica nas afirmações dadas pelo CIFU2 ao referir que (...) *uma pessoa sozinha não consegue* e pelo CIFR2 que afirma *não posso fazer grandes esforços*. A grande dificuldade prende-se sobretudo com as tarefas que implicam cargas, como é o caso do CIFR5 que aponta *o levantar e deitar*, do CIFR7 que assegura que (...) *ele é muito pesado* e do CIFU9 porque *sozinha não consigo levantá-la e deitá-la*. Além das cargas, há ainda alguns CIFs que precisam de ajuda para tarefas mais básicas como é o caso do CIFR8, CIFU6 e CIFU10 quando referem (...) *a higiene, levantar da cama e deitar*.

Os entrevistados são perentórios ao afirmar que as tarefas que executam enquanto cuidadores satisfazem as necessidades do idoso como se constata pela resposta do CIFU5 ao considerar que essas necessidades são satisfeitas *em pleno*. Outros CIFs também o garantem, nomeadamente o CIFR6 quando refere que (...) *as necessidades do dia-a-dia estão garantidas*, à semelhança do afirmado por CIFU3 em que *o essencial é garantido* e por CIFU9 que faz *de tudo para que ela esteja bem*. Por outro lado, certas respostas deixam perceber que poderá haver um determinado momento no futuro em que os cuidados poderão ter de ser reforçados, apesar do CIFR3 e CIFR8 reconhecerem que *por enquanto sim, satisfazem*.

Em caso de necessidade de ajuda os CIFs recorrem sobretudo a pessoas próximas, sejam elas familiares, CIFR2 e CIFU4 que recorrem *ao marido*, CIFU1 procura *as filhas*, CIFU3 pede (...) *à irmã e marido*, e ainda o CIFU5 que se vale (...) *dos irmãos*. Além da família, há também quem se veja obrigado a pedir ajuda a vizinhos como é o caso do CIFR7 e do CIFR10 quando diz que liga *à família e aos vizinhos*. No entanto, alguns CIFs referenciam pedidos de ajuda a profissionais de saúde, nomeadamente o CIFR8 enunciando (...) *familiares, sobretudo uma nora que é enfermeira* e o CIFR5 que fala nos *filhos, médicos e enfermeiros*.

No entanto, consideram que quem tem conhecimentos para lhe prestar essa ajuda são os profissionais habilitados nomeadamente os referenciados pelo CIFR1 quando fala em *pessoas com formação em cuidados geriátricos*. O CIFR8 menciona (...) *pessoas competentes, médicos e enfermeiros*, e o CIFU3 fala numa *tia que é enfermeira e de vez em quando peço-lhe opinião sobre determinadas situações*. Já o CIFU9 confia

no filho porque é enfermeiro e lida com idosos. Por outro lado, alguns CIFs valorizam também a experiência como é o caso dos CIFR3, do CIFR4, do CIFU6 e do CIFR9 ao referirem que *as funcionárias da Santa Casada Misericórdia, são competentes e já têm muita experiência a trabalhar com idosos, pois adquiriram formação para tal.*

As razões que levaram os CIFs a pedir a ajuda ao SAD da SCMB prendem-se essencialmente com motivos de natureza pessoal como podemos constatar através das respostas do CIFR2 ao afirmar que foi *porque eu adoeci, já não tinha forças (...)* e do CIFR4 quando diz que *não tenho mais ninguém que me possa ajudar.* O mesmo acontece com o CIFR10 ao referir que *não tenho tempo e assim sei que tem o que precisa* e ainda do CIFU4 que justifica a necessidade de ajuda porque *precisava mesmo, na medida em que me alivia um pouco.* Mas há também quem aponte razões relacionadas com a sua incapacidade física como é o caso do CIFU1 quando diz que *não podia fazer-lhe a higiene e as minhas filhas trabalham,* do CIFU6 ao afirmar que *com a minha mobilidade era impossível eu tratar deste homem* e do CIFU7 que se sente incapaz de *lavá-lo e levantá-lo, sozinha.*

Grande parte dos entrevistados considera que a prestação de cuidados é uma tarefa rotineira, poisas *tarefas são sempre as mesmas no dia-a-dia (...)* diz CIFR2 e *as coisas têm de ser feitas à hora certa* referem CIFR5, CIFU5 e CIFR8. Da mesma forma, o CIFU1 entende que *é sempre a mesma coisa à mesma hora, os dias são todos iguais,* enquanto o CIFU10 salienta que *há horas para tudo (...). Parece um relóginho!*

Os participantes lidam com as mudanças no seu dia-a-dia de uma forma muito diversificada, adotando diferentes estratégias para se adaptarem, como demonstram as declarações do CIFR9 que procura *organizar escalas de hora a hora para estar com ela (...),* do CIFU6 que tenta *encontrar soluções para que o bem-estar dele esteja garantido* e ainda do CIFU8 que tenta *pensar bem na melhor maneira de resolver as coisas. Às vezes peço-lhe opinião e aos meus filhos também.* De igual modo, o CIFR3 refere que *(...) se a resolução está ao meu alcance faço o que acho que é melhor,* do CIFR8 que procura resolver *da melhor maneira tentando ouvir a opinião dela,* bem como do CIFU9 que se organiza *da melhor maneira tendo em conta as necessidades dela.* No entanto, encontramos declarações que revelam alguma resignação, nomeadamente do CIFR1 ao afirmar que *(...) não existe solução, é viver um dia de cada vez* e do CIFR4 quando diz que *tenho de me conformar com a realidade.*

Analisando as respostas dos entrevistados às questões desta subcategoria, podemos considerar que a condição de cuidador surge na sequência do aparecimento de uma doença incapacitante que afetou e afeta o familiar que passou a precisar de cuidados, tornando-se o domicílio a opção mais viável, em alguns casos por razões económicas, mas, a maioria, pela obrigação moral e pelo facto de rejeitar a institucionalização. Esta ideia vai ao encontro do estudo de Moreira (2001) que refere que os familiares consideram importante respeitar o desejo do doente em ser cuidado no domicílio pelo que a família se une, nesse sentido.

Os testemunhos conduzem-nos também à ideia defendida por Moreira (2007) sobre as principais tarefas dos CIFs que estão relacionadas com a ajuda a pessoas com limitação a realizar as suas atividades básicas e instrumentais de vida diária (desde a higiene pessoal até a administração financeira da família), com o objetivo da preservação de sua autonomia e de sua independência.

Para desempenhar algumas destas tarefas, os participantes admitem que precisam de ajuda, nomeadamente aquelas que acarretam grande esforço físico quando realizadas apenas por uma pessoa. Essa dificuldade foi a principal razão que os levou a contratualizar os cuidados formais através do SAD da SCMB. Sendo esta uma resposta social que não oferece acompanhamento 24 horas por dia, muitas vezes os CIFs vêm-se obrigados a recorrer a familiares e vizinhos em situações inesperadas. No entanto, reconhecem que os profissionais especializados são quem se encontra em melhores condições que prestar a ajuda de que necessitam.

O quotidiano dos CIFs é, de certa forma, monótono pois afirmam que as tarefas que desempenham são demasiado rotineiras. Esta circunstância está sobretudo relacionada com o facto das necessidades do idoso implicarem uma certa organização temporal, nomeadamente a administração terapêutica que por sua vez poderá influenciar os horários da alimentação. Quando, casualmente, este quotidiano sofre alteração das rotinas, os cuidadores procuram adotar estratégias de uma forma natural de maneira a garantirem a satisfação das necessidades.

## **2.2. Análise da subcategoria A2. Dificuldades associadas ao ato de cuidar**

Esta subcategoria está relacionada com os obstáculos com os quais o CIF se depara diariamente na vida pessoal e profissional e os seus efeitos ao nível físico e emocional.

A privação da liberdade é apontada por alguns entrevistados como uma das dificuldades sentidas por serem cuidadores, como é o caso do CIFR8 ao referir que (...) *isto é como uma prisão porque não a posso deixar de maneira nenhuma*. Outros apontam o cansaço como é o caso do CIFR9 quando diz que *é muito trabalho, são muitas noites sem dormir, (...) é muito cansativo para a nossa cabeça*. Outros consideram sobretudo as tarefas que implicam força física, como se pode comprovar pelos testemunhos do CIFR2 ao realçar que *a principal dificuldade são os pesos, porque o resto lá vou fazendo*, do CIFR5 que fala na *carga física e as noites que não durmo*, à semelhança do declarado por CIFR7 quando compara a (...) *um corpo morto*, bem como o CIFU4 que diz *não tenho força para as tarefas que acarretam pesos* e o CIFU5 que entende que *isto é muito pesado, estou a ser muito sacrificado (...)*.

O esgotamento físico é uma evidência nos CIFs como se constata nas afirmações do CIFR2 quando diz que (...) *existem dias que fico completamente esgotada ao ponto de depois do almoço ter de me deitar no sofá*, do CIFR7 ao considerar que *nos dias em que puxo mais fico cansada*, do CIFU6 que menciona que *ele está sempre a chamar por mim e à noite estou um bocadinho cansada*. Também o CIFU7 fala que (...) *há dias que não me deixa dormir porque grita*, e o CIFU10 declara que (...) *ando sempre atrás dela com medo que fuja*.

No entanto, o esgotamento emocional e psicológico é ainda mais evidenciado pelos entrevistados designadamente pelo CIFR9 ao salientar que a situação *deixa-me de rastos* e pelo CIFR7 quando diz que (...) *estar metida dentro de uma casa 24 horas por dia não é fácil*. Além disso, o CIFR1 refere que (...) *por vezes, sinto uma grande frustração por não conseguir resolver alguns problemas*, mas CIFR2 afirma que *o cérebro fica tão cansado que tenho mesmo de fazer uma pausa*, o CIFR8 considera ser *muito complicado vê-la sofrer e às vezes não saber como agir* e o CIFU8 diz que (...) *os dias em que a vejo mais doente eu também fico mal por a ver assim*. Outros CIFs evidenciam este esgotamento emocional ao fazer referência ao recurso a medicação, o que revela CIFU4 (...) *tenho noites que passo muito mal, com perturbações do sono e tenho de recorrer a medicação* e CIFU9 (...) *nas fases em que ela descompensa até tenho de tomar medicação para dormir*.

A maioria dos CIFs considera que essas dificuldades se devem mais a eles próprios do que à falta de meios e de condições, como se verifica através das respostas do CIFR2 ao afirmar que *sinto-me cansada, já não tenho muita capacidade*, do CIFR5 que considera que *já vou perdendo algumas capacidades e forças*, do CIFR7

salientando que (...) *esta situação também me afeta psicologicamente*. O mesmo acontece com o CIFU1 referindo que *já sou velha*, uma opinião partilhada pelo CIFU8 ao afirmar que *já estou velho para isto, eu já precisava quem tratasse de mim*. Também o CIFU4 entende que (...) *já são muitos anos nisto* e o CIFU10 refere que não tem *grande força*.

Para ultrapassar os problemas e obstáculos com que se confrontam, os participantes recorrem a diversos tipos de estratégias como é o caso do CIFR3 que afirma (...) *se não consigo resolver sozinho, procuro ajuda*, do CIFU6 *dedico-me à pintura para distrair*, do CIFU4 (...) *desabafo com as colegas e com o marido* e do CIFU8 (...) *ir até ao café um bocadinho e jogo às cartas com os amigos e vizinhos para distrair um pouco*. Além disso, os CIFs salientam que é fundamental procurar alívio mental como é o caso do CIFR2 quando diz que procura *rezar a Deus para que me ajude e que me dê forças*, do CIFR5 ao salientar que (...) *faço voluntariado e isso faz-me muito bem (...) porque alivio muito*. O mesmo se verifica com o CIFR7 quando afirma que *sair é fundamental para poder espairer*, com o CIFR8 ao referir *às vezes, quando estou mais em baixo, vou dar uma volta pela aldeia, vou à igreja e a coisa passa* e o CIFU3 refere (...) *fazer coisas de que gosto pois é sempre um escape, ajuda-me a aliviar*.

As declarações obtidas na segunda subcategoria da entrevista semiestruturada indicam-nos que as dificuldades sentidas pelos CIFs no desempenho deste papel são resultantes do desgaste que, segundo Ahern (2006), pode comprometer a sua condição de saúde física e mental, levando a quadros de ansiedade, depressão e distúrbios de comportamento, considerando-se responsáveis pelas dificuldades que enfrentam.

Os participantes deste estudo admitem estar esgotados fisicamente, mas consideram que a exaustão emocional e psicológica é mais expressiva. De acordo com Lopes (2013) surge o sentimento de angústia decorrente da sobrecarga física e emocional, já que muitas vezes os CIFs dedicam a própria vida unicamente ao idoso. Para ultrapassar estes obstáculos, os entrevistados confirmam a teoria de Gaioli (2012) ao defender a utilização de estratégias individuais para lidar com as situações consideradas desgastantes.

### **2.3. Análise da subcategoria A3. Constrangimentos na vida pessoal do/a cuidador/a informal familiar**

Nesta subcategoria evidenciam-se as adversidades a que os CIFs ficaram sujeitos quando assumiram o papel de cuidadores nomeadamente na gestão familiar e social.

Tanto os CIFRs como os CIFUs admitem que o facto de se terem tornado cuidadores lhes causou constrangimentos na sua vida pessoal, mais concretamente estarem mais condicionados à permanência em casa, o que podemos concluir das palavras do CIFR7 (...) *é uma vida um bocado presa*, do CIFR8 *nunca mais vivi, porque se quiser ir para qualquer lado não posso*. O mesmo se verifica nas declarações do CIFU5 ao afirmar que está *um pouco condicionado a casa* e ainda do CIFU9 que aponta a *falta de liberdade porque eu não posso sair para lado nenhum* (...) bem como o CIFU10, que considera que *é um bocadinho de prisão porque não vou onde eu quero*.

Além disso, encontramos ainda constrangimentos ao nível profissional, através dos testemunhos do CIFR9 que nos diz que *podia ganhar outro salário, porque antes exercia outras funções* e do CIFU3 ao referir que *quando há mais trabalho é complicado conciliar tudo*. O CIFR6 revela que *algumas situações de ansiedade são geradoras de instabilidade que é cada vez mais difícil superar* e o CIFU6 fala em *cansaço, mas também já é devido à idade*.

Quando questionados se têm o tempo que desejam para eles próprios, as opiniões dividem-se. O CIFU4 é perentório ao afirmar que *é impossível*, assim como o CIFR5 que considera que *o meu tempo não é meu*, enquanto o CIFR7 refere que *quando vou à cidade a fazer compras ou a tratar de assuntos vou sempre a correr* e o CIFU9 afirma *não tenho muito, precisava de mais*. Mas o CIFR3 considera que *não causa muito transtorno*. Mas há dois entrevistados que mencionam que *ainda resta um pouco de tempo* (CIFR8) e *não me posso queixar porque consigo gerir bem o tempo* (CIFU3).

Em relação ao tempo disponível para dedicar a outras pessoas está bem explícito nas respostas a seguir transcritas:

- *A minha filha teve de ir viver para a cidade porque ela não aguentava isto tudo* (CIFR9);
- *De vez em quando vou a Lisboa ver a situação dos filhos mas poderia ir lá muitas mais vezes se os meus pais não estivessem aqui* (CIFU3);
- *Pena não me poder dedicar mais aos netos* (CIFR5).

Os entrevistados que afirmam ter maior disponibilidade para a restante família sentem-se condicionados, dado a família mais próxima habitar em outros locais, pelo

que referem que isso só acontece *Quando eles vêm cá* (CIFU2), *Quando vêm aqui a casa, sair para fora é impossível* (CIFR7 e CIFU5).

Relativamente à organização de férias, a maioria dos CIFs refere não poder usufruir desse tempo de lazer, como podemos constatar através das declarações dos entrevistados, que admitem nunca ter tido férias (CIFR2, CIFR7, CIFR8, CIFU1 e CIFU8), dada a necessidade de terem de cuidar dos seus familiares. O CIFU6, que sempre frequentou termas, admite que (...) *este ano já não vai ser possível porque ele não está em condições de ir*.

Situação semelhante acontece com a organização da vida social, como demonstram as declarações do CIFU3 que diz que *é cada vez menos intensa* e do CIFU6 ao referir que (...) *agora é só casa e televisão*. Já o CIFR5 justifica que (...) *não me sinto bem em deixar o meu marido na cama e eu ir para um convívio qualquer*, e o CIFR8 refere, *não a quero deixar sozinha porque fico sempre com a sensação que ela precisa de alguma coisa*. O CIFR9 conta que *há três anos que não vou jantar fora. Não posso combinar nada com ninguém porque não é certo que consiga ir*.

No entanto, há quem vá a alguns eventos, mas tem de encontrar alternativas, como é o caso do CIFR2 quando explica que *para ir ao batizado e comunhão dos meus netos tive de deixar a minha mãe num lar* e do CIFU7 ao referir que *quando o meu neto se casou tive de deixar aqui uma senhora a cuidar dele*.

Grande parte dos CIFRs aponta as questões familiares como a principal situação da vida pessoal que sente constrangimentos em gerir ou desfrutar por ser cuidador, nomeadamente o CIFR2 ao referir que *tenho consultas regulares no Porto e para poder ir tenho de arranjar alguém que fique aqui com ela e pagar*. O CIFR4 fala que não consegue *estar em todo o lado ao mesmo tempo*, enquanto o CIFR6 e o CIFR9 apontam *as questões relacionadas com a logística familiar e a parte familiar*, respetivamente. Já os CIFUs consideram não sentir grandes constrangimentos, como se verifica através das suas declarações que dizem não ter ou não sentir grandes dificuldades.

A maioria dos CIFRs refere também que não é fácil conciliar a vida pessoal e profissional com as tarefas de cuidador, como é o caso do CIFR2 que afirma (...) *até para fazer compras é complicado* e do CIFR6 ao manifestar que (...) *cada vez mais surgem questões repentinas e começa a ser difícil conciliar a dedicação a tudo e todos*. O CIFR7 salienta que *tem de ser tudo bem organizado em função dele* e para o CIFR9 *ir trabalhar é um alívio, é como ir à praia*. No entanto, os CIFUs não sentem dificuldades como constatamos através das declarações do CIFU2 que assegura que concilia

*perfeitamente*, tal como o CIFU4 ao afirmar que *para já ainda consigo*. O CIFU5 refere que *concilio perfeitamente porque estou aposentado* e o CIFU9 realça que *não é um pesadelo*.

Nesta subcategoria, através da qual se pretende perceber os constrangimentos na vida pessoal dos CIFs, verificamos que o facto de terem assumido as funções de cuidadores originou situações difíceis das quais se destaca a limitação da liberdade, mas encontramos também relatos de prejuízos causados ao nível profissional.

Neste contexto, podemos considerar que o pensamento dos entrevistados vai ao encontro do defendido por Moreira (2001) quando refere que as obrigações morais do ato de cuidar implicam alterações na dinâmica familiar.

Os CIFs mostram-se divididos no que diz respeito ao tempo que dedicam a si próprios bem como ao tempo para estarem com outros elementos da família, sendo que muitos deles referem mesmo que só conseguem estar com os filhos ou os netos quando recebem a sua visita em casa.

Além disso, os entrevistados não conseguem gozar férias nem desfrutar de uma vida social, pois não têm possibilidades de se fazer acompanhar do idoso cuidado nem de o deixar sozinho. Por vezes, vêem-se obrigados a recorrer à ajuda de terceiros.

Nesta subcategoria encontramos divergências na maneira de pensar entre os CIFRs e os CIFUs, mais concretamente em relação à conciliação da vida pessoal e profissional com as tarefas de cuidador e a situações da vida pessoal que sentem constrangimentos em gerir ou desfrutar. Enquanto os CIFRs apontam diversas dificuldades, os CIFUs não demonstram a existência de grandes obstáculos.

#### **2.4. Análise da subcategoria A4. Ganhos e/ou perdas em ser cuidador/a informal familiar**

Nesta subcategoria abordam-se as vantagens e desvantagens decorrentes da condição de CIF, bem como as consequências daí resultantes.

Apesar das dificuldades sentidas, os entrevistados consideram que ser cuidador lhes trouxe ganhos, sendo que uns destacam o nível emocional, designadamente o CIFR2 quando fala em *mais amor e mais carinho*, o CIFR4 que refere haver *maior ligação afetiva com os meus pais*, o CIFU3 que considera que *em termos humanos e nas relações com os pais (...) houve uma aproximação*, enquanto o CIFU4 salienta a *grande ligação entre pai e filha que se fortalece cada vez mais*.

Por outro lado, há quem valorize a aprendizagem que esta experiência lhe proporcionou, como é o caso do CIFR3 que referencia a aquisição de *alguns conhecimentos*, embora não explicita quais, tal como o CIFU10 ao afirmar que *aprendi muito*, embora também não identifique que tipo de aprendizagem e ainda o CIFR7 quando diz *ganhei experiência e aprendi muita coisa nomeadamente ao nível de conhecimento de doenças*.

Relativamente às perdas todos eles afirmam que elas são uma realidade inevitável, como está presente nas seguintes respostas:

- *A vida ficou mais condicionada* (CIFR5);
- *Só a perda de liberdade já é muito* (CIFR8);
- *Limitação da liberdade* (CIFU9).

De igual forma o CIFU4 considera que *a vida ficou completamente alterada* e o CIFU6 diz que *a vida mudou radicalmente, pois agora é mais isolada*.

Outros CIFs relacionam as perdas com questões financeiras, pois *Os gastos são muitos*, diz o CIFU7, *A questão financeira e do trabalho porque podia estar noutra posto*, refere o CIFR9. Também o CIFR10 exemplifica com *o facto de ter de fechar o meu negócio para ficar com ela* enquanto o CIFR7 reforça com a ideia de que *tinha a minha vida organizada na cidade, tinha um trabalho certo e tive de abdicar dele*.

Apesar das privações a que relatam estar sujeitos, os entrevistados referem que lidam com essas perdas com normalidade como percebemos pela declaração do CIFR4 e do CIFU8 ao afirmarem (...) *temos de nos conformar com elas*, bem como do CIFR10 que pensa que *o que tem de ser tem muita força*, e do CIFU6 que considera ser *mais uma etapa da vida*. Já o CIFU5 encara as perdas *com pensamento positivo* e o CIFU9 *com naturalidade, tenho de saber aceitar*. Por outro lado, o CIFR2 prefere acreditar numa força sobrenatural, afirmando que *encomendo-me a Deus, tenho muita fé*.

Os participantes mostram-se divididos quanto ao facto de ser cuidador representar um problema ou uma oportunidade. O CIFR3 vê este dilema como *uma experiência de vida*, o CIFR8 entende antes ser *uma missão*, enquanto o CIFR9 fala em *uma escolha*. Além disso, o CIFR5 refere que (...) *é uma coisa que me estava destinada*, enquanto o CIFU3 é da opinião que se trata de *uma oportunidade porque são os meus pais e eles merecem isto e muito mais*. Já o CIFU5 diz que *é uma obrigação e um dever que se tem*, sendo que o CIFU10 prefere considerar que *problema não é, porque eu sou cuidadora da minha mãe porque quero*.

Analisando as respostas dos entrevistados às questões colocadas, podemos considerar que a condição de cuidador trouxe aos CIFs ganhos, nomeadamente aprendizagem e experiência, mas sobretudo o fortalecimento de relações afetivas com os familiares cuidados.

Por outro lado, também representou perdas relacionadas com a alteração da dinâmica familiar e a privação da liberdade, situações com as quais acabam por se conformar lidando com essas perdas de uma forma natural.

Por isso, as opiniões dividem-se quanto ao facto de ser cuidador representar um problema ou uma oportunidade, preferindo encarar esse papel como uma missão que sentem orgulho em cumprir.

Os resultados desta subcategoria levam-nos a partilhar a ideia defendida por Laham (2003) quando refere que os cuidadores do seu estudo apontaram aspetos positivos relacionados com o ganho narcísico, a aprendizagem e o encontrar um sentido para a vida, à semelhança do referido pelos nossos participantes relativamente à aprendizagem e à experiência que adquiriram.

Quanto aos aspetos negativos, os participantes no estudo desta autora salientaram a perda de liberdade, a solidão e o cansaço. Os resultados do nosso estudo permitem corroborar que

(...) para os cuidadores, esta experiência implicou alterações na dinâmica familiar, tendo de se reorganizar a nível familiar e profissional, o que implicou mudanças significativas, nomeadamente, a perda permanente de emprego. Os cuidadores passaram a ter menos tempo para si e para a família, privando-se mesmo do seu descanso e das atividades sociais (Andrade, 2009, p. 300).

## **2.5. Análise da subcategoria A5. Valorização do papel do cuidador/a informal familiar**

Com esta subcategoria pretendemos fazer referência ao reconhecimento do papel do CIF por parte dos familiares do idoso cuidado e ao nível social.

Apesar do aumento das despesas para dar resposta às necessidades do idoso dependente, os CIFs asseguram que a prestação de cuidados não acarretou dificuldades económicas, como se pode verificar pelos testemunhos do CIFR1 quando refere que (...) *tento gerir os recursos da melhor forma possível*, do CIFR5 ao afirmar que *procuro*

*gerir muito bem o dinheiro para que não falte o essencial e do CIFU2 que assegura que os nossos rendimentos chegam para os gastos.*

Na maioria dos casos as despesas são suportadas pelas pensões dos idosos, como se percebe pelas declarações do CIFR3 ao referir que *todas as despesas têm sido pagas com recurso à própria pensão*, do CIFR7, do CIFR8, do CIFR10 e do CIFU9 quando dizem que (...) *a pensão chega para as suas necessidades/gastos*. O CIFU3 fala que *felizmente eles ainda têm suporte financeiro para pagar as despesas*, enquanto o CIFU4 assegura que *as nossas reformas chegam bem para os gastos*, sendo que neste caso em concreto é considerado todo o agregado familiar, constituído por três pessoas.

Quando questionados acerca do reconhecimento do seu papel por parte dos familiares, as opiniões dividem-se. Por um lado, o reconhecimento é uma realidade ao dizerem:

- *Sinto da parte do meu marido (CIFR2);*
- *Da parte do meu marido e filhos sim (CIFU4);*
- *Os familiares sabem bem dos sacrifícios que tenho feito (CIFR5);*
- *Os meus irmãos reconhecem que realmente eu estou a ter muito trabalho e sabem que ela está bem comigo (CIFU9).*

Por outro lado, há quem refira esse reconhecimento apenas por uma parte da família, como CIFR6 que diz que *por parte do meu marido e filhas sim, mas por parte do meu irmão nem tanto*, tal como o CIFR9 que revela *queda parte das minhas irmãs não*.

Há ainda quem prefira salientar o reconhecimento através dos cuidados prestados, como é o caso do CIFR8 ao afirmar que *eles sabem bem que é graças a mim que ela ainda está entre nós*, tal como o CIFU3 ao assegurar que *os familiares dizem que se estivesse fora do ambiente familiar já teriam morrido* e o CIFU6 menciona que *a minha irmã até já me disse que se ele tivesse ido para uma instituição não estava tão bem como está agora*.

O mesmo acontece em relação ao reconhecimento por parte da pessoa cuidada, sendo que o CIFR7 considera que *sim porque ele só come se for eu a dar e quando lhe dou água, ele agradece*, tal como o CIFR9 ao afirmar que *ela só se lembra do meu nome e do da minha companheira*, do CIFU2 que refere que *ela diz que se não fosse eu já cá não estaria* e ainda o CIFU8 que considera *os beijos que me dá são de agradecimento*.

As respostas negativas encontram-se condicionadas pela capacidade cognitiva do idoso, como é o caso do CIFR1 e do CIFU3 que dizem que *neste momento creio que não tem essa capacidade*, do CIFR2 argumentando que *ela já não está capaz de reagir*, do CIFR4 que explica que *dadas as circunstâncias não existe capacidade para fazer esse reconhecimento*. O CIFU6 considera que *agora já não dá nem toma*, bem como o CIFU9 ao declarar que *mentalmente ela já não está capaz* e o CIFU10 ao admitir que *ela nem me conhece*.

Finalmente, quanto ao reconhecimento social do papel de cuidador, a maioria dos CIFs considera que essa valorização existe, como se verifica pelas palavras dos entrevistados:

- *As pessoas da aldeia dão-me os parabéns por me ocupar de tudo o que é necessário para ele (CIFR3);*
- *As pessoas sabem que eu a estimo e que ela está bem (CIFR8);*
- *Os vizinhos dizem-me mesmo que se não fossemos nós que ela já tinha partido há muito tempo (CIFR9);*
- *As pessoas amigas dizem que sou muito corajoso (CIFR10 e CIFU1);*
- *Reconhecem o grande esforço que eu estou a fazer (CIFU5);*
- *Dizem que eu devo ser um anjo porque o trato bem (CIFU7);*
- *Chegam a dizer-me que há pouca gente a fazer o que eu faço (CIFU9).*

As declarações expressas mostram-nos que a prestação de cuidados não acarretou grandes dificuldades económicas para a maioria dos CIFs. Apesar de alguns terem referido perdas financeiras, grande parte deles consegue suportar os encargos recorrendo à pensão que o idoso auferir.

Quanto ao reconhecimento do papel que desempenham, as opiniões dos entrevistados dividem-se no que diz respeito à valorização por parte dos familiares e do idoso cuidado, embora neste último caso as respostas negativas estejam relacionadas com o facto de o idoso já não possuir capacidades cognitivas para tal. No entanto, os CIFs consideram que em termos sociais, existe reconhecimento do trabalho desenvolvido e que acaba por funcionar como uma espécie de reforço positivo às dificuldades e constrangimentos inerentes ao ato de cuidar.

Este sentimento está de acordo com a perspetiva de Vieira, Fialho, Freitas e Jorge (2011) ao considerar que o ato de cuidar “foi desenvolvido com muito amor, atenção, carinho e prazer, sendo o mesmo influenciado pelo reconhecimento, obrigação

e dever relacionados aos bons momentos vivenciados junto ao idoso” (p. 576). Também o estudo de Pereira e Filgueiras (2008) refere que “a maioria dos cuidadores percebe as suas tarefas como algo que o dignifica como pessoa, satisfação pela manifestação de gratidão pelo idoso, reconhecimento da família e da comunidade” (p. 77).

Concluída a análise de conteúdo das respostas dos participantes, obtidas através da entrevista semiestruturada, será apresentado no ponto a seguir, a análise da classificação dos resultados da EBCR, que nos indica os níveis de resiliência dos participantes no estudo.

### 3. Análise da classificação da Escala Breve de *Coping* Resiliente

Neste ponto analisamos a classificação dos níveis de resiliência obtidos através da aplicação da EBCR. Tal como na caracterização sociodemográfica, os dados obtidos foram organizados em duas tabelas, uma relativa aos resultados dos CIFRs, como se pode verificar na tabela 8 e outra relativa aos resultados dos CIFUs, como se pode verificar na tabela 9.

**Tabela 8**

*Nível de resiliência dos CIFRs*

Participantes	Nível resiliência	
	Cotação	Capacidade
CIFR1	17	Média
CIFR2	13	Média
CIFR3	11	Baixa
CIFR4	17	Média
CIFR5	12	Baixa
CIFR6	13	Média
CIFR7	14	Média
CIFR8	17	Média
CIFR9	18	Forte
CIFR10	11	Baixa

Fonte: dados obtidos através da aplicação da EBCR (2018)

A capacidade de resiliência manifestada pelos CIFRs varia entre os 11 e os 18 valores, apresentando uma média de 14 valores, o que corresponde a uma capacidade

média. Estes resultados permitem-nos verificar que a maioria dos participantes revela um nível de resiliência médio (seis), enquanto três apresentam um nível baixo e apenas um alcança o nível forte.

Na generalidade, podemos considerar que os três CIFRs que revelam uma capacidade de resiliência mais baixa são na maioria homens (dois) que apresentam as idades mais elevadas em todo o grupo (63 e 75 anos). De salientar também que estes participantes possuem um baixo nível de escolaridade (1.º ciclo do ensino básico), bem como um baixo rendimento mensal (500-750 euros), sendo ainda dos indivíduos que se encontram a prestar cuidados há mais tempo (mais de 10 anos).

Quanto aos CIFRs que revelam uma capacidade de resiliência média são na maioria mulheres (quatro) com idades entre os 44 e os 69 anos. Estes participantes possuem um nível de escolaridade mais elevada do que o grupo anterior, havendo um indivíduo com grau de licenciatura, dois com o ensino secundário, um com o 2.º ciclo e dois com o 1.º ciclo do ensino básico. O mesmo se verifica em relação ao rendimento médio mensal, havendo quatro CIFRs a declarar um valor superior aos 1000 euros e dois entre os 750 e os 1000 euros. Estes indivíduos encontram-se a prestar cuidados há menos tempo, sendo que a maioria o faz entre seis e dez anos, havendo apenas uma mulher que o pratica há mais de dez anos e outra há menos de cinco anos.

Relativamente ao único participante que revela uma capacidade de resiliência forte, trata-se de um indivíduo do género masculino com 52 anos de idade. De salientar que é o único CIFR solteiro uma vez que os restantes nove são todos casados. No entanto, apresenta um nível de escolaridade baixo (2.º ciclo do ensino básico), sendo ainda um dos participantes que está a prestar cuidados há menos tempo (entre um e cinco anos). O rendimento médio do seu agregado familiar varia entre os 750 e os 1000 euros mensais.

Na tabela 9 apresentamos os resultados da classificação dos níveis de resiliência, obtidos através da aplicação da EBCR, relativos aos CIFUs.

**Tabela 9***Nível de resiliência dos CIFUs*

Participantes	Nível resiliência	
	Cotação	Capacidade
CIFU1	14	Média
CIFU2	14	Média
CIFU3	16	Média
CIFU4	14	Média
CIFU5	19	Forte
CIFU6	20	Forte
CIFU7	17	Média
CIFU8	14	Média
CIFU9	17	Média
CIFU10	16	Média

Fonte: dados obtidos através da aplicação da EBCR (2018)

A capacidade de resiliência manifestada pelos CIFUs varia entre os 14 e os 20 valores, apresentando uma média de 16 valores, o que corresponde a uma capacidade média. Estes resultados permitem-nos verificar que a maioria dos participantes revela um nível de resiliência médio (oito), enquanto dois apresentam um nível forte. De salientar que neste grupo de participantes os resultados obtidos pela aplicação da EBCR não revelaram níveis baixos de resiliência.

Na generalidade, podemos considerar que os CIFUs que revelam uma capacidade de resiliência média são na maioria mulheres (seis) com idades entre os 59 e os 89 anos. Estes participantes possuem um baixo nível de escolaridade pois a maioria apresenta o 1.º ciclo do ensino básico (cinco), havendo dois indivíduos com grau de licenciatura e um com o 2.º ciclo do ensino básico. Em relação ao rendimento médio mensal, verificamos que existem cinco CIFUs a declarar um valor superior aos 1000 euros, dois entre os 750 e os 1000 euros e um com 250 a 500 euros mensais. No que se refere ao tempo de prestação de cuidados, verificamos que três indivíduos o fazem há cinco anos, no máximo, outros tantos entre seis e dez anos, havendo apenas dois participantes (ambas mulheres) que o fazem há mais de dez anos.

Relativamente aos dois participantes que revelam uma capacidade de resiliência forte, trata-se de um homem com 68 anos de idade, divorciado, e uma mulher com 84

anos de idade, casada. Apresentam um nível de escolaridade elevado (ensino secundário e 3.º ciclo do ensino básico, respetivamente), sendo que ambos estão a prestar cuidados entre um e cinco anos e auferem de um rendimento médio mensal superior a 1000 euros.

Torna-se de crucial relevância, após os dados anteriormente referidos proceder à sua discussão, no sentido de verificar se os mesmos cumprem os objetivos definidos neste estudo e dão resposta cabal ao problema enunciado.

#### **4. Discussão dos resultados**

Neste ponto pretendemos relacionar os resultados obtidos com o problema e os objetivos que foram definidos no capítulo II e que nortearam este estudo.

Comparando os dois grupos de CIFs, a primeira diferença que constatamos é que os CIFUs apresentam um nível de resiliência superior aos CIFRs. Embora a média dos resultados dos dois grupos se situe na capacidade média existindo, em termos quantitativos, uma diferença de dois valores. Além disso, verifica-se que no grupo dos CIFUs encontramos dois participantes a atingir uma capacidade de resiliência forte sendo que nenhum deles obteve um baixo nível. Já no grupo dos CIFRs, observamos apenas um participante a alcançar uma capacidade de resiliência forte e três a revelar um baixo nível.

Os resultados gerais obtidos permitem-nos verificar que em relação ao problema que foi formulado - *Qual a capacidade de resiliência do cuidador informal familiar de idosos dependentes, face às dificuldades resultantes do ato de cuidar?* - a maioria dos CIFs teve a sua resiliência classificada como média tal como os resultados do estudo de Manzini e Vale (2016), que defendem que o ser humano tem capacidade de se adaptar a diversas situações, no entanto, cuidar de uma pessoa dependente pode repercutir-se no seu nível de resiliência.

Esta análise possibilita-nos dar resposta ao objetivo *Avaliar o nível de resiliência do CIF*. Neste contexto, constata-se que os níveis mais altos de resiliência poderão estar relacionados com o menor tempo de prestação de cuidados, pois dois CIFUs e um CIFR que revelaram uma capacidade forte estão a executar essas tarefas há menos de cinco anos, estando em concordância com Parente (2017) cuja investigação indica que os que cuidam entre 5 a 10 anos são mais resilientes.

Os níveis mais baixos de resiliência podem estar relacionados com o maior tempo de prestação de cuidados, pois os três CIFRs que revelam uma capacidade baixa estão a executar essas tarefas há mais de 10 anos. Além disso, estes participantes apresentam o mais baixo nível de escolaridade (1.º ciclo do ensino básico). Por outro lado, ostentam ainda um baixo rendimento médio mensal do agregado familiar (500-750 euros), o que contradiz o estudo de Ferreira (2009) que refere que os CIFs que auferem rendimentos até 500 euros são os que tem maior capacidade de resiliência, encontrando-se com maior facilidade em comunidades com baixo nível socioeconómico.

Neste estudo apurou-se que o nível de resiliência entre homens e mulheres é bastante semelhante, pois a média dos resultados obtidos ronda os 15 valores para os dois géneros, contrariando assim as investigações de Yunes (2001) que verificou que o género masculino tem maior capacidade de resiliência face ao género feminino. Contraria também Parente (2017) que apurou que o género feminino apresenta maior capacidade de resiliência face ao género masculino.

O estudo de Manzini e Vale (2016) revela associação significativa com a variável grau de parentesco, sendo os cônjuges ou outros familiares os CIFs mais resilientes em relação aos filhos. No nosso estudo constata-se a situação inversa, pois os filhos apresentam um nível de resiliência superior. Embora a média dos resultados dos três níveis de parentesco se situe na capacidade média, em termos quantitativos existe uma diferença de valores, sendo que os filhos alcançaram 16 valores, os cônjuges obtiveram 15 valores e os outros familiares registaram 13 valores.

Em relação à situação laboral dos CIFs, em média, os aposentados são mais resilientes do que os ativos, revelando ambos uma capacidade média mas com diferença de um valor na cotação (16 e 15, respetivamente). Estes resultados vão ao encontro do estudo de Parente (2017), no qual os reformados também se evidenciaram.

Relativamente às dificuldades sentidas pelos CIFs no desempenho do seu papel, e como resposta ao objetivo *Compreender as dificuldades associadas ao ato de cuidar, sentidas pelo CIF*, elas estão, sobretudo, relacionadas com o desgaste físico e emocional/psicológico.

Diversos entrevistados referiram a limitação da liberdade como um dos principais constrangimentos causados na sua vida pessoal, pela sua condição de cuidador, dando resposta ao objetivo *Verificar quais os constrangimentos sentidos na vida pessoal do CIF*. Pereira (2013) entende que a perda de controlo do tempo que os CIFs detinham anteriormente é sentida como um dos maiores impactos no ato de cuidar, podendo

representar limitações nas atividades de trabalho, lazer e vida social, além das alterações na dinâmica familiar. Por isso, para Haley (1997), exige-se do cuidador adaptação às mudanças que ocorrem no contexto de uma família com um idoso dependente, desde aspectos emocionais e troca de papéis até alterações na rotina e problemas económicos.

Para desempenhar algumas das suas tarefas, os CIFs admitem que precisam de ajuda, nomeadamente aquelas que acarretam grande esforço físico, seja ela formal ou informal, ligando com a opinião de Gaioli, Furegato e Santos (2012) na qual o apoio recebido de outros membros da família, de amigos e de profissionais é importante para o desempenho adequado do seu papel.

A disponibilidade de fontes de apoio social bem como a crença ou religião são dois aspetos referidos pelos entrevistados e que podem ser encarados como fatores de proteção relacionados com a resiliência que parecem mudar ou reverter circunstâncias potencialmente negativas. Os entrevistados admitiram ter sofrido perdas ao assumir o papel de cuidador, mas grande parte lidou com essa situação com normalidade. Esta tolerância ao sofrimento é vista por Barreira e Nakamura (2006) como uma das características básicas das pessoas resilientes.

No sentido de *Analisar os ganhos e/ou perdas em ser CIF*, verificamos que os ganhos prendem-se essencialmente com a aprendizagem e experiência e ainda com o fortalecimento de relações afetivas com o idoso. Esta perspetiva é partilhada por Gaioli, Furegato e Santos (2012) ao defenderem que a tarefa de cuidar pode trazer benefícios ou resultados positivos, tais como satisfação pessoal, aumento do sentimento de orgulho, melhoria no relacionamento com o idoso que revela um sentimento de retribuição. Em relação às perdas, estão sobretudo relacionadas com a alteração da dinâmica familiar e a privação da liberdade, mas acabam por lidar com elas de uma forma bastante natural.

A resiliência pode ainda ser promovida por meio do apoio familiar, social e financeiro adequado que, na ótica de Manzini e Vale (2016), contribui para amenizar a sobrecarga física e emocional, de forma a enfrentar as adversidades e desafios. Neste estudo, não encontramos relatos de grandes dificuldades económicas por parte dos CIFs que procuram fazer uma gestão adequada dos recursos. Além disso, o apoio familiar e social está refletido no reconhecimento social que é dado ao cuidador pelo papel que desempenha e que vai ao encontro do objetivo *Discutir a valorização do papel do CIF*, traçado para esta investigação. As declarações obtidas pelos participantes mostram-nos que por parte dos familiares e do idoso cuidado esse reconhecimento nem sempre acontece, mas consideram que existe maior valorização por parte da sociedade.

## Considerações finais

A realização deste estudo intitulado *Resiliência em cuidadores informais familiares de idosos dependentes* permitiu a identificação dos fatores associados ao desenvolvimento da resiliência em cuidadores, bem como a recolha de informação de forma a melhor compreender as dificuldades vividas pelos CIFs de idosos dependentes e a sua capacidade para as superar, tendo em conta que o seu papel não se limita a satisfazer as atividades de vida diária.

A análise dos resultados obtidos nesta investigação permitiu clarificar o problema formulado e dar resposta aos objetivos definidos para o efeito e anteriormente referidos.

Assim, podemos considerar que o nosso estudo permitiu-nos concluir que o desgaste físico e emocional/psicológico é apontado como a principal dificuldade com que os cuidadores se deparam no desempenho do seu papel que, segundo Garrett (2005), pode assumir diversas formas como: a orientação, a vigilância, a ajuda, o apoio e a substituição. Para Manzini e Vale (2016), este desgaste pode ocorrer devido à falta de apoio aos cuidadores, falta de conhecimento e falta de preparo para o cuidado.

Os participantes destacam a limitação da liberdade, a alteração da dinâmica familiar e das rotinas diárias, manifestam regozijo da sua condição pela aprendizagem e experiência adquiridas, bem como o fortalecimento de relações afetivas com o idoso. Por outro lado, a limitação da liberdade e a alteração da dinâmica familiar são apontadas como as principais perdas na vida pessoal, à semelhança dos constrangimentos sentidos.

Existe ainda um sentimento de reconhecimento social pela missão que executam, embora considerem haver alguma desvalorização por parte dos familiares e da pessoa cuidada.

A capacidade de superação sofre influências de determinadas variáveis contribuindo para o seu aumento ou diminuição. Os CIFs apresentam uma capacidade de resiliência média, embora os CIFUs revelem níveis superiores em relação aos CIFRs. Consta-se ainda que os cuidados continuam, na maioria dos casos, a cargo das mulheres mas não existem diferenças significativas em relação ao nível de resiliência comparativamente com os cuidadores do género masculino. Os participantes que apresentaram uma capacidade de resiliência superior são, na maioria, filhos que estão a prestar cuidados há pouco tempo, mas que se encontram já aposentados. Por outro lado,

quem está a cuidar de idosos dependentes há mais tempo e ainda se encontra profissionalmente no ativo, revela um nível mais baixo de resiliência. Com o passar do tempo a sobrecarga de trabalho trará consequências como fadiga, *stress* e depressão, por isso Laranjeira (2007) sustenta que o desenvolvimento de maiores níveis de resiliência pode beneficiar o cuidador.

Considerando a complexidade do ato de cuidar entende-se que existem diversos aspetos que devem ser alvo de uma reflexão e intervenção, nomeadamente no apoio aos cuidadores. Neste contexto, faremos algumas sugestões que poderão contribuir para minimizar o desgaste por eles sentido e consequentemente melhorar a qualidade dos cuidados prestados à pessoa dependente, de forma a garantir a sua dignidade, conforto e bem-estar em geral, em final de vida. Recordando Barber (1999), a tarefa de cuidar de um idoso recai, sobretudo, sobre as mulheres cuja média de idades varia entre os 45 e os 60 anos, a quem se colocam desafios no sentido de adquirir competências e para Sequeira (2010) estão relacionadas com a identificação de necessidades e implementação e ações.

É importante conhecer os níveis de resiliência manifestados pelos cuidadores pois podem revelar-se como um indicador da sua capacidade de resolução de problemas, acentuando o defendido por Manzini, Brigola, Pavarini e Vale (2016) quando referem que o cliente dependente pode ser mais beneficiado quando o cuidador é mais resiliente, pois este mostra-se mais apto para oferecer uma assistência de melhor qualidade ao idoso. Tal como sustenta Silva (2007), com a promoção da resiliência, as pessoas e famílias apresentam capacidades para resolver problemas, serem autónomas e ter controlo interno.

Tendo em conta a escassez de investigações neste âmbito e devido à reduzida amostra utilizada para este estudo, considera-se que os resultados não podem ser generalizados uma vez que são representativos de um universo muito específico, sendo esta, no nosso entender, a maior limitação da presente investigação. Dada a relevância do tema, seria importante desenvolver novas pesquisas, mais alargadas e de âmbito nacional, que permitissem conhecer melhor esta realidade por forma a delinear estratégias de intervenção nesta área.

Considerando que uma das tarefas do Educador Social, de acordo com Mateus (2012), “é saber lidar com o sofrimento humano e construir respostas eficazes ou pontes socioeducativas que permitam a resolução pronta e eficaz” dos problemas, este profissional “tem de valorizar a proximidade com as pessoas e o carácter único das

situações” de forma a “pôr em prática a multiplicidade de técnicas e de estratégias” que ajudem o cidadão a encontrar caminhos mais profícuos (pp. 69-70).

Neste sentido, a atuação do Educador Social deve desenvolver-se junto dos CIFs com o objetivo de conhecer as suas dificuldades e avaliar a sua capacidade de resiliência, de forma a encontrar estratégias que lhe proporcionem maior orientação e apoio, que podem passar pelo desenvolvimento de programas de competências pessoais relacionados com a prestação de cuidados, promoção de grupos de entreajuda que tanto pode envolver cuidadores com mais anos de experiência como profissionais da área social e da saúde.

De igual forma, a intervenção deve ainda direcionar-se no sentido de minimizar situações de *stress* e de sobrecarga emocional, melhorando a qualidade de vida dos cuidadores, que muitas vezes descumam as suas próprias necessidades, centrando-se apenas nas dos idosos dependentes. Por isso, é fundamental que o cuidador seja acompanhado com apoio psicológico e que poderá passar pela criação de uma linha de apoio permanente.

Consideramos, ainda, que cabe ao Estado reconhecer a realidade vivida pelos CIFs, nomeadamente as dificuldades com que se deparam, para criar e implementar políticas públicas de apoio nesta área e que poderiam passar pelo reforço na rede de respostas sociais direcionadas à prestação de cuidados no domicílio que permitam minimizar o desgaste físico e emocional das famílias. Por outro lado, são também necessárias medidas de proteção dos cuidadores que em alguns casos abandonam a vida profissional para cuidar dos familiares. Para tal urge regulamentar o Estatuto de Cuidador Informal, um documento que está a ser trabalhado pelo Governo, mas ainda sem efeitos práticos por falta de aprovação parlamentar. A proposta enviada aos deputados da Assembleia da República prevê benefícios para diminuir o risco de pobreza do cuidador e apoios para colmatar a diminuição de rendimentos quando o cuidador tem de optar pelo trabalho a tempo parcial, através do reconhecimento da carreira contributiva do cuidador.

## Referências bibliográficas

- Ahern, N.; Kiehl E.; & Sole M. (2006). A review of instruments measuring resilience. *Iss Compr Pediatric Nurs.* 29(2), pp. 103-125. Disponível em <http://www.tandfonline.com/doi/full/10.1080/01460860600677643?scroll=top&needAccess=true> (Acedido em 10/12/2017).
- Almeida, A. (2008). *A Pessoa Idosa institucionalizada em Lares*. Repositório Aberto Universidade do Porto. Disponível em <http://repositorio-aberto.up.pt/handle/10216/7218> (Acedido em 24/10/2017)
- Alves, M. (2010). *Sofrimento do doente oncológico com necessidade de cuidados paliativos e a sobrecarga do cuidador informal*. Dissertação de Mestrado. Lisboa: Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa.
- Alves, N. (2015). *Esgotamento nos cuidadores formais de pessoas institucionalizadas*. Universidade de Coimbra.
- Alves, T. (2015). *Perceções sobre o envelhecimento e prestação de cuidados na velhice*. Dissertação de Mestrado. Bragança: Instituto Politécnico de Bragança
- Amado, J. (2009). *Introdução à Investigação Qualitativa em Educação investigação educacional II*. Relatório de disciplina apresentado nas Provas Públicas de Agregação à Faculdade de Psicologia e de Ciências de Educação da Universidade de Coimbra.
- Amado, J. (2017). *Manual de investigação qualitativa em educação*. Coimbra: Imprensa da Universidade de Coimbra.
- Andrade, F. (2009). *O cuidado informal à pessoa idosa dependente em contexto domiciliário: necessidades educativas do cuidador principal*. Dissertação de Mestrado. Braga: Universidade do Minho. Disponível em <http://hdl.handle.net/1822/10460> (Acedido em 24/10/2017)
- Angst, R. (2009). Psicologia e resiliência: uma revisão da literatura. *Psicologia, Argumento*, 27 (58), pp. 253-260.
- Anthony, E.; & Cohler, B. (1987). *The invulnerable child*. New York: Guilford Press.
- Antoniazzi, A.; Dell'Agilo, D.; & Bandeira, D. (1998). *O conceito de coping: Uma revisão teórica*. *Estud. Psicol.* 3 (2), pp. 273-294.

- Arruda M.; Alvarez A.; & Gonçalves L. (2008). O familiar cuidador de portador de doença de Alzheimer participante de um grupo de ajuda mútua. *Ciências Cuidados Saúde*, 7 (3), pp. 339-345. Disponível em <http://www.periodicos.uem.br/ojs/index.php/CiencCuidSaude/article/view/6505> (Acedido em 24/10/2017)
- Ballard, C.; Patel, A.; Solis M.; Lowe K.; & Wilcock G. (1996). One-year follow-up study of depression in dementia sufferers. *British Journal Psychiatry*, v. 168, n. 3, pp. 287-291.
- Bandeira, M. (Dir.) (2014). *Dinâmicas demográficas e envelhecimento da população portuguesa*. Lisboa: Fundação Francisco Manuel dos Santos.
- Bandura, A. (1997). *Self-efficacy: the exercise of control*. New York: W.H. Freeman.
- Barber, C. (1999). *Family caregiver characteristics*. Disponível em [www.ext.colostate.edu/pubs/consumer/10231.pdf](http://www.ext.colostate.edu/pubs/consumer/10231.pdf) (Acedido em 24/10/2017)
- Barreira, D.; & Nakamura, A. (2006). Resiliência e a auto-eficácia percebida: Articulação entre conceitos. *Aletheia*, 23, pp. 75-80.
- Berger, L.; & Mailloux-Poirier, D. (1995). *Pessoas idosas. Uma abordagem global*. Trad. M. A. Madeira; F. A. Silva; L. Abecasis & M. C. Rosa. Lisboa: Lusodidacta.
- Bogdan, R.; & Biklen, S. (1994). *Investigação qualitativa em educação: uma introdução à teoria e aos métodos*. Porto: Porto Editora.
- Brito, M. (2002). *A saúde mental dos prestadores de cuidados a familiares Idosos*. Coimbra: Quarteto Editora.
- Bull, M.; Maruyana, G.; & Luo, D. (1995). Testing a model for posthospital transition of family caregivers for elderly persons. New-York: *American Journal of Nursing Company*, 44 (3), pp. 132-138.
- Cabral, M. (Coord.) (2013). *Processos de envelhecimento em Portugal: usos do tempo, redes sociais e condições de vida*. Lisboa: Fundação Francisco Manuel dos Santos
- Carta Social Nacional (2016). *Rede de serviços e equipamentos*. Ministério do Trabalho Solidariedade e Segurança Social: Gabinete de Estratégia e Planeamento. Disponível em <http://www.cartasocial.pt/index2.php> (Acedido em 5/11/2017)
- Carmo, H.; & Ferreira, M. (1998). *Metodologia da Investigação: Guia para autoaprendizagem*. Lisboa: Universidade Aberta.

- Carvalho, F.; Morais, N.; Koller, S.; & Piccinini, C. (2007). Fatores de proteção relacionados à promoção de resiliência em pessoas que vivem com HIV/AIDS. *Caderno de Saúde Pública*, 23 (9), pp. 2023-2033.
- Cohen, L.; & Manion, L. (1990). *Métodos de Investigación Educativa*. Madrid: Editorial la Muralla, S.A.
- Collière, M. (1989). *Promover a vida – da prática das mulheres de virtude aos cuidados de enfermagem*: Lisboa: Sindicato dos Enfermeiros Portugueses. Edições Técnicas.
- Conselho da Europa (1998). *Recomendação nº 98 (9) relativa à dependência* (adoptada pelo Comité de Ministros em 7 de Outubro de 1998).
- Cruz, A. (2005). *Caracterização da (in)dependência dos idosos residentes em meio rural - Freguesia de São João das Lampas*. Dissertação de Mestrado, Escola Superior de Saúde Atlântica, Portugal. Disponível em <http://repositoriocientifico.uatlantica.pt/jspui/bitstream/10884/75/1/MonigrafiaRitaCruz.pdf> (Acedido em 5/11/2017)
- Cury, A. (2002). *Você é insubstituível*. Rio de Janeiro: Sextante.
- Diário da República n.º 52/2007 (Série I). Decreto-Lei n.º 64/2007, de 14 de Março. *Regime Jurídico de Instalação, Funcionamento e Fiscalização dos Estabelecimentos de Apoio Social*.
- Diário da República Nº 109 (Série I). Decreto-Lei nº101/2006 de 6 de Junho. *Cria a Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados*.
- Diário da República Nº 46/1983 (Série I). Decreto-Lei nº 119/83, de 25 de Fevereiro. *Estatuto das IPSS'S*.
- Diogo, M.; Ceolim, M.; & Cintra, F. (2005). Orientações para idosas que cuidam de idosos no domicílio. *Revista da Escola de Enfermagem*, 39 (1), pp. 97-102.
- Duarte J.; Melo R.; & Azevedo R. (2008). Cuidando do cuidador. In: Moraes EN. *Princípios Básicos de Geriatria e Gerontologia*. Belo Horizonte. v. 1, cap. 26, pp. 371-379.
- Eurostat (2016). *Smarter, greener, more inclusive? Indicators to support the Europe 2020 strategy*. Luxembourg: Publications Office of the European Union.
- Faria, R. (2013). *Avaliação da qualidade de vida de cuidadores de idosos formais e informais*. Brasília: Faculdade de Psicologia do Centro Universitário de Brasília.

- Faria, L.; & Marinho, C. (2004). Atividade física, saúde e qualidade de vida na terceira idade. *Revista Portuguesa de Psicossomática*, 6 (1), 93-104. Disponível em <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=28760113> (Acedido em 5/11/2017)
- Farinha, V. (2013). *Identidade na velhice: Um jogo de espelhos*. Dissertação de Mestrado. Lisboa: Universidade Lusófona de Humanidades e Tecnologias. Disponível em <http://recil.grupolusofona.pt/bitstream/handle/10437/5014/TESE%20IDENTIDADE%20NA%20VELHICE%20UM%20JOGO%20DE%20ESPELHOS.pdf?sequence=1> (Acedido em 30/10/2017)
- Félix, L. (2008). *Sobrecarga e dificuldades dos cuidadores informais dos mais velhos*. Lisboa: Faculdade de Medicina de Lisboa. Disponível em <http://repositorio.ul.pt/handle/10451/6092> (Acedido em 30/10/2017)
- Ferreira, E. (2012). *Ser cuidador: um estudo sobre a satisfação do cuidador formal de idosos*. Dissertação de Mestrado. Bragança: Instituto Politécnico de Bragança
- Ferreira, M. (2009). *Um estudo sobre coparentalidade e resiliência em famílias portuguesas e imigrantes de baixo nível socioeconómico*. Tese de Mestrado integrado em Psicologia. Universidade de Lisboa. Disponível em [http://repositorio.ul.pt/bitstream/10451/2204/1/22841\\_ulfp035078\\_tm.pdf](http://repositorio.ul.pt/bitstream/10451/2204/1/22841_ulfp035078_tm.pdf) (Acedido em 30/10/2017)
- Figueiredo, D. (2007). *Cuidados familiares ao idoso dependente*. Lisboa: Climepsi.
- Flach, F. (1991). *Resiliência: A arte de ser flexível*. São Paulo: Saraiva.
- Folkman, S.; & Lazarus, R. (1985). If it changes, it must be a process: study of emotions and coping during three stages of a college examination. *Journal of Psychiatry and Social Psychology*, v. 48, pp. 150-170.
- Fontaine, R. (2000). *Psicologia do Envelhecimento*. Lisboa: Climepsi.
- Fortin, M. (1999). *O Processo de investigação: Da concepção à realização*. 2ª Edição, pp. 114. Loures: Lusociência.
- Gaioli, C.; Furegato A.; & Santos J. (2012). Perfil de cuidadores de idosos com doença de Alzheimer associado à Resiliência. Florianópolis: *Texto Contexto Enferm*, 21 (1), pp. 150-157. Disponível em <http://www.scielo.br/pdf/tce/v21n1/a17v21n1.pdf> (Acedido em 30/10/2017)

- Gaioli, C. (2010). *Cuidadores de idosos com doença de Alzheimer: variáveis sociodemográficas e da saúde associadas à Resiliência*. Tese de Doutoramento. Ribeirão Preto: Universidade de São Paulo. Disponível em <http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/22/22131/tde-14012011-091135/pt-br.php> (Acedido em 30/10/2017)
- Garces, B.; Krug, M.; Hansen; Brunelli, A.; Costa F.; Rosa, C.; Bianchi, P.; Mattos, C.; & Seibel, R. (2012). Avaliação da resiliência do cuidador de idosos com Alzheimer. *Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia*, v. 15, n. 2, pp. 335-352. Disponível em <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=403838796016> (Acedido em 30/10/2017)
- Garcia, I. (2001). Vulnerabilidade e resiliência. In *Adolescencia Latinoamericana*, 2, pp. 128-130.
- Garrett, C. (2005). Impacto sócio-económico da doença de Alzheimer. In: A.C. Caldas e A. Mendonça (Orgs.), *A doença de Alzheimer e outras em Portugal*. Lisboa: Lidel
- Gimeno, C. (2003). *A família: o desafio da diversidade*. Lisboa: Instituto Piaget.
- Grotberg, E. (2005). Introdução: novas tendências em resiliência. In: A. Melillo, & E. Ojeda (Org.). *Resiliência: Descobrimo as próprias fortalezas* (pp. 15-22). Porto Alegre: Artmed.
- Grotberg, E. (1995). *A guide to promoting resilience in children: strengthening the human spirit*. The Hague: Bernard Van Leer Foundation.
- Guerra, I. (2010). *Pesquisa Qualitativa e Análise de Conteúdo: Sentidos e formas de uso*. Cascais: Príncípa.
- Haley, W. (1997). The family caregiver's role in Alzheimer disease. *Neurology*, v. 48, n. 5, Suppl. 6, pp. S25-S29.
- Hayflick, L. (1994). *How and why we age*. New York: Random House.
- Hill, M.; & Hill, A. (2002). *Investigação por Questionário*. Lisboa: Edições Sílabo, Lda.
- Holsti, O. (1969). *Content analysis for the social sciences and humanities*. Boston: Addison Wesley.
- Imaginário, C. (2008). *O idoso dependente em contexto familiar: Uma análise da visão da família e do cuidador principal*. Coimbra: Formasau.
- Instituto Nacional de Estatística (2015). *Envelhecimento da população residente em Portugal e na União Europeia*. Lisboa: INE.

- Instituto Nacional de Estatística (2017a). *Projeções de População Residente, 2015-2080*. Lisboa: INE.
- Instituto Nacional de Estatística (2017b). *Retrato territorial de Portugal*. Lisboa: INE.
- Jaques, M. (2004). *Ser idoso: abordagem psicossomática no contexto institucional e familiar*. Coimbra: Edição Formasau – Formação e Saúde.
- Kavsek, M.; & Seiffge-Krenke, I. (1996). The differentiation of coping traits in adolescence. *International Journal Behavior Development*. v. 19, n. 3, pp. 651-668.
- Krippendorff, K. (1990). *Metodologia de análise de conteúdo: teoria e prática*. Barcelona: Paidós.
- Laham, C. (2003). *Percepção de perdas e ganhos subjetivos entre cuidadores de pacientes atendidos em um programa de assistência familiar*. Dissertação de Mestrado. São Paulo: Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo. Disponível em <http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/5/5160/tde-10082005-151808/pt-br.php> (Acedido em 30/10/2017)
- Laranjeira, C. (2007). Do vulnerável ser ao resiliente envelhecer: Revisão de Literatura. *Psicologia: teoria e pesquisa*, 23 (3), pp. 327-332.
- LeBris, H. (1994). *Responsabilidade familiar pelos dependentes idosos nos países das comunidades europeias*. Lisboa: Conselho Económico e Social.
- Lieberman, M.; & Kramer, J. (1991). Factors affecting decisions to institutionalize demented elderly. *The Gerontologist*, v.31, pp. 371-374.
- Lopes, S.; & Massinelli, C. (2013). Perfil e nível de resiliência dos cuidadores informais de idoso com Alzheimer. *Aletheia*, 40, pp. 134-145. Disponível em [http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S141303942013000100012](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S141303942013000100012) (Acedido em 30/10/2017)
- Ludke, M.; & André, M. (1986). *Pesquisa em educação: abordagens qualitativas*. São Paulo: Ed. Pedagógica e Universitária.
- Ong, A.; Bergeman, C.; & Boker, S. (2009). Resilience Comes of Age: Defining Features in Later Adulthood. *Journal of Personality*, 77 (6), pp. 1777-1804.
- Osório, A.; & Pinto, F. (coord.) (2007). *As pessoas idosas: Contexto Social e Intervenção Educativa*. Lisboa: Instituto Piaget.
- Manzini C.; & Vale F. (2016). Resiliência em cuidadores familiares de idosos com doença de Alzheimer. *Revista Eletrónica Enfermagem*. Disponível em <http://dx.doi.org/10.5216/ree.v18.37035> (Acedido em 11/11/2017)

- Manzini, C.; Brigola, A.; Pavarini, S.; & Vale, F. (2016). *Fatores associados à resiliência de cuidador familiar de pessoa com demência: revisão sistemática*. Disponível em [www.scielo.br/pdf/rbgg/v19n4/pt\\_1809-9823-rbgg-19-04-00703.pdf](http://www.scielo.br/pdf/rbgg/v19n4/pt_1809-9823-rbgg-19-04-00703.pdf) (Acedido em 30/10/2017)
- Marconi, M.; & Lakatos, E. (2003). *Fundamentos de metodologia científica*. São Paulo: Editora Atlas S. A.
- Martins, R. (s/d). *Envelhecimento e políticas sociais*. Disponível em <http://www.ipv.pt/millenium/Millenium32/10.pdf> (Acedido em 30/10/2017)
- Matalon, B.; & Ghiglione, R. (1997). *O Inquérito – Teoria e Prática*. Oeiras: Celta Editora, Lda.
- Mateus, M. (2012). O educador social na construção de pontes socioeducativas contextualizadas. *EduSer: Revista de Educação*, Vol 4 (1), artigo 38. Disponível em <https://bibliotecadigital.ipb.pt/handle/10198/7726> (Acedido em 21/03/2018)
- McArdle, W.; Katch, F. & Katch, V. (1998). *Filosofia do exercício, energia, nutrição e desempenho humano*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan.
- Ministério da Saúde (2004). *Programa nacional para a saúde das pessoas idosas*. Lisboa: Ministério da Saúde – Despacho Ministerial de 8 de Junho de 2004.
- Ministério do Trabalho e Solidariedade Social (2006). *Carta social: rede de serviços e equipamentos*. Lisboa: DGEEP.
- Morais, C. (2013). *Investigação: Do problema aos resultados*. Bragança: Instituto Politécnico de Bragança. Disponível em <http://www.ipb.pt/~cmmm/> (Acedido em 6/01/2018)
- Moreira, I. (2001). *O doente terminal em contexto familiar*. Coimbra: Edições Sinais Vitais.
- Moreira, M.; & Caldas, C. (2007). A importância do cuidador no contexto da saúde do idoso. *Escola Anna Nery Revista de Enfermagem*, Rio de Janeiro, v. 11, n. 3, pp. 520-525. Disponível em [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S14148145200700030019](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S14148145200700030019) (Acedido em 30/10/2017)
- Mota, D.; Benevides-Pereira, A.; Gomes, M.; & Araújo, S. (2006). Estresse e resiliência em doença de chagas. *Aletheia*, 24, pp. 57-68.
- Musitu, G.; & Allatt, P. (1994). *Psicosociologia de la familia*. Valencia: Albatros Educación.

- Neri, A.; & Carvalho, V. (2002). O bem-estar do cuidador: aspetos psicossociais. In Freitas, V. *Tratado de Geriatria e Gerontologia*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan.
- Neves, S. (2016). *A sobrecarga do cuidador informal do doente de Alzheimer*. Dissertação de Mestrado. Coimbra: Instituto Superior Miguel Torga.
- Noronha, M., Cardoso, P., Moares, T., & Centa, M. (2009). Resiliência: nova perspectiva na promoção da saúde na família. *Ciência & Saúde Coletiva*, 14 (2): 497-506. Disponível em: <https://www.scielo.org/pdf/csc/2009.v14n2/497-506> (Acedido em 30/10/2017)
- Organização Mundial de Saúde (2002). *The European health report 2002*. Copenhagen: OMS
- Parente, I. (2017). *Um olhar sobre quem cuida: dificuldades e resiliência do cuidador informal*. Dissertação de Mestrado. Bragança: Instituto Politécnico de Bragança.
- Paúl, C. (sem data). *Envelhecimento activo e redes de suporte social*. Porto: ICBAS-UP.
- Paúl, C. (2005). *A construção de um modelo de envelhecimento humano*. Lisboa: Climepsi.
- Pereira, H. (2013). *Subitamente cuidadores informais! Dando voz (es) às experiências vividas*. Loures: Lusociência - Edições Técnicas e Científicas, Lda.
- Pereira, M. (2011). *Cuidadores informais de doentes de Alzheimer: sobrecarga física, emocional e social e psicopatologia*. Dissertação de Mestrado. Porto: ICBAS-UP.
- Pereira, M.; & Filgueiras, M. (2008). A dependência no processo de envelhecimento: uma revisão sobre cuidadores informais de idosos. *Revista de APS* v. 12, n. 1, pp. 72-82. Disponível em <https://aps.ufjf.emnuvens.com.br/aps/article/view/174/190> (Acedido em 30/10/2017)
- Pérez-Serrano, G. (2008). *Elaboração de Projectos Sociais*. Porto: Porto Editora.
- Pesce, R.; Assis, S.; Avanci, J.; Santos, N.; Malaquias, J.; & Carvalhaes, R. (2005). *Adaptação transcultural, confiabilidade e validade da escala de resiliência*. *Caderno de Saúde Pública*, 21 (2), pp. 436-448.
- Pinheiro, D. (2004). A resiliência em discussão. *Psicologia em Estudo*, 9 (1), 67-75.

- PORDATA – Base de Dados Portugal Contemporâneo (s/d). *Índice de envelhecimento e Índice de dependência de idosos*. Disponível em <http://www.pordata.pt/DB/Municipios/Ambiente+de+Consulta/Tabela> (Acedido em 30/10/2017)
- Quivy, R.; & Campenhoudt, L. V. (2003). *Manual de Investigação em Ciências Sociais*. Lisboa: Gradiva.
- Ralha-Simões, H. (2001). Resiliência e desenvolvimento pessoal. Em J. Tavares (Org.), *Resiliência e educação* (pp. 95-114). São Paulo: Cortez.
- Reppold C.; Mayer J.; Almeida, L.; & Hutz C. (2012). *Avaliação da resiliência: controvérsia em torno do uso das escalas*. *Psicologic Reflex Crit.*, 25 (2), pp. 248-255. Disponível em <http://www.redalyc.org/html/188/18822935004/> (Acedido em 6/01/2018)
- Ribeiro, J. (2010). *Metodologia de investigação em psicologia e saúde*. (3.<sup>a</sup> ed.). Porto: Legis/Livpsic.
- Ribeiro, P.; & Morais, R. (2010). Adaptação portuguesa da Escala Breve de Coping Resiliente. *Psicologia, Saúde e Doenças*, 11 (1), pp. 5-13. Disponível em: <http://www.scielo.mec.pt/pdf/psd/v11n1/v11n1a01.pdf> (Acedido em 6/01/2018)
- Ribeiro, J. (2009). Coping: estratégias de gestão do stress. *Health and Wellness*. Disponível em <https://repositorio-aberto.up.pt/bitstream/10216/13905/2/84731.pdf> (Acedido em 17/11/2017)
- Rosa, M. (2012). *O Envelhecimento da Sociedade Portuguesa*. Lisboa: Fundação Francisco Manuel dos Santos.
- Rosental, C.; & Frémontier-Murphy, C. (2002). *Introdução aos Métodos Quantitativos em Ciências Humanas Sociais*. Lisboa: Instituto Piaget.
- Rutter, M. (1993). *Resilience: some conceptual considerations*. *J Adolesc Health*, 14, pp. 626-631. Disponível em [http://www.jahonline.org/article/1054139X\(93\)90196-V/abstract](http://www.jahonline.org/article/1054139X(93)90196-V/abstract) (Acedido em 17/11/2017)
- Sapienza, G.; & Pedromônico, M. (2005). Risco, proteção e resiliência no desenvolvimento da criança e do adolescente. *Psicologia em Estudo*, 10 (2), pp. 209-216.
- Sequeira, C. (2010). *Cuidar de idosos com dependência física e mental*. Lisboa: Lidel.

- Serrano, C. (2012). *Representações sociais e Institucionalização de pessoas idosas*. Dissertação de Mestrado. Lisboa: Universidade Católica Portuguesa. Disponível em <http://respositorio.ucp.pt/handle/10400.14/14065> (Acedido em 17/11/2017)
- Silva, A. (2007). *Famílias especiais: resiliência e deficiência mental*. Dissertação de Mestrado. Porto Alegre: Universidade Católica do Rio Grande do Sul. Disponível em <http://meriva.pucrs.br/dspace/bitstream/10923/2879/1/000399726Texto%2bCompleto-0.pdf> (Acedido em 17/11/2017)
- Silva, J. (2006). *Quando a vida chegar ao fim. Expectativas do idoso hospitalizado e família*. Loures: Lusociência.
- Silva, D. (2002). *O desenvolvimento das trajetórias do comportamento delinquente em adolescentes infratores*. Tese de Doutorado. Porto Alegre: Universidade Federal do Rio Grande Sul.
- Silva, A.; & Pinto, J. (2009). *Metodologia das Ciências Sociais*. Porto: Edições Afrontamento.
- Simonetti, J.; & Ferreira, J. (2008). Estratégias de coping desenvolvidas por cuidadores de idosos portadores de doença crônica. *Revista da Escola de Enfermagem*, 42 (1), pp. 19-25.
- Sinclair, V.; & Wallston, K. (2003). The development and psychometric evaluation of the Brief Resilient Coping Scale. *Assessment*, 11 (1), 94-101.
- Sória D.; Souza I.; Moreira M.; Santoro D.; Menezes M.; & Moreira M. (2006). Resiliência como objeto de Investigação na Enfermagem e em outras áreas: uma revisão. *Escola Anna Nery Ver Enferm*, 10 (3), pp. 547-551. Disponível em [http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S141481452006000300026&script=sci\\_abstract&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S141481452006000300026&script=sci_abstract&tlng=pt) (Acedido em 17/11/2017)
- Sousa, A. (2011). *Quando o cuidador é idoso: impacto físico, emocional e social d cuidador informal idoso*. Dissertação de Mestrado. Braga: Universidade Católica Portuguesa
- Sousa, L., Figueiredo, D., & Cerqueira, M. (2006). *Envelhecer em família*. Porto: Âmbar.
- Tavares, J. (2001). *A resiliência na sociedade emergente*. Em J. Tavares (Org.), *Resiliência e educação* (pp.43-76). São Paulo: Cortez.
- Tuckman, B. (2012). *Manual de investigação em educação*. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian.

- Vala, J. (1993). A Análise de Conteúdo. In A. Silva e J. Pinto (Orgs.) *Metodologia das Ciências Sociais*. Porto: Afrontamento, p. 101-128.
- Vaz-Serra, A. (2007). *O stresse na vida de todos os dias*. Coimbra: Gráfica de Coimbra.
- Vieira, C.; Fialho, A.; Freitas, C.; & Jorge, M. (2011). Práticas do cuidador informal do idoso no domicílio. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 64 (3), pp. 570-579. Brasília. Disponível em <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=267019943023> (Acedido em 17/11/2017)
- Vilelas, J. (2009). *Investigação – O Processo de Construção do Conhecimento*. Lisboa: Edições Sílabo.
- Wagnild, G.; & Young, H. (2009). A Review of the Resilience Scale. *Journal of Nursing Measurement*, 17(2), p. 5-14. Disponível em <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19711709> (Acedido em 17/11/2017)
- Yunes, M.; & Szymanski, H. (2001). *Resiliência: Noção, conceitos afins e considerações críticas*. In J. Tavares (Org.). *Resiliência e educação* (pp.13-42). São Paulo: Cortez.
- Zimmerman, G. (2000). *Velhice: aspectos biopsicossociais*. Porto Alegre: Artes Médicas Sul.

## **Anexos**

## **Anexo 1**

### **Inquérito por questionário**

O presente inquérito por questionário destina-se à realização de um estudo, no âmbito do Curso de Mestrado em Educação Social – Educação e Intervenção ao Longo da Vida, a decorrer na Escola Superior de Educação, do Instituto Politécnico de Bragança, com o objetivo de avaliar a resiliência do cuidador informal familiar de clientes do Serviço de Apoio Domiciliário da Santa Casa da Misericórdia de Bragança.

O inquérito por questionário é anónimo e confidencial, por isso, não necessita de ser assinado, sendo que a informação obtida será utilizada exclusivamente para esta investigação.

A resposta a todas as questões de forma sincera e de acordo com a sua experiência é uma mais-valia para a concretização do estudo.

Agradeço a sua colaboração que se revela imprescindível para a obtenção de informação.

**Assinale com um X ou escreva** a resposta que considera correta para cada questão formulada.

### **Caracterização sociodemográfica dos participantes**

#### **1. Género**

1.1. Masculino

1.2. Feminino

#### **2. Idade** \_\_\_\_\_

#### **3. Estado civil**

3.1. Solteiro/a

3.2. Casado/a

3.3. União de facto

3.4. Viúvo/a

3.5. Separado/a

3.6. Divorciado/a

#### **4. Existência de filhos**

4.1. Sim  Quantos? \_\_\_\_\_

4.2. Não

#### **5. Nível de escolaridade**

5.1. Sem escolaridade

5.2. 1.º ciclo do ensino básico

5.3. 2.º ciclo do ensino básico

5.4. 3.º ciclo do ensino básico

5.5. Ensino secundário

5.6. Ensino superior

#### **6. Situação laboral**

6.1. Qual foi a sua última profissão? \_\_\_\_\_

6.2. Ainda se encontra a exercer essa mesma profissão?

6.2.1. Sim

6.2.2. Não  Porquê?

6.2.2.1. Desempregado/a

6.2.2.2. Aposentado/a

6.2.2.3. Outra  Qual? \_\_\_\_\_

#### **7. Área de residência**

7.1. Rural

7.2. Urbana

#### **8. Tipo de habitação do cuidador**

8.1. Própria

8.2. Arrendada

8.3. Cedida

8.4. Partilhada

**9. Estado de conservação da habitação do cuidador**

- 9.1. Excelente
- 9.2. Boa
- 9.3. Razoável
- 9.4. Degradada

**10. Grau de parentesco com o/a idoso/a cuidado/a**

- 10.1. Marido/Esposa
- 10.2. Pai/Mãe
- 10.3. Filho/a
- 10.4. Irmão/ã
- 10.5. Outro  Qual? \_\_\_\_\_

**11. Vive com o/a idoso/a?**

- 11.1. Sim
- 11.2. Não

**12. Outras pessoas vivem consigo e com o/a idoso/a?**

- 12.1. Sim  Quais? \_\_\_\_\_
- 12.2. Não

**13. Número de anos como cuidador/a informal familiar?**

- 13.1. Menos de um ano
- 13.2. Entre 1 e 5 anos
- 13.3. Entre 6 e 10 anos
- 13.4. Mais de 10 anos

**14. Rendimento mensal do agregado familiar**

- 14.1. Menos de 250 euros
- 14.2. Entre 250 e 500 euros
- 14.3. Entre 500 e 750 euros
- 14.4. Entre 750 e 1000 euros
- 14.5. Mais de 1000 euros

## **Anexo 2**

### **Termo de consentimento livre e esclarecido**

Ex.mo (a) Senhor (a):

O meu nome é Sandra Cristina Bento Fernandes e estou atualmente a realizar uma investigação, no âmbito do Mestrado em Educação Social – Educação e Intervenção ao Longo da Vida, na Escola Superior de Educação do Instituto Politécnico de Bragança, cuja temática assenta na resiliência do cuidador informal familiar de idosos dependentes, sob a orientação da Professora Doutora Maria do Nascimento Mateus.

O objetivo deste estudo é avaliar a capacidade de resiliência dos cuidadores face às dificuldades resultantes do ato de cuidar, pelo que para a sua prossecução será necessário proceder a uma recolha de dados, para a qual solicito a sua colaboração a fim de responder a um inquérito por questionário e a uma pequena entrevista. Todas as informações fornecidas por si serão confidenciais e os dados recolhidos serão usados exclusivamente para esta investigação.

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

A autora do estudo

---

Após ter sido devidamente informado(a) e esclarecido(a) de todos os aspetos da investigação eu, \_\_\_\_\_, declaro que autorizo a utilização dos dados resultantes do inquérito por questionário e da entrevista a que respondi.

O/a participante

---

Bragança, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2018

### Anexo 3

#### Guião de entrevista semiestruturada

**Tema:** *Resiliência em cuidadores informais familiares de idosos dependentes*

**Objetivo geral:** Compreender as dificuldades do ato de cuidar de idosos procurando identificar fatores de resiliência e constrangimento na vida pessoal.

Para proceder à legitimação e motivação da entrevista, começaremos por fazer a apresentação pessoal da autora do estudo, a apresentação dos objetivos que nos propomos alcançar, assegurar a confidencialidade dos participantes e solicitar autorização para a realização da mesma.

#### Guião da entrevistasemiestruturada

<b>Categoria</b>	<b>Subcategorias</b>	<b>Questões</b>
	A1. Papel e tarefas do/a cuidador/a informal familiar	<ul style="list-style-type: none"><li>- Como avalia o motivo/razão para ser cuidador/a?</li><li>- Quais, na sua opinião, são as tarefas fundamentais do/a cuidador/a informal familiar?</li><li>- Considera que precisa de ajuda para desempenhar o papel de cuidador/a? Se sim, em que situações?</li><li>- Considera que as tarefas que executa, enquanto cuidador/a informal familiar, satisfazem as necessidades do idoso/a cuidado/a?</li><li>- Em caso de necessidade de ajuda a quem costuma recorrer?</li></ul>

A. O/A cuidador/a informal familiar de idosos/as		<ul style="list-style-type: none"> <li>- Quem considera que tem conhecimentos para lhe prestar essa ajuda? Porquê?</li> <li>- O que o/a levou a pedir a ajuda do Serviço de Apoio Domiciliário (SAD) da Santa Casa da Misericórdia de Bragança?</li> <li>- Considera que o seu trabalho de cuidador/a é rotineiro?</li> <li>- Como lida com as mudanças no seu dia-a-dia? É capaz de se adaptar? Quais as estratégias que utiliza?</li> </ul>
	A2. Dificuldades associadas ao ato de cuidar	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Quais são as principais dificuldades que sente por ser cuidador/a?</li> <li>- De que modo ser cuidador/a informal o/a deixa esgotado/a fisicamente?</li> <li>- De que modo ser cuidador/a informal o/a deixa esgotado/a emocional e psicologicamente?</li> <li>- Considera que essas dificuldades se devem a si ou à falta de meios e de condições? De que forma?</li> <li>- O que faz para ultrapassar os problemas e obstáculos com que se confronta?</li> </ul>
	A3. Constrangimentos na vida pessoal do/a cuidador/a familiar informal	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Que constrangimentos sente na sua vida pessoal por ser cuidador/a?</li> <li>- Tem o tempo que deseja para si?</li> <li>- Tem tempo para se dedicar a outras pessoas da família?</li> <li>- Quais são os seus momentos de descanso?</li> <li>- Como organiza as suas férias?</li> <li>- Como organiza a sua vida social?</li> <li>- Em que outras situações da sua vida pessoal sente constrangimentos em gerir ou</li> </ul>

	<p>desfrutar por ser cuidador/a?</p> <p>- Tem facilidade em conciliar a sua vida pessoal, profissional (se ainda trabalha) e as tarefas de cuidador/a que desempenha?</p>
A4. Ganhos e/ou perdas em ser cuidador/a informal familiar	<p>- Considera que ser cuidador/a informal familiar lhe trouxe ganhos? Quais?</p> <p>- Considera que ser cuidador/a informal familiar lhe trouxe perdas? Quais?</p> <p>- Como lida com essas perdas?</p> <p>- Para si ser cuidador é um problema ou uma oportunidade? Pode explicar?</p>
A5. Valorização do papel do cuidador/a informal familiar	<p>- Em que medida a prestação de cuidados lhe acarreta ou resolve dificuldades económicas?</p> <p>- Sente reconhecimento do seu papel por parte dos seus familiares?</p> <p>- Sente reconhecimento do seu papel por parte da pessoa que cuida?</p> <p>- Sente reconhecimento social do seu papel?</p>

No final é feito um breve resumo para validar as respostas dadas às questões formuladas e agradecer a disponibilidade de colaboração.

## Anexo 4



Sandra Bento <sandra.bento@gmail.com>

### Authorization request

Sandra Bento <sandra.bento@gmail.com> 18 de dezembro de 2017 21:31

Para: vaughn.sinclair@vanderbilt.edu

Good morning Professor Sinclair,

My name is Sandra Bento and I'm a master degree student in Social Education, at Escola Superior de Educação from Instituto Politécnico de Bragança, a portuguese school.

I'm starting my final evaluation and my study subject is about the care taker of old people.

I'm asking for your permission to use the Brief Resilient Coping Scale to get the data.

I'll be waiting for your answer.

Best regards


Sandra Bento


Sinclair, Vaughn<vaughn.sinclair@vanderbilt.edu> 18 de dezembro de 2017 21:35

Para: Sandra Bento <sandra.bento@gmail.com>

Dear Sandra, You are most welcome to use our scale. Do you need the Portuguese translation? I have attached the scale in English and the article you need to cite as reference. Best wishes for your research... Vaughn Sinclair

2 anexos

 Brief Resilient Coping Scale Article (002).pdf 523K

 Brief Resilient Coping Scale instrument. pdf 65K

[https://mail.google.com/mail/u/0/?ui=2&ik=855f3095b6&jsver=N\\_o1vznkR9o.pt\\_BR.&view=pt&search=inbox&th=1606ba200560a576&siml=1606b89a1dc916...](https://mail.google.com/mail/u/0/?ui=2&ik=855f3095b6&jsver=N_o1vznkR9o.pt_BR.&view=pt&search=inbox&th=1606ba200560a576&siml=1606b89a1dc916...) 1/2

## Anexo 5

### Escala Breve de *Coping* Resiliente

A Escala Breve de *Coping* Resiliente, da autoria de Sinclair e Wallston (2003) e traduzida para português por Pais Ribeiro e Morais (2010), permite avaliar a resiliência como uma estratégia de *coping*, uma vez que nos permite perceber a capacidade de o sujeito lidar com o *stress* de forma adaptativa.

É composta por quatro itens, sendo que existem cinco possibilidades de resposta.

Por favor, assinale a opção que mais se adequa a si, colocando a letra X na opção que pretende escolher.

	Quase sempre	Com muita frequência	Muitas vezes	Ocasionalmente	Quase nunca
Procuro formas criativas de superar situações.					
Independentemente do que me possa acontecer, acredito que consigo controlar as minhas reações.					
Acredito que posso crescer positivamente lidando com situações difíceis.					
Procuro ativamente formas de substituir as perdas que encontro na vida.					

Fonte: adaptado de Sinclair e Wallston (2003). *The development and psychometric evaluation of the Brief Resilient Coping Scale*. Assessment

Cotação equivalente a cada uma das opções:

5 – Quase sempre

4 – Com muita frequência

3 – Muitas vezes

2 – Ocasionalmente

1 – Quase nunca

Resultados do somatório:

<13 - Capacidade baixa de resiliência

13 a 17 - Capacidade média de resiliência

>17 - Capacidade forte de resiliência

## Anexo 6

Exmo. Sr. Provedor  
da Mesa Administrativa  
da Santa Casa da Misericórdia de Bragança

**Assunto:** Pedido de autorização para aplicação de um instrumento de recolha de dados para estudo de investigação.

Sandra Cristina Bento Fernandes, Gerontóloga, a exercer funções de Coordenação Técnica no Serviço de Apoio Domiciliário da Santa Casa da Misericórdia de Bragança, encontrando-se a frequentar o Mestrado de Educação Social – Educação e Intervenção ao Longo da Vida, na Escola Superior de Educação do Instituto Politécnico de Bragança, com dissertação subordinada ao tema “Resiliência em cuidadores informais de idosos dependentes”, sob a orientação da Professora Doutora Maria do Nascimento Mateus, vem por este meio solicitar a V. Ex.<sup>a</sup> autorização para a aplicação de um inquérito por questionário, constituído por caracterização sociodemográfica dos participantes, entrevista semiestruturada e Escala Breve de *Coping* Resiliente, a 20 cuidadores informais, clientes do Serviço de Apoio Domiciliário da Santa Casa da Misericórdia de Bragança.

Com este estudo pretende-se avaliar a capacidade de resiliência do cuidador informal em relação às dificuldades resultantes do ato de cuidar.

O estudo não envolve qualquer risco ou custo, sendo apenas solicitada a autorização para aplicação do inquérito por questionário aos cuidadores informais. Assegura-se o respeito pelos princípios éticos subjacentes a qualquer estudo de investigação e a disponibilização do trabalho desenvolvido.

Em anexo segue o instrumento de recolha de dados a aplicar.

Bragança, 10 de janeiro de 2018

Pede deferimento

Sandra Cristina Bento Fernandes

S. C. MISERICÓRDIA  
BRAGANÇA

10 JAN. 2018

ENTRADA

433

## **Anexo 7**

Autorizada a aplicação  
do instrumento a presença  
para a recolha de dados  
institucionais.

2018-01-12

À Dna. Ana Maria  
Informar da pertinência  
do estudo: 10.01.18

Exmo. Sr. Provedor  
da Mesa Administrativa  
da Santa Casa da Misericórdia de Bragança

**Assunto:** Pedido de autorização para aplicação de um instrumento de recolha de dados para estudo de investigação.

Sandra Cristina Bento Fernandes, Gerontóloga, a exercer funções de Coordenação Técnica no Serviço de Apoio Domiciliário da Santa Casa da Misericórdia de Bragança, encontrando-se a frequentar o Mestrado de Educação Social – Educação e Intervenção ao Longo da Vida, na Escola Superior de Educação do Instituto Politécnico de Bragança, com dissertação subordinada ao tema “Resiliência em cuidadores informais de idosos dependentes”, sob a orientação da Professora Doutora Maria do Nascimento Mateus, vem por este meio solicitar a V. Ex.<sup>a</sup> autorização para a aplicação de um inquérito por questionário, constituído por caracterização sociodemográfica dos participantes, entrevista semiestruturada e Escala Breve de *Coping* Resiliente, a 20 cuidadores informais, clientes do Serviço de Apoio Domiciliário da Santa Casa da Misericórdia de Bragança.

Com este estudo pretende-se avaliar a capacidade de resiliência do cuidador informal em relação às dificuldades resultantes do ato de cuidar.

O estudo não envolve qualquer risco ou custo, sendo apenas solicitada a autorização para aplicação do inquérito por questionário aos cuidadores informais. Assegura-se o respeito pelos princípios éticos subjacentes a qualquer estudo de investigação e a disponibilização do trabalho desenvolvido.

Em anexo segue o instrumento de recolha de dados a aplicar.

Bragança, 10 de janeiro de 2018

Pede deferimento

Sandra Cristina Bento Fernandes

S. C. MISERICÓRDIA  
BRAGANÇA

10 JAN. 2018  
ENTRADA  
433

## Anexo 8

<b>Legitimação e motivação da entrevista</b>	
	Apresentação pessoal; Explicação dos objetivos do estudo; Assegurar a confidencialidade; Solicitar autorização para gravar a entrevista em áudio.
<b>Questões</b>	<b>Unidades de registo</b>
- Autoriza a realização da entrevista? - Permite a gravação da entrevista em formato áudio?	“Sim.” CIFR1; “Sim.” CIFR2; “Sim.” CIFR3; “Sim.” CIFR4; “Sim.” CIFR5; “Sim.” CIFR6; “Sim.” CIFR7; “Sim.” CIFR8; “Sim.” CIFR9; “Sim.” CIR10
<b>Categoria A. O/A cuidador/a informal familiar de idosos/as</b>	
<b>SubcategoriaA1. Papel e tarefas do/a cuidador/a informal familiar</b>	
<b>Questões</b>	<b>Unidades de registo</b>
- Como avalia o motivo/razão para ser cuidador/a?	<p>“(…) é a vez de cuidar de quem cuidou.” CIFR1</p> <p>“Por insatisfação dos serviços prestados em dois lares onde estive institucionalizada. Por isso, preferi acolhê-la em casa.” CIFR2</p> <p>“(…) tinha de haver alguém que tomasse a iniciativa.” CIFR3</p> <p>“Sinto que é meu dever cuidar de quem cuidou de mim”. CIFR4</p> <p>“(…) tenho obrigação de zelar por ele e fazer tudo quando puder.” CIFR5</p> <p>“(…) o meu pai já não tinha competências para tratar dela, tive de assumir essa responsabilidade.” CIFR6</p> <p>“Ele teve um AVC, ficou dependente e as filhas não quiseram tomar conta dele. Empurraram para nós (….) e eu e o meu marido acabamos por aceder.” CIFR7</p>

<p>- Como avalia o motivo/razão para ser cuidador/a? (Cont.)</p>	<p>“Os meus irmãos estão longe daqui e ela quis ficar comigo. Fui praticamente obrigada porque ela não queria ir para um lar.” CIFR8</p> <p>“Porque é minha mãe e não queria colocá-la em um lar, preferia tê-la em casa.” CIFR9</p> <p>“Como ela é uma pessoa já com alguma idade não consegue cuidar dela sozinha, por isso eu como irmão tinha de tomar a iniciativa.” CIFR10</p>
<p>- Quais, na sua opinião, são as tarefas fundamentais do/a cuidador/a informal familiar?</p>	<p>“Assegurar que tenham todos os cuidados de saúde, higiene, conforto e alimentação.” CIFR1</p> <p>“A higiene pessoal, a alimentação, a medicação, garantir o seu conforto.” CIFR2</p> <p>“Garantir-lhe alimentação e higiene (...).” CIFR3</p> <p>“Assegurar que tenha todos os cuidados de saúde, higiene, conforto e alimentação.” CIFR4</p> <p>“A higiene muito cuidada acima de tudo, deteção e prevenção de feridas, dar de comer.” CIFR5</p> <p>“Assegurar de alguma forma a segurança e o cumprimento das necessidades básicas diárias.” CIFR6</p> <p>“Desde medicação a horas, comida e trato.” CIFR7</p> <p>“A higiene, dar-lhe de comer, medicação sempre a horas, ver se aparecem feridas e aplicar cremes para prevenir que elas surjam.” CIFR8</p> <p>“Garantir a higiene e a alimentação.” CIFR9</p> <p>“A alimentação e higiene.” CIFR10</p>
<p>- Considera que precisa de ajuda para desempenhar o papel de cuidador/a? Se sim, em que situações?</p>	<p>“Quase sempre uma vez que trabalho.” CIFR1</p> <p>“Sim, porque eu não posso fazer grandes esforços. Tudo o que acarreta pesos, não posso, de maneira nenhuma.” CIFR2</p> <p>“Sim claro, em praticamente tudo porque eu também não tenho vida para estar constantemente a ser eu</p>

<p>- Considera que precisa de ajuda para desempenhar o papel de cuidador/a? Se sim, em que situações? (Cont.)</p>	<p>a fazer essas coisas todas.” CIFR3  “Sim porque não posso ser eu a faze-lo diretamente.” CIFR4  “Sim, para o levantar e deitar.” CIFR5  “(…) sinto necessidade de ajuda no acompanhamento diário em termos de higiene, limpeza de espaços, tratamento de roupas, garantia de refeições (…).”CIFR6  “Sim! Sobretudo para o levantar e deitar porque ele é muito pesado só para mim.” CIFR7  “Sim preciso, sobretudo para lhe fazer a higiene, levantar da cama e deitá-la.” CIFR8  “Não, só pessoas com experiência e paciência é que conseguem aguentar isto.” CIFR9  “Sim porque eu não tenho muito tempo.” CIFR10</p>
<p>- Considera que as tarefas que executa, enquanto cuidador/a informal familiar, satisfazem as necessidades do idoso/a cuidado/a?</p>	<p>“Por vezes não.” CIFR1  “Neste momento sim.” CIFR2  “Neste momento sim.” CIFR3  “Talvez nem todas.” CIFR4  “Sim, precisava também de continuar com a fisioterapia mas tive de abdicar dela por causa das despesas.” CIFR5  “Sim, as necessidades do dia-a-dia estão garantidas.” CIFR6  “Neste momento sim.” CIFR7  “Por enquanto sim, satisfazem.” CIFR8  “Sim.” CIFR9  “Sim.” CIFR10</p>

<p>- Em caso de necessidade de ajuda a quem costuma recorrer?</p>	<p>“As entidades públicas e privadas que prestam cuidados.” CIFR1</p> <p>“Ao meu marido.” CIFR2</p> <p>“À minha família e a vizinhos.” CIFR3</p> <p>“À Santa Casa.” CIFR4</p> <p>“Aos meus filhos, médicos e enfermeiros.” CIFR5</p> <p>“Ao Apoio Domiciliário prestado pela Santa Casa da Misericórdia de Bragança.” CIFR6</p> <p>“A um vizinho.” CIFR7</p> <p>“Ao Serviço de Apoio Domiciliário e a familiares, sobretudo uma nora que é enfermeira.” CIFR8</p> <p>“A uma instituição e pontualmente a uma irmã.” CIFR9</p> <p>“À minha família e a vizinhos.” CIFR10</p>
<p>- Quem considera que tem conhecimentos para lhe prestar essa ajuda? Porquê?</p>	<p>“Pessoas com formação em cuidados geriátricos e com sensibilidade para exercer os cuidados.” CIFR1</p> <p>“Se forem situações de saúde, os médicos e enfermeiros.” CIFR2</p> <p>“As funcionárias da Santa Casa, porque já têm muita experiência.” CIFR3</p> <p>“Pessoas com formação e experiência a trabalhar com idosos.” CIFR4</p> <p>“O médico e os enfermeiros.” CIFR5</p> <p>“As colaboradoras desse mesmo serviço, pela experiência e formação no acompanhamento de idosos.” CIFR6</p> <p>“Por aqui ninguém, só no caso da assistência de saúde.” CIFR7</p> <p>“ (...) pessoas competentes, médicos e enfermeiros.” CIFR8</p> <p>“As instituições que têm experiência e formação.” CIFR9</p>

<p>- Quem considera que tem conhecimentos para lhe prestar essa ajuda? Porquê? (Cont.)</p>	<p>“As funcionárias da Santa Casa. Porque sabem fazer as coisas.” CIFR10</p>
<p>- O que o/a levou a pedir a ajuda do Serviço de Apoio Domiciliário (SAD) da Santa Casa da Misericórdia de Bragança?</p>	<p>“O facto de trabalhar e de não poder atribuir este papel a mais ninguém.” CIFR1</p> <p>“Porque eu adoeci, já não tinha forças e para fazer a higiene o meu marido não tinha muito jeito.” CIFR2</p> <p>“Porque sozinho não conseguiria e assim fico despreocupado porque sei que tem o que precisa.” CIFR3</p> <p>“Não tenho mais ninguém que me possa ajudar.” CIFR4</p> <p>“Já não conseguia, sozinha, levantá-lo da cama (...).” CIFR5</p> <p>“O primeiro contacto surgiu pela necessidade de assegurar as refeições à minha mãe. De há uns anos para cá, as outras necessidades foram surgindo e acabámos por requerer outros serviços.” CIFR6</p> <p>“Porque de manhã não tinha ajuda para o levantar. À noite para o deitar já me ajuda o meu marido.” CIFR7</p> <p>“Porque eu não conseguia, sozinha, levantá-la e deitá-la, porque o resto eu faço bem. Já tenho alguma idade e alguns problemas de saúde, era muito peso para mim.” CIFR8</p> <p>“Porque para nós é complicado fazer isto sozinhos uma vez que trabalhamos e assim alivia-nos um pouco.” CIFR9</p> <p>“Porque eu não tenho tempo e assim sei que tem o que precisa.” CIFR10</p>

<p>- Considera que o seu trabalho de cuidador/a é rotineiro?</p>	<p>“Não.” CIFR1  “Sim. As tarefas são sempre as mesmas no dia-a-dia (...).” CIFR2  “Não.” CIFR3  “Não.” CIFR4  “Sim, as coisas têm de ser feitas à hora certa.” CIFR5  “No meu caso é mais temporário.” CIFR6  “As tarefas são, mas os dias não são todos iguais porque depende do estado dele. Cada dia é um dia e um dia de cada vez.” CIFR7  “Sim, é, tudo tem que ser feito a horas, medicação e refeições.” CIFR8  “Não, porque nesta situação de demência nunca é a mesma coisa, depende do estado dela.” CIFR9  “Para mim não.” CIFR10</p>
<p>- Como lida com as mudanças no seu dia-a-dia? É capaz de se adaptar? Quais as estratégias que utiliza?</p>	<p>“(...) não existe solução, é viver um dia de cada vez.” CIFR1  “Se for caso de saúde pouco grave, faço umas mezinhas, nomeadamente chás.” CIFR2  “(...) Se a resolução está ao meu alcance faço o que acho que é melhor, mas nem sempre depende de mim.” CIFR3  “Tenho de me conformar com a realidade.” CIFR4  “(...) chamo ajuda.” CIFR5  “Em situações de emergência se tiver possibilidade vou de imediato, caso contrário tenho de recorrer as pessoas conhecidas.” CIFR6  “Nos dias em que está mais agitado tempo acalmá-lo, tento conversar com ele. Se não resultar dou-lhe</p>

<p>- Como lida com as mudanças no seu dia-a-dia? É capaz de se adaptar? Quais as estratégias que utiliza? (Cont.)</p>	<p>tempo e espaço para se abstrair e passado um bocado vou ver como está.” CIFR7</p> <p>“Tento resolve-las da melhor maneira, tento explicar-lhe como devem ser as coisas e ouvir a opinião dela, pois assim ela fica tranquila.”CIFR8</p> <p>“Eu e a minha companheira tivemos de começar a trabalhar por turnos para nos podermos revezar nesta tarefa de cuidar. Procuramos organizar escalas de hora a hora para estar com ela (...).”CIFR9</p> <p>“Tento sempre fazer o que é melhor para ela.” CIFR10</p>
<b>SubcategoriaA2.Dificuldades associadas ao ato de cuidar</b>	
<b>Questões</b>	<b>Unidades de registo</b>
<p>- Quais são as principais dificuldades que sente por ser cuidador/a?</p>	<p>“A falta de colaboração da família.” CIFR1</p> <p>“A principal dificuldade são os pesos, porque o resto vou fazendo.” CIFR2</p> <p>“A preocupação constante de saber se ele está bem, ou se precisa de alguma coisa.” CIFR3</p> <p>“ (...) o facto de estar sozinho nesta luta.” CIFR4</p> <p>“É a carga física e as noites que não durmo.” CIFR5</p> <p>“A conciliação da vida profissional e familiar com o apoio aos meus pais.” CIFR6</p> <p>“A carga física, porque ele é “um corpo morto”.” CIFR7</p> <p>“São sobretudo os pesos e é o não ter liberdade, isto é como uma prisão porque não a posso deixar de maneira nenhuma.” CIFR8</p> <p>“É muito trabalho, são muitas noites sem dormir, (...) é muito cansativo para a nossa cabeça.” CIFR9</p> <p>“Às vezes é a falta de tempo para arranjar tudo o que precisa.” CIFR10</p>

<p>- De que modo ser cuidador/a informal o/a deixa esgotado/a fisicamente?</p>	<p>“Uma vez que não estou muito presente não sinto esse tipo de desgaste.” CIFR1</p> <p>“ (...) tenho dias que fico completamente esgotada ao ponto de depois do almoço ter me deitar no sofá.” CIFR2</p> <p>“Nada.” CIFR3</p> <p>“Não sinto esse desgaste, talvez pelo facto de estar ausente.” CIFR4</p> <p>“Agora já tem tanto porque já tenho ajuda para as tarefas que implicam pesos.” CIFR5</p> <p>“Sim, (...) sempre que há a necessidade de acompanhamento e ajuda aos meus pais.” CIFR6</p> <p>“Tenho dias em que tenho puxar mais e fico cansada.” CIFR7</p> <p>“Muito! Só quem passa por isto é que sabe.” CIFR8</p> <p>“Fisicamente não é um trabalho duro.” CIFR9</p> <p>“Não deixa.” CIFR10</p>
<p>- De que modo ser cuidador/a informal o/a deixa esgotado/a emocional e psicologicamente?</p>	<p>“Por vezes sinto uma grande frustração por não conseguir resolver alguns problemas.” CIFR1</p> <p>“O meu cérebro fica tão cansado que eu tenho mesmo de fazer uma pausa.” CIFR2</p> <p>“Um pouco porque é sempre uma responsabilidade.” CIFR3</p> <p>“Por vezes tenho sentimentos de culpa por não poder dar resposta a algumas necessidades em tempo útil.” CIFR4</p> <p>“Sim, não tenho o descanso que devia ter.” CIFR5</p> <p>“Sempre que surge a necessidade de me dividir entre os pais e as filhas e marido.” CIFR6</p> <p>“Muito! Porque estar metida dentro de uma casa 24 horas por dia não é fácil.” CIFR7</p> <p>“Ainda mais. É muito complicado vê-la sofrer e às vezes não saber como havemos de agir.” CIFR8</p>

<p>- De que modo ser cuidador/a informal o/a deixa esgotado/a emocional e psicologicamente? (Cont.)</p>	<p>“Deixa-me de rastos.” CIFR9 “Um pouco por causa da preocupação.” CIFR10</p>
<p>- Considera que essas dificuldades se devem a si ou à falta de meios e de condições? De que forma?</p>	<p>“Devem-se sobretudo aos obstáculos criados por terceiros.” CIFR1 “A mim porque sinto-me cansada, já não tenho muita capacidade.” CIFR2 “A mim. (...) nem sempre posso estar presente.” CIFR3 “A mim, pois não tenho muita disponibilidade.” CIFR4 “A mim porque também já vou perdendo algumas capacidades e forças.” CIFR5 “As dificuldades prendem-se, sobretudo, pela falta de condições para estarmos juntos.” CIFR6 “Por vezes devem-se a mim porque esta situação também me afeta psicologicamente, mas também devíamos ter mais apoio e mais acompanhamento.” CIFR7 “É próprio da vida, é como Deus quer e temos de saber aceitar para não nos torturarmos.” CIFR8 “A mim talvez não porque eu tento fazer tudo o que posso.” CIFR9 “A mim. Pela minha falta de disponibilidade.” CIFR10</p>
<p>- O que faz para ultrapassar os problemas e obstáculos com que se confronta?</p>	<p>“São colmatados pelo apoio da Santa Casa.” CIFR1 “Rezo a Deus que me ajude e que me dê forças para cuidar da minha mãe.” CIFR2 “Se não consigo resolver sozinho, procuro ajuda.” CIFR3 “Peço ajuda.” CIFR4 “Faço voluntariado num lar de idosos e isso faz-me muito bem (...) porque alivio muito, espaireço um</p>

<p>- O que faz para ultrapassar os problemas e obstáculos com que se confronta? (Cont.)</p>	<p>bocadinho.” CIFR5  “Recorro aos serviços do Apoio Domiciliário.”CIFR6  “Sair é fundamental para poder espairecer.” CIFR7  “Às vezes quando estou mais em baixo, vou dar uma volta pela aldeia, vou à igreja e a coisa passa. Também leio que é uma ajuda.” CIFR8  “Procuramos cantar com ela e por vezes esses cinco minutos bons acabam por compensar as 10 horas más que tivemos.” CIFR9  “Procuro ouvir a opinião de outras pessoas para tomar a melhor decisão.” CIFR10</p>
<b>SubcategoriaA3.Constrangimentos na vida pessoal do/a cuidador/a familiar informal</b>	
<p><b>Questões</b></p>	<p><b>Unidades de registo</b></p>
<p>- Que constrangimentos sente na sua vida pessoal por ser cuidador/a?</p>	<p>“Uma preocupação constante.” CIFR1  “Essencialmente as forças, porque coragem eu tenho.” CIFR2  “até ao momento não me tem causado grandes constrangimentos.” CIFR3  “Não consigo deixar de pensar na situação problemática.” CIFR4  “Não tenho grandes dificuldades.” CIFR5  “Algumas situações de ansiedade são geradoras de instabilidade que é cada vez mais difícil superar.” CIFR6  “O não sair quando quero. É uma vida um bocado presa.” CIFR7  “Nunca mais vivi, porque se quiser ir para qualquer lado não posso. Complicou um pouco a relação como meu marido porque às vezes ele quer ir para algum sítio e eu não o posso acompanhar.” CIFR8</p>

<p>- Que constrangimentos sente na sua vida pessoal por ser cuidador/a? (Cont.)</p>	<p>“Eu podia ganhar outro salário, porque antes eu exercia outras funções. Tive também de parar de me dedicar à agricultura.” CIFR9</p> <p>“Por enquanto não tenho tido grandes dificuldades.”CIFR10</p>
<p>- Tem o tempo que deseja para si?</p>	<p>“Não.” CIFR1</p> <p>“Às vezes, dependendo do estado dela e da minha força.” CIFR2</p> <p>“Sim, não me causa muito transtorno.” CIFR3</p> <p>“Não.” CIFR4</p> <p>“Para mim não, o meu tempo não é meu, porque há sempre alguma coisa para fazer.” CIFR5</p> <p>“Sim, tenho.” CIFR6</p> <p>“Não. Quando vou à cidade a fazer compras ou a tratar de assuntos vou sempre a correr.” CIFR7</p> <p>“Sim, ainda resta um pouco.” CIFR8</p> <p>“Não.” CIFR9</p> <p>“Sim.” CIFR10</p>
<p>- Tem tempo para se dedicar a outras pessoas da família?</p>	<p>“Sim.” CIFR1</p> <p>“Não. Quando os meus netos estão cá brinco um bocadinho com eles, mas depois tenho de parar.” CIFR2</p> <p>“Sim.” CIFR3</p> <p>“Sim.” CIFR4</p> <p>“Aos meus filhos e tenho pena não me poder dedicar mais aos netos (...).” CIFR5</p> <p>“Também.” CIFR6</p>

<p>- Tem tempo para se dedicar a outras pessoas da família? (Cont.)</p>	<p>“Sim, quando vêm aqui a casa, para fora é impossível.” CIFR7  “Só quando vêm cá.” CIFR8  “Não. Tanto é que a minha filha teve de ir viver para a cidade porque ela não aguentava isto tudo. Tivemos de lhe arranjar um apartamento quando tínhamos todas as condições para ela estar aqui.” CIFR9  “Sim.” CIFR10</p>
<p>- Quais são os seus momentos de descanso?</p>	<p>“À noite.” CIFR1  “Depois de almoço tenho mesmo de me deitar um bocadinho porque se não, não aguento.” CIFR2  “À noite.” CIFR3  “À noite.” CIFR4  “Não tenho, estou na cama mas estou sempre com o sentido nele. O meu descanso acaba por ser quando vou à missa e ao lar a fazer voluntariado.” CIFR5  ”As noites e os fins de semana.” CIFR6  “À noite e mal, porque ele também tem noites complicadas e não deixa dormir.” CIFR7  “À noite.” CIFR8  “Não há. As poucas horas que consigo dormir” CIFR9  “À noite.” CIFR10</p>
<p>- Como organiza as suas férias?</p>	<p>“Dedico as férias a tratar dos pais e de assuntos relacionados com eles.” CIFR1  “Não tenho férias.” CIFR2  “(…) quando vou para fora peço sempre aos vizinhos que me liguem se acontecer alguma coisa.”</p>

<p>- Como organiza as suas férias? (Cont.)</p>	<p>CIFR3  “As minhas são para estar com eles.” CIFR4  “Nunca gozei férias porque tenho de tratar dele.” CIFR5  “Parte delas são passadas a cuidar dos meus pais, mas é obvio que se vou para fora tenho de informar sempre alguém próximo para um caso de emergência.” CIFR6  “Nunca tive. Não posso sair daqui.” CIFR7  “Não tenho, é aqui a cuidar dela.” CIFR8  “Não há férias. Tenho as férias do trabalho mas passo-as aqui em casa a cuidar dela.” CIFR9  “Tenho de pedir a alguém que vá passando em casa para ver se está tudo bem.” CIFR10</p>
<p>- Como organiza a sua vida social?</p>	<p>“Já não há muita disponibilidade para ter vida social.” CIFR1  “Para ir ao batizado e comunhão dos meus netos tive de deixar a minha mãe num lar.” CIFR2  “Com normalidade.” CIFR3  “Entre família e trabalho, resta pouco tempo para a vida social.” CIFR4  “Também não tenho, porque não me sinto bem em deixar o meu marido na cama e eu ir para um convívio qualquer.” CIFR5  “Normalmente, mas sempre planeada.” CIFR6  “Se for aqui na aldeia vou porque estou perto e depressa chego a casa em caso de necessidade. Mas há tempos tive um batizado em Alfândega da Fé e para poder ir tive de o deixar no lar.” CIFR7  “Raramente vou, não a quero deixar sozinha, nem me sentia bem se fosse porque fico sempre com a sensação que ela precisa de alguma coisa.” CIFR8</p>

<p>- Como organiza a sua vida social? (Cont.)</p>	<p>“Há três anos que não vou jantar fora. Não posso combinar nada com ninguém porque não é certo que consiga ir.” CIFR9</p> <p>“Sem problemas.” CIFR10</p>
<p>- Em que outras situações da sua vida pessoal sente constrangimentos em gerir ou desfrutar por ser cuidador/a?</p>	<p>“Acaba por não se conseguir desfrutar de alguns momentos importantes.” CIFR1</p> <p>“Eu tenho consultas regulares no Porto e para poder ir tenho de arranjar alguém que fique aqui com ela e pagar.” CIFR2</p> <p>“Não sinto grandes dificuldades.” CIFR3</p> <p>“Conseguir estar em todo o lado ao mesmo tempo.” CIFR4</p> <p>“A maior dificuldade que tenho é pensar que ele amanhã me falte e que vou ficar sozinha (...).” CIFR5</p> <p>“As questões relacionadas com a logística familiar.” CIFR6</p> <p>“Isto mexe com muita coisa, condiciona tudo.” CIFR7</p> <p>“É basicamente a questão de não poder ir para lado nenhum.” CIFR8</p> <p>“Sobretudo a parte familiar.” CIFR9</p> <p>“Não tenho grandes complicações.” CIFR10</p>
<p>- Tem facilidade em conciliar a sua vida pessoal, profissional (se ainda trabalha) e as tarefas de cuidador/a que desempenha?</p>	<p>“Não.” CIFR1</p> <p>“Nem por isso, porque até para fazer compras é complicado. O meu marido lá vai fazendo, mas há certas coisas que tenho mesmo de ser eu. Cada vez que vou à cidade parece que vou para a força porque andamos sempre a correr para voltar para casa.” CIFR2</p> <p>“Sim, perfeitamente.” CIFR3</p> <p>“Não.” CIFR4</p>

<p>- Tem facilidade em conciliar a sua vida pessoal, profissional (se ainda trabalha) e as tarefas de cuidador/a que desempenha? (Cont.)</p>	<p>“Sim, porque faço-o com muito amor e carinho.” CIFR5  “ (...) cada vez mais surgem questões repentinas e começa a ser difícil conciliar a dedicação a tudo e todos (...)” CIFR6  “Tem de ser tudo, bem organizado, em função dele.” CIFR7  “Sim, com a compreensão de todos tenho conseguido.” CIFR8  “Ir trabalhar, para nós, é um alívio, é como ir à praia.” CIFR9  “Sim.” CIFR10</p>
<b>SubcategoriaA4. Ganhos e/ou perdas em ser cuidador/a informal familiar</b>	
<b>Questões</b>	<b>Unidades de registo</b>
<p>- Considera que ser cuidador/a informal familiar lhe trouxe ganhos? Quais?</p>	<p>“Sim, o afeto e carinho dos meus pais.” CIFR1  “Sim! Mais amor e mais carinho.” CIFR2  “Sim. Alguns conhecimentos.” CIFR3  “Sim, mais ligação afetiva com os meus pais.” CIFR4  “Neste momento não porque o estado de dependência já é muito.” CIFR5  “Os ganhos prendem-se sempre com a alegria dos meus pais quando estou junto deles.” CIFR6  “A nível de conhecimento sim, de doenças nomeadamente. Ganhei experiência e aprendi muita coisa.” CIFR7  “Não, nem pensar.” CIFR8  “Não.” CIFR9  “Não”. CIFR10</p>

<p>- Considera que ser cuidador/a informal familiar lhe trouxe perdas? Quais?</p>	<p>“Sim, as inevitáveis.” CIFR1  “Sim! Muito cansaço.” CIFR2  “Sim. Algumas preocupações.” CIFR3  “Sim, as decorrentes do processo de crescente dependência.” CIFR4  “Isso sim, porque acabo por passar mais tempo em casa. A minha vida ficou mais condicionada, não o posso abandonar.” CIFR5  “(…) a minha maior perda é sempre que tenho que me dividir pelos que precisam de mim.” CIFR6  “Eu tinha a minha vida organizada na cidade, tinha um trabalho certo e tive de abdicar dele.” CIFR7  “Muitas! Só a perda de liberdade já é muito.” CIFR8  “Sim, muitas. Além da financeira e do trabalho porque podia estar noutra posto.” CIFR9  “Sim. Sobretudo tempo.” CIFR10</p>
<p>- Como lida com essas perdas?</p>	<p>“Fazem parte.” CIFR1  “Encomendo-me a Deus, tenho muita fé.” CIFR2  “(…) um dever.” CIFR3  “Tenho de me conformar com elas.” CIFR4  “Aceito!” CIFR5  “(…) dizendo a mim mesma “tem que ser.” CIFR6  “Lidei bem porque foi uma opção minha.” CIFR7  “Bem. No início custou um pouco mas agora já estou conformada.” CIFR8  “Com naturalidade, porque tenho a sorte dos meus superiores terem conhecimento desta situação e</p>

<p>- Como lida com essas perdas? (Cont.)</p>	<p>colocarem-me à vontade quando preciso de faltar.” CIFR9  “O que tem de ser tem muita força.” CIFR10</p>
<p>- Para si ser cuidador é um problema ou uma oportunidade? Pode explicar?</p>	<p>“É um problema, pois não é fácil lidar com a situação.” CIFR1  “É um problema e grave. Porque é muita responsabilidade e muito trabalho.” CIFR2  “Não considero que me cause problemas, acaba por ser uma experiencia de vida.” CIFR3  “No meu caso é um problema porque estou longe e considero que desta forma não faço o acompanhamento devido da situação.” CIFR4  “Nem uma coisa nem outra, é uma coisa que me estava destinada.” CIFR5  “Ambas as coisas: uma oportunidade de sentir os meus pais felizes e acarinhados, mais tranquilos e confiantes e, simultaneamente, um desafio constante e uma situação geradora de alguns desconfortos, porque implica opções que são quase sempre difíceis de gerir.” CIFR6  “(…) problema creio que não é. Será mais uma oportunidade no sentido em que uma pessoa também aprende.” CIFR7  “Nem uma coisa nem outra. É uma missão! É minha mãe e tenho obrigações a cumprir porque ela também cuidou de nós.” CIFR8  “Oportunidade não é, mas também não é um problema porque existe amor pela pessoa. No fundo, isto é uma escolha!” CIFR9  “É uma maneira de estar mais próximo dela.” CIFR10</p>

<b>SubcategoriaA5. Valorização do papel do cuidador/a informal familiar</b>	
<b>Questões</b>	<b>Unidades de registo</b>
- Em que medida a prestação de cuidados lhe acarreta ou resolve dificuldades económicas?	<p>“Neste momento não acarreta grandes dificuldades pois tento gerir os recursos da melhor forma possível.” CIFR1</p> <p>“As despesas são muitas e certos produtos são caros.” CIFR2</p> <p>“Até ao momento todas as despesas têm sido pagas com recurso à própria pensão.” CIFR3</p> <p>“Não acarreta grandes dificuldades porque procuro gerir as pensões dos meus pais da melhor forma para que não falte nada.” CIFR4</p> <p>“Tive de abdicar da fisioterapia para poder suportar as despesas. Procuro gerir muito bem o dinheiro para que não falte o essencial.” CIFR5</p> <p>“(…) é um fator de despesa extra sempre que me desloco por motivos imprevistos.” CIFR6</p> <p>“Não cria muitas dificuldades porque a pensão dele chega para as suas necessidades se for bem gerido.” CIFR7</p> <p>“Não trouxe problemas porque a pensão dela chega para os gastos dela.” CIFR8</p> <p>“A pensão dela não chega, mas nós não damos muita relevância a isso, porque o importante é ela ter tudo o que precisa.” CIFR9</p> <p>“Não causa problemas porque as despesas dela são suportadas pela própria reforma.” CIFR10</p>
- Sente reconhecimento do seu papel por parte dos seus familiares?	<p>“Não.” CIFR1</p> <p>“Sinto da parte do meu marido.” CIFR2</p> <p>“Sim. Sinto.” CIFR3</p>

<p>- Sente reconhecimento do seu papel por parte dos seus familiares? (Cont.)</p>	<p>“Não.” CIFR4  “Sim, eles sabem bem dos sacrifícios que tenho feito.” CIFR5  “Sim, por parte do meu marido e filhas, mas por parte do meu irmão nem tanto.” CIFR6  “Não. A ausência é notória.” CIFR7  “Sim. Eles sabem bem que é graças a mim que ela ainda está entre nós.” CIFR8  “Da parte das minhas irmãs não.” CIFR9  “Sim.” CIFR10</p>
<p>- Sente reconhecimento do seu papel por parte da pessoa que cuida?</p>	<p>“Neste momento creio que não tem essa capacidade.” CIFR1  “Não, porque ela já não está capaz de reagir.” CIFR2  “Sim. Sinto.” CIFR3  “Dadas as circunstâncias não existe capacidade para fazer esse reconhecimento.” CIFR4  “Sim.” CIFR5  “A minha mãe acata sempre muito bem quase tudo, o meu pai nem sempre é fácil.” CIFR6  “Sim, porque ele só come se for eu a dar e quando lhe dou água, ele agradece.” CIFR7  “Não. Ela sempre foi muito egoísta, não sabe dar valor.” CIFR8  “Sim, nos pequenos momentos em que está bem, tanto que ela só se lembra do meu nome e do da minha companheira.” CIFR9  “Sim. Ela sabe que me preocupo.” CIFR10</p>
<p>- Sente reconhecimento social do seu papel?</p>	<p>“Não.” CIFR1  “Não! Hoje em dia (...) as pessoas não dão valor a nada.” CIFR2</p>

<p>- Sente reconhecimento social do seu papel? (Cont.)</p>	<p>“Sim, as pessoas da aldeia dão-me os parabéns por me ocupar de tudo o que é necessário para ele.” CIFR3</p> <p>“Não.” CIFR4</p> <p>“Não. Hoje ninguém reconhece nada.” CIFR5</p> <p>“De uma forma geral, as pessoas têm consciência da dificuldade que os filhos têm em cuidar dos pais, dados os obstáculos que se prendem com distâncias, empregos e vidas familiares (...).” CIFR6</p> <p>“Sim! As pessoas da aldeia sabem bem o que faço por ele.” CIFR7</p> <p>“Sim, as pessoas sabem que eu a estimo e que ela está bem.” CIFR8</p> <p>“Sim, sinto. Os vizinhos dizem-me mesmo que se não fossemos nós que ela já tinha partido há muito tempo.” CIFR9</p> <p>“Sim, as pessoas amigas dizem que sou muito corajoso.” CIFR10</p>
--	--

## **Anexo 9**

<b>Legitimação e motivação da entrevista</b>	
	Apresentação pessoal; Explicação dos objetivos do estudo; Assegurar a confidencialidade; Solicitar autorização para gravar a entrevista em áudio.
<b>Questões</b>	<b>Unidades de registo</b>
- Autoriza a realização da entrevista? - Permite a gravação da entrevista em formato áudio?	“Sim.” CIFU1; “Sim.” CIFU2; “Sim.” CIFU3; “Sim.” CIFU4; “Sim.” CIFU5; “Sim.” CIFU6; “Sim.” CIFU7; “Sim.” CIFU8; “Sim.” CIFU9; “Sim.” CIFU10
<b>Categoria A. O/A cuidador/a informal familiar de idosos/as</b>	
<b>SubcategoriaA1. Papel e tarefas do/a cuidador/a informal familiar</b>	
<b>Questões</b>	<b>Unidades de registo</b>
- Como avalia o motivo/razão para ser cuidador/a?	“Porque custa-me metê-lo num lar (...).” CIFU1 “Tinha mesmo que ser pois não havia mais ninguém.” CIFU2 “ (...) eu e a minha irmã tínhamos condições para os acolher, achámos que deviam estar connosco e acabámos por fazê-lo de forma rotativa.” CIFU3 “É o meu dever de filha, pois eu também não consigo desligar-me dele.” CIFU4 “ (...) porque é minha mãe. Além disso, tinha disponibilidade. O lar estava completamente fora de questão.” CIFU5 “ (...) achei que o lugar dele é em casa, enquanto eu puder e tiver meios a quem pagar para me ajudar (...).” CIFU6 “O meu irmão estava com uma irmã minha mas ela morreu e depois eu entreguei-me dele porque

<p>- Como avalia o motivo/razão para ser cuidador/a? (Cont.)</p>	<p>não queria que andasse aí aos pontapés de uns e outros. No lar não o podíamos pôr porque não tínhamos dinheiro que chegasse.” CIFU7</p> <p>“(…) é minha mulher e queria mantê-la ao pé de mim porque jurámos perante Deus que só nos separávamos na morte.” CIFU8</p> <p>“(…) os meus irmãos não tinham condições para a ter em casa deles e eu resolvi acolhê-la porque senti que tinha obrigação de olhar por ela (…).” CIFU9</p> <p>“Não havia quem cuidasse dela porque a minha irmã não podia e as minhas cunhadas não queriam, fui obrigada a entregar-me dela. O lar não era solução porque não era a vontade dela e eu respeitei.” CIFU10</p>
<p>- Quais, na sua opinião, são as tarefas fundamentais do/a cuidador/a informal familiar?</p>	<p>“Dar-lhe de comer e lavá-lo.” CIFU1</p> <p>“Ela precisa de tudo, praticamente.” CIFU2</p> <p>“A higiene, a alimentação, os cuidados de saúde, a vigilância e acompanhamento bem como dar-lhe o carinho que precisam.” CIFU3</p> <p>“A higiene e a alimentação é o principal, a medicação às horas certas.” CIFU4</p> <p>“A alimentação e a companhia.” CIFU5</p> <p>“A alimentação e a higiene cuidadas, a medicação a horas.” CIFU6</p> <p>“Dar-lhe tudo o que precisa e tratá-lo bem, com muito carinho.” CIFU7</p> <p>“Tudo. Desde a higiene, a alimentação e a medicação principalmente.” CIFU8</p> <p>“A higiene em primeiro lugar, a alimentação que tem de ser cuidada e triturada, fazer os posicionamentos no leito para prevenir o aparecimento de escaras.” CIFU9</p>

<p>- Quais, na sua opinião, são as tarefas fundamentais do/a cuidador/a informal familiar? (Cont.)</p>	<p>“Tê-la limpa e a comida a horas.” CIFU10</p>
<p>- Considera que precisa de ajuda para desempenhar o papel de cuidador/a? Se sim, em que situações?</p>	<p>“Sim, eu sozinha não consigo levantá-lo nem deitá-lo.” CIFU1  “Sim, claro, para a higiene pessoal dela porque uma pessoa sozinha não consegue.” CIFU2  “Sim, principalmente ao nível da higiene.” CIFU3  “Sim, sobretudo para a higiene.” CIFU4  “Não. Já estou habituado.” CIFU5  “Sim, para as tarefas da higiene, levantá-lo e deitá-lo.” CIFU6  “Sim, porque eu não posso dar-lhe banho.” CIFU7  “Sim. A parte da higiene para mim é complicada.” CIFU8  “Sim, porque sozinha não consigo levantá-la e deitada.” CIFU9  “Sim. Na higiene, para a levantar e deitar, porque ela ficou paralisada de todo.” CIFU10</p>
<p>- Considera que as tarefas que executa, enquanto cuidador/a informal familiar, satisfazem as necessidades do idoso/a cuidado/a?</p>	<p>“Sim.” CIFU1  “Sim.” CIFU2  “Penso que sim, o essencial é garantido.” CIFU3  “Por vezes já não.” CIFU4  “Sim, em pleno.” CIFU5  “Acho que sim, pois ele tem recuperado muito bem.” CIFU6</p>

<p>- Considera que as tarefas que executa, enquanto cuidador/a informal familiar, satisfazem as necessidades do idoso/a cuidado/a? (Cont.)</p>	<p>“Por enquanto sim.” CIFU7  “Àtè ao momento creio que sim.” CIFU8  “Sim! Faço de tudo para que ela esteja bem.” CIFU9  “Sim.” CIFU10</p>
<p>- Em caso de necessidade de ajuda a quem costuma recorrer?</p>	<p>“Às minhas filhas.” CIFU1  “Só se for alguma situação em que a Santa Casa possa resolver.” CIFU2  “Temos uma senhora que nos apoia à noite (...). Numa emergência, recorro à minha irmã e marido.  CIFU3  “Ao meu marido, que é a pessoa que está mais próxima.” CIFU4  “Aos meus irmãos.” CIFU5  “Às funcionárias da Santa Casa, uma senhora à noite para o deitar e a empregada que já tinha.”  CIFU6  “Aos serviços sociais.” CIFU7  “Às funcionárias da Santa Casa, a uma senhora conhecida que às vezes vem fazer umas horas e aos meus filhos.” CIFU8  “Ao meu marido, filho e nora.” CIFU9  “Ao meu marido.” CIFU10</p>
<p>- Quem considera que tem conhecimentos para lhe prestar essa</p>	<p>“A minha filha que trabalha no hospital.” CIFU1  “Às trabalhadoras da Santa Casa.” CIFU2</p>

ajuda? Porquê?	<p>“Tenho uma tia que é enfermeira e de vez em quando peço-lhe opinião sobre determinadas situações ou dúvidas que tenho.” CIFU3</p> <p>“As funcionárias da Misericórdia.” CIFU4</p> <p>“A minha irmã pois também teve o sogro acamado e trabalha no centro de saúde.” CIFU5</p> <p>“Vejo que as funcionárias da Santa Casa são competentes e o fisioterapeuta.” CIFU6</p> <p>“As funcionárias da Misericórdia.” CIFU7</p> <p>“Esta senhora que falo já cuidou de mais idosos e as funcionárias da Santa Casa também têm muita experiência.” CIFU8</p> <p>“O meu filho porque é enfermeiro e lidou com idosos.” CIFU9</p> <p>“O pessoal da Santa Casa.” CIFU10</p>
- O que o/a levou a pedir a ajuda do Serviço de Apoio Domiciliário (SAD) da Santa Casa da Misericórdia de Bragança?	<p>“Porque eu não podia fazer-lhe a higiene e as minhas filhas trabalham.” CIFU1</p> <p>“Porque sozinho não podia lavá-la.” CIFU2</p> <p>“A pouca disponibilidade, o nosso horário de trabalho e também porque no início era tudo novidade, não tínhamos conhecimentos nem experiência.” CIFU3</p> <p>“Porque eu precisava mesmo de ajuda, porque assim alivia-me um pouco.” CIFU4</p> <p>“ (...) por causa da questão da higiene pessoal dela.” CIFU5</p> <p>“Com a minha mobilidade era impossível eu tratar deste homem da maneira que veio do hospital.” CIFU6</p> <p>“Porque sozinha não conseguia lavá-lo e levantá-lo.” CIFU7</p> <p>“Para a lavar e a levantar porque eu não podia nem sabia fazer isso.” CIFU8</p>

<p>- O que o/a levou a pedir a ajuda do Serviço de Apoio Domiciliário (SAD) da Santa Casa da Misericórdia de Bragança? (Cont.)</p>	<p>“Porque eu parti uma perna e não conseguia fazer-lhe a higiene e o meu marido não fazia isso.” CIFU9</p> <p>“Eu sozinha não lhe podia dar banho, nem levantar nem deitar (...).” CIFU10</p>
<p>- Considera que o seu trabalho de cuidador/a é rotineiro?</p>	<p>“É sempre a mesma coisa à mesma hora, os dias são todos iguais.” CIFU1</p> <p>“Sim, os dias são todos iguais.” CIFU2</p> <p>“Nem por isso porque como alterno com a minha irmã e ainda temos a minha mãe a ajudar acabamos por dividir as tarefas.” CIFU3</p> <p>“É, é uma rotina. O meu dia é organizado em função dele.” CIFU4</p> <p>“Sim, tudo tem uma hora certa (...).” CIFU5</p> <p>“Um pouco, pois as tarefas são sempre à mesma hora (...).” CIFU6</p> <p>“É sempre a mesma coisa, à mesma horinha.” CIFU7</p> <p>“Sim, os dias são todos iguais.” CIFU8</p> <p>“Sim. Todas as tarefas são feitas sempre à mesma hora (...).” CIFU9</p> <p>“Bastante. Há horas para tudo desde o mudar a fralda, ao dar de comer, ver se quer água. Parece um relóginho!” CIFU10</p>
<p>- Como lida com as mudanças no seu dia-a-dia? É capaz de se adaptar? Quais as estratégias que utiliza?</p>	<p>“Tenho de recorrer às minhas filhas.” CIFU1</p> <p>“Por enquanto lido bem.” CIFU2</p> <p>“ (...) aos meios que temos à nossa disposição.” CIFU3</p> <p>“Já me aconteceu o meu marido adoecer gravemente e tive de recorrer aos meus irmãos.” CIFU4</p>

<p>- Como lida com as mudanças no seu dia-a-dia? É capaz de se adaptar? Quais as estratégias que utiliza? (Cont.)</p>	<p>“(…) não tenho grandes problemas porque adapto-me facilmente.” CIFU5  “Tento sempre encontrar soluções para que o bem-estar dele esteja garantido.” CIFU6  “Tenho de procurar ajuda.” CIFU7  “Tenho de pensar bem na melhor maneira de resolver as coisas. Às vezes peço-lhe opinião e aos meus filhos também.” CIFU8  “Sim, tento organizar-me da melhor maneira tendo em conta as necessidades dela.” CIFU9  “Procuro que não haja mudanças, que as coisas sejam sempre da mesma forma. É muito importante porque assim está controlada!” CIFU10</p>
<b>SubcategoriaA2.Dificuldades associadas ao ato de cuidar</b>	
<b>Questões</b>	<b>Unidades de registo</b>
<p>- Quais são as principais dificuldades que sente por ser cuidador/a?</p>	<p>“No meu caso são os esforços (…).” CIFU1  “No início foi complicado porque nem sabia como havia de lhe dar os medicamentos (…).” CIFU2  “Por vezes não sei como agir quando o estado de saúde dele se agudiza.” CIFU3  “Não tenho força para as tarefas que acarretam pesos.” CIFU4  “Isto é muito “pesado”, estou a ser muito sacrificado (…).” CIFU5  “A minha mobilidade que não me permite fazer certas coisas, nomeadamente esforços.” CIFU6  “É a falta de dinheiro para tudo o que precisa porque há coisas caras (…).” CIFU7  “O já ser velho e não poder fazer grande coisa.” CIFU8  “Não sinto grandes dificuldades porque eu estava habituada a lidar com idosos no meu trabalho.” CIFU9</p>

<p>- Quais são as principais dificuldades que sente por ser cuidador/a? (Cont.)</p>	<p>“Tudo o que implique fazer força para mim é muito complicado.” CIFU10</p>
<p>- De que modo ser cuidador/a informal o/a deixa esgotado/a fisicamente?</p>	<p>“ (...) eu tenho um problema de coluna e quando ando mais ligeira tenho de sentar um bocado porque doem-me as costas.” CIFU1  “Não.” CIFU2  “Não muito, porque somos muitos a colaborar.” CIFU3  “Fisicamente não.” CIFU4  “Não deixa muito.” CIFU5  “Ele está sempre a chamar por mim e à noite estou um bocadinho cansada.” CIFU6  “Tem dias que não me deixa dormir, porque grita.” CIFU7  “Não.” CIFU8  “Às vezes sim porque também tenho problemas de coluna.” CIFU9  “Agora já nem tanto porque tenho ajuda e porque ela já não anda, quando era autónoma era mais cansativo para mim porque tinha de andar sempre atrás dela com medo que fugisse (...).” CIFU10</p>
<p>- De que modo ser cuidador/a informal o/a deixa esgotado/a emocional e psicologicamente?</p>	<p>“Não.” CIFU1  “Também, não. Aguento bem.” CIFU2  “Sim, a parte emocional é mais afetada.” CIFU3  “Muito. Tenho noites que as passo muito mal, com perturbações do sono e já tenho de recorrer a medicação.” CIFU4</p>

<p>- De que modo ser cuidador/a informal o/a deixa esgotado/a emocional e psicologicamente? (Cont.)</p>	<p>“Tem dias.” CIFU5  “Não. Mentalizei-me que tenho de cumprir esta missão.” CIFU6  “Sim, vê-lo assim custa-me muito.” CIFU7  “Um pouco, porque nos dias em que a vejo mais doente eu também fico mal por a ver assim.” CIFU8  “Sim, quando ela tem fases em que descompensa até tenho de tomar medicação para dormir.” CIFU9  “Agora também não porque a ajuda que tenho deixa-me mais tranquila.” CIFU10</p>
<p>- Considera que essas dificuldades se devem a si ou à falta de meios e de condições? De que forma?</p>	<p>“A mim porque também já sou velha.” CIFU1  CIFU2  “Talvez à falta de meios e condições pois precisávamos de mais recursos para lhe dar o devido acompanhamento.” CIFU3  “(…) talvez seja mais a mim porque já são muitos anos nisto.” CIFU4  “Temos todos os meios e condições. O problema é a solidão.” CIFU5  “Meios e condições não nos faltam, pois sempre fui muito organizada (…).” CIFU6  “À falta de meios porque o dinheiro não é muito.” CIFU7  “Eu é que já estou velho para isto, eu já precisava quem tratasse de mim (…).” CIFU8  “Nem uma coisa nem outra.” CIFU9  “A mim, porque eu não tenho grande força (…).” CIFU10</p>
<p>- O que faz para ultrapassar os problemas</p>	<p>“Peço ajuda às minhas filhas.” CIFU1</p>

e obstáculos com que se confronta?	<p>“Nada. Tenho de aguentar e aceitar as coisas. Temos de ir andando.” CIFU2</p> <p>“Faço coisas de que gosto pois é sempre um escape, ler um livro, ver televisão, ouvir música. Desabafo com as minhas colegas. Ajuda-me a aliviar.” CIFU3</p> <p>“Desabafo com as minhas colegas e com o meu marido (...).” CIFU4</p> <p>“Tenho um <i>hobby</i> de que gosto muito que é o aeromodelismo. Sempre que tenho oportunidade também vou dar uma volta de mota.” CIFU5</p> <p>“Não entro em pânico, sei que tenho de os vencer. Mas dedico-me um pouco à pintura para me distrair.” CIFU6</p> <p>“Recorro a medicação.” CIFU7</p> <p>“Vou até ao café um bocadinho e jogo às cartas com os amigos e vizinhos para distrair um pouco.” CIFU8</p> <p>“ (...) para consultas por exemplo, tenho de chamar uma ambulância dos bombeiros porque no nosso carro não a conseguimos levar.” CIFU9</p> <p>“É enfrentá-los e mais nada! De um jeito ou de outro.” CIFU10</p>
<b>SubcategoriaA3.Constrangimentos na vida pessoal do/a cuidador/a familiar informal</b>	
<b>Questões</b>	<b>Unidades de registo</b>
- Que constrangimentos sente na sua vida pessoal por ser cuidador/a?	<p>“Não.” CIFU1</p> <p>“Só o facto de a ver mal.” CIFU2</p> <p>“Mais a nível profissional, pois quando há mais trabalho é complicado conciliar tudo.” CIFU3</p> <p>“Não tenho.” CIFU4</p>

<p>- Que constrangimentos sente na sua vida pessoal por ser cuidador/a? (Cont.)</p>	<p>“O facto de estar um pouco condicionado a casa. Antes de cuidar da minha mãe eu viajava muito e agora estou agarrado a este canto (...).” CIFU5</p> <p>“Um bocadinho de cansaço mas também já é devido à idade (...).” CIFU6</p> <p>“Está tudo bem, é meu irmão.” CIFU7</p> <p>“Somos felizes assim.” CIFU8</p> <p>“A falta da liberdade, porque eu não posso sair para lado nenhum, estou presa aqui em casa.” CIFU9</p> <p>“Um bocadinho de prisão porque não vou onde eu quero.” CIFU10</p>
<p>- Tem o tempo que deseja para si?</p>	<p>“Tenho.” CIFU1</p> <p>“Sim, entre as refeições sobra sempre tempo.” CIFU2</p> <p>“(...) não me posso queixar porque consigo gerir bem o tempo.” CIFU3</p> <p>“Impossível.” CIFU4</p> <p>“Sim, tenho.” CIFU5</p> <p>“Sim, tenho.” CIFU6</p> <p>“Sim, quando posso vou dar uma caminhada e vou tratar dos meus assuntos.” CIFU7</p> <p>“Sim, bem gerido há sempre tempo para tudo.” CIFU8</p> <p>“Não tenho muito, precisava de mais.” CIFU9</p> <p>“Sim, tenho.” CIFU10</p>
<p>- Tem tempo para se dedicar a outras pessoas da família?</p>	<p>“Quando as minhas filhas vêm cá.” CIFU1</p> <p>“Só quando eles vêm cá.” CIFU2</p> <p>“De vez em quando vou a Lisboa ver a situação dos filhos mas poderia ir lá muitas mais vezes se os</p>

<p>- Tem tempo para se dedicar a outras pessoas da família? (Cont.)</p>	<p>meus pais não estivessem aqui.” CIFU3  “Tento dividir-me por todos porque também preciso disso e os meus netos de mim.” CIFU4  “Quando eles vêm cá a casa sim, de outra forma não.” CIFU5  “Para isso já não tenho muito porque agora não posso sair, só quando os meus filhos estão cá é que tenho mais possibilidades.” CIFU6  “Quando estão cá de férias, mas falamos quase todos os dias por telefone.” CIFU7  “Quando eles vêm cá a casa porque nós já pouco saímos daqui.” CIFU8  “Não tenho muito. Tenho uma filha no Porto e não posso ir visitá-la.” CIFU9  “Sim.” CIFU10</p>
<p>- Quais são os seus momentos de descanso?</p>	<p>“Descanso um bocadinho ao fim da tarde e de noite também descanso bem.” CIFU1  “À noite, sobretudo. Mas durante o dia se me apetecer encostar um bocadinho, posso.” CIFU2  “Depois do jantar e à noite.” CIFU3  “À noite, mas nem sempre.” CIFU4  “À noite. Ela dorme bem e por isso também consigo descansar.” CIFU5  “Depois de almoço tenho sempre de me encostar um bocadinho e à noite durmo bem.” CIFU6  “Se me apetecer sento-me no sofá a fazer renda. À noite durmo bem.” CIFU7  “Às vezes depois de almoço faço uma sesta e à noite também descanso bem.” CIFU8  “São os mesmos que os dela.” CIFU9  “À noite, ela dorme bem e por isso eu consigo descansar.” CIFU10</p>

<p>- Como organiza as suas férias?</p>	<p>“As minhas férias são a cuidar dele.” CIFU1</p> <p>“Não fazemos.” CIFU2</p> <p>“Concilio os períodos de férias com a minha irmã e já recorri a internamento temporário num lar.” CIFU3</p> <p>“ (...) ficava aqui a minha irmã mas como ela também adoeceu (...) nunca mais fui de férias porque também não a quero sobrecarregar.” CIFU4</p> <p>“Aproveito para sair uns oito dias quando a minha irmã de Lisboa vem até cá.” CIFU5</p> <p>“ (...) este ano já não vai ser possível porque ele não está em condições de ir.” CIFU6</p> <p>“Não tenho. Era para ir a França no ano passado, mas depois decidi não ir porque em primeiro lugar está ele.” CIFU7</p> <p>“Há muitos anos que não fazemos férias. Agora não se pode.” CIFU8</p> <p>“Não tenho, desde a que a minha está comigo nunca fui de férias.” CIFU9</p> <p>“Não tenho.” CIFU10</p>
<p>- Como organiza a sua vida social?</p>	<p>“Nada.” CIFU1</p> <p>“Não costumo sair.” CIFU2</p> <p>“É cada vez menos intensa, mas ainda dá para ir tomar café ao fim de semana.” CIFU3</p> <p>“ (...) todos os dias saio para tomar um café com as minhas amigas, sinto muita necessidade disso.” CIFU4</p> <p>“Aos domingos quando fica aqui alguém, vou passar a tarde com os meus amigos, porque de resto não saio de casa.” CIFU5</p>

<p>- Como organiza a sua vida social? (Cont.)</p>	<p>“Eu participava muito nas atividades da igreja, em iniciativas de beneficência, mas agora é só casa e televisão.” CIFU6</p> <p>“Quando o meu neto se casou tive de deixar aqui uma senhora a cuidar dele.” CIFU7</p> <p>“Se tiver quem me ajude a levá-la, vamos os dois. Se não, peço à tal senhora que fique aqui a olhar por ela e eu vou.” CIFU8</p> <p>“Em Maio tenho o batizado de uma sobrinha em Chaves e não posso ir porque tenho de ficar em casa com ela.” CIFU9</p> <p>“Tive dois casamentos no ano passado e tive de pagar a uma pessoa para ficar aqui a tomar conta dela.” CIFU10</p>
<p>- Em que outras situações da sua vida pessoal sente constrangimentos em gerir ou desfrutar por ser cuidador/a?</p>	<p>“Não.” CIFU1</p> <p>“Não.” CIFU2</p> <p>“Ocupa-me bastante tempo que poderia canalizar de outra forma mais agradável.” CIFU3</p> <p>“Sinto a minha vida muito presa aqui e a esta rotina.” CIFU4</p> <p>“Não tenho.” CIFU5</p> <p>“Não tenho.” CIFU6</p> <p>“Nada de especial.” CIFU7</p> <p>“Não tenho.” CIFU8</p> <p>“Não sinto grandes dificuldades além das que já falei.” CIFU9</p> <p>“Não tenho grandes dificuldades.” CIFU10</p>

<p>- Tem facilidade em conciliar a sua vida pessoal, profissional (se ainda trabalha) e as tarefas de cuidador/a que desempenha?</p>	<p>“Sim, não tenho outra vida é cuidar dele e da casa.” CIFU1  “Sim, perfeitamente.” CIFU2  “Não tanto quanto eu desejaria, mas sim, consigo.” CIFU3  “Sim, para já ainda consigo.” CIFU4  “Sim, perfeitamente porque estou aposentado.” CIFU5  “Sim.” CIFU6  “Sim.” CIFU7  “Sim.” CIFU8  “Sim. Para mim a minha mãe não é um pesadelo, tenho muito gosto em tê-la aqui.” CIFU9  “Sim, concilio bem.” CIFU10</p>
<p><b>SubcategoriaA4. Ganhos e/ou perdas em ser cuidador/a informal familiar</b></p>	
<p><b>Questões</b></p>	<p><b>Unidades de registo</b></p>
<p>- Considera que ser cuidador/a informal familiar lhe trouxe ganhos? Quais?</p>	<p>“Sim porque sou útil e fazemos companhia um ao outro.” CIFU1  “Compreendo melhor a vida.” CIFU2  “Sim, em termos humanos e nas relações com os pais (...) houve uma aproximação.” CIFU3  “A grande ligação entre pai e filha que se fortalece cada vez mais.” CIFU4  “Não.” CIFU5  “Não, porque estou sempre preocupada com o dia de amanhã.” CIFU6  “Sim. Ele faz-me companhia, se não estava sozinha.” CIFU7  “Sim, acho que fiquei ainda mais ligado a ela e com medo de a perder.” CIFU8</p>

<p>- Considera que ser cuidador/a informal familiar lhe trouxe ganhos? Quais? (Cont.)</p>	<p>“Sim, sinto-me bem a cuidar dela e saber que está bem.” CIFU9 “Aprendi muito (...).” CIFU10</p>
<p>- Considera que ser cuidador/a informal familiar lhe trouxe perdas? Quais?</p>	<p>“Não, não me custa nada e gosto de olhar por ele.” CIFU1 “Um bocadinho, porque não podemos ir a lado nenhum.” CIFU2 “Não.” CIFU3 “A minha vida completamente alterada.” CIFU4 “Sim, porque antes de estar a cuidar da minha mãe (...) não tinha horas.” CIFU5 “A minha vida mudou radicalmente. Agora é mais isolada pois só estamos os dois (...).” CIFU6 “Os gastos que são muitos.” CIFU7 “Sim. Aceitar a doença e a dependência não é fácil.” CIFU8 “Sim, no caso da limitação da liberdade.” CIFU9 “O facto de ter de fechar o meu negócio para ficar com ela.” CIFU10</p>
<p>- Como lida com essas perdas?</p>	<p>“Vai-se andando como Deus nos vai mandando.” CIFU1 “Tem de ser.” CIFU2 “Lido muito bem, talvez seja fruto de também já ter alguma idade.” CIFU3 CIFU4 “Com pensamento positivo.” CIFU5 “Muito bem, é mais uma etapa da vida. Sinto-me realizada.” CIFU6</p>

<p>- Como lida com essas perdas? (Cont.)</p>	<p>“Tem de ser.” CIFU7  “Uma pessoa tem de se conformar.” CIFU8  “Com naturalidade, tenho de saber aceitar.” CIFU9  “Teve de ser. No início estranhei muito (...) mas agora já estou conformada.” CIFU10</p>
<p>- Para si ser cuidador é um problema ou uma oportunidade? Pode explicar?</p>	<p>“Problema não.” CIFU1  “Um problema não.” CIFU2  “É uma oportunidade porque são os meus pais e eles merecem isto e muito mais.” CIFU3  “Não é um problema, ele é meu pai.” CIFU4  “Nem uma coisa nem outra, é uma obrigação e um dever que se tem.” CIFU5  “É um problema no sentido em que eu nunca pensei que ele chegasse a este ponto, pois sempre pensei que a nossa velhice fosse com a cabeça no lugar.” CIFU6  “Não é problema aturar o meu irmão.” CIFU7  “Problema não porque faço tudo o que está ao meu alcance para lhe dar tudo o precisa e merece.” CIFU8  “É um orgulho! Mas admito que o faço por ser minha mãe, se fosse para cuidar de outra pessoa não o faria porque é uma vida muito presa.” CIFU9  “Problema não é porque eu sou cuidadora da minha mãe porque quero (...).” CIFU10</p>

<b>SubcategoriaA5. Valorização do papel do cuidador/a informal familiar</b>	
<b>Questões</b>	<b>Unidades de registo</b>
- Em que medida a prestação de cuidados lhe acarreta ou resolve dificuldades económicas?	<p>“Às vezes o dinheiro chega outras vezes não. Estou a pagar muitas despesas (...).” CIFU1</p> <p>“Não. Os nossos rendimentos chegam para os gastos.” CIFU2</p> <p>“Nem uma coisa nem outra. Felizmente eles ainda têm suporte financeiro para pagar as despesas.” CIFU3</p> <p>“Não temos dificuldades económicas, as nossas reformas chegam bem para os gastos.” CIFU4</p> <p>“Não. A pensão dela chega bem para os gastos dela.” CIFU5</p> <p>“Há sempre mais despesas, é claro.” CIFU6</p> <p>“A reforma do meu irmão não chega para os gastos dele. Tenho de pagar as despesas do meu bolso e gasto muito com ele (...).” CIFU7</p> <p>“Claro que trouxe mais despesas. (...) Mas é tudo por uma boa causa.” CIFU8</p> <p>“Inicialmente foi complicado porque fiz grandes investimentos em coisas que ela precisava (...) Mas agora não, porque a pensão dela chega bem para pagar aquilo que ela precisa.” CIFU9</p> <p>“Não tenho dificuldades económicas porque a pensão dela chega para as despesas dela (...).” CIFU10</p>
- Sente reconhecimento do seu papel por parte dos seus familiares?	<p>“Sim.” CIFU1</p> <p>“Sim, da filha.” CIFU2</p> <p>“Sim, eles dizem que se estivessem fora do ambiente familiar já teriam morrido.”CIFU3</p> <p>“Por vezes não sinto muito no que diz respeito aos meus irmãos. Mas o meu marido e filhos sim.”</p>

<p>- Sente reconhecimento do seu papel por parte dos seus familiares? (Cont.)</p>	<p>CIFU4  “Sim, perfeitamente.” CIFU5  “Sim, a minha irmã até já me disse que se ele tivesse ido para uma instituição não estava tão bem como está agora.” CIFU6  “Da parte das minhas irmãs não. Mas da minha filha sim.” CIFU7  “Sim, os meus filhos dizem-me que estou a fazer um excelente trabalho porque eles bem vêem que ela está bem.” CIFU8  “Sim! Os meus irmãos reconhecem que realmente eu estou a ter muito trabalho e sabem que ela está bem comigo.” CIFU9  “Sinto. Os meus irmãos vêm por aqui e vêem bem como ela está. Até dizem que se ela estivesse no lar já tinha morrido.” CIFU10</p>
<p>- Sente reconhecimento do seu papel por parte da pessoa que cuida?</p>	<p>“Sim, ele até me diz para não ter pressa para fazer as coisas.” CIFU1  “Sim, ela diz que se não fosse eu já cá não estaria.” CIFU2  “Agora já não, já não tem capacidade para isso.” CIFU3  “Sim.” CIFU4  “Sim, porque às vezes diz-me “anda cá que quero dar-te um beijo porque estás a tratar de mim”.  CIFU5  “Agora já não dá nem toma (...).” CIFU6  “O meu irmão só chama por mim, não conhece mais ninguém.” CIFU7  “Sim, muito. Os beijos que me dá são de agradecimento.” CIFU8</p>

<p>- Sente reconhecimento do seu papel por parte da pessoa que cuida? (Cont.)</p>	<p>“Não, porque mentalmente ela já não está capaz.” CIFU9  “Não, porque ela nem me conhece.” CIFU10</p>
<p>- Sente reconhecimento social do seu papel?</p>	<p>“Sim, as pessoas dizem-me que com a minha idade sou muito corajosa por estar a tomar conta dele.” CIFU1  “Isso não sei dizer.” CIFU2  “Sim. As minhas colegas perguntam-me como é que eu consigo ter os meus pais em casa e dizem que há pessoas que nos tempos que correm muita gente não o faria.” CIFU3  “Sim e muito, dizem que nunca viram um caso assim, o facto de ser sempre eu a cuidar do meu pai e não haver divisão de tarefas pelos restantes irmãos.” CIFU4  “Sim, eles reconhecem o grande esforço que eu estou a fazer.” CIFU5  “Não sei a opinião deles.” CIFU6  “Sim. Dizem que eu devo ser um anjo porque o trato bem.” CIFU7  “Sim. Dizem-me que se fossem muitos homens já tinham colocado a mulher num lar.” CIFU8  “Sim! Chegam a dizer-me que há pouca gente a fazer o que eu faço.” CIFU9  “Sim, muito. Dizem-me que fiz bem em acolhê-la.” CIFU10</p>