

**AVALIAÇÃO DAS DIFICULDADES DOS
CUIDADORES
INFORMAIS DE IDOSOS DEPENDENTES**

Jacinta Almeida Lemos

**Trabalho de Projeto apresentado à Escola Superior de Saúde de Bragança
para a obtenção do grau de mestre em Envelhecimento Ativo**

Bragança, Dezembro, 2012

**AVALIAÇÃO DAS DIFICULDADES DOS
CUIDADORES
INFORMAIS DE IDOSOS DEPENDENTES**

Jacinta Almeida Lemos

**Trabalho de Projeto apresentado à Escola Superior de Saúde de Bragança
para a obtenção do grau de mestre em Envelhecimento Ativo**

Orientada por: Maria Augusta Pereira da Mata

Coorientada por: Carlos Pires Magalhães

Bragança, Dezembro, 2012

***“Cuidar de idosos constitui
um ato de amor da maior relevância
que deve ser incentivado e preservado.”***

(Eurico Figueiredo)

Resumo

O cuidado informal ao idoso dependente, ocorre no domicílio do cuidador ou idoso dependente, este cuidador pode ser familiar, amigo ou vizinho, mas é uma pessoa que faz parte da sua rede social de apoio informal e que assumiu a responsabilidade do cuidado de forma voluntária ou por imposição. A prestação do cuidado requer organização e esforço contínuo tanto do idoso como do cuidador. O cuidador ao assumir a responsabilidade do cuidado muitas vezes depara-se com dificuldades e situações constrangedoras que lhe provocam algum desconforto e mal-estar.

Este projeto de intervenção social teve como finalidade avaliar as dificuldades dos cuidadores informais de idosos dependentes residentes nas freguesias de Rebordãos e Nogueira do distrito de Bragança; identificar quais as áreas onde os cuidadores informais apresentam maiores dificuldades; contribuir para a melhoria da prestação do cuidado e avaliar a efetividade da intervenção estabelecida junto dos cuidadores. Para tal desenhou-se um estudo quasi-experimental com delineamentos intragrupos recorrendo à metodologia quantitativa. Começou-se por se estabelecer o diagnóstico das dificuldades percebidas pelos cuidadores utilizando o Índice das Dificuldades do cuidador. Desenhou-se posteriormente um programa de intervenção com a realização de seis secções informativas ao longo de outras tantas semanas. Finalmente fez-se nova aplicação do índice das dificuldades comparando os resultados com os obtidos na fase de diagnóstico.

Os resultados obtidos evidenciam que os cuidadores apresentam dificuldade em lidar com a dependência do idoso, sobretudo, por falta de formação/preparação. Após o plano de intervenção verificou-se uma diminuição das dificuldades sendo que as diferenças de médias apresentam relevância estatística. Concluimos assim que a intervenção junto dos cuidadores revela efetividade positiva pelo que se pretende dar continuidade a este trabalho envolvendo uma equipa multidisciplinar de forma abranger as diferentes áreas inerentes à prestação cuidados.

Palavras - chave: *Cuidador informal; Idosos dependentes; Dificuldades.*

Resumen

El cuidado informal al anciano dependiente, se hace donde vive el cuidador o el anciano dependiente, este cuidador puede ser pariente, amigo o vecino, pero es una persona que hace parte de su red social de apoyo informal y que asumió la responsabilidad por el cuidado de una forma voluntaria o por imposición. La prestación del cuidado requiere una organización y un esfuerzo continuo de las personas mayores y del cuidador. El cuidador al asumir la responsabilidad del cuidado, a menudo se enfrenta con dificultades y situaciones embarazosas que provocan molestias y malestar.

Este proyecto de intervención social tuvo como finalidad evaluar las dificultades de los cuidadores informales de ancianos dependientes residentes en las parroquias de Rebordãos Nogueira en el distrito de Bragança; identificar las áreas donde los cuidadores informales tienen más dificultades; contribuir por una mejora de la prestación y, evaluar la eficacia de la intervención establecida junto a los cuidadores. Para eso se diseñó un estudio cuasi-experimental con delineaciones intragrupos con recurso a metodología cuantitativa. Comenzó por establecer el diagnóstico de las dificultades de los cuidadores percibidas, utilizando el Índice de las Dificultades del cuidador. Posteriormente se elaboró un programa de intervención con la realización de seis secciones informativas a lo largo de otras tantas semanas. Por último, se ha compuesto una nueva aplicación del índice de dificultades para comparar los resultados con los obtenidos en la fase de diagnóstico.

Los resultados obtenidos indican que los cuidadores tienen dificultades para hacer frente a la dependencia del anciano, debido, principalmente a la falta de formación y preparación. Después del plan de intervención, se ha notado una disminución de las dificultades, siendo que, las diferencias de medias presentan una relevancia estadística. Llegamos a la conclusión que la intervención junto de los cuidadores manifiesta una efectividad positiva, por eso la intervención debe continuar, integrado en un equipo multidisciplinario, con la finalidad de cubrir las diferentes áreas de la prestación de los cuidados.

Palabras - clave: Cuidador *informal*, Mayores dependientes, Dificultades.

Abstract

The informal care given to the dependent elder takes place in the caregiver's home or in the elder's home. The caregiver may be a relative, a friend or a neighbour. It's someone who belongs to the elder's social background or a person who supports him/her informally. However, this assistance is voluntary. The assistance requires organization and a continuous effort both to the elder and the caregiver. When the caregiver assumes the assistance responsibility, often faces embarrassing situations which cause him/her discomfort.

This project of social integration aimed to evaluate the informal caregivers' difficulties. It involves people who live in Rebordãos and Nogueira in Bragança district. It also aimed to identify the areas where the informal caregivers have more difficulties as well as to contribute to the improvement of the care ministration and to the caregivers intervention effectiveness. To this aim, a quasi-experimental study was done with intragroup delineations using the quantitative methodology. Firstly, it was established the perceived difficulties/constraints regarding the caregivers, having into consideration the caregiver constraints table.

Consequently, it was built an intervention program including six informative sections. It has lasted for six weeks. Finally, it was done another use of the constraints table, comparing the results to those of the diagnosis period.

The results show that the caregivers face constraints/difficulties in dealing with the elders dependence namely due to a lack of preparation/formation. After the intervention plan it was verified a lower range of difficulties, being the average difference relevant to statistics.

In conclusion, it may be said that the intervention near the caregivers shows a positive effectiveness. Therefore, it should be given continuity to this kind of work, involving a multidisciplinary team so as to achieve different areas regarding the care ministration.

Key-words: *Informal caregiver; Dependent Elderlies; Difficulties.*

Agradecimentos

A caminhada foi longa mas com ajuda de todos, foi possível chegar ao fim, neste sentido agradeço a todos os que colaboraram para a realização deste projeto:

- À minha orientadora Prof. Doutora Maria Augusta Pereira Mata;
- Ao meu coorientador Prof. Doutor Carlos Pires Magalhães;
- Aos Cuidadores Informais e idosos dependentes;
- Ao Centro Social e Paroquial de Nossa Senhora de Assunção, Direção, Clientes, Voluntários e Funcionárias;
- À Junta de Freguesia de Nogueira;
- Junta de Freguesia de Rebordãos;
- À escola E/B1 de Rebordãos;
- À equipa multidisciplinar envolvida no plano de intervenção (Doutora Maria Augusta Pereira Mata; Doutor Carlos Pires Magalhães; Dra. Manuela Veloso e Padre José Manuel Bento Soares; Enfermeira Madalena Barreira; Doutora Maria José; Dr. Márcio Vara; Doutora Augusta Branco, Dr. André Rocha e Dr. Fernando Andrade);
- À Sofia Saraiva, Marlene Gonçalves, Hélder Pires, Luís Valente, Rui Bento, Ana Bento, Rui Ferreira, José Manuel Bento Soares e Bruno Martins.
- À minha família, pais, irmãos, cunhados/as e sobrinhos/as.

A todos um muito obrigado!

Siglas

AAVD- Atividades Avançadas de Vida Diária

AIVD - Atividades Instrumentais de Vida Diária

ABVD - Atividades Básicas de Vida Diária

CADI - Índice de Avaliação das Dificuldades do Cuidador

CSPNSA - Centro Social e Paroquial de Nossa Senhora da Assunção

INE - Instituto Nacional de Estatística

INSERSO - Instituto Nacional dos Serviços Sociais

IPSS - Instituições Particulares de Solidariedade Social

ISS.IP - Instituto da Segurança Social

OMS - Organização Mundial da Saúde

SAD - Serviço de Apoio Domiciliário

Índice Geral

Introdução.....	1
PARTE I. ENQUADRAMENTO TEÓRICO.....	3
CAPÍTULO I. Envelhecimento, Autonomia e Dependência	4
1.1 Aspetos demográficos	4
1.2 Contextualização do processo de envelhecimento	6
1.3 Autonomia e dependência no idoso	8
CAPÍTULO II. Respostas Sociais de Apoio ao Idoso Dependente	13
2.1 Prestação de cuidados ao idoso dependente no domicílio: o cuidado informal	16
2.2 Dificuldades do cuidador informal.....	19
PARTE II. ENQUADRAMENTO METODOLÓGICO	23
CAPÍTULO III. Metodologia	24
3.1 Contextualização do estudo e objetivos	24
3.1.1 Locais de estudo.....	25
3.1.2 Objetivos do estudo	26
3.2 Participantes	27
3.2.1 Seleção da amostra	27
3.2.2 Amostra: os cuidadores informais de idosos dependentes	28
3.2.3 Os idosos cuidados.....	31
3.3 Procedimentos	33
3.3.1 Desenho do estudo	33
3.3.2 Procedimentos éticos e deontológicos da colheita de dados	33
3.4 Instrumentos de medida	34
3.4.1 Índice de avaliação das dificuldades do cuidador	35
3.4.2 Índice de atividades instrumentais de vida diária.....	36
3.4.3 Índice de atividades básicas de vida diária	37
3.5 Metodologia de tratamento de dados	37
3.5.1 Operacionalização das variáveis	38
3.6 Plano de intervenção.....	38
CAPÍTULO IV. Apresentação dos Resultados.....	41
4.1 As dificuldades dos cuidadores no pré intervenção	41
4.2 As dificuldades no pós intervenção	48

4.3 Comparação de resultados pré e pós intervenção	55
CAPÍTULO V. Discussão dos Resultados	57
Principais Conclusões, Limitações e Sugestões do Estudo	62
Referências Bibliográficas.....	65
ANEXOS	70
Anexo I. Consentimento informado e declaração de autorização para a recolha de dados	71
Anexo II. Instrumentos de recolha de dados	74
Anexo III. Carga fatorial das questões do CDI por fator e variância	83
Anexo IV. Matriz das correlações entre os diferentes fatores e o global da escala das dificuldades	86
Anexo V. Plano de intervenção	88
Anexo VI. Convites dos formadores.....	90
Anexo VII. Planificação das sessões de formação	99
Anexo VIII. Panfletos informativos para os cuidadores	101
Anexo IX. Certificados dos cuidadores.....	104
Anexo X. Avaliação das sessões de formação	106
Anexo XI. Resultados da avaliação das sessões	108
Anexo XII. Instrumento de avaliação do cuidador após a intervenção.....	110

Índice de Tabelas

Tabela 1 - Características sócio - demográficas dos cuidadores informais.....	29
Tabela 2 - Características do cuidador relacionadas com a prestação de cuidados.....	30
Tabela 3 - Estado de saúde e bem-estar do cuidador.....	31
Tabela 4 - Características sócio - demográficas do idoso	31
Tabela 5 - Avaliação do grau e motivo de dependência do idoso	32
Tabela 6 - Implicações familiares e pessoais na fase de diagnóstico.....	42
Tabela 7 - Relações familiares na fase de diagnóstico.....	43
Tabela 8 - Reações ao cuidar na fase de diagnóstica.....	44
Tabela 9 - Consequências do cuidar na fase diagnóstica.....	46
Tabela 10 - Apoios sociais e de saúde na etapa diagnóstica	47
Tabela 11 - Questão aberta (prestar cuidados pode ser difícil porque?)	48
Tabela 12 - Implicações familiares e pessoais pós intervenção.....	49
Tabela 13 - Relações familiares pós intervenção.....	50
Tabela 14 - Reações ao cuidar pós intervenção.....	51
Tabela 15 - Consequências do cuidar pós intervenção.....	53
Tabela 16 - Apoios sociais e de saúde pós intervenção	54
Tabela 17 - Comparação de médias (Teste de Wilcoxon).....	56

Introdução

A construção da sociedade ocorre de forma natural onde todos contribuimos um pouco, através dos valores, costumes, crenças e comportamentos que vamos desenvolvendo ao longo da vida. Com o avançar da idade o indivíduo vai sofrendo alteração no seu quotidiano devido ao declínio das suas capacidades e funcionalidades, o que os torna mais dependentes de uma rede de cuidados formais ou informais, para dar resposta às suas necessidades.

O cuidado ao idoso dependente é um grande desafio para os prestadores de cuidados, nomeadamente para os informais, isto, deve-se à história de vida do idoso, valores e cultura adquirida ao longo da vida, tornando-se um processo dinâmico e complexo. O cuidado envolve esforço mental, físico, psicológico, social e económico que muitas vezes não é possível assegurar por uma rede de apoio formal pela falta de recursos. Neste sentido, emerge a necessidade do prestador de cuidados informais que, sendo familiar, amigo/a, e/ou vizinho/a assume a responsabilidade do cuidado ao idoso dependente (Sequeira, 2010; Gomes & Mata, 2012).

A prestação do cuidado torna-se complexa quando o cuidador informal não consegue dar resposta às necessidades que provêm do cuidado, situações constrangedoras e dificuldades que exigem ao cuidador conhecimentos e capacidades para satisfazer as necessidades básicas de vida diária do idoso dependente.

No desempenho das funções de Diretora Técnica desde 2009 no Centro Social e Paroquial de Nossa Senhora da Assunção - Rebordãos, distrito e concelho de Bragança, que tem como finalidade prestar cuidados formais aos seus clientes no domicílio, tenho-me deparado, em conversas com a rede de apoio informal dos idosos, com as dificuldades na prestação de cuidados, motivo que conduziu ao desenvolvimento do presente estudo com os objetivos de:

- Avaliar as dificuldades dos cuidadores informais na prestação de cuidados ao idoso dependente;

- Com base na avaliação pré-estabelecida, desenvolver um projeto de intervenção junto desses cuidadores informais;
- Avaliar a efetividade desse projeto.

O projeto tem como base uma análise quantitativa das dificuldades sentidas pelos cuidadores informais, sendo estas avaliadas através do índice de avaliação das dificuldades, validado em Portugal por Sequeira em 2006, e o grau de dependência do idoso avaliado com os índices de Barthel e de Lawton e Brody.

O presente estudo encontra-se dividido em duas partes essenciais: a parte I que correspondente ao referencial teórico, que fundamenta cientificamente a investigação e nela são abordados temas como envelhecimento, autonomia e dependência, cuidados no domicílio, respostas sociais de apoio, a prestação de cuidados e as dificuldades sentidas pelos cuidadores informais quando assumem a responsabilidade da prestação do cuidado. A parte II diz respeito ao estudo empírico, engloba a metodologia, utilizada, bem como a apresentação dos resultados e consequente discussão dos mesmos.

Por último, apresentam-se as principais conclusões do projeto, constrangimentos, expectativas e sugestões que podem vir a ser implementadas em futuros projetos deste cariz.

PARTE I. ENQUADRAMENTO TEÓRICO

CAPÍTULO I. Envelhecimento, Autonomia e Dependência

1.1 Aspetos demográficos

Ao longo dos tempos tem-se assistido a uma evolução na sociedade; o envelhecimento da população e o aumento da longevidade dos indivíduos tem vindo a constituir cada vez mais um objeto de estudo para os cientistas. Paúl e Fonseca (2005) referem que os idosos atingiam já 20% da população em vários países.

O envelhecimento populacional conduz a problemas de ordem social e de saúde que exigem medidas políticas capazes de dar resposta às necessidades desta população.

De acordo com Organização Mundial de Saúde (Paúl & Fonseca, 2005) o envelhecimento da população, é um dos maiores desafios, devido às consequências sociais, económicas e políticas. O envelhecimento da população é, antes de tudo, uma história de sucesso para as políticas de saúde pública, assim como para o desenvolvimento social e económico do mundo.

Em Portugal, segundo o Instituto Nacional de Estatística (2011) o número médio de filhos por mulher em idade fértil tem vindo a diminuir de forma considerável desde a década de 60. Na última década, a Taxa de Fecundidade decresceu de 43,2% em 2001 por cada 1000 mulheres em idade fértil, para 39,8% em 2010 (últimos dados disponibilizados pelo INE) em Portugal. Por sua vez, na região estatística de Alto Trás-os-Montes o decréscimo desta taxa variou de 33,3% em 2001 por cada 1000 mulheres em idade fértil, para 26,1% em 2010, decréscimo este que também se verifica no concelho de Bragança, o qual possuía uma Taxa de Fecundidade de 35% em 2001 por cada 1000 mulheres em idade fértil e em 2010 apenas 33,7% (INE, 2011).

Também a Taxa Bruta de Natalidade tem vindo a regredir, sendo os valores em 2001 de 11,0% por cada 1000 habitantes em Portugal, 7,5% na região estatística de Alto

Trás-os-Montes e de 8,6% no concelho de Bragança. No ano de 2010 verificam-se valores de 9,5% por cada 1000 habitantes para Portugal, 5,8% para o Alto Trás-os-Montes e 7,9% para o Concelho de Bragança (INE, 2011).

No que à Taxa Bruta de Mortalidade diz respeito, verifica-se um ligeiro decréscimo: 10,2% por cada 1000 habitantes no ano de 2001 e 10,0% no ano de 2010 em Portugal, contrariando esta realidade a região de Alto Trás-os-Montes com 13,2% por cada 1000 habitantes no ano de 2001 e 13,4% no ano de 2010, ou seja, houve um ligeiro crescimento, tal como acontece no concelho de Bragança o qual possui 11,4% por cada 1000 habitantes no ano de 2001 e 11,9% no ano de 2010.

Ao nível do Índice de Envelhecimento, o INE apresentou para 2001 (à data dos censos) 102,2 idosos por cada 100 jovens em Portugal, 165,3 para a região estatística de Alto Trás-os-Montes e 140,1 idosos por cada 100 jovens para o concelho de Bragança. Ao nível das freguesias de estudo verifica-se um índice de 197,8 idosos por cada 100 jovens na freguesia de Nogueira e 180,5 em Rebordãos. Comparando estes valores em 2011 (segundo os dados provisórios dos censos) obteve-se um índice de 129 idosos por cada 100 jovens em Portugal, 250 na região estatística de Alto Trás-os-Montes, o que nos revela uma região envelhecida, tal como no concelho de Bragança onde o índice aumenta para 188 idosos por cada 100 jovens. Particularizando a área de estudo verifica-se que a freguesia de Nogueira possui um índice de envelhecimento de 133 idosos por cada 100 jovens, o que nos indica um regredir da situação. Quanto à freguesia de Rebordãos apresenta um índice de 265 idosos por cada 100 jovens (INE, 2011).

Para além de uma sociedade envelhecida, em Portugal é cada vez mais provável o aumento do número de idosos dependentes. Nos censos de 2001 verificou-se que o Índice de Dependência de Idosos era de 24,1 idosos por cada 100 pessoas em idade ativa em Portugal, 35,8 na região de Alto Trás-os-Montes, 29,3 no concelho de Bragança, 30,9 na freguesia de Nogueira e 42,5 idosos por cada 100 pessoas em idade ativa em Rebordãos. Após uma década, nos censos de 2011, verifica-se que a dependência de idosos aumentou em todas estas demarcações territoriais, ou seja, é-nos apresentado um índice de 29,0 idosos por cada 100 jovens em idade ativa para Portugal, 46,0 para a região de Alto Trás-os-Montes, 36,0 para o concelho de Bragança, 34,0 para Nogueira e 57,0 idosos por cada 100 jovens em idade ativa para Rebordãos (INE, 2011).

Perante os dados verifica-se que o envelhecimento da população é uma realidade da sociedade atual, bem como a dependência de idosos, estando esta em crescimento ao longo do último decénio. Diante destes resultados, surge a premência de conferir uma resposta a estas situações, de modo a promover a dignidade à vivência desta faixa etária da população Portuguesa e, mais concretamente à população destas duas freguesias transmontanas (Fernandes & Rodrigues, 2011).

1.2 Contextualização do processo de envelhecimento

Segundo a OMS (1985, citada por Santos, 2000) é - se considerado idoso quando se atinge a idade cronológica de 65 anos. O idoso é marcado por diversas transformações físicas, sociais e psíquicas. A idade biológica está associada às capacidades funcionais do organismo, enquanto a idade psicológica engloba as capacidades cognitivas e afetivas que o indivíduo possui para se adaptar ao meio ambiente. Por último, acrescenta a idade social que se refere aos papéis sociais.

Imaginário (2004) refere que a sociedade encara os idosos como um grupo de características muito específicas. O indivíduo envelhece de acordo com o meio onde se encontra inserido, consoante a sua cultura, estilos de vida, política dominante, avanço nos conhecimentos científicos e tecnológicos.

A velhice surge assim como uma etapa da vida. Fonseca (2004, p. 35) afirma que esta etapa é fruto da civilização contemporânea, pois “ (...) não havia velhos entre os hominídeos nem entre os pré-históricos ”. A velhice é assim considerada como “ (...) um processo desfavorável e progressivo de mudança, de modo geral associado à passagem de tempo, que se torna perceptível depois da maturidade e conclui, invariavelmente, com a morte (...) ”.

Segundo Imaginário (2004) a velhice surge pela deterioração e declínio da funcionalidade do indivíduo, levando-o à incapacidade e desenvolvimento de um autoconceito negativo.

A velhice não significa doença ou incapacidade, mas sim menor capacidade do organismo, que acarreta repercussões sociais, económicas e éticas. Deste modo, as políticas sociais devem criar estratégias para colmatar essas vulnerabilidades e promover o bem-estar dos indivíduos (Santos, 2000).

Os autores referidos anteriormente dividem a velhice em três categorias cronológicas: Idoso jovem dos 65-74 anos, Idoso médio 75-84 anos e Idoso idoso 85 e mais anos.

O idoso apesar da idade cronológica apresenta muitas vezes um bom aspeto físico e psicológico, Santos (2000, p. 24/25) afirma que:

Idade cronológica corresponde à idade oficial, dada pelo Bilhete de Identidade; idade biológica corresponde ao estado orgânico e funcional dos diferentes órgãos, aparelhos e sistemas, referido à situação mais frequente observada em cada grupo etário e o estado psicológico que pode não depender da idade nem do estado orgânico.

Quando falamos de envelhecimento não quer dizer que estejamos a falar de velhice. Fontaine (2000) salienta que existe uma distinção entre envelhecimento e velhice: o envelhecimento é um processo que ocorre no indivíduo e a velhice é um estado que caracteriza um grupo com determinada idade.

Sequeira (2010) salienta que o envelhecimento constitui um processo dinâmico, natural, progressivo e irreversível que ocorre desde o nascimento até à morte.

Segundo Leão (2000) o envelhecimento é entendido como um processo lento, progressivo e universal, onde atinge a estrutura funcional do organismo do indivíduo, tornando-o mais vulnerável no desempenho das suas atividades. Neri (1995, citado por Moura, 2006, p. 37) refere que:

o modo de envelhecer depende do curso de vida de cada indivíduo, grupo etário e geração, sendo estruturado pela influência constante e interativa das circunstâncias histórico - culturais, da incidência de diferentes patologias durante o processo de desenvolvimento e de envelhecimento, de fatores genéticos e do ambiente ecológico.

O processo de envelhecimento pode ocorrer de forma normal ou patológica pelo que, envelhecer não significa estar doente, apenas significa que o idoso está mais suscetível a situações patológicas.

Fonseca (2004) faz uma abordagem à distinção entre envelhecimento normal e patológico. O envelhecimento normal ou primário está associado à senescência, ou seja,

envelhecimento normal do indivíduo ao longo da vida, sem a ocorrência de doença. O envelhecimento patológico ou secundário está associado à senilidade onde ocorre a presença de alguma patologia, tornando o indivíduo mais vulnerável.

Lima (2010) refere que o processo de senescência se inicia a partir dos 40 anos começando a surgir uma deterioração das funções corporais e intelectuais. Para a autora o envelhecimento primário está relacionado com a longevidade celular, que geneticamente se encontram pré-programadas. O envelhecimento secundário é associado à doença, agressões ambientais e traumatismos. Para além do envelhecimento secundário a autora faz referência ao envelhecimento terciário, que se caracteriza pela fase terminal das funcionalidades e ocorrem mudanças muito rápidas a nível cognitivo e funcional.

Paúl e Fonseca (2005) referem que o envelhecimento é um fenómeno natural e irreversível, que não estando associado à doença, pode conduzir a ela, pela diminuição da resistência do indivíduo, o que o leva a estar mais vulnerável.

Fonseca (2004) e Imaginário (2004) consideram que o envelhecimento abrange a dimensão biológica, social e psicológica, o que assume ser um processo biopsicossocial que nos distingue uns dos outros. O indivíduo envelhece de forma normal com a diminuição da capacidade de adaptação ao meio e alteração progressiva das capacidades funcionais do organismo. O importante nesta fase é que o idoso encontre estratégias para colmatar o declínio fisiológico e as perdas derivadas deste processo.

Neste sentido Paúl e Fonseca (2005) referem que o estudo do envelhecimento deve ser pluridisciplinar, pois abrange a economia, bioquímica, direito, medicina, política, sociologia e psicologia. O objetivo é criar estratégias para tornar o idoso mais independente durante mais tempo, dando resposta às suas dificuldades e incapacidades, promovendo-lhe assim um processo de envelhecimento bem-sucedido.

1.3 Autonomia e dependência no idoso

Imaginário (2004) refere que no processo de envelhecimento pelo facto de existir um declínio e perdas no organismo, com o passar dos anos, as pessoas ficam mais dependentes e apresentam um estado patológico mais frequente. De acordo com a

OMS (1985, citado por Imaginário, 2004) o conceito de saúde não é apenas a ausência de doença ou patologia, é um bem-estar físico, mental e social no indivíduo. Neste sentido, o estado de dependência, independência e autonomia do idoso não depende apenas da saúde funcional do organismo, mas também de sanidade psicológica e sócio ambiental.

De acordo com Vicente (2002) a autonomia é definida como a capacidade e liberdade que o indivíduo tem em realizar as suas atividades de vida diárias. Ser autónomo não quer dizer que a pessoa não tenha ajuda no seu autocuidado, mas é capaz de adquirir competências para gerir a sua vida em função das expectativas e meio onde se insere, mantendo-se ativo na sociedade. Para Santos (2000) a autonomia é entendida como uma componente essencial de bem-estar do indivíduo, que se deve à realização e satisfação da sua vontade. A pessoa escolhe o caminho a seguir, facto que lhe transmite segurança e satisfação com a vida. Neste sentido a autonomia está associada sobretudo ao nível psicológico dos indivíduos.

Hernández e Giménez (2000, citados por Imaginário, 2004) classificam a autonomia em três grupos: a) *idosos com baixa autonomia*: apresentam alta dependência na realização das atividades de vida diária; b) *idosos com média autonomia*: apresentam um défice na atividade intelectual e sensorial, mas conseguem resolver a maior parte dos problemas que ocorrem na sua vida; c) *idosos com elevada autonomia*: apresentam uma boa qualidade de vida e atitudes positivas face à vida.

Segundo Phaneuf (1993, citado por Santos, 2000, p. 49) a independência do indivíduo significa a satisfação das suas necessidades através de ações desenvolvidas sem o auxílio das outras pessoas.

Sequeira (2010) salienta que a independência se refere à capacidade que o indivíduo tem em desenvolver as atividades de vida diárias e de autocuidado.

Quando o indivíduo não é capaz de, por si só executar essas atividades, surge a dependência que, segundo Phaneuf (1993, citado por Santos, 2000, p. 49) é a "incapacidade do indivíduo adotar comportamentos ou de realizar por si mesmo, sem a ajuda de outros, ações que lhe permitam alcançar um nível aceitável de satisfação das suas necessidades". Ou seja, para a autora a pessoa fica dependente quando não consegue realizar as suas atividades físicas, psicológicas, sociais ou económicas. Os idosos ficam mais vulneráveis levando-os muitas vezes ao isolamento, depressão, perda

de forças e atitudes negativas, o que acarreta desequilíbrio físico e emocional tornando-os cada vez mais dependentes.

A dependência é entendida como a falta ou perda de autonomia física, psíquica ou intelectual, onde as pessoas necessitam de auxílio na realização das suas ABVD. Uriarte, Leturia e Yanguas (2002) salientam que a dependência do indivíduo pode ser: a) *económica* - ou seja, quando o indivíduo deixa de trabalhar porque atingiu a reforma ou por alguma incapacidade, o facto de ele não se encontrar ativo no mercado de trabalho torna-o dependente; b) *física* - ocorre quando existe perda da funcionalidade do organismo; c) *social* - parte das relações sociais deixam de ocorrer, facto que pode acontecer devido à incapacidade do indivíduo em se relacionar; d) *dependência mental* - ocorre quando o indivíduo perde a capacidade de resolução de problemas.

Sequeira (2010) salienta que a dependência não implica alterações na parte cognitiva e emocional, está associada ao desempenho motor e funcional, à capacidade que o indivíduo tem em realizar as suas ABVD, o que faz com que ocorra necessidade da prestação de cuidados por parte do cuidador.

José, Wall e Correia (2002) atribuem uma classificação do grau de dependência em três grupos: a) *idosos com baixa dependência* - têm necessidade apenas de acompanhamento e supervisão, apresentam ainda alguma mobilidade o que faz com que eles consigam satisfazer algumas necessidades básicas como o seu autocuidado; b) *idosos com média dependência* - necessitam apenas de vigilância mas também de ajuda no seu autocuidado; c) *idosos com elevada dependência* - têm necessidade permanente do cuidador para a realização das ABVD.

Neste sentido, Paschoal (2007) salienta que os idosos são o grupo mais dependente. Apesar disso, estudos epidemiológicos demonstram que apenas 4% das pessoas idosas com mais de 65 anos apresentam elevada dependência.

De acordo com Uriarte, Leturia, e Yanguas (2002) a dependência do idoso acentua três aspetos fundamentais: 1- Multidimensionalidade - este aspeto acentua questões físicas, mentais, económicas, sociais e psicológicas; 2- Multicausalidade - refere que a velhice não significa dependência, pois existem muitas pessoas com faixas etárias mais jovens e são dependentes, isto deve-se a fatores sociais, culturais, biológicos e ambientais. 3- Multifuncionalidade - refere que o envelhecimento e a perda de funcionalidade são irreversíveis, o que requer adaptação do indivíduo.

Pode-se salientar com base nos autores referidos, que o idoso pode ser autônomo e independente; dependente e autônomo; independente e não autônomo e ser dependente e não autônomo. A autonomia acentua na liberdade de decidir e a independência na realização das ABVD como refere Medeiros (2000). São tarefas que são necessárias executar diariamente para promover o bem-estar do indivíduo.

Segundo Imaginário (2004) os idosos têm várias necessidades não só biológicas, mas também psicológicas, sociais, culturais e espirituais. Quando o idoso não consegue satisfazer essas necessidades como dormir, vestir-se, comunicar com os outros, cozinhar, cuidar de si próprio, ir às compras, movimentar-se e satisfazer os seus interesses, é necessário que o cuidador e toda a equipa envolvente no cuidado ao idoso efetue uma avaliação do seu grau de dependência, de forma a melhorar a qualidade de vida do mesmo.

Paschoal (2007) refere que a perda da função é o principal indicador de dependência, salienta que se deve fazer uma avaliação da autonomia funcional do idoso, com base nas atividades básicas da vida diária como a alimentação, higiene pessoal e movimento; nas atividades instrumentais de vida diária que apresentam maior complexidade; como usar o telefone, cuidar da casa, preparar a comida, fazer compras, tratar dos assuntos económicos e usar os meios de transporte, e ainda nas atividades avançadas de vida diária, mais complexas mas não tão essenciais para a independência da pessoa idosa. Interferem, isso sim, com a sua autorrealização. Tal é o caso da capacidade de conduzir, fazer desporto, ir ao cinema, entre outras.

Sequeira (2010) afirma que a avaliação precoce do idoso apresenta como benefícios a adaptação das intervenções de acordo com as necessidades e capacidades de resposta do idoso, prevenindo o agravamento da dependência e o aparecimento de outras complicações. O correto diagnóstico do idoso permite que o cuidador satisfaça as necessidades do idoso promovendo um cuidado mais efetivo.

A prestação de cuidados em relação às ABVD passa por diferentes tipologias. Inicialmente surge uma preocupação com o estado de saúde do idoso, pois começa a deteriorar-se, levando o cuidador à supervisão e à vigilância, assumindo uma atitude de precaução durante o desempenho das atividades. A partir desta fase o idoso começa a necessitar de orientação, o cuidador não substitui o idoso, mas assume o papel de mediador, referindo-lhe como deve desempenhar sem prejudicar o seu estado de saúde e

mantendo-o ativo. A ajuda parcial ocorre quando existe necessidade de apoio complementar na execução de uma determinada atividade, de forma a satisfazer as necessidades do idoso e a estimular as capacidades. Por último, ocorre a substituição, o idoso já se encontra incapaz de realizar as atividades (Sequeira, 2010).

O idoso de acordo com o Instituto da Segurança Social (ISS.IP, 2004) tem todos os direitos, assegurando-lhe todas as oportunidades para preservar a sua saúde física, mental, intelectual, espiritual e social através da sua dignidade e liberdade. Segundo Driusso e Chiarello (2007) cuidar de idosos semidependentes ou dependentes exige muita dedicação, mas este trabalho pode trazer também satisfação, autorrealização e reconhecimento já que com o cuidado prestado, o cuidador pode proporcionar-lhes melhor qualidade de vida.

Dadas as perdas que acontecem com o envelhecimento e com as dependências, tanto os cuidadores como o idoso necessitam passar por um período de adaptação e compensação das perdas ocorridas, com o objetivo de promover a autonomia do idoso (Sequeira, 2010).

CAPÍTULO II. Respostas Sociais de Apoio ao Idoso Dependente

O envelhecimento nos últimos anos tem constituído um desafio para as políticas sociais, devido às consequências sociais, económicas e políticas que acarreta. Assim, Jacob (2007) salienta que a sociedade tem de estar preparada para dar resposta às necessidades desta população promovendo a inclusão e integração social, através das respostas sociais e equipamentos de apoio social.

O Ministério do Trabalho e Segurança Social (2009) afirma que as entidades são agrupadas segundo a natureza jurídica, em entidades lucrativas e entidades não lucrativas que compreendem as Instituições Particulares de Solidariedade Social entidades equiparadas a IPSS e outras organizações particulares sem fins lucrativos.

Atualmente, são estas entidades responsáveis pela criação de respostas sociais e equipamentos dinamizadores e promotores de uma vasta rede de serviços de apoio à comunidade. De acordo com o relatório da Carta Social de 2009 do Ministério do Trabalho e Segurança Social (2009) em Portugal Continental, foram identificadas cerca de 5700 entidades proprietárias de equipamentos sociais, onde se desenvolvem diferentes respostas sociais.

As respostas sociais estão implementadas nas zonas de maior densidade populacional, concentrando-se na faixa litoral norte e centro, áreas metropolitanas de Lisboa e Porto e, ainda, na península de Setúbal. Cerca de 52,3% das respostas sociais são destinadas às pessoas idosas, 34,7 % a crianças e jovens, 5,8 % a crianças, jovens e adultos com deficiência, desenvolvendo-se um trabalho formal junto dos destinatários (Ministério do Trabalho e Segurança Social, 2009).

Para Paúl (1997) podem dividir-se as redes sociais de apoio aos idosos em dois grandes grupos: um grupo envolve as redes de apoio formal, onde se incluem os serviços estatais de segurança social e os serviços organizados pelo poder local (lares,

serviços de apoio domiciliário, centros de dia, centros de convívio), bem como as instituições privadas de solidariedade social e as instituições privadas com fins lucrativos; o outro grupo envolve as redes de apoio informal, e inclui a família, os amigos e vizinhos dos idosos.

As respostas sociais de apoio formal centram-se na proteção social e disponibilizam uma vasta diversidade de serviços de apoio, com intuito de contribuir para a manutenção e promoção da saúde e qualidade de vida da pessoa dependente, promovendo-lhe assim a integração social (Paúl, 1997; Jacob, 2007).

O Ministério do Trabalho e Segurança Social (2009) e Jacob (2012) salientam que existem duas modalidades distintas de cuidar: *o cuidado informal* desenvolvido no domicílio da pessoa dependente ou do cuidador através de um vínculo de solidariedade, pessoal, amizade e de parentesco e, *o cuidado formal* desenvolvido num equipamento social através das diferentes respostas sociais destinadas para o idoso e pessoas dependentes. Estas respostas podem ser: 1- *Centro de convívio* - tem como finalidade o apoio a atividades sócio recreativas e culturais, organizadas e dinamizadas com participação ativa das pessoas; 2- *Centro de dia* - consiste na prestação de um conjunto de serviços que contribuem para a manutenção das pessoas idosas no seu meio sociofamiliar; 3- *Centro de noite* - consiste no acolhimento noturno de idosos que, por vivenciarem situações de solidão, isolamento ou insegurança necessitam de acompanhamento durante a noite; 4- *Famílias de acolhimento* - integra temporariamente ou permanentemente o idoso em famílias consideradas competentes e com formação; 5- *Residência* - constituída por um conjunto de apartamentos com espaços e/ou serviços de utilização comum, para pessoas idosas, ou outras, com autonomia total ou parcial; 6- *Lar de idosos* - destinada ao alojamento coletivo, de utilização temporária ou permanente, para pessoas idosas ou outras em situação de maior risco de perda de independência e/ou de autonomia. 7- *Centro de acolhimento temporário de emergência para idosos* - consiste no acolhimento temporário dos idosos até alcançar a sua autonomia ou ser encaminhado para a família ou para outra resposta social de carácter permanente. 8 - *Serviço de apoio domiciliário* - prestação de cuidados individualizados e personalizados no domicílio a indivíduos e famílias quando, por motivo de doença, deficiência ou outro impedimento, não possam assegurar a satisfação das necessidades básicas e/ou instrumentais da vida diária. Neste contexto, a relação estabelecida com o cliente é profissional e qualificada, comprometendo-se a prestar-lhe

cuidados sob obrigações específicas, mediante recompensa pecuniária e/ou material pelo desempenho das suas funções.

Os autores acrescentam ainda mais duas respostas sociais de apoio ao idoso, *Unidades de cuidados continuados integrados*, que se baseiam num conjunto de intervenções ao nível terapêutico e de apoio social, com o objetivo de promover a reabilitação, readaptação e reinserção familiar e social. Por último as *universidades de terceira idade* que desempenham uma resposta socioeducativa através de atividades sociais, culturais, educacionais e de convívio.

De acordo com o Ministério do Trabalho e Segurança Social (2009) as três principais respostas sociais são; Serviços de apoio domiciliário com cerca de 87,5% de equipamentos, os Lares de Idosos com 76% equipamentos e Centros de Dia com 44,4% dos equipamentos.

A relação entre o cuidado formal e informal deve ser de complementaridade durante a prestação de cuidados, já que, como referido pelo INSERSO (1995, citado por Sequeira, 2010, p. 159) "Cuidar não é apenas mais uma função ou uma tarefa, mas sim uma forma de estar no mundo, um ato solidário que envolve respeito, reciprocidade e complementaridade..."

Os cuidados aos idosos começam por ser informais. Os formais só são solicitados quando a família já não consegue dar resposta às exigências do idoso, havendo conseqüentemente necessidade de uma parceria efetiva entre os cuidadores formais e informais (Sousa, Figueiredo & Cerqueira, 2006). As parcerias acentuam no conhecimento único do cuidador informal e no conhecimento técnico assumido pelos cuidadores formais.

De acordo com Medeiros (2010) o cuidador formal é um profissional preparado por uma entidade de ensino para prestar um determinado cuidado ao idoso, tendo como base as suas necessidades, e segundo Sequeira (2010) o cuidado formal ao idoso é desenvolvido no contexto profissional com o auxílio das diversas respostas sociais e equipas multidisciplinares, destinadas à prestação de cuidados ao idoso. Este cuidado exige profissionais qualificados das áreas da saúde, psicologia, ciências sociais, entre outras.

2.1 Prestação de cuidados ao idoso dependente no domicílio: o cuidado informal

O conceito de cuidador informal tem emergido nas últimas décadas, na literatura e investigação. Sousa, Figueiredo e Cerqueira (2006) referem que é baseado na prestação de cuidados regulares, não remunerados, na ausência de um vínculo formal.

O cuidado informal, consiste na prestação do cuidado no domicílio, sendo assegurado principalmente por familiares, amigos e vizinhos. Normalmente os vizinhos e amigos prestam o cuidado ao idoso quando a família está ausente e não é capaz de assegurar a prestação do cuidado, mas a maior parte dos cuidadores são familiares devido à sua vinculação com o recetor de cuidados (Sousa, Figueiredo & Cerqueira, 2006; Paterson & Burgess, 2009; Sequeira, 2010).

Carranza e Torrejon (2005) e Medeiros (2010) salientam que o cuidado informal é normalmente assegurado por um membro da família ou da comunidade. Grande parte das vezes o cuidador não possui qualquer formação e preparação para essa prestação de cuidados.

Neri e Carvalho (2002) salientam que os cuidadores informais podem ser primários, secundários e terciários. Os primários ou principais estão em contacto direto com o idoso dependente assumindo a responsabilidade de supervisionar, orientar, acompanhar e/ou substituir a pessoa no autocuidado. Os cuidadores secundários apenas prestam cuidado ao idoso de forma regular, dando apoio económico e psicossocial ao cuidador principal. Por último, os cuidadores terciários apenas assumem o cuidado do idoso em situações de emergência, não possuindo qualquer responsabilidade na prestação de cuidados.

Os motivos que conduzem ao papel de cuidador acentuam na iniciativa própria, decisão familiar, única pessoa para prestar o cuidado e vontade da pessoa dependente (Sequeira, 2010).

A escolha do cuidador está ligada às questões culturais, sociais e familiares. Martin (2005), Carranza e Torrejon (2005) referem que a relação familiar, a coresidência, o género do cuidador e do recetor de cuidados são determinantes fundamentais nessa escolha. Para Sequeira (2010) a escolha é influenciada pela história de vida, dependência, necessidades, características, experiências pessoais e meio onde se encontra inserido. Vários estudos referem que o género influencia a decisão do

cuidado. Villar (2009) salienta que 80% dos cuidadores informais são do gênero feminino: esposas, filhas, netas e noras que prestam os cuidados ao idoso dependente, refere ainda que 85% dos cuidadores prestam cuidados diariamente, uns por obrigação e outros por satisfação, reciprocidade e amor.

A coresidência é fundamental na prestação do cuidado devido à proximidade física e afetiva que existe entre o cuidador e recetor do cuidado, estabelecendo-se fortes laços de vinculação, que determinam a eficiência e eficácia do cuidado (Paúl & Fonseca, 2005). Nesta linha de pensamento, os autores concluem que o cuidado informal pode ser influenciado pela relação familiar existente, proximidade geográfica, necessidades, exigências do recetor de cuidados e capacidade de resposta do cuidador informal.

O papel do cuidador informal é algo muito complexo, pois assume o desempenho da prestação de cuidados em três necessidades de cuidado ao idoso dependente: 1- *Apoio na informação e orientação* de técnicas para facilitar o cuidado; 2- *Apoio emocional*, com o objetivo fundamental de partilha e afeto trabalhando para a construção e manutenção da autoestima; 3- *Apoio instrumental* refere-se a todo tipo de cuidados que se devem prestar ao idoso dependente (Sequeira, 2010).

Segundo Coelho (2011) cuidar constitui uma tarefa difícil, pois implica lidar com crenças e valores do outro. Consiste na relação com o outro, dar resposta às suas necessidades, transmitindo segurança e atenção, através da partilha e articulação das dificuldades durante a prestação do cuidado. Neste sentido, o cuidador é a pessoa que dá resposta às necessidades de vida do idoso, assumindo a responsabilidade do mesmo, através da proximidade parental, física e afetiva (Vono, 2009). Para a autora o cuidado ao idoso não deve ser algo estático, todo ele envolve uma dinâmica em prole das necessidades e expetativas da pessoa dependente no domicílio. Envolve ainda sentimentos, desejos, atitudes e comportamentos.

De acordo com Brito (2001) a prestação de cuidados é um processo complexo e dinâmico, devido às constantes variações, necessidades, sentimentos, evolução do grau de dependência, contexto familiar, redes de apoio, crenças e sobretudo, devido à forma como o cuidador faz a gestão de todo o processo.

Para Brito (2001) a prestação de cuidados requer um esforço contínuo, a nível emocional, cognitivo e físico. Assim, a prestação do cuidado não se baseia apenas na alimentação, higiene, mobilidade e medicação, ou seja, em aspetos instrumentais e físicos. Stephens (1990, citado por Sequeira, 2010) refere que a prestação de cuidados incide em quatro domínios, ABVD; AIVD; necessidade de apoio emocional e lidar com pressões psicológicas associadas ao cuidar.

Cuidar do outro pode constituir uma condição temporária e circunstancial uma vez que o idoso pode apenas necessitar de cuidado durante um período da sua vida pela perda de alguma funcionalidade. Durante esse cuidado, não se pode deixar de referir, que existe descobertas de potencialidades mútuas e capacidades, o que leva à promoção da autonomia e melhoramento do seu autocuidado (Diogo & Duarte, 2005).

Neste sentido, o cuidador informal durante a prestação dos cuidados assume as funções de:

vigiar a saúde do idoso e estabelecer um elo de ligação com os serviços de saúde; promover a autonomia e independência do idoso; criar um ambiente seguro (interior e exterior) adaptando-o ao ambiente para prevenção de acidente; promover um ambiente confortável para que o idoso consiga descansar; promover a participação e envolvimento familiar; supervisionar o idoso; incentivar e ajudar o idoso na realização das atividades; promover a comunicação e socialização; promover a manutenção e/ou estimulação pelo interesse no desenvolvimento de um projeto pessoal (Sequeira, 2010, p. 179).

O cuidador é uma pessoa que se caracteriza pelo envolvimento com o outro, vivendo uma contínua experiência de aprendizagem e descoberta das potencialidades mútuas. Assim, o desempenho do papel de cuidar depende da frequência e necessidade do cuidado, que se traduz no estado de saúde, cognitivo e funcional do idoso. Para Sequeira (2010) o ambiente onde o idoso dependente está inserido, ou seja, as ajudas existentes, condições habitacionais e meios económicos são indicadores que influenciam o desempenho do cuidado. Por último, o autor refere-se ao contexto do cuidador, dando relevância à saúde física, disponibilidade, sensibilidade, relação afetiva e condições psicológicas.

Sousa, Figueiredo e Cerqueira (2006) fazem uma análise aos aspetos positivos e negativos da prestação do cuidado, salientando como aspetos negativos: 1- *alterações na saúde*, dispondo o cuidador de menos tempo para cuidar de si; 2- *na vida social*, pois ocorre diminuição das relações sociais devido à falta de tempo e preocupações constantes; 3- *nas relações familiares*, ocorrem constantes conflitos familiares devido ao stress que advém do cuidado, desencadeando os sentimentos de irritabilidade, ansiedade e depressão. Contudo, resultam também benefícios no cuidado, passando pelo desenvolvimento de sentimentos de realização, prazer, afeto, gratificação, recompensa, utilidade, desenvolvimento de competências e carinho, fortalecendo assim as relações com o familiar e sentimento de dever cumprido (Paúl & Fonseca, 2005). Para Andrade (2009) a prestação de cuidados apresenta benefícios a nível psicológico e sócio afetivo, o cuidador manifesta satisfação pessoal, sentimento de dever cumprido, aumentam os laços de vinculação e afetividade, desenvolvem-se ainda capacidades pessoais e de resolução de problemas.

2.2 Dificuldades do cuidador informal

Paúl (1997) salienta que cuidar de idosos não é a mesma coisa que cuidar de crianças ou jovens, pois o cuidador deve estar consciente que o agravamento do estado de dependência irá comprometer o seu futuro. Durante o cuidado existe uma inversão de papéis, antes era o pai que cuidava do filho(a) e agora passa o filho(a) a cuidar do pai. Esta mudança pode gerar situações de conflito e rejeição do cuidado por parte do familiar. Normalmente não existe mais do que uma pessoa responsável pela prestação do cuidado, o que faz com que o recetor de cuidados não tenha opção de escolha. A autora refere ainda que quando existe mais do que uma pessoa na prestação do cuidado destaca-se habitualmente uma na qual recai grande parte da responsabilidade e cuidado.

Brito (2001) salienta que os cuidadores na prestação de cuidados sofrem várias alterações, no meio familiar, económico, social, físico e psíquico, levando-os à exaustão e depressão. Afirma que estas alterações ocorrem devido à falta de apoio e informação das redes sociais, familiares e de saúde, ausência de recursos económicos, condições habitacionais, competências pessoais, capacidade reflexiva e experiências de vida.

O processo de cuidar de alguém necessita de esforço físico, mental, psicológico e económico, daí a necessidade do cuidador se reorganizar e ser capaz de encontrar alternativas através dos recursos existentes. Neri e Carvalho (2002) referem que a eficiência do cuidado depende dos conhecimentos, experiências, estratégias utilizadas, o significado que é atribuído ao cuidado, capacidade de lidar com situações de stress, apoio emocional, cultura, tipo de relacionamento com o idoso, personalidade, intensidade e o tipo de cuidado que é necessário.

Neste sentido, pode dizer-se que o processo de cuidar não é linear, pois exige interação com os diversos fatores referidos anteriormente, que podem levar à sobrecarga do cuidador. A sobrecarga é um fenómeno multidimensional, pois abrange problemas físicos, psicológicos, sociais e financeiros que conduzem à tensão e conflito durante o desempenho de papéis (Paúl & Fonseca, 2005).

Inicialmente, o cuidado passa por assumir um papel de prevenção e supervisão, de forma a evitar o aparecimento de alguma patologia e perda de funcionalidade. Porém a vigilância é agravada quando o idoso começa a ter comportamentos inadequados.

Santos (2003) refere que o cuidador efetua a sua vigilância no mínimo 16 horas por dia o que o leva à sobrecarga física e psicológica.

O mesmo autor refere que quando o cuidador assume a responsabilidade do ato de cuidar, muitas vezes não tem consciência de que a sua vida vai mudar, o que requer readaptação e articulação das suas atividades pessoais, sociais e profissionais, levando muitas vezes a conflitos intrapessoais pelo desejo de cuidar e de se auto cuidar, e interpessoais pela falta de apoio das redes sociais formais e informais.

Villar (2009) refere que cuidar do outro acarreta repercussões a nível de saúde, económico e social. O autor refere que num estudo efetuado pelo INSERSO em Espanha, 80,2% dos cuidadores têm consequências negativas a nível social, 61,0% a nível económico e 55,6% a nível de saúde.

Diogo e Duarte (2005) referem que é muito complexo cuidar de idosos que estejam em situações de tratamentos no domicílio, a usar sondas e em processo de quimioterapia, assim, como os que se encontram acamados, surgindo assim a necessidade de reforçar os recursos de apoio ao cuidado.

Com o agravamento do grau de dependência do idoso, o cuidador começa a tomar consciência de que a situação é irreversível o que implica mais dedicação e

esforço físico, mas permite maior controlo sobre a situação. Neste sentido, Pode-se dizer que as repercussões ocorridas na prestação do cuidado advêm de três fatores: 1- *contexto do idoso*, (história de vida, tipo de relação existente, personalidade, recursos económicos, idade, religião, sexo, educação); 2- *cuidador* (idade, rendimentos, escolaridade, personalidade, história de vida, tipo de relação com o idoso, recursos pessoais, objetivos de vida, composição familiar, disponibilidade, saúde física e mental, grau de parentesco, atividade profissional, capacidade de relacionamentos, classe social, relações familiares, capacidade de resolução de problemas e aptidões pessoais); 3- o *meio envolvente*, (redes de apoio, coresidência, recursos comunitários, cultura, legislação, valorização social do cuidar, contexto do cuidado, apoios familiares/amigos/vizinhos) (Neri & Carvalho, 2002).

Sequeira (2010) refere que a prestação de cuidados implica que muitas vezes, o cuidador apenas se centre no idoso, levando-o à diminuição dos contactos e ao isolamento. Quando o idoso fica mais dependente os custos económicos aumentam sendo muitas das vezes suportados pelo próprio cuidador, aumentando desta forma as repercussões negativas.

A saúde do cuidador é também afetada pelo esforço físico, agitação do doente, agressividade, deambulação e dificuldades no contacto.

Neri e Carvalho (2002) afirmam que as dificuldades dos cuidadores estão relacionadas com as atitudes e comportamentos que lhe causam constrangimentos no seu meio dificultando o complexo papel do cuidador, uma vez que este depende das interações ocorridas com o meio envolvente.

Ser cuidador implica muitas vezes crescimento pessoal, aprendizagem e iniciativa, para a resolução das adversidades, daí a urgência da identificação das necessidades, criação de um plano de intervenção e implementação (Villar, 2009). Gomes e Mata (2012) salientam que ser cuidador de idosos dependentes no domicílio requer uma constante aprendizagem, conhecimentos e habilidades baseados nas necessidades dos cuidadores, sejam físicas, psíquicas, biológicas e sociais. O sucesso do cuidado no domicílio depende do cuidador, da sua capacidade de lidar com as situações e a aprendizagem dos cuidados sem pôr em causa o seu bem-estar da pessoa cuidada.

O cuidador deve confiar nas suas capacidades, ter confiança e vencer as dificuldades que ocorrem durante a prestação do cuidado, procurando apoio e auxílio

para o desempenho das suas atividades, de forma a garantir o seu bem-estar físico, psicológico e social. A autoeficácia do cuidador, isto é, a forma como ele percebe as suas capacidades determina o seu estado de pensar, estar, sentir, motivação e comportamento durante a prestação do cuidado (Mata & Rodríguez, 2012a). Para Bandura (1998, citado por Mata & Rodríguez, 2012a) quanto maior for a percepção de autoeficácia, ou seja, quanto mais forte for o sentimento de capacidade do cuidador menor é o desenvolvimento de sentimentos negativos, sobrecarga e stress que levam o cuidador a tornar-se menos vulnerável a estados depressivos. Face a esta situação Myers (2008, citado por Mata & Rodríguez, 2012a) salienta que se devem criar estratégias interventivas com o objetivo de encorajar os cuidadores, a desenvolver um trabalho em prole da sua autoestima.

As estratégias interventivas devem ser articuladas com os técnicos de saúde, serviço social entre outros, desenvolvendo um trabalho em parceria, de modo que o cuidador adquira conhecimentos, técnicas, estratégias e competências para garantir o seu equilíbrio e o da pessoa a ser cuidada (Sequeira, 2010; Mata & Rodríguez, 2012a).

Face ao exposto, Sequeira (2010) refere-se à importância da avaliação das dificuldades do cuidador, afirmando que tal avaliação possibilita a adequação das respostas e apoios sociais. Sugere a utilização do índice de avaliação das dificuldades do cuidador, instrumento composto por 30 potenciais dificuldades que estão relacionados com o cuidado e com implicações na vida social, saúde, situação económica, relacionamento e apoio dos profissionais.

PARTE II. ENQUADRAMENTO METODOLÓGICO

CAPÍTULO III. Metodologia

3.1 Contextualização do estudo e objetivos

Ao longo dos tempos tem-se vindo assistir a uma evolução na sociedade, levando a uma vasta diversidade entre as diferentes populações. Com a evolução das técnicas científicas e cuidados de saúde tem aumentado a esperança média de vida que, a par da diminuição da natalidade e melhoria das condições de vida das populações, tem concorrido para o fenómeno do envelhecimento populacional.

Embora a maioria dos idosos não seja doente nem dependente, a verdade é que com o avançar da idade os idosos perdem autonomia, fazendo com que alguns necessitem de ajuda para a realização das suas atividades básicas de vida diária.

A este respeito Costa e Silva (2000) salientam que os próprios recursos económicos deficitários dificultam a suficiência na autonomia, exigindo em consequência um maior suporte de cuidados.

À medida que envelhece, o idoso vai-se tornando cada vez mais dependente por motivos de índole diversa, situação que se traduz num problema que vai interferir na qualidade de vida do idoso e do cuidador informal.

Garcia (2010) afirma que o cuidado informal se centra na prestação de cuidados de suporte à satisfação das ABVD com o intuito de promover a autonomia e qualidade de vida do idoso, representando frequentemente uma situação geradora de dúvidas e dificuldades para as quais os profissionais das áreas social e de saúde devem estar despertos.

Neste sentido, o presente estudo pretende estabelecer uma avaliação das dificuldades sentidas pelos cuidadores informais de idosos dependentes nas freguesias de Rebordãos e Nogueira no distrito de Bragança, onde o Centro Social e Paroquial de Nossa Senhora da Assunção desenvolve a sua intervenção.

O CSPNSA é uma IPSS que se encontra sediada na freguesia de Rebordãos, criada em 2004. Entrou em funcionamento no dia 1 de Julho de 2006, na valência de serviço de apoio domiciliário. O apoio é prestado às pessoas dependentes com idades compreendidas entre os 50 e os 95 anos de acordo com o regulamento interno do CSPNSA (2011). A sua missão visa “proporcionar às pessoas idosas qualidade de vida, bem-estar físico e emocional, conforto, apoio e integração na comunidade bem como às outras faixas etária”. O Regulamento Interno do CSPNSA (2011) guia-se pelos valores chave definidos pela direção: Hospitalidade; Proximidade; Bondade; Ética; Respeito pelo Ser Humano; Confidencialidade e Solidariedade.

A IPSS está organizada de forma a satisfazer as necessidades básicas e específicas de cada cliente, disponibilizando um vasto conjunto de serviços prestados no seu domicílio, contribuindo assim, para a promoção da sua autonomia e, a prevenção de situações de dependência ou do seu agravamento, proporcionando aos idosos e familiares um bem-estar físico, psíquico e social.

É um serviço que existe há algum tempo, no âmbito das políticas sociais destinadas à população em situação de dependência, e que proporciona um leque abrangente de serviços ao cliente 7 dias por semana; "confeção e entrega de refeições, higiene pessoal, higiene habitacional, serviço de lavandaria, acompanhamento ao exterior, aquisição de bens e serviços, serviço de enfermagem, atividades de lazer, ajudas técnicas, teleassistência e apoio psicológico", e pretende ser mais um contributo para fortalecer os laços de amizade, de solidariedade e de confiança na construção de uma comunidade aberta e comprometida na vivência da cidadania ativa, procurando desenvolver um trabalho em rede com os cuidadores informais dos seus clientes (CSPNSA, 2004).

3.1.1 Locais de estudo

Nogueira está localizada no sopé da serra de Nogueira, pertencente ao concelho de Bragança, região do nordeste transmontano e está aproximadamente a 6 quilómetros da zona histórica da sede concelhia. O seu limite estende-se ao longo de 1360 hectares. Fernandes e Rodrigues (2011) salientam que as atividades económicas da aldeia

acentuam sobre a agricultura, pecuária, construção civil e obras públicas, hotelaria, pequeno comércio e metalurgia.

Aquando dos dados provisórios do INE (2011) a freguesia apresentava um número de população residente de 495 habitantes em 2011 tendo-se verificado um ligeiro aumento da população relativamente ao ano de 2001. Nesse ano a população da freguesia contabilizava 431 habitantes. Quanto ao número de famílias também é notório o crescimento na última década, uma vez que evoluiu de 148 para 172 famílias.

Rebordãos encontra-se situada no sopé da serra da noqueira e dista cerca de 9km em linha reta à zona histórica da sede de concelho.

De acordo com a Câmara Municipal de Bragança (2007) a sua demarcação estende-se por 2661.5 hectares. A economia baseia-se simplesmente na agricultura e na pecuária.

No corrente ano de 2011 e segundo os dados provisórios dos últimos censos, a população residente é de 546 habitantes, tendo um irrelevante crescimento de população na última década, a qual era constituída por 543 habitantes no ano de 2001. Inversamente, as famílias diminuíram no último decénio, passando de 213 para 209 famílias (INE, 2011).

Em ambas as freguesias é notória uma população cada vez mais envelhecida e com maior índice de dependência pelo que, o papel dos cuidadores informais assume particular relevância. Daí também a necessidade de encontrar soluções para melhorar a qualidade de vida destas populações e implementar o desenvolvimento de um plano interventivo, com o objetivo de minimizar as suas dificuldades e facilitar a prestação de cuidados ao idoso.

3.1.2 Objetivos do estudo

A planificação de um projeto e/ou trabalho de investigação implica o delinear de objetivos que devem ser concretizados durante a investigação. Traduzem-se no caminho a seguir e nas metas a alcançar (Ribeiro, 2010). Assim, o presente estudo assume como principal finalidade a avaliação das dificuldades dos cuidadores informais de idosos

dependentes das freguesias de Nogueira e Rebordãos do distrito de Bragança para, em consequência dessa avaliação, poder desenhar um projeto de intervenção que contribua para a melhoria da qualidade de vida dos cuidadores informais e idosos dependentes.

Em consequência, foram definidos os seguintes objetivos específicos:

- Identificar quais as áreas onde os cuidadores informais apresentam maiores dificuldades;
- Contribuir para a melhoria da prestação do cuidado através da implementação de um conjunto de sessões formativas desenhadas em função das dificuldades diagnosticadas;
- Avaliar a efetividade dessa intervenção.

3.2 Participantes

3.2.1 Seleção da amostra

A população acessível é constituída por 80 cuidadores informais, que fazem parte de duas freguesias (Rebordãos e Nogueira) da área de abrangência do CSPNSA e que obedecem aos seguintes critérios de inclusão:

- Ser cuidador de pessoas dependentes com 65 ou mais anos;
- Não receber qualquer comparticipação monetária pelo cuidado que presta.

Após o contacto inicial com todos os cuidadores de idosos, a quem foi apresentado o estudo, esclarecidos os objetivos e solicitada a sua participação, 24 declinaram o convite pelo que, a amostra em estudo ficou constituída por 56 cuidadores.

3.2.2 Amostra: os cuidadores informais de idosos dependentes

Os dados apresentados na tabela 1, evidenciam que os cuidadores apresentam uma idade média de 57,5 anos (mínimo 26, máximo 79), com uma mediana de 56,5 anos e uma moda de 63. O desvio padrão apresenta o valor de 14,3 anos de idade.

Dos 56 cuidadores que constituem a amostra, 2 têm idades iguais ou inferiores a 30 anos (3,6%) e a maioria tem idades superiores a 51 anos (66,1%), dos quais 15 (26,8%) têm mais de 70 anos de idade.

A maioria da amostra pertence ao género feminino (n=40; 71,4%). Verifica-se ainda que 28,6% (n=16) pertence ao género masculino. 83,9% (n=47) são casados ou vivem em união de facto. Os solteiros representam 10,7% (n=6) e 5,4% (n=3) são separados ou divorciados.

Apresentam baixos níveis de escolaridade, verificando-se que 3,6% (n=2) dos cuidadores não apresentam qualquer tipo de escolaridade, 55,4% (n=31) frequentaram o ensino básico. Dos restantes, 23,2% (n=13) possuem habilitações académicas ao nível do ensino secundário e 17,9 % (n=10) ao nível do ensino superior.

Em relação à atividade profissional, prevalecem os cuidadores que desenvolvem a sua atividade profissional no setor terciário (50,2%; n=28). Os reformados têm uma representatividade de 35,7% (n= 20). Uma percentagem de 8,9% (n=5) corresponde aos desempregados, e 5,4% (n= 3) desenvolvem a sua atividade no setor primário.

As filhas têm a maior representatividade na prestação de cuidados com 33,9% (n=19), seguindo-se as esposas com 23,2% (n=13) e os filhos 17,9% (n=10). Os maridos representam 10,7% (n=6) e as netas 7,1% (n=4). As noras e amigas têm igual representatividade (3,6%; n=2).

Tabela 1 - Características sócio - demográficas dos cuidadores informais

<i>Variáveis</i>	<i>Nº</i>	<i>%</i>	<i>Mediana</i>	<i>Moda</i>	<i>Média</i>	<i>Min.</i>	<i>Máx.</i>	<i>Desvio padrão</i>
Idade	≤ 30 anos	2	3,6					
	31 - 40 anos	3	7,1					
	41 - 50 anos	13	23,2					
	51 - 60 anos	12	21,4	56,5	63	57,5	26	79
	61 - 70 anos	10	17,9					
	≥ 70 anos	15	26,8					
Género	Masculino	16	28,6					
	Feminino	40	71,4					
Estado Civil	Solteiro	6	10,7					
	Casado / União de facto	47	83,9					
	Separado / divorciado	3	5,4					
Hab. Literárias	Sem escolaridade	2	3,6					
	Ensino básico (1º, 2º e 3º)	31	55,4					
	Ensino secundário	13	23,2					
	Ensino superior	10	17,9					
Ocupação	1º Setor	3	5,4					
	2º Setor	0	0					
	3º Setor	28	50,2					
	Reformado	20	35,7					
	Desempregados	5	8,9					
Parentesco	Filha	19	33,9					
	Esposa	13	23,2					
	Maridos	6	10,7					
	Filho	10	17,9					
	Neta	4	7,1					
	Nora	2	3,6					
	Amiga	2	3,6					

O tempo de cuidado varia entre 1 e 26 anos, com uma média de 5,8 anos de cuidado. Na tabela 2 é possível observar que 35 (62,5%) dos cuidadores prestam cuidados há menos de 5 anos e 1 (1,8%) cuidador exerce essa função há 26 anos.

Dos 56 cuidadores da amostra, 17 têm ajuda no cuidado que prestam. Recebem-na maioritariamente (19,6%) do serviço de apoio ao domicílio, 5,4% dos familiares e igual percentagem de uma empregada.

O cuidado é prestado maioritariamente de forma contínua (n= 43; 76,8%). Dos restantes 13 cuidadores, 6 (10,7%) prestam cuidados 2 vezes por dia; 4 (7,1%) quatro vezes por semana 7,1% e 5,4% (n=3) fazem-no uma vez por dia.

Tabela 2 - Características do cuidador relacionadas com a prestação de cuidados

<i>Variáveis</i>		<i>Nº</i>	<i>%</i>	<i>Mediana</i>	<i>Moda</i>	<i>Média</i>	<i>Mín.</i>	<i>Máx.</i>	<i>Desvio padrão</i>
<i>Nº de anos a prestar cuidados</i>	≤ 5 Anos	35	62,5						
	6 - 10 Anos	14	25,0						
	11 -15 Anos	3	5,4	4	3	5,8	1	26	5,2
	16 -20 Anos	3	5,4						
	≥ 26 Anos	1	1,8						
<i>Ajuda no cuidado</i>	Sim	17	30,4						
	Não	39	69,6						
<i>Se tem ajuda no cuidado, de quem?</i>	Empregada	3	5,4						
	Serviço ao domicílio	11	19,6						
	Familiares	3	5,4						
<i>O cuidado é contínuo?</i>	Sim	43	76,8						
	Não	13	23,2						
<i>Se o cuidado não é contínuo, ocorre quando?</i>	2 Vezes ao dia	6	10,7						
	4 Vezes por semana	4	7,1						
	1 Vez ao dia	3	5,4						

Do total de cuidadores, verifica-se que 35,7% referiram padecer de alguma doença ou incapacidade, sendo assinaladas as seguintes patologias: osteoarticulares (17,9%), cardiovasculares (10,7%), oncológicas (3,6%) e metabólicas (3,6%). Os restantes 64,3% da amostra referiram não padecer de qualquer doença ou incapacidade (tabela 3).

Tabela 3 - Estado de saúde e bem-estar do cuidador

<i>Variável</i>		<i>Nº</i>	<i>%</i>
<i>Padece de alguma doença ou incapacidade?</i>	Sim	20	35,7
	Não	36	64,3
<i>Se sim, de qual?</i>	Osteoarticular	10	17,9
	Cardiovascular	6	10,7
	Oncológica	2	3,6
	Metabólica	2	3,6

3.2.3 Os idosos cuidados

Na tabela 4 estão patentes as características dos idosos alvo dos cuidados prestados pelos cuidadores incluídos neste estudo. Apresentam uma idade média de 81,6 anos (min: 69 anos; máx: 95 anos). O grupo mais representado é o dos 81, 85 anos (n=18; 32,1%). Segue-se o dos 76-80 anos (n=16; 28,6%). Realça-se ainda a existência de 12,5% (n=5) de idosos com idades compreendidas entre os 91-95 anos de idade. Dos 56 idosos, 26 (46,4%) pertencem ao género masculino e 30 (53,6%) ao feminino. Os viúvos constituem o grupo mais representado (n=32; 57,1%) e 55,4% (n=31) possuem o ensino básico. Realça-se ainda que 25 idosos (44,6%) não possuem qualquer grau de escolaridade.

Tabela 4 - Características sócio - demográficas do idoso

<i>Variável</i>		<i>Nº</i>	<i>%</i>	<i>Mediana</i>	<i>Moda</i>	<i>Média</i>	<i>Mín.</i>	<i>Máx.</i>	<i>Desvio padrão</i>
<i>Idade</i>	≤ 70 Anos	1	1,8						
	71 – 75 Anos	9	16,1						
	76 - 80 Anos	16	28,6	81	83	81,6	69	95	6,3
	81 - 85 Anos	18	32,1						
	86 - 90 Anos	5	8,9						
	91 – 95Anos	7	12,5						
<i>Género</i>	Masculino	26	46,4						
	Feminino	30	53,6						
<i>Estado civil do idoso</i>	Casado / união de facto	24	42,9						
	Viúvo	32	57,1						
	Sem escolaridade	25	44,6						
<i>Habilitações literárias do idoso</i>	Ensino básico (1º, 2º e 3º ciclo)	31	55,4						

Verificou-se que 22 idosos (39,3%) têm incapacidades devidas a causas do foro osteoarticular, 19 (33,9%) devido a sequelas de AVC, 10 (17,9%) apresentam problemas oncológicos, 4 (7,1%) devido a doenças do foro neurológico e 1 idoso (1,8%) apresenta incapacidade resultante de doença respiratória (bronquite). Relativamente ao grau de dependência verifica-se que na aplicação da índice de Lawton e Brody para a avaliação das atividades instrumentais de vida diária, existem 55,4%, (n=31) idosos moderadamente dependentes e necessitam de alguma ajuda, 44,6% (n=25) idosos são severamente dependentes, pois necessitam de muita ajuda na realização das atividades (Tabela 5).

Na aplicação da índice de Barthel para a avaliação das atividades de vida diárias, verifica-se que dos 56 idosos da amostra, 25 (44,6%) são independentes, 15 (26,8%) idosos são ligeiramente dependentes, 8 idosos (5,4%) apresentam-se moderadamente dependentes, 3 (5,4%) severamente dependentes e 5 idosos (8,9%) são totalmente dependentes.

Tabela 5 - Avaliação do grau e motivo de dependência do idoso

<i>Variável</i>	<i>Nº</i>	<i>%</i>	
<i>Qual o motivo da dependência</i>	AVC	19	33,9
	Osteoarticulares	22	39,3
	Oncológica	10	17,9
	Neurológica	4	7,1
	Bronquites respiratórias	1	1,8
<i>Índice de Lawton e Brody (AIVD)</i>	8 Independente	0	0
	9 - 20 Moderadamente dependente, necessita de certa ajuda	31	55,4
	> 20 Severamente dependente, necessita de muita ajuda	25	44,6
	90 - 100 Independente	25	44,6
<i>Índice de Barthel (ABVD)</i>	60 -89 Ligeiramente dependente	15	26,8
	40 - 55 Moderadamente dependente	8	14,3
	20 - 35 Severamente dependente	3	5,4
	<20 Totalmente dependente	5	8,9

3.3 Procedimentos

3.3.1 Desenho do estudo

O desenho e método de investigação permitem efetuar a recolha de dados e tratamento da informação para a concretização dos objetivos previamente delineados; todo ele deve centrar-se nos objetivos da investigação, técnicas, práticas e procedimentos mais adequados a usar no processamento e análise dos dados como afirma Ribeiro (2010).

O presente estudo engloba uma abordagem quantitativa, pois expressa-se em número obtidos através das escalas, variáveis e índices aplicados à amostra. Desenhou-se um estudo quasi-experimental com delineamentos intragrupos. Isto deve-se ao facto do estudo ter uma fase de diagnóstico, intervenção e avaliação das dificuldades dos cuidadores, onde se efetua a comparação entre os dados iniciais e finais obtidos no mesmo grupo.

O termo quase (que se entende como possuir alguns, mas não a totalidade) precedendo o termo experimental, indica-nos que estamos perante um projeto semelhante a uma experiência, embora não o seja na realidade. O que distingue o estudo quasi-experimental de um estudo experimental é a ausência de qualquer grupo de controlo ou grupo de comparação, ou seja, apenas um só grupo é tratado estatisticamente (Jackson, 2011).

Também o estudo por Delineamentos Intragrupos é possível nesta análise. Num delineamento de séries temporais são realizadas aferições antes e após a intervenção em cada participante, o que proporciona que cada participante seja controlo de si próprio (Hulley, Cummings, Browner, Grady & Newman; 2008).

3.3.2 Procedimentos éticos e deontológicos da colheita de dados

Os aspetos éticos são definidos como limites e possibilidades de efetuar a investigação. O projeto de investigação partiu do trabalho desenvolvido no contexto

profissional no Centro Social e Paroquial de Nossa Senhora da Assunção, Rebordãos, com a função de Diretora Técnica.

Relativamente aos cuidadores e idosos, durante a planificação do projeto de investigação foi elaborado um consentimento informado e declaração de aceitação para participar no estudo de livre vontade e conhecimento de todas as regras e objetivos do mesmo como se pode verificar no anexo I. A amostra de cuidadores obteve todas as indicações, regras, condições e objetivos do estudo numa linguagem acessível, direta e simples, para que, desta forma todos compreendessem a finalidade e objetivos do estudo.

Após o consentimento foi agendada a recolha dos dados, no domicílio dos cuidadores informais e individualmente, garantindo toda a confidencialidade da informação recolhida. O levantamento dos dados numa primeira fase para o diagnóstico das dificuldades dos cuidadores e, grau de dependência do idoso teve início no dia 1 de novembro de 2011 e terminou no dia 1 de Dezembro de 2011. Após o plano interventivo procedeu-se à reavaliação das dificuldades dos cuidadores informais iniciando-se no dia 25 de março de 2012 e terminando no dia 25 de abril de 2012.

3.4 Instrumentos de medida

Para a concretização do presente estudo, foi desenvolvido um questionário constituído por duas partes essenciais:

A primeira, relativa ao cuidador, inclui questões que permitem obter informação acerca das características sociodemográficas, da prestação de cuidados e estado de saúde. Inclui ainda o índice de avaliação das dificuldades dos cuidadores.

A segunda parte do Instrumento de recolha de dados visa a obtenção de informação acerca do idoso cuidado, integra questões que permitam o conhecimento das suas características demográficas e, no sentido de avaliar o seu grau de dependência nas ABVD, engloba ainda os índices de Barthel e de Lawton e Brody (Anexo II).

3.4.1 Índice de avaliação das dificuldades do cuidador

O Índice de Avaliação das Dificuldades do Cuidador é composto por 30 potenciais dificuldades que estão relacionados com o idoso e implicações na vida social, saúde, situação económica, relacionamento e apoio dos profissionais, validada em Portugal por Sequeira em 2007 junto de 182 cuidadores em contexto hospitalar.

As questões incluídas integram quatro opções de resposta (1 Não acontece no meu caso; 2 Não me perturba; 3 causa me alguma perturbação e 4 perturba me muito).

O ponto médio da escala é de 45, podendo o cuidador obter uma pontuação mínima de 30 e máxima de 120.

Atendendo às hipotéticas diferenças da amostra envolvida no presente estudo (residentes em zona rural, por oposição à estudada pelo autor que, por ter sido questionada em contexto hospitalar do Porto, teria grande possibilidade de residir em ambiente urbano) decidiu-se estabelecer uma análise fatorial com rotação varimax às respostas apresentadas na presente investigação, bem como calcular o valor de alfa de Cronbach para avaliar a consistência interna da escala, das dimensões que a integram e das questões que a compõem.

Neste sentido, obteve-se um alfa =0,955 que indica uma excelente consistência do instrumento e um KMO de 0,730 o que indica que é possível proceder à análise fatorial. Também o teste de esfericidade de Bartellet revelou que a matriz das correlações é adequada para analisar as componentes principais ($p < 0,001$) (Anexo III).

A análise fatorial reduziu as questões a cinco dimensões com alfas a variarem de alfa = 0,703 a 0,888:

- Dimensão 1 - "Implicações familiares e pessoais" - integra 7 questões (3, 10, 16, 17, 20, 28, 29) e os cuidadores podiam obter uma pontuação mínima de 7 pontos e máxima de 28 (ponto médio = 10,5)

- Dimensão 2 - "Relações familiares" - integra 5 questões (9, 12, 14, 19, 22) e os cuidadores podiam obter uma pontuação mínima de 5 pontos e máxima de 20 (ponto médio =7,5).

- Dimensão 3 - "Reações ao cuidar" - integra 7 questões (1, 6, 13, 15, 21, 23, 24) e os cuidadores podiam obter uma pontuação mínima de 7 pontos e máxima de 28 (ponto médio =10,5).

- Dimensão 4 - "Consequências do cuidar" - integra 7 questões (2, 5, 8, 11, 18, 25, 26) e os cuidadores podiam obter uma pontuação mínima de 7 pontos e máxima de 28 (ponto médio = 10,5).

- Dimensão 5 - "Apoio sociais e de saúde" - integra 4 questões (4, 7, 27, 30) e os cuidadores podiam obter uma pontuação mínima de 4 pontos e máxima de 16 (ponto médio = 6).

Com o objetivo de analisar a convergência interna da escala CADI estabeleceu-se ainda a correlação entre o global da escala e as dimensões subjacentes. Verificou-se que todas as dimensões se correlacionam entre si e com o global da escala. As dimensões que melhor explicam as dificuldades dos cuidadores durante a prestação de cuidado são as "implicações familiares e pessoais" que faz variar o somatório global em 89,6%, as "reações ao cuidar" com 87,3%, as "consequências do cuidar" 87,2%, "relações familiares" com 78,6%. A dimensão que menos variação exerce no global da escala é a de "apoios sociais e de saúde" com 67,6% (anexo IV).

3.4.2 Índice de atividades instrumentais de vida diária

O Índice de Atividades Instrumentais de Vida Diária (Índice de Lawton e Brody) é composto por oito atividades como cuidar da casa, lavar a roupa, preparação da comida, ir às compras, utilização do telefone, utilização de transporte, gestão do dinheiro e gestão da medicação.

A avaliação das atividades é efetuada por três, quatro ou cinco níveis distintos de dependência, onde cada atividade é pontuada de 1 a 3, de 1 a 4, ou de 1 a 5 definidos por Sequeira (2010) nos quais quanto maior for a pontuação final maior é a dependência do idoso, definindo os seguintes cortes: pontuação 8 Independente; 9 - 20 Moderadamente dependente, ou seja, necessita de alguma ajuda e maior de 20 Severamente dependente, necessita de muita ajuda ou ajuda total.

3.4.3 Índice de atividades básicas de vida diária

O Índice de Atividades Básicas de Vida Diária - (Índice de Barthel) consiste em avaliar as atividades básicas da vida diária; é composto por 10 ABVD, alimentação, vestir, banho, higiene corporal, uso da casa de banho, controlo intestinal, controlo vesical, transferência cadeira - cama, deambulação e subir escadas. Cada atividade apresenta entre dois a quatro níveis de dependência: 0 dependência total, 5, 10 ou 15 correspondem à independência (Sequeira, 2010). A classificação varia entre 0 a 100 pontos e são considerados os seguintes pontos de corte <20 Totalmente dependente, 20 - 35 Severamente dependente, 40 - 55 Moderadamente dependente, 60 - 89 Ligeiramente dependente e de 90 - 100 independente).

3.5 Metodologia de tratamento de dados

Para se efetuar o tratamento dos dados recorreu-se ao *Programa Statistical Package for Social Sciences 18,0 for Windows* (SPSS), utilizando:

- Estatística descritiva para a caracterização dos cuidadores e dos idosos cuidados;

- Análise fatorial com rotação varimax para analisar a dimensionalidade do índice de Avaliação das Dificuldades do Cuidador tendo em consideração os seguintes aspetos:

- Os valores de associação linear entre as variáveis através dos coeficientes de correlação de Pearson;
- Ponto de saturação dos itens igual ou superior a 0,4 para a construção de cada fator, determinando assim o número de itens a incluir em cada um.

- Através da Reliability Analysis – Scale (Alpha), determinando-se o coeficiente de alfa de Cronbach para analisar a consistência interna de cada escala, bem como dos itens e dimensões que as compõem;

- Para verificar se as variáveis seguiam uma distribuição normal, fez-se uso do teste de Kolmogorov-Smirnov;

- A comparação de médias foi estabelecida com a utilização do teste de t de Student para amostras emparelhadas ou, nos casos em que não se verificassem os pressupostos da normalidade, recorreu-se em alternativa, ao teste de Wilcoxon.

3.5.1 Operacionalização das variáveis

Como salienta Ribeiro (2010) as variáveis num projeto de investigação são fundamentais pois assumem o papel de fio condutor para a investigação. Neste sentido, as variáveis definidas dividem-se em dois grupos: dependente que acentua nas dificuldades dos cuidadores e independentes que se traduzem na idade; género; estado civil; habilitações literárias; apoios na prestação de cuidados; intensidade do cuidado; grau de parentesco; incapacidade ou doença; nº de idosos a receber cuidado; nº de anos a prestar cuidado; profissão do cuidador.

Tendo em mente o tratamento estatístico a imprimir, houve necessidade de operacionalizar algumas das variáveis independentes, tal foi o caso de:

- Idade do cuidador - variável quantitativa contínua, posteriormente transformada em 6 grupos etários (≤ 30 anos; 31 - 40 anos; 41 - 50 anos; 51 - 60 anos; 61 - 70 anos e ≥ 70 anos) de amplitude 10.
- Idade do Idoso - variável quantitativa contínua, posteriormente transformada em 6 grupos etários (≤ 70 Anos; 71 - 75 Anos; 76 - 80 Anos; 81 - 85 Anos; 86 - 90 Anos e 91 - 95 Anos) de amplitude 4.
- Número de anos a prestar cuidados - variável quantitativa contínua, que posteriormente foi transformada em 5 grupos (≤ 5 Anos; 6 - 10 Anos; 11 -15 Anos; 16 - 20 Anos e ≥ 26 Anos) de amplitude 4.

3.6 Plano de intervenção

Sequeira (2010) salienta que face ao levantamento das necessidades e/ou dificuldades dos cuidadores se deve traçar um plano de intervenção para cada diagnóstico da situação, de forma a criar estratégias interventivas integradas e articuladas através de uma equipa multidisciplinar. O fundamental é dar resposta à

problemática e cumprir os objetivos. Quando um idoso fica dependente e/ou incapaz, Mata e Rodríguez (2012a) salientam que deve existir articulação entre as unidades de saúde e o cuidador informal principal, com o objetivo de transmitir conhecimentos, técnicas, comportamentos e estratégias a adotar, para que o cuidador adquira as competências necessárias para a promoção da autonomia do idoso colaborando com ele e não o substituindo naquelas atividades onde ainda lhe resta total ou parcial autonomia para as desenvolver, ou substituindo-o naquelas em que ele já não tem capacidade de realizar.

Neste sentido, Sequeira (2010) refere que essas competências podem ser adquiridas através de sessões de formação teórico - práticas em grupo, em programas curtos, com o mínimo de três sessões e um máximo de doze, centradas nas dificuldades sentidas pelos cuidadores.

Face ao diagnóstico da situação, as principais dificuldades sentidas pelos cuidadores informais em estudo centraram-se na falta de formação ou preparação para lidar com a dependência do idoso, implicações familiares e pessoais, relações familiares, reações ao cuidar, consequências do cuidar, falta de apoios sociais e de saúde.

Após a análise do diagnóstico foi traçado um plano de intervenção constituído por seis sessões baseadas nas seguintes áreas: Ser Cuidador, Prestação de cuidados básicos de saúde à pessoa dependente, Ajudas técnicas, Família e apoio social, Dependência do idoso e Primeiros socorros que teve início no dia 18 de fevereiro de 2012 e terminou no dia 24 de março de 2012 (Anexo V).

Sequeira (2010) salienta que após o diagnóstico das dificuldades dos cuidadores informais, as intervenções delineadas devem ser articuladas com os profissionais de saúde e da área social. Neste sentido as sessões de formação foram desenvolvidas por profissionais que desenvolvem a sua atividade nestas áreas, que amavelmente aceitaram colaborar (Anexo VI).

A organização de toda a informação foi realizada através dos formadores de forma sucinta, acessível e clara, de acordo com as habilitações dos cuidadores. Assim, as seis sessões tiveram a duração de 2 horas, sendo estas, repartidas por várias temáticas teórico-práticas para que não se tornassem muito exaustivas para os cuidadores (Anexo VII). As sessões foram desenvolvidas nas instalações da escola E/B1 de Rebordãos,

sendo as deslocações dos cuidadores efetuadas com o apoio do Centro Social e Paroquial de Nossa Senhora da Assunção.

Durante a intervenção contou com a participação de 35 cuidadores. Aos restantes 21 não lhes foi possível estarem presentes, devido ao grau elevado de dependência do idoso a receber cuidados e não terem apoio de cuidadores secundários. Os cuidadores que estiveram presentes durante todo o plano de intervenção, semanalmente recebiam todas as indicações das sessões a desenvolver por via telefónica e panfletos, (anexo VIII) com o objetivo de possuírem um guia condutor ao trabalho desenvolvido e a desenvolver, promovendo-lhes a integração, participação e partilha de experiências.

Finalizadas as sessões interventivas, foram entregues os certificados de participação, (anexo IX) seguindo-se avaliação das sessões, através de um instrumento construído para o efeito (anexo X), e cujos resultados se apresentam no anexo XI). Finalmente, procedeu-se à reavaliação das dificuldades sentidas pelos 35 cuidadores após o plano interventivo (anexo XII).

CAPÍTULO IV. Apresentação dos Resultados

Neste capítulo apresentam-se os resultados obtidos pré e pós intervenção formativa junto dos cuidadores.

4.1 As dificuldades dos cuidadores no pré intervenção

No somatório global das pontuações obtidas pelos cuidadores, obteve-se uma média de 53,21 pontos e um desvio padrão de 19,6 (min:30; máx: 98). A média obtida revelou-se superior ao ponto médio teórico da escala (45).

Na dimensão: "implicações familiares e pessoais", os cuidadores obtiveram uma média de 13,7 pontos, valor superior ao ponto médio teórico da dimensão (10,5) e um desvio padrão 5,9 pontos (min:7; máx:26). As questões onde os cuidadores apresentam mais dificuldades "perturbando-os muito" são: "As pessoas da família não dão tanta atenção como eu gostaria"; "Não consigo ter um tempo de descanso, nem fazer uns dias de férias" e "Alguns familiares não ajudam tanto quanto poderiam" (14,3% cada item). Seguem-se por ordem decrescente de prevalência: "Não consigo dedicar tempo suficiente às outras pessoas da família" (12,5 %); "Deixa-me muito cansado fisicamente" e "Esta situação faz-me sentir irritado", (8,9 % cada). Por fim "Não consigo sossegar por estar preocupado com os cuidados a prestar" (7,1 %).

Relativamente às questões que lhes "causa alguma perturbação", as mais prevalentes são: "Deixa-me muito cansado fisicamente" e "Não consigo sossegar por estar preocupado com os cuidados a prestar" (30,4%); "Não consigo dedicar tempo suficiente às outras pessoas da família"; "As pessoas da família não dão tanta atenção como eu gostaria"; "Não consigo ter um tempo de descanso, nem fazer uns dias de férias (Tabela 6).

Tabela 6 - Implicações familiares e pessoais na fase de diagnóstico

<i>Variáveis</i>	<i>Não acontece no meu caso</i>		<i>Não me perturba</i>		<i>Causa-me alguma perturbação</i>		<i>Perturba-me muito</i>		<i>Média</i>	<i>Desvio Padrão</i>
	<i>Nº</i>	<i>%</i>	<i>Nº</i>	<i>%</i>	<i>Nº</i>	<i>%</i>	<i>Nº</i>	<i>%</i>		
3- Não consigo dedicar tempo suficiente às outras pessoas da família	28	50,0	9	16,1	12	21,4	7	12,5		
10- Deixa-me muito cansado fisicamente	29	51,8	5	8,9	17	30,4	5	8,9		
16- As pessoas da família não dão tanta atenção como eu gostaria	29	51,8	7	12,5	12	21,4	8	14,3		
17- Esta situação faz-me sentir irritado	30	53,6	11	19,6	10	17,9	5	8,9	13,7	5,9
20- Não consigo ter um tempo de descanso, nem fazer uns dias de férias	27	48,2	9	16,1	12	21,4	8	14,3		
28- Alguns familiares não ajudam tanto quanto poderiam	25	44,6	11	19,6	12	21,4	8	14,3		
29- Não consigo sossegar por estar preocupado com os cuidados a prestar	27	48,2	8	14,3	17	30,4	4	7,1		

A dimensão "relações familiares" é composta por cinco questões com uma média observada de 8,0 e desvio padrão 3,4 (min:5; máx:18). O valor da média revelou-se também superior ao ponto médio teórico da dimensão (7,5). Na tabela 7 podem ainda observar-se quais as dificuldades que os perturba muito, e onde as mais prevalentes são: "Esta situação está a transtornar-me os nervos" (8,9 %); "A pessoa de quem cuido nem sempre ajuda tanto quanto poderia" (5,4 %) e "Chega a transformar-me as minhas

relações familiares" (1,8 %). As questões que apresentaram como opção de resposta "causa-me alguma perturbação" mais assinaladas foram: "A pessoa de quem cuido nem sempre ajuda tanto quanto poderia" (23,2 %); "Esta situação está a transtornar-me os nervos" (19,6 %); "Chega a transformar as minhas relações familiares" e "A pessoa de quem cuido nem sempre dá valor ao que eu faço" (17,9 % cada). Por fim, "Deixou de haver o sentimento que havia na minha relação com a pessoa de quem cuido" (5,4%).

Tabela 7 - Relações familiares na fase de diagnóstico

<i>Variáveis</i>	<i>Não acontece no meu caso</i>		<i>Não me perturba</i>		<i>Causa-me alguma perturbação</i>		<i>Perturba-me muito</i>		<i>Média</i>	<i>Desvio Padrão</i>
	<i>Nº</i>	<i>%</i>	<i>Nº</i>	<i>%</i>	<i>Nº</i>	<i>%</i>	<i>Nº</i>	<i>%</i>		
9- Chega a transformar as minhas relações familiares	37	66,1	8	14,3	10	17,9	1	1,8		
12- Deixou de haver o sentimento que havia na minha relação com a pessoa de quem cuido	49	87,5	4	7,1	3	5,4	0	0	8,0	3,4
14- A pessoa de quem cuido nem sempre ajuda tanto quanto poderia	31	55,4	9	16,1	13	23,2	3	5,4		
19- Esta situação está a transtornar-me os nervos	29	51,8	11	19,6	11	19,6	5	8,9		
22- A pessoa de quem cuido nem sempre dá valor ao que eu faço	33	58,9	11	19,6	10	17,9	2	3,6		

Na dimensão: "reações ao cuidar", os cuidadores obtiveram igualmente uma média superior ao ponto médio teórico do fator (10,5) com um valor de 12,9 (min:7; máx:27) e 5,7 de desvio padrão. As principais dificuldades assinaladas como perturbando-os muito são: "Não tenho tempo suficiente para mim próprio" e "A pessoa de quem cuido necessita de muita ajuda nos seus cuidados pessoais" (16,1 % cada); "A pessoa de quem cuido sofre de incontinência" (12,5 %); "A pessoa de quem cuido

depende de mim para se movimentar" (10,7 %); "A minha saúde ficou abalada" (7,1 %) e por fim, "Ando a dormir pior por causa desta situação" e "A qualidade da minha vida piorou" (5,4 %). Para além das dificuldades anteriormente referidas, as que lhe "causam alguma perturbação" são: "A qualidade da minha vida piorou" (26,8 %); "A minha saúde ficou abalada" (25 %); "Não tenho tempo suficiente para mim próprio" (23,2%); "Ando a dormir pior por causa desta situação" (21,4 %); "A pessoa de quem cuido sofre de incontinência" (16,1 %) e por último "A pessoa de quem cuido depende de mim para se movimentar" e "A pessoa de quem cuido necessita de muita ajuda nos seus cuidados pessoais" (12,5 % cada) (Tabela 8).

Tabela 8 - Reações ao cuidar na fase de diagnóstica

<i>Variáveis</i>	<i>Não acontece no meu caso</i>		<i>Não me perturba</i>		<i>Causa-me alguma perturbação</i>		<i>Perturba-me muito</i>		<i>Média</i>	<i>Desvio Padrão</i>
	<i>Nº</i>	<i>%</i>	<i>Nº</i>	<i>%</i>	<i>Nº</i>	<i>%</i>	<i>Nº</i>	<i>%</i>		
1- Não tenho tempo suficiente para mim próprio	21	37,5	13	23,2	13	23,2	9	16,1		
6- A pessoa de quem cuido depende de mim para se movimentar	40	71,4	3	5,4	7	12,5	6	10,7		
13- A pessoa de quem cuido necessita de muita ajuda nos seus cuidados pessoais	33	58,9	7	12,5	7	12,5	9	16,1	12,9	5,7
15- Ando a dormir pior por causa desta situação	33	58,9	8	14,3	12	21,4	3	5,4		
21- A qualidade da minha vida piorou	30	53,6	8	14,3	15	26,8	3	5,4		
23- A minha saúde ficou abalada	28	50,0	10	17,9	14	25,0	4	7,1		
24- A pessoa de quem cuido sofre de incontinência (não controla as necessidades)	33	58,9	7	12,5	9	16,1	7	12,5		

No fator "consequências do cuidar", os cuidadores obtiveram uma média de 12,0 pontos e desvio padrão de 5,1 (min: 7; máx:25). Tal como nas dimensões anteriores também aqui, o valor da média é superior ao ponto médio teórico da dimensão (10,5). As dificuldades que perturbam muito os cuidadores mais referidas foram: "Por vezes a pessoa de quem estou a cuidar exige demasiado de mim" e "Não estou com os meus amigos tanto quanto gostaria" (10,7 % cada); "Por vezes sinto-me de mãos atadas sem poder fazer nada para dominar a situação" (8,9 %); "A pessoa de quem cuido chega a pôr-me fora de mim" (7,1 %); "Afasta-me do convívio das pessoas" (5,4 %) e, "O comportamento de quem cuido causa problemas" (3,6 %).

Relativamente à opção de resposta "causa-me alguma perturbação" observa-se que as mais prevalentes foram: "Por vezes sinto-me de mãos atadas sem poder fazer nada para dominar a situação" e "Não estou com os meus amigos tanto quanto gostaria" (23,2 % cada); "Afasta-me do convívio com outras pessoas e outras coisas de que gosto" (19,6 %); "Por vezes a pessoa de quem estou a cuidar exige demasiado de mim" (17,9 %); "A pessoa de quem cuido chega a pôr-me fora de mim" e "O comportamento de quem cuido causa-me problemas" (12,5 % cada) finalmente a questão "Cuidar desta pessoa não me dá qualquer satisfação" 8,9 % cuidadores (Tabela 9).

Tabela 9 - Consequências do cuidar na fase diagnóstica

<i>Variáveis</i>	<i>Não acontece no meu caso</i>		<i>Não me perturba</i>		<i>Causa-me alguma perturbação</i>		<i>Perturba-me muito</i>		<i>Média</i>	<i>Desvio Padrão</i>
	<i>Nº</i>	<i>%</i>	<i>Nº</i>	<i>%</i>	<i>Nº</i>	<i>%</i>	<i>Nº</i>	<i>%</i>		
2- Por vezes sinto-me “de mãos atadas” / sem poder fazer nada para dominar a situação	24	42,9	14	25,0	13	23,2	5	8,9		
5- A pessoa de quem cuido chega a pôr-me fora de mim	34	60,7	11	19,6	7	12,5	4	7,1		
8- Afasta-me do convívio com outras pessoas e outras coisas de que gosto	30	53,6	12	21,4	11	19,6	3	5,4	12,0	5,1
11- Por vezes a pessoa de quem estou a cuidar exige demasiado de mim	30	53,6	10	17,9	10	17,9	6	10,7		
18- Não estou com os meus amigos tanto quanto gostaria	27	48,2	10	17,9	13	23,2	6	10,7		
25- O comportamento de quem cuido causa problemas	40	71,4	7	12,5	7	12,5	2	3,6		
26- Cuidar desta pessoa não me dá qualquer satisfação	43	76,8	8	14,3	5	8,9	0	0		

Por último na tabela 10 estão representadas as dificuldades relativas à dimensão "apoios sociais e de saúde. A média obtida (6,4 pontos), revelou-se também superior ao

ponto médio teórico da dimensão (6). O desvio padrão obtido foi de 2,6 pontos (min: 4; máx:13). Os itens "Não recebo apoio suficiente dos serviços de saúde e dos serviços sociais" (14,3 %); "Parece-me que os técnicos de saúde (médicos, enfermeiros, assistentes sociais, etc.) não fazem bem ideia dos problemas que os prestadores de cuidados enfrentam" (7,1 %) e "Traz-me problemas de dinheiro" (3,6 %) revelaram-se os mais prevalentes na opção de resposta "perturba muito". Por sua vez, na opção de resposta "causa-me alguma perturbação", verifica-se "Parece-me que os técnicos de saúde médicos, enfermeiros, assistentes sociais, etc., não fazem ideia do que é prestar cuidados" (23,2 %); "Traz-me problemas de dinheiro" (12,5 %); "Não recebo apoio suficiente dos serviços de saúde e dos serviços sociais" (10,7 %); e "Esta situação faz-me sentir culpado" (3,6 %), foram as mais referenciadas nesta opção de resposta.

Tabela 10 - Apoios sociais e de saúde na etapa diagnóstica

<i>Variáveis</i>	<i>Não acontece no meu caso</i>		<i>Não me perturba</i>		<i>Causa-me alguma perturbação</i>		<i>Perturba-me muito</i>		<i>Média</i>	<i>Desvio Padrão</i>
	<i>Nº</i>	<i>%</i>	<i>Nº</i>	<i>%</i>	<i>Nº</i>	<i>%</i>	<i>Nº</i>	<i>%</i>		
	4- Traz-me problemas de dinheiro	34	60,7	13	23,2	7	12,5	2		
7- Parece-me que os técnicos de saúde (médicos, enfermeiros, assistentes sociais, etc.) não fazem bem ideia dos problemas que os prestadores de cuidados enfrentam	28	50,0	11	19,6	13	23,2	4	7,1	6,4	2,6
27- Não recebo apoio suficiente dos serviços de saúde e dos serviços sociais	35	62,5	7	12,5	6	10,7	8	14,3		
30- Esta situação faz-me sentir culpado	47	83,9	7	12,5	2	3,6	0	0,0		

Apoios Sociais e de Saúde

Como referido anteriormente o CADI apresenta uma questão em aberto para os cuidadores poderem expor outras dificuldades para além das apresentadas, com as mesmas possibilidades de resposta. Dos 56 cuidadores apenas 41 responderam a esta questão "Prestar cuidados pode ser difícil porquê?" (Tabela 11). Através da leitura da tabela pode verificar-se que as principais dificuldades apresentadas encontram-se centradas na falta de formação e/ou preparação para lidar com a doença (44%); comportamento agressivo, controlo das emoções, incompatibilidade de feitios, cansaço físico e psicológico (24%); falta de apoio familiar e/ou técnico (15%); falta de recursos económicos e/ou habitacionais (10%); isolamento (5%) e por último falta de disponibilidade (2%).

Tabela 11 - Questão aberta (prestar cuidados pode ser difícil porque?)

<i>Prestar cuidados pode ser difícil porque:</i>	<i>Nº</i>	<i>%</i>
<i>1- Falta de formação e /ou preparação para lidar com a doença</i>	18	44
<i>2- Comportamento agressivo, controlo das emoções, incompatibilidade de feitios, cansaço físico e psicológico</i>	10	24
<i>3- Falta de apoio familiar e /ou técnico</i>	6	15
<i>4- Falta de recursos económicos e / ou habitacionais</i>	4	10
<i>5- Isolamento</i>	2	5
<i>6- Falta de disponibilidade</i>	1	2

4.2 As dificuldades no pós intervenção

Nas sessões efetuadas no plano de intervenção, estiveram presentes 35 cuidadores. No final aplicou-se mais uma vez o CADI onde no global da escala se obteve uma média de 40,5 pontos e um desvio padrão de 7,6 pontos (min:30; máx: 59) valores inferiores ao ponto médio teórico da escala e da avaliação antes da intervenção. Verificou-se ainda que não foram obtidas respostas assinalando a opção "perturba-me muito", pelo que apenas são apresentados os dados relativos à opção "causa-me alguma perturbação" em cada uma das dimensões a seguir descritas.

Na dimensão "implicações familiares e pessoais", os cuidadores obtiveram um uma média de 9,5 pontos e um desvio padrão de 2 pontos (min: 7; máx:14) valor

inferior ao ponto médio teórico da dimensão e ao observado antes da intervenção. Nas questões "Não consigo ter um tempo de descanso, nem fazer uns dias de férias" e "Não consigo sossegar por estar preocupado com os cuidados a prestar" foi obtido um percentual de 5,7% em cada uma; As questões "Não consigo dedicar tempo suficiente às outras pessoas da família", "Deixa-me muito cansado fisicamente" e "Esta situação faz-me sentir irritado" apresentam um percentual de 2,9 % cada; por último, os itens "As pessoas da família não dão tanta atenção como eu gostaria" e "Alguns familiares não ajudam tanto quanto poderiam" obtiveram percentagem nula (Tabela 12).

Tabela 12 - Implicações familiares e pessoais pós intervenção

<i>Variáveis</i>	<i>Não acontece no meu caso</i>		<i>Não me perturba</i>		<i>Causa-me alguma perturbação</i>		<i>Perturba-me muito</i>		<i>Média</i>	<i>Desvio Padrão</i>
	<i>Nº</i>	<i>%</i>	<i>Nº</i>	<i>%</i>	<i>Nº</i>	<i>%</i>	<i>Nº</i>	<i>%</i>		
3- Não consigo dedicar tempo suficiente às outras pessoas da família	27	77,1	7	20,0	1	2,9	0	0		
10- Deixa-me muito cansado fisicamente	19	54,3	15	42,9	1	2,9	0	0		
16- As pessoas da família não dão tanta atenção como eu gostaria	27	77,1	8	22,9	0	0	0	0		
17- Esta situação faz-me sentir irritado	24	68,6	10	28,6	1	2,9	0	0	9,5	2,0
20- Não consigo ter um tempo de descanso, nem fazer uns dias de férias	20	57,1	13	37,1	2	5,7	0	0		
28- Alguns familiares não ajudam tanto quanto poderiam	23	65,7	12	34,3	0	0	0	0		
29- Não consigo sossegar por estar preocupado com os cuidados a prestar	24	68,6	9	25,7	2	5,7	0	0		

Implicações Familiares e Pessoais

Na dimensão, "relações familiares", verificou-se uma média observada de 6,8 pontos e um desvio padrão de 1,8 (min: 5; máx:11) valor inferior ao ponto médio teórico da dimensão e ao observado antes da intervenção, tendo-se observado a seguinte prevalência de respostas: "A pessoa de quem cuido nem sempre dá valor ao que faço" (8,6 %); "A pessoa de quem cuido nem sempre ajuda tanto quanto poderia" e "Esta situação está a transtornar-me os nervos" (2,9 % em cada); por último, os itens "Chega a transformar as minhas relações familiares" e "Deixou de haver o sentimento que havia na minha relação com a pessoa de quem cuido" obtiveram uma prevalência nula (Tabela 13).

Tabela 13 - Relações familiares pós intervenção

<i>Variáveis</i>	<i>Não acontece no meu caso</i>		<i>Não me perturba</i>		<i>Causa-me alguma perturbação</i>		<i>Perturba-me muito</i>		<i>Média</i>	<i>Desvio Padrão</i>
	<i>Nº</i>	<i>%</i>	<i>Nº</i>	<i>%</i>	<i>Nº</i>	<i>%</i>	<i>Nº</i>	<i>%</i>		
9- Chega a transformar as minhas relações familiares	25	71,4	10	28,6	0	0	0	0		
12- Deixou de haver o sentimento que havia na minha relação com a pessoa de quem cuido	27	77,1	8	22,9	0	0	0	0		
14- A pessoa de quem cuido nem sempre ajuda tanto quanto poderia	26	74,3	8	22,9	1	2,9	0	0	6,8	1,8
19- Esta situação está a transtornar-me os nervos	25	71,4	9	25,7	1	2,9	0	0		
22- A pessoa de quem cuido nem sempre dá valor ao que eu faço	20	57,1	12	34,3	3	8,6	0	0		

A dimensão "reações ao cuidar", apresenta-se com uma média de 9,7 pontos e desvio padrão de 2,4 pontos (min: 7; máx:15) valor igualmente inferior ao ponto médio

teórico da dimensão e ao observado antes da intervenção. Nas questões "A pessoa de quem cuido depende de mim para se movimentar" e "A pessoa de quem cuido necessita de muita ajuda nos seus cuidados pessoais" verificou-se um percentual de 8,6 % das respostas em cada uma delas; "A minha saúde ficou abalada" (5,7 %); "Ando a dormir pior por causa desta situação" e "A qualidade da minha vida piorou" obtiveram (2,9 % cada uma); finalmente as questões "Não tenho tempo suficiente para mim próprio" e "A pessoa de quem cuido sofre de incontinência" não foram assinaladas no pós-intervenção (Tabela 14).

Tabela 14 - Reações ao cuidar pós intervenção

<i>Variáveis</i>	<i>Não acontece no meu caso</i>		<i>Não me perturba</i>		<i>Causa-me alguma perturbação</i>		<i>Perturba-me muito</i>		<i>Média</i>	<i>Desvio Padrão</i>
	<i>Nº</i>	<i>%</i>	<i>Nº</i>	<i>%</i>	<i>Nº</i>	<i>%</i>	<i>Nº</i>	<i>%</i>		
	1- Não tenho tempo suficiente para mim próprio	24	68,6	11	31,4	0	0	0		
6- A pessoa de quem cuido depende de mim para se movimentar	22	62,9	10	28,6	3	8,6	0	0		
13- A pessoa de quem cuido necessita de muita ajuda nos seus cuidados pessoais	21	60,0	11	31,4	3	8,6	0	0	9,7	2,4
15- Ando a dormir pior por causa desta situação	28	80,0	6	17,1	1	2,9	0	0		
21- A qualidade da minha vida piorou	22	62,9	12	34,3	1	2,9	0	0		
23- A minha saúde ficou abalada	19	54,3	14	40,0	2	5,7	0	0		
24- A pessoa de quem cuido sofre de incontinência (não controla as necessidades)	24	68,6	11	31,4	0	0	0	0		

Na tabela 15 está representada a dimensão "consequências do cuidar" que evidenciou agora uma média de 9,6 pontos e desvio padrão de 2,1 pontos (min: 7; máx:15) valor também inferior ao ponto médio teórico da dimensão e ao observado

antes da intervenção. Em relação às questões "Por vezes sinto-me de mãos atadas sem poder fazer nada para dominar a situação" foi assinalada por 14,3 % dos inquiridos; "Por vezes a pessoa de quem estou a cuidar exige demasiado de mim" e "O comportamento de quem cuido causa problemas" registada por 5,7 % dos cuidadores; "A pessoa de quem cuido chega a pôr-me fora de mim" foi assinalada por 2,9 % da amostra; Os itens "Afasta-me do convívio com outras pessoas e outras coisas de que gosto", "Não estou com os meus amigos tanto quanto gostaria" e "Cuidar desta pessoa não me dá qualquer satisfação" não foram agora assinalados por nenhum dos cuidadores.

Tabela 15 - Consequências do cuidar pós intervenção

Variáveis	Não acontece no meu caso		Não me perturba		Causa-me alguma perturbação		Perturba-me muito		Média	Desvio Padrão	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%			
<i>Consequências do Cuidar</i>	2- Por vezes sinto-me “de mãos atadas” / sem poder fazer nada para dominar a situação	21	60,0	9	25,7	5	14,3	0	0		
	5- A pessoa de quem cuido chega a pôr-me fora de mim	22	62,9	12	34,3	1	2,9	0	0		
	8- Afasta-me do convívio com outras pessoas e outras coisas de que gosto	26	74,3	8	22,9	0	0	0	0	9,6	2,1
	11- Por vezes a pessoa de quem estou a cuidar exige demasiado de mim	23	65,7	10	28,6	2	5,7	0	0		
	18- Não estou com os meus amigos tanto quanto gostaria	20	57,1	15	42,9	0	0	0	0		
	25- O comportamento de quem cuido causa problemas	24	68,6	9	25,7	2	5,7	0	0		
	26- Cuidar desta pessoa não me dá qualquer satisfação	26	74,3	9	25,7	0	0	0	0		

Por último, na dimensão "apoios sociais e de saúde" verifica-se uma média de 5,0 e desvio padrão de 1,1 pontos (min: 4; máx:9). Também aqui o valor da média é inferior ao ponto médio teórico da dimensão e ao observado antes da intervenção. Na questão " Parece-me que os técnicos de saúde (médicos, enfermeiros, assistentes sociais, etc.) não fazem bem ideia dos problemas que os prestadores de cuidados enfrentam " obteve-se 2,9 % das respostas. Finalmente, as questões "Traz-me problemas de dinheiro", "Não recebo apoio suficiente dos serviços de saúde e dos serviços sociais" e "Esta situação faz-me sentir culpado" não foram assinaladas por nenhum dos cuidadores (Tabela 16).

Tabela 16 - Apoios sociais e de saúde pós intervenção

<i>Variáveis</i>	<i>Não acontece no meu caso</i>		<i>Não me perturba</i>		<i>Causa-me alguma perturbação</i>		<i>Perturba-me muito</i>		<i>Média</i>	<i>Desvio Padrão</i>
	<i>Nº</i>	<i>%</i>	<i>Nº</i>	<i>%</i>	<i>Nº</i>	<i>%</i>	<i>Nº</i>	<i>%</i>		
4- Traz-me problemas de dinheiro	24	68,6	11	31,4	0	0	0	0		
7- Parece-me que os técnicos de saúde (médicos, enfermeiros, assistentes sociais, etc.) não fazem bem ideia dos problemas que os prestadores de cuidados enfrentam	24	68,6	10	28,6	1	2,9	0	0	5,0	1,1
27- Não recebo apoio suficiente dos serviços de saúde e dos serviços sociais	28	80,0	7	20,0	0	0	0	0		
30- Esta situação faz-me sentir culpado	30	85,7	5	14,3	0	0	0	0,0		

4.3 Comparação de resultados pré e pós intervenção

A comparação de resultados pré e pós intervenção vai ao encontro dos objetivos definidos durante a realização deste projeto de intervenção. Antes da intervenção, os dados sugerem que os cuidadores informais apresentam dificuldades ao nível das implicações familiares, relações familiares, reações ao cuidar, consequências ao cuidar e apoios sociais e de saúde o que poderá estar associado à falta de formação e preparação para lidar com a dependência do idoso.

Relativamente à dimensão "implicações familiares", verifica-se que antes da intervenção a amostra apresentava uma média de 13,7 pontos e, após a intervenção essa média desceu para 9,5 pontos. A aplicação do teste de Wilcoxon confirma que as médias são significativamente diferentes (Wilcoxon = -3,065; $p=0,002$). Na dimensão "relações familiares", verifica-se que antes da intervenção a amostra apresentava uma média de 8,0 pontos e, após intervenção essa desceu para 6,8 pontos. A aplicação do teste de Wilcoxon confirma que as médias são significativamente distintas (Wilcoxon = -2,050; $p=0,040$). Em relação à dimensão "reações ao cuidar", verifica-se antes da intervenção a amostra apresentava uma média de 12,9 pontos e, após intervenção essa média teve um decréscimo para 9,7 pontos. A aplicação do teste de Wilcoxon confirma que as médias são significativamente distintas (Wilcoxon = -2,998; $p=0,002$). Verifica-se na dimensão "consequências ao cuidar", que antes da intervenção os cuidadores apresentavam uma média de 12,0 pontos e, após intervenção a média desceu para 9,6 pontos. Na aplicação do teste de Wilcoxon confirma que as médias são significativamente diferentes (Wilcoxon = -2,445; $p=0,013$). Por último em relação à dimensão "apoios sociais", verifica-se antes da intervenção uma média de 6,4 pontos e, após intervenção 5,0 pontos o que revela uma diminuição. A aplicação do teste de Wilcoxon confirma que as médias são significativamente diferentes (Wilcoxon = -2,350; $p=0,017$) (Tabela 17).

Tabela 17 - Comparação de médias (Teste de Wilcoxon)

<i>Variáveis</i>	Comparação de médias		Wilcoxon	Nível de significância
	Antes da intervenção	Após intervenção		
Implicações familiares	13,7	9,5	-3,065	0,002
Relações familiares	8,0	6,8	-2,050	0,040
Reações ao cuidar	12,9	9,7	-2,998	0,002
Consequências do cuidar	12,0	9,6	-2,445	0,013
Apoios Sociais e de Saúde	6,4	5,0	-2,350	0,017

CAPÍTULO V. Discussão dos Resultados

A amostra de cuidadores estudada revela que 71,4% dos cuidadores são do género feminino e 28,6% masculino, os cuidadores possuem uma média de 57,5 anos (min: ≤ 30 anos e máx: ≥ 70 anos), o cuidado recaí maioritariamente sobre a faixa etária ≥ 70 anos. Mata, Pimentel e Sousa (2012) realçam que a prestação do cuidado está associada às pessoas do género feminino, com uma média de idade dos 60 anos, sendo no entanto o predomínio maior na faixa etária de 70 anos. Posto isto, os resultados deste estudo vão ao encontro dos referidos autores, o género masculino começa-se a evidenciar na prestação de cuidados. Isto deve-se a uma alteração da mentalidade onde anteriormente se verificava a distinção entre "trabalhos de cariz feminino" e "trabalhos de cariz masculino" e onde a mulher aparecia como cuidadora do lar e da família, o que no presente com a adaptação aos novos estilos de vida e as novas exigências da sociedade estas ideologias se encontram em mudança (Melo, 2009; Tobio, Tomás, Gómez & Palomo, 2010).

O cuidado ao idoso dependente traz repercussões para o prestador de cuidados durante a sua prestação, principalmente quando é assegurado de uma forma contínua. Neste estudo constata-se que 76,8% dos cuidadores prestam cuidados cerca de 12 a 24 horas diárias, a grande maioria dos cuidadores (69,9%) não recebe qualquer apoio ou ajuda na prestação do cuidado, sendo que 35,7% apresentam alguma incapacidade ou doença o que os torna mais desprotegidos face às necessidades da prestação do cuidado e ao seu autocuidado. No que diz respeito à atividade profissional, 50,2% dos cuidadores possui uma atividade afeta ao terceiro setor, o que pode evidenciar as dificuldades dos cuidadores ao desempenhar a sua função de cuidar com a atividade profissional. Mata e Rodríguez (2012b) no seu estudo referem que 17,2% dos 232 cuidadores colocam a hipótese de abandonar a sua atividade profissional.

As maiores dificuldades diagnosticadas aquando da primeira colheita de dados centraram-se nas dimensões "implicações familiares e pessoais" (média = 13,7), "reações ao cuidar" (média = 12,9) e "consequências do cuidar" (média = 12,0). Sequeira (2010) no seu estudo efetuado em 2007 junto de 182 cuidadores de idosos dependentes com e sem demência, conclui que os cuidadores se deparam com mais dificuldades relativamente às restrições sociais, problemas relacionais, falta de apoio familiar e exigências do cuidar que lhes estão associadas. Conclui ainda, que isto se deve, à falta de informação e preparação para o desempenho do papel. Também Mata e Rodríguez (2012b) no estudo a 232 cuidadores referem que a pessoa que assume o papel de cuidar não possui formação específica para desenvolver uma série de novas tarefas com que se depara e sobre o qual se assinala complexidade e, agravando mais a situação, em Portugal esse tipo de formação revela-se escassa, o que vai ao encontro dos resultados obtidos no presente estudo.

Santos (2008) na investigação que desenvolveu junto de 30 cuidadores salienta que as principais dificuldades sentidas pelos cuidadores assentam no cansaço físico, doença e agravamento do estado de dependência do idoso, nos problemas psicológicos devidos à não-aceitação do estado de dependência quer pelo cuidador quer pelo idoso, e que podem conduzir a sentimentos de solidão, tristeza e angústia. Os cuidadores referem ainda dificuldades nos relacionamentos sociais e problemas financeiros.

Os cuidadores apresentam insatisfação para com as políticas sociais, tanto pelo baixo valor das reformas que os idosos auferem, como pelos poucos apoios sociais dos quais podem usufruir. A responsabilidade do cuidado recai, na grande maioria das vezes, numa pessoa com poucos conhecimentos e técnicas para a execução do cuidado. Também a falta de condições habitacionais referida pelos cuidadores constituintes da amostra estudada conduzem à dificuldade de acesso e implementação de ajudas técnicas pelo que, se sentem obrigados a efetuarem obras e ajustes nas habitações, muitas das vezes sem a colaboração de outros familiares, facto que conduz ao aumento do seu estado de sobrecarga económica e financeira.

Ricarte (2009) conclui no estudo que desenvolveu junto de 78 cuidadores, que as dificuldades dos cuidadores informais assentam no cansaço físico e psíquico pelo acumular de funções. Salienta a incapacidade física, emocional e psicológica, que dá origem muitas vezes a um estado de sobrecarga e à não-aceitação do estado de dependência do idoso. Segundo o estudo de Silveira, Caldas e Carneiro (2006) realizado

a 24 cuidadores são sentidas dificuldades pelos cuidadores a nível comportamental e relacionamento com o idoso gerando-se muitas vezes episódios de agressões físicas e verbais, o que dificulta o relacionamento idoso-cuidador, aspeto igualmente verificado no presente estudo, dado que os cuidadores evidenciaram também, a dificuldade na prestação de cuidados pelo facto de existirem incompatibilidades de feitios e comportamentos agressivos por parte do idoso.

Por sua vez, Paterson e Burgess (2009) no estudo realizado a 607 cuidadores afirmam que as dificuldades apresentadas pelos cuidadores são emocionais, falta de tempo para eles mesmos e o stress, factos que corroboram os resultados obtidos no presente estudo, dado que os cuidadores estudados salientaram que prestar cuidados é difícil por falta de disponibilidade, pois ao iniciarem a prestação do cuidado ficaram muitas vezes sem tempo para eles. Verificou-se igualmente que 43 (76,8%) cuidadores da amostra prestam um cuidado contínuo de 12 a 24 horas diárias e, que este cuidado, é prestado maioritariamente pelas filhas (33,9%,) seguindo-se as esposas (23,2%) e os filhos 17,9%. Estes dados são corroborados por inúmeros estudos entre os quais o de Mata e Rodríguez (2012b) a 232 cuidadores onde concluem que predomina entre os cuidadores o género feminino na prestação do cuidado, sendo estas maioritariamente filhas, sendo o cuidado prestado principalmente de forma contínua.

O número de cuidadores informais está a aumentar, juntamente com as responsabilidades que esse cuidado impõe, colocando maior número de desafios aos apoios sociais existentes. Dos cuidadores estudados 69,6% não recebe qualquer apoio, tornando-os mais vulneráveis a alterações na sua saúde física e mental. De facto 35,7% apresentam alguma doença ou incapacidade. Apesar disso, não é possível estabelecer uma relação de causa-efeito entre a prestação de cuidados e a situação de saúde do cuidador, pois tal não constituiu objetivo deste estudo. De salientar no entanto que outras investigações salientam a existência de várias perturbações na saúde do cuidador diretamente relacionadas com a função do cuidar (Allen, 2003; Calero, 2009; Nakatani, Souto, Paulette, Melo, & Souza, 2003; Scott, 2006), assim como uma pior autopercepção da sua saúde física e mental (Larrinoa *et al.* 2011). Também no estudo junto de 1005 cuidadores desenvolvido por Bethell, Lansky e Fiorillo (2001) se concluiu que, apesar de os cuidadores estarem a cuidar de outra pessoa, apenas 34% dos inquiridos se sentiam "muito confiantes" quanto ao facto de tratarem da sua própria saúde.

Nem sempre os cuidadores assumem esta função por opção voluntária. Muitas vezes ela assume-se como a única solução para o problema, dada a escassez de apoio formal ou informal, facto que aliado à dificuldade em lidarem com a dependência do idoso cuidado bem como ao desconhecimento acerca da mesma, pode gerar situações de stress, sintomas depressivos, desgaste físico e emocional. Este facto foi também mencionado pelos cuidadores estudados, pelo que se procurou minimizar as dificuldades mais sentidas durante a prestação do cuidado através da colocação em prática de um plano de intervenção desenhado para o efeito.

A formação a prestar não se deve restringir apenas à prestação do cuidado ao idoso. Deverá abordar também o autocuidado do cuidador, promovendo a sua saúde física e psíquica através de horas de descanso, de uma rede secundária de cuidadores, devendo ainda consciencializar o cuidador e as instituições sobre a prestação de cuidados, elaborando um diagnóstico das necessidades dos cuidadores e idosos dependentes (Sánchez, 2004; Berjano, 2005).

Desta forma, o plano de intervenção foi elaborado atendendo às dificuldades diagnosticadas previamente e implementado através da realização de sessões teórico – práticas, tentando dotar o cuidador de competências na arte do cuidar através da utilização dos recursos que lhe estão disponíveis, capacitando-os ainda para as respostas a situações mais constrangedoras.

Luzardo, Gorini e Silva (2006) no estudo com 50 cuidadores, bem como Paterson e Burgess (2009) com base no estudo de 607 cuidadores, referem que o cuidador de idosos necessita ser orientado acerca da forma como proceder nas situações de maior dificuldade, bem como, ser acompanhado periodicamente por profissionais que o auxiliem nas diversas funções do ato.

Méndez, Furlong, Baltar e González (2006) aponta para o facto de os cuidadores serem orientados e apoiados para a execução das suas atividades diárias, dando-lhes a oportunidade de participar e decidir em intervenções psico-educativas e psicoterapêuticas, contribuindo para o aumento da sua autoeficácia e auto estima e melhorando conseqüentemente a prestação do cuidado.

Esse facto parece evidente no presente estudo, dado que os resultados obtidos no pós intervenção são inferiores aos verificados na fase diagnóstica. De facto, em todas as

dimensões se verificou uma redução nas médias obtidas pelos cuidadores após o programa de intervenção.

Devido às limitações de disponibilidade dos cuidadores apenas 35 estiveram presentes na intervenção. As intervenções efetuadas são limitadas, pois o seu contacto é muito reduzido, visto que a grande maioria não têm um suporte de apoio para assegurar a prestação do cuidado quando necessita de se ausentar, o que os leva por acabem de desistir dos programas de intervenção.

Ferrer, Gómez, Rigla e Lopes (2006) e Crespo e Lopez (2007) apontam a necessidade de se efetuarem programas de curta duração, com uma equipa formada para lidar com problemas emocionais dos cuidadores durante a implementação da formação. Referem ainda, que os programas efetuados no domicílio do idoso dependente são mais benéficos para um reduzido grupo, pois permitem ir ao encontro do cuidador.

O estudo de Marques e Dixe (2010) a 107 idosos dependentes comprova que os cuidadores sentem apoio pelos profissionais de saúde, onde a maior parte dos inquiridos reconheceu recorrer ao serviço de urgência com frequência, pois sentiam necessidade de apoio médico e de enfermagem, o que sustenta a necessidade de envolver uma equipa multidisciplinar em articulação com os profissionais de saúde, serviços sociais e cuidadores. Também Aramburu, Izquierdo e Romo (2001) afirmam que os cuidadores, no seu estudo a 73 cuidadores, referiram sentir necessidade de maior apoio formal.

Confrontando, com as dificuldades sentidas pelos cuidadores, obtidas na fase diagnóstica, verifica-se que os cuidadores evidenciaram menos dificuldades de apoio, valorização e reconhecimento de todo o seu trabalho desenvolvido.

Principais Conclusões, Limitações e Sugestões do Estudo

O cuidado a idosos dependentes no domicílio coloca inúmeros desafios ao prestador de cuidados que muitas vezes se depara com dificuldades associadas às características da pessoa cuidada e do cuidador, bem como à falta ou pouca preparação para execução da função do cuidar, facto que motivou o presente estudo e do qual se apresentam as seguintes conclusões.

Do estudo efetuado a amostra de cuidadores realça-se o predomínio de pessoas do género feminino, filhas, casadas/união de facto com habilitações literárias do ensino básico, evidenciam-se também o facto de mais de 1/4 da amostra estudada pertencer ao género masculino, motivo que, atendendo às características culturais associadas à história do cuidar poderá ainda concorrer para a existência de mais dificuldades.

A idade dos cuidadores deverá por si só constituir motivo para incentivo à existência de rede sociais de apoio formais e informais dado que os cuidadores mais idosos, e atendendo às limitações decorrentes do processo de envelhecimento, podem evidenciar dificuldades acrescidas na prestação de cuidados.

Também a maioria dos cuidadores não recebe qualquer tipo de ajuda, motivada muitas vezes pela ausência de familiares para a prestarem. De facto, na realidade estudada, muitos dos filhos/as têm necessidade de abandonar a localidade de residência em busca de oportunidades de melhoria das suas condições de vida. A falta de apoio no cuidado gera ainda dificuldades para o cuidador se poder ausentar para participar em programas de apoio à prestação do cuidado. Assim, denota-se aqui a necessidade da existência de serviços formais, voluntários, entre outros, que possam cooperar na minimização das dificuldades dos cuidadores.

A falta de formação/preparação para lidar com o idoso dependente pode ainda gerar por si só ansiedade, preocupação, cansaço físico e stress no cuidador. Neste estudo, o cuidador sente-se incapaz de dar resposta a situações constrangedoras e de se

auto-organizar, muitos deles deixam de ter tempo para si próprios, para a família e amigos, o que os leva ao isolamento.

A formação / preparação para lidar com a dependência do idoso, dirigida ao cuidador informal não se deve restringir apenas à prestação do cuidado dirigido ao idoso, mas também se devem efetuar intervenções no cuidador para o seu autocuidado e autoeficácia.

Verificamos que os cuidadores apresentam uma diminuição das pontuações médias em todas as dimensões, pelo que é possível concluir que a intervenção foi eficiente. Visto isto, salienta-se a importância de dar continuidade à implementação de programas educativos e a necessidade de se criarem estratégias de intervenção e redes de suporte formal ou informal de apoio ao cuidador, família e idoso a ser cuidado, de modo a beneficiar a qualidade de vida do próprio cuidador, mas também do indivíduo a ser cuidado.

Enquanto diretora técnica de uma instituição de apoio ao idoso e ao cuidador, fica aqui o compromisso da continuidade dessa atividade.

O maior constrangimento durante a intervenção foi por não ser possível da parte do SAD do CSPNSA assegurar a prestação do cuidado no domicílio do idoso dependente, por falta de recursos humanos e económicos, para que fosse possível todos os cuidadores da amostra (56) frequentarem as sessões de formação/informação. O ideal seria fazer-lhe chegar a informação ao seu domicílio através de uma equipa multidisciplinar.

Seria bom que os organismos governamentais desenvolvessem políticas sociais de apoio ao cuidador informal, envolvendo as IPSS, Câmaras Municipais, Juntas de Freguesia, Unidades de Saúde e Segurança Social, como por exemplo, a criação de um gabinete de apoio ao cuidador; uma linha telefónica de ajuda; promover grupos de voluntariado com formação adequada que auxiliem o cuidador aquando da necessidade de este se ausentar e na própria prestação de cuidado; criar um pacote de serviços vocacionado para o cuidador; técnicas de relaxamento, estratégias de coping; envolver uma equipa multidisciplinar junto das instituições de ensino superior para a avaliação

do cuidador ao nível psíquico, físico e social e elaboração de um plano de desenvolvimento do cuidador e idoso.

Referências Bibliográficas

1. Allen, C. (2003). Ensuring the Health and Wellness of our Nation's Family Caregivers. *Town Hall Meeting* (pp. 1-4). Washington D.C.: U.S. Department of Health and Human Services.
2. Andrade, F. (2009). *O cuidado informal à pessoa idosa dependente em contexto domiciliário: Necessidades educativas do cuidador principal*. Minho: Editora Universidade do Minho.
3. Aramburu, I., Izquierdo, A., & Romo, I. (2001). Análisis comparativo de necesidades psicosociales de cuidadores informales de personas afectadas de Alzheimer y ancianos con patología no invalidante. *Rev Mult Gerontol*, 11(2), pp. 64-71.
4. Berjano, E. (2005). Dependencia y calidad de vida en las personas mayores. *Rev Mult Gerontol*, 15 (3), pp. 144-154.
5. Bethell, C., Lansky, D., & Fiorillo, J. (2001). *A portrait of informal caregivers in America*. Facct - The Foundation for Accountability e The Robert Wood Johnson Foundation.
6. Brito, L. (2001). *A Saúde Mental dos Prestadores de Cuidados a Familiares Idosos*. Coimbra: Quarteto.
7. Calero, R. M. (2009). Variables cognitivas y socioculturales que intervienen en la relacion cuidador informal y personal mayor dependiente. Tese de doutoramento. Universidade de Granada.
8. Câmara Municipal de Bragança, (2007). *Juntas de freguesia*. Obtido em 3 de Dezembro de 2011, da página web da Câmara Municipal de Bragança: <http://www.cm-braganca.pt/document/448112/505022.pdf>
9. Carranza, H. J., & Torrejon, M. C. J. (2005). Atención Farmacéutica en geriatría. In L. E. M. Núñez & H. J, Carranza (eds.), *Apoyo y orientación al cuidador*. Madrid: Elsevier.
10. Centro Social e Paroquial de Nossa Senhora da Assunção, (2004). *Estatutos do Centro Social e Paroquial de Nossa Senhora da Assunção*. Centro Social e Paroquial de Nossa Senhora da Assunção, Rebordãos: Documentação Técnica.
11. Centro Social e Paroquial de Nossa Senhora da Assunção, (2011). *Regulamento Interno do Centro Social e Paroquial de Nossa Senhora da Assunção*. Centro Social e Paroquial de Nossa Senhora da Assunção, Rebordãos: Documentação Técnica.
12. Coelho, A. M. R. (2011). Cuidar: Uma conduta ética. *Revista Nursing*, Janeiro; p.10.

13. Costa, A.C., & Silva, M.E.D. (2000). Estudo exploratório sobre o bem-estar psicológico de familiares cuidadores de idosos com doença crónica. *Geriatrics*, 13 (126), pp. 15-18.
14. Crespo, M., & Lopez, J. (2007). Intervenções com cuidadores familiares de dependentes idosos: Uma revisão. Universidad San Pablo CEU e Universidad Complutense de Madrid. *Psicothema*, 19 (1), pp. 72- 80.
15. Diogo, D. J. M., & Duarte, O. A. Y. (2005), *Atendimento Domiciliar: um enfoque gerontológico*. Rio de Janeiro: Editora Atheneu.
16. Driusso, P., & Chiarello, B. (2007). *Fisioterapia Gerontológica*. 1ª ed. Brasil: Manole.
17. Fernandes, A., & Rodrigues, A. L. (2011). *Monografia das Freguesias do concelho de Bragança*. Bragança: Editora Câmara Municipal de Bragança.
18. Ferrer, J. G., Gómez, S. C., Rigla F. R., & Lopes, V. S. (2006). *La sobrecarga de las cuidadoras de personas dependientes: análisis y propuestas de intervención psicosocial*. Polibienestar.
19. Fonseca, A. M. (2004). *O Envelhecimento - Uma Abordagem Psicológica*. Lisboa: Universidade Católica Portuguesa.
20. Fontaine, R. (2000). *Psicologia do Envelhecimento*. 1ª ed. Lisboa: Climepsi.
21. Garcia, J. (2010). *Los tiempos del cuidado El impacto de la dependência de los mayores en la vida cotidiana de sus cuidadores*. Madrid: IMSERSO. Obtido em 10 de Novembro de 2011, em: <http://www.imsersomayores.csic.es-/documentos/documentos/rogerotiemposcuidado-imserso.pdf>
22. Gomes J. M., & Mata A. (2012). A família provedora de cuidados ao idoso dependente. In F. Pereira (ed.), *Teoria e Prática da Gerontologia: um guia para cuidadores de idosos*. 1ªed. Viseu: PsicoSoma.
23. Hulley, S. B., Cummings, S. R., Browner, W. S., Grady, D. G., & Newman, T.B. (2008). *Delineando a Pesquisa Clínica: Uma abordagem epidemiológica*. 3ª ed. Artmed.
24. Imaginário, I. M. C. (2004). *O idoso dependente em contexto familiar: uma análise da visão da família e do cuidador principal*. Coimbra: Editora Formasau.
25. Instituto da Segurança Social, (2004). *Manual de Boas práticas: Um guia para o acolhimento residencial das pessoas mais velhas - Para dirigentes, profissionais, residentes e familiares*. Lisboa: Edição Instituto da Segurança Social, I.P.
26. Instituto Nacional de Estatística, (2011). Obtido em 20 de Maio de 2012, da página web do Portal do Instituto Nacional de Estatística: http://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_indicadores&indOcorrCod=0005889&selTab=tab0.
27. Jackson, S. L. (2011). *Research Methods and Statistics: A critical thinking approach*. 4ª ed. Wadsworth: Cengage Learning.

28. Jacob, L. (2007). *Animação de idosos*. Coleção idade do Saber, (6). Lisboa: Editora Ambar.
29. Jacob, L. (2012). Respostas Sociais para Idosos em Portugal. In F. Pereira (ed.), *Teoria e Prática da Gerontologia: um guia para cuidadores de idosos*. 1ªed. Viseu: PsicoSoma.
30. José, J. S., Wall, K., & Correia, S. V. (2002). *Trabalhar e cuidar de um idoso dependente: Problemas e soluções*. Lisboa: Instituto de Ciências Sociais da Universidade de Lisboa.
31. Larrinoa, P., Martínez, S., Ortiz, N., Carrasco, M., Solabarrieta, J., & Gómez, I. (2011). Autopercepción del estado de salud em familiares cuidadores y su relación con el nivel de sobrecarga. *Psicothema*. 23 (3), pp. 388-393.
32. Leão, C. M. (2000). *Utentes com apoio domiciliário: Que cuidados de enfermagem?* Portalegre: Escola Superior de Enfermagem de Portalegre.
33. Lima, P.M. (2010). *Envelhecimento (s). Estado de arte*. Coimbra: Imprensa da Universidade de Coimbra.
34. Luzardo, R. A, Gorini, M. I. P. C., & Silva, A. P. S. S. (2006). Características de idosos com doença de Alzheimer e seus cuidadores: uma série de casos em um serviço de neurogeriatria. *Enferm*, 15 (4), pp. 587-94.
35. Marques, R., & Dixe, M. A. (2010). Dificuldades dos cuidadores de doentes dependentes. *International Journal of Developmental and Educational psychology*, 1(1), pp. 487-497.
36. Martín, I. (2005). O cuidado informal no âmbito social. In C. Paúl & A. M., Fonseca (eds.), *Envelhecer em Portugal*. Lisboa: Climepsi Editores.
37. Mata, M. A. P., & Rodríguez, M. T. V. (2012a). Autoeficácia do cuidador informal de idosos. In F. Pereira (ed.), *Teoria e Prática da Gerontologia: um guia para cuidadores de idosos*, 1ªed. Viseu: PsicoSoma.
38. Mata, M. A. P., & Rodríguez, M. T. V. (2012b). El cuidado no remunerado de mayores dependientes en el el noreste de Portugal. *Prisma Social: revista de ciencias sociales*, (8), Junho, pp. 333-357.
39. Mata, M. A. P., Pimentel, M. H. & Sousa, M. F. G. (2012). Solidão em cuidadores informais de idosos dependentes e sua relação com a sobrecarga do cuidador. In Congresso Ibérico: *Contextos de Investigação em Saúde*. Escola Superior de Enfermagem Dr. José Timóteo Montalvão Machado,
40. Medeiros, F. (2010). *Um mar de possibilidades: a medicina no passado, presente e futuro*. Brasil: Biblioteca 24 horas, (2).
41. Medeiros, M. C. S. (2000). *A prestação de cuidados á população idosa: Inquérito a uma amostra de população idosa dependente e aos seus prestadores de cuidados, na cidade de Lisboa*. Monografia da Licenciatura em Política Social não publicada. Lisboa: Universidade Técnica de Lisboa, Instituto Superior de Ciências Sociais e Políticas.

42. Melo, G. (2009). A experiência vivida de homens (cônjuges) que cuidam de mulheres com demência. *Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia*, 12 (3), pp. 319-330.
43. Méndez, M.C., Furlong, L. V., Baltar, A. L., & González, M. M. (2006). Actividad y Salud Mental en Cuidadores de Personas Mayores Dependientes. *Spanish Journal of Occupational Therapy*, 1 (1), pp. 22-30.
44. Ministério do Trabalho e Solidariedade Social, (2009). *Carta Social: Rede de serviços e equipamentos*. Lisboa: Gabinete de Estratégia e Planeamento (GEP). Relatório de 2009.
45. Moura, C. (2006). *Século XXI: Século do envelhecimento*. 1ª ed. Loures: Editora Lusociência.
46. Nakatani, A., Souto, C., Paulette, L., Melo, T., & Souza (2003). Perfil dos cuidadores informais de idosos com deficit de autocuidado atendidos pelo programa de Saúde Familiar. Obtido em 20 de Agosto de 2010, de *Revista Eletrônica de Enfermagem*, 5 (1), pp. 15-20. <http://www.revistas.ufg.br/index.php/fen/article/viewFile/773/863>
47. Neri, A. L., & Carvalho, V. A. M. L. (2002). O bem-estar do cuidador: aspectos psicossociais. In E. V. Freitas & col. (eds.), *Tratado de Geriatria e Gerontologia*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan.
48. Paschoal, S. M. P. (2007). Autonomia e Independência. In M. P. Netto (ed.), *Tratado de gerontologia*. 2ª ed.. São Paulo: Atheneu, pp. 609-621.
49. Paterson A. D., & Burgess J. M. (2009). *Sustaining Informal Caregivers: New York State Caregiver Support Programs Participants Survey*. New York: State office for the aging.
50. Paúl, C., & Fonseca, M. A. (2005). *Envelhecer em Portugal: Psicologia, saúde e prestação de cuidados*. 1ª ed. Lisboa: Editora Climepsi Editores.
51. Paúl, C. (1997). *Lá para o fim da vida. Idosos, Família e Meio Ambiente*. Coimbra: Editora Almedina.
52. Ribeiro, J. (2010). *Metodologia de Investigação em psicológica da Saúde*. Porto: Editora Livpsic.
53. Ricarte, L. F. C. S. (2009). *Sobrecarga do cuidador informal de idosos dependentes no Concelho da Ribeira Grande*. Tese de Mestrado não publicada. Porto: Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar.
54. Sánchez, M. J. P. (2004). Atención de enfermería hacia el cuidador principal de paciente com enfermedad de alzheimer. Prevencion y cuidados en el "síndrome del cuidador". *Enfermería Científica*, (264-265), pp. 16-22.
55. Santos, C. F. P. (2000). *A depressão no idoso - estudo da relação entre factores pessoais e situacionais e manifestações da depressão*. Coimbra: Editora: Quarteto.
56. Santos, D. I. F. A. (2008). *As vivências do cuidador informal na prestação de cuidados ao idoso dependente: Um estudo no concelho da Lourinhã*. Tese de Mestrado não publicada. Lisboa: Universidade Aberta.

57. Santos, S. M. A. (2003). *O cuidador em ambiente familiar de idosos com demências: um enfoque qualitativo em famílias de origem Nipo-Brasileira*. Tese de Doutorado não publicada. S. Paulo: Universidade Estadual de Campinas.
58. Scott, J. A. (2006). Informal caregiving. *Blaine House Conference on Aging* (pp. 1-12). Orono, Maine: Muskie School of Public Health and Main Department of Health and Human Services.
59. Sequeira, C. (2010). *Cuidar de idosos com dependência física e mental*. Porto: Lidel.
60. Silveira, T. M., Caldas, C. P., & Carneiro, T. F. (2006). Cuidando de idosos altamente dependentes na comunidade: um estudo sobre cuidadores familiares principais. *Cad. Saúde Pública*, 22 (8), pp. 1629-1638.
61. Sousa, L., Figueiredo, D., & Cerqueira, M. (2006). *Envelhecer em familiar: os cuidados familiares na velhice*. Porto: Editora Ambar
62. Tobio, C., Tomás, M. S., Gómez, M. V., & Palomo, M. T. (2010). *El cuidado de las personas: Un reto para el siglo XXI*. Barcelona: Fundación "la Caixa".
63. Uriarte, A., Leturia, M., Leturia, J. F., & Yanguas, J. J. (2002). *Intervención Psicosocial en Gerontología: Manual práctico*. 2ª ed. Madrid: Cáritas.
64. Vicente, A. (2002). *Os poderes das mulheres. Os poderes dos homens*. Lisboa: Gótica.
65. Villar, F. (2009). *Discapacidad, dependencia y autonomia en la vejez*. Barcelona: Editorial Aresta SC.
66. Vono, E. Z. (2009). *Bem no Mal de Alzheimer*. São Paulo: Editora Senal.

ANEXOS

Anexo I. Consentimento informado e declaração de autorização para a recolha de dados

CONSENTIMENTO INFORMADO

O presente trabalho de investigação tem como principal objetivo Avaliar as dificuldades dos cuidadores informais de idosos dependentes antes e depois de um plano de intervenção a desenvolver.

Para que o objetivo do estudo possa ser alcançado a sua colaboração é fundamental.

Este estudo não lhe trará nenhuma despesa ou risco. As informações serão recolhidas através de um instrumento de avaliação não invasivo. Estas informações são confidenciais, não serão reveladas a terceiros, nem publicadas individualmente.

A sua participação neste estudo é voluntária podendo retirar-se a qualquer altura, ou recusar participar, sem que tal facto tenha consequências para si.

DECLARAÇÃO

Eu, _____, declaro, por meio deste termo, que concordei em participar no estudo intitulado: “AVALIAÇÃO DAS DIFICULDADES DOS CUIDADORES INFORMAIS DE IDOSOS DEPENDENTES”, desenvolvido pela Mestranda Jacinta Almeida Lemos, Mestrado em Envelhecimento Ativo da Escola Superior de Saúde de Bragança.

Afirmo que aceitei participar por minha própria vontade, sem receber qualquer incentivo financeiro e com a finalidade exclusiva de colaborar para o sucesso da pesquisa.

Fui informado (a) do objetivo do estudo, que em linhas gerais é avaliar as dificuldades dos cuidadores informais de idosos dependentes antes e depois de um plano de intervenção a desenvolver em parceria com o Centro Social e Paroquial de Nossa Senhora da Assunção - Rebordãos. Os cuidadores Informais são residentes das freguesias de Rebordãos e Nogueira do Concelho de Bragança.

A minha colaboração far-se-á pelo fornecimento de informações em resposta à aplicação de instrumentos a ser feita pela aluna acima referida.

Fui informado (a) de que tenho total liberdade para recusar participar na pesquisa ou abandoná-la no seu decurso sem qualquer justificação e também, que será mantido o anonimato e confidencialidade do estudo.

Local de pesquisa: _____, ____ de _____ de 2011

Assinatura dos participantes: _____

Assinatura da pesquisadora local: _____

NOTA: O presente documento, é assinado em duas vias. Uma das vias ficará na posse do pesquisador e a outra na posse dos próprios participantes da pesquisa.

Obrigada pela sua colaboração

Anexo II. Instrumentos de recolha de dados

Instrumento de recolha de dados do Cuidador Informal

1. **Idade:** Anos

2. **Género:** Masculino Feminino

3. **Estado civil:** Solteiro (a) Casado (a)/União de facto

Viúvo (a) Divorciado (a)/Separado (a)

4. **Habilitações Literárias:** _____

5. **Parentesco com a pessoa a quem presta cuidados:** _____

6. **Profissão / Ocupação:** _____

7. **Nº de anos a prestar cuidados ao idoso:** Anos

8. **Nº de idosos a receber cuidados:**

9. **Tem ajuda no cuidado?** Sim Não

9.1. **Se sim, de quem?** _____

10. **O cuidado é contínuo?** Sim Não

10.1. **Se não, de quanto em quanto tempo?** _____

11. **Padece de alguma doença ou incapacidade?** Sim Não

11.1. **Se sim, de qual?** _____

A - Índice de Avaliação das dificuldades do Cuidador Informal - (CADI)

<i>Prestar cuidados pode ser difícil porque:</i>		<i>Não acontece no meu caso</i>	<i>Isto acontece no meu caso e sinto que:</i>		
			<i>Não me perturba</i>	<i>Causa-me alguma perturbação</i>	<i>Perturba-me muito</i>
1	Não tenho tempo suficiente para mim próprio				
2	Por vezes sinto-me “de mãos atadas” / sem poder fazer nada para dominar a situação				
3	Não consigo dedicar tempo suficiente às outras pessoas da família				
4	Traz-me problemas de dinheiro				
5	A pessoa de quem cuido chega a pôr-me fora de mim				
6	A pessoa de quem cuido depende de mim para se movimentar				
7	Parece-me que os técnicos de saúde (médicos, enfermeiros, assistentes sociais, etc.) não fazem bem ideia dos problemas que os prestadores de cuidados enfrentam				
8	Afasta-me do convívio com outras pessoas e outras coisas de que gosto				
9	Chega a transformar as minhas relações familiares				
10	Deixa-me muito cansado fisicamente				
11	Por vezes a pessoa de quem estou a cuidar exige demasiado de mim				
12	Deixou de haver o sentimento que havia na minha relação com a pessoa de quem cuido				
13	A pessoa de quem cuido necessita de muita ajuda nos seus cuidados pessoais				
14	A pessoa de quem cuido nem sempre ajuda tanto quanto poderia				

15	Ando a dormir pior por causa desta situação				
16	As pessoas da família não dão tanta atenção como eu gostaria				
17	Esta situação faz-me sentir irritado				
18	Não estou com os meus amigos tanto quanto gostaria				
19	Esta situação está a transtornar-me os nervos				
20	Não consigo ter um tempo de descanso, nem fazer uns dias de férias				
21	A qualidade da minha vida piorou				
22	A pessoa de quem cuido nem sempre dá valor ao que eu faço				
23	A minha saúde ficou abalada				
24	A pessoa de quem cuido sofre de incontinência (não controla as necessidades)				
25	O comportamento de quem cuido causa problemas				
26	Cuidar desta pessoa não me dá qualquer satisfação				
27	Não recebo apoio suficiente dos serviços de saúde e dos serviços sociais				
28	Alguns familiares não ajudam tanto quanto poderiam				
29	Não consigo sossegar por estar preocupado com os cuidados a prestar				
30	Esta situação faz-me sentir culpado				

Se entende que, no seu caso, há outras dificuldades resultantes da situação de estar a prestar cuidados, por favor indique-as a seguir e assinale, como fez atrás, em que medida elas o perturbam.

<i>Prestar cuidados pode ser difícil porque:</i>		<i>Não acontece no meu caso</i>	<i>Isto acontece no meu caso e sinto que:</i>		
			<i>Não me perturba</i>	<i>Causa-me alguma perturbação</i>	<i>Perturba-me muito</i>

Instrumento de recolha de dados ao Idoso dependente

Dados Biográficos

1. Idade:

Anos

2. Género:

Masculino

Feminino

3. Estado civil:

Solteiro(a)

Casado(a)/União de facto

Viúvo(a)

Divorciado(a)/Separado(a)

4. Habilitações Literárias:

5. Qual o motivo da dependência?

B1 - Índice de Atividades instrumentais de Vida Diária (Índice de Lawton e Brody)

AIVD	ITENS	COTAÇÃO
<i>Cuidar da Casa</i>	Cuida da casa sem ajuda	1
	Faz tudo, exceto o trabalho pesado	2
	Só executa tarefas leves	3
	Necessita de ajuda para todas as tarefas	4
	Incapaz de fazer alguma tarefa	5
<i>Lavar a roupa</i>	Lava a sua roupa	1
	Só lava pequenas peças	2
	É incapaz de lavar a sua roupa	3
<i>Preparar refeições</i>	Planeia, prepara e serve sem ajuda	1
	Prepara os ingredientes, se lhos derem	2
	Prepara pratos pré-cozinhados	3
	Incapaz de preparar as refeições	4
<i>Fazer compras</i>	Faz as compras sem ajuda	1
	Só faz pequenas compras	2
	Faz as compras acompanhado	3
	É incapaz de ir às compras	4
<i>Usar telefone</i>	Usa-o sem dificuldade	1
	Só telefona para lugares familiares	2
	Necessita de ajuda para o usar	3
	Incapaz de usar o telefone	4
<i>Usar transporte</i>	Viaja em transporte público ou conduz	1
	Só anda de táxi	2
	Necessita de acompanhamento	3
	Incapaz de usar transportes	4
<i>Usar dinheiro</i>	Paga as contas, vai ao banco, etc.	1
	Só em pequenas quantidades de dinheiro	2
	Incapaz de utilizar dinheiro	3
<i>Responsabilizar-se pelos medicamentos</i>	Responsável pela sua medicação	1
	Necessita que lhe preparem a medicação	2
	Incapaz de se responsabilizar pela medicação	3
TOTAL DE PONTOS		

PONTUAÇÃO	NÍVEL DE DEPENDÊNCIA
8	Independente
9 - 20	Moderadamente dependente, necessita de uma certa ajuda
> 20	Severamente dependente, necessita de muita ajuda

B2 - Índice de Atividades Básicas de Vida Diária (ABVD) - (Índice de Barthel)

<i>ITENS</i>	<i>ABVD</i>	<i>COTAÇÃO</i>	
1- Alimentação	Independente (Capaz de usar qualquer instrumento. Come num tempo razoável).	10	<input type="checkbox"/>
	Necessita de ajuda (Para cortar, para levar a comida à boca, etc)	5	<input type="checkbox"/>
	Dependente	0	<input type="checkbox"/>
2- Vestir	Independente (Veste-se, despe-se e ajusta a roupa. Aperta os sapatos, etc.)	10	<input type="checkbox"/>
	Necessita de ajuda (Pelo menos em metade das tarefas, mas realiza-as num bom tempo).	5	<input type="checkbox"/>
	Dependente	0	<input type="checkbox"/>
3- Banho	Independente (Toma banho geral no duche ou de banheira. Entra e sai do banho sem ajuda de terceiros)	5	<input type="checkbox"/>
	Dependente	0	<input type="checkbox"/>
4- Higiene corporal	Independente (Lava a face, mãos e dentes. Faz a barba).	5	<input type="checkbox"/>
	Dependente	0	<input type="checkbox"/>
5- Uso da casa de banho	Independente (Usa-a sem ajuda. Senta-se, levanta-se e arranja-se sozinho).	10	<input type="checkbox"/>
	Necessita ajuda (Para manter o equilíbrio, limpar-se e ajustar a roupa)	5	<input type="checkbox"/>
	Dependente	0	<input type="checkbox"/>
6- Controlo intestinal	Independente (Não apresenta episódios de incontinência. Se necessita de enemas ou clisteres, fá-lo sozinho).	10	<input type="checkbox"/>
	Incontinência ocasional (Episódios ocasionais de incontinência e necessita de ajuda para enemas ou clisteres.	5	<input type="checkbox"/>
	Incontinência fecal	0	<input type="checkbox"/>
7- Controlo vesical	Independente (Não apresenta episódios de incontinência. Se necessita de sonda ou coletor, cuida fá-lo sozinho).	10	<input type="checkbox"/>
	Incontinência ocasional (Episódios ocasionais de incontinência e necessita de ajuda para o uso de sonda ou coletor.	5	<input type="checkbox"/>

	Incontinente	0	<input type="checkbox"/>
8- Subir escadas	Independente (sobe e desce escadas. Pode usar um instrumento de apoio)	10	<input type="checkbox"/>
	Necessita de ajuda (Necessita de ajuda física ou de supervisão para subir / descer escadas).	5	<input type="checkbox"/>
	Dependente	0	<input type="checkbox"/>
9- Transferência cadeira – cama	Independente (Não necessita de qualquer ajuda. Se usa a cadeira de rodas, transfere-se sozinho).	15	<input type="checkbox"/>
	Necessita de ajuda mínima (Ajuda mínima e supervisão).	10	<input type="checkbox"/>
	Necessita de grande ajuda (É capaz de se sentar, mas necessita de muita ajuda para a transferência).	5	<input type="checkbox"/>
	Dependente	0	<input type="checkbox"/>
10- Deambulação	Independente (Caminha pelo menos 50 metros sozinho ou com ajuda de andarilho, canadianas).	15	<input type="checkbox"/>
	Necessita de ajuda (Caminha 50 metros com ajuda ou supervisão).	10	<input type="checkbox"/>
	Independente com cadeira de rodas (anda pelo menos 50 metros)	5	<input type="checkbox"/>
	Dependente	0	<input type="checkbox"/>

Total de pontos:

Classificação:

Pontuação	Nível de dependência
90 - 100	Independente
60 - 89	Ligeiramente dependente
40 – 55	Moderadamente dependente
20 - 35	Severamente dependente
< 20	Totalmente dependente

Anexo III. Carga fatorial das questões do CDI por fator e variância

Nº	Questões	Fatores					Alfa se item removido
		IFP	RF	RC	CC	ASS	
28	Alguns familiares não ajudam tanto quanto poderiam	0,863					0,851
16	As pessoas da família não dão tanta atenção como eu gostaria	0,716					0,874
3	Não consigo dedicar tempo suficiente às outras pessoas da família	0,670					0,877
29	Não consigo sossegar por estar preocupado com os cuidados a prestar	0,635					0,875
17	Esta situação faz-me sentir irritado	0,632					0,874
20	Não consigo ter um tempo de descanso, nem fazer uns dias de férias	0,531					0,872
10	Deixa-me muito cansado fisicamente	0,479					0,874
22	A pessoa de quem cuido nem sempre dá valor ao que eu faço		0,803				0,794
14	A pessoa de quem cuido nem sempre ajuda tanto quanto poderia		0,745				0,779
9	Chega a transformar as minhas relações familiares		0,641				0,822
12	Deixou de haver o sentimento que havia na minha relação com a pessoa de quem cuido		0,627				0,871
19	Esta situação está a transtornar-me os nervos		0,590				0,819
24	A pessoa de quem cuido sofre de incontinência (não controla as necessidades)			0,737			0,877
13	A pessoa de quem cuido necessita de muita ajuda nos seus cuidados pessoais			0,716			0,856
6	A pessoa de quem cuido depende de mim para se movimentar			0,703			0,868
23	A minha saúde ficou abalada			0,624			0,867

21	A qualidade da minha vida piorou			0,557			0,860
1	Não tenho tempo suficiente para mim próprio			0,493			0,880
15	Ando a dormir pior por causa desta situação			0,488			0,872
18	Não estou com os meus amigos tanto quanto gostaria				0,671		0,852
2	Por vezes sinto-me “de mãos atadas” / sem poder fazer nada para dominar a situação				0,658		0,859
26	Cuidar desta pessoa não me dá qualquer satisfação				0,652		0,891
11	Por vezes a pessoa de quem estou a cuidar exige demasiado de mim				0,630		0,877
5	A pessoa de quem cuido chega a pôr-me fora de mim				0,511		0,875
8	Afasta-me do convívio com outras pessoas e outras coisas de que gosto				0,451		0,867
25	O comportamento de quem cuido causa problemas				0,449		0,874
4	Traz-me problemas de dinheiro					0,738	0,600
27	Não recebo apoio suficiente dos serviços de saúde e dos serviços sociais					0,656	0,557
7	Parece-me que os técnicos de saúde (médicos, enfermeiros, assistentes sociais, etc.) não fazem bem ideia dos problemas que os prestadores de cuidados enfrentam					0,614	0,657
30	Esta situação faz-me sentir culpado					0,584	0,704
	Valores próprios	13,22	2,101	1,860	1,659	1,459	
	Variância total = 67,691	17,931	14,140	13,509	12,356	9,755	
	Consistência interna (alfa de Cronbach)						
	Global= 0,95	0,888	0,852	0,885	0,888	0,703	

Carga fatorial das questões do CDI por fator e variância

Anexo IV. Matriz das correlações entre os diferentes fatores e o global da escala das dificuldades

	<i>Consequências do cuidar</i>	<i>Reações ao cuidar</i>	<i>Implicações familiares e pessoais</i>	<i>Apoios sociais e de saúde</i>	<i>Relações familiares</i>	<i>Somatório global</i>
<i>Consequências do cuidar</i>	1					
<i>Reações ao cuidar</i>	0,719**	1				
<i>Implicações familiares e pessoais</i>	0,698**	0,730**	1			
<i>Apoios sociais e de saúde</i>	0,606**	0,491**	0,499**	1		
<i>Relações familiares</i>	0,685**	0,582**	0,672**	0,455**	1	
<i>Somatório global</i>	0,872**	0,873**	0,896**	0,676**	0,786**	1

** - A correlação tem um nível de significância de 0,01 (bilateral)

Anexo V. Plano de intervenção

Sessões		Objetivos
Área de intervenção	Intervenção	
Ser Cuidador	Consequências associadas ao cuidar; Autoeficácia do cuidador; Controlo das emoções	- Consciencializar os cuidadores sobre a prestação de cuidados; - Desenvolver capacidades e estratégias de controlo de comportamentos e emoções da pessoa a ser cuidada e do cuidador;
Prestação de cuidados básicos de saúde à pessoa dependente	Banho; Transferências; Mudança de posição; Alimentação; Eliminação;	- Orientar os cuidadores sobre as principais técnicas utilizadas durante a prestação de cuidados
Ajudas técnicas	Técnicas de reabilitação do idoso dependente; Ajudas Banho, Diárias e Sanitárias; Ajudas de mobilização e transferência andarilhos, canadianas, bengalas, cadeiras de rodas, calçado, camas e tábuas de transferência.	- Proporcionar conhecimentos sobre as ajudas técnicas existentes facilitadoras da prestação de cuidados e do processo de reabilitação do idoso dependente;
Família e apoio social (amigos e vizinhos)	Participação da família no cuidar; Estratégias de envolvimento da família no cuidar; Apoios e incentivos à família Estereótipos associados ao idoso Valores éticos e morais no seio familiar	- Promover a coesão familiar na prestação do cuidado; - Promover a participação do sistema familiar no cuidado; - Consciencializar a família das necessidades do idoso dependente; - Desmistificar os estereótipos associados ao idoso; - Promover a relação de interajuda e partilha; - Informar a família dos apoios e incentivos sociais disponíveis para a prestação do cuidado;
Dependência do idoso	Principais causas de dependência (Cardiovasculares; Osteoarticulares; Oncológicas; Respiratórias); Como lidar com a dependência em termos fisiologicamente e psicologicamente;	- Proporcionar conhecimentos psicogerontológicos e fisiopatológicos relacionados na dependência do idoso;
Primeiros socorros	Aspectos Legais; Técnicas e Procedimentos; Serviço da teleassistência;	- Proporcionar conhecimentos das medidas iniciais e imediatas dedicadas à vítima;

Anexo VI. Convites dos formadores

Convite



O CUIDADO INFORMAL AO IDOSO DEPENDENTE

PORQUÊ DIFICULDADES



Dr.^a Madalena Barreira

O Centro Social e Paroquial de Nossa Senhora da Assunção, situado em Rebordãos, encontra-se a desenvolver um projeto de intervenção social, "*O cuidado informal ao idoso dependente*". O objetivo é minimizar as dificuldades dos cuidadores informais de idosos dependentes, residentes nas freguesias de Nogueira e Rebordãos. O projeto surgiu através de uma parceria estabelecida com o Instituto Politécnico de Bragança - Escola Superior de Saúde, no âmbito do Mestrado de Envelhecimento ativo, frequentado pela Mestranda Jacinta Almeida Lemos sob a orientação da Dr.^a Augusta Mata e Dr. Carlos Magalhães.

Neste sentido, solicita-se a V. Ex.^a a colaboração para o desenvolvimento do plano interventivo na área "prestação de cuidados básicos de saúde à pessoa dependente". O objetivo é dar a conhecer e orientar os cuidadores informais sobre **as principais técnicas utilizadas durante o cuidado**.

O plano é constituído por diversas intervenções desenvolvidas por uma equipa multidisciplinar aos sábados durante os meses de fevereiro, março e abril. A sua intervenção está agendada para o dia 3 de março, às 14h30 na Escola EB1 de Rebordãos. Caso não possa marcarmos em conformidade com as suas possibilidades.

Estamos ao dispor para esclarecimentos e dúvidas, aguardamos logo que possível uma resposta da vossa parte.

Desde já gratos pela sua atenção.

Com os melhores cumprimentos,

O Presidente do CSPNSA

(Pe. José Manuel Bento Soares)

Bairro de Cimo de Vila, nº79, Rebordãos, 5300-811 Bragança – Email:
centro.rebordãos@gmail.com/jacintalemos@hotmail.com TELEF. 936278879/273979006

Dr. Fernando Andrade

O Centro Social e Paroquial de Nossa Senhora da Assunção, situado em Rebordãos, encontra-se a desenvolver um projeto de intervenção social, "*O cuidado informal ao idoso dependente*". O objetivo é minimizar as dificuldades dos cuidadores informais de idosos dependentes, residentes nas freguesias de Nogueira e Rebordãos. O projeto surgiu através de uma parceria estabelecida com o Instituto Politécnico de Bragança - Escola Superior de Saúde, no âmbito do Mestrado de Envelhecimento ativo, frequentado pela Mestranda Jacinta Almeida Lemos sob a orientação da Dr.^a Augusta Mata e Dr. Carlos Magalhães.

Neste sentido, solicita-se a V. Ex.^a a colaboração para o desenvolvimento do plano interventivo na área "dependência do idoso". O objetivo é proporcionar **conhecimentos fisiológicos das dependências (cardiovasculares, osteoarticulares, oncológicas e respiratórias) e a utilização de estratégias para lidar com a dependência do idoso.**

O plano é constituído por diversas intervenções desenvolvidas por uma equipa multidisciplinar aos sábados durante os meses de fevereiro, março e abril. A sua intervenção está agendada para o dia 24 de março às 14h30 na Escola EB1 de Rebordãos. Caso não possa marcarmos em conformidade com as suas possibilidades.

Estamos ao dispor para esclarecimentos e dúvidas, aguardamos logo que possível uma resposta da vossa parte e desde já gratos pela sua atenção.

Com os melhores cumprimentos,

O Presidente do CSPNSA

(Pe. José Manuel Bento Soares)

Bairro de Cimo de Vila, nº79, Rebordãos, 5300-811 Bragança – Email:
centro.rebordãos@gmail.com/jacintalemos@hotmail.com TELEF. 936278879/273979006

Dr.^a Maria José

O Centro Social e Paroquial de Nossa Senhora da Assunção, situado em Rebordãos, encontra-se a desenvolver um projeto de intervenção social, "*O cuidado informal ao idoso dependente*". O objetivo é minimizar as dificuldades dos cuidadores informais de idosos dependentes, residentes nas freguesias de Nogueira e Rebordãos. O projeto surgiu através de uma parceria estabelecida com o Instituto Politécnico de Bragança - Escola Superior de Saúde, no âmbito do Mestrado de Envelhecimento ativo, frequentado pela Mestranda Jacinta Almeida Lemos sob a orientação da Dr.^a Augusta Mata e Dr. Carlos Magalhães.

Neste sentido, solicita-se a V. Ex. ^a a colaboração para o desenvolvimento do plano interventivo na área "reabilitação e ajudas técnicas utilizadas no cuidado ao idoso dependente". O objetivo é dar a conhecer e orientar os cuidadores informais sobre **as principais técnicas e apoios utilizados durante o cuidado**.

O plano é constituído por diversas intervenções desenvolvidas por uma equipa multidisciplinar aos sábados durante os meses de fevereiro, março e abril. A sua intervenção está agendada para o dia 10 de março às 14h30 na Escola EB1 de Rebordãos. Caso não possa marcarmos em conformidade com as suas possibilidades.

Estamos ao dispor para esclarecimentos e dúvidas, aguardamos logo que possível uma resposta da vossa parte e desde já gratos pela sua atenção.

Com os melhores cumprimentos,

O Presidente do CSPNSA

(Pe. José Manuel Bento Soares)

Bairro de Cimo de Vila, nº79, Rebordãos, 5300-811 Bragança – Email:

centro.rebordãos@gmail.com/jacintalemos@hotmail.com TELEF. 936278879/273979006

Dr. Márcio Vara

O Centro Social e Paroquial de Nossa Senhora da Assunção, situado em Rebordãos, encontra-se a desenvolver um projeto de intervenção social, "*O cuidado informal ao idoso dependente*". O objetivo é minimizar as dificuldades dos cuidadores informais de idosos dependentes, residentes nas freguesias de Nogueira e Rebordãos. O projeto surgiu através de uma parceria estabelecida com o Instituto Politécnico de Bragança - Escola Superior de Saúde, no âmbito do Mestrado de Envelhecimento ativo, frequentado pela Mestranda Jacinta Almeida Lemos sob a orientação da Dr.^a Augusta Mata e Dr. Carlos Magalhães.

Neste sentido, solicita-se a V. Ex.^a a colaboração para o desenvolvimento do plano interventivo na área "ajudas técnicas utilizadas no cuidado ao idoso dependente". O objetivo é dar a conhecer os **apoios técnicos existentes e facilitadores da prestação de cuidados**.

O plano é constituído por diversas intervenções desenvolvidas por uma equipa multidisciplinar aos sábados durante os meses de fevereiro, março e abril. A sua intervenção está agendada para o dia 10 de março às 14h30 na Escola EB1 de Rebordãos. Caso não possa marcarmos em conformidade com as suas possibilidades.

Estamos ao dispor para esclarecimentos e dúvidas, aguardamos logo que possível uma resposta da vossa parte e desde já gratos pela sua atenção.

Com os melhores cumprimentos,

O Presidente do CSPNSA

(Pe. José Manuel Bento Soares)

Bairro de Cimo de Vila, nº79, Rebordãos, 5300-811 Bragança – Email:

centro.rebordãos@gmail.com/jacintalemos@hotmail.com TELEF. 936278879/273979006

Dr.^a Manuela Veloso

O Centro Social e Paroquial de Nossa Senhora da Assunção, situado em Rebordãos, encontra-se a desenvolver um projeto de intervenção social, "*O cuidado informal ao idoso dependente*". O objetivo é minimizar as dificuldades dos cuidadores informais de idosos dependentes, residentes nas freguesias de Nogueira e Rebordãos. O projeto surgiu através de uma parceria estabelecida com o Instituto Politécnico de Bragança - Escola Superior de Saúde, no âmbito do Mestrado de Envelhecimento ativo, frequentado pela Mestranda Jacinta Almeida Lemos sob a orientação da Dr.^a Augusta Mata e Dr. Carlos Magalhães.

Neste sentido, solicita-se a V. Ex.^a a colaboração para o desenvolvimento do plano interventivo na área "família e apoio social". O objetivo é **consciencializar a família das necessidades do idoso dependente, promover a coesão familiar, dar a conhecer estratégias facilitadoras da coesão familiar no cuidado e apoios existentes à família que presta cuidado ao idoso dependente.**

O plano é constituído por diversas intervenções desenvolvidas por uma equipa multidisciplinar aos sábados durante os meses de fevereiro, março e abril. A sua intervenção está agendada para o dia 25 de fevereiro às 14h30 na Escola EB1 de Rebordãos. Caso não possa marcarmos em conformidade com as suas possibilidades.

Estamos ao dispor para esclarecimentos e dúvidas, aguardamos logo que possível uma resposta da vossa parte e desde já gratos pela sua atenção.

Com os melhores cumprimentos,

O Presidente do CSPNSA

(Pe. José Manuel Bento Soares)

Bairro de Cimo de Vila, nº79, Rebordãos, 5300-811 Bragança – Email:

centro.rebordãos@gmail.com/jacintalemos@hotmail.com TELEF. 936278879/273979006

Dr.^a Augusta Branco

O Centro Social e Paroquial de Nossa Senhora da Assunção, situado em Rebordãos, encontra-se a desenvolver um projeto de intervenção social, "*O cuidado informal ao idoso dependente*". O objetivo é minimizar as dificuldades dos cuidadores informais de idosos dependentes, residentes nas freguesias de Nogueira e Rebordãos. O projeto surgiu através de uma parceria estabelecida com o Instituto Politécnico de Bragança - Escola Superior de Saúde, no âmbito do Mestrado de Envelhecimento ativo, frequentado pela Mestranda Jacinta Almeida Lemos sob a orientação da Dr.^a Augusta Mata e Dr. Carlos Magalhães.

Neste sentido, solicita-se a V. Ex. ^a a colaboração para o desenvolvimento do plano interventivo na área "ser cuidador- o controlo das emoções". O objetivo é desenvolver **capacidades e estratégias de controlo de comportamentos e emoções da pessoa a ser cuidada e do prestador de cuidados**.

O plano é constituído por diversas intervenções desenvolvidas por uma equipa multidisciplinar aos sábados durante os meses de fevereiro, março e abril. A sua intervenção está agendada para o dia 3 de março às 14h30 na Escola EB1 de Rebordãos. Caso não possa marcarmos em conformidade com as suas possibilidades.

Estamos ao dispor para esclarecimentos e dúvidas, aguardamos logo que possível uma resposta da vossa parte e desde já gratos pela sua atenção.

Com os melhores cumprimentos,

O Presidente do CSPNSA

(Pe. José Manuel Bento Soares)

Bairro de Cimo de Vila, nº79, Rebordãos, 5300-811 Bragança – Email:

centro.rebordãos@gmail.com/jacintalemos@hotmail.com TELEF. 936278879/273979006

Dr. André Rocha

O Centro Social e Paroquial de Nossa Senhora da Assunção, situado em Rebordãos, encontra-se a desenvolver um projeto de intervenção social, "*O cuidado informal ao idoso dependente*". O objetivo é minimizar as dificuldades dos cuidadores informais de idosos dependentes, residentes nas freguesias de Nogueira e Rebordãos. O projeto surgiu através de uma parceria estabelecida com o Instituto Politécnico de Bragança - Escola Superior de Saúde, no âmbito do Mestrado de Envelhecimento ativo, frequentado pela Mestranda Jacinta Almeida Lemos sob a orientação da Dr.^a Augusta Mata e Dr. Carlos Magalhães.

Neste sentido, solicita-se a V. Ex.^a a colaboração para o desenvolvimento do plano interventivo na área "Serviço de teleassistência". O objetivo é dar a **conhecer o serviço de teleassistência domiciliária**.

O plano é constituído por diversas intervenções desenvolvidas por uma equipa multidisciplinar aos sábados durante os meses de fevereiro, março e abril. A sua intervenção está agendada para o dia 17 de março às 14h30 na Escola EB1 de Rebordãos. Caso não possa marcarmos em conformidade com as suas possibilidades.

Estamos ao dispor para esclarecimentos e dúvidas, aguardamos logo que possível uma resposta da vossa parte e desde já gratos pela sua atenção.

Com os melhores cumprimentos,

O Presidente do CSPNSA

(Pe. José Manuel Bento Soares)

Bairro de Cimo de Vila, nº79, Rebordãos, 5300-811 Bragança – Email:

centro.rebordãos@gmail.com/jacintalemos@hotmail.com TELEF. 936278879/273979006

Anexo VII. Planificação das sessões de formação

Sessões	Conteúdos	Formadores	Data	Hora	Local
1	1 - Prestação de cuidados no domicílio do idoso dependente 2 - Estereótipos associados ao idoso; 3 - Primeiros socorros.	Dr.ª Augusta Mata e Dr. Carlos Magalhães	18 de Fevereiro	14h30	Escola EB1 de Rebordãos
2	1 - Família e apoio social; 2 - Valores éticos e morais no seio familiar;	Dr.ª Augusta Mata, Dr.ª Manuela Veloso e Pe. José Bento	25 de Fevereiro		
3	1 - Prestação de cuidados básicos de saúde à pessoa idosa	Enfermeira Madalena Barreira	3 de Março		
4	1 - Técnicas de reabilitação; 2 - Ajudas técnicas;	Dr.ª Maria José e Dr. Márcio Vara	10 de Março		
5	1 - Controlo das emoções do idoso dependente e cuidador; 2 - Serviço de Teleassistência;	Dr.ª Augusta Branco e Dr.º André Rocha	17 de Março		
6	1 - Dependência no idoso - aspetos fisiológicos e psicológicos	Dr. Fernando Andrade	24 de Março		

Anexo VIII. Panfletos informativos para os cuidadores

O CUIDADO INFORMAL AO IDOSO DEPENDENTE

Sessão 1 | 18 Fevereiro de 2012 14:30h | Escola EB1 de Rebordãos

Conteúdos:

1. Prestação de cuidados no domicílio do idoso dependente;
2. Estereótipos associados ao idoso;
3. Primeiros socorros.

Formadores:

Dr.ª Augusta Mata Provedora do aluno e Professora do IPB

Dr. Carlos Magalhães Coordenador do Mestrado em Envelhecimento Ativo e Prof. Doutor do IPB

Contactos:

Jacinta Lemos
273 979 006 | 936 278 879
jacintalemos@hotmail.com

Organização:



INSTITUTO POLITÉCNICO DE BRAGANÇA
Escola Superior de Saúde



CENTRO SOCIAL E PAROQUIAL DE
NOSSA SENHORA DA ASSUNÇÃO



O CUIDADO INFORMAL AO IDOSO DEPENDENTE

Sessão 2 | 25 Fevereiro de 2012 14:30h | Escola EB1 de Rebordãos

Conteúdos:

1. Família e apoio social;
2. Valores éticos e morais no seio familiar.

Formadores:

Dr.ª Augusta Mata Provedora do aluno e Professora do IPB

Dr.ª Manuela Veloso Assistente Social do Centro de Saúde de Bragança

Pe. José Bento Presidente do Centro Social e Paroquial de Nossa Senhora da Assunção

Contactos:

Jacinta Lemos
273 979 006 | 936 278 879
jacintalemos@hotmail.com

Organização:



INSTITUTO POLITÉCNICO DE BRAGANÇA
Escola Superior de Saúde



CENTRO SOCIAL E PAROQUIAL DE
NOSSA SENHORA DA ASSUNÇÃO



O CUIDADO INFORMAL AO IDOSO DEPENDENTE

Sessão 3 | 3 Março de 2012 14:30h | Escola EB1 de Rebordãos

Conteúdos:

1. Prestação de cuidados básicos de saúde à pessoa idosa.

Formadores:

Dr.ª Madalena Barreira

Enfermeira do Centro de Saúde de Bragança

Contactos:

Jacinta Lemos
273 979 006 | 936 278 879

Organização:



INSTITUTO POLITÉCNICO DE BRAGANÇA
Escola Superior de Saúde



CENTRO SOCIAL E PAROQUIAL DE
NOSSA SENHORA DA ASSUNÇÃO



O CUIDADO INFORMAL AO IDOSO DEPENDENTE

Sessão 4 | 10 Março de 2012 14:30h | Escola EB1 de Rebordãos

Conteúdos:

1. Técnicas de reabilitação;
2. Ajudas técnicas.

Formadores:

Dr.ª Maria José Professora Doutora do IPB
Dr. Márcio Vara Gerente da OldCare - Serviços Gerontológicos

Contactos:

Jacinta Lemos
273 979 006 | 936 278 879
jacintalemos@hotmail.com

Organização:



INSTITUTO POLITÉCNICO DE BRAGANÇA
Escola Superior de Saúde

PORQUÊ
DIFICULDADES



CENTRO SOCIAL E PAROQUIAL DE
Nossa Senhora da Assunção



O CUIDADO INFORMAL AO IDOSO DEPENDENTE

Sessão 5 | 17 Março de 2012 14:30h | Escola EB1 de Rebordãos

Conteúdos:

1. Controlo das emoções do idoso dependente e cuidador.
2. Serviço de Teleassistência.

Formadores:

Dra. Augusta Branco Prof. Doutora do IPB
Dr. André Rocha Coordenador de operações da Helpphone

Contactos:

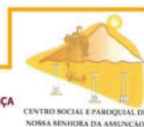
Jacinta Lemos
273 979 006 | 936 278 879
jacintalemos@hotmail.com

Organização:



INSTITUTO POLITÉCNICO DE BRAGANÇA
Escola Superior de Saúde

PORQUÊ
DIFICULDADES



CENTRO SOCIAL E PAROQUIAL DE
Nossa Senhora da Assunção



O CUIDADO INFORMAL AO IDOSO DEPENDENTE

Sessão 6 | 24 Março de 2012 14:30h | Escola EB1 de Rebordãos

Conteúdos:

1. Dependência no idoso - aspetos fisiológicos e psicológicos.

Formadores:

Dr.ª Emília Magalhães Coordenadora da Licenciatura de Gerontologia do IPB
Dr. Fernando Andrade Médico do Centro de Saúde de Bragança

Contactos:

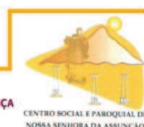
Jacinta Lemos
273 979 006 | 936 278 879
jacintalemos@hotmail.com

Organização:



INSTITUTO POLITÉCNICO DE BRAGANÇA
Escola Superior de Saúde

PORQUÊ
DIFICULDADES



CENTRO SOCIAL E PAROQUIAL DE
Nossa Senhora da Assunção



Anexo IX. Certificados dos cuidadores

Certificado

O CUIDADO INFORMAL AO IDOSO DEPENDENTE



PORQUÊ DIFICULDADES

Certifica-se que: _____ participou nas sessões de formação desenvolvidas no projeto de intervenção social " O Cuidado Informal ao Idoso Dependente" realizado pelo Centro Social e Paroquial de Nossa Senhora da Assunção, situado em Rebordãos, em parceria com o Instituto Politécnico de Bragança - Escola Superior de Saúde, no âmbito do Mestrado em Envelhecimento Ativo, frequentado pela mestrandia Jacinta Almeida Lemos sob orientação da Professora Augusta Mata e Professor Doutor Carlos Magalhães. As mesmas decorreram nas instalações da Escola EB1 de Rebordãos, nos dias 18 e 25 de Fevereiro e 3, 10,17 e 24 de Março de 2012, com o objetivo de minimizar as dificuldades dos cuidadores informais de idosos dependentes, residentes nas freguesias de Nogueira e Rebordãos.

Prestação de cuidados no domicílio do idoso dependente

Esteretótipos associados ao idoso

Primeiros socorros

Família e apoio social

Valores éticos e morais no seio familiar

Controlo das emoções do idoso dependente e cuidador

Prestação de cuidados básicos de saúde à pessoa idosa

Técnicas de reabilitação

Ajudas técnicas

Serviço de teleassistência

Dependência no idoso - aspetos fisiológicos e psicológicos



Professor Doutor Carlos Magalhães
(Coordenador do Mestrado em Envelhecimento Ativo)

Pe. José Manuel Bento Soares
(Presidente do Centro Social e Paroquial de Nossa Senhora da Assunção)



 **INSTITUTO POLITÉCNICO DE BRAGANÇA**
Escola Superior de Saúde

Anexo X. Avaliação das sessões de formação

QUESTIONÁRIO DE AVALIAÇÃO DAS SESSÕES DE FORMAÇÃO

O CUIDADO INFORMAL AO IDOSO DEPENDENTE

PORQUÊ DIFICULDADES



Leia com atenção antes de preencher.

Na sua opinião, as sessões de formação realizadas no âmbito do projecto "O Cuidado Informal ao Idoso Dependente" são extremamente importantes para aferir em que medida satisfazemos as suas expectativas, permitindo-nos melhorar o nosso desempenho em futuras sessões de formação.
Considerando para cada aspecto a ser avaliado uma pontuação de "Mau" a "Muito Bom", assinale os quadrados com um "X" correspondente à sua opinião.

Relativamente às sessões de formação:

1. Como avalia as sessões em termos de aquisição de novos conhecimentos?
2. As sessões foram claras na apresentação e exposição dos conteúdos?
3. Os formadores transmitiram os conteúdos de forma clara e concisa?
4. As sessões corresponderam às suas expectativas?

	Mau	Não Satisfaz	Satisfaz	Bom	Muito Bom

Relativamente aos conteúdos apresentados:

5. Os temas abordados foram interessantes e úteis?
6. O conteúdo das sessões de formação foi adequado?
7. O tempo de duração das sessões de formação foi adequado?

	Mau	Não Satisfaz	Satisfaz	Bom	Muito Bom

Sugestões / Críticas:

Sugestões para futuras intervenções:

Anexo XI. Resultados da avaliação das sessões

Sessões de formação

	<i>Mau</i>	<i>Não satisfaz</i>	<i>Satisfaz</i>	<i>Bom</i>	<i>Muito Bom</i>
<i>Aquisição de conhecimentos</i>			2	9	24
<i>Apresentação e exposição de conteúdos</i>				14	21
<i>Transmissão de conteúdos de forma clara</i>				14	21
<i>Correspondência em relação às expectativas</i>			1	16	18

Conteúdos apresentados

	<i>Mau</i>	<i>Não satisfaz</i>	<i>Satisfaz</i>	<i>Bom</i>	<i>Muito Bom</i>
<i>Temas interessantes e úteis</i>			1	10	24
<i>Conteúdo adequado</i>			1	12	22
<i>Adequação da duração das sessões</i>			1	15	19

Sugestões / Críticas

	<i>Frequência</i>
Sessões Longas embora não exageradamente	1

Sugestões para futuras intervenções

	<i>Frequência</i>
<i>Fóruns de discussão</i>	1
<i>Risoterapia</i>	6
<i>Dançoterapia</i>	4
<i>Reabilitação psicomotora</i>	1
<i>Psicologia emocional</i>	4
<i>Fisioterapia</i>	1
<i>Suporte básico de vida</i>	1

Anexo XII. Instrumento de avaliação do cuidador após a intervenção

Nome do Cuidador:

Índice de Avaliação das dificuldades do Cuidador Informal - (CADI)

<i>Prestar cuidados pode ser difícil porque:</i>		<i>Não acontece no meu caso</i>	<i>Isto acontece no meu caso e sinto que:</i>		
			<i>Não me perturba</i>	<i>Causa-me alguma perturbação</i>	<i>Perturba-me muito</i>
1	Não tenho tempo suficiente para mim próprio				
2	Por vezes sinto-me “de mãos atadas” / sem poder fazer nada para dominar a situação				
3	Não consigo dedicar tempo suficiente às outras pessoas da família				
4	Traz-me problemas de dinheiro				
5	A pessoa de quem cuido chega a pôr-me fora de mim				
6	A pessoa de quem cuido depende de mim para se movimentar				
7	Parece-me que os técnicos de saúde (médicos, enfermeiros, assistentes sociais, etc.) não fazem bem ideia dos problemas que os prestadores de cuidados enfrentam				
8	Afasta-me do convívio com outras pessoas e outras coisas de que gosto				
9	Chega a transformar as minhas relações familiares				
10	Deixa-me muito cansado fisicamente				
11	Por vezes a pessoa de quem estou a cuidar exige demasiado de mim				
12	Deixou de haver o sentimento que havia na minha relação com a pessoa de quem cuido				
13	A pessoa de quem cuido necessita de				

	muita ajuda nos seus cuidados pessoais				
14	A pessoa de quem cuido nem sempre ajuda tanto quanto poderia				
15	Ando a dormir pior por causa desta situação				
16	As pessoas da família não dão tanta atenção como eu gostaria				
17	Esta situação faz-me sentir irritado				
18	Não estou com os meus amigos tanto quanto gostaria				
19	Esta situação está a transtornar-me os nervos				
20	Não consigo ter um tempo de descanso, nem fazer uns dias de férias				
21	A qualidade da minha vida piorou				
22	A pessoa de quem cuido nem sempre dá valor ao que eu faço				
23	A minha saúde ficou abalada				
24	A pessoa de quem cuido sofre de incontinência (não controla as necessidades)				
25	O comportamento de quem cuido causa problemas				
26	Cuidar desta pessoa não me dá qualquer satisfação				
27	Não recebo apoio suficiente dos serviços de saúde e dos serviços sociais				
28	Alguns familiares não ajudam tanto quanto poderiam				
29	Não consigo sossegar por estar preocupado com os cuidados a prestar				
30	Esta situação faz-me sentir culpado				

Se entende que, no seu caso, há outras dificuldades resultantes da situação de estar a prestar cuidados, por favor indique-as a seguir e assinale, como fez atrás, em que medida elas o perturbam.

<i>Prestar cuidados pode ser difícil porque:</i>	<i>Não acontece no meu caso</i>	<i>Isto acontece no meu caso e sinto que:</i>		
		<i>Não me perturba</i>	<i>Causa-me alguma perturbação</i>	<i>Perturba-me muito</i>

Obrigado pela sua colaboração!