

**Avaliação das dificuldades e autoeficácia do  
cuidador informal de idosos dependentes no  
concelho de Mirandela**

**Miriam Sílvia Nascimento**

**Orientadora: Professora Doutora Maria Augusta Pereira da Mata**

**Bragança, maio de 2014**

# **Avaliação das dificuldades e autoeficácia do cuidador informal de idosos dependentes no concelho de Mirandela**

**Miriam Sílvia Nascimento**

Trabalho de projeto apresentado ao  
Instituto Politécnico de Bragança, Escola Superior de Saúde,  
para a obtenção do Grau Mestre em Enfermagem de Saúde Pública

**Orientadora: Professora Doutora Maria Augusta Pereira da Mata**

**Bragança, maio de 2014**

## Resumo

Cuidar de idosos no domicílio não é tarefa fácil e acarreta consequências físicas, psicológicas, sociais e económicas para as quais muitas vezes o cuidador informal não está preparado, e, a maioria, numa tentativa de cumprir com o seu papel, compromete o seu bem-estar e do seu agregado familiar. Para poder superar ou diminuir as dificuldades que enfrenta, é importante que o cuidador tenha consciência das mesmas, dos recursos pessoais que possui, como o sentido de autoeficácia, ou ainda dos recursos comunitários dos quais pode usufruir. Neste sentido, o presente estudo teve como objetivo avaliar as dificuldades sentidas pelo cuidador informal do concelho de Mirandela e qual o nível de autoeficácia para o desempenho do seu papel. Neste estudo descritivo e analítico de carácter transversal, aplicou-se um formulário a uma amostra não probabilística constituída por 50 cuidadores informais. Como instrumentos de medida utilizaram-se os índices de Barthel e de Lawton & Brody para avaliar o grau de dependência dos idosos na execução das Atividades da Vida Diária; o Índice de Avaliação das Dificuldades do Cuidador e uma adaptação da “The Revised Scale for Caregiving Self – Efficacy” desenvolvida por Mata (2012).

Concluiu-se que entre os cuidadores prevalecem as mulheres, casadas, filhas do idoso dependente, com baixa escolaridade e apresentam uma média de idades de 57,04 anos. Os resultados permitiram ainda concluir que os cuidadores informais estudados apresentaram pontuações médias superiores ao valor teórico no global da escala das dificuldades e seus fatores. Relativamente à autoeficácia concluiu-se que os cuidadores evidenciavam níveis médios no global da escala e dimensões, à exceção da autoeficácia para a obtenção de uma pausa junto da rede social dos amigos onde os níveis evidenciados foram baixos. Verificou-se ainda uma relação linear negativa entre a autoeficácia e as dificuldades, revelando que quanto maior o nível de autoeficácia do cuidador menores as dificuldades que ele percebe (β=- 0,438).

**Palavras-chave:** Cuidador informal, idoso dependente, dificuldades, autoeficácia

## Resumen

El cuidado de los ancianos en el hogar no es una tarea fácil e implica consecuencias físicas, psicológicas, sociales y económicas de las que a menudo el cuidador informal no está listo, y la mayoría, en un intento de cumplir con su papel, pone en peligro su bienestar ser y de su grupo familiar. Para superar o atenuar las dificultades que enfrenta, es importante que el cuidador es consciente de ellos, los recursos de personal tiene, como el sentido de auto-eficacia, o los recursos de la comunidad que pueden utilizar. En este sentido, el presente estudio tuvo como objetivo evaluar las dificultades que enfrentan los cuidadores informales en el municipio de Mirandela y el nivel de auto-eficacia para el desempeño de su papel. En este estudio descriptivo y analítico de corte transversal, se aplicó un cuestionario a una muestra no probabilística de 50 cuidadores informales. Como instrumentos de medida que se utilizarán el índice de Barthel y Lawton & Brody para evaluar el grado de dependencia de las personas mayores en la ejecución de las actividades de la vida diaria; Índice de Evaluación de Dificultades para Cuidadores y una adaptación de " The Revised Scale for Caregiving Self – Efficacy " desarrollado por Mata (2012).

Llegamos a la conclusión de que entre los cuidadores prevalecerán las mujeres, casadas, hijas del anciano dependiente, con bajos estudios y con una edad media de 57,04 años. Los resultados nos permiten concluir que los cuidadores informales estudiados tenían puntuaciones medias más altas que el valor teórico en la escala global de las dificultades y sus factores. En cuanto a la auto-eficacia, se concluyó que los cuidadores evidencian niveles medios en el global y dimensiones, a excepción de la auto-eficacia para la obtención de una ruptura con la red social de amigos donde los niveles evidenciados eran bajos. También hubo una relación lineal negativa entre la auto-eficacia y dificultades, que revela que a mayor nivel de auto-eficacia menores son las dificultades que el cuidador percibe ( $\beta = - 0.438$ ).

**Palabras clave:** Cuidador Informal, ancianos, dificultades, autoeficacia, dependientes

## **Abstract**

Taking care of elderly at home is no easy task and involves physical, psychological, social and economic consequences for which often the informal caregiver is not ready, and most, in an attempt to fulfill their role, compromises their well-being and your household. To overcome or reduce the difficulties it faces, it is important that the caregiver is aware of them, the personal resources you have, as the sense of self-efficacy, or the community resources they can use. In this sense, the present study aimed to assess the difficulties faced by informal caregivers in the municipality of Mirandela and the level of self-efficacy for the performance of their role as caregiver. In this descriptive and analytical study of cross-cutting, a questionnaire was applied to a non-probability sample of 50 informal caregivers. As instruments of measurement used the Barthel index and Lawton & Brody to assess the degree of dependency of older people in execution of Activities of Daily Living; Index for Evaluating Difficulties Caregiver and an adaptation of "The Revised Scale for Caregiving Self - Efficacy" developed by Mata (2012).

We conclude that among caregivers prevail married women, daughters of dependent elderly with low education and have an average age of 57.04 years. The results allowed us to conclude that further informal caregivers studied had average scores higher than the theoretical value in the global scale of the problems and their factors. Regarding self-efficacy, it was concluded that caregivers evidenced in global average levels of scale and dimensions, except for self-efficacy for obtaining a break with the social network of friends where evidenced levels were low. There was also a negative linear relationship between self-efficacy and difficulties, revealing that the higher the level of self-efficacy the lower are the perceived caregiver's difficulties ( $\beta = -0.438$ ).

**Keywords:** Informal Caregiver, dependent elderly, difficulties, self-efficacy

## **Agradecimentos**

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

- À minha orientadora Prof. Doutora Maria Augusta Pereira da Mata, pela atenção e compreensão dispensada ao longo de todo o processo. O meu sincero obrigado!
- Aos cuidadores informais e idosos dependentes que participaram no estudo, sem eles não seria possível a concretização do mesmo.
- Aos colegas e amigos que, em momentos de desalento, me incentivaram a continuar.
- À minha família, que muitas vezes reclamaram pela minha presença, agradeço a paciência, o alento, o amor e amizade.

### **Lista de siglas e acrónimos:**

AIVD - Atividades Instrumentais de Vida Diária

ABVD - Atividades Básicas de Vida Diária

CADI - Índice de Avaliação das Dificuldades do Cuidador

CID-Classificação Internacional de Doenças

EB – Escola Básica

HTA- Hipertensão Arterial

INE - Instituto Nacional de Estatística

IPSS - Instituições Particulares de Solidariedade Social

ISS.IP - Instituto da Segurança Social

OMS - Organização Mundial da Saúde

SAD - Serviço de Apoio Domiciliário

UCC – Unidade de Cuidados na Comunidade

ULS- Unidade Local de Saúde

## **Índice**

<b>Introdução</b>	<b>1</b>
<b>I-ENQUADRAMENTO TEÓRICO</b>	<b>3</b>
<b>1. O envelhecimento</b>	<b>4</b>
1.1- Envelhecimento demográfico	6
1.2- Envelhecimento e dependência	8
<b>2 - Cuidador informal</b>	<b>12</b>
2.1 – Dificuldades do cuidador informal	15
2.2 – Autoeficácia do cuidador informal	19
<b>3- Resposta das redes de apoio formais</b>	<b>21</b>
<b>II - METODOLOGIA DE INVESTIGAÇÃO</b>	<b>25</b>
<b>1 - Contextualização da problemática e objetivos do estudo</b>	<b>26</b>
<b>2 - Participantes e seleção da amostra</b>	<b>28</b>
2.1- Amostra – Os cuidadores informais	29
2.2- AMOSTRA – Os idosos dependentes	34
<b>3 – Procedimentos</b>	<b>37</b>
3.1. Procedimentos de tratamento dos dados	37
3.2 - Desenho do estudo	38
3.3 - Procedimento de colheita de dados	38
3.4 - Procedimentos éticos e legais	38
<b>4– Instrumentos de medida</b>	<b>40</b>
4.1 - As dificuldades do cuidador informal	40
4.2- A autoeficácia do cuidador informal	43
4.3 - Avaliação da dependência do idoso	45
4.4 – Operacionalização das variáveis	47
<b>5. Apresentação e análise dos dados</b>	<b>51</b>

5.1- Objetivo 1: Identificar as dificuldades sentidas pelos cuidadores informais de idosos dependentes segundo variáveis sociodemográficas e de cuidado.	51
5.2- Objetivo 2: Avaliar o nível de autoeficácia dos cuidadores informais de idosos dependentes segundo variáveis sociodemográficas e de cuidado.	61
5.3- Objetivo 3: Relacionar as dificuldades sentidas com os níveis de autoeficácia dos cuidadores informais de idosos dependentes	69
5.4- Objetivo 4: Determinar a dependência dos idosos cuidados nas atividades de vida diária segundo as dificuldades sentidas e nível de autoeficácia dos cuidadores informais	73
<b>6 - Discussão dos resultados</b>	<b>78</b>
<b>Conclusões</b>	<b>90</b>
<b>Bibliografia</b>	<b>98</b>
<b>ANEXOS</b>	<b>111</b>
Anexo I: Autorização para realização do estudo na ULS Nordeste	112
Anexo II: Instrumento de recolha de dados	123
Anexo III: Projeto de intervenção comunitária “Cuidando o Cuidador”	125

## Índice de tabelas

Tabela 1: Distribuição dos cuidadores informais segundo as suas características sociodemográficas.....	30
Tabela 2: Caracterização dos cuidadores quanto à sua atividade profissional e à prestação do cuidado .....	31
Tabela 3: Caraterização do cuidado prestado pelo cuidador informal .....	32
Tabela 4: Caraterização do estado de saúde do cuidador informal.....	33
Tabela 5: Distribuição da amostra dos idosos dependentes segundo características sociodemográficas.....	34
Tabela 6: Distribuição da amostra (idosos dependentes) segundo o motivo da dependência .....	35
Tabela 7: Distribuição da amostra (idosos dependentes) segundo os níveis de dependência .....	35
Tabela 8: Distribuição da amostra (idosos dependentes) segundo os Índices de Lawton e Barthel .....	36
Tabela 9: Distribuição da amostra (idosos dependentes) segundo o nível de dependência no Índice de Lawton e o motivo da dependência .....	36
Tabela 10: Fatores do CADI .....	41
Tabela 11: Correlação entre as pontuações dos fatores e a pontuação global do CADI	43
Tabela 12: Dimensões da Escala de avaliação da Autoeficácia .....	44
Tabela 13: Correlação entre as pontuações das dimensões e a pontuação global da escala de autoeficácia do cuidador .....	45
Tabela 14: Distribuição das respostas obtidas na escala de avaliação das dificuldades do cuidador.....	53
Tabela 15: Pontuações teóricas e observadas no CADI .....	54
Tabela 16: Correlação do CADI e a idade do cuidador .....	55
Tabela 17: Médias do CADI segundo o sexo, estado civil e escolaridade do cuidador..	56
Tabela 18: Médias do CADI segundo a situação laboral do cuidador .....	57

Tabela 19: Médias do CADI segundo o grau de parentesco do cuidador e idoso cuidado .....	57
Tabela 20: Média do CADI segundo o motivo para cuidar, o pensamento em abandonar o cuidado, cuidado contínuo, coabitação e ajuda na prestação de cuidados. ....	59
Tabela 21: Médias do CADI segundo a auto classificação de saúde e presença de doença e/ou incapacidade do cuidador informal .....	60
Tabela 22: Outras dificuldades referidas pelo cuidador informal.....	60
Tabela 23: Distribuição das respostas obtidas na escala de avaliação da autoeficácia do cuidador.....	62
Tabela 24: Pontuações teóricas e observadas na autoeficácia do cuidador.....	63
Tabela 25: Correlação entre a autoeficácia, a idade do cuidador, a composição do agregado familiar e o tempo de prestação de cuidados.....	63
Tabela 26: Comparação de médias da autoeficácia segundo o sexo, estado civil e escolaridade do cuidador .....	64
Tabela 27: Médias da autoeficácia segundo a situação atual de emprego .....	65
Tabela 28: Médias da autoeficácia segundo o parentesco entre cuidador informal e idoso cuidado.....	65
Tabela 29: Médias obtidas na autoeficácia e suas dimensões segundo o motivo que levou o cuidador a assumir essas funções, a ajuda que tem ou não de outros na prestação dos cuidados ao idoso e a coabitação com a pessoa cuidada.....	67
Tabela 30: Médias da autoeficácia segundo a auto classificação de saúde e presença de doença e/ou incapacidade do cuidador informal .....	68
Tabela 31: Correlação entre as dificuldades do cuidador no global da escala e respectivas dimensões com a autoeficácia do cuidador e suas dimensões .....	70
Tabela 32: Coeficientes da reta de regressão linear simples entre as dificuldades e a autoeficácia .....	72
Tabela 33: Resumo do modelo de regressão linear simples entre as dificuldades e a autoeficácia .....	73

Tabela 34: Médias do CADI e suas dimensões segundo o nível de dependência do idoso cuidado (Índice de Lawton) .....	74
Tabela 35: Médias do CADI e suas dimensões segundo o nível de dependência do idoso cuidado (Índice de Barthel) .....	75
Tabela 36: Médias da autoeficácia segundo o nível de dependência dos idosos nas AIVD's .....	76
Tabela 37: Médias da autoeficácia segundo o nível de dependência do idoso de acordo com o Índice de Barthel.....	77

## **Índice de gráficos**

Gráfico 1: Estrutura etária da população portuguesa por sexo, 2001 e 2011 .....	7
Gráfico 2: Diagrama de dispersão entre os resíduos estandardizados e os valores previstos estandardizados.....	71
Gráfico 3: Relação entre as dificuldades e a autoeficácia .....	73

## **Introdução**

Nos dias de hoje viver mais tempo deixou de ser um privilégio e ficou acessível a um número cada vez maior de pessoas em todo o mundo, graças, entre outras, à melhoria das condições de vida e aos avanços na medicina. O envelhecimento da população é um tema atual e tem suscitado cada vez mais preocupações sociais, económicas e de saúde. Com o objetivo de diminuir a permanência da pessoa nas unidades de saúde, muitos dos cuidados têm vindo a ser transferidos para as famílias. Em Portugal a manutenção dos idosos no seio familiar é comum, muito graças ao contexto cultural onde se insere. O ambiente domiciliário é considerado o espaço de excelência para cuidar da pessoa idosa e valoriza o inegável papel dos prestadores informais de cuidados. Os cuidadores informais surgem então da necessidade de cuidar as pessoas nas suas casas. Contudo estes cuidadores têm frequentemente dificuldades no desempenho do seu papel, dado que este tipo de cuidado pressupõe uma aprendizagem permanente, baseada nas necessidades da pessoa e que variam de acordo com o seu nível de dependência. Atividades que parecem ser simples podem ser muito difíceis para quem as faz pela primeira vez. O próprio cuidar, que numa fase inicial pode basear-se apenas em atividades simples, gradualmente torna-se mais complexo, exigindo ao cuidador conhecimentos e habilidades que muitas vezes ele não possui.

Assim, face ao atual desafio de uma sociedade em contínuo processo de envelhecimento demográfico, a temática relativa às dificuldades sentidas pelos cuidadores de idosos tem vindo a assumir particular importância e daí a pertinência do presente estudo.

O interesse em tentar dimensionar a problemática do cuidado informal, enquanto agente dos cuidados à pessoa idosa em ambiente domiciliário, surgiu no exercício

prática profissional, que tem vindo a ser desenvolvida no âmbito dos cuidados de saúde primários integrada numa Unidade de Cuidados à Comunidade (UCC).

Deste modo tendo como população alvo o prestador informal de cuidados à pessoa idosa dependente foi definido o seguinte problema de investigação:

“Quais as dificuldades sentidas e nível de autoeficácia dos cuidadores informais de idosos dependentes do concelho de Mirandela?”

Importa referir que, não havendo nenhum conhecimento acerca destes prestadores, foi fundamental caracterizar a especificidade socio-demográficas dos cuidadores informais e idosos dependentes dos seus cuidados e descrever a perceção da autoeficácia dos prestadores informais no cuidado que desenvolvem.

Com base nos resultados obtidos visa-se ainda desenhar um projeto de intervenção junto dos cuidadores informais, no âmbito da carteira de serviços da UCC Mirandela.

Este estudo encontra-se dividido em duas partes. A primeira apresenta uma perspetiva teórica do cuidado informal à pessoa idosa em ambiente domiciliário, com ênfase no fenómeno do envelhecimento demográfico, no ambiente domiciliário como espaço de desenvolvimento do cuidado informal e fundamenta cientificamente o estudo. A segunda parte engloba a investigação empírica propriamente dita e inclui as opções metodológicas do estudo, bem como a apresentação, análise e discussão dos resultados.

## I-ENQUADRAMENTO TEÓRICO

## 1. O envelhecimento

O envelhecimento humano pode ser entendido como um processo de transformação progressiva da estrutura biológica, psicológica e social das pessoas que acontece no decurso da vida. Trata-se de um processo normal, gradual e irreversível de mudanças e de transformações que ocorrem com a passagem do tempo. Segundo Ribeirinho (2005) torna-se difícil uma definição geral do envelhecimento, uma vez que o mesmo é complexo e o próprio processo de envelhecimento é interpretado sob várias perspetivas.

O envelhecimento não deve ser observado como algo estático ou compartimentado, mas encarado como o resultado de um jogo de forças em que o Homem, unidade mente-corpo, segue uma evolução com importantes implicações biológicas, psicológicas e sociais (Santos, 2008).

Muitos outros autores elaboraram, ao longo dos tempos, outras definições do conceito de envelhecimento. Robert (1995) citado por Santos (2008, p. 24) refere que o envelhecimento é uma consequência da incapacidade de muitos organismos se manterem numa situação funcional igual e inalterada “ (...) que permita a regeneração contínua de todos os componentes do organismo, à medida que se consomem e degradam ”. Berger e Mailloux-Poirier (1995) acrescentam que o envelhecimento não deve ser entendido como sinónimo de doença, mas sublinha que esta última pode agravar, acelerar ou estar associado ao processo de envelhecimento. Também Leão (2000) citado por Santos (2008, p. 25) refere que o processo de envelhecimento é lento, gradual e geral “ (...) que se caracteriza por uma diminuição da funcionalidade somática, limitando progressivamente a atividade do ser humano. Também Figueiredo (2007) citado por Grelha (2009) a pessoa vai perdendo a capacidade de realizar sozinho as atividades de vida diária, onde a consequência mais evidente do processo de envelhecimento é a limitação progressiva das capacidades do indivíduo para satisfazer de forma autónoma e independente, as suas necessidades.

Fonseca (2006, p. 53) refere que o envelhecimento é um “ (...) processo bio-psicossocial de cariz individual (...), o envelhecimento nunca poderá ser explicado ou previsto sem termos em consideração as dimensões biológicas, psicológicas e sociais que lhes estão inerentes”. Neste sentido Medeiros (2000) citado por Ricarte (2009) explica as três componentes que compõem o processo de envelhecimento:

- **Biológica:** com o envelhecimento a capacidade de adaptação do corpo vai sofrendo alterações progressivas e por consequência podem surgir doenças crónico-degenerativas que precipitam a limitação ou a própria morte.

- **Psicológica:** o envelhecimento é um período de permanente mudança e adaptação às novas circunstâncias da vida onde a limitação e a perda se encontra mais ou menos marcada.

- **Social:** relativa aos papéis sociais apropriados/ relacionados com as expectativas da sociedade para este nível etário. As condições ambientais onde se insere a pessoa influenciam o próprio envelhecimento.

Em suma envelhecer é um processo totalizante do ser humano mas diferente de pessoa para pessoa, onde de forma objetiva se pode verificar a degradação física com diminuição tendencial do funcionamento percetivo e de maneira subjetiva através da forma como cada um aceita o próprio envelhecer (Fontaine, 2000).

Tal como a definição, o processo de envelhecimento é algo complexo e também a definição do seu início está longe de ser consensual entre os diversos autores. Assim, enquanto alguns autores defendem que o envelhecimento se inicia com a concepção, outros afirmam que o envelhecimento tem início entre a segunda e a terceira década de vida, outros sustentam que o processo de envelhecimento acontece nas fases mais avançadas do ser humano (Pimentel, 2001 citado por Ribeirinho, 2005). Apesar da diversidade de critérios relativamente à idade que marca o início da velhice, no presente estudo considera-se pessoa idosa todo o indivíduo com 65 ou mais anos, conforme o critério cronológico seguido pela OMS (1984).

Para Hortelão (2003) citado por Santos (2008) os idosos são um grupo de risco, pois embora vivam mais anos, poderão não os viver com a qualidade de vida desejável. Segundo Sousa (2010) uma sociedade envelhecida envolve questões relevantes que deve procurar responder às necessidades desta população em crescimento, nomeadamente, através da criação de redes de suporte formais para colmatar a sua escassez, valorização das redes de suporte informais e a sociedade em geral, para reintegração e aproveitamento dos cidadãos mais idosos.

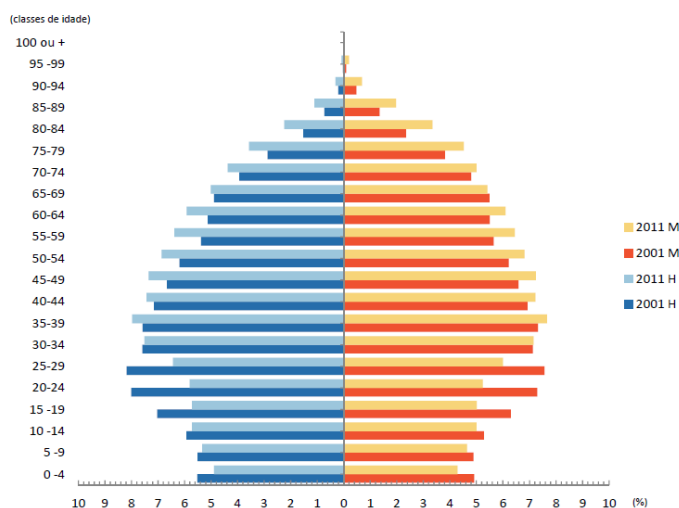
### 1.1- Envelhecimento demográfico

O envelhecimento demográfico caracteriza-se pelo aumento da proporção de pessoas idosas na população total. Este é hoje um dos fenómenos demográficos mais preocupantes, para a sociedade em geral e em particular para os serviços de Saúde Pública, que tem vindo a ocorrer de forma generalizada (Romão & Pereira, 2006).

Segundo Santos (2008) com a possibilidade de diagnosticar, prevenir e curar muitas doenças foi possível aumentar a esperança de vida e por conseguinte reduzir as taxas de mortalidade geral e da mortalidade infantil. Assim sendo, o envelhecimento demográfico encontra-se em crescimento e tem como principais causas a redução da fecundidade, a diminuição da mortalidade e a migração (Serafim , 2007; Sousa, 2010). A diminuição das taxas de natalidade e fecundidade são determinantes do envelhecimento demográfico uma vez que existe uma redução progressiva dos mais jovens, envelhecimento na base, originando de forma consequente um aumento relativo dos mais idosos, envelhecimento no topo.

Como consequência do aumento de pessoas idosas e do decréscimo da população jovem, a estrutura da pirâmide etária da população portuguesa tem vindo a sofrer modificações, como está evidente no gráfico 1. Nele se pode verificar a diminuição do número de efetivos na base da pirâmide e o aumento de pessoas nos grupos etários mais avançados.

**Gráfico 1: Estrutura etária da população portuguesa por sexo, 2001 e 2011 (Censos, 2011)**



Os Índices de Envelhecimento e de Dependência da população Portuguesa retratam bem o desequilíbrio existente entre a população jovem e idosa.

O Índice de Envelhecimento refere-se à relação que existe entre a população com 65 ou mais anos e a população dos 0-14 anos e em Portugal no ano 2011 foi de 128 idosos por 100 jovens. Por sua vez o Índice de Dependência de Idosos é a relação entre a população com 65 ou mais anos e a população em idade ativa entre os 15 e os 64 anos e em Portugal segundo os Censos 2011 foi de 28,8 idosos dependentes por cada 100 indivíduos adultos (INE, 2011).

Portugal, segundo os Censos 2011, mostra um quadro de envelhecimento demográfico bastante marcado, onde a população idosa representa 19,15% e a população jovem 14,89% do total de residentes no país. Apresenta ainda uma esperança média de vida à nascença de 79,2 anos. Segundo o INE (2011) prevê-se que em 2050 se acentue esta tendência de involução da pirâmide etária, com um aumento das pessoas com 65 e mais anos para 35,72%, e uma esperança média de vida de 81 anos.

## 1.2- Envelhecimento e dependência

A melhoria da prestação de cuidados de saúde, nas últimas décadas, tem tido um efeito cumulativo na diminuição da mortalidade e no aumento da esperança média de vida dos portugueses. Esta mudança demográfica trouxe também uma transição epidemiológica observando-se um aumento das doenças crónicas, típicas da terceira idade, caracterizadas pela sua tendência de co morbilidade e comprometimento funcional do idoso, que conduz invariavelmente a uma perda progressiva da autonomia. Esta, por sua vez, conduz a complicações geradoras de dependência e cuidados de longa duração.

Segundo Fenchine e Trompieri (2012) alguns autores entendem o envelhecimento como um processo que se caracteriza pela diminuição das capacidades do indivíduo em realizar de forma autónoma as suas atividades de vida diária, consideram-no como uma etapa do ciclo vida de vida caracterizada pela vulnerabilidade e dependência da pessoa. Também Santos (2008) refere que as várias ciências (médicas, psicológicas e biológicas) associam os conceitos de envelhecimento e de dependência.

À medida que se envelhece vai-se perdendo a capacidade de satisfazer de forma autónoma as nossas necessidades humanas básicas havendo necessidade de ajuda de outros. Lezaun, Arrazola e Arrazola (2001) mencionam que, apesar de grande parte dos idosos conseguirem viver com bons níveis de autonomia e saúde, a tendência é para um aumento do número de idosos com necessidades de apoio na realização das atividades de vida diária. Segundo o INE (2011) cerca de 50% da população idosa tem muita dificuldade ou não consegue realizar pelo menos uma das 6 atividades do seu dia-a-dia (ver, ouvir, andar, memória/concentração, tomar banho/vestir-se, compreender os outros/fazer-se entender). Este aumento do número de pessoas idosas que requer ajuda na satisfação das suas necessidades conduz ao aumento das necessidades de cuidados de saúde a este grupo (Grelha, 2009).

Segundo a World Health Organization (WHO) (2002), citada por Sequeira (2010), o conceito de autonomia relaciona-se com a capacidade que a pessoa tem sobre si, para tomar decisões, controlar e decidir sobre o seu dia-a-dia de acordo com as suas regras

e preferências. Refere-se à capacidade de cada um cuidar de si próprio, à capacidade de se adaptar ao meio envolvente e ser responsável pelos seus atos.

Segundo o Decreto-lei 101/2006 nº 108 a dependência é a

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

O conceito de dependência é muito complexo e segundo alguns autores caracteriza-se pela multidimensionalidade, multicausalidade e multifuncionalidade. A multidimensionalidade relaciona-se com a ideia que a dependência pode afetar as várias dimensões: mental, física, económica e social. A multicausalidade quer dizer que vários fatores determinam o aparecimento, progressão e manutenção da dependência, nomeadamente fatores físicos, psicológicos e contextuais. Os fatores físicos, como a fragilidade física, alterações da mobilidade e doença; os fatores psicológicos, como transtornos cognitivos, doença mental; e os fatores provenientes do contexto social, que se relaciona com o ambiente físico, as atitudes e comportamentos das pessoas que rodeiam o idoso. A multifuncionalidade indica que a dependência pode assumir várias funções, nomeadamente, a de adaptação (Grelha, 2009; Lezaun & Salanova, 2001, citados por Pereira, 2008; Santos, 2008; Losada-Baltar & Montorio-Cerrato, 2004).

Segundo Grelha (2009) um idoso dependente é aquele que, de forma temporária ou permanente, precisa de ajuda de outra pessoa para realizar algumas atividades de vida diária.

Entende-se por atividades de vida diária as tarefas que a pessoa faz no seu dia-a-dia. São manifestações das necessidades humanas básicas, com determinantes biológicos, sociais e culturais, relevantes na autonomia do idoso.

Segundo Lage (2007) o conceito de Atividades de Vida Diária (AVD) pode ser avaliado em duas dimensões: Atividades Básicas de Vida Diária (ABVD) que são essenciais no autocuidado e permitem à pessoa valer-se a si própria e Atividades Instrumentais de Vida Diária (AIVD) que são necessárias para a pessoa viver em comunidade e poder relacionar-se com os outros.

O idoso, mesmo aquele que apresenta uma dependência total na realização das suas atividades de vida diária é um ser humano e como tal tem direito de ver as suas necessidades satisfeitas (Santos, 2008). Importa identificar essas necessidades e supri-las de forma a diminuir o sofrimento que lhe está associado para viver com qualidade o maior tempo possível (Grelha, 2009).

As necessidades dos idosos vão muito para além das inerentes ao envelhecer, relacionam-se muitas vezes com o isolamento, com as dificuldades de apoio social e familiar, com o facto de existirem idosos que cuidam doutros idosos, com as dificuldades económicas que determinam a qualidade dos cuidados, com o cada vez mais difícil acesso aos cuidados de saúde, com o analfabetismo e estilos de vida não saudáveis. Face ao exposto, segundo Imaginário (2004) só uma abordagem multiprofissional pode dar uma resposta eficaz que vise satisfazer as necessidades mais urgentes desta população. O idoso exige um cuidado particular na satisfação das suas necessidades, graças ao seu processo de envelhecimento. É necessário promover o seu bem-estar, dar-lhe atenção e delinear com ele estratégias para a resolução dos seus problemas. Ele precisa que as pessoas se interessem por ele, de ser aceite socialmente e que o respeitem e compreendam como ser único e indissociável.

Santos (2008) refere que o contexto onde se satisfazem as necessidades bio-psicossociais-sociais do idoso dependente deve ser o mais humanizado possível e ter em conta a sua identidade, a causa da dependência, o contexto de vida da pessoa e a sua capacidade para encarar a situação atual, o papel dos intervenientes (família, vizinhos, amigos), bem como os recursos comunitários e a articulação entre os mesmos. Salienta ainda que a satisfação das necessidades do idoso devem ter como

objetivo principal promover a autonomia da pessoa, mas ter sempre em consideração a vontade do mesmo.

Santos (2008) sublinha que na velhice existe um aumento das limitações, como as limitações da mobilidade física que marcam esta condição de dependência e podem mesmo assumir-se como um estigma. Segundo Drulle (sd) citado por Santos (2008, p. 37)

(...) a imagem que as pessoas constroem acerca da velhice acaba por condicionar a maneira de estar dos próprios idosos. Em certos casos, estes sentem que há uma imagem tão desvalorizante que acabam por se conformar e atuar de acordo com ela (...) o idoso é assim estigmatizado e acaba por interiorizar e aceitar o que os outros lhe atribuem.

Neste contexto, é importante delinear com os idosos e seus cuidadores, como é que as pessoas se podem organizar no domicílio durante o máximo de tempo possível, tornando esse tempo em momentos de satisfação e de prazer, contribuindo para a sua dignidade, e que este seja visto como sinónimo de sabedoria e conhecimento (Paul, 2005 citado por Grelha, 2009).

## 2 - Cuidador informal

Precedente ao desenvolvimento desta temática, encontra-se a definição do conceito de cuidador informal, que tem ganho relevo na literatura e na investigação em gerontologia. O cuidar pressupõe uma atitude de preocupação, ocupação, responsabilidade e envolvimento afetivo com o ser cuidado, abrangendo mais do que momentos de atenção (Damas, Munari, & Siqueira, 2004). Alguns autores entendem o conceito de cuidador informal como os elementos que fazem parte da rede social da pessoa cuidada (família, amigos, vizinhos) que de modo informal e não remunerado, muitas vezes de modo contínuo, ajudam o idoso nas suas atividades diárias. (Pera, 2012; Sequeira, 2010; Romão & Pereira, 2006; Sousa, Figueiredo, & Cerqueira, 2004). O cuidador informal é então a pessoa que ajuda outra na realização das suas atividades diárias de forma gratuita, voluntária e sempre que necessário.

O domicílio é o contexto, por excelência, onde o cuidador informal presta cuidados à pessoa. Segundo Calvente et al. (2004), citados por Pereira (2008), o cuidado informal é entendido como uma das funções básicas da vida familiar e assenta nas relações afetivas e de parentesco, desenvolvendo-se num contexto doméstico e, na maior parte das vezes, prestado por mulheres.

As tarefas das famílias encontram-se enumeradas em cinco pontos fundamentais para cada indivíduo: proteção / alimentação; reprodução/ sexo; *status*, legitimação e transmissão das características do grupo social de origem; afeto, amor/ prestação de cuidados e por último socialização (Santos, 2008). Neste sentido, de acordo com Martin (2005) quando um dos seus elementos precisa de cuidados, por doença ou alguma limitação, a família presta-lhe apoio através da seleção de um cuidador.

Esta seleção do cuidador, segundo Karsh (2003) citado por Araújo (2009), é feita atendendo ao grau de parentesco, sexo, disponibilidade, proximidade geográfica, ou por ausência de outra resposta. A disponibilidade do membro familiar é determinada,

segundo Cruz et al, (2004) citados por Araújo (2009), pela relação afetiva entre ambos antes da condição de dependência. Também Martin (2005), baseado em Shanas (1979) apresenta um conjunto de fatores que influenciam o assumir do papel de cuidador: consanguinidade e proximidade afetiva, a coabitação; o sexo do cuidador e da pessoa cuidada e a situação laboral. Também Araújo (2009) refere o vínculo afetivo como a principal motivação pelo qual o cuidador familiar assume o cuidado. Mata e Rodriguez (2012) referem que independentemente das dificuldades que a família vai enfrentar, esta assume o compromisso do cuidar por afeto, por sentimento de obrigação, por ser a única resposta disponível ou ainda por questões económicas.

Segundo Sequeira (2010) é neste contexto familiar que normalmente se processa a assimilação do papel do cuidador, sendo que muitas vezes as pessoas não conseguem dizer exatamente o momento em que pensam em si como cuidadores, ou seja, o momento em que se identificam com o papel. O momento em que a pessoa se assume como prestador de cuidados pode ser diferente do verdadeiro momento em que se inicia o cuidado, uma vez que o cuidar se vai adaptando às necessidades do recetor (Pereira, 2008; Andrade, 2009).

O assumir do papel de cuidador pode surgir de forma súbita como consequência de algo inesperado como: doença ou acidente de alguém que precisa de acompanhamento; viuvez ou demissão ou falecimento da pessoa que prestava anteriormente os cuidados. Contrariamente a este processo, o cuidador informal pode assumir este papel de forma lenta e progressiva quando existe uma gradual e lenta perda de autonomia da pessoa de quem se cuida. Para além destes dois processos, Bris (1994) refere outro que denomina por vias de entradas intermédias, como as situações onde devido a um acontecimento súbito a prestação de cuidados temporária se torna definitiva.

O início do papel de cuidador nem sempre advém de uma escolha livre e consciente, mas é no domicílio, na família da pessoa que se encontra o contexto desejado para envelhecer, um lugar de aconchego, seguro, com identidade e lembranças, a família constitui o lugar de pertença de cada pessoa (Sousa, Figueiredo

& Cerqueira, 2004; Lage, 2005 citado por Andrade, 2009). Este cuidado informal em ambiente domiciliário permite ainda promover a dignidade da pessoa, enfatiza os laços que a pessoa idosa tem com o espaço, com os objetos e com as pessoas, garantindo a manutenção da sua identidade, do seu equilíbrio, ou seja, da sua qualidade de vida (Carletti & Rejani, 1999 citados por Ferreira, 2002).

O cuidar de pessoas idosas dependentes não é um cuidar estático, torna-se complexo e muito diverso. Isto é, os cuidadores variam entre si pelos desejos, pelos sentimentos, pela situação que leva a assumir o papel de cuidador, pelas suas habilidades. Existe uma grande variedade do tipo de cuidados em função do tipo de dependência, da personalidade do idoso, da história de vida e familiar de cada um e da aceitação da dependência (Lezaun, Arrazola, & Arrazola, 2001).

Muitos cuidadores informais cuidam de forma sistemática, por vezes solitária, sem ajuda direta de outros membros da família (Sequeira, 2010). Cuidar pode ser um trabalho físico e emocionalmente desgastante e muitas vezes as pessoas que cuidam de alguém não recebem qualquer tipo de formação, informação ou apoio necessário para carregar com todas as responsabilidades (Scott, 2006). Frequentemente a família apresenta-se sem um apoio adequado para desenvolver o cuidado e vivencia uma variedade de dificuldades no cuidar em função da doença, da experiência individual e recursos ao seu dispor (Nardi & Oliveira, 2008).

É necessário conhecer de que forma e medida o cuidado de alguém dependente afeta a dinâmica familiar e quais os recursos pessoais e sociais com que os cuidadores podem contar para enfrentar esta situação, já que dele tanto dependem o bem-estar do cuidador como o da pessoa cuidada. É preciso recolher informação junto dos cuidadores e idosos dependentes para poder estabelecer critérios e respostas dos recursos socio sanitários existentes. É necessário avaliar individualmente todos os défices que se produzem na pessoa dependente, assim como o impacto destas no cuidador e família. O profissional de saúde deve colher informação precisa junto da pessoa cuidada e como responde a este o cuidador, assim como avaliar as

consequências do cuidado no contexto familiar, social e laboral (Lezaun, Arrazola & Arrazola, 2001).

Conhecer *à priori* quais os cuidadores que se encontram em risco permite estabelecer prioridades nas intervenções preventivas aos cuidadores mais precisados e ao estabelecimento de medidas que aliviem os cuidadores informais. Quanto mais tempo os cuidadores gozarem de boa saúde, mais tempo poderão manter-se independentes, ter uma vida satisfatória e assegurar os cuidados aos seus familiares (Caja & Marcos, 2005).

### 2.1 – Dificuldades do cuidador informal

Cuidar é um processo complexo, exigente de apoio e intervenção em vários domínios, alterando a vida dos cuidadores informais (Cordeiro, 2011).

Segundo Ramos (2012) os prestadores de cuidados informais sofrem alterações em várias e importantes áreas da sua vida, o desempenho do papel de cuidador informal vai influenciar os vários domínios da sua vida pessoal, familiar e social. Por um lado é-lhes pedido a manutenção das suas funções anteriores à necessidade de cuidar de outrem e por outro lado o cuidador informal valoriza, muitas vezes, em primeiro lugar as necessidades da pessoa cuidada, deixando para depois as suas próprias necessidades.

Segundo Pera (2012) perante as dificuldades decorrentes da prestação de cuidados por um período indeterminado de tempo, o cuidador pode vir a suportar várias repercussões em vários domínios, como na sua saúde física e emocional, no convívio social e diminuição da sua capacidade financeira. Neste sentido também Ramos (2012) refere que a prestação de cuidados a um idoso dependente é uma atividade desgastante para o cuidador, com consequências físicas, emocionais e socioeconómicas. Segundo Santos (2008), as principais condições sociais e financeiras geradoras de dificuldades no cuidado informal foram o descontentamento para com as respostas da rede formal; a não-aceitação do apoio formal pelo idoso; o custo do serviço de apoio domiciliário e a inexistência de remuneração para o cuidador.

Loureiro (2009) citado por Ramos (2012), comparou os cuidadores informais com “não cuidadores” e conclui que os cuidadores informais apresentam mais problemas de saúde, tomam mais medicação e têm mais comportamentos de risco para com a sua saúde. Também Sequeira (2010) refere que frequentemente os cuidadores manifestam cansaço, alterações do sono, tristeza, tensão nervosa e irritabilidade. Ainda Santos (2008) afirma que os cuidadores de idosos dependentes manifestam sintomas de esgotamento físico e mental, como diminuição das forças, lombalgias, fadiga em geral, irritabilidade, insónias e sintomas depressivos.

Também o convívio social é afetado, havendo uma diminuição das relações sociais levando muitas vezes ao isolamento e à menor oportunidade de encontrar apoio social (Ramos, 2012). Com aumento de atividades a desempenhar no seu dia-a-dia, o cuidador fica com menos tempo para si e para as suas tarefas, estabelecendo menos relações sociais e prescindindo de atividades de lazer (Cordeiro, 2011, Lage, 2005; Ramos, 2012), levando-o à diminuição dos contactos e ao isolamento (Sequeira, 2010).

Aos cuidadores informais que para além do exercício do cuidar exercem uma profissão, a necessidade de conciliar estes dois papéis, pode implicar várias alterações, como horário de trabalho, o seu desempenho, recusa de promoções, e até a possibilidade de desistir da profissão (Lage, 2005; Ramos, 2012).

Se o cuidador abandonar a profissão pode agravar as repercussões financeiras que a prestação de cuidados acarreta (Ramos, 2012), já que segundo Lemos (2012), com o aumento da dependência no cuidado aumentam também os custos económicos, que na maior parte das vezes é suportado pelo próprio cuidador.

Os cuidadores informais podem demonstrar inúmeras necessidades como o apoio emocional, informação sobre a doença/ prognóstico, deteção e diagnóstico de necessidades/dificuldades, e aconselhamento sobre como solicitar ajuda a outros familiares ou instituições (Gimeno & Lampré, 2008, citados por Pera, 2012). Segundo Figueiredo (2007) citado por Ramos (2012) muitos cuidadores têm dificuldade em

enunciar e imaginar as suas dificuldades, pelo que se pode tornar complexa a identificação das suas necessidades. No entanto, aponta alguns tipos de necessidade:

- Necessidade de ajudas práticas e técnicas: que abrangem os cuidados de enfermagem, o apoio nas lidas domésticas e preparação de refeições, e alugar ou adquirir ajudas técnicas, como cadeiras de rodas, camas articuladas, arrastadeiras, etc;
- Necessidade de apoio financeiro que resulta da escassez de rendimentos, a par das elevadas despesas com a aquisição de medicamentos e equipamentos, encargo que poderia ser diminuído se existisse um maior apoio financeiro;
- Necessidade de apoio psicossocial, necessidade de ter alguém com quem falar das experiências, dificuldades, preocupações e satisfações intrínsecas à prestação de cuidados, e, ao mesmo tempo, a necessidade de ser-se reconhecido pelo seu sacrifício, para se sentir valorizado e apreciado. Os grupos de apoio poderão contribuir para prevenir o isolamento e solidão, favorecer a interação social e ser uma boa fonte de informação e aconselhamento;
- Necessidade de informação acerca dos serviços disponíveis, subsídios e direitos.
- Necessidade de formação com vista à obtenção de conhecimentos práticos e conhecimentos sobre a própria doença, evolução e tratamentos.

Pelos custos que o cuidado informal acarreta em termos sociais, familiares e na própria saúde dos prestadores, é necessário apoiá-los, quer a nível técnico, financeiro, emocional ou ao nível da informação. Contudo, parecem existir ainda muitas lacunas no apoio oferecido a estes importantes prestadores de cuidados (Ramos, 2012). Para atenuar estes efeitos e garantir o bom desempenho e satisfação do cuidador, é necessário diagnosticar e conhecer as dificuldades dos mesmos, que podem ser de ordem material, emocional ou informativa, e apoiá-los adequadamente (Cordeiro, 2011). Campos et al (2009) citados por Pera (2012) defendem que os cuidadores informais devem ser avaliados tendo em conta as exigências que o seu papel requer, para se determinar quais as necessidades de apoio requeridas e os conhecimentos que ele possui acerca da função que vai desenvolver.

Segundo Gomes e Mata (2012) ser cuidador de idosos dependentes no domicílio requer uma aprendizagem constante, onde o sucesso do cuidado no domicílio depende do cuidador, da sua capacidade de lidar com as situações e a aprendizagem dos cuidados, sem colocar em causa o seu bem-estar e o da pessoa cuidada.

O cuidar de alguém requer esforço físico, mental, psicológico e económico, havendo necessidade do cuidador se reorganizar e ser capaz de encontrar alternativas através dos recursos existentes (Lemos, 2012).

Na realidade, todos os cuidadores requerem informação, educação, encorajamento e suporte, estando os enfermeiros numa posição privilegiada para satisfazer as suas necessidades (Andrade, 2009 citado por Cruz, Loureiro, Silva, & Fernandes, 2010).

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, sugerindo 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.

Prestar cuidados a idosos dependentes não constitui apenas uma experiência desgastante, identificar a dimensão positiva do cuidar é uma mais-valia para os cuidadores informais, na medida em que a relação pode ser fortalecida, quando é reforçado um sentimento de gratificação (Araújo, 2009 citado por Cruz, 2010) Neste sentido, Cordeiro (2011) afirma que desempenhar com sucesso o papel de prestador de cuidados pode melhorar a autoestima, a realização pessoal e o reconhecimento social, melhorando concomitantemente a sua autoeficácia.

## 2.2 – Autoeficácia do cuidador informal

A necessidade de assumir a prestação de cuidados a um idoso dependente reveste-se habitualmente de momentos de incertezas e indecisões, nos quais o futuro cuidador se questionará da sua autoeficácia para desenvolver tal função.

Para Araújo e Moura (2011) a autoeficácia refere-se às percepções que as pessoas têm sobre as suas próprias capacidades para realizar uma determinada tarefa, de modo a atingir um dado objetivo ou resultado. Também Souza e Souza (2004) consideram que a autoeficácia se refere ao juízo pessoal que os indivíduos fazem acerca de quanto são capazes de organizar e implementar atividades em situações desconhecidas.

O constructo da autoeficácia é um dos principais componentes da teoria social cognitiva de Bandura (1997). Investigadores demonstraram que a percepção de eficácia influencia a escolha das atividades e dos ambientes ou situações; determina também a quantidade de esforço que a pessoa vai dispor e durante quanto tempo persistirá perante o obstáculo e más experiências; a percepção acerca da própria capacidade influencia, ainda, os processos de pensamento e as reações emocionais antes e perante as situações (Bandura, 1997; Ribeiro, 1995; Souza & Souza, 2004). As expectativas de autoeficácia poderão assim afetar a própria tentativa do sujeito em enfrentar novas situações (Salanova, Grau & Martinez, 2006). A percepção da autoeficácia é fundamental para que a pessoa possa atingir os objetivos com sucesso, influenciando o modo como as pessoas sentem, pensam e se comportam. Em termos de sentimentos, níveis baixos de autoeficácia associam-se a depressão, ansiedade e pessimismo. Em termos de pensamento, níveis altos de autoeficácia facilitam os processos cognitivos que conduzem a um melhor desempenho e tomada de decisão em diversas situações. Em termos comportamentais, as pessoas com níveis elevados de autoeficácia enfrentam as dificuldades como desafios a serem superados, investindo mais e persistindo durante mais tempo na realização das atividades. Quando a pessoa apresenta níveis baixos de autoeficácia irá evitar situações difíceis que avalia como fora do seu alcance, centrando-se nos obstáculos e dificuldades

personais em vez de pensar em soluções para atingir os objetivos (Bandura, 1997; Ponton, Edmister, Ukeiley & Seiner, 2001; Schwartz & Hallum, 2008; Araújo & Moura, 2011)

Alguns autores referem que a autoeficácia é um bom preditor das mudanças de comportamento (Graham & Weiner, 1996; Martins & Ribeiro, 2008; Pajares, 2002; Schwarzer & Hallum, 2008,). Bandura refere que a mudança comportamental se faz a partir de mudanças no sentido da perícia e da autoeficácia. A mudança comportamental é facilitada pelo sentido de controlo pessoal, quando acreditamos que podemos fazer algo para resolver o problema, acabamos por fazê-lo e envolvemo-nos mais na resolução desse problema (tomada de decisão) (Bandura, 1997, 2001).

Investigações estenderam o conceito da autoeficácia para os domínios da aprendizagem, do controlo e da manutenção da saúde (Martins & Ribeiro, 2008). A perceção da autoeficácia pode promover a motivação para a ação, pressupondo que níveis altos de autoeficácia se relacionam com melhor saúde (Martins & Ribeiro, 2008; Araújo & Moura, 2011). Segundo O'Leary (1992) citado por Martins e Ribeiro (2008) a perceção de autoeficácia pode afetar a saúde de dois modos: através da adoção de comportamentos que influenciam a saúde e através da reação ao *stress* que pode influenciar vários domínios da saúde.

A autoeficácia é um fator psicológico importante que permite à pessoa reconhecer-se com a competência necessária para obter bem-estar (Bandura, 1982; Christiansen, Baum, & Bass-Haugen, 2005). Assim, um melhor entendimento da perceção de autoeficácia dos cuidadores informais pode ajudar os profissionais de saúde a interpretar melhor os resultados das suas intervenções. A perceção da autoeficácia facilita a fixação de objetivos, investimento e envolvimento nas atividades, persistência face a obstáculos e recuperação de retrocessos, sendo considerado como um fator de recurso e resistência positiva (Souza & Souza, 2004).

### **3- Resposta das redes de apoio formais**

O envelhecimento populacional, as alterações dos modelos familiares, a dependência física, a exclusão e isolamento social e o aumento das patologias do foro mental conduziu a sociedade civil a uma reorganização e criação de respostas mais eficazes para as necessidades da população (Santos, 2008).

A necessidade de prestar apoio ao idoso dependente sempre existiu, contudo a responsabilidade de assumir esses cuidados é que tem vindo a modificar-se e a adquirir uma importância cada vez mais relevante. Até ao século XX a família era o principal responsável pelo cuidar do idoso, fosse por razões morais (a maioria das culturas enfatizavam e continuam a enfatizar o dever familiar), por motivos económicos (a herança funcionava como um incentivo aos familiares a proporcionarem o apoio que o idoso dependente necessitava) ou por razões emocionais. Em países desenvolvidos esta situação começou a modificar-se com o aparecimento dos programas de bem-estar social e criação de novas respostas sociais, como o Serviço de Apoio Domiciliário e Lares (Pereira, 2008).

Foi na década de 60 que Portugal deu os primeiros passos na tentativa de criar uma política social para as pessoas idosas, resultado de uma consciencialização da necessidade de intervir socialmente neste grupo populacional. Esta consciencialização advém duma construção social de velhice, considerada como um problema social. (Santos, 2008)

Entende-se por Política Social

“ (...) um conjunto de programas e medidas que têm por finalidade assegurar o bem-estar, tal como é definido por determinada sociedade e que reflete certas prioridades e valores julgados importantes para essa sociedade ”  
(Medeiros, 2000, citada por Santos, 2008, p. 73).

Fernandes (1997, p. 139) define o conceito de políticas sociais de velhice como “ (...) o conjunto das intervenções públicas que estruturam, de forma explícita ou implícita as relações entre a velhice e a sociedade ”.

Segundo Santos (2008) uma política de cuidados à pessoa idosa e/ou dependente visa apoiá-la na realização das suas atividades básicas e instrumentais de vida diária, pode ser assegurado por entidades lucrativas ou não, executados por profissionais pagos ou não ou pelo cuidador familiar.

Em Portugal são várias as respostas sociais dirigidas ao idoso com dependência e servir de apoio às suas famílias, como:

- **Centros de Dia:** são uma resposta social que consiste na prestação de serviços que permitem a permanência do idoso no meio sociofamiliar. Este tipo de resposta, segundo Santos (2008) visa prevenir e atrasar os efeitos do envelhecimento, combater o isolamento e a solidão, conservar a autonomia e melhorar a qualidade de vida.

- **Centros de Convívio:** são uma resposta social de apoio nas atividades sócio recreativas e culturais, organizadas e dinamizadas pelos idosos. Tem como objetivos evitar o isolamento social, desenvolver atividades de natureza recreativa, cultural e artística, manter ou desenvolver as capacidades individuais, permitindo a promoção da autonomia (Santos, 2008).

- **Serviço de Apoio Domiciliário:** é também uma resposta social que consta na prestação de cuidados individualizados e personalizados no domicílio, a idosos ou famílias, quando por motivo de doença, deficiência ou outros impedimentos, estas não podem assegurar, temporária ou permanentemente, a satisfação das suas necessidades básicas e ou atividades da vida diária. Tem como principal objetivo assegurar, de forma personalizada, a satisfação das necessidades do indivíduo apoiado, contribuir para a manutenção do idoso no meio natural, diminuir ou retardar a colocação em instituição/lar e colaborar na prestação de cuidados de saúde.

Relativamente ao leque de serviços a prestar, estes são planeados tendo em conta as necessidades do indivíduo, as suas potencialidades, os recursos da comunidade (família, vizinhos etc.) e as condições habitacionais. Estes serviços correspondem ao fornecimento de refeições, à preparação de refeições no domicílio, à higiene pessoal, à higiene da habitação, ao tratamento de roupas, ao acompanhamento em casa e no exterior, a diligências várias no exterior e ao transporte.

- **Lar:** é uma outra resposta social desenvolvida em equipamentos de alojamento coletivo, de utilização temporária ou permanente, para idosos em situações de maior risco de perda de independência e/ou autonomização. Apresenta como principais objetivos: proporcionar serviços permanentes e adequados à situação biopsicossocial dos utentes, garantir condições que contribuam para a estabilização ou retardamento das problemáticas associadas ao processo de envelhecimento, e relacionar-se com as famílias dos utentes, mantendo-as informadas e incentivando a manutenção das relações familiares.

Esta resposta pode ter uma outra vertente, a de residência temporária, onde a colocação em Lar pode ser temporária – 1 a 3 meses para férias familiares, para convalescença ou para melhoria das condições de habitabilidade para o regresso do idoso.

- **Acolhimento Familiar:** é uma outra resposta que consiste na integração, temporária ou permanente, em famílias consideradas idóneas, de pessoas idosas com deficiência (Decreto Lei n.º 391/91, de 10 de Outubro).

Os objetivos passam por diversificar a rede de respostas destinadas a idosos, proporcionar uma alternativa ao meio familiar e evitar ou retardar o mais possível o recurso à resposta institucional.

- **Centro de Férias:** proporciona atividades lúdicas/ recreativas em acolhimento parcial ou temporário.

- **Rede Nacional de Cuidados Continuados:** definem-se como um sistema organizado para a satisfação do utente / família, composto por serviços e mecanismos integrados. Estes cuidam dos utentes / famílias ao longo do tempo, através de um conjunto articulado de saúde e serviços sociais, cobrindo todos os níveis de intensidade de cuidados, organizados no sentido da promoção de saúde e melhoria da efetividade dos cuidados. Em 2006, através do Decreto-Lei 101/2006, foi criada a chamada Rede Nacional de Cuidados Integrados que tem como objetivo geral “ (...) a prestação de cuidados continuados integrados a pessoas que, independentemente da idade, se encontrem em situação de dependência ” (Decreto lei 101/2006, capítulo I, art.º 4.º). A rede nacional de cuidados continuados integrados é a resposta do Estado que tem por objetivo assegurar aos cidadãos um modelo de intervenção e articulação da Saúde e da Segurança Social para os cuidados continuados e paliativos. Envolve a participação e colaboração de diversos parceiros (públicos, privados e sociais), a sociedade civil e o Estado, como principal incentivador.

## **II - METODOLOGIA DE INVESTIGAÇÃO**

## **1 - Contextualização da problemática e objetivos do estudo**

O Concelho de Mirandela, situado no Nordeste de Portugal e no Distrito de Bragança, ocupa uma área aproximada de 679 Km<sup>2</sup>, sendo um dos maiores concelhos do Distrito. É um concelho muito disperso em termos geográficos e marcado por dinâmicas de esvaziamento e de envelhecimento demográfico, pelo despovoamento das zonas rurais e pela crescente concentração da população na sede do concelho.

De acordo com os dados dos Censos 2011 residiam no concelho de Mirandela 23850 indivíduos, onde cerca de 25% apresenta 65 ou mais anos. Se tivermos em conta os dados dos Censos de 2001, verifica-se uma tendência para decréscimo populacional, que passou de 25819 indivíduos em 2001 para 23913 indivíduos em 2011. À semelhança do que acontece a nível nacional também no concelho de Mirandela o envelhecimento demográfico tem vindo a refletir-se no Índice de Envelhecimento que segundo a PORDATA em 2012 apresentava uma proporção de 211,6 idosos por cada 100 jovens. Tendo em conta estes dados e sendo que a população idosa tende a requerer mais cuidados em saúde importa identificar estas necessidades dos idosos dependentes do concelho e as dificuldades dos cuidadores informais para uma melhor prestação de cuidados e deste modo diminuir complicações que podem advir das dificuldades/incapacidade da pessoa.

Face ao exposto, a questão de investigação que suscitou preocupação e desejo de pesquisa no presente estudo foi quais as dificuldades sentidas e nível de autoeficácia dos cuidadores informais de idosos dependentes do concelho de Mirandela, pelo que foram definidos os seguintes objetivos:

a) Identificar as dificuldades sentidas pelos cuidadores informais de idosos dependentes segundo variáveis sociodemográficas e de cuidado.

b) Avaliar o nível de autoeficácia dos cuidadores informais de idosos dependentes segundo variáveis sociodemográficas e de cuidado.

c) Relacionar as dificuldades sentidas com os níveis de autoeficácia dos cuidadores informais de idosos dependentes

d) Determinar a dependência dos idosos cuidados nas atividades de vida diária segundo as dificuldades sentidas e nível de autoeficácia dos cuidadores informais

e) Desenhar um projeto de intervenção que objetive aumentar a autoeficácia e diminuir as dificuldades dos cuidadores informais de idosos dependentes.

## **2 - Participantes e seleção da amostra**

A população a estudar consiste nos cuidadores informais que prestam cuidados ao idoso dependente no concelho de Mirandela. A escolha destes cuidadores informais prende-se com o fato de o investigador ser profissional na Unidade de Cuidados na Comunidade (UCC) do Centro de Saúde de Mirandela I, havendo uma estreita colaboração entre utentes e profissionais. Tendo em conta o constructo teórico definiu-se como cuidador informal a pessoa não remunerada que assume a responsabilidade de assistir e prestar os cuidados ao idoso dependente.

A amostra de cuidadores que participa no estudo foi obtida através do tipo de amostragem não probabilística, amostras escolhidas por especialistas e amostragem em “Bola de neve”. Segundo Ribeiro (2007) as amostras selecionadas por especialistas é um tipo de amostragem onde um especialista, a pedido do investigador, escolhe indivíduos típicos representativos das características a investigar. A amostragem em “Bola de neve” recai nos indivíduos que foram previamente identificados como pertencentes à amostra, utilizada em casos em que não existe informação disponível sobre a população, onde o investigador pede ajuda ao inquirido, após ser entrevistado, para que este forneça nomes de outros indivíduos que possam ser igualmente inquiridos. Na presente investigação os casos foram inicialmente identificados através dos profissionais do centro de saúde que prestam cuidados aos utentes do concelho de Mirandela, e posteriormente junto dos cuidadores informais que foram identificando outros na mesma situação.

Salienta-se o fato de se desconhecer, em absoluto, o número de cuidadores informais de idosos dependentes no domicílio residentes no concelho de Mirandela, apesar dos esforços encetados junto de várias entidades para se obterem esses dados. No entanto, de modo a minimizar o impacto de eventuais erros de amostragem, houve a preocupação de realizar a colheita de dados em locais distintos, apesar da

dificuldade de contactar os cuidadores devido à dimensão da área abrangida e distâncias a percorrer. Assim sendo, e atendendo às limitações de tempo, a amostra foi a possível e ficou constituída por 50 cuidadores informais de idosos dependentes no domicílio do concelho de Mirandela.

## 2.1- Amostra – Os cuidadores informais

Os 50 cuidadores informais estudados apresentam uma média de idades de 57,04 anos (min: 19; máx.: 89 anos), com um desvio padrão de 16,7 anos e a maior representatividade recai nos indivíduos de 65 ou mais anos. Verificou-se que existe predominância do sexo feminino (84%) e de pessoas casadas ou em união de fato (80%), com habilitações literárias ao nível do ensino básico (78%), realçando-se contudo, um percentual de 12% de cuidadores sem escolaridade. Os cuidadores são maioritariamente cônjuges da pessoa cuidada (38%) seguido das filhas dos mesmos com 32% e 12% são noras e com igual percentagem os maridos. Realça-se a existência de 4% de cuidadores que não possuem laços familiares com a pessoa cuidada. No que concerne à constituição dos agregados familiares os mais prevalentes são os compostos por dois (42%) e três (22%) elementos como podemos observar na tabela 1.

**Tabela 1: Distribuição dos cuidadores informais segundo as suas características sociodemográficas**

		n	%
<b>Sexo (n=50)</b>	Feminino	42	84,0
	Masculino	8	16,0
<b>Idade em anos (n=50)</b>	<=24	1	2,0
	25-34	4	8,0
	35-44	6	12,0
	45-54	11	22,0
	55-64	11	22,0
	>=65	17	34,0
<b>Estado civil (n=50)</b>	Solteiro (a)	2	4,0
	Casado(a)/União de facto	40	80,0
	Viúvo(a)	7	14,0
	Divorciado(a)/Separado(a)	1	2,0
<b>Habilitações literárias (n=50)</b>	Sem escolaridade	6	12,0
	1ºCiclo do EB	28	56,0
	2ºCiclo do EB	8	16,0
	3ºCiclo do EB	3	6,0
	Ensino Secundário	2	4,0
	Ensino Superior	3	6,0
<b>Parentesco (n=50)</b>	Filha	16	32,0
	Esposa	13	26,0
	Nora	6	12,0
	Sobrinha	3	6,0
	Neta	2	4,0
	Irmã	1	2,0
	Sem parentesco	2	4,0
	Prima	1	2,0
Marido	6	12,0	
<b>Composição do agregado familiar (n=50)</b>	1 Elementos	1	2,0
	2 Elementos	21	42,0
	3 Elementos	11	22,0
	4 Elementos	7	14,0
	5 Elementos	6	12,0
	6 Elementos	1	2,0
	7 Elementos	3	6,0

A tabela 2 evidencia que 16% (n=8) dos cuidadores informais se mantêm ativos face à sua situação atual de emprego. Destes, 62,5% (n=5) referiu algum grau de dificuldade em conjugar a atividade profissional com a prestação de cuidados, sendo que 87,5% (n=7) nunca pensou em abandonar a atividade profissional para assegurar a prestação de cuidados. Do total de inquiridos, 12% (n=6) pensaram em abandonar o cuidado. Os cuidadores informais apresentam atividades profissionais bastante variadas, com

predomínio das profissões não qualificadas, como as atividades domésticas (60%), e as profissões ligadas à agricultura (10%).

**Tabela 2: Caracterização dos cuidadores quanto à sua atividade profissional e à prestação do cuidado**

		n	%
<b>Situação atual de emprego (n=50)</b>	Ativo(a)	8	16,0
	Reformado(a)/Inválido(a)	19	38,0
	Desempregado	6	12,0
	Doméstico(a)/Nunca trabalhou	17	34,0
<b>Dificuldade na conjugação trabalho-cuidado (n=8)</b>	Nada difícil	3	37,5
	Pouco difícil	1	12,5
	Bastante difícil	3	37,5
	Muito difícil	1	12,5
<b>Pensou em abandonar o trabalho (n=8)</b>	Nunca	7	87,5
	Bastantes vezes	1	12,5
<b>Pensou abandonar o cuidado (n=50)</b>	Sim	6	12,0
	Não	44	88,0
<b>Profissão (n=50)</b>	Doméstica	30	60,0
	Cozinheira(o)	2	4,0
	Professor(a)	2	4,0
	Operário(a) fabril	3	6,0
	Assistente operacional	2	4,0
	Empregada balcão	2	4,0
	Enfermeira	1	2,0
	Agricultor(a)	5	10,0
	Auxiliar ação médica	1	2,0
	Empresária	1	2,0
	Pedreiro	1	2,0

Relativamente às razões mais apontadas para ser cuidador (tabela 3) verificamos que 32% são cuidadores informais pelo simples fato de serem cônjuges, 20% são-no por opção própria e 10% por proximidade de residência da pessoa cuidada. De realçar que 2% dos cuidadores referiram que tal função é uma obrigação que lhes assiste. O tempo de cuidado varia entre 6 meses a 25 anos, onde a média é de 7,3 anos e a moda corresponde a 5 anos de cuidado, com um desvio padrão de 6,14. Uma vez agrupados os dados em classes de amplitude de 5 anos, verificou-se que 84% dos cuidadores exerce essa função há menos de 10 anos, dos quais mais de metade a assumiu há menos de 5. Com mais de 20 anos de cuidado, foi encontrado um percentual de 4% dos cuidadores. Verificou-se que 80% dos cuidadores residem na mesma habitação que o idoso dependente dos seus cuidados, onde 47,5% dos cuidadores são cônjuges,

e a prestação dos cuidados é realizado de forma contínua (74%). Quanto ao fato do cuidador ter, ou não, ajuda de alguém, na prestação de cuidados, a maioria (68%) respondeu afirmativamente, sendo que esta é realizada sobretudo pela família (94,12 %).

**Tabela 3: Caracterização do cuidado prestado pelo cuidador informal**

		n	%
<b>Motivos referidos para o cuidar (n=50)</b>	Desemprego	4	8,0
	Esposa	5	10,0
	Familiar	2	4,0
	Filha	4	8,0
	Filha mais próxima	1	2,0
	Filha única	2	4,0
	Filho único	1	2,0
	Marido	11	22,0
	Obrigaçãodever moral	1	2,0
	Opção	10	20,0
	Porque somos apenas dois	1	2,0
	Proximidade	5	10,0
	Sogro	1	2,0
	Único familiar interessado	2	4,0
<b>Tempo de cuidado em anos (n=50)</b>	<=1-5	25	50,0
	6-10	17	34,0
	11-15	2	4,0
	16-20	4	8,0
	>20	2	4,0
<b>Cuidado de forma contínua (n=50)</b>	Sim	37	74,0
	Não	13	26,0
<b>Coabita com a pessoa cuidada (n=50)</b>	Sim	40	80,0
	Não	10	20,0
<b>Ajuda de outrem no cuidar (n=50)</b>	Sim	34	68,0
	Não	16	32,0
<b>Quem ajuda no cuidar (n=34)</b>	Esposa da pessoa cuidada	1	2,0
	Família	1	2,0
	Família/Vizinhos	1	2,0
	Filha	3	6,0
	Filho	2	4,0
	Filhos	3	6,0
	Irmã	3	6,0
	Irmã/filha	1	2,0
	Irmão	1	2,0
	Mãe	2	4,0
	Marido	9	18,0
	Marido/Tia	1	2,0
	Pai	2	4,0
	Prima	1	2,0
	Tia	1	2,0
Vizinha	1	2,0	
Vizinhos	1	2,0	

Questionaram-se ainda os cuidadores se padeciam de alguma doença ou incapacidade e os resultados obtidos (tabela 4) indicam que 56% das pessoas inquiridas afirmaram não padecer de qualquer doença ou incapacidade. Dos 44% que referiram sofrer de alguma doença o maior percentual (58,8 %) recai na hipertensão arterial isolada ou associada a outras patologias, seguidas das queixas do foro osteoarticular com 22,73% e 13,6% dos inquiridos referiram padecer de patologia depressiva.

Tabela 4: Caracterização do estado de saúde do cuidador informal

		n	%
<b>Auto classificação da sua saúde (n=50)</b>	Muito má	4	8,0
	Má	14	28,0
	Regular	14	28,0
	Boa	17	34,0
	Muito boa	1	2,0
<b>Padece de alguma doença/incapacidade (n=50)</b>	Sim	22	44,0
	Não	28	56,0
<b>Doença/incapacidade (n=22)</b>	Arritmia cardíaca; Taquicardia ventricular	1	4,5
	Artroses	1	4,5
	Asma, lombalgia	1	4,5
	Diabetes, HTA, Incontinência urinária, IC	1	4,5
	Depressão	3	13,6
	Doença cardíaca	1	4,5
	Doença renal	1	4,5
	HTA	7	31,8
	HTA, Diabetes	1	4,5
	HTA, Hipercolesterolemia	1	4,5
	HTA, Hiperuricemia	1	4,5
	HTA, Osteoporose, Diminuição acuidade auditiva	1	4,5
	HTA/Osteoporose	1	4,5
	Lombalgias	1	4,5

## 2.2- AMOSTRA – Os idosos dependentes

Como é possível verificar pela tabela 5 o grupo mais representado dos idosos dependentes de cuidado pertence ao grupo etário dos 75 – 84 anos (36%), seguido do grupo dos 85-94 anos (32%) e o grupo menos representativo (n=1; 2%) é o dos 95 e mais anos de idade. A média de idades dos idosos estudados é de 79,6 anos (min.: 65; máx.: 96 anos), onde o desvio padrão tem o valor de 8,46 anos. Segundo os dados da tabela 6 verificamos que a maioria da amostra é do sexo feminino (68%), casada ou em união de fato (56%) e sem escolaridade (56%)

**Tabela 5: Distribuição da amostra dos idosos dependentes segundo características sociodemográficas**

		n	%
<b>Idade em anos (n=50)</b>	65-74	15	30,0
	75-84	18	36,0
	85-94	16	32,0
	>=95	1	2,0
<b>Sexo (n=50)</b>	Feminino	34	68,0
	Masculino	16	32,0
<b>Estado civil (n=50)</b>	Solteiro (a)	4	8,0
	Casado(a)/União de facto	28	56,0
	Divorciado(a)/Separado(a)	2	4,0
	Viúvo(a)	16	32,0
<b>Habilitações literárias (n=50)</b>	Sem escolaridade	28	56,0
	1ºCiclo do EB	19	38,0
	2ºCiclo do EB	1	2,0
	3ºCiclo do EB	1	2,0
	Ensino Secundário	1	2,0

Foram questionados os cuidadores informais quanto ao motivo da dependência do idoso e, de acordo com a informação fornecida, esta foi analisada segundo a Classificação Internacional de Doenças e de Problemas Relacionados a Saúde, Décima Revisão – CID-10. De acordo com os dados apresentados na tabela 6 constata-se como principal causa de dependência na amostra estudada as doenças do sistema osteomuscular e tecido conjuntivo (30%), seguidos dos transtornos mentais e comportamentais (26%) e as doenças do aparelho circulatório com 20%. De referir que uma percentagem de 16% dos cuidadores desconhecia qual a causa específica da

dependência/ incapacidade do idoso e referiram que o motivo pelo qual este dependia dos seus cuidados era a idade ou o facto de estar acamado.

**Tabela 6: Distribuição da amostra (idosos dependentes) segundo o motivo da dependência**

	n	%
<b>Motivo da dependência (n=50)</b>		
Doença do sistema osteomuscular e tecido conjuntivo	15	30,0
Doença endócrina, nutricional e metabólica	1	2,0
Doença do olho e anexos	2	4,0
Transtornos mentais e comportamentais	13	26,0
Doença do aparelho circulatório	10	20,0
Outros motivos/Não sabe	8	16,0
Neoplasias	1	2,0

A tabela 7 representa a distribuição dos idosos segundo os níveis de dependência estabelecidos para o presente estudo e, através da sua análise, pode constatar-se que, segundo o Índice de Lawton, a grande maioria (84%) dos idosos é severamente dependente no desenvolvimento das AIVD, não existindo nenhum idoso independente na realização das mesmas. Já segundo no índice de Barthel verificou-se que 32% da amostra apresenta uma dependência severa e 22% são independentes na realização das atividades básicas de vida diária.

**Tabela 7: Distribuição da amostra (idosos dependentes) segundo os níveis de dependência**

	n	%
<b>Índice de Lawton (n=50)</b>		
Moderadamente dependente	8	16,0
Severamente dependente	42	84,0
<b>Índice de Barthel (n=50)</b>		
Independente	11	22,0
Ligeiramente dependente	9	18,0
Moderadamente dependente	8	16,0
Severamente dependente	6	12,0
Totalmente dependente	16	32,0

Decidiu-se analisar a distribuição dos idosos segundo a dependência nos dois tipos de índices de avaliação das atividades de vida diária. Os dados expressos na tabela 8

revelam que, do total de idosos, 44% apresentam níveis mais elevados de dependência na execução dos dois tipos de atividades de vida diária.

**Tabela 8: Distribuição da amostra (idosos dependentes) segundo os Índices de Lawton e Barthel**

		Índice Barthel (n=50)				Totalmente dependente
		Independente	Ligeiramente dependente	Moderadamente dependente	Severamente dependente	
Índice de Lawton (n=50)	Moderadamente dependente	6	2	0	0	0
	Severamente dependente	5	7	8	6	16

A tabela 9 mostra a distribuição dos idosos segundo o nível de dependência no Índice de Lawton e o motivo da dependência, onde se pode observar que existem maiores proporções de idosos severamente dependentes na maioria dos grupos de diagnóstico, sendo que as maiores diferenças se encontram no grupo das demências e dos acidentes vasculares cerebrais, onde a proporção de idosos severamente dependentes atinge os 100%.

**Tabela 9: Distribuição da amostra (idosos dependentes) segundo o nível de dependência no Índice de Lawton e o motivo da dependência**

		Índice de Lawton (n=50)		Total
		Moderadamente dependente	Severamente dependente	
Motivo da dependência (n=50)	# Braço	0	1	1
	# Colo fémur	0	3	3
	# Perna	1	0	1
	# Perna e braço, acuidade visual diminuída	0	1	1
	Acamada	0	3	3
	Acamada, # Colo fémur	0	1	1
	Alzheimer	0	11	11
	Artrite reumatoide	1	0	1
	Artroses	1	0	1
	Artroses, diminuição da força muscular	1	0	1
	AVC	0	9	9
	Cirurgia joelho	2	1	3
	Depressão	0	2	2
	Diminuição acuidade visual	1	0	1
	Doença cardiovascular	0	1	1
	Idade	1	4	5
	Diminuição da mobilidade	0	1	1
	Invisual, amputação do membro inferior esquerdo	0	1	1
	Neoplasia pulmonar	0	1	1
	Obesidade	0	1	1
Problemas na coluna	0	1	1	
Total	8	42	50	

### 3 – Procedimentos

#### 3.1. Procedimentos de tratamento dos dados

O tratamento estatístico foi efetuado com recurso ao programa informático *SPSS* (Statistical Package for Social Sciences: *PSAW Statistics18*), utilizando a seguinte metodologia estatística:

- Para a caracterização da amostra dos cuidadores informais e dos idosos cuidados utilizou-se a estatística descritiva, com recurso ao cálculo de frequências absolutas e relativas, bem como medidas de tendência central e de dispersão.
- Para verificar se as variáveis seguiam uma distribuição normal fez-se uso do teste de Shapiro-Wilk.
- A comparação de médias foi determinada com a utilização do teste de U de Mann-Whitney para amostras independentes ou, quando se tratasse de mais de duas amostras independentes, do teste Kruskal-Wallis.
- A análise da correlação entre variáveis foi estabelecida através da utilização do teste de correlação rho de Spearman.
- Através da Reliability Analysis – Scale (Alpha), determinou-se o coeficiente de alfa de Cronbach para analisar a consistência interna de cada escala, bem como dos itens e dimensões que as compõem.
- A análise da relação entre variáveis quantitativas foi estabelecida com recurso à análise de regressão linear simples, quando verificados os seguintes pressupostos:
  - Existe relação linear entre as duas variáveis - possível de verificar através do coeficiente de correlação de Pearson, de um diagrama de dispersão entre os resíduos estandardizados e os valores previstos estandardizados, ou ainda, através do diagrama de dispersão entre as duas variáveis em análise;
  - Os erros têm uma média nula – verificado através da análise dos resíduos;

- Homocedasticidade dos erros – verificado através do diagrama de dispersão entre os resíduos estandardizados e os valores previstos estandardizados, onde os pontos devem apresentar um padrão de variabilidade constante em torno da reta de resíduos igual a zero (não evidenciam qualquer outro padrão);
- Os erros são independentes – avaliado através do teste de Durbin-Watson (DW). O valor deste teste varia entre zero e quatro. Assim, valores próximo dos extremos revelam a existência de auto correlação dos erros. Desta feita, se o valor do teste estiver próximo de dois, assume-se que os erros são independentes ou que não são auto correlacionados;
- Os erros seguem uma distribuição normal – verificado através do teste de aderência à normalidade de Shapiro-Wilk (Laureano, 2011; Pestana & Gageiro, 2008).

### 3.2 - Desenho do estudo

Face à problemática em estudo e objetivos delineados, optamos por um estudo descritivo, analítico e com características de um estudo transversal, recorrendo ao método quantitativo.

### 3.3 - Procedimento de colheita de dados

Para iniciar a investigação aplicou-se o instrumento de colheita de dados a cuidadores informais que se encontravam a prestar cuidados. Na presença do cuidador informal procedeu-se da seguinte forma: apresentação formal do entrevistador/investigador; pedido de consentimento informal e esclarecido ao cuidador informal. A colheita de dados decorreu desde o dia 1 Setembro até dia 30 de Novembro de 2013 no próprio domicílio do cuidador e o tempo médio de preenchimento foi de aproximadamente 45 minutos.

### 3.4 - Procedimentos éticos e legais

Ao termos definido o estudo que pretendíamos realizar, foi formulado um pedido de autorização por escrito, ao Presidente do Conselho de Administração da Unidade Local de Saúde (ULS) Nordeste, para a colheita de dados aos cuidadores informais de

idosos dependentes nos Centros de Saúde Mirandela I e II (Anexo I). Antes da aplicação do CADI e da escala da autoeficácia do cuidador foi oficializado o pedido aos autores, que fizeram a validação na população portuguesa, para a sua aplicação. Quanto à escala dos Índices de Barthel e Lawton não foi necessário, uma vez que é de aplicação livre.

Foi realizado uma visita domiciliária aos cuidadores informais de idosos dependentes, a fim de questionar se estavam interessados em participar neste estudo. Foram ainda tidos em consideração os seguintes princípios que regem a conduta ética em investigação:

- Pedido consentimento legal antes da realização do estudo ;
- Antes da aplicação do formulário, foram explicados a natureza e os objetivos do estudo;
- Foi respeitada a vontade do cuidador informal e pessoa idosa dependente em colaborar;
- Foi respeitado o direito à confidencialidade das suas respostas e garantido o anonimato das informações;
- Não foram manipulados os indivíduos que fazem parte do estudo de forma a darem respostas que nos agradem;
- Foram respeitados os valores culturais e religiosos.

#### **4– Instrumentos de medida**

O instrumento de recolha de dados utilizado na presente investigação foi o formulário aplicado mediante entrevista e que engloba duas partes distintas. A primeira visa a obtenção de informação acerca do cuidador informal do idoso dependente que para além de questões relativas à caracterização sociodemográfica, situação laboral e de saúde e caracterização do cuidado prestado, inclui o *Carers' Assessment of Difficulties Index (CADI)* (Nolan, Grant, & Keady, 1998, Brito, 2002) e a escala de autoeficácia do cuidador (Mata, 2012). A segunda parte do instrumento de recolha de dados visa a obtenção de informação acerca do idoso cuidado e inclui questões relativas a dados sociodemográficos, motivo da dependência e os índices de Lawton & Brody e Barthel que possibilitam a avaliação da dependência nas AIVD e ABVD respetivamente (Anexo II).

##### **4.1 - As dificuldades do cuidador informal**

O *Carers' Assessment of Difficulties Index (CADI)* desenvolvido por Mike Nolan e os seus colaboradores, no Reino Unido, foi adaptado e aferido para a população portuguesa por vários investigadores (Sequeira, 2007; Brito, 2002, 2000), permite avaliar as dificuldades sentidas pelos cuidadores (Nolan, et al 1998). O CADI compõe-se por 30 potenciais dificuldades relacionadas com o cuidar do idoso e suas implicações na vida social, na saúde, na situação económica, no relacionamento e no apoio profissional ao cuidador. Este instrumento permite a identificação do tipo de dificuldades nas situações de prestação de cuidados ao idoso, bem como a maneira como, cada prestador de cuidados percebe e vivencia essas dificuldades. Estas informações permitem ao profissional de saúde estabelecer um plano individualizado de cuidados ou intervenções que visam responder às necessidades específicas de cada cuidador (Sequeira, 2010).

Compõe-se de trinta itens e a cada um o cuidador assinala, numa escala tipo Likert com quatro opções de resposta: *Não acontece no meu caso (1); Acontece, mas não me perturba (2); Acontece e causa-me alguma perturbação (3); Acontece e perturba-me muito (4).*

Segundo Sequeira (2010) o CADI compõe-se de sete fatores apresentados na tabela 10:

**Tabela 10: Fatores do CADI**

Fator	N.º de itens	Questões correspondentes
Problemas relacionais com o idoso	7	5, 11, 12, 14, 22, 25, 26
Restrições na vida social	3	8, 18, 20
Exigências de ordem física da prestação de cuidados	6	6, 10, 13, 15, 23, 24
Reações à prestação de cuidados	8	1, 2, 3, 9, 17, 19, 29, 30
Falta de apoio familiar	2	16, 28
Falta de apoio profissional	2	7, 27
Problemas financeiros	2	4, 21

Fonte: Sequeira, C. (2010). Cuidar de idosos com dependência física e mental. Lisboa; Lidel; pág. 205

Com o intuito de avaliar a consistência interna do CADI calculou-se o valor de *alfa de Cronbach* para o global do índice que revelou uma consistência interna muito boa ( $\alpha=0,951$ ), e para cada fator:

- O fator *Problemas relacionais com o idoso*, designado à posteriori por problemas relacionais, apresentam uma boa consistência interna de  $\alpha= 0,863$ .
- Por sua vez, o fator *Restrições na vida social*, mostra uma boa consistência interna com  $\alpha= 0,882$ .
- No que concerne ao fator *Exigências de ordem física da prestação de cuidados*, posteriormente designado por exigências do cuidar, apresenta uma boa consistência interna com  $\alpha= 0,852$ .
- Quanto ao fator *Reações à prestação de cuidados*, doravante designado por reações ao cuidar, tem uma boa consistência interna de  $\alpha= 0,882$ .
- Relativamente ao fator *Falta de apoio familiar*, também designado por apoio familiar, apresenta uma consistência interna muito boa com  $\alpha= 0,945$ .

- O fator *Falta de apoio profissional*, também designado por apoio profissional, apresenta uma consistência interna de  $\alpha = 0,638$ .
- Por último, o fator *Problemas financeiro*, designado também por apoio financeiro, apresenta uma consistência interna fraca de  $\alpha = 0,483$ .

A pontuação obtida nesta escala varia de 0 a 120 pontos onde, quanto maior pontuação maior as dificuldades sentidas, a média teórica da escala corresponde a 45 pontos.

No fator *Problemas relacionais com o idoso* é possível obter uma pontuação máxima de 28 pontos e uma média teórica de 10,5.

A pontuação máxima possível de obter no fator *Restrições na vida social* é de 12 pontos com uma média teórica de 4,5 pontos.

No fator *Exigências de ordem física na prestação de cuidados* a pontuação máxima possível corresponde a 24 com uma média teórica de 9 pontos.

No fator *Reações à prestação de cuidados* a pontuação máxima possível corresponde a 32 com uma média teórica de 12 pontos.

A pontuação máxima possível de obter nos fatores *Falta de apoio familiar*, *Falta de apoio profissional* e *Falta de apoio financeiro* é de 8 pontos para cada um, com uma média teórica de 3 pontos.

No final da escala está um espaço em aberto para o inquirido descrever situações que ele considera não estarem contempladas anteriormente.

Numa análise de convergência interna da escala pode verificar-se (tabela 11) que todos os fatores se correlacionam com o global da escala e entre si. A falta de apoio profissional não apresenta correlação nem com as exigências de ordem física nem com a falta de apoio familiar.

Tabela 11: Correlação entre as pontuações dos fatores e a pontuação global do CADI

	Problemas relacionais com o idoso	Reações à prestação de cuidados	Exigências de ordem física	Restrições na vida social	Falta de apoio familiar	Falta de apoio profissional	Problemas financeiros	Dificuldades
Problemas relacionais com o idoso	1,000							
Reações à prestação de cuidados	,737*	1,000						
Exigências de ordem física	,454*	,720*	1,000					
Restrições na vida social	,535*	,819*	,656*	1,000				
Falta de apoio familiar	,496*	,604*	,535*	,619*	1,000			
Falta de apoio profissional	,390*	,420*	,267	,338**	,084	1,000		
Problemas financeiros	,489*	,727*	,742*	,713*	,421*	,406*	1,000	
Dificuldades	,805*	,959*	,799*	,848*	,666*	,455*	,790*	1,000

\*Correlação significativa ao nível de 0,01; \*\* Correlação significativa ao nível de 0,05

#### 4.2- A autoeficácia do cuidador informal

A “ The Revised Scale for Caregiving Self – Efficacy”, desenvolvida por Steffen et al em 2002, adaptada e validada para a população portuguesa por Mata (2012) visa avaliar a autoeficácia dos cuidadores informais de idosos dependentes independentemente do motivo da dependência, embora os autores a tivessem elaborado tendo em mente os cuidadores de pessoas com demência.

É constituída por 22 itens distribuídos por quatro dimensões (tabela 12) (Mata, 2012):

- Autoeficácia para a obtenção de uma pausa junto dos amigos
- Autoeficácia para a obtenção de uma pausa junto dos familiares
- Autoeficácia para responder a comportamentos inadequados da pessoa cuidada
- Autoeficácia para controlar pensamentos negativos acerca do ato de cuidar

**Tabela 12: Dimensões da Escala de avaliação da Autoeficácia**

Dimensões	N.º de itens	Questões correspondentes
Autoeficácia para obtenção de uma pausa junto dos amigos	5	1;3;5;7;9
Autoeficácia para obtenção de uma pausa junto dos familiares	5	2;4;6;8;10
Autoeficácia para responder a comportamentos inadequados da pessoa cuidada	6	11;12;13;14;15;16
Autoeficácia para controlar pensamentos negativos acerca do ato de cuidar	6	17;18;19;20;21;22

Fonte: Mata (2012). Sobrecarga em cuidadores informales de mayores dependientes

A escala é apresentada em escala tipo Likert, com pontuações a variar de 0 (zero) a 4 (quatro) onde: 0=nada capaz; 1=pouco capaz; 2=moderadamente capaz; 3=bastante capaz; 4=completamente capaz. A pontuação obtida nesta escala varia de 0 a 88 pontos onde, quanto maior pontuação maior autoeficácia. A média teórica da escala corresponde a 44 pontos.

Na dimensão responder a comportamentos inadequados da pessoa cuidada é possível obter uma pontuação máxima de 24 pontos e uma média teórica de 12.

A pontuação máxima possível de obter na dimensão obter uma pausa junto dos amigos é de 20 pontos com uma média teórica de 10.

Na dimensão obter uma pausa junto dos familiares a pontuação máxima possível corresponde a 20 com uma média teórica de 10 pontos.

Na dimensão autoeficácia para controlar pensamentos negativos acerca do ato de cuidar a pontuação máxima possível corresponde a 24 com uma média teórica de 12 pontos

No entanto, saliente-se que, mais do que o somatório global na escala, a análise da mesma deve centrar-se na análise de cada uma das dimensões.

Com o intuito de avaliar a consistência interna da escala de autoeficácia do cuidador calculou-se o valor de alfa de Cronbach da mesma ( $\alpha = 0,944$ ) revelando uma muito boa consistência interna, avaliando-se também a consistência de cada dimensão:

- A dimensão Autoeficácia para obtenção de uma pausa junto dos amigos apresenta uma consistência interna muito boa ( $\alpha = 0,951$ ).
- A dimensão Autoeficácia para obtenção de uma pausa junto dos familiares mostra uma muito boa consistência interna ( $\alpha = 0,922$ ).
- A dimensão Autoeficácia para responder a comportamentos inadequados da pessoa cuidada apresenta uma consistência interna muito boa ( $\alpha = 0,942$ ).
- A dimensão Autoeficácia para controlar pensamentos negativos acerca do ato de cuidar tem uma muito boa consistência interna ( $\alpha = 0,920$ ).

Numa análise de convergência interna da escala pode verificar-se (tabela 13) que todas as dimensões se correlacionam significativamente com o global da escala e entre si.

**Tabela 13: Correlação entre as pontuações das dimensões e a pontuação global da escala de autoeficácia do cuidador**

	Autoeficácia	Autoeficácia para responder a comportamentos inadequados da pessoa cuidada	Autoeficácia para obtenção de uma pausa junto dos amigos	Autoeficácia para obtenção de uma pausa junto dos familiares	Autoeficácia para controlar pensamentos negativos acerca do ato de cuidar
Spearman's rho	Autoeficácia	1,000			
	Autoeficácia para responder a comportamentos inadequados da pessoa cuidada	,689 *	1,000		
	Autoeficácia para obtenção de uma pausa junto dos amigos	,747*	,302**	1,000	
	Autoeficácia para obtenção de uma pausa junto dos familiares	,811*	,391*	,635*	1,000
	Autoeficácia para controlar pensamentos negativos acerca do ato de cuidar	,786*	,489*	,370*	,527*

\*Correlação significativa ao nível de 0,01; \*\* Correlação significativa ao nível de 0,05

#### 4.3 - Avaliação da dependência do idoso

As escalas de capacidade funcional existentes não só procuram obter o grau de dependência, como proporcionam um conjunto limitado de categorias. Tendo em mente a recolha de informação relativa aos níveis de dependência dos idosos

cuidados, foram aplicados os índices de Barthel e de Lawton & Brody, que a seguir se descrevem:

#### *ÍNDICE DE BARTHEL*

O Índice de Barthel é um instrumento de avaliação das aptidões funcionais do indivíduo e determina o nível de dependência da pessoa na realização das atividades básicas de vida: alimentação, vestir, banho, higiene corporal, uso da casa de banho, controlo intestinal, controlo vesical, subir escadas, transferência cadeira-cama e deambulação (Sequeira, 2010). Cada atividade apresenta entre 2 a quatro níveis de dependência, em que o score 0 corresponde à dependência total e a independência pode ser pontuada com 5, 10 ou 15 pontos de acordo com os níveis de dependência (Sequeira, 2010). A sua cotação global oscila entre 0 – 100 pontos, variando de forma inversamente proporcional ao grau de dependência. Assim obtemos vários níveis de dependência:

90-100 - Independente;

60-89 - Ligeiramente dependente;

40-55 - Moderadamente dependente;

20-35 - Severamente dependente;

<20 - Totalmente dependente.

#### *ÍNDICE DE LAWTON & BRODY*

O Índice de Lawton & Brody é um instrumento que permite determinar o nível de dependência da pessoa na realização de atividades instrumentais de vida diária: cuidar da casa, lavar a roupa, preparar refeições, fazer compras, usar o telefone, usar transporte, usar dinheiro e medicação. (Sequeira, 2010) Cada atividade apresenta três, quatro ou cinco níveis diferentes de dependência, sendo cada atividade cotada de 1 a 3, de 1 a 4 ou de 1 a 5, onde quanto maior a cotação maior o nível de independência. A

pontuação global varia entre 8 e 30 pontos, de acordo com os seguintes pontos de corte:

8 – Independente;

9-20 - Moderadamente dependente;

>20 - Severamente dependente

#### 4.4 – Operacionalização das variáveis

Para a realização do tratamento estatístico definido, houve necessidade de proceder à transformação de algumas variáveis, e que se passa a descrever:

- Idade - variável medida por questão aberta, uma vez que se trata de uma mensuração direta, variável quantitativa discreta, utilizada como tal na análise de correlação. Para a caracterização dos cuidadores informais e dos idosos dependentes, foi transformada em variável nominal (grupo etário), estabelecendo classes de idades com amplitude de 10.
- Sexo - variável dicotómica, medida por questão fechada, com apenas duas categorias:
  - Masculino;
  - Feminino.
- Estado civil - variável medida por questão fechada, operacionalizada em variável nominal de quatro níveis, segundo o Código Civil Português:
  - Casado (a)/União de facto;
  - Viúvo (a);
  - Divorciado(a) / Separado(a);
  - Solteiro(a).
- Agregado familiar - variável avaliada por uma questão aberta, tratada como variável numérica, onde se incluem todos os elementos que integram o agregado dos inquiridos. Na análise descritiva é operacionalizada segundo os números de elementos existentes e utilizada como tal nos testes de correlação.

- Habilitações literárias – variável avaliada por uma questão fechada e tratada como variável nominal com seis níveis. Mais tarde, no caso dos cuidadores e aquando da comparação de médias foi transformada em duas categorias:
  - Com escolaridade;
  - Sem escolaridade.
- Situação atual de emprego - esta variável é avaliada por uma questão fechada e tratada como uma variável nominal de quatro opções de escolha. Mais tarde para comparação de médias, no caso dos cuidadores, foi transformada em duas categorias:
  - Ativo;
  - Inativo.
- Conjugação do emprego com a prestação de cuidados - variável avaliada por questão fechada com quatro opções de resposta. Esta variável foi tratada com quatro níveis enquanto variável quantitativa aquando do tratamento estatístico:
  - Nada difícil;
  - Pouco difícil;
  - Bastante difícil;
  - Muito difícil.
- Abandono do trabalho: esta variável é avaliada por questão fechada com possibilidade de quatro opções de resposta. Mais tarde é tratada estatisticamente como variável ordinal com quatro níveis:
  - Nunca;
  - Raras vezes;
  - Bastantes vezes;
  - Muitas vezes.
- Abandono do cuidado - variável avaliada por questão fechada e tratada como variável nominal com dois níveis:
  - Sim;
  - Não.

- Motivo para ser cuidador informal - esta variável qualitativa e nominal, avaliada em questão aberta, onde o cuidador informal refere livremente o motivo da sua eleição como cuidador, agrupando posteriormente as respostas segundo as semelhanças apresentadas.
- Profissão - esta variável qualitativa e nominal, é medida em questão aberta, agrupando posteriormente as respostas segundo as semelhanças apresentadas.
- Grau de parentesco - variável nominal, medida por uma questão aberta, agrupando posteriormente as respostas segundo as semelhanças apresentadas.
- Tempo de prestação de cuidados (em anos) - esta variável é avaliada por questão aberta, variável quantitativa contínua utilizada como tal nos testes de correlação entre variáveis quantitativas. Para a caracterizar a amostra, foi transformada em variável categórica com amplitude de 5.
- Prestação de cuidados de modo contínuo - variável avaliada por uma questão fechada e tratada estatisticamente como variável quantitativa de duas opções de escolha:
  - Sim;
  - Não.
- Coabitação: variável avaliada por uma questão fechada e operacionalizada como variável nominal de três níveis:
  - Sim;
  - Não;
  - Às vezes.
- Ajuda na prestação de cuidados- variável dicotómica com duas opções de resposta:
  - Sim;
  - Não.

Em caso de resposta afirmativa questionava-se de forma aberta, de quem recebe essa ajuda, agrupando-se posteriormente as respostas segundo a sua semelhança.

- Auto classificação da saúde do cuidador informal - variável avaliada por questão fechada e tratada como variável ordinal com cinco níveis: Mais tarde aquando da comparação de médias foi transformada em duas categorias:
  - Má, muito má ou regular;
  - Boa ou muito boa.
- Doença e/ou incapacidade- variável avaliada por uma questão fechada e tratada como variável nominal de duas opções de escolha:
  - Sim;
  - Não.

Em caso de resposta afirmativa à questão anterior, foi solicitado que, livremente, indicassem qual ou quais as doenças ou incapacidades de que padeciam. Mais tarde, e dada a sua multiplicidade, as mesmas foram agrupadas segundo os sistemas do organismo humano ou, segundo a maior prevalência.

- Motivo da dependência do idoso - variável nominal questionada de forma aberta para conhecer os principais motivos da dependência dos idosos. Dada a multiplicidade de respostas, as mesmas foram agrupadas de acordo com a CID 10
- Avaliação da dependência nas AIVD e ABVD: utilizando para tal os Índices de Lawton e Barthel respectivamente, de acordo com os pontos de corte anteriormente referidos.

## 5. Apresentação e análise dos dados

Nesta secção são apresentados os dados obtidos pela aplicação dos instrumentos de recolha de dados tendo em mente a concretização dos objetivos previamente delineados.

5.1- Objetivo 1: Identificar as dificuldades sentidas pelos cuidadores informais de idosos dependentes segundo variáveis sociodemográficas e de cuidado.

Segundo a análise das respostas obtidas no CADI (tabela 14) podemos verificar que no fator problemas relacionais os cuidadores informais referiram que as dificuldades que lhe causam perturbação são “a pessoa de quem cuido chega a pôr-me fora de mim”, referido por 50% dos cuidadores, seguido de “por vezes a pessoa de quem estou a cuidar exige demasiado de mim”, com 34% das respostas e “o comportamento de quem cuido causa problemas” referido por 30% dos cuidadores. No fator reações ao cuidar as dificuldades referidas como causadoras de perturbação por mais de metade da amostra foram “por vezes sinto-me de mãos atadas, sem poder fazer nada”, “chega a transformar as minhas relações familiares” e “esta situação está a transtornar-me os nervos”. De salientar que no item “esta situação faz-me sentir culpado” 84% da amostra refere “não acontece no meu caso”. Quanto às exigências de ordem física constatou-se que as respostas causadoras de perturbação mais assinaladas são “deixa-me muito cansado fisicamente” com 50% das respostas, “quando a dormir pior por causa desta situação” referido por 48% dos inquiridos e “a minha saúde ficou abalada” assumido por 46% dos cuidadores. De salientar que 68% dos cuidadores referem “a pessoa de quem cuido depende de mim para se movimentar” e 70% “a pessoa de quem cuido necessita de muita ajuda nos seus cuidados”. Relativamente ao fator restrições sociais, as dificuldades sentidas por mais de metade da amostra foram “afasta-me do convívio com outras pessoas e outras coisas de que gosto” e “não consigo ter tempo de descanso, nem fazer uns dias de férias”. Relativamente à falta de

apoio familiar temos 60% dos inquiridos a referir que “as pessoas da família não dão tanta atenção como eu gostaria” “não acontece no meu caso” e 50% “alguns familiares não ajudam tanto quanto poderiam” “não acontece no meu caso”. No que concerne ao fator problemas financeiros 52% dos inquiridos negam problemas de dinheiro, contudo 56% referem “ a qualidade da minha vida piorou”, onde 6% consideram que tal situação não os perturba. Por último o fator apoio profissional revelou que mais de metade da amostra assume esta dificuldade.

**Tabela 14: Distribuição das respostas obtidas na escala de avaliação das dificuldades do cuidador**

Prestar cuidados pode ser difícil porque:	Isto acontece no meu caso e sinto que:			
	Não acontece no meu caso	Não me perturba	Causa-me alguma perturbação	Perturba-me muito
	%	%	%	%
<b>PROBLEMAS RELACIONAIS COM O IDOSO</b>				
A pessoa de quem cuido chega a pôr-me fora de mim	40	10	30	20
Por vezes a pessoa de quem estou a cuidar exige demasiado de mim	54	10	22	14
Deixou de haver o sentimento que havia na minha relação com a pessoa de quem cuido	82	2	16	
A pessoa de quem cuido nem sempre ajuda tanto quanto poderia	56	18	14	12
A pessoa de quem cuido nem sempre dá valor ao que eu faço	62	12	20	6
O comportamento de quem cuido causa problemas	66	4	18	12
Cuidar desta pessoa não me dá qualquer satisfação	84	2	10	4
<b>REAÇÕES À PRESTAÇÃO DE CUIDADOS</b>				
Não tenho tempo suficiente para mim próprio	44	14	30	12
Por vezes sinto-me “de mãos atadas” / sem poder fazer nada para dominar a situação	40	6	26	28
Não consigo dedicar tempo suficiente às outras pessoas da família	48	10	28	14
Chega a transformar as minhas relações familiares	42	8	42	8
Esta situação faz-me sentir irritado	44	10	28	18
Esta situação está a transtornar-me os nervos	46	2	34	18
Não consigo sossegar por estar preocupado com os cuidados a prestar	40	14	34	12
Esta situação faz-me sentir culpado	84	4	6	6
<b>EXIGÊNCIAS DE ORDEM FÍSICA</b>				
A pessoa de quem cuido depende de mim para se movimentar	32	26	34	8
Deixa-me muito cansado fisicamente	34	16	36	14
A pessoa de quem cuido necessita de muita ajuda nos seus cuidados pessoais	30	34	26	10
Ando a dormir pior por causa desta situação	46	6	24	24
A minha saúde ficou abalada	42	12	36	10
A pessoa de quem cuido sofre de incontinência (não controla as necessidades)	48	18	28	6
<b>RESTRICÇÕES NA VIDA SOCIAL</b>				
Afasta-me do convívio com outras pessoas e outras coisas de que gosto	46	10	24	20
Não estou com os meus amigos tanto quanto gostaria	50	10	34	6
Não consigo ter um tempo de descanso, nem fazer uns dias de férias	44	16	24	16
<b>FALTA DE APOIO FAMILIAR</b>				
As pessoas da família não dão tanta atenção como eu gostaria	60	10	14	16
Alguns familiares não ajudam tanto quanto poderiam	50	16	18	16
<b>FALTA DE APOIO FINANCEIRO</b>				
Traz-me problemas de dinheiro	52	10	30	8
A qualidade da minha vida piorou	44	6	30	20
<b>FALTA DE APOIO PROFISSIONAL</b>				
Parece-me que os técnicos de saúde (médicos, enfermeiros, assistentes sociais, etc.) não fazem bem ideia dos problemas que os prestadores de cuidados enfrentam	44	12	42	2
Não recebo apoio suficiente dos serviços de saúde e dos serviços sociais	42	16	30	12

A análise do CADI expressa na tabela 15 permite verificar que, globalmente, os cuidadores evidenciam valores médios de dificuldades superiores à média teórica tanto na escala total como em todos os seus fatores.

**Tabela 15: Pontuações teóricas e observadas no CADI**

Fator	Médias		Mínimo		Máximo	
	Teóricas	Observadas	Teórico	Observado	Teórico	Observado
Dificuldades global	45	60,36	30	30	120	114
Problemas relacionais com o idoso	10,5	12,22	7	7	28	26
Reações à prestação de cuidados	12	16,72	8	8	32	29
Restrições da vida social	4,5	6,26	3	3	12	12
Problemas financeiros	3	4,2	2	2	8	8
Falta de apoio familiar	3	3,86	2	2	8	8
Falta de apoio profissional	3	4,14	2	2	8	8
Exigências de ordem física	9	12,96	6	6	24	24

A tabela 16 mostra a correlação existente entre as diversas dificuldades e as variáveis contínuas envolvidas no estudo. A dimensão apoio familiar revelou correlação estatisticamente significativa com a idade do cuidador ( $r=-0,420$ ;  $p=0,002$ ) e a composição do agregado familiar ( $r=0,288$ ;  $p=0,042$ ), ou seja: quanto mais elevada a idade do cuidador e mais pequena a dimensão do agregado familiar menor a perceção do apoio familiar.

Por sua vez a correlação do CADI com o tempo de prestação de cuidados não se mostrou significativa, no entanto salienta-se a existência de uma correlação negativa entre o tempo de prestação de cuidados e o global das dificuldades e seus fatores à exceção do fator exigências de ordem física.

Tabela 16: Correlação do CADI e a idade do cuidador

		Dificuldades	Problemas relacionais	Reações ao cuidar	Exigências físicas	Restrições sociais	Apoio familiar	Apoio profissional	Apoio financeiro
Idade do cuidador	r de Spearman	-,203	-,132	-,230	-,035	-,195	<b>-,420</b>	-,053	-,051
	<i>p</i>	,157	,360	,109	,811	,175	<b>,002</b>	,715	,726
Agregado familiar	r de Spearman	,032	-,046	,020	,015	,049	<b>,288*</b>	-,095	-,030
	<i>p</i>	,825	,753	,892	,918	,733	<b>,042</b>	,511	,835
Tempo de cuidado	r de Spearman	-,090	-,125	-,095	,119	-,187	-,272	-,010	-,037
	<i>p</i>	,535	,385	,510	,410	,193	,056	,943	,798

Na tabela 17 apresentam-se as médias do CADI e seus fatores segundo o sexo, estado civil e escolaridade do cuidador. Através de uma análise descritiva podemos verificar que os homens evidenciam médias mais elevadas no geral das dificuldades, nos problemas relacionais com os idosos, nas reações às prestações de cuidados e na falta de apoio profissional. Por sua vez as mulheres apresentaram médias mais elevadas nos fatores das exigências de ordem física, nas restrições da vida social e na falta de apoio familiar. Apesar disso, através da aplicação do teste U Mann-Whitney, verificou-se não existirem diferenças estatisticamente significativas nas médias das dificuldades segundo o sexo do cuidador.

Os cuidadores informais cujo estado civil é divorciado(a)/separado(a) apresentam médias mais elevadas, no entanto, as diferenças das médias segundo o estado civil não são estatisticamente significativas, como se verificou através da aplicação do teste Kruskal-Wallis.

Os cuidadores com escolaridade apresentam médias mais elevadas no global das dificuldades e nos fatores problemas relacionais com o idoso, restrições da vida social, falta de apoio família e profissional. As exceções recaem nos fatores exigências de ordem física, reações à prestação de cuidados e problemas financeiros. Contudo estas diferenças, também não são estatisticamente significativas como se pode verificar pela aplicação do teste U Mann-Whitney.

Tabela 17: Médias do CADI segundo o sexo, estado civil e escolaridade do cuidador

			Global de Dificuldades	Problemas relacionais com o idoso	Reações à prestação de cuidados	Exigências de ordem física	Restrições da vida social	Falta apoio familiar	Falta apoio profissional	Problemas financeiros
Sexo	Média do Rank	Feminino	25,20	23,96	24,83	26,14	25,98	26,36	24,15	25,50
		Masculino	27,06	33,56	29,00	22,13	23,00	21,00	32,56	25,50
		<i>p</i>	0,746	0,088	0,474	0,490	0,612	0,354	0,137	1,00
Estado civil	Média do Rank	Solteiro (a)	4,25	6,00	4,50	13,00	9,00	13,00	8,00	8,00
		Casado(a)/União de facto	26,25	26,71	26,28	25,58	26,05	25,21	26,83	25,78
		Viúvo(a)	24,07	23,79	23,64	25,36	23,71	27,57	19,71	25,57
		Divorciado(a)/Separado(a)	48,00	28,00	49,50	48,50	49,00	47,50	48,00	49,00
		<i>p</i>	0,078	0,257	0,068	0,259	0,134	0,213	0,071	0,123
Escolaridade	Média do Rank	Sim	25,59	25,75	25,49	25,22	25,67	25,75	26,39	24,89
		Não	24,83	23,67	25,58	27,58	24,25	23,67	19,00	30,00
		<i>p</i>	0,919	0,760	0,988	0,716	0,827	0,760	0,258	0,439

Analisando a tabela 18, onde se comparam as médias do CADI segundo a situação laboral do cuidador temos que os cuidadores que se mantêm ativos profissionalmente apresentam médias mais baixas nas dificuldades em geral e em todas as dimensões, estas diferenças revelaram-se estatisticamente significativas nos fatores de exigências de ordem física ( $p=0,013$ ) e falta de apoio profissional ( $p=0,015$ ). Assim sendo, o cuidador informal profissionalmente ativo apresenta menos dificuldades tanto a nível físico como em obter apoio profissional.

Tabela 18: Médias do CADI segundo a situação laboral do cuidador

Situação laboral	Média do Rank		Global de Dificuldades	Problemas relacionais com o idoso	Reações à prestação de cuidados	Exigências de ordem física	Restrições da vida social	Falta apoio familiar	Falta apoio profissional	Problemas financeiros
			Ativo	17,94	19,50	19,88	<b>14,06</b>	24,69	22,19	<b>14,19</b>
Inativo	26,94	26,64	26,57	<b>27,68</b>	25,65	26,13	<b>27,65</b>	27,07		
	<i>p</i>	0,110	0,213	0,244	<b>0,013</b>	0,866	0,490	<b>0,015</b>	0,083	

Quando observadas as médias do CADI segundo o parentesco entre o cuidador informal e o idoso cuidado (tabela 19) verificou-se que as filhas/os evidenciam médias mais elevadas de dificuldades globais, de exigências de ordem física e problemas financeiros, enquanto as noras apresentam médias mais elevadas nas restrições de vida social e falta de apoio familiar. No entanto, a aplicação do teste Kruskal-Wallis não confirmou a existência de diferenças estatisticamente significativas nas médias de dificuldades segundo o grau de parentesco.

Tabela 19: Médias do CADI segundo o grau de parentesco do cuidador e idoso cuidado

Parentesco	Média do Rank		Global de Dificuldades	Problemas relacionais com o idoso	Reações à prestação de cuidados	Exigências de ordem física	Restrições da vida social	Falta apoio familiar	Falta apoio profissional	Problemas financeiros
			Filha/o	26,50	23,53	26,47	28,72	25,44	27,69	22,53
Cônjuge	24,84	26,79	24,87	25,92	24,74	19,18	27,53	26,84		
Nora	25,33	23,67	26,50	16,67	31,67	30,92	27,42	23,17		
Outros	25,22	27,50	24,44	24,78	23,11	31,33	25,22	21,67		
	<i>p</i>	0,990	0,870	0,980	0,382	0,698	0,068	0,754	0,765	

Na tabela 20 apresentam-se as médias obtidas no CADI segundo as variáveis motivo para cuidar, cuidado de modo contínuo, coabitação cuidador-idoso cuidado e ajuda de outros na prestação de cuidados.

Ao realizar a comparação de médias do CADI e respetivos fatores segundo o motivo por que competiu ao cuidador assumir esse papel (tabela 20) podemos verificar que os cuidadores que assumiram esse papel por proximidade apresentam médias mais

elevadas nos fatores problemas relacionais, reações ao cuidar, apoio familiar e profissional, no entanto no global das dificuldades e fatores exigências do cuidar, restrições sociais e apoio financeiro, as médias mais elevadas são obtidas pelos cuidadores que optaram por assumir esse papel voluntariamente. Na aplicação do teste Kruskal-Wallis verificou-se que não existem diferenças estatisticamente significativas nas médias das dificuldades segundo o motivo para o cuidado.

Ao comparar as médias do CADI e segundo a prestação de cuidados de modo contínuo, podemos verificar que os cuidadores que prestam cuidados de modo contínuo apresentam médias mais elevadas no global das dificuldades e suas dimensões, sendo estas diferenças estatisticamente significativas para os fatores exigências de ordem física ( $p=0,005$ ) e problemas financeiros ( $p=0,019$ ). Ou seja, a prestação de cuidados contínuos acarreta maiores dificuldades a nível físico e financeiro.

Relativamente às médias obtidas no CADI e fatores segundo a coabitação com idoso dependente do cuidado verificamos que os cuidadores informais que não partilham a habitação apresentam médias mais elevadas no global das dificuldades e seus fatores, exceto no fator restrições da vida social. No entanto, aplicou-se o teste U Mann-Whitney e verificou-se que as diferenças não são estatisticamente significativas.

Podemos ainda verificar na tabela seguinte que os cuidadores informais sem ajuda na prestação de cuidados apresentam médias mais elevadas no global das dificuldades e seus fatores, à exceção dos problemas relacionais com o idoso e reações à prestação de cuidados, contudo, através da aplicação do teste U Mann-Whitney também estas diferenças não são estatisticamente significativas.

Tabela 20: Média do CADÍ segundo o motivo para cuidar, o pensamento em abandonar o cuidado, cuidado contínuo, coabitação e ajuda na prestação de cuidados.

		Global de Dificuldades	Problemas relacionais com o idoso	Reações à prestação de cuidados	Exigências de ordem física	Restrições da vida social	Falta apoio familiar	Falta apoio profissional	Problemas financeiros
Motivo para cuidar	Familiar	23,61	26,55	23,18	23,96	23,79	22,45	25,11	24,29
	Proximidade	28,00	29,75	30,00	19,25	25,00	30,25	33,67	21,75
	Desemprego	24,00	23,75	21,75	27,63	21,63	26,00	22,63	28,38
	Opção	29,17	21,50	29,92	31,50	31,04	30,08	23,29	29,25
	<i>p</i>	0,693	0,650	0,446	0,310	0,471	0,319	0,484	0,654
Cuidado de modo contínuo	Sim	27,72	26,65	26,96	<b>28,89</b>	27,20	26,97	26,96	<b>28,30</b>
	Não	19,19	22,23	21,35	<b>15,85</b>	20,65	21,31	21,35	<b>17,54</b>
	<i>p</i>	0,07	0,344	0,231	<b>0,005</b>	0,154	0,196	0,221	<b>0,019</b>
Coabitam	Sim	24,90	24,41	25,10	24,84	26,20	24,74	24,73	25,38
	Não	27,90	29,85	27,10	28,15	22,70	28,55	28,60	26,00
	<i>p</i>	0,574	0,296	0,711	0,526	0,511	0,465	0,465	0,914
Ajuda de outrem	Sim	25,19	26,22	25,59	24,60	23,96	23,93	24,99	23,96
	Não	26,16	23,97	25,31	27,41	28,78	28,84	26,59	28,78
	<i>p</i>	0,827	0,608	0,950	0,523	0,264	0,233	0,709	0,263

Através da análise descritiva da tabela 21 podemos verificar que os cuidadores que se auto classifica com uma saúde muito má, má ou regular apresentam médias mais elevadas no global das dificuldades e fatores à exceção do fator falta de apoio familiar. Através do teste U de Mann-Whitney verificamos que existem diferenças significativas a nível dos fatores falta de apoio profissional ( $p= 0,034$ ) e problemas financeiros ( $p=0,024$ ) segundo a classificação que os cuidadores fazem da sua saúde. Neste sentido, os cuidadores com perceção mais negativa da sua saúde apresentam maiores dificuldades a nível financeiro e na obtenção de apoio profissional.

Ao compararmos as médias do CADÍ e dos fatores segundo a presença de doença ou incapacidade do cuidador informal podemos verificar que os que padecem de alguma incapacidade e/ou doença apresentam médias mais elevadas no global das dificuldades e seus fatores à exceção do fator apoio familiar. De salientar que através da aplicação do teste U Mann-Whitney se verificou a existência de diferenças

estatisticamente significativas na presença de doença/incapacidade e os fatores apoio familiar ( $p=0,029$ ), apoio profissional ( $p=0,029$ ) e problemas financeiros ( $p=0,016$ ). Ou seja, os cuidadores com doença/incapacidade enfrentam maiores dificuldades em obter apoio profissional e a nível financeiro, no entanto, apresentam menos dificuldade em obter apoio familiar.

**Tabela 21: Médias do CADI segundo a auto classificação de saúde e presença de doença e/ou incapacidade do cuidador informal**

		Global de Dificuldades	Problemas relacionais com o idoso	Reações à prestação de cuidados	Exigências de ordem física	Restrições da vida social	Falta apoio familiar	Falta apoio profissional	Problemas financeiros
Auto classificação da saúde	Muito má, má ou regular	27,27	25,77	27,03	27,98	27,94	24,14	<b>28,70</b>	<b>28,89</b>
	Boa ou muito boa	22,36	25,03	22,78	21,08	21,17	27,92	<b>19,81</b>	<b>19,47</b>
	<i>p</i>	0,253	0,863	0,320	0,106	0,107	0,346	<b>0,034</b>	<b>0,024</b>
Doença e/ou incapacidade	Sim	27,61	26,23	27,36	29,50	25,95	<b>20,77</b>	<b>30,45</b>	<b>30,95</b>
	Não	23,84	24,93	24,04	22,36	25,14	<b>29,21</b>	<b>21,61</b>	<b>21,21</b>
	<i>p</i>	0,363	0,753	0,421	0,083	0,841	<b>0,029</b>	<b>0,029</b>	<b>0,016</b>

### Outras dificuldades referidas pelos cuidadores

O Índice das dificuldades do Cuidador (CADI), contém um espaço onde o cuidador tem a possibilidade de referir outras dificuldades relativas ao ato de cuidar, assinalando o grau de perturbação: “não lhe causam perturbação, causam alguma ou muita perturbação”. As principais dificuldades evidenciadas pelos cuidadores foram: falta de formação para o desempenho do papel, problemas financeiros e apoio na prestação de cuidados.

**Tabela 22: Outras dificuldades referidas pelo cuidador informal**

Outras dificuldades	n	%
Ensinos relativos à prestação de cuidados	5	62,5
Comparticipação nas despesas	1	12,5
Ajuda na prestação de cuidados	1	12,5
Não tenho ninguém para ficar com idoso cuidado	1	12,5

5.2- Objetivo 2: Avaliar o nível de autoeficácia dos cuidadores informais de idosos dependentes segundo variáveis sociodemográficas e de cuidado.

A análise da distribuição percentual nas possibilidades de resposta aos diferentes itens da escala de autoeficácia expressa na tabela 23 permite verificar que na dimensão de autoeficácia para obter uma pausa junto dos amigos ou familiares, os cuidadores responderam maioritariamente na opção de resposta “completamente capaz”. As exceções recaem no “solicitar a um amigo que faça coisas a seu mando”; “pedir a um amigo para que lhe fique com a pessoa cuidada porque necessita de tempo para si” e “pedir a um amigo que lhe fique com a pessoa cuidada porque tem necessidade de descansar”, opções nas quais os cuidadores selecionaram maioritariamente a opção de resposta “nada capaz”.

Na dimensão autoeficácia para responder a comportamentos inadequados da pessoa cuidada, os entrevistados optaram na sua maioria pela resposta “moderadamente capaz”, à exceção da questão “Se o seu familiar faz as suas necessidades sem o avisar (dejeções e/ou micções) qual o seu nível de segurança em poder mudá-lo sem se zangar?”, à qual a maioria dos cuidadores optou por responder que são completamente capazes.

Também na dimensão de autoeficácia para controlar pensamentos negativos acerca do ato de cuidar se obtiveram respostas que evidenciam autoeficácia completa em todos os itens à exceção da questão “Ter preocupação acerca de possíveis problemas que podem surgir futuramente com o seu familiar que está a cuidar”, à qual a maioria dos cuidadores respondeu ser pouco capaz.

**Tabela 23: Distribuição das respostas obtidas na escala de avaliação da autoeficácia do cuidador**

	Nada capaz	Pouco capaz	Moderadamente capaz	Bastante capaz	Completamente capaz
	%	%	%	%	%
<b>AUTO – EFICÁCIA PARA A OBTENÇÃO DE UMA PAUSA</b>					
Pedir a um amigo para que lhe fique com a pessoa cuidada durante uma manhã/tarde, quando você necessita de ir ao médico?	14	16	18	22	<b>30</b>
Pedir a um familiar para que lhe fique com a pessoa cuidada durante uma manhã/tarde, quando você necessita de ir ao médico?	4	8	14	32	<b>42</b>
Pedir a um amigo para que fique com a pessoa cuidada por uma manhã/tarde, porque tem coisas ou assuntos a resolver?	14	18	18	20	<b>30</b>
Pedir a um familiar para que fique com a pessoa cuidada por uma manhã/tarde, porque tem coisas ou assuntos a resolver?	4	8	14	34	<b>40</b>
Pedir a um amigo que faça coisas a seu mando?	<b>26</b>	20	18	16	20
Pedir a um familiar que faça coisas a seu mando?	4	12	18	<b>36</b>	30
Pedir a um amigo que fique com a pessoa cuidada por um dia, porque sente que necessita de tempo para si?	<b>28</b>	24	14	12	22
Pedir a um familiar que fique com a pessoa cuidada por um dia, porque sente que necessita de tempo para si?	8	30	12	22	<b>28</b>
Pedir a um amigo para que fique por uma semana com a pessoa cuidada, quando sente que tem necessidade de descansar?	<b>30</b>	24	16	12	18
Pedir a um familiar para que fique por uma semana com a pessoa cuidada, quando sente que tem necessidade de descansar?	14	30	4	28	<b>24</b>
<b>AUTO – EFICÁCIA PARA RESPONDER A COMPORTAMENTOS INADEQUADOS DA PESSOA CUIDADA</b>					
Se o seu familiar se esquece da sua rotina diária e lhe pergunta, por exemplo, quando se vai vestir imediatamente após tê-lo feito, em que medida seria capaz de lhe responder sem elevar a voz?	10	22	<b>34</b>	18	16
Se você se enerva porque o seu familiar repete a mesma pergunta muitas vezes, em que medida pensa que ele seja capaz de também poder dizer-lhe coisas que a acalmem?	16	26	<b>30</b>	18	10
Se o seu familiar se queixa pela forma como você o cuida, em que medida será capaz de poder responder – lhe sem discutir com ele? (por exemplo, responder-lhe de forma segura ou distraí-lo?)	12	22	<b>34</b>	18	14
Se o seu familiar lhe insulta, em que medida será capaz de lhe responder sem elevar a voz?	10	18	<b>36</b>	14	22
Se o seu familiar faz as suas necessidades sem o avisar (dejeções e/ou micções) qual o seu nível de segurança em poder mudá-lo sem se zangar?	8	20	24	26	<b>32</b>
Se o seu familiar lhe exige demasiado de si, em que medida é capaz de lhe por limites (dizer não, se for necessário)?	10	18	<b>36</b>	18	18
<b>AUTO – EFICÁCIA PARA A CONTROLAR PENSAMENTOS NEGATIVOS ACERCA DO ATO DE CUIDAR</b>					
Ter pensamentos de culpar o seu familiar por ter de o cuidar?	6	20	6	20	<b>48</b>
Ter pensamentos acerca da injustiça de ter de lidar com esta situação (cuidar o familiar)?	10	14	16	18	<b>42</b>
Ter pensamentos acerca de quão boa era a sua vida antes da doença do seu familiar, e quanto perdeu por causa disso?	4	28	18	18	<b>32</b>
Ter pensamentos acerca das inúmeras coisas que está a perder ou a deixar de fazer por causa de ter de cuidar do seu familiar	4	22	18	24	<b>32</b>
Ter preocupação acerca de possíveis problemas que podem surgir futuramente com o seu familiar que está a cuidar	4	<b>32</b>	16	20	28
Sentir-se culpada por ter maus pensamentos relativamente ao seu familiar	4	16	14	22	<b>42</b>

A análise da autoeficácia dos cuidadores expressa na tabela 24 permite verificar que, globalmente, estes evidenciam valores médios de autoeficácia superiores à média

teórica tanto na escala global como em todas as dimensões, à exceção da dimensão autoeficácia para obter uma ajuda junto dos amigos onde a média obtida pelos cuidadores é ligeiramente inferior à média teórica da dimensão (média teórica=10; média observada=9,96).

**Tabela 24: Pontuações teóricas e observadas na autoeficácia do cuidador**

Dimensões	Médias		Mínimo		Máximo	
	Teóricas	Observadas	Teórico	Observado	Teórico	Observado
Autoeficácia Global	44	51,48	0	0	88	88
Responder comportamentos	12	12,6	0	0	24	24
Pausa amigos	10	9,96	0	0	20	20
Pausa familiares	10	13,24	0	0	20	20
Controlar pensamentos	12	15,7	0	3	241	24

Pela análise da tabela 25 podemos verificar que a idade do cuidador, a composição do agregado familiar e o tempo de prestação de cuidados não se correlacionam com a autoeficácia.

**Tabela 25: Correlação entre a autoeficácia, a idade do cuidador, a composição do agregado familiar e o tempo de prestação de cuidados**

		Autoeficácia	Responder a comportamentos	Pausa junto dos amigos	Pausa junto dos familiares	Controlar pensamentos
Idade do cuidador	r de Spearman	-,035	-,023	-,097	-,237	,171
	<i>p</i>	,810	,873	,503	,098	,236
Agregado familiar	r de Spearman	-,176	-,132	-,153	-,024	-,267
	<i>p</i>	,221	,361	,290	,871	,061
Tempo de cuidado	r de Spearman	,097	,164	-,067	,075	,124
	<i>p</i>	,504	,256	,643	,607	,392

A tabela 26 apresenta a comparação de médias da autoeficácia segundo o sexo, estado civil e escolaridade do cuidador. Ao realizar uma análise descritiva da mesma podemos verificar que os homens evidenciam médias mais elevadas de níveis de autoeficácia global e suas dimensões que as mulheres, no entanto, com a aplicação do

teste U Mann-Whitney verificou-se que não existem diferenças significativas entre a autoeficácia e suas dimensões e segundo o sexo do cuidador. Relativamente ao estado civil do cuidador podemos verificar que os solteiros (as) apresentam médias mais elevadas, contudo através da aplicação do teste Kruskal-Wallis não se verificaram diferenças estatisticamente significativas nas médias dos diferentes grupos. Podemos ainda verificar que os cuidadores que não têm escolaridade apresentam médias mais baixas nos níveis de autoeficácia global e suas dimensões, salientando-se a existência de diferenças estatisticamente significativas na dimensão da autoeficácia para obter uma pausa junto dos familiares ( $p= 0,03$ ) segundo a escolaridade do cuidador, ou seja, os cuidadores com escolaridade apresentam maiores níveis de autoeficácia para obter uma pausa junto da rede familiar.

**Tabela 26: Comparação de médias da autoeficácia segundo o sexo, estado civil e escolaridade do cuidador**

		Autoeficácia	Autoeficácia para obtenção de pausa junto dos amigos	Autoeficácia para obtenção de pausa junto dos familiares	Autoeficácia para controlar pensamentos	Autoeficácia para responder a comportamentos
Sexo	Média do Rank					
	Feminino	24,12	24,05	24,89	23,90	25,29
	Masculino	32,75	33,13	28,69	33,88	26,63
	<i>p</i>	0,130	0,110	0,507	0,078	0,825
Estado civil	Média do Rank					
	Solteiro (a)	42,00	46,00	45,00	31,50	35,50
	Casado(a)/União de facto	25,71	24,40	24,25	25,76	26,75
	Viúvo(a)	21,93	29,07	28,36	22,43	17,93
	Divorciado(a)/Separado(a)	9,00	3,50	16,50	24,50	8,50
	<i>p</i>	0,233	0,073	0,203	0,878	0,209
Escolaridade	Média do Rank					
	Sim	26,60	25,99	<b>27,09</b>	26,57	26,22
	Não	17,42	21,92	<b>13,83</b>	17,67	20,25
	<i>p</i>	0,151	0,530	<b>0,036</b>	0,169	0,356

Na comparação de médias da autoeficácia e respetivas dimensões segundo a atividade profissional do cuidador, através da análise da tabela 27 podemos verificar que os cuidadores que se mantêm ativos profissionalmente apresentam médias mais

elevadas nos níveis de autoeficácia global e suas dimensões. Na aplicação do teste U Mann-Whitney verificou-se a existência de diferenças significativas na dimensão da autoeficácia para a obtenção de uma pausa junto dos familiares ( $p= 0,047$ ) segundo a situação atual de emprego do cuidador. Temos então que os cuidadores que se mantêm ativos profissionalmente têm maior nível de autoeficácia para obter uma pausa junto da rede familiar.

**Tabela 27: Médias da autoeficácia segundo a situação atual de emprego**

		Autoeficácia	Autoeficácia para obtenção de pausa junto dos amigos	Autoeficácia para obtenção de pausa junto dos familiares	Autoeficácia para controlar pensamentos	Autoeficácia para responder a comportamentos	
Situação laboral	Média do Rank	Ativo	32,56	32,75	<b>34,88</b>	26,94	30,63
		Inativo	24,15	24,12	<b>23,71</b>	25,23	24,52
	<i>p</i>		0,137	0,130	<b>0,047</b>	0,765	0,290

Numa análise descritiva dos resultados apresentados na tabela seguinte podemos verificar que as filhas/os apresentam médias mais elevadas no global da autoeficácia e suas dimensões, a exceção recai na dimensão da autoeficácia para obter pausa junto dos amigos onde aqueles que têm outros graus de parentesco apresentam médias mais elevadas. Através da aplicação do teste Kruskal-Wallis verificou-se que não existem diferenças estatisticamente significativas nas médias segundo os diferentes grupos.

**Tabela 28: Médias da autoeficácia segundo o parentesco entre cuidador informal e idoso cuidado**

		Autoeficácia	Autoeficácia para obtenção de pausa junto dos amigos	Autoeficácia para obtenção de pausa junto dos familiares	Autoeficácia para controlar pensamentos	Autoeficácia para responder a comportamentos	
Parentesco	Média do Rank	Filha/o	27,03	23,69	29,31	28,56	27,19
		Cônjuge	25,11	22,61	20,76	27,66	26,74
		Nora	25,17	29,42	26,33	23,83	23,25
		Outros	23,83	32,22	28,17	16,61	21,39
	<i>p</i>		0,958	0,336	0,323	0,202	0,747

Na tabela 29 podemos observar as médias obtidas na autoeficácia e suas dimensões segundo o motivo que levou o cuidador a assumir essas funções, a ajuda que tem ou não de outros na prestação dos cuidados ao idoso e a coabitação com a pessoa cuidada.

Ao realizar a comparação de médias da autoeficácia e suas dimensões segundo o motivo por que competiu ao cuidador assumir esse papel podemos verificar que os cuidadores que assumiram esse papel por opção apresentam médias mais elevadas no global da autoeficácia e nas dimensões de autoeficácia para obter uma pausa junto dos amigos e para responder a comportamentos inadequados. Já no que concerne à dimensão autoeficácia para obter uma pausa junto dos familiares são os cuidadores que assumiram esse papel por proximidade que apresentam médias mais elevadas. Através da aplicação do teste Kruskal-Wallis verificou-se que existem diferenças estatisticamente significativas na dimensão da autoeficácia para responder a comportamentos inadequados da pessoa cuidada ( $p= 0,021$ ) segundo o motivo que levou o cuidador a assumir esse papel. Isto é, as pessoas que assumem o papel de cuidador informal por opção própria apresentam melhores níveis de autoeficácia para responder aos comportamentos inadequados da pessoa que cuidam.

Em relação às médias da autoeficácia segundo a coabitação do cuidador e idoso cuidado, podemos verificar que são os cuidadores informais que coabitam com o idoso dependente que apresentam médias mais elevadas no global da autoeficácia e suas dimensões. Estas diferenças são estatisticamente significativas na dimensão da autoeficácia para controlar pensamentos negativos acerca do ato de cuidar ( $p= 0,05$ ). Então os cuidadores que partilham a habitação com o idoso dependente apresentam maior nível de autoeficácia para controlar os pensamentos negativos do cuidar.

Quando comparamos as médias da autoeficácia e suas dimensões em função dos cuidadores informais que têm ou não ajuda na prestação de cuidados verificamos que são os cuidadores informais que têm essa ajuda que apresentam médias mais elevadas no global da autoeficácia e suas dimensões. Através da aplicação do teste U Mann-

Whitney verificou-se a existência de diferenças estatisticamente significativas no global da autoeficácia ( $p=0,014$ ) e na dimensão autoeficácia para obter uma pausa junto dos familiares ( $p < 0,001$ ). Os cuidadores com apoio informal no cuidado do idoso dependente apresentam melhores níveis de autoeficácia global e autoeficácia para ter uma pausa junto da rede familiar.

**Tabela 29: Médias obtidas na autoeficácia e suas dimensões segundo o motivo que levou o cuidador a assumir essas funções, a ajuda que tem ou não de outros na prestação dos cuidados ao idoso e a coabitação com a pessoa cuidada**

		Autoeficácia	Autoeficácia para obtenção de pausa junto dos amigos	Autoeficácia para obtenção de pausa junto dos familiares	Autoeficácia para controlar pensamentos	Autoeficácia para responder a comportamentos	
Motivo para cuidar	Média do Rank	Familiar	25,75	24,34	23,50	27,98	<b>25,71</b>
		Proximidade	20,50	24,42	31,67	19,17	<b>14,00</b>
		Desemprego	17,38	27,88	19,75	18,50	<b>16,38</b>
		Opção	30,13	27,96	29,00	25,21	<b>33,79</b>
		<i>p</i>	0,366	0,881	0,397	0,405	<b>0,026</b>
Coabitam	Média do Rank	Sim	27,21	25,85	26,21	<b>27,51</b>	26,74
		Não	18,65	24,10	22,65	<b>17,45</b>	20,55
		<i>p</i>	0,097	0,747	0,495	<b>0,05</b>	0,234
Ajuda de outrem	Média do Rank	Sim	<b>28,97</b>	27,79	<b>30,40</b>	26,34	27,50
		Não	<b>18,13</b>	20,63	<b>15,09</b>	23,72	21,25
		<i>p</i>	<b>0,014</b>	0,103	<b>0,000</b>	0,550	0,155

Na tabela 30 são apresentadas as médias obtidas no global da autoeficácia e suas dimensões segundo a classificação que o cuidador faz sobre a sua saúde, onde podemos verificar que os cuidadores que entendem a sua saúde como muito má, má ou regular apresentam médias mais elevadas no global da autoeficácia e suas dimensões, exceto na dimensão autoeficácia para obter uma pausa junto dos familiares. Através da aplicação do teste Kruskal-Wallis verificou-se a existência de diferenças significativas nas médias da dimensão autoeficácia para responder a comportamentos inadequados da pessoa cuidada ( $p=0,035$ ) segundo a auto classificação da saúde do cuidador. Assim sendo, o cuidador que entende a sua saúde

como muito má, má ou regular apresenta maior autoeficácia em controlar pensamentos negativos sobre o cuidar.

Através da aplicação do teste U Mann-Whitney entre a autoeficácia e suas dimensões e a presença ou não de doença/incapacidade verificou-se que não existem diferenças significativas nas médias segundo os grupos, contudo, segundo uma observação descritiva, podemos analisar que os cuidadores que padecem de alguma doença ou incapacidade apresentam médias mais elevadas no global da autoeficácia e dimensões para controlar pensamentos e responder a comportamentos inadequados da pessoa cuidada.

**Tabela 30: Médias da autoeficácia segundo a auto classificação de saúde e presença de doença e/ou incapacidade do cuidador informal**

		Autoeficácia	Autoeficácia para obtenção de pausa junto dos amigos	Autoeficácia para obtenção de pausa junto dos familiares	Autoeficácia para controlar pensamentos	Autoeficácia para responder a comportamentos
Auto classificação da saúde	Muito má, má ou regular	26,39	29,47	24,39	<b>28,73</b>	25,69
	Boa ou muito boa	23,92	26,44	27,47	<b>19,75</b>	25,17
	<i>p</i>	0,564	0,903	0,730	<b>0,035</b>	0,903
Doença e/ou incapacidade	Sim	26,86	25,32	24,91	28,98	25,75
	Não	24,43	25,64	25,96	22,77	25,30
	<i>p</i>	0,557	0,937	0,798	0,132	0,914

### 5.3- Objetivo 3: Relacionar as dificuldades sentidas com os níveis de autoeficácia dos cuidadores informais de idosos dependentes

Na tabela 31 está representada a correlação entre as dificuldades do cuidador no global da escala e respetivas dimensões com a autoeficácia do cuidador e dimensões associadas à mesma. A análise da tabela permite verificar que, de uma forma global as dificuldades totais se correlacionam de forma positiva e estatisticamente significativa com todas as dimensões da escala. Por outro lado, também todas as dimensões se correlacionam entre si de forma positiva e estatisticamente significativa, à exceção da dimensão de apoio profissional que, no presente estudo não apresenta correlação estatisticamente significativa nem com as exigências do cuidar ( $rs=0,267;p=0,061$ ), nem com a dimensão de apoio familiar ( $rs=0,84;p=0,562$ ). De forma genérica pode ainda verificar-se que a dimensão de prestação de cuidados é aquela que mais contribui para a variação do global de dificuldades (95,9%), enquanto a que menor contribuição apresenta para esta variação global é a de apoio profissional (45,5%).

Na mesma tabela pode ainda verificar-se que o global de autoeficácia se correlaciona de forma positiva e com relevância estatística com todas as dimensões que lhe estão associadas e que estas também se correlacionam entre si.

A análise da correlação entre as duas escalas permite verificar que o global de autoeficácia se correlaciona de forma negativa com o global de dificuldades e com todas as dimensões à exceção do apoio profissional ( $rs=-0,049; p=0,734$ ).

A dimensão de autoeficácia para enfrentar comportamentos inadequados da pessoa cuidada não apresenta correlação nem com o global de dificuldades nem com nenhuma das dimensões a ela associadas.

A dimensão autoeficácia para obter uma pausa junto dos amigos apresenta correlação negativa e estatisticamente significativa com as exigências do cuidar e não se correlaciona com mais nenhuma dimensão das dificuldades;

A autoeficácia para obter uma pausa junto dos familiares correlaciona-se de forma negativa e estatisticamente significativa com o global de dificuldades, com as exigências do cuidar, com as dificuldades na vida social e com o apoio familiar.

A autoeficácia para controlar pensamentos negativos acerca do ato de cuidar apresenta correlação negativa com as dificuldades e todas as dimensões associadas, à exceção do apoio profissional com a qual não se correlaciona ( $rs=-,033$ ;  $p=0,822$ )

**Tabela 31: Correlação entre as dificuldades do cuidador no global da escala e respetivas dimensões com a autoeficácia do cuidador e suas dimensões**

		Autoeficácia para responder a comportamentos inadequados	Autoeficácia obter pausa junto dos amigos	Autoeficácia obter pausa junto dos familiares	Autoeficácia para controlar pensamentos negativos	Autoeficácia
Problemas relacionais com o idoso	rs	-,204	-,101	-,238	-,440	-,327*
	p	,154	,487	,096	,001	,020
Reações à prestação de cuidados	rs	-,213	-,219	-,262	-,452**	-,391**
	p	,137	,126	,066	,001	,005
Exigências de ordem física	rs	-,067	-,372**	-,413**	-,432**	-,434**
	p	,642	,008	,003	,002	,002
Restrições na vida social	rs	-,113	-,178	-,340*	-,395**	-,335*
	p	,436	,215	,016	,005	,017
Falta de apoio familiar	rs	-,241	-,224	-,356*	-,492**	-,448**
	p	,091	,119	,011	,000	,001
Falta de apoio profissional	rs	,001	,036	-,077	-,033	-,049
	p	,992	,807	,593	,822	,734
Problemas financeiros	rs	-,200	-,241	-,369**	-,457**	-,410**
	p	,163	,092	,008	,001	,003
Dificuldades	rs	-,177	-,226	-,328*	-,495**	-,417**
	p	,218	,114	,020	,000	,003

\*Correlação significativa ao nível de 0,05; \*\* Correlação significativa ao nível de 0,01

Para a concretização do presente objetivo estabeleceu-se ainda uma análise de regressão linear simples para estimar o nível de dificuldades em função da autoeficácia.

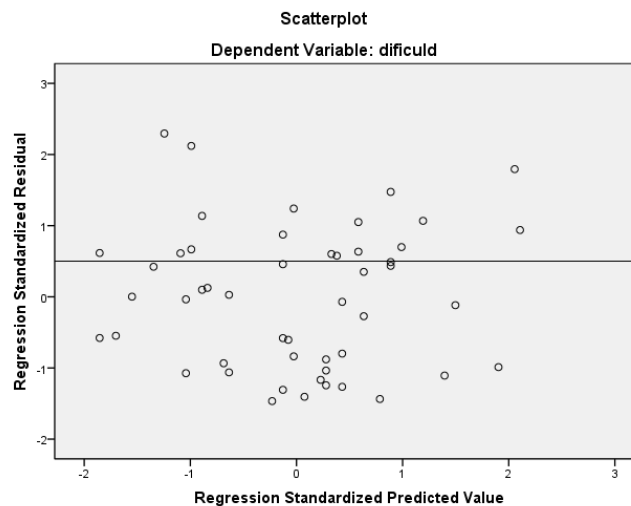
A análise foi iniciada com a verificação dos seguintes pressupostos:

- O coeficiente de correlação linear de Pearson obtido ( $r=-0,43$ ;  $p=0,001$ ), evidencia uma relação linear negativa moderada entre as variáveis.

- A análise dos resíduos permite verificar que os erros têm uma média nula (média=0,00000).

- O diagrama de dispersão dos resíduos estandardizados e dos valores previstos estandardizados (gráfico 2) permite verificar a homocedasticidade dos erros, já que os pontos apresentam um padrão de variabilidade constante em torno da reta de resíduos.

**Gráfico 2: Diagrama de dispersão entre os resíduos estandardizados e os valores previstos estandardizados**



- Como o teste de Durbin-Watson ( $DW=1,882$ ) está próximo de 2, não existem evidências para se aceitar que os erros não são independentes.

- Também a aplicação do teste de Shapiro-Wilk ( $p=0,240$ ) permitiu verificar que os erros seguem uma distribuição normal.

- Por outro lado, o teste ANOVA aplicado à significância global do modelo, permite verificar que o modelo pode ser aplicado ( $F= 11,395$ ;  $p=0,001$ ), concluindo que o modelo linear é adequado para explicar a relação entre as dificuldades e a autoeficácia.

Desta forma, todos os pressupostos para a realização da análise de regressão linear estão verificados.

A análise dos dados expressos na tabela 32 permite verificar que os coeficientes da reta são significativos (constante:  $t=11,005$ ;  $p < 0,001$ ; IC 95%= 69,175 a 100,101) (declive:  $t=-3,376$ ;  $p=0,001$ ; IC 95% = -0,753; a -0,191) ou seja, os resultados permitem deduzir que a autoeficácia explica significativamente as dificuldades do cuidador.

**Tabela 32: Coeficientes da reta de regressão linear simples entre as dificuldades e a autoeficácia**

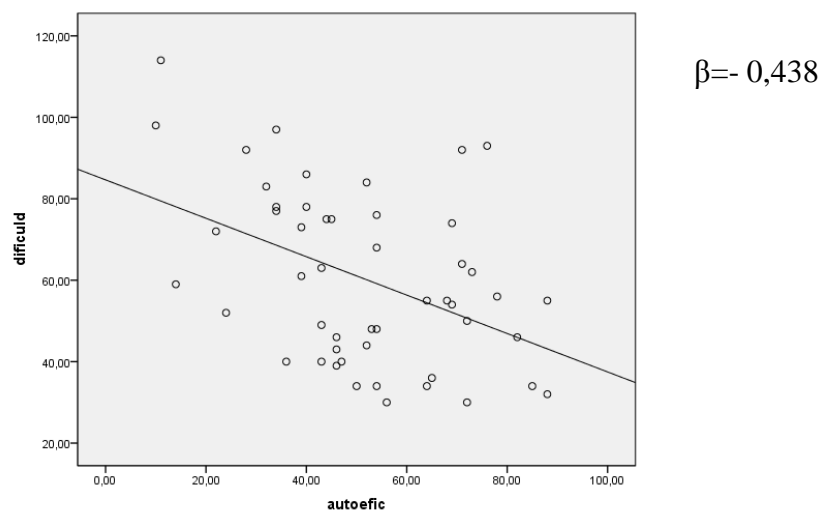
Modelo	B	SE	Beta	t	p	IC 95% para B	
						Limite inferior	Limite superior
1 (Constante)	84,638	7,691		11,005	,000	69,175	100,101
Autoeficácia	-0,472	0,140	-0,438	-3,376	,001	-0,753	-0,191

Finalmente, através da análise do modelo (tabela 33) pode ainda deduzir-se que existe uma relação moderada entre as dificuldades e a autoeficácia do cuidador ( $R=0,438$ ) e que 19,2% da variação do nível de dificuldades é explicada pela autoeficácia ( $R^2= 0,192$ ). O modelo explica 17,5% da variação do nível de dificuldades ( $R^2_{ajustado}= 0,175$ ). A análise permite ainda verificar que, quando a autoeficácia aumenta um ponto, as dificuldades diminuem mais de 0,4 pontos ( $\beta=- 0,438$ ) (gráfico 3)

**Tabela 33: Resumo do modelo de regressão linear simples entre as dificuldades e a autoeficácia**

Modelo	R	R <sup>2</sup>	R <sup>2</sup> Ajustado	SE	Durbin-Watson
1	0,438	0,192	0,175	19,25875	1,882

**Gráfico 3: Relação entre as dificuldades e a autoeficácia**



5.4- Objetivo 4: Determinar a dependência dos idosos cuidados nas atividades de vida diária segundo as dificuldades sentidas e nível de autoeficácia dos cuidadores informais

Na tabela 34 apresentamos as médias obtidas no CADI e seus fatores segundo o nível de dependência (Índice de Lawton) do idoso cuidado, e analisando a mesma verifica-se que são os cuidadores informais dos idosos severamente dependentes que apresentam médias mais elevadas no global das dificuldades e seus fatores, sendo estas diferenças estatisticamente significativas nos fatores exigências de ordem física ( $U=8,288$ ;  $p=0,004$ ), restrições da vida social ( $U=6,21$ ;  $p= 0,013$ ) e falta de apoio profissional ( $U=4,027$ ;  $p=0,045$ ).

**Tabela 34: Médias do CADI e suas dimensões segundo o nível de dependência do idoso cuidado (Índice de Lawton)**

	Índice de Lawton - Dependência	n	Média do Rank	U Mann-Whitney	p
Global de Dificuldades Índice de Lawton (n=50)	Moderada	8	16,88	3,338	0,068
	Severa	42	27,14		
Problemas relacionais com o idoso Índice de Lawton (n=50)	Moderada	8	24,06	0,094	0,759
	Severa	42	25,77		
Reações à prestação de cuidados Índice de Lawton (n=50)	Moderada	8	19,50	1,626	0,202
	Severa	42	26,64		
Exigências de ordem física Índice de Lawton (n=50)	Moderada	8	12,00	8,288	<b>0,004</b>
	Severa	42	28,07		
Restrições da vida social Índice de Lawton (n=50)	Moderada	8	14,00	6,210	<b>0,013</b>
	Severa	42	27,69		
Falta apoio familiar Índice de Lawton (n=50)	Moderada	8	19,25	2,014	0,156
	Severa	42	26,69		
Falta apoio profissional Índice de Lawton (n=50)	Moderada	8	16,25	4,027	<b>0,045</b>
	Severa	42	27,26		
Problemas financeiros Índice de Lawton (n=50)	Moderada	8	20,38	1,239	0,266
	Severa	42	26,48		

Através da análise descritiva da tabela 35 podemos verificar que os cuidadores que prestam cuidados aos idosos severamente dependentes nas ABVD apresentam médias mais elevadas no geral das dificuldades e suas dimensões, exceto nos fatores restrição da vida social que apresenta médias mais elevadas nos cuidadores de idosos moderadamente dependentes, e no fator problemas financeiros que apresenta médias mais elevadas nos cuidadores de idosos totalmente dependentes. Através da aplicação do teste de Kruskal-Wallis verificou-se que as diferenças são significativas no global das dificuldades (*Kruskal-Wallis=10,147; p=0,038*) e nas dimensões exigências de ordem física (*Kruskal-Wallis=21,849; p <0,001*), restrições da vida social (*Kruskal-Wallis=10,932; p=0,027*), falta de apoio familiar (*Kruskal-Wallis=10,849; p=0,028*) e problemas financeiros (*Kruskal-Wallis=13,426; p=0,009*).

**Tabela 35: Médias do CADI e suas dimensões segundo o nível de dependência do idoso cuidado (Índice de Barthel)**

	Índice de Barthel - Dependência	n	Média do Rank	Kruskal-Wallis	p
Global de Dificuldades Índice de Barthel (n=50)	Independente	11	21,09	10,147	<b>0,038</b>
	Ligeira	9	14,44		
	Moderada	8	29,69		
	Severa	6	34,25		
	Total	16	29,38		
Problemas relacionais com o idoso Índice de Barthel (n=50)	Independente	11	30,55	9,075	0,059
	Ligeira	9	13,44		
	Moderada	8	26,63		
	Severa	6	32,58		
	Total	16	25,59		
Reações à prestação de cuidados Índice de Barthel (n=50)	Independente	11	23,55	6,23	0,183
	Ligeira	9	16,22		
	Moderada	8	29,13		
	Severa	6	32,92		
	Total	16	27,47		
Exigências de ordem física Índice de Barthel (n=50)	Independente	11	13,64	21,849	<b>0,000</b>
	Ligeira	9	14,22		
	Moderada	8	32,50		
	Severa	6	36,67		
	Total	16	32,31		
Restrições da vida social Índice de Barthel (n=50)	Independente	11	16,82	10,932	<b>0,027</b>
	Ligeira	9	18,56		
	Moderada	8	34,00		
	Severa	6	30,58		
	Total	16	29,22		
Falta apoio familiar Índice de Barthel (n=50)	Independente	11	15,27	10,849	<b>0,028</b>
	Ligeira	9	23,94		
	Moderada	8	24,56		
	Severa	6	32,58		
	Total	16	31,22		
Falta apoio profissional Índice de Barthel (n=50)	Independente	11	24,36	2,188	0,701
	Ligeira	9	20,06		
	Moderada	8	25,75		
	Severa	6	28,42		
	Total	16	28,13		
Problemas financeiros Índice de Barthel (n=50)	Independente	11	21,55	13,426	<b>0,009</b>
	Ligeira	9	12,67		
	Moderada	8	26,50		
	Severa	6	31,17		
	Total	16	32,81		

Quando comparamos as médias da autoeficácia e suas dimensões segundo o nível de dependência nas AIVD do idoso cuidado (tabela 36) verificamos que os cuidadores informais de idosos moderadamente dependentes apresentam médias mais elevadas no global da autoeficácia e nas dimensões autoeficácia para obter uma pausa junto dos familiares e para controlar pensamentos negativos do ato de cuidar, contudo estas diferenças não apresentam significância estatística quando aplicamos o teste U Mann-Whitney.

**Tabela 36: Médias da autoeficácia segundo o nível de dependência dos idosos nas AIVD's**

	Índice de Lawton - Dependência	n	Média do Rank	U Mann-Whitney	p
Global de Autoeficácia	Moderada	8	26,81	157,5	0,785
Índice de Lawton - dependência (n=50)	Severa	42	25,25		
Autoeficácia para obtenção de pausa junto dos amigos	Moderada	8	22,19	141,5	0,490
Índice de Lawton - dependência (n=50)	Severa	42	26,13		
Autoeficácia para obtenção de pausa junto dos familiares	Moderada	8	28,00	148	0,612
Índice de Lawton - dependência (n=50)	Severa	42	25,02		
Autoeficácia para controlar pensamentos	Moderada	8	29,25	138	0,442
Índice de Lawton - dependência (n=50)	Severa	42	24,79		
Autoeficácia para responder a comportamentos	Moderada	8	23,13	149	0,631
Índice de Lawton - dependência (n=50)	Severa	42	25,95		

Através de uma análise descritiva da tabela 37 verifica-se que os cuidadores que prestam cuidados aos idosos independentes apresentam médias mais elevadas nas dimensões da autoeficácia para obter pausa junto dos familiares e dos amigos, já os cuidadores que cuidam de idosos com dependência ligeira apresentam médias mais elevadas no global da autoeficácia e nas dimensões autoeficácia para controlar pensamentos negativos acerca do ato de cuidar e autoeficácia para responder a comportamentos inadequados da pessoa cuidada. Através da aplicação do teste Kruskal-Wallis verificou-se a existência de diferenças significativas entre o nível de dependência do idoso e o global da autoeficácia (Kruskal-Wallis=10,639; p=0,031) e as dimensões autoeficácia para obter uma pausa junto dos familiares (Kruskal-Wallis=11,717; p=0,02) e autoeficácia para controlar pensamentos negativos acerca do ato de cuidar (Kruskal-Wallis=13,602; p=0,009).

**Tabela 37: Médias da autoeficácia segundo o nível de dependência do idoso de acordo com o Índice de Barthel**

	Índice de Barthel -Dependência	n	Média do Rank	Kruskal- Wallis	p
Global de Autoeficácia Índice de Barthel -Dependência (n=50)	Independente	11	31,55	10,639	<b>0,031</b>
	Ligeira	9	34,72		
	Moderada	8	25,81		
	Severa	6	16,42		
	Total	16	19,41		
Autoeficácia para obtenção de pausa junto dos amigos Índice de Barthel -Dependência (n=50)	Independente	11	29,00	3,20	0,525
	Ligeira	9	28,89		
	Moderada	8	27,81		
	Severa	6	19,25		
	Total	16	22,38		
Autoeficácia para obtenção de pausa junto dos familiares Índice de Barthel -Dependência (n=50)	Independente	11	35,82	11,717	<b>0,020</b>
	Ligeira	9	30,67		
	Moderada	8	23,44		
	Severa	6	21,75		
	Total	16	17,94		
Autoeficácia para controlar pensamentos Índice de Barthel -Dependência (n=50)	Independente	11	31,14	13,602	<b>0,009</b>
	Ligeira	9	37,72		
	Moderada	8	22,13		
	Severa	6	15,33		
	Total	16	20,25		
Autoeficácia para responder a comportamentos Índice de Barthel -Dependência (n=50)	Independente	11	22,00	5,606	0,231
	Ligeira	9	34,00		
	Moderada	8	29,25		
	Severa	6	19,50		
	Total	16	23,50		

## **6 - Discussão dos resultados**

No capítulo anterior analisamos os dados obtidos, procurando salientar os resultados mais relevantes. No entanto, este é o espaço e o momento indicado para uma síntese e discussão de carácter mais particularizado. Assim sendo, sucede-se a discussão dos resultados relativos à amostra dos idosos cuidados e dos cuidadores informais, seguindo-se a discussão dos dados obtidos na concretização dos objetivos do estudo.

Na realidade demográfica portuguesa prevalecem os idosos com idade avançada (habitualmente com médias superiores aos 70 anos), do sexo feminino e com baixa escolaridade (Andrade, 2009; Cordeiro, 2011; Fernandes, 2009; Lage, 2005; Lemos, 2012; Mata, 2012; Pera, 2012; Ricarte, 2009; Sequeira, 2010) o que vai de encontro ao observado na presente investigação, onde a média de idades dos idosos dependentes foi de 79,6 anos, variando entre os 65 e 96 anos e 68% pertence ao sexo feminino, casada (56%) e sem escolaridade (56%).

Os resultados obtidos na presente investigação evidenciaram como primeira causa de dependência nos idosos as doenças do sistema osteomuscular e tecido conjuntivo, seguidas dos transtornos mentais e comportamentais e das doenças do aparelho circulatório, que vai de encontro à realidade estudada por Lemos (2012), onde verificou que as incapacidades devidas a causas do foro osteoarticular eram a primeira causa de dependência.

Relativamente ao nível de dependência da amostra de idosos estudada, verificamos que a mesma varia em função das atividades de vida diária em evidência. Se avaliarmos a execução das AIVD, segundo o Índice de Lawton e Brody, a grande maioria (84%) dos idosos são considerados severamente dependentes. Mas se avaliarmos

a

execução das ABVD segundo o índice de Barthel, temos 32% da amostra com dependência severa e 22% independentes.

No presente estudo foram alvo de investigação cinquenta cuidadores informais com idades compreendidas entre os 19 e 89 anos e uma média de idades 57,04 anos. Igual situação é referida por Ferreira (2008), Figueiredo (2007) e Rodrigues (2011) que obtiveram uma média de idades semelhante. Nos estudos de Mata (2012) e Pera (2012) os cuidadores familiares apresentam uma idade média de 58 anos, embora diferente é muito próxima da idade média encontrada na presente investigação. De salientar que o grupo de cuidadores informais, também eles idosos, representa 34 % da amostra, o que vai de encontro ao que diz Sequeira (2010) que com o envelhecimento demográfico aumenta o número de cuidadores idosos.

Em relação ao sexo do prestador de cuidados, verificamos que o número de mulheres (84%) que assume a responsabilidade do cuidar é superior ao número de homens, o que está de acordo com os dados encontrados em vários estudos que corroboram a feminização do cuidado (Cordeiro, 2011; Félix, 2010; Mata, 2012; Pera, 2012; Rodrigues; 2011; Santos, 2008; Sequeira, 2010).

No que diz respeito ao estado civil do prestador de cuidados, verifica-se neste estudo, que a grande maioria são casados/união de fato (80%).

Relativamente às habilitações literárias, os resultados demonstram que a baixa escolaridade predomina: 12% não têm escolaridade e 56% completaram o 1º ciclo do ensino básico. Os cuidadores informais estudados por Pera (2012) e Santos (2008) partilham o mesmo resultado, onde 56,6% dos inquiridos apresentam estudos primários.

Tal como nos estudos que têm vindo a ser referenciados, também aqui os cuidadores são filhas/os da pessoa cuidada, com uma prevalência de 32%, seguindo-se as esposas com 26%, os maridos e as noras com 12%. Estes resultados reforçam a conceção de que, em Portugal, a família é a unidade básica de suporte a pessoas dependentes (Félix, 2010; Rodrigues, 2011; Sequeira, 2007).

Esta caracterização vai ao encontro da literatura consultada, que refere os prestadores de cuidados como sendo maioritariamente do sexo feminino, normalmente esposas, filhas ou noras, que têm geralmente um nível educacional baixo e se situam em faixas etárias próximas das pessoas que cuidam, o que explica o facto de grande parte dos cuidadores serem cônjuges. (Sequeira, 2010; Ferreira, 2008; Lage, 2005)

No que concerne à composição dos agregados familiares o presente estudo revelou que os mais prevalentes são compostos por dois elementos (42%), seguidos por três elementos (22%). Semelhantes resultados foram obtidos por Mata (2012) onde os agregados familiares compostos por dois e três elementos tinham um percentual de 38,4% e 22,4% respetivamente. Também segundo dados do INE (2006) em Portugal predominam as famílias com duas (28%) e três pessoas (27%).

Apenas 16% dos cuidadores informais estudados se mantêm profissionalmente ativos e 60% dedicam-se às tarefas domésticas. Contrariamente ao observado nesta investigação, o estudo levado a cabo por Félix (2008) revelou que 60% cuidadores informais de idosos se mantinham ativos e apenas 7,8% se dedicava à lida doméstica. Também Pera (2012) revela resultados diferentes dos encontrados, onde 34,6% da sua amostra era profissionalmente ativa e 21,2% domésticas.

Dos cuidadores informais que mantêm uma atividade profissional verificamos que 62,5% referiu algum grau de dificuldade em conjugar essa atividade com a prestação de cuidados, no entanto, 87,5% nunca pensaram abandonar o trabalho. Os resultados vão de encontro aos obtidos por Mata (2012) onde 98,7% dos cuidadores refere alguma dificuldade em conjugar as duas coisas e 33,7% nunca pensaram abandonar o emprego.

Relativamente às razões mais apontadas para se assumir o papel de cuidador informal, este estudo revelou que apenas 24% o fazem por opção própria, 34% apontam como motivo ser cônjuge, 16% assumiram-no por serem filhas/os, 12% fizeram-no por proximidade da pessoa cuidada e a situação de desemprego foi motivo

apontado por 8% dos inquiridos. Estes resultados vão de encontro aos motivos encontrados na literatura que referem o grau de parentesco, a disponibilidade a proximidade geográfica, a situação laboral e relação afetiva como determinantes na escolha do cuidador (Araújo, 2011; Cruz, Loureiro, Martins, & Fernandes, 2010; Martin, 2005; Mata & Rodriguez, 2012).

Relativamente à prestação de cuidados verificamos uma maior prevalência de cinco anos ou menos (50%) a prestar cuidados, 74% dos cuidados são prestados de forma contínua e 32% dos cuidadores fazem-no sem ajuda de ninguém. No estudo levado a cabo por Oliveira (2009) verificou que 53,3% da amostra prestava cuidados há cinco anos ou menos, contudo 86,7% tinha a ajuda de outros no desempenho das suas funções. Também Mata (2012) refere que 72,1% da sua amostra presta cuidados há menos de cinco anos, 94% dos inquiridos prestam cuidados de modo contínuo e 64,7% tem ajuda de outros.

Em relação à coabitação verificamos que 80% dos cuidadores residem com a pessoa alvo dos seus cuidados. Estes resultados confirmam os estudos realizados por Brito (2000), Oliveira (2009) e Pera (2012, e observando-se que a maioria (78%, 86,7% e 82,7% respetivamente) coabitava com o idoso dependente. O estudo de Santos (2008) defende que o prestador de cuidados convive permanentemente com a pessoa dependente, salientando que em 43,3% dos casos a relação de convivência era anterior à prestação de cuidados.

Pretendeu-se ainda saber como o prestador de cuidados classifica a sua saúde e vimos que 36% considera ter uma saúde má ou muito má e que 44% afirmaram padecer de doença/incapacidade, sendo a hipertensão arterial isolada ou associada a outras patologias do foro metabólico, renal e músculo-esquelético referida por 59,09%. Estes resultados vão ao encontro dos obtidos no estudo de Mata (2012) onde observou que 33,6% de cuidadores que referiram padecer de alguma doença, sendo a hipertensão arterial mencionada por 28,9% dos inquiridos.

Relativamente ao CADI constatou-se que os cuidadores informais estudados obtiveram pontuações médias superiores ao valor médio teórico da escala revelando maiores dificuldades na amostra estudada. Salienta-se ainda que todos os fatores se correlacionaram significativamente de forma positiva com o global das dificuldades e entre si, exceto o fator apoio profissional que não apresenta correlação com os fatores apoio familiar e exigência de ordem física. Quanto à dimensão que mais contribui para a variação do valor global das dificuldades é a reação à prestação de cuidados (0,959), seguida das restrições na vida social (0,848), dos problemas relacionais (0,805) e das exigências de ordem física (0,799). Estes resultados corroboram os obtidos por Pera (2012) e Sequeira (2010) onde concluíram que estes fatores são os que melhor explicam as dificuldades dos cuidadores no âmbito do cuidar.

Em relação às respostas obtidas no CADI verificamos que as dificuldades que causaram perturbação a metade ou mais dos cuidadores informais foram: “a pessoa de quem cuido chega a pôr-me fora de mim”; “chega a transformar as minhas relações familiares”; “esta situação está a transtornar-me os nervos”; “deixa-me muito cansado fisicamente”; “afasta-me do convívio com outras pessoas e outras coisas de que gosto”; “não consigo ter tempo de descanso, nem fazer uns dias de férias” e “a qualidade da minha vida piorou”, que vão de encontro ao referido na literatura consultada (Félix, 2008; Lemos, 2012; Pera, 2012; Ramos, 2012; Sequeira, 2010). Salienta-se o fato de 84% dos inquiridos negarem que “cuidar desta pessoa não me dá qualquer satisfação” e “esta situação faz-me sentir culpado”, e 82% refere que não “deixou de haver o sentimento que havia na minha relação com a pessoa de quem cuido”. Estes resultados vão de encontro ao referido por Mata e Rodriguez (2012) que defendem que independentemente das dificuldades que a família vai enfrentar esta assume o compromisso do cuidar por afeto. Também Araújo (2009) refere o vínculo afetivo como a principal motivação pelo qual o cuidador familiar assume o cuidado.

Realça-se ainda o fato de 60% dos cuidadores referirem que “não acontece no meu caso” no item “as pessoas da família não dão tanta atenção como eu gostaria”, o que revela que os cuidadores se sentem satisfeitos com o apoio familiar que recebem.

A correlação do CADI com a idade do cuidador mostra que existem diferenças significativas no fator apoio familiar, ou seja, quanto maior a idade do cuidador menor o apoio familiar que recebe. Estes resultados diferem dos encontrados por Brito (2000) que encontrou correlação estatisticamente significativa entre a idade e o fator exigências de ordem física, que sugere que os prestadores de cuidados com mais idade manifestam mais dificuldades associadas com as situações de cuidados que implicam maior esforço físico. Pera (2012) verificou no seu estudo que o grupo etário entre 40 – 49 anos evidenciava médias mais elevadas de dificuldades na maioria das dimensões, exceto no fator falta de apoio familiar.

Quando comparamos as médias obtidas no CADI com o sexo do cuidador verificou-se que enquanto os homens evidenciam médias mais elevadas no geral das dificuldades e fatores problemas relacionais, reações às prestações de cuidados e apoio profissional, as mulheres apresentam médias mais elevadas nos fatores das exigências de ordem física, restrições da vida social e apoio familiar. Semelhantes resultados foram obtidos por Cordeiro (2011) à exceção dos fatores problemas financeiros e exigências de ordem física. No entanto Pera (2012) e Marques (2005) referem que o sexo masculino evidencia menores dificuldades na prestação de cuidados que o feminino.

No que concerne ao estado civil do cuidador absorvamos que, sem diferenças significativas, os divorciados(as)/separados(a) apresentaram médias mais elevadas. Este resultado vai de encontro ao obtido por Brito (2000) e Pera (2012) onde os separados evidenciaram maiores níveis de dificuldades, à exceção do fator restrições de ordem social.

O presente estudo mostra que os cuidadores que têm escolaridade têm mais dificuldades quer a nível global quer a nível da relação com o idoso, da vida social e do apoio familiar e profissional. A nível do fator exigências de ordem física estes apresentaram menores dificuldades, o que vai de encontro aos resultados obtidos por Brito (2000).

Relativamente à situação laboral do cuidador, no presente estudo, os ativos profissionalmente apresentaram médias de dificuldades mais baixas com diferenças significativas nos fatores exigências de ordem física e apoio profissional. Estes resultados confirmam os obtidos por Cordeiro (2011) e Brito (2000) onde os profissionalmente inativos apresentaram médias mais elevadas nas dificuldades, com diferenças significativas nas exigências do cuidar.

As médias das dificuldades em função do parentesco colocaram em evidência, sem diferenças significativas, que as filhas têm médias mais elevadas no global de dificuldades e fatores exigências de ordem física e problemas financeiros, enquanto as noras mostraram médias superiores nos fatores reação à prestação de cuidados e restrições da vida social. Os resultados apresentados por Marques (2005) referem que os prestadores de cuidados que são cônjuges apresentam menores dificuldades no cuidado e com diferenças significativas nos fatores: reações à prestação de cuidados, exigências de ordem física, apoio profissional e dificuldades globais o que difere do presente estudo. Já Brito (2000), Cordeiro (2011) e Pera (2012) vão de encontro aos resultados obtidos uma vez que não encontraram diferenças significativas entre o nível de dificuldades percebidas pelos cuidadores segundo o grau de parentesco com a pessoa cuidada.

Em relação ao tempo de cuidado e às dificuldades sentidas verificamos no presente estudo que existe correlação positiva, sem significado estatístico, no fator exigências de ordem física. Também Pera (2012) refere uma correlação positiva entre estas variáveis, no entanto, no seu estudo esta relação revelou-se significativa. Por sua vez, Marques (2005) não observou diferenças significativas entre o tempo de prestação de cuidados e as dificuldades. Cordeiro (2011) assinala um efeito significativo do tempo de cuidado no fator apoio familiar demonstrando que os cuidadores que cuidam há mais de 4 anos apresentam mais dificuldades comparativamente com aqueles que cuidam há mais de 1 e menos de 4 anos. Também Brito (2000) sugere que mais tempo de prestação de cuidados se relaciona com um nível mais elevado de dificuldades no fator restrições na vida social.

As médias obtidas no CADI segundo a prestação de cuidados contínuos mostram que os cuidadores que asseguram este tipo de cuidados têm médias de dificuldades mais elevadas, sendo estas diferenças significativas nas exigências de ordem física e problemas financeiros. Estes resultados corroboram o estudo levado a cabo por Cordeiro (2011) onde verificou que os cuidadores que prestam cuidados de 12 a 24h apresentam dificuldades mais elevadas, com significado estatístico nas exigências de ordem física, reações ao cuidar e no global das dificuldades.

Os cuidadores informais que residem com o idoso dependente dos seus cuidados apresentaram médias mais baixas no global das dificuldades e fatores, exceto nas restrições da vida social. Estas diferenças não se revelaram estatisticamente significativas, tal como sucedeu nos estudos de Marques (2005) e Brito (2000). No entanto, segundo Cordeiro (2011) os cuidadores que coabitam com o idoso dependente revelam maiores dificuldades no global, nas restrições sociais e exigências de ordem física, sendo estas diferenças confirmadas estatisticamente.

Os cuidadores informais sem ajuda na prestação de cuidados apresentaram médias de dificuldades mais baixas na relação com o idoso e na reação ao cuidar, diferenças não significativas, tal como sucede nos estudos de Cordeiro (2011) e Marques (2005). Já Brito (2000) constatou que os prestadores de cuidados sem ajuda na prestação de cuidados expressaram mais dificuldades em se relacionar com a pessoa dependente e mais dificuldades devido à falta de apoio profissional.

Embora sem significado estatístico, no presente estudo verificou-se que os cuidadores com uma saúde má ou muito má apresentam médias mais elevadas no global das dificuldades e fatores reações ao cuidar, exigências físicas e problemas financeiros, diferenças não significativas. Cordeiro (2011) no seu estudo sugere que os sujeitos com menor perceção do estado de saúde apresentam maiores dificuldades, diferenças significativas nos fatores: restrições sociais, exigências do cuidar, reações ao cuidar, apoio profissional e no total do CADI.

Ao compararmos as médias do CADI e fatores segundo a presença de doença ou incapacidade observamos que os cuidadores sem incapacidade e/ou doença apresentam maiores índices de dificuldades nas questões financeiras e em obter apoio familiar e profissional, sendo estas diferenças confirmadas estatisticamente.

Relativamente à autoeficácia, analisando as respostas obtidas nos diferentes itens da escala, verificamos que 70% ou mais dos cuidadores revelaram possuir níveis de autoeficácia no geral e em todas as suas dimensões. Os resultados mostraram ainda que enquanto no global da autoeficácia e dimensões obter uma pausa junto dos familiares, responder a comportamentos inadequados e controlar pensamentos negativos acerca do cuidar, os cuidadores apresentam níveis medianos de autoeficácia, na dimensão obter pausa junto dos amigos apresentam baixos níveis de autoeficácia, resultados que vão de encontro aos obtidos por Mata (2012).

Quando comparamos as médias da autoeficácia e dimensões segundo a idade, sexo e estado civil do cuidador não encontramos diferenças estatisticamente significativas. Mata (2012) no seu estudo verificou que não existiam diferenças estatisticamente significativas da autoeficácia segundo a idade, o que vai de encontro ao nosso estudo. No entanto, a mesma autora, observou diferenças significativas da autoeficácia segundo o sexo do cuidador e estado civil, onde os cuidadores do sexo feminino e os que cujo estado civil era casado evidenciaram maiores níveis de autoeficácia global, autoeficácia para responder a comportamentos inadequados e obter uma pausa junto da família.

Quanto às habilitações literárias verificamos que os cuidadores sem escolaridade apresentaram níveis mais baixos de autoeficácia global e dimensões, com diferenças significativas na dimensão obter pausa junto dos familiares. Estas diferenças da autoeficácia segundo as habilitações literárias também se revelaram significativas no estudo de Mata (2012) onde os cuidadores com o ensino básico evidenciaram melhores níveis de autoeficácia global e os que possuem o ensino superior mostraram melhores níveis na dimensão da autoeficácia para responder a comportamentos inadequados da pessoa cuidada.

No que concerne à atividade profissional verificamos que os cuidadores que se mantêm profissionalmente ativos apresentaram níveis mais elevados de autoeficácia global e suas dimensões, havendo diferenças significativas na dimensão obter pausa junto dos familiares. Também Mata (2012) refere que os cuidadores que exercem outra atividade profissional para além do cuidar evidenciaram médias de autoeficácia mais elevadas, no entanto não encontrou diferenças significativas.

Quando comparadas as médias de autoeficácia dos cuidadores segundo o motivo que o levou a assumir esse papel verificou-se que os que o fizeram por opção própria revelaram médias mais elevadas no global da autoeficácia e nas dimensões obter uma pausa junto dos amigos e responder a comportamentos inadequados, existindo nesta última, diferenças estatisticamente significativas. No entanto verificamos que o grau de parentesco com médias mais elevadas no global da autoeficácia e dimensões é o de filha/o, com exceção da autoeficácia para obter pausa junto dos amigos, contudo sem diferenças significativas. Semelhante resultado foi encontrado por Mata (2012) onde as filhas, esposas e noras revelaram médias mais elevadas de autoeficácia global e em todas as dimensões à exceção da autoeficácia para obter uma pausa junto dos amigos que os restantes cuidadores, encontrando significado estatístico nas diferenças de médias de autoeficácia global segundo os graus de parentesco.

Relativamente ao tempo de prestação de cuidados a correlação com a autoeficácia não revelou diferenças significativas entre os mesmos, indo de encontro aos resultados obtidos por Mata (2012).

Quando comparamos as médias da autoeficácia segundo a coabitação observamos que os cuidadores que coabitam com o idoso dependente apresentam médias mais elevadas no global da autoeficácia e suas dimensões, diferenças significativas na dimensão autoeficácia para controlar pensamentos negativos acerca do cuidar. Já quando comparamos as médias da autoeficácia em função da ajuda de outros na prestação de cuidados, verificamos que são os cuidadores com ajuda que apresentam médias mais elevadas no global da autoeficácia e suas dimensões, havendo diferenças significativas no global da autoeficácia e na dimensão obter uma pausa junto dos

familiares. Contrariamente ao verificado neste estudo, Mata (2012) refere que os cuidadores que obtêm ajuda no cuidar apresentaram médias mais elevadas de autoeficácia global e de autoeficácia para responder a comportamentos inadequados da pessoa cuidada e não confirmou a existência de diferenças estatisticamente significativas nas médias dos dois grupos.

A análise da correlação entre as duas escalas permitiu verificar que o global de autoeficácia se correlaciona de forma negativa com o global de dificuldades e com todas as dimensões exceto no apoio profissional. A dimensão autoeficácia para obter uma pausa junto dos amigos apresenta correlação negativa e estatisticamente significativa com o fator exigências do cuidar e não se correlaciona com mais nenhum; a autoeficácia para obter uma pausa junto dos familiares correlaciona-se de forma negativa e significativa com o global das dificuldades, com as exigências do cuidar, com as dificuldades na vida social e com o apoio familiar; a autoeficácia para controlar pensamentos negativos acerca do ato de cuidar apresenta correlação negativa com as dificuldades e todos os fatores associados, exceto no apoio profissional; a dimensão autoeficácia para enfrentar comportamentos inadequados da pessoa cuidada não apresenta correlação significativa com o global de dificuldades nem com nenhum dos fatores associados.

Uma vez analisados os níveis de autoeficácia evidenciados pela amostra de cuidadores estudados, decidiu-se verificar a existência de uma relação linear entre o nível global de dificuldades e o global de autoeficácia. Para tal após confirmar que todos os pressupostos se verificavam foi possível a realização desta análise que revelou que os coeficientes da reta eram significativos, ou seja, os resultados permitiram deduzir que a autoeficácia explica significativamente as dificuldades. Através da análise do modelo, pode ainda constatar-se que existe uma relação moderada entre as dificuldades e a autoeficácia e que 19,2% da variação do nível de dificuldades é explicada pela autoeficácia. A análise permitiu ainda verificar que, quando a autoeficácia aumenta um ponto, as dificuldades diminuem mais de 0,4 pontos.

Em relação às dificuldades sentidas pelos cuidadores informais segundo o nível de dependência dos idosos cuidados podemos verificar que os cuidadores de idosos severamente dependentes na execução das AIVD apresentaram médias mais elevadas no global das dificuldades e seus fatores, diferenças significativas nos fatores exigências de ordem física, restrições da vida social e apoio profissional. Quanto às diferenças significativas encontradas nos cuidadores segundo a dependência nas ABVD dos idosos cuidados verificamos que os que cuidam de idosos severamente dependentes têm maiores dificuldades no global e nas exigências de ordem física, os que zelam por idosos moderadamente dependentes têm maiores restrições da vida social e os que cuidam de idosos com total dependência evidenciam maior dificuldade nas questões financeiras.

Quando comparamos as médias da autoeficácia e suas dimensões segundo o nível de dependência nas AIVD do idoso cuidado inferimos que os cuidadores informais de idoso moderadamente dependentes apresentaram médias mais elevadas no global da autoeficácia e dimensões obter uma pausa junto dos familiares e controlar pensamentos, contudo estas diferenças não foram significativas. Já relativamente às diferenças encontradas nos cuidadores de idosos dependentes nas ABVD verificamos que foram significativas nos cuidadores de idosos independentes na dimensão obter pausa junto dos familiares, e nos cuidadores de idosos com dependência ligeira no global da autoeficácia e na dimensão controlar pensamentos negativos face ao ato de cuidar.

## Conclusões

O presente estudo foi realizado no concelho de Mirandela aos cuidadores de idosos dependentes no domicílio. Foram inquiridos cinquenta cuidadores informais existindo uma maior prevalência do sexo feminino, casadas, filhas do idoso dependente, com baixa escolaridade e em média com 57,04 anos. Quanto aos idosos alvo de cuidados predominam os de idade avançada (idade média de 79,6 anos), do sexo feminino, casadas e sem escolaridade. Os agregados familiares mais comuns são os de dois elementos, característicos de um concelho afetado pelo decréscimo populacional, graças às baixas taxas de natalidade e fecundidade, aumento da taxa de mortalidade e ao êxodo rural dos mais jovens que procuram melhores condições de vida.

A principal causa de dependência dos idosos estudados foram as doenças do sistema osteomuscular e tecido conjuntivo, seguidas dos transtornos mentais e comportamentais e em terceiro as doenças do aparelho circulatório. Estes resultados revelam que muitas situações de dependência poderiam ser evitáveis, nomeadamente as que têm origem no aparelho locomotor (fraturas), reduzindo a incidência de quedas que, como é sabido, continuam a ter como principal consequência nos idosos a perda da sua independência.

Verificamos um percentual significativo de cuidadores informais também eles idosos, o que, se por um lado justifica o baixo número de cuidadores informais profissionalmente ativos, por outro, justifica que quase metade padeça de alguma doença e/ou incapacidade, nomeadamente as doenças crónicas, como a HTA isolada ou associada a outras patologias. A presença de doença revelou ser fator determinante nas dificuldades percebidas pelo cuidador, os que padecem de alguma doença e/ou incapacidades apresentaram maior dificuldade em obter apoio profissional e experimentaram maiores problemas financeiros, no entanto, salienta-se o fato de terem menores dificuldades em obter apoio familiar.

A prestação de cuidados é na maioria das situações realizada de modo contínuo, e daí, um grande percentual dos cuidadores coabitarem com o idoso cuidado. Realçamos que 36% dos cuidadores prestam cuidados contínuos e padecem de doença, e sabendo que o cuidado ao idoso dependente acarreta consequências para quem presta esse cuidado, em particular para os cuidadores que o realizam de forma contínua e que têm alguma incapacidade e/ou doença, concluímos que estes se encontram mais desprotegidos face às necessidades da prestação do cuidado e ao seu autocuidado. Concluímos ainda que os prestadores de cuidados contínuos revelaram maior dificuldade a nível financeiro e físico no CADI.

Relativamente à coabitação concluímos que a mesma é um determinante positivo na dimensão da autoeficácia para controlar pensamentos negativos do cuidar, uma vez que os cuidadores estudados que residem com o idoso dependente apresentaram nesta dimensão médias de autoeficácia mais elevadas.

Apesar dos cuidadores profissionalmente ativos revelarem alguma dificuldade em conjugar os dois papéis a maioria revelou nunca ter pensado abandonar o seu trabalho. A atividade profissional revela-se então um fator positivo para superar algumas dificuldades, uma vez que na amostra estudada, os ativos profissionalmente expressaram menores dificuldades nos fatores exigência físicas e falta de apoio profissional do CADI e revelaram médias mais elevadas na dimensão da autoeficácia para obter uma pausa junto dos familiares.

Concluímos ainda que as razões mais apontadas para se assumir o papel de cuidador informal se relacionam sobretudo com o grau de parentesco, seguido das razões emocionais e proximidade geográfica. Tal facto deve-se sobretudo à particularidade de que quase metade dos cuidadores informais estudados ser cônjuge do idoso cuidado. Salientamos que os cuidadores que adotaram as funções por vontade própria revelaram melhores médias de autoeficácia para responder a comportamentos inadequados da pessoa cuidada, revelando a emoção como determinante da autoeficácia.

Constatou-se ainda que a maioria dos cuidadores tem ajuda para cuidar do idoso, ajuda esta prestada sobretudo pela família. Verificamos ainda que a ajuda de outros na prestação de cuidados não interfere nas dificuldades sentidas pelos cuidadores estudados, mas revela-se fator determinante dos níveis de autoeficácia global e na dimensão obter uma pausa junto da família. Os cuidadores que têm ajuda na prestação de cuidados têm níveis maiores de autoeficácia global e para conseguir uma pausa junto da família.

Relativamente ao CADI os cuidadores informais estudados revelaram níveis de dificuldades superiores ao esperado. Verificamos ainda que independentemente do apoio profissional recebido, este não é determinante das dificuldades sentidas quer a nível físico, quer a nível do apoio familiar.

A análise das respostas obtidas revelou que as dificuldades que causaram perturbação a metade ou mais dos cuidadores informais foram “a pessoa de quem cuido chega a pôr-me fora de mim”, “chega a transformar as minhas relações familiares”, “esta situação está a transtornar-me os nervos”, “deixa-me muito cansado fisicamente” “afasta-me do convívio com outras pessoas e outras coisas de que gosto”, “não consigo ter tempo de descanso, nem fazer uns dias de férias” e “a qualidade da minha vida piorou”.

Constatamos ainda que quanto maior a idade do cuidador menor é o apoio familiar que este recebe. Isto porque, como anteriormente referido, um percentual significativo dos cuidadores são idosos, cônjuges da pessoa cuidada, com quem residem e de quem os familiares graças ao êxodo rural se encontram longe, restando muitas vezes apenas a ajuda/apoio dos vizinhos.

Os cuidadores evidenciaram níveis médios de autoeficácia, à exceção da dimensão autoeficácia para a obtenção de uma pausa junto dos amigos, onde os níveis de autoeficácia encontrados foram baixos.

Constatamos ainda que a escolaridade do cuidador determina significativamente a autoeficácia para obter pausa junto dos familiares, sendo que os cuidadores informais com escolaridade apresentaram níveis de autoeficácia mais elevados nesta dimensão.

Relativamente ao nível de dependência dos idosos, podemos concluir no presente estudo, que este influencia significativamente quer as dificuldades sentidas pelo cuidador, quer os níveis de autoeficácia dos mesmos. Neste sentido, relativamente ao CADI, concluímos que os cuidadores de idosos severamente dependentes na execução das AIVD apresentam maiores dificuldades a nível físico, na vida social e no apoio profissional. Por sua vez os cuidadores de idosos com dependência severa na execução das ABVD apresentam maiores dificuldades no global e a nível físico, os que cuidam de idosos com dependência total têm maior dificuldade em obter apoio familiar e maiores problemas financeiros, e os cuidadores de idosos com dependência moderada são aqueles que têm mais implicações na sua vida social. No que concerne à autoeficácia vimos que os cuidadores informais de idosos ligeiramente dependentes na execução das ABVD apresentaram maiores níveis de autoeficácia global e autoeficácia para obter uma pausa junto dos amigos, e os cuidadores de idosos independentes são os que apresentaram melhores níveis de autoeficácia para obter pausa junto dos familiares.

Quanto à correlação entre as dificuldades e a autoeficácia podemos concluir que o global da autoeficácia se correlaciona significativamente de forma negativa com o global das dificuldades e fatores, exceto com o apoio profissional. Isto é, quanto maiores os níveis de autoeficácia do cuidador menores as dificuldades sentidas pelo mesmo, à exceção do apoio profissional que não depende da autoeficácia do cuidador.

Também vimos que a autoeficácia para obter uma pausa junto dos amigos tem correlação negativa e significativa com as exigências do cuidar, sendo que, quanto menos exigentes, fisicamente, forem os cuidados a serem prestados mais fácil é pedir a uma amigo para ficar com a pessoa cuidada.

Já a autoeficácia para obter pausa junto dos familiares apresentou correlação negativa e significativa com as dificuldades globais, as exigências do cuidar, as

restrições na vida social e o apoio familiar, concluindo-se então que quanto menor forem as dificuldades da prestação de cuidados em geral, as restrições sociais que advêm desse cuidar e o apoio familiar recebido, maior será a autoeficácia do cuidador para pedir ajuda aos familiares.

Quanto à autoeficácia para controlar pensamentos negativos acerca do cuidar conclui-se que esta será tanto maior quanto menores forem as dificuldades em geral, e nos seus fatores, à exceção do apoio profissional.

Concluiu-se ainda que existe uma relação linear negativa entre a autoeficácia global e as dificuldades, intuindo-se que quanto maiores forem os níveis de autoeficácia do cuidador menores serão as dificuldades sentidas.

Face ao exposto torna-se claro que é necessário pensar as consequências que o cuidar acarreta para conseguirmos também cuidar de quem cuida. Neste contexto, é necessário dar mais vida a estes anos conquistados. É necessário que cada um de nós, comunidade, família e os próprios idosos, se envolvam na melhoria da prestação de cuidados no domicílio. É prioritário capacitar os cuidadores informais, para lidarem com uma situação de dependência dado que tal situação se torna dispendiosa e desgastante tanto a nível físico como emocional, económico e social.

Segundo Ramos (2012) parece fundamental que os sistemas formais de cuidados se devam adaptar e direcionar às suas intervenções para os verdadeiros problemas dos cuidadores informais, no âmbito dos seus contextos e vivências, para que o seu relevante papel possa ser desempenhado com sucesso e satisfação.

É avaliando e conhecendo bem a condição da pessoa que se podem encontrar soluções e melhorar a satisfação das suas necessidades. Será mediante a identificação e clarificação destas necessidades específicas de cada cuidador que os profissionais de saúde estarão aptos a focar a atenção e a conceber medidas que contribuam para o êxito a longo prazo dos cuidados no domicílio (Ramos, 2012). Consideramos ser pertinente a utilização do CADI como instrumento de avaliação destas dificuldades.

Face ao negativismo associado ao envelhecimento pela dependência, e aos cuidados pelas dificuldades, deveriam existir condições sociais e comunitárias que pudessem promover o apoio dos indivíduos, no sentido de diminuir as dificuldades e tentar aumentar a autoeficácia do cuidador. Uma velhice bem-sucedida para quem a vivência deve ser acompanhada pelo equilíbrio e satisfação de quem o apoia (Félix, 2010).

A criação de um espaço multidisciplinar de apoio ao cuidador informal, onde os enfermeiros tenham responsabilidades de articulação de cuidados, pode vir a melhorar o desempenho do cuidador, contribuindo para a diminuição das dificuldades e conseqüente aumento dos níveis de autoeficácia. Este espaço multidisciplinar possibilita ainda a identificação precoce de situações de risco permitindo a entrada dos cuidadores no sistema de saúde e o seu acompanhamento precoce. Este gabinete deve ter grande divulgação e facilidade de acesso, quer por contacto telefónico quer por deslocação destes profissionais ao domicílio, já que muitos dos cuidadores não se podem ausentar devido à ausência de ajudas no cuidar.

Providenciar um maior alívio do cuidador através de um incremento do apoio informal, apelando à rede de familiares, vizinhos e amigos, e formal no domicílio e, se necessário acionar o “programa de descanso ao cuidador”. Este é um programa de extrema importância, mas com muitos entraves no acesso, que podem ter um elevado preço tanto para a pessoa cuidada como para o cuidador.

Nem sempre os cuidadores expressam as suas dificuldades, por vergonha ou remorso, mas cuidar altera sem dúvida a sua vida pelo que é importante a promoção de políticas sociais que visem a solidariedade e o apoio dentro da família, com a inclusão de todos os seus elementos, o reforço das competências através de estratégias de *coping* ou outras, e implementando intervenções adequadas de suporte, será uma estratégia que alicerçará este grupo no futuro. A promoção do voluntariado local de proximidade e muitas vezes com conhecimento de causa da situação, poderá contribuir, também, para um aumento da autoeficácia do cuidador e diminuir as dificuldades por ele sentidas.

O apoio de equipas de saúde com competências específicas nesta área, podem promover intervenções adequadas e são relevantes no apoio do cuidador para que a prestação de cuidados seja mais eficaz. O acesso à formação e informação é fundamental, de modo a que cada um possa ter maior acessibilidade a serviços disponibilizados pela comunidade. As ajudas técnicas são essenciais no bem-estar do idoso e facilitam as tarefas do cuidador, nomeadamente camas articuladas, colchões anti escaras e cadeiras de rodas.

As estratégias interventivas devem ser articuladas e desenvolvidas em parceria pelos técnicos de saúde, serviço social entre outros, de modo a possibilitar ao cuidador a aquisição de conhecimentos, técnicas, estratégias e competências que possam assegurar o seu bem-estar e o da pessoa cuidada. (Mata, 2012; Sequeira, 2010). Neste sentido, (Colomé, et al., 2011) refere que a capacitação oferecida na forma de oficinas são uma oportunidade para que estes cuidadores possam realizar o seu trabalho com mais segurança, dispondo de informações básicas para exercer as suas funções. Também Sequeira (2010) refere que estas competências podem adquirir-se 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, onde as principais dificuldades sentidas pelos cuidadores informais foram a falta de formação ou preparação para lidar com a dependência do idoso, as implicações familiares e pessoais, as reações ao cuidar, as consequências do cuidar e falta de apoios sociais e de saúde, através do desenho de um projeto de intervenção comunitária junto dos cuidadores informais foram traçadas intervenções nas seguintes áreas: ser cuidador; o idoso dependente do cuidado; a prestação de cuidados; gestão do regime terapêutico; apoio social e outras ajudas; primeiros socorros (Anexo III).

Terminamos este estudo com a convicção de que atingimos os objetivos propostos, contribuindo para o conhecimento teórico da problemática do cuidador informal, e em

particular, contribuir para conhecimento da realidade local para satisfazer a nossa vontade de melhor cuidar.

### **Limitações do estudo e sugestões para o futuro**

Estamos conscientes que os resultados obtidos no presente estudo não são uma representação fiel da população alvo, dado o reduzido tamanho amostral e técnicas de amostragem utilizadas.

Contudo, e face à evidência dos mesmos, torna-se importante desenvolver outros estudos na mesma área temática.

Para além disso, e dado que o projeto desenhado após este diagnóstico vai ser devidamente implementado, os resultados obtidos serão devidamente estudados e publicados.

## **Bibliografia**

- Andrade, F. M. (2009). *O Cuidado Informal à Pessoa Idosa Dependente em Contexto Domiciliário: Necessidades Educativas do Cuidador Principal - Dissertação de Mestrado*. Obtido em Junho de 2013, de Biblioteca da Universidade do Minho: [https://repositorium.sdum.uminho.pt/bitstream/1822/10460/1/Disserta%C3%A7%C3%A3o\\_Mestrado\\_Fernanda\\_%20Andrade-Vers%C3%A3o\\_final.pdf](https://repositorium.sdum.uminho.pt/bitstream/1822/10460/1/Disserta%C3%A7%C3%A3o_Mestrado_Fernanda_%20Andrade-Vers%C3%A3o_final.pdf)
- Araújo, I. M. (2010). *Cuidar da família com um idosos dependente: Formação em enfermagem - Tese de doutoramento*. Obtido em Janeiro de 2013, de Repositório da Universidade do Porto: <repositorio-aberto.up.pt/bitstream/10216/45001/2/TeseDoutlabel.pdf>
- Araújo, I., Paúl, C., & Martins, M. (2011). *Viver com mais idade em contexto familiar: dependência no auto cuidado* -. Obtido em Janeiro de 2014, de Rev. esc. enferm. USP vol.45 no.4 São Paulo Aug. 2011: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0080-62342011000400011](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342011000400011)
- Araújo, M., & Moura, O. (2011). *Estrutura factorial da General Self-Efficacy Scale (Escala de Auto-Eficácia Geral) numa amostra de professores portugueses*. Obtido em Maio de 2013, de Laboratório de psicologia - Instituto Universitário Ciências Psicológicas Sociais e da Vida: <http://publicacoes.ispa.pt/index.php/lp/article/view/638>
- Araújo, O. (2009). *Idosos dependentes: impacte positivo do cuidar na perspectiva da família*. Obtido em Dezembro de 2013, de Repostório Universidade do Minho: <http://repositorium.sdum.uminho.pt/bitstream/1822/20901/1/Artigo%20Sinai%20Vitalis.pdf>

- Araújo, P. M. (2011). *Dificuldades do cuidador informal da pessoa com Doença de Alzheimer*. Obtido em Fevereiro de 2013, de Biblioteca digital da Universidade Fernando Pessoa: [bdigital.ufp.pt/bitstream/10284/2679/3/T\\_18734.pdf](http://bdigital.ufp.pt/bitstream/10284/2679/3/T_18734.pdf)
- Bandura, A. (1982). *Self-efficacy mechanism in human agency*. Obtido em Fevereiro de 2013, de *American Psychologist*, Vol 37(2), Feb 1982, 122-147: [www.uky.edu/~eushe2/Bandura/Bandura1982AP.pdf](http://www.uky.edu/~eushe2/Bandura/Bandura1982AP.pdf)
- Bandura, A. (1997). *Self-efficacy: The exercise of control*. New York: W.H. Freeman and Company.
- Bandura, A. (2001). *Social cognitive theory: An Agentic Perspective*. Obtido em Fevereiro de 2013, de *Rev. Psychol.* 2001.52:1-26: <http://www.uky.edu/~eushe2/Bandura/Bandura2001ARPr.pdf>
- Berger, L., & Mailloux-Poirier, D. (1995). *Pessoas idosas. Uma abordagem global*. Lisboa: Lusodidacta.
- Bris, H. J.-L. (1994). *Responsabilidade familiar pelos dependentes idosos nos países das comunidades europeias*. Obtido em Janeiro de 2013, de Eurocid: <http://www.ces.pt/download/600/RespFamDepIdosos.pdf>
- Brito, L. (2002). *A saúde mental dos prestadores de cuidados a familiares idosos*. Coimbra: Quarteto.
- Brito, M. L. (2000). *A saúde mental dos prestadores de cuidados a familiares idosos - Dissertação de mestrado*. Obtido em Maio de 2013, de Repositório aberto da Universidade do Porto: <http://repositorio-aberto.up.pt/handle/10216/9933>
- Caja, C. B., & Marcos, M. M. (2005). *Factores, necesidades y motivaciones de los cuidadores principales que influyen en el mantenimiento del cuidado de las personas dependientes en el núcleo familiar*. Obtido em Março de 2013, de *Nure Investigación: Revista científica de enfermería*: [http://www.nure.org/proyectos\\_todos.cfm?FilalInicio=66](http://www.nure.org/proyectos_todos.cfm?FilalInicio=66)

- Christiansen, C. H., Baum, C. M., & Bass-Haugen, J. (2005). *Occupational Therapy: Performance, Participation, and Well-Being* (3ª Edição ed.). Estados Unidos da América: Slack Incorporated.
- Colomé, I. C., Marqui, A. B., Jahn, A. d., Resta, D. G., Carli, R. d., Winck, M. T., & Nora, T. T. (2011). *Cuidar de idosos institucionalizados: características e dificuldades dos cuidadores*. Obtido em Outubro de 2013, de Rev. Eletr. Enf. [Internet]. abr/jun;13(2):306-12: <https://revistas.ufg.br/index.php/fen/article/view/9376>
- Cordeiro, L. A. (2011). *Cuidador informal de idosos dependentes: dificuldades e sobrecarga - Dissertação de mestrado*. Obtido em Abril de 2014, de Repositório Científico do Instituto Politécnico de Viseu: <http://repositorio.ipv.pt/bitstream/10400.19/1665/1/CORDEIRO%20Luis%20Alexandre%20Gon%C3%A7alves%20-%20Diss%20mestrado.pdf>
- Cruz, D. C., Loureiro, H. A., Martins, M. A., & Fernandes, M. M. (2010). *As vivências do cuidador informal do idoso dependente - Artigo de revisão*. Obtido em Junho de 2013, de Revista de Enfermagem Referência III Série - n.º 2 .p.127-136: <http://www.scielo.oces.mctes.pt/pdf/ref/v3n2/v3n2a14>
- Cruz, D. C., Loureiro, H. A., Silva, M. A., & Fernandes, M. M. (2010). *As vivências do cuidador informal do idoso dependente*. Obtido em Janeiro de 2013, de Revista de Enfermagem Referência; III Série - n.º 2 - Dez: <http://www.scielo.oces.mctes.pt/pdf/ref/v3n2/v3n2a14>
- Damas, K. C., Munari, D. B., & Siqueira, K. M. (2004). *Cuidando do cuidador: reflexões sobre o aprendizado dessa habilidade*. Obtido em Janeiro de 2013, de Revista Eletrônica de Enfermagem - Vol. 06, Num. 02: [www.fen.ufg.br/fen\\_revista/revista6\\_2/pdf/R1\\_cuidador.pdf](http://www.fen.ufg.br/fen_revista/revista6_2/pdf/R1_cuidador.pdf)
- Decreto-Lei n.º 391/91; Diário da República Portuguesa n.º 233/91 SÉRIE I-A. (1991). Lisboa: Ministério da saúde.

Decreto-lei nº101/2006; Diário da República Portuguesa nº 109, I-SÉRIE-A. (2006).  
Lisboa: Ministério da Saúde.

Estatística, I. N. [INE] (2011). *Censos 2011*. Obtido em Julho de 2013, de [censos.ine.pt/](http://censos.ine.pt/)

Fechine, B. R., & Trompieri, N. (2012). *O processo de envelhecimento: as principais alterações que acontecem com o idoso com o passar dos anos*. Obtido em Dezembro de 2013, de Interscienceplace - Revista Científica Internacional Edição 20, volume 1, artigo nº 7, Janeiro/Março: [www.interscienceplace.org](http://www.interscienceplace.org) - Páginas 107 de 194

Félix, A. M. (2010). *Quem cuida do cuidador? O custo invisível do acto de cuidar - Tese de doutoramento*. Obtido em Janeiro de 2013, de Repositório Institucional - Universidade de Aveiro: <http://ria.ua.pt/handle/10773/3886>

Félix, L. M. (2008). *Sobrecarga e dificuldades dos cuidadores informais dos mais velhos - Dissertação de mestrado*. Obtido em Janeiro de 2013, de Repositório da Universidade de Lisboa: <http://repositorio.ul.pt/handle/10451/6092>

Fernandes, A. (1997). *Velhice e Sociedade: demografia, família e políticas*. Oeiras: Celta editora.

Fernandes, J. d. (2009). *Cuidar no domicílio: A sobrecarga do cuidador informal - Dissertação de mestrado*. Obtido em Fevereiro de 2013, de Repositório da Universidade de Lisboa: [http://repositorio.ul.pt/bitstream/10451/1088/1/20820\\_ulsd57600\\_tm.pdf](http://repositorio.ul.pt/bitstream/10451/1088/1/20820_ulsd57600_tm.pdf)

Ferreira, S. (2002). *O prestador informal de cuidados à pessoa idosa alvo de apoio domiciliário integrado. Uma análise exploratória como suporte à garantia da efectividade de um Programa de Promoção da Saúde*. Obtido em Março de 2013, de Repositório Científico do Instituto Politécnico de Santarém: <http://repositorio.ipsantarem.pt/handle/10400.15/584>

Ferreira, S. M. (2008). *Papel dos cuidadores informais ao idoso com doença de Alzheimer - Dissertação de mestrado*. Obtido em Abril de 2014, de Repositório

Institucional da Universidade de Aveiro:  
<https://ria.ua.pt/bitstream/10773/3288/1/2009000625.pdf>

Ferreira, S. M. (2008). *Papel dos Cuidadores Informais ao Idoso com Doença de Alzheimer - Dissertação de mestrado*. Obtido em Maio de 2013, de Repositório institucional da Universidade de Aveiro: <http://ria.ua.pt/handle/10773/3288>

Figueiredo, D. M. (2007). *Prestação familiar de cuidados a idosos dependentes com e sem demência - Tese de doutoramento*. Obtido em Fevereiro de 2013, de Universidade de Aveiro: <http://ria.ua.pt/bitstream/10773/4664/1/209832.pdf>

Fonseca, A. M. (2006). *O envelhecimento – Uma abordagem psicológica*. Lisboa: Universidade Católica Editora.

Fontaine, R. (2000). *Psicologia do Envelhecimento*. Lisboa: Climepsi.

Gomes, M. J., & Mata, M. A. (2012). *A família provedora de cuidados ao idoso dependente*. Obtido em Outubro de 2013, de Biblioteca digital do IPB: <https://bibliotecadigital.ipb.pt/handle/10198/7173>

Graham, S., & Weiner, B. (1996). *Theories and principles of motivation*. Obtido em Dezembro de 2013, de [http://www.unco.edu/cebs/psychology/kevinpugh/motivation\\_project/resources/graham\\_weiner96.pdf](http://www.unco.edu/cebs/psychology/kevinpugh/motivation_project/resources/graham_weiner96.pdf)

Grelha, P. A. (2009). *Qualidade vida dos cuidadores informais de idosos dependentes em contexto domiciliário : estudo sobre a influência da educação para a saúde na qualidade de vida - Dissertação de mestrado*. Obtido em Fevereiro de 2013, de Repositório da Universidade de Lisboa: [http://repositorio.ul.pt/bitstream/10451/1090/1/21226\\_ulsd057824\\_td.pdf](http://repositorio.ul.pt/bitstream/10451/1090/1/21226_ulsd057824_td.pdf)

Guedea, M. T., Damacena, F. A., Carbajal, M. M., Marcobich, P. O., Hernández, G. Á., Lizárraga, L. V., & Flores, E. I. (2009). *Necessidades de apoio social em cuidadores de familiares idosos mexicanos*. Obtido em Março de 2013, de *Psicol. Soc.* vol.21 no.2 Florianópolis May/Aug.:

[http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0102-71822009000200011&script=sci\\_arttext](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0102-71822009000200011&script=sci_arttext)

- Imaginário, C. M. (2004). *O idoso dependente em contexto familiar - Uma Análise da Visão da Família e do Cuidador Principal* (2ª Edição ed.). Coimbra: Formasau.
- Lage, M. I. (2005). Cuidados Familiares a Idosos. In C. Paúl, & A. Fonseca, *Envelhecer em Portugal. Psicologia, Saúde e Prestação de Cuidados*. (pp. 203-229). Lisboa: Climepsi.
- Lage, M. I. (2007). *Avaliação dos cuidados informais aos idosos: estudo do impacte do cuidado no cuidador informal - Dissertação de doutoramento*. Obtido em Maio de 2013, de Repositório da Universidade do Porto: <http://repositorio-aberto.up.pt/bitstream/10216/7243/4/TESE%20DISCUSS%C3%83O%2008%20ABRIL.pdf>
- Laureano, R. M. (2011). *Testes de Hipóteses com o SPSS: o meu manual de consulta rápida*. Lisboa: Edições Sílabo.
- Lemos, J. A. (2012). *Avaliação das dificuldades dos cuidadores informais de idosos dependentes - Dissertação de mestrado*. Obtido em Outubro de 2013, de Biblioteca Digital IPB: <https://bibliotecadigital.ipb.pt/handle/10198/8088>
- Lezaun, J. J., Arrazola, F. J., & Arrazola, M. L. (2001). *Apoyo informal y cuidado de las personas mayores dependientes*. Obtido em Junho de 2013, de Matia fundazioa: [www.matiaf.net/profesionales/articulos](http://www.matiaf.net/profesionales/articulos)
- Losada-Baltar, A., & Montorio-Cerrato, I. (2004). *Una visión psicosocial de la dependencia. Desafiando la perspectiva tradicional*. Obtido em Fevereiro de 2013, de Revista: Informes Portal Mayores: <http://envejecimiento.csic.es/documentacion/biblioteca/registro.htm?id=50815>
- Losada-Baltar, A., & Montorio-Cerrato, I. (2005). *Pasado, presente y futuro de las intervenciones psicoeducativas para cuidadores familiares de personas mayores*

*dependientes*. Obtido em Janeiro de 2013, de Revista Espanhola Geriatria Gerontologia:

[http://areas.cs.urjc.es/psicologia/www/revision\\_intervenciones\\_regg.pdf](http://areas.cs.urjc.es/psicologia/www/revision_intervenciones_regg.pdf)

Marques, R. M., & Dixe, M. d. (2010). *Dificuldades dos Cuidadores de doentes dependentes*. Obtido em Fevereiro de 2013, de IC Online: Instituto Politécnico de Leiria: <https://iconline.ipleiria.pt/handle/10400.8/354>

Marques, S. (2005). *Os cuidadores informais de doentes com acidente vascular cerebral - Dissertação de mestrado*. Obtido em Março de 2013, de Interações número 9. p. 130-141: <http://www.interacoes-ismt.com/index.php/revista/article/viewFile/171/175>

Martín, I. (2005). O Cuidado Informal no Âmbito Social. In n. C. Paúl., & A. Fonseca, *Envelhecer em Portugal. Psicologia, Saúde e Prestação de Cuidados* (pp. 179-201). Lisboa: Climepsi.

Martins, A. C., & Ribeiro, J. L. (2008). *Desenvolvimento e validação da Escala de Auto-Eficácia para Utilizadores de Cadeira de Rodas*. Obtido em Maio de 2013, de Aná. Psicológica v.26 n.1 Lisboa jan. 2008: [http://www.scielo.oces.mctes.pt/scielo.php?pid=S0870-82312008000100011&script=sci\\_arttext](http://www.scielo.oces.mctes.pt/scielo.php?pid=S0870-82312008000100011&script=sci_arttext)

Mata, M. A. (2012). *Sobrecarga en cuidadores informales de mayores dependientes - Tese de doutoramento*. Obtido em Abril de 2014, de Universidad de Salamanca: [http://gredos.usal.es/jspui/bitstream/10366/121208/1/DPSA\\_PereiradaMataMar%C3%ADa\\_Tesis.pdf](http://gredos.usal.es/jspui/bitstream/10366/121208/1/DPSA_PereiradaMataMar%C3%ADa_Tesis.pdf)

Mata, M. A., & Rodríguez, T. V. (2012). *Autoeficácia do cuidador informal de idosos*. Obtido em Julho de 2013, de Biblioteca digital do IPB: <https://bibliotecadigital.ipb.pt/handle/10198/9373>

Mata, M. A., Pimentel, M. H., & Sousa, F. (s.d.). *Solidão em cuidadores informais de idosos dependentes e sua relação com a sobrecarga do cuidador*. Obtido em

Julho de 2013, de Biblioteca digital do IPB:  
<https://bibliotecadigital.ipb.pt/handle/10198/6995>

Mello, P. B., Piccinini, A. M., Rosa, P. V., Rosa, L. H., & Garcês, S. B. (2008). *Percepção dos cuidadores frente às dificuldades encontradas no cuidado diário de idosos dependentes institucionalizados*. Obtido em Fevereiro de 2013, de Estudos Interdisciplinares sobre o Envelhecimento: <http://seer.ufrgs.br/RevEnvelhecer/article/view/5375>

Nardi, E. d., & Oliveira, M. L. (2008). *Conhecendo o apoio social ao cuidador familiar do idoso dependente*. Obtido em Fevereiro de 2013, de Revista Gaúcha Enfermagem. Vol. 29, nº 1, p. 47-53: <http://seer.ufrgs.br/RevistaGauchadeEnfermagem/article/view/5263/2997>

Nogueira, J. M. (2009). *A dependência: o apoio informal, a rede de serviços e equipamentos e os cuidados continuados integrados*. Obtido em Março de 2013, de Carta Social: rede de serviços e equipamentos: [www.gep.mtss.gov.pt](http://www.gep.mtss.gov.pt)

Nolan, M., Grant, C., & Keady, J. (1998). *Assessing the Needs of Family Carers*. Brighton: Pavilion Publications.

Oliveira, A. L. (2009). *Cuidados informais ao idoso dependente: motivos e gratificações*. Obtido em Novembro de 2013, de Repositório Institucional Universidade de Aveiro: <http://ria.ua.pt/handle/10773/3295>

Pajares, F. (2002). *Overview of social cognitive theory and of self-efficacy*. Obtido em Janeiro de 2013, de <http://www.emory.edu/education/mfp/eff.html>

Pera, L. F. (2012). *Avaliação das dificuldades e sobrecarga do cuidador informal de idosos dependentes - Dissertação de mestrado*. Obtido em Outubro de 2013, de Biblioteca Digital do IPB: <https://bibliotecadigital.ipb.pt/bitstream/10198/8064/1/Relatorio%20de%20estudo%20de%20Avaliao%20-%20L%20Pera.pdf>

- Pereira, A. S. (2008). *Cuidadores familiares e idosos dependentes: perfil, motivos e satisfação com a vida - Dissertação de mestrado*. Obtido em Fevereiro de 2013, de Repositório da Universidade de Aveiro: <http://ria.ua.pt/bitstream/10773/3277/1/2009000054.pdf>
- Pestana, M. H., & Gageiro, J. N. (2008). *Análise de Dados para Ciências Sociais*. Lisboa: Edições Sílabo.
- Ponton, M., Edmister, J., Ukeiley, L., & Seiner, J. (2001). *Understanding the Role of Self-Efficacy*. Obtido em Maio de 2013, de Journal of Engineering Education, Volume 90, II, p. 247–251, Abril 2001: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/j.2168-9830.2001.tb00599.x/abstract>
- PORDATA. (s.d.). *Base de Dados Portugal Contemporâneo*. Obtido em 02 de 02 de 2013, de <http://www.pordata.pt/Municipios>
- Ramos, C. P. (2012). *Dificuldades e Necessidades de Cuidadores. Informais de Idosos Dependentes da Beira Interior - Dissertação de mestrado*. Obtido em Fevereiro de 2013, de Universidade da Beira Interior: <http://www.fcsaude.ubi.pt/thesis/upload/1534/dificuldadesenecessi.pdf>
- Ribeirinho, C. M. (2005). *Concepções e Práticas de Intervenção Social em Cuidados Sociais no Domicílio - Dissertação de mestrado*. Obtido em Fevereiro de 2013, de Centro Português de Investigação em História e Trabalho Social: <http://www.cpihts.com/PDF02/Concep%C3%A7%C3%B5es%20Pr%C3%A1ticas%20de%20Interven%C3%A7%C3%A3o%20Social%20em%20Cuidados%20Sociais%20no%20Domic%C3%ADlio%20Carla%20Ribeirinho.pdf>
- Ribeiro, J. L. (1995). *Adaptação de uma Escala de Avaliação da Auto-Eficácia Geral*. Obtido em Fevereiro de 2013, de [www.fpce.up.pt/docentes/paisribeiro/testes/EFICACIA.htm](http://www.fpce.up.pt/docentes/paisribeiro/testes/EFICACIA.htm)

- Ribeiro, J. L. (2007). *Metodologia de Investigação em Psicologia e Saúde*. Porto: Legis Editora.
- Ricarte, L. F. (2009). *Sobrecarga do cuidador informal de idosos dependentes no concelho de Ribeira Grande - Dissertação de mestrado*. Obtido em Janeiro de 2013, de Repositório da Universidade do Porto: [repositorio-aberto.up.pt/bitstream/10216/19131/2/ESCx.pdf](http://repositorio-aberto.up.pt/bitstream/10216/19131/2/ESCx.pdf)
- Rodrigues, A. P. (2011). *Estratégias de coping do cuidador informal da pessoa com insuficiência renal crónica em hemodiálise - Dissertação de mestrado*. Obtido em Abril de 2014, de Repositório Científico do Instituto Politécnico de Viseu: <http://repositorio.ipv.pt/bitstream/10400.19/1516/1/RODRIGUES%20Ana%20P%20aula%20Ferreira%20Coelho%2c%20Estrat%20C3%A9gias%20coping%20cuidador%20informal.pdf>
- Romão, A., & Pereira, A. (2006). *Cuidadores informais de idosos - Conhecer os colaboradores da SCML -*. Obtido em Junho de 2013, de Cidade Solidária, Janeiro: <http://www.scml.pt/default.asp?site=revista&sub=&id=1&mnu=1&layout=&page=6>
- Salanova, M., Grau, R. M., & Martinez, I. M. (2006). *Job demands and coping behaviour: the moderating role of professional self-efficacy*. Obtido em Maio de 2013, de Psychology in Spain, 2006, Vol. 10 . No 1, 1-7: <http://www.psychologyinspain.com/content/full/2006/full.asp?id=10001>
- Santos, D. I. (2008). *As Vivências do Cuidador Informal na Prestação de Cuidados ao Idoso Dependente - Um Estudo no Concelho da Lourinhã - Dissertação de Mestrado*. Obtido em Junho de 2013, de Repositório Universidade Aberta: <https://repositorioaberto.uab.pt/handle/10400.2/732>
- Saraiva, D. M. (2012). *O olhar dos e pelos cuidadores: Os impactos de cuidar e a importância do apoio ao cuidador - Dissertação de mestrado*. Obtido em

- Dezembro de 2013, de Repositório Institucional Universidade de Aveiro:  
<https://estudogeral.sib.uc.pt/handle/10316/17858>
- Saúde, D.-G. d. [DGS] (2006). *Programa nacional para a saúde das pessoas idosas*. Lisboa: Direcção-Geral da Saúde.
- Saúde, O. M., & Saúde, D.-G. d. [OMS & DGS] (2003). *Classificação Internacional da funcionalidade, incapacidade e saúde*. Obtido em Janeiro de 2013, de <http://arquivo.eses.ips.pt/eses/cursos/edespecial/CIFIS.pdf>
- Saúde, O. M., [OMS] (1984). The uses of epidemiology in the study of the elderly. Obtido em Janeiro de 2013, de [http://whqlibdoc.who.int/trs/WHO\\_TRS\\_706.pdf](http://whqlibdoc.who.int/trs/WHO_TRS_706.pdf)
- Schwarzer, R., & Hallum, S. (2008). *Perceived teacher self-efficacy as a predictor of job stress and burnout: Mediation analyses*. Obtido em Janeiro de 2013, de Applied psychology: an international review, 57, 152–171: [http://userpage.fu-berlin.de/~health/self/se-teacher\\_2008.pdf](http://userpage.fu-berlin.de/~health/self/se-teacher_2008.pdf)
- Scott, J. A. (2006). *Informal Caregiving*. Obtido em Outubro de 2013, de <http://www.findthatpdf.com/search-86032067-hPDF/download-documents-issuebriefinformalcaregiving.pdf.htm>
- Sequeira, C. (2007). *Cuidar de Idosos Dependentes*. Coimbra: Quarteto Editora.
- Sequeira, C. (2010). *Cuidar de Idosos com dependência física e mental*. Porto: Lidl.
- Serafim, F. M. (2007). *Promoção do bem-estar global na população sénior*. Obtido em Janeiro de 2013, de Sapientia: Repositório Institucional - Universidade do Algarve:  
<https://sapientia.ualg.pt/bitstream/10400.1/659/7/3.Envelhecimento%20demogr%C3%A1fico.pdf>
- Soeiro, M. d. (2010). *Envelhecimento português Desafios contemporâneos - Políticas e programas sociais - Dissertação de mestrado*. Obtido em Janeiro de 2013, de

Repositório da Universidade Nova de Lisboa:  
<http://run.unl.pt/handle/10362/5736>

Sousa, L., Figueiredo, D., & Cerqueira, M. (2004). *Envelhecer em Família : Cuidados Familiares na Velhice*. Porto: Ambar.

Sousa, R. M. (2010). *Envelhecimento da população portuguesa - algumas decorrências económicas - Dissertação de Mestrado*. Obtido em Julho de 2013, de Repositório Universidade Técnica de Lisboa: ENVELHECIMENTO DA POPULAÇÃO

Souza, I., & Souza, M. A. (2004). *Validação da escala de auto-eficácia geral percebida*. Obtido em Janeiro de 2013, de Rev. Univ. Rural, Sér. Ciências Humanas. Seropédica, RJ, EDUR, v. 26, n. 1-2, jan.- dez., p. 12-17.:  
<http://www.editora.ufrj.br/rcv2/vida26-1-2/3.pdf>

Steffen, A. M., McKibbin, C., Zeiss, A. M., Gallagher-Thompson, D., & Bandura, A. (2002). *The Revised Scale for Caregiving Self-Efficacy: Reliability and Validity Studies*. Obtido em Janeiro de 2013, de Journal of Gerontology: Psychological Sciences, Vol 57B, (1), pp. 74-86:  
[www.uky.edu/~eushe2/Bandura/Bandura2003JG.pdf](http://www.uky.edu/~eushe2/Bandura/Bandura2003JG.pdf)



# Anexos

Anexo I: Autorização para realização do estudo na ULS Nordeste

Exma. Sra.  
Enf.ª Miriam Silvia Nascimento  
Unidade de Cuidados na Comunidade de Mirandela  
Av. Bombeiros Voluntários  
5370-206 Mirandela

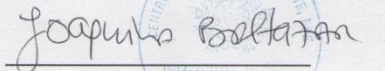
Sua Referência	Sua Comunicação de	Nossa Referência	Data
10501	01-03-2013	Pº.CE/AE -Nº. 30	17/06/2013

Assunto: Parecer da Comissão de Ética  
Reunião dia 10/04/2013

A Comissão de Ética da ULS Nordeste, na sequência do pedido de autorização apresentado para realização de um estudo de investigação subordinado ao tema: **Dificuldades e Autoeficácia dos Cuidadores Informais de Idosos Dependentes do Concelho de Mirandela**", informa V. Ex.ª que nada tem a obstar do ponto de vista ético, desde que os visados não se importem de responder.

Com os melhores cumprimentos,

A Presidente da Comissão de Ética da ULS Nordeste, EPE



Dra. Joaquina Baltazar

Anexo II: Instrumento de recolha de dados



Dificuldades do cuidador informal de idosos dependentes no concelho de Mirandela

CONSENTIMENTO INFORMADO, LIVRE E ESCLARECIDO PARA PARTICIPAÇÃO EM INVESTIGAÇÃO

Sou aluna do 2º Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Pública da Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Bragança. Pretendo desenvolver um estudo acerca das Dificuldades do Cuidador Informal de idosos dependentes do concelho de Mirandela.

Este estudo tem como objectivos avaliar o Índice de Dificuldades dos Cuidadores Informais de idosos dependentes do concelho de Mirandela e avaliar a sua capacidade de enfrentar aspectos relacionados com a sua função de cuidador, determinar o nível de dependência dos idosos cuidados nas actividades de vida diária, estabelecer a relação entre as dificuldades do cuidador informal e os níveis de auto-eficácia e relaciona-los com as variáveis socio-demográficas e de cuidado.

Venho solicitar a sua colaboração para responder às questões deste formulário.

Informo que as informações recolhidas são confidenciais e que os dados serão tratados de forma anónima.

Em qualquer momento pode desistir da investigação sem qualquer tipo de consequências e se assim o entender pode ter acesso aos resultados da investigação.

Entrevistador: \_\_\_\_\_

*Declaro ter lido e compreendido este documento, bem como as informações que me foram fornecidas pelo investigador que acima assina. Foi-me garantida a faculdade de, em qualquer altura, recusar participar neste estudo sem qualquer tipo de consequências. Desta forma, aceito participar neste estudo e autorizo o uso dos dados que de forma voluntária forneço, confiando em que apenas serão utilizados para esta investigação e nas garantias de confidencialidade e anonimato que me são dadas pelos investigadores.*

Nome: \_\_\_\_\_

Residência: \_\_\_\_\_

Assinatura: \_\_\_\_\_ Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

SE NÃO FOR O PRÓPRIO A ASSINAR POR IDADE OU INCAPACIDADE

NOME: \_\_\_\_\_

BI/CD Nº: \_\_\_\_\_ DATA OU VALIDADE \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

GRAU DE PARENTESCO OU TIPO DE REPRESENTAÇÃO: \_\_\_\_\_

ASSINATURA \_\_\_\_\_

ESTE DOCUMENTO É COMPOSTO DE 1 PÁGINA E FEITO EM DUPLICADO:

UMA VIA PARA O/A INVESTIGADOR/A, OUTRA PARA A PESSOA QUE CONSENTE



**CONSENTIMENTO INFORMADO, LIVRE E ESCLARECIDO PARA PARTICIPAÇÃO EM INVESTIGAÇÃO**

Sou aluna do 2º Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Pública da Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Bragança. Pretendo desenvolver um estudo acerca das Dificuldades do Cuidador Informal de idosos dependentes do concelho de Mirandela.

Este estudo tem como objetivos avaliar o Índice de Dificuldades dos Cuidadores Informais de idosos dependentes do concelho de Mirandela e avaliar a sua capacidade de enfrentar aspetos relacionados com a sua função de cuidador, determinar o nível de dependência dos idosos cuidados nas atividades de vida diária, estabelecer a relação entre as dificuldades do cuidador informal e os níveis de autoeficácia e relaciona-los com as variáveis socio-demográficas e de cuidado.

Venho solicitar a sua colaboração para responder às questões deste formulário.

Informo que as informações recolhidas são confidenciais e que os dados serão tratados de forma anónima.

Em qualquer momento pode desistir da investigação sem qualquer tipo de consequências e se assim o entender pode ter acesso aos resultados da investigação.

Entrevistador: \_\_\_\_\_

*Declaro ter lido e compreendido este documento, bem como as informações que me foram fornecidas pelo investigador que acima assina. Foi-me garantida a faculdade de, em qualquer altura, recusar participar neste estudo sem qualquer tipo de consequências. Desta forma, aceito participar neste estudo e autorizo o uso dos dados que de forma voluntária forneço, confiando em que apenas serão utilizados para esta investigação e nas garantias de confidencialidade e anonimato que me são dadas pelos investigadores.*

Nome: \_\_\_\_\_

Residência: \_\_\_\_\_

Assinatura: \_\_\_\_\_ Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

**SE NÃO FOR O PRÓPRIO A ASSINAR POR IDADE OU INCAPACIDADE**

NOME: \_\_\_\_\_

BI/CD Nº: \_\_\_\_\_ DATA OU VALIDADE \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

GRAU DE PARENTESCO OU TIPO DE REPRESENTAÇÃO: \_\_\_\_\_

ASSINATURA \_\_\_\_\_

I – DADOS RELATIVOS DO CUIDADOR

1. Idade

\_\_\_ Anos

2. Género

Feminino \_\_\_ Masculino \_\_\_

3. Estado Civil

Solteiro (a) \_\_\_ Casado (a)/união de facto \_\_\_ Viúvo (a) \_\_\_ Divorciado (a)/separado (a) \_\_\_

4. Agregado familiar

(número de elementos): \_\_\_

5. Anos de escolaridade

Sem escolaridade \_\_\_ 1º ciclo EB \_\_\_ 2º ciclo EB \_\_\_ 3º ciclo EB \_\_\_ Ensino Secundário \_\_\_ Ensino Superior \_\_\_

6. Situação atual de emprego

Ativo(a) \_\_\_ Reformado(a) / Inválido \_\_\_ Desempregado(a) \_\_\_ Doméstico(a) / nunca trabalhou \_\_\_

6.1. Se ativo qual o grau de dificuldade na conjugação do trabalho com o cuidado

Nada difícil \_\_\_ Pouco difícil \_\_\_ Bastante difícil \_\_\_ Muito difícil \_\_\_

7. Alguma vez pensou em abandonar o seu trabalho para assegurar o cuidado ao seu familiar

Nunca \_\_\_ Raras vezes \_\_\_ Bastantes vezes \_\_\_ Muitas vezes \_\_\_

8. Alguma vez pensou em abandonar o cuidado

Sim \_\_\_ Não \_\_\_

9. Qual o motivo por que lhe competiu a si cuidar do seu familiar \_\_\_\_\_

10. Profissão \_\_\_\_\_

11. Qual a sua relação de parentesco com a pessoa a quem presta cuidados? \_\_\_\_\_

12. Há quanto tempo é cuidador? \_\_\_\_\_

13. O cuidado é prestado de forma contínua?

Sim \_\_\_ Não \_\_\_

14. Vive na mesma habitação que a pessoa a quem presta cuidados?

Sim \_\_\_ Não \_\_\_ Às vezes \_\_\_

15. Tem ajuda de mais alguém para cuidar da pessoa dependente?

Sim \_\_\_ Não \_\_\_

12.1. Se sim, de quem? \_\_\_\_\_

16. Como classifica a sua saúde:

Muito má \_\_\_ Má \_\_\_ Regular \_\_\_ Boa \_\_\_ Muito boa \_\_\_

17. Padece de alguma doença ou incapacidade?

Sim \_\_\_ Não \_\_\_

17.1. Se sim, qual? \_\_\_\_\_

**18. Índice de avaliação das dificuldades do cuidador informal (CADI)**

	Prestar cuidados pode ser difícil porque:	Isto acontece no meu caso e sinto que:			
		Não acontece no meu caso	Não me perturba	Causa-me alguma perturbação	Perturba-me muito
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 em que medida elas o perturbam.

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

19. Escala de auto – eficácia do cuidador

		Nada capaz	Pouco capaz	Moderadamente capaz	Bastante capaz	Completamente capaz
<b>Auto – eficácia para a obtenção de uma pausa</b>						
<b>Questão: Em que medida se sente capaz de:</b>		0	1	2	3	4
1	pedir a um amigo para que lhe fique com a pessoa cuidada durante uma manhã/tarde, quando você necessita de ir ao médico?					
2	pedir a um familiar para que lhe fique com a pessoa cuidada durante uma manhã/tarde, quando você necessita de ir ao médico?					
3	pedir a um amigo para que fique com a pessoa cuidada por uma manhã/tarde, porque tem coisas ou assuntos a resolver?					
4	pedir a um familiar para que fique com a pessoa cuidada por uma manhã/tarde, porque tem coisas ou assuntos a resolver?					
5	pedir a um amigo que faça coisas a seu mando?					
6	pedir a um familiar que faça coisas a seu mando?					
7	pedir a um amigo que fique com a pessoa cuidada por um dia, porque sente que necessita de tempo para si?					
8	pedir a um familiar que fique com a pessoa cuidada por um dia, porque sente que necessita de tempo para si?					
9	pedir a um amigo para que fique por uma semana com a pessoa cuidada, quando sente que tem necessidade de descansar?					
10	pedir a um familiar para que fique por uma semana com a pessoa cuidada, quando sente que tem necessidade de descansar?					
<b>Auto – eficácia para responder a comportamentos inadequados da pessoa cuidada</b>		0	1	2	3	4
11	Se o seu familiar se esquece da sua rotina diária e lhe pergunta, por exemplo, quando se vai vestir imediatamente após tê-lo feito, em que medida seria capaz de lhe responder sem elevar a voz?					
12	Se você se enerva porque o seu familiar repete a mesma pergunta muitas vezes, em que medida pensa que ele seja capaz de também poder dizer-lhe coisas que a acalmem?					
13	Se o seu familiar se queixa pela forma como você o cuida, em que medida será capaz de poder responder – lhe sem discutir com ele? (por exemplo, responder-lhe de forma segura ou distraí-lo?)					
14	Se o seu familiar lhe insulta, em que medida será capaz de lhe responder-lhe sem elevar a voz?					
15	Se o seu familiar faz as suas necessidades sem o avisar (dejeções e/ou micções) qual o seu nível de segurança em poder mudá-lo sem se zangar?					
16	Se o seu familiar lhe exige demasiado de si, em que medida é capaz de lhe por limites (dizer não, se for necessário)?					
<b>Auto – eficácia para a controlar pensamentos negativos acerca do ato de cuidar</b>						
<b>Questão: Em que medida seria capaz de controlar</b>		0	1	2	3	4
17	ter pensamentos de culpar o seu familiar por ter de o cuidar?					
18	ter pensamentos acerca da injustiça de ter de lidar com esta situação (cuidar o familiar)?					
19	ter pensamentos acerca de quão boa era a sua vida antes da doença do seu familiar, e quanto perdeu por causa disso?					
20	ter pensamentos acerca das inúmeras coisas que está a perder ou a deixar de fazer por causa de ter de cuidar do seu familiar					
21	ter preocupação acerca de possíveis problemas que podem surgir futuramente com o seu familiar que está a cuidar					
22	sentir-se culpada por ter maus pensamentos relativamente ao seu familiar					

II- DADOS RELATIVOS À PESSOA CUIDADA

1. Idade \_\_\_ anos

2. Género:

Feminino \_\_\_ Masculino \_\_\_

3. Estado Civil:

Solteiro (a) \_\_\_ Casado (a)/união de facto \_\_\_ Divorciado (a)/separado (a) \_\_\_ Viúvo (a) \_\_\_

4. Escolaridade:

Sem escolaridade \_\_\_ 1º ciclo EB \_\_\_ 2º ciclo EB \_\_\_ 3º ciclo EB \_\_\_ Ensino Secundário \_\_\_ Ensino Superior \_\_\_

5. Motivo de dependência \_\_\_\_\_

6. Índice de Lawton (Sequeira, 2007) (avaliação das atividades instrumentais de vida diária)

Atividades	Pontuação
<b>Uso de telefone</b> 1- Usa-o sem dificuldade 2- Só liga para lugares familiares 3- Necessita de ajuda para o usar 4- Incapaz de usar o telefone	
<b>Ir às compras</b> 1- Faz as compras sem ajuda 2- Só faz pequenas compras 3- Faz as compras acompanhado 4- É incapaz de ir às compras	
<b>Preparar a comida</b> 1- Planeia, prepara e serve sem ajuda 2- Prepara se lhe derem os ingredientes 3- Prepara pratos pré-cozinhados 4- Incapaz de preparar	
<b>Cuidar da casa</b> 1- Cuida da casa sem ajuda 2- Faz tudo excepto o trabalho pesado 3- Só faz tarefas leves 4- Necessita de ajuda para todas as tarefas 5- Incapaz de fazer alguma tarefa	
<b>Lavar a roupa</b> 1- Lava a sua roupa 2- Só lava pequenas peças 3- É incapaz de lavar a sua roupa	
<b>Uso de transportes</b> 1- Viaja em transporte público ou conduz 2- Só anda de táxi 3- Necessita de acompanhamento 4- Incapaz de usar o transporte	
<b>Responsável pelos medicamentos</b> 1- Responsável pela sua medicação 2- Necessita que lhe preparem a medicação 3- Incapaz de se responsabilizar pela medicação	
<b>Uso de dinheiro</b> 1- Paga as contas, vai ao banco, etc. 2- Só pequenas quantidades de dinheiro 3- Incapaz de utilizar o dinheiro	
Total	
<b>NÍVEL DE DEPENDÊNCIA</b>	
Independente (8pts) ___ Moderadamente dependente (9-20 pts) ___ Severamente dependente (>20 pts) ___	

**7. Índice de Barthel (avaliação das atividades básicas de vida diária)**

Atividades	Pontuação
Higiene Pessoal 0 – Necessita de ajuda com o cuidado pessoal 5 – Independente no barbear, dentes, rosto, cabelo (utensílios fornecidos)	
Evacuar 0 – Incontinente (ou necessita que lhe sejam aplicados clisteres) 5 – Episódios ocasionais de incontinência (uma vez por semana) 10 – Contínente (não apresenta episódios de incontinência)	
Urinar 0 – Incontinente ou algaliado 5 – Episódios ocasionais de incontinência (máximo de uma vez em 24 horas) 10 – Contínente (por mais de 7 dias)	
Ir à casa de banho (uso do sanitário) 0 – Dependente 5 – Necessita de ajuda mas consegue fazer algumas coisas sozinho 10 – Independente (senta-se, levanta-se, limpa-se e veste-se sem ajuda)	
Alimentar-se 0 – Incapaz 5 – Necessita de ajuda para cortar, barrar manteiga, etc. 10 – Independente (a comida é providenciada)	
Transferências (cadeira/cama) 0 – Incapaz – não tem equilíbrio ao sentar-se 5 – Grande ajuda (uma ou duas pessoas) física, consegue sentar-se 10 – Anda com a ajuda de uma pessoa (verbal ou física) 15 – Independente (não necessita de qualquer ajuda, mesmo que utilize cadeira de rodas)	
Mobilidade (deambulação) 0 – Imobilizado 5 – Independente na cadeira de rodas, incluindo cantos, etc. 10 – Anda com a ajuda de uma pessoa (verbal ou física) 15 – Independente (mas pode usar qualquer auxiliar, ex. bengala)	
Vestir-se 0 – Dependente 5 – Necessita de ajuda, mas faz cerca de metade sem ajuda 10 – Independente (incluindo botões, fechos e atacadores)	
Escadas 0 – Incapaz 5 – Necessita de ajuda (verbal, física, transporte dos auxiliares de marcha) ou supervisão 10 – Independente (subir/descer escadas, com apoio de corrimão ou dispositivos, ex. bengala ou muletas)	
Banho 0 – Dependente 5 – Independente (lava-se no chuveiro/banho de emersão/usa a esponja por todo o corpo sem ajuda)	
<b>Total</b>	
<p><b>NÍVEL DE DEPENDÊNCIA</b>                      Independente (90-100 pts) ___                      Ligeiramente dependente (60-89 pts) ___                      Moderadamente dependente (40-55 pts) ___                      Severamente dependente (20-35 pts) ___                      Totalmente dependente (&lt;20pts) ___</p>	

Anexo III: Projeto de intervenção comunitária “Cuidando o Cuidador”

## **Projeto de Intervenção Comunitária**

### **“Cuidando o cuidador”**

#### Apoio profissional ao cuidador informal no concelho de Mirandela

#### **1. Âmbito**

A melhoria da prestação de cuidados de saúde, nas últimas décadas, tem tido um efeito cumulativo na diminuição da mortalidade e no aumento da esperança média de vida dos portugueses. Esta mudança demográfica trouxe também uma transição epidemiológica observando-se um aumento das doenças crónicas, típicas da terceira idade, caracterizadas pela sua tendência de co morbilidade e comprometimento funcional do idoso, que conduz invariavelmente a uma perda progressiva da autonomia. Esta, por sua vez, conduz a complicações geradoras de dependência e, como consequência, necessidade de cuidados de longa duração. Dada a carência de respostas da comunidade e serviços ao nível dos cuidados a idosos, a família acaba por se tornar o eixo principal destes cuidados e por conseguinte é afetada por repercussões associadas ao cuidar: diminuição da capacidade financeira, tempo, organização familiar e pessoal, que somados às exigências que o cuidador tem nos diferentes papéis sociais aumenta as suas dificuldades e por conseguinte pode por em causa a qualidade dos cuidados prestados (Guedea et al, 2009). Torna-se então premente equacionar soluções neste cenário marcado por um número crescente de pessoas dependentes que necessitam do acompanhamento e cuidados no seio das famílias. A informação/formação sobre as condições das respostas prestadas, tendo em conta os riscos envolvidos, tanto para o cuidador como para o próprio utente, é condição indispensável para o bem-estar de ambos. Neste sentido, seguindo o princípio da prevenção e promoção da autonomia e qualidade de vida das pessoas idosas e/ou dependentes de preferência no domicílio, surge o projeto “Cuidando o cuidador” que visa essencialmente minimizar algumas dificuldades sentidas pelos cuidadores informais (CI) de idosos dependentes (ID) no domicílio, diminuindo a prevalência das consequências físicas e psicológicas do cuidar, e, desta feita, concorrer para a obtenção de ganhos em saúde, acrescentado “mais anos à vida e mais vida aos anos”.

## **2. Enquadramento**

Nos dias de hoje viver mais tempo deixou de ser um privilégio e ficou acessível a um número cada vez maior de pessoas em todo o mundo, graças à melhoria das condições de vida e aos avanços na medicina. O envelhecimento da população é um tema atual e que tem suscitado cada vez mais preocupações sociais e económicas. Com o objetivo de diminuir a permanência da pessoa nas unidades de saúde, muitos dos cuidados têm vindo a ser transferidos para as famílias, e, em Portugal, a manutenção dos idosos no seio familiar é comum, muito graças ao contexto cultural onde se insere.

O ambiente domiciliário é considerado por muitos autores como espaço de excelência para o cuidar da pessoa idosa e o que valoriza o inegável papel dos prestadores informais de cuidados. Os cuidadores informais surgiram então da necessidade de cuidar das pessoas em suas casas, tarefa que a maioria das vezes acaba por se revelar mais difícil do que inicialmente pensado, acabando por experienciar várias dificuldades no desempenho do seu novo papel. Este cuidado pressupõe uma aprendizagem permanente, baseada nas necessidades da pessoa que variam de acordo com o seu nível de dependência: atividades que parecem ser simples podem ser muito difíceis para quem as faz pela primeira vez. Para além disso, o cuidar hoje é muito mais exigente que há décadas atrás. Nos dias de hoje o cuidador presta cuidados com a utilização de tecnologias e técnicas que noutros tempos apenas se utilizavam/executavam em ambiente hospitalar.

Assim, face ao atual desafio de uma sociedade em contínuo processo de envelhecimento demográfico, a temática relativa às dificuldades sentidas pelos cuidadores de idosos tem vindo a assumir particular importância e, por isso, o presente projeto de intervenção comunitária

Pelos custos que o cuidado informal acarreta em termos sociais, familiares e na própria saúde dos prestadores, é necessário apoiá-los, quer a nível técnico, financeiro, emocional ou ao nível da informação. Contudo, parecem existir ainda muitas lacunas no apoio oferecido a estes importantes prestadores de cuidados (Ramos, 2012). Para

atenuar estes efeitos e garantir o bom desempenho e satisfação do cuidador, é necessário diagnosticar e conhecer as dificuldades dos mesmos, que podem ser de ordem material, emocional ou informativa, e apoiá-los adequadamente. (Cordeiro, 2012)

## **2.1. Os cuidadores informais no concelho de Mirandela**

No que concerne às dificuldades sentidas pelos cuidadores informais do concelho de Mirandela os resultados do presente estudo evidenciaram algumas problemáticas específicas que exigem uma intervenção ajustada.

Debrucemo-nos então na sua análise:

- ✓ Existe uma maior prevalência de cuidadores do sexo feminino, casadas, filhas do idoso dependente, com baixa escolaridade e em média com 57,04 anos.
- ✓ Através da aplicação do CADI os cuidadores informais estudados revelaram uma média de dificuldades superior ao esperado.
- ✓ Na aplicação da escala de autoeficácia do cuidador informal estes evidenciaram níveis médios de autoeficácia, com exceção da dimensão autoeficácia para a obtenção de uma pausa junto dos amigos, onde os níveis de autoeficácia encontrados foram baixos.
- ✓ A análise das respostas obtidas revelaram que as dificuldades que causaram perturbação a metade ou mais dos cuidadores informais foram “a pessoa de quem cuido chega a pôr-me fora de mim”, “chega a transformar as minhas relações familiares”, “esta situação está a transtornar-me os nervos”, “deixa-me muito cansado fisicamente” “afasta-me do convívio com outras pessoas e outras coisas de que gosto”, “não consigo ter tempo de descanso, nem fazer uns dias de férias” e “a qualidade da minha vida piorou”.
- ✓ A principal causa de dependência dos idosos estudados foram as doenças do sistema osteomuscular e tecido conjuntivo, seguidas das demências
- ✓ Verificamos um percentual significativo de cuidadores informais idosos.

- ✓ Os cuidadores informais com alguma doença e/ou incapacidades apresentaram maior dificuldade em obter apoio profissional e experimentaram maiores problemas financeiros, no entanto, tiveram uma menor dificuldade em obter apoio familiar.
- ✓ A prestação de cuidados é na maioria das situações realizada de modo contínuo, onde o cuidador informal revela maiores dificuldades a nível financeiro e físico.
- ✓ Relativamente à coabitação concluímos que a mesma é um determinante positivo na dimensão da autoeficácia para controlar pensamentos negativos do cuidar.
- ✓ A atividade profissional revelou-se um fator positivo para superar algumas dificuldades, os cuidadores informais ativos expressaram menores dificuldades a nível físico e falta de apoio profissional e revelaram maiores níveis de autoeficácia para obter uma pausa junto dos familiares.
- ✓ Os cuidadores informais que adotaram as funções por vontade própria revelaram maiores níveis de autoeficácia para responder a comportamentos inadequados da pessoa cuidada.
- ✓ Os cuidadores informais que têm ajuda na prestação de cuidados têm níveis maiores de autoeficácia global e autoeficácia para conseguir uma pausa junto da família.
- ✓ Os cuidadores informais de idosos severamente dependentes na execução das AIVD apresentaram maiores dificuldades a nível físico, na vida social e no apoio profissional.
- ✓ Os cuidadores informais de idosos com dependência severa na execução das ABVD apresentaram maiores dificuldades no global e a nível físico, os que cuidam de idosos com dependência total têm maior dificuldade em obter apoio familiar e maiores problemas financeiros, e os cuidadores de idosos com dependência moderada são aqueles que têm mais implicações na sua vida social. No que concerne à autoeficácia vimos que os cuidadores informais de idosos ligeiramente dependentes apresentaram maiores níveis de autoeficácia global e autoeficácia para obter uma pausa junto dos amigos, e os cuidadores informais de idosos independentes são os que apresentaram melhores níveis de autoeficácia para obter pausa junto dos familiares.

- ✓ Quanto maiores os níveis de autoeficácia do cuidador informal menores as dificuldades sentidas pelo mesmo, à exceção do apoio profissional.
- ✓ Quanto menos exigentes fisicamente forem os cuidados a serem prestados mais fácil é pedir a um amigo para ficar com a pessoa cuidada.
- ✓ Quanto menor forem as dificuldades da prestação de cuidados em geral, as restrições sociais que advêm desse cuidar e o apoio familiar recebido, maior será a autoeficácia do cuidador para pedir ajuda aos familiares.
- ✓ Quanto á autoeficácia para controlar pensamentos negativos acerca do cuidar conclui-se que esta será tanto maior quanto menores forem as dificuldades em geral, e nos seus fatores, à exceção do apoio profissional.
- ✓ Quantos maiores os níveis de autoeficácia do cuidador menores serão as dificuldades sentidas.

Estes dados remetem-nos para dois importantes problemas a prevalência de cuidadores informais com 65 ou mais anos, também muitos deles já com algumas limitações funcionais e as dificuldades sentidas no processo de cuidar de idosos dependentes no domicílio acrescidas. Metade ou mais dos cuidadores informais afirmam que a pessoa de quem cuidam “chega a pôr-me fora de mim”, “esta situação estou a transtornar-me os nervos”, “deixa-me muito cansado fisicamente” “afasta-me do convívio com outras pessoas e outras coisas de que gosto”, “não consigo ter tempo de descanso, nem fazer uns dias de férias” e “ a qualidade da minha vida piorou”. Estas dificuldades conduzem invariavelmente para o aumento de stress, depressão, solidão e cansaço físico do cuidador.

A criação de um espaço multidisciplinar de apoio ao cuidador informal, onde os enfermeiros tenham responsabilidades de articulação de cuidados, pode vir a melhorar o desempenho do cuidador, contribuindo para a diminuição das dificuldades e conseqüente aumento dos níveis de autoeficácia. Este espaço multidisciplinar possibilita ainda a identificação precoce de situações de risco permitindo a entrada dos cuidadores no sistema de saúde e o seu acompanhamento precoce. Este gabinete deve ter grande divulgação e facilidade de acesso, quer por contacto telefónico quer por

deslocação destes profissionais ao domicílio, já que muitos dos cuidadores não se podem ausentar devido à ausência de ajudas no cuidar.

O apoio de equipas de saúde com competências específicas nesta área, podem promover intervenções adequadas e são relevantes no apoio do cuidador para que a prestação de cuidados seja mais eficaz. O acesso à formação e informação é fundamental, de modo a que cada um possa ter maior acessibilidade a serviços disponibilizados pela comunidade. Neste sentido, Calomé (2011) refere que a capacitação oferecida na forma de oficinas são uma oportunidade para que estes cuidadores possam realizar o seu trabalho com mais segurança, dispondo de informações básicas para exercer as suas funções. O mesmo autor refere que a enfermagem desempenha um papel importante, uma vez que possui habilidades e competências que podem contribuir para a melhoria e aperfeiçoamento das práticas dos cuidadores de idosos, sobretudo no desenvolvimento de ações educativas em saúde. Neste sentido, Sequeira (2010) refere que estas competências podem-se adquirir 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.

Nem sempre os cuidadores expressam as suas dificuldades, por vergonha ou remorso, mas cuidar altera sem dúvida a sua vida pelo que é importante a promoção de políticas sociais que visem a solidariedade e o apoio dentro da família, com a inclusão de todos os seus elementos, o reforço das competências através de estratégias de *coping* ou outras, e implementando intervenções adequadas de suporte, será uma estratégia que alicerçará este grupo no futuro.

As estratégias interventivas devem ser articuladas e desenvolvidas em parceria pelos técnicos de saúde, serviço social entre outros, de modo a possibilitar ao cuidador a aquisição de conhecimentos, técnicas, estratégias e competências que possam assegurar o seu bem-estar e o da pessoa cuidada (Mata, 2012; Sequeira, 2010).

Esta rede informal tem que ser apoiada, pelo contributo de valor incomensurável que representa ao manter com dignidade dos seus familiares no domicílio. O Programa

Nacional para a Saúde das Pessoas Idosas (2004) enquadra o binómio idoso-cuidador nos seguintes termos:

- i) Adequação dos cuidados às necessidades das pessoas idosas;
- ii) Implementação de metodologias de diagnóstico das situações mais prementes e de planeamento das atividades prioritárias;
- iii) Desenvolvimento de estratégias flexíveis, no estabelecimento de parcerias e sinergias entre os diversos intervenientes das comunidades de modo a conhecer as realidades, enquadrá-las e encontrar as respostas adequadas às situações;
- iv) Desenvolvimento de equipas multidisciplinares coesas, com o apoio de equipamentos e de serviços descentrados na comunidade;
- v) Criação de estruturas mais flexíveis de apoio aos idosos e seus cuidadores, que possam complementar o apoio integrado do domicílio, nomeadamente cuidados continuados de curta duração;
- vi) Orientação da formação e informação personalizada às necessidades e capacidades dos cuidadores;
- vii) Criação de equipas multidisciplinares de intervenção comunitária;
- viii) Integração de elementos com vocação para o voluntariado no apoio no cuidado domiciliário;
- ix) Promoção do desenvolvimento de ambientes capacitadores;
- x) Alguns autores, nomeadamente Serra (1999), destacam também a necessidade do apoio afetivo, emocional, percetivo, informativo, instrumental e de convívio social.

A articulação das unidades de saúde e o cuidador informal é fundamental para que o cuidador adquira as competências necessárias para a promoção da autonomia no idoso e não o substitua nas atividades em que este é total ou parcialmente autónomo, ou substituindo-o naquelas em que ele já não tem capacidade, através da transmissão de conhecimentos, técnicas, comportamentos e estratégias a adotar (Mata, 2012).

### **3. Integração**

Este projeto é transversal aos cuidados de saúde, com especial enfoque na Intervenção Comunitária e Saúde Pública.

### **4. Organização e Parcerias**

**Gestor do projeto:** UCC Mirandela - Centro de Saúde de Mirandela I, Unidade Local de Saúde do Nordeste.

**Cliente/Utilizador:** Cuidadores informais de idosos dependentes no domicílio

#### **Intervenientes:**

Coordenador do projeto: Miriam Sílvia Nascimento

Equipa multidisciplinar da unidade de saúde: enfermeiros, médicos, psicólogo, fisioterapeuta, assistente social, nutricionista, assistentes operacionais e técnicos.

Parcerias: Câmara Municipal de Mirandela, Juntas de freguesia do concelho, Santa Casa da Misericórdia de Mirandela, Serviços públicos e privados.

### **5. Período de Intervenção**

Início: Junho de 2014.

Fim: Junho de 2017.

### **6. Plano de ação**

Face ao diagnóstico da situação, onde as principais dificuldades sentidas pelos cuidadores informais foram a falta de formação ou preparação para lidar com a dependência do idoso, as implicações familiares e pessoais, as reações ao cuidar, as consequências do cuidar e falta de apoios sociais e de saúde, foi traçado o seguinte plano de ação, como se pode observar na seguinte tabela.

**Tabela 1: Plano de ação do projeto**

<b>“Cuidando o cuidador”</b>			
<b>População alvo:</b> Cuidadores informais de idosos dependentes no domicílio (sem números oficiais)			
<b>Objetivos:</b>	Diminuir as dificuldades sentidas pelos cuidadores informais		
	Aumentar o nível da autoeficácia do cuidador informal		
	Criar gabinete multidisciplinar de apoio ao cuidador informal e respetiva equipa		
	Criar gabinete de práticas simuladas		
	Aumentar a literacia em saúde, em específico, em cuidados de saúde ao idoso dependente		
<b>Atividades</b>	<b>Como</b>	<b>Onde</b>	<b>N.º ações previstas</b>
Criação de gabinete multidisciplinar de apoio ao cuidador informal e respetiva equipa	Realização de reuniões com parcerias	Centro de Saúde Mirandela I	2
Apresentação e esclarecimento do projeto de intervenção, junto da comunidade, com vista a divulgar o projeto aos cuidadores informais do concelho	Realização de sessões de esclarecimento junto das entidades parceiras do projeto, divulgação do projeto nos meios de comunicação locais.	Centro de Saúde Mirandela I Auditório Municipal de Mirandela Meios de comunicação locais	5
Identificar grupos de cuidadores informais interessados em participar no projeto	Entrevistas informais aos presidentes das juntas de freguesia, aos profissionais das UCSP, aos parceiros sociais e cuidadores informais para levantamento dos interessados.	Centro de Saúde Mirandela I e II Juntas de Freguesia e comunidade em geral	20
Planear programa de formação do cuidador informal	Pesquisa bibliográfica Reuniões multidisciplinares	Centro de Saúde Mirandela I	3
Criação de gabinete de práticas simuladas	Levantamento da logística necessária Reunião com parcerias	Centro de Saúde Mirandela I	3
Implementar a formação do cuidador informal realizando sessões educativas no âmbito do cuidar	Realizações de sessões educativas e formativas nas seguintes áreas de intervenção:  <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Ser cuidador: onde se abordam as consequências associadas ao cuidar e quais as estratégias que o cuidador e idoso cuidado podem adotar para as prevenir ou reduzir.</li> <li>✓ O idoso dependente do cuidado: onde se pretende dar a conhecer as principais causas de dependência e como prevenir o agravar da situação atual do idoso.</li> <li>✓ Prestação de cuidados de saúde ao idoso dependente: onde se ensina sobre as principais técnicas utilizadas durante a prestação de cuidados.</li> <li>✓ Gestão do regime terapêutico</li> </ul>	Centro de Saúde Mirandela I  Juntas de freguesia  Outros espaços convenientes para a população alvo e equipa de intervenção	6

	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Apoio social e outras ajudas: onde se pretende dar a conhecer ao cuidador quais os recursos existentes nos serviços por forma a facilitar o cuidado, nomeadamente as ajudas técnicas e informar sobre apoios e incentivos sociais disponíveis</li> <li>✓ Primeiros socorros: onde se pretende dar a conhecer quais as medidas iniciais e imediatas que o cuidador deve tomar numa situação de risco de vida.</li> </ul>		
Avaliação das intervenções realizadas	<p>Aplicação de questionários de avaliação de conhecimentos</p> <p>Aplicação do CADI e Escala da autoeficácia do cuidador</p> <p>Reuniões multidisciplinares para análise das intervenções</p> <p>Avaliação dos indicadores</p> <p>Elaboração de relatório final de atividades</p>	<p>Juntas de freguesia</p> <p>Parcerias</p> <p>Centro de Saúde Mirandela I</p>	3

## 7. Avaliação

A avaliação será realizada pelas entidades gestoras do projeto e pelo coordenador do mesmo, tendo como base os objetivos, os indicadores e as metas previamente estabelecidas. Monitorizações e avaliações parcelares vão sendo sistematicamente efetuadas, conforme os parâmetros se vão desenvolvendo, para o mais precocemente podermos sinalizar desvios e proceder à correção. Proceder-se-á ainda à elaboração de um relatório final e fará parte deste documento as avaliações de execução e de resultado efetuadas, bem como dificuldades e limitações assim como aspetos facilitadores e propostas futuras.

	Indicadores	Metas (Junho 2017)	Situação atual
Resultado	Dificuldades sentidas pelo cuidador informal antes e pós intervenção da equipa *100	Diminuir as dificuldades sentidas em pelo menos 60% dos CI abrangidos pelo projeto	Sem histórico
	Nível de autoeficácia do CI antes e após intervenção da equipa *100	Aumentar o nível de autoeficácia em pelo menos 60% dos CI abrangidos pelo projeto	Sem histórico
	Conhecimentos do CI antes e após intervenção *100	Que 80% dos CI revelem aquisição de conhecimentos no final de cada sessão de educação	Sem histórico
	N.º de solicitações respondidas/N.º de solicitações recebidas	Responder a pelo menos 60% das solicitações efetuadas à equipa de apoio ao CI	Sem histórico
Processo	N.º de CI abrangidos pelo projeto que estiveram presentes em 3 sessões ou mais/N.º total de CI abrangidos pelo projeto que estiveram presentes nas sessões *100	Que 80% dos CI abrangidos pelo projeto assistam a pelo menos 3 sessões de educação e formação	Sem histórico
Estrutura	N.º de equipas multidisciplinares de apoio ao CI	Criação de uma equipa de apoio ao cuidador informal	0
	N.º de gabinetes de práticas simuladas	Criação de gabinete de práticas simuladas	0