U.PORTO
INSTITUTO DE CIÊNCIAS BIOMÉDICAS ABEL SALAZAR
UNIVERSIDADE DO PORTO

Sobrecarga do cuidador informal de idosos dependentes no Concelho da Ribeira Grande

LUÍS FILIPE CALDEIRA SILVA RICARTE

Dissertação de Mestrado em Ciências de Enfermagem

2009

Luís Filipe Caldeira Silva Ricarte

Sobrecarga do cuidador informal de idosos dependentes no Concelho da Ribeira Grande

Dissertação de Candidatura ao grau de Mestre em Ciências da Enfermagem, submetida ao Instituto de Ciências Biomédicas de Abel Salazar da Universidade do Porto.

Orientador – Professor Doutor Carlos Alberto da Cruz Sequeira, Professor na Escola Superior de Enfermagem do Porto.

AGRADECIMENTOS

Este trabalho é fruto do empenho, esforço e dedicação e não teria sido possível sem a colaboração desinteressada e altruísta de outras pessoas, as quais não poderei forçosamente citar na sua totalidade.

Para todos aqueles que de uma forma directa ou indirecta ajudaram a dar forma ao sonho de poder levar a bom porto este projecto, o meu muito obrigado.

Aos cuidadores informais do Concelho da Ribeira Grande.

Aos idosos dependentes do Concelho da Ribeira Grande.

Ao Professor Doutor Carlos Sequeira, professor na Escola Superior de Enfermagem do Porto e meu orientador cientifico, que com grande mestria sempre mostrou sabedoria e disponibilidade para tudo o que foi necessário, fazendo o possível e o impossível para que este sonho não ficasse perdido na bruma da incerteza.

À Secretaria Regional de Estatística dos Açores, por todo o apoio e disponibilidade dispendida.

À Engenheira Margarida Santos, pelo acolhimento sempre disponibilizado e por todo o profissionalismo demonstrado, para que pudesse trabalhar com o SPSS 15.0.

Ao Professor Doutor Jácome Armas, por ter sido um elemento facilitador e encorajador do trabalho, disponibilizando meios que sem os quais não teria sido possível a sua realização.

A todos os enfermeiros do Centro de Saúde da Ribeira Grande que aplicaram o questionário e a todos aqueles que ficaram mais sobrecarregados para que eles conseguissem fazê-lo.

Ao Conselho de Administração do Centro de Saúde da Ribeira Grande, pelo apoio e pelas palavras de confiança que sempre demonstrou para com o projecto e a sua relevância.

Aos meus colegas e amigos da Unidade de Saúde da Maia, por todas as horas de companheirismo, por estarem “sempre lá”, com uma palavra de apoio, um gesto amigo ou um chá quente.

Ao meu incansável amigo Dr. José Maria Saldanha, por estar sempre disponível e presente na nossa vida.

Aos meus pais, obrigado por serem quem são, para vós não há longe nem distância, obrigado por sempre acreditarem.

À Cristina, minha companheira de todas as horas, meu grande AMOR, para ti não tenho palavras... tu sabes!

Aos meus filhos, Maria Alice “Piu–Piu” e ao Gonçalo Maria “Guga”, por todas as horas que não passei a brincar convosco, e a quem espero ter dado o exemplo de que estudar é divertido.

"O trabalho não deve ser necessariamente objecto de retribuição, para ter valor. Repara como muito do trabalho realmente importante na vida não implica qualquer espécie de pagamento."

Daniel Grippo

(*In* A Alegria do Trabalho, Lisboa: Ed. Paulinas)

ABREVIATURAS/SIGLAS

%	Percentagem
ABVD	ACTIVIDADES BÁSICAS DE VIDA DIÁRIA
AIVD	ACTIVIDADES INSTRUMENTAIS DE VIDA DIÁRIA
AVD	ACTIVIDADES DE VIDA DIÁRIA
CDE	CÓDIGO DEONTOLÓGICO DE ENFERMAGEM
E	ESTE
ESC	ESCALA DE SOBRECARGA DO CUIDADOR
FOL.	FOLHA
H	Homem
INE	INSTITUTO NACIONAL DE ESTATÍSTICA
M	Mulher
N	NORTE
N.º	NÚMERO
OMS	ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE
SREA	SECRETARIA REGIONAL DE ESTATÍSTICA DOS AÇORES
W	OESTE
S	SUL

RESUMO

Actualmente, é fundamental reflectirmos sobre o impacto do envelhecimento demográfico da população nas ditas sociedades modernas. O aumento da população com mais de 65 anos de idade, na população total, em detrimento da população jovem e/ou da população activa, define o envelhecimento demográfico. Contudo, o referido aumento de longevidade traz consigo uma maior prevalência das doenças crónicas e de dependências nas actividades da vida diária.

Deste modo, poder-se-á dizer que a rede social formal e informal é importante no que se refere à prestação de cuidados, sendo à família que cabe a responsabilidade de cuidar diária e ininterruptamente do idoso, o que pode implicar um desgaste da saúde física e psicológica, podendo gerar desgaste do cuidador. Sendo o cuidado informal aquele que é prestado a pessoas dependentes por parte da família, amigos, vizinhos ou outros grupos de pessoas que não recebem retribuição económica pela ajuda que oferecem torna-se pertinente referir que o cuidado prestado ao idoso dentro da família não se reparte equitativamente, uma vez que existe um cuidador principal.

Contudo, cuidar nem sempre é uma actividade consciente, podendo ser uma continuação de uma relação anterior de cuidados, suporte e assistência. Isto significa que a subjectividade no cuidar pode ter um tempo diferente do começo objectivo da prestação de cuidados.

Cuidar é, pois, manter a vida garantindo a satisfação de um conjunto de necessidades a ela indispensáveis, mas que são diversificadas na sua manifestação. Cuidar de quem cuida deverá ser uma preocupação e também uma responsabilidade de todos os profissionais de saúde, para que quem cuida não fique por cuidar. Este aspecto deverá também passar pelos decisores políticos, pois é a estes que cabe a responsabilidade de criar políticas que protejam os cuidadores perante os novos desafios impostos pela sociedade.

Neste sentido foi elaborado o presente trabalho, de cariz quantitativo, descritivo, exploratório, observacional e transversal, com vista a obter resultados válidos à questão colocada e que lhe dá o título, a *sobrecarga do cuidador informal de idosos dependentes no concelho da Ribeira Grande*, cujos principais resultados são semelhantes aos apresentados por estu ionais e internacionais sobre o mesmo assunto, e que são o facto de serem os cuidadores maioritariamente femininos, entre

os 40 e os 59 anos, de baixa escolaridade, predominantemente rurais, prestando cuidados entre 18 e 24 horas/dia há mais de 3 anos, que apresentam níveis elevados de sobrecarga directamente relacionados com as actividades básicas/instrumentais de vida diária dos idosos, mas com níveis de repercussões positivas concomitantes elevados, situação de excepção no quadro de referência do País.

PALAVRAS-CHAVE

- Cuidador informal; Idoso dependente; Sobrecarga

ABSTRACT

It is nowadays utterly important to consider the impact of demographic ageing in the so called modern societies. The increase of inhabitants over 65 years of age within the whole population compared to the number of the young and/or active ones is what defines demographic ageing (INE 2002). However, the increase in longevity brings about a rise of both chronic diseases and dependences in daily life routines.

It can thus be said that both a formally and informally conducted welfare support is of primary importance in what the rendering of assistance is concerned, and it is up to the family to be responsible for the non-stop daily caring of the elderly, which may imply both physical and psychological exhaustion and thus the wear and tear of the carer. Being the informal caring the one which is rendered upon dependable relatives by family, friends, neighbours or other people without any fee, and since a main carer always seems to come to the fore, the fact that the rendered caring isn't proportionate within the household is to be considered. In itself, caring isn't always a self-conscious initiative: there can be both former caring, support and assistance bonds, meaning that any subjective outset in the caring process may differ from the objective start of the caring itself. Caring is thus the maintenance of essential life-fulfilling needs, diverse in their showing up. To care about the carer must be a concern for all health-related personnel so that the carer isn't left uncared of, as well as a matter for political debate, since it is up to the people's representatives to produce "caring for the carer's" laws, if one is to bear in mind the new challenges regarding modern societies. Thus the present research work is endowed of quantitative, descriptive, exploratory, observational and cross-sectional qualities in view of the desirable outcome of its subject-matter, which is also its title, that is, ***the overburden on the informal carer of the elderly in the Ribeira Grande County***, having had similar results as those as other national and international researchers on the same, namely, that the carers are mainly females between 40 and 59 years of age, poorly schooled, prevailingly rural, which have rendered caring assistance for more than 3 years for a period varying from 18 to 24 hours per day, and which show high levels of overburden directly related to both basic and organic activity due to daily assistance of the elderly, but notwithstanding with high levels of positive self effects— an outcome with a place of its own in the general research overview within the country.

KEY WORDS Informal carer; Dependable elderly; Overburden

INTRODUÇÃO 22

I PARTE 26

A ARTE DE ENVELHECER 26

1 PERSPECTIVA GLOBAL DO ENVELHECIMENTO 27

1.1 O CONTEXTO PORTUGUÊS - ASPECTOS DEMOGRÁFICOS 31

1.2 O CONTEXTO REGIONAL AÇORIANO - ASPECTOS DEMOGRÁFICOS 36

II PARTE 42

CUIDADOR INFORMAL 42

1 CUIDADOR INFORMAL E A PESSOA CUIDADA 43

2 SOBRECARGA DO CUIDADOR INFORMAL 47

III PARTE 52

ESTUDO EMPÍRICO 52

1 METODOLOGIA 53

1.1 TIPO DE ESTUDO 53

1.2 OBJECTIVOS 54

1.3 POPULAÇÃO E AMOSTRA 55

1.4 INSTRUMENTOS DE COLHEITA DE DADOS 56

1.5 PROTOCOLO DE COLHEITA DE DADOS 59

1.6 EDIÇÃO E ANÁLISE DOS DADOS 60

1.7 CONSIDERAÇÕES ÉTICAS 60

1.8CONSENTIMENTO INFORMADO 61

III PARTE 52

1 APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS 63

2 IDOSOS DEPENDENTES 64

2.1 CARACTERIZAÇÃO SÓCIO-DEMOGRÁFICA 65

2.2 ACTIVIDADE PROFISSIONAL 67

2.3 ANTECEDENTES PESSOAIS 67

2.4 SITUAÇÃO SOCIAL 68

2.5 DEPENDÊNCIA DOS IDOSOS 69

2.5.1 Actividades básicas de vida diária (ABVD) 69

2.5.2 Actividades instrumentais de vida diária (AIVD) 73

3 CUIDADORES INFORMAIS 79

3.1 CARACTERIZAÇÃO SÓCIO-DEMOGRÁFICA 79

3.2 SITUAÇÃO PROFISSIONAL/OCUPAÇÃO 81

3.3 RELAÇÃO DE PARENTESCO COM O IDOSO DEPENDENTE 81

3.4 CARACTERIZAÇÃO DO ESTADO DE SAÚDE 82

3.5 HÁ QUANTO TEMPO PRESTA CUIDADOS 82

3.6 TEMPO DE CUIDADOS PRESTADOS POR DIA 83

3.7 CUIDADORES INFORMAIS DE ACORDO COM A LOCALIDADE ONDE ESTÃO INSERIDOS. 83

3 SOBRECARGA DO CUIDADOR 84

3.1 PRINCIPAIS FACTORES DE SOBRECARGA 84

4.2 COTAÇÃO GLOBAL DA ESCALA DE SOBRECARGA DO CUIDADOR DE ACORDO COM OS PONTOS DE CORTE 90

4.3 SOBRECARGA OBJECTIVA DOS CUIDADOS INFORMAIS DE IDOSOS DEPENDENTES DO CONCELHO DA RIBEIRA GRANDE 90

4.4 Sobrecarga subjectiva dos cuidadores informais de idosos dependentes do concelho da Ribeira Grande 92

5 RELAÇÃO ENTRE A SOBRECARGA DO CUIDADOR INFORMAL E AS VARIÁVEIS SÓCIO-DEMOGRÁFICAS 94

6 RELAÇÃO ENTRE A SOBRECARGA DO CUIDADOR INFORMAL E OS NÍVEIS DE DEPENDÊNCIA DAS ACTIVIDADES BÁSICAS/INSTRUMENTAIS DA VIDA DIÁRIA DOS IDOSOS DEPENDENTES 97

7 DISCUSSÃO 99

8 CONCLUSÃO 106

9 REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS 110

ANEXOS 113

ANEXO A -Cronograma de Actividades a Desenvolver 114

ANEXO B -Consentimento Informado 116

ANEXO C.-Guião de Questionário 118

ANEXO D -Conceitos 128

ANEXO E -Autorização de consulta de dados no Centro de Saúde da Ribeira Grande 131

ÍNDICES DE QUADROS, FIGURAS, GRÁFICOS E TABELAS

QUADROS

Quadro nº 1 – Número de concelhos, freguesias e área territorial do Continente, Madeira e Açores (em 31 de Dezembro de 2007). 38

Quadro nº 2 - Estimativas da População Residente. 39

FIGURAS

Figura nº 1 – Pirâmides etárias, Portugal 1960, 2004 e 2050 32

Figura nº 2 - Arquipélago dos Açores – Região Autónoma dos Açores. 36

Figura nº 3 - Ilha de S. Miguel – Concelho da Ribeira Grande. 36

GRÁFICOS

Gráfico nº 1 – Previsão da evolução da população jovem e idosa em Portugal, 1990-2020. 33

Gráfico nº 2 – Índice de envelhecimento em Portugal, em 2005. 35

Gráfico nº 3 – Distribuição da superfície total dos Açores por ilha. (%). 37

TABELAS

Tabela nº 1 - Distribuição dos idosos dependentes de acordo com o sexo. 64

Tabela nº 2 - Distribuição dos idosos dependentes de acordo com a faixa etária. 65

Tabela nº 3 - Distribuição dos idosos dependentes de acordo com o estado civil. 65

Tabela nº 4 - Distribuição dos idosos dependentes de acordo com o grau de escolaridade. 66

Tabela nº 5 - Distribuição dos idosos dependentes de acordo com a profissão. 66

Tabela nº 6 - Distribuição dos idosos dependentes de acordo com os antecedentes pessoais. 67

Tabela nº 7 - Distribuição dos idosos dependentes de acordo com a situação social. 68

Tabela nº 8 - Níveis de dependência apresentados pelos idosos nas actividades básicas de vida diária (ABVD) de acordo com o Índice de Barthel. 69

Tabela nº 8.1 - Índice de Barthel, item nº 1 "Alimentação" 70

Tabela nº 8.2 - Índice de Barthel, item nº 2 "Banho" 70

Tabela nº 8.3 - Índice de Barthel, item nº 3 "Controlo intestinal" 70

Tabela nº 8.4 - Índice de Barthel, item nº 4 "Uso da casa de banho" 71

Tabela nº 8.5 - Índice de Barthel, item nº 5 "Transferência da cadeira para a cama" 71

Tabela nº 8.6 - Índice de Barthel, item nº 6 "Vestir" 71

Tabela nº 8.7 - Índice de Barthel, item nº 7 "Higiene corporal" 72

Tabela nº 8.8 - Índice de Barthel, item nº 8 "Controlo vesical" 72

Tabela nº 8.9 - Índice de Barthel, item nº 9 "Subir escadas" 72

Tabela nº 8.10 - Índice de Barthel, item nº 10 "Deambulação" 73

Tabela nº 9 - Níveis de dependência apresentados pelos idosos nas actividades instrumentais de vida diária (AIVD) de acordo com o Índice de Lawton.

Tabela nº 9.1 - Índice de Lawton, item nº 1 "Cuidar da casa" 74

Tabela nº 9.2 - Índice de Lawton, item nº 2 "Lavar a roupa" 74

Tabela nº 9.3 - Índice de Lawton, item nº 3 "Preparar a comida" 74

Tabela nº 9.4 - Índice de Lawton, item nº 4 "Ir às compras" 75

Tabela nº 9.5 - Índice de Lawton, item nº 5 "Uso do telefone" 76

Tabela nº 9.6 - Índice de Lawton, item nº 6 "Uso de transporte" 76

Tabela nº 9.7 - Índice de Lawton, item nº 7 "Uso do dinheiro" 77

Tabela nº9.8 - Índice de Lawton, item nº 8 "Responsável pelos medicamentos" 77

Tabela nº 10 - Distribuição dos cuidadores informais de acordo com o sexo. 78

Tabela nº 11 - Distribuição dos cuidadores informais de acordo com a faixa etária. 78

Tabela nº 12 - Distribuição dos cuidadores informais de acordo com o estado civil. 79

Tabela nº 13 – Distribuição dos cuidadores informais de acordo com o grau de escolaridade. **79**

Tabela nº 14 - Distribuição dos cuidadores informais de acordo com a profissão. **80**

Tabela nº 15 - Distribuição dos cuidadores informais de acordo com a relação de parentesco. **80**

Tabela nº 16 - Distribuição dos cuidadores informais de acordo com o estado de saúde. **81**

Tabela nº 17 - Distribuição dos cuidadores informais de acordo com o tempo há que presta cuidados. **81**

Tabela nº 18 - Distribuição dos cuidadores informais de acordo com as horas diárias de prestação de cuidados. **82**

Tabela nº 19 - Distribuição dos cuidadores informais de acordo a localidade onde estão inseridos. **82**

Tabela nº 20 - Factor: Impacto da prestação de cuidados e níveis de sobrecarga. **84**

Tabela nº 21- Factor: Relação interpessoal e níveis de sobrecarga. **85**

Tabela nº 22 - Factor: Expectativas face ao cuidar e níveis de sobrecarga. 87

Tabela nº 23 - Factor: Percepção de auto-eficácia e níveis de sobrecarga. 87

Tabela nº 24 - Cotação global da escala de sobrecarga do cuidador de acordo com os pontos de corte. 88

Tabela nº 25 - *Score* médio da sobrecarga objectiva dos cuidadores informais de idosos dependentes do concelho da Ribeira Grande. 89

Tabela nº 26 - *Score* médio da sobrecarga subjectiva dos cuidadores informais de idosos dependentes do concelho da Ribeira Grande. 91

Tabela nº 27 - Correlação da escala de sobrecarga do cuidador e o sexo. 92

Tabela nº 28 - Correlação da escala de sobrecarga do cuidador e o seu grupo etário. 93

Tabela nº 29 - Correlação da escala de sobrecarga do cuidador e o seu estado civil .93

Tabela nº 30 - Correlação da escala de sobrecarga do cuidador e a sua profiss 94

Tabela nº 31 - Correlação da escala de sobrecarga do cuidador e a sua escolaridade. 94

Tabela nº32 - Correlação da escala de sobrecarga do cuidador com as actividades básicas de vida diária (ABVD) .95

Tabela nº33 - Correlação da escala de sobrecarga do cuidador com as actividades instrumentais de vida diária (AIVD). 96

PREÂMBULO

Partilhar o mundo dos cuidadores informais de idosos dependentes no concelho da Ribeira Grande foi, sem dúvida, uma experiencia única, quer no que concerne à singularidade das gentes, quer na particularidade dos locais ou na beleza dos costumes de uma população vincada pela insularidade ultra-periférica, que só por si dita uma forma diferente de estar no mundo.

A dimensão da população estudada pode parecer reduzida, mas nos Açores tudo é diferente, tudo é único: este arquipélago espelha a sua realidade por nove ilhas, as de São Miguel e Santa Maria constituindo o grupo oriental, sendo o grupo central formado pelas ilhas Terceira, Graciosa, São Jorge, Pico e Faial e o grupo ocidental pelas ilhas Flores e Corvo, ocupando no seu conjunto uma área de 2335 Km^2.

Assim, ao debruçarmo-nos sobre o concelho da Ribeira Grande e sobre a totalidade dos cuidadores informais de idosos dependentes, ou seja, idosos com limitações ou incapacidades funcionais nas actividades de vida diária inscritos no registo do Serviço de Apoio Domiciliário das Unidades de Saúde do Centro de Saúde da Ribeira Grande e que aceitaram participar voluntariamente no estudo, pretendemos estudar, sem dúvida, uma amostra significativa da realidade de todo o Arquipélago no que se refere a esta questão.

Mas o facto de entrarmos em todas as casas, e em quase todas as vidas, possibilitando-nos vislumbrar melhor a extensão da realidade, permitiu-nos, como entrevistadores, desde aquela que já foi considerada a mais pobre freguesia da Europa (a de Rabo de Peixe, actualmente um exemplo de cidadania e de desenvolvimento social) ao fervilhar da vida citadina da Ribeira Grande, passando pela grandiosidade do norte com as suas florestas, a tranquilidade dos seus pastos e a calma das suas lagoas, vivenciar experiências humanas, por vezes dramáticas, por vezes descontraídas, mas sempre diferentes, enfatizando, através da presença do entrevistador como ouvinte e na dádiva do seu tempo como sinónimo de escuta empática, tantas vezes muito para além do indispensável no preenchimento do questionário, a única coisa que poderia ser dada ao outro nesse momento, enquanto participante e sujeito entrevistado: *tempo*.

É nosso desejo que a realização deste trabalho contribua de forma positiva para a melhoria do bem-estar dos cuidadores informais e dos idosos dependentes do Concelho da Ribeira Grande por parte de todos aqueles que se interessam por essa

questão, para além dos objectivos de cariz meramente científicos, entretanto adquiridos ao nível da investigação.

INTRODUÇÃO

Actualmente a sociedade caracteriza-se pelo envelhecimento das comunidades ditas desenvolvidas, como causa do declínio da natalidade e do aumento dos níveis de esperança de vida (INE, 2002).

A melhoria geral das condições socioeconómicas e os progressos da tecnologia contribuem para o aumento da longevidade da população. Tal facto contribui para que a comunidade científica se focalize na problemática do idoso e na importância de favorecer um envelhecimento bem sucedido, ou seja, com a saúde, autonomia e independência durante o maior período de tempo possível.

Segundo Sequeira (2007), "a promoção do envelhecimento saudável passa por pensar o envelhecimento ao longo do ciclo vital. Deve-se envidar esforços colectivos e individuais no sentido de promover o envelhecimento activo".

Este envelhecimento deve-se ao processo de melhoramento das oportunidades para a saúde, participação e segurança, visando a qualidade de vida das pessoas que envelhecem (WHO, 2002).

Por outras palavras, o envelhecimento com qualidade de vida está muito dependente da saúde, uma vez que existe uma forte correlação entre uma "boa saúde", a autonomia e a independência (Ministério da Saúde, 2004). Contudo, o referido aumento de longevidade traz consigo uma maior prevalência das doenças crónicas e de dependências nas actividades da vida diária.

Em 1997, é publicado o Pacto para a Cooperação e Solidariedade Social. Este Pacto abre caminho, conjuntamente com a inclusão de uma estratégia de saúde através do Despacho Conjunto nº 407/98 dos Ministérios da Saúde e do Trabalho e Solidariedade, para a criação de respostas integradas em matéria de cuidados continuados, dirigidos à população em situação de dependência, onde são englobadas as pessoas idosas, garantindo-se a articulação e a intervenção integrada dos sectores da saúde e da acção social.

Também o Plano Nacional de Saúde, através do seu programa nacional para as pessoas idosas, tendo como horizonte o ano 2010, contempla estratégias para operacionalizar a promoção de um envelhecimento activo, proporcionando um leque de respostas adequadas às necessidades das pessoas idosas. Este programa

assenta, essencialmente, em três domínios de intervenção: a promoção do envelhecimento activo, a organização da prestação de cuidados de saúde e a promoção de ambientes facilitadores de autonomia e independência. Contudo, as políticas sociais e de saúde sugerem a manutenção dos idosos no seu domicílio, assumindo assim o cuidado informal uma relevância particular, seja pelo crescente aumento de pessoas idosas incapazes de viver autonomamente na comunidade, seja pela evidência de que as famílias assumem a maior parte dos cuidados referentes à pessoa cuidada (Lage, 2005).

O apoio informal assume um papel primordial, especialmente aquele que é assegurado pela família. Um inquérito recente efectuado na União Europeia (*European Commission*, 1999) refere que dois terços dos cuidados aos idosos são prestados por familiares. Mesmo nos países em que os serviços formais asseguram proporções consideráveis de cuidados, estes não substituem o papel da família (Kroger, 2001). Esta mantém-se a célula base de referência das sociedades modernas.

Embora esteja a cargo da família a função de cuidar do idoso dependente, tende a ser assumida no contexto familiar por uma única pessoa, denominada cuidador informal familiar principal, quase sempre realizada pelos elementos do sexo feminino. Podemos referir que o contributo dos cuidadores informais se torna fundamental para a prestação de cuidados ao idoso dependente no domicílio com necessidades de incentivos e de ajuda.

Cuidar de idosos dependentes pode acarretar angústia, solidão, tensão, tristeza, alterações no bem-estar do cuidador a nível da sua saúde, da vida social, da disponibilidade económica, da rotina familiar, do desempenho profissional, levando ao aparecimento de níveis elevados de sobrecarga.

Muito embora cuidar possa envolver aspectos negativos, existem também aspectos positivos, tais como o reforço da relação entre cuidador e pessoa cuidada, assim como o próprio crescimento e a sua auto-satisfação. Estes aspectos, só por si absolutamente válidos, geram sentimentos de conforto e realização pessoal associados ao prazer do “dever cumprido”.

A consciência desta realidade, aliada ao facto de uma motivação pessoal e à existência de um elevado número de cuidadores de idosos dependentes no concelho

da Ribeira Grande, levou-nos à questão central do presente estudo, a **sobrecarga do cuidador informal de idosos dependentes no concelho da Ribeira Grande**.

Para a concretização deste trabalho delineámos os seguintes objectivos que norteiam a investigação:

- Avaliar os níveis de sobrecarga objectiva e subjectiva apresentados pelo cuidador informal de idosos dependentes;
- Avaliar o índice de dependência dos idosos nas actividades básicas de vida diária;
- Analisar a relação entre a sobrecarga do cuidador informal e as variáveis sócio-demográficas (sexo, idade, estado civil, profissão e habilitações literárias);
- Analisar a relação entre a sobrecarga do cuidador informal de pessoas idosas e a dependência das actividades básicas/instrumentais da vida diária dos idosos dependentes.

Para estudarmos esta questão seguimos uma abordagem do tipo quantitativo, descritivo, exploratório, observacional e transversal.

Optámos por um desenho de investigação quantitativo, do tipo exploratório, uma vez que pretendemos analisar a prevalência da sobrecarga e a sua relação com o contexto do cuidar.

Constituíram a população alvo todos os cuidadores informais de idosos dependentes, ou seja, idosos com limitações ou incapacidades funcionais nas actividades de vida diária, inscritos no serviço de apoio domiciliário das Unidades de Saúde do Centro de Saúde da Ribeira Grande, na Ilha de S. Miguel, que aceitaram participar voluntariamente no estudo.

A dissertação encontra-se organizada em quatro partes distintas. Na primeira e segunda parte realizamos a revisão da literatura que pretende sustentar a justificação do estudo. Incidimos, de modo genérico, numa perspectiva global do envelhecimento demográfico, na qual abordamos alguns aspectos demográficos do envelhecimento ao nível mundial, do envelhecimento demográfico em Portugal e, especificamente, no contexto regional açoriano.

Debruçamo-nos, também, sobre o cuidador informal e pessoa a cuidar, atendendo ao papel, à adaptabilidade do cuidador e à sua sobrecarga.

As opções metodológicas que serviram de veículo a este estudo incluíram-se numa terceira parte. Por último, apresentamos os resultados e a sua interpretação, incluindo a sua discussão, onde expomos as principais conclusões, acrescentando algumas propostas de intervenção face ao cuidador informal.

I PARTE

A ARTE DE ENVELHECER

1 PERSPECTIVA GLOBAL DO ENVELHECIMENTO

O envelhecimento pode ser visto sob a perspectiva demográfica que se define pelo aumento da proporção das pessoas idosas na população total, ou o envelhecimento que se baseia na maior longevidade dos indivíduos, sendo este referenciado como envelhecimento individual.

Actualmente, a Organização das Nações Unidas considera como "idoso" toda a população com 60 ou mais anos. Por sua vez, o Conselho da Europa e a Organização de Cooperação e Desenvolvimento Económico (OCDE) considera idosos todos os indivíduos a partir dos 65 anos, inclusive, embora a OMS " *(…) tenha feito uma tentativa de uniformizar critérios e assim convencionou que o idoso é todo o indivíduo com mais de 65 anos de idade, independentemente do sexo ou estado de saúde (…)*" (Almeida, 2005).

Segundo Lessa (1982, cit. in Ameida, 2005), a idade cronológica nada tem a ver com a idade biológica, pois não temos a mesma idade em todo o corpo. " *A idade não é a única característica que explica o envelhecimento, (…) resulta também das condições psicológicas, políticas, económicas e culturais da sociedade* ".

Papalaia et al. (1992, cit. in Fonseca, 2004) fala exclusivamente em idade adulta *("adulthood"),* que se divide em três períodos: "idade adulta jovem", dos 20 aos 40 anos; meia-idade adulta, dos 40 aos 65 anos; "idade adulta tardia", dos 65 anos em diante.

Podemos dizer que a velhice faz parte do destino biológico do ser humano, embora não exista ainda uma base fisiológica, psicológica ou social que permita marcar o seu início.

O conceito de velhice, de acordo com Cabrillo et al. (1990, cit. in Fonseca 2004) é fruto da civilização contemporânea. O significado social da velhice é, então, definido a nível cultural e histórico, de acordo com uma determinada conjuntura. Não existe, portanto, uma definição universal de velhice, havendo necessidade de procurar, na organização da própria sociedade e nos valores que essa sociedade tem implícitos, o sentido operativo do conceito de velhice socialmente construído (Pereira, s/d).

Envelhecimento não é igual a velhice, pois o envelhecimento começa no momento da concepção, a velhice ou os seus sinais e sintomas físicos e mentais só se manifestam de forma clara a partir de determinada idade (Jacob, 2001).

O envelhecimento é " *(…) um processo bio-psico-social de cariz individual (…), o envelhecimento nunca poderá ser explicado ou previsto sem termos em consideração as dimensões biológicas, psicológicas e sociais que lhe estão inerentes* " Fonseca (2004).

Medeiros (2000) menciona que o processo de envelhecimento é composto por três componentes:

- Biológica, (senescência), que reflecte uma vulnerabilidade crescente e de onde resulta uma maior probabilidade de morrer; verifica-se uma diminuição acentuada da capacidade de regeneração da célula, o que leva ao envelhecimento dos tecidos (McArdle, Katch e Katch, 1998). A senescência inicia-se com as alterações do aspecto exterior e com as alterações emocionais e cognitivas;

- Psicológica, definida pela capacidade de auto-regulação do indivíduo face ao processo de senescência. Por exemplo, as capacidades de memória, as capacidades intelectuais e as motivações. Segundo Fontaine (2000), uma boa manutenção destas actividades permite uma melhor auto-estima e auto--domínio;

- Social, relativa aos papéis sociais apropriados/relacionados com as expectativas da sociedade para este nível etário.

Bernardo (1987) refere que o processo de envelhecimento tem diferentes características:

- Diferencial: processa-se de maneira diferente de indivíduo para indivíduo, de célula para célula, de tecido para tecido, de órgão para órgão, de aparelho para aparelho;

- Variável: nas formas, nos ritmos, nos efeitos, nas reacções que provoca. É variável de sociedade para sociedade, de época para época estando, portanto, ligado a um momento histórico;

- Ambivalente: apresenta aspectos positivos e negativos. O envelhecimento é encarado de modo diferente, existindo indivíduos que ganham humor, serenidade e outros que se apresentam mais frágeis (diminuição, perda de vontade de viver).

O aumento de longevidade traz consigo uma maior prevalência das doenças crónicas e de dependências nas actividades da vida diária.

Segundo Sequeira (2007), "*A monitorização da saúde, o suporte social, o apoio familiar e o apoio formal/informal ao nível da assistência são fundamentais para a promoção da saúde e da funcionalidade*". O mesmo autor refere ainda que para que esta realidade se concretize é necessário ajudar os idosos a reforçar ou a encontrar um projecto/significado de vida, mesmo em contexto de défices. Este apoio deve ser prestado por elementos significativos e em articulação com as instituições de saúde, sociais ou comunitárias, não descurando as preferências individuais e colectivas dos mais velhos, de modo a facultar bem-estar emocional e psicológico.

Assim, podemos inferir que um envelhecimento bem sucedido, com bem-estar e qualidade de vida, depende de uma boa articulação entre Gerontologia e Geriatria, o combate ao sedentarismo, uma melhor assistência ao idoso no âmbito das diferentes áreas e de acordo com as suas necessidades específicas, a criação de programas que promovam a formação do idoso, a promoção do envelhecimento activo, acabando com os estereótipos associados ao idoso, e a implementação de programas de ajuda aos idosos dependentes e aos idosos que, simultaneamente, são também cuidadores informais.

A idade não é critério de discriminação, muito menos condição para actuação particular durante a vida, pois não torna um ser humano menos cidadão que o outro.

Contudo, apesar de ser dos menos precisos, o critério cronológico é um dos mais utilizados para estabelecer o que é ser idoso, até para delimitar a população de um determinado estudo ou para análise epidemiológica, ou com propósitos administrativos e legais voltados para desenhos de políticas públicas e para o planeamento ou oferta de serviços. A experiência pela vivência não se aprende mas,

antes, conquista-se. Desta forma, assegurar a dignidade dos idosos é fundamental para que se consiga alcançar um verdadeiro Estado de direito democrático.

Kant (2003), refere-se à dignidade humana do seguinte modo:

> "*No reino dos fins, tudo tem ou um preço ou uma dignidade. Quando uma coisa tem preço, pode ser substituída por algo equivalente; por outro lado, a coisa que se acha acima de todo preço, e por isso não admite qualquer equivalência, compreende uma dignidade. O que diz respeito às inclinações e necessidades do homem tem um preço comercial; o que, sem supor uma necessidade, se conforma a certo gosto, digamos, a uma satisfação produzida pelo simples jogo, sem finalidade alguma, de nossas faculdades, tem um preço de afeição ou de sentimento; mas o que se faz condição para alguma coisa que seja fim em si mesma, isso não tem simplesmente valor relativo ou preço, mas um valor interno, e isso quer dizer dignidade. Ora, a moralidade é a única condição que pode fazer de um ser racional um fim em si mesmo, pois só por ela lhe é possível ser membro legislador no reino dos fins. Por isso, a moralidade e a humanidade enquanto capaz de moralidade são as únicas coisas providas de dignidade*".

A noção de dignidade humana varia consoante as épocas e os locais, e torna-se, então, a base dos textos fundamentais sobre Direitos Humanos. Diz-se nomeadamente no preâmbulo da Declaração Universal dos Direitos Humanos, de 1948: "*Os direitos humanos são a expressão directa da dignidade da pessoa humana, a obrigação dos Estados de assegurarem o respeito que decorre do próprio reconhecimento dessa dignidade*".

Torna-se pertinente mencionar que o conceito de dignidade é repleto de contornos vagos e imprecisos. Sobre a dignidade humana, Vicente de Paulo Barretto (2003) refere:

> "*A dignidade humana, entretanto, como ideia-valor, necessita para a sua compreensão e aplicação racional nos sistemas jurídicos, que se recuperem os seus fundamentos ético-filosóficos para que possa exercer a função que dela se espera no estado democrático de direito. Não é, assim, uma ideia originariamente jurídica, fruto da doutrina ou da legislação, mas resultante de uma compreensão específica da natureza da pessoa humana e da sociedade. Falar da dignidade humana sem que se situe esta ideia no quadro de uma ética e antropologia filosófica determinada resulta lançar o valor que ela representa no vazio dos discursos políticos e jurídicos. Isto*

porque a ideia de dignidade humana é um conceito ético, que (...) expressa-se politicamente no conceito político moderno da 'Democracia' ".

Desta forma, vislumbra-se que as Constituições garantem a protecção ao idoso, mas não se têm mostrado suficientes face às necessidades da sociedade. Daí a necessidade de dotar o ser humano, em todas as fases de sua existência, de uma protecção legal que lhe assegure não somente a vida mas a dignidade como pessoa humana. Desta forma, a legitimação de qualquer Estado democrático deverá ter como pilar de sustentabilidade o respeito pela dignidade da pessoa humana, de modo a proibir qualquer procedimento que procure restringi-la de alguma forma.

O contexto nacional português e o regional açoriano serão aqui abordados do ponto de vista demográfico no que diz respeito à perspectiva do idoso, dando a conhecer a realidade do concelho da Ribeira Grande nas suas várias vertentes.

1.1 O CONTEXTO PORTUGUÊS - ASPECTOS DEMOGRÁFICOS

À semelhança de outros países, o número de idosos em Portugal tem vindo a aumentar. Hoje em dia é essencial reflectirmos sobre os impactos do envelhecimento demográfico da população nas sociedades ditas modernas.

No final do Século XX, a estrutura da população Portuguesa apresentava características da fase final da transição demográfica: o duplo envelhecimento no topo e na base.

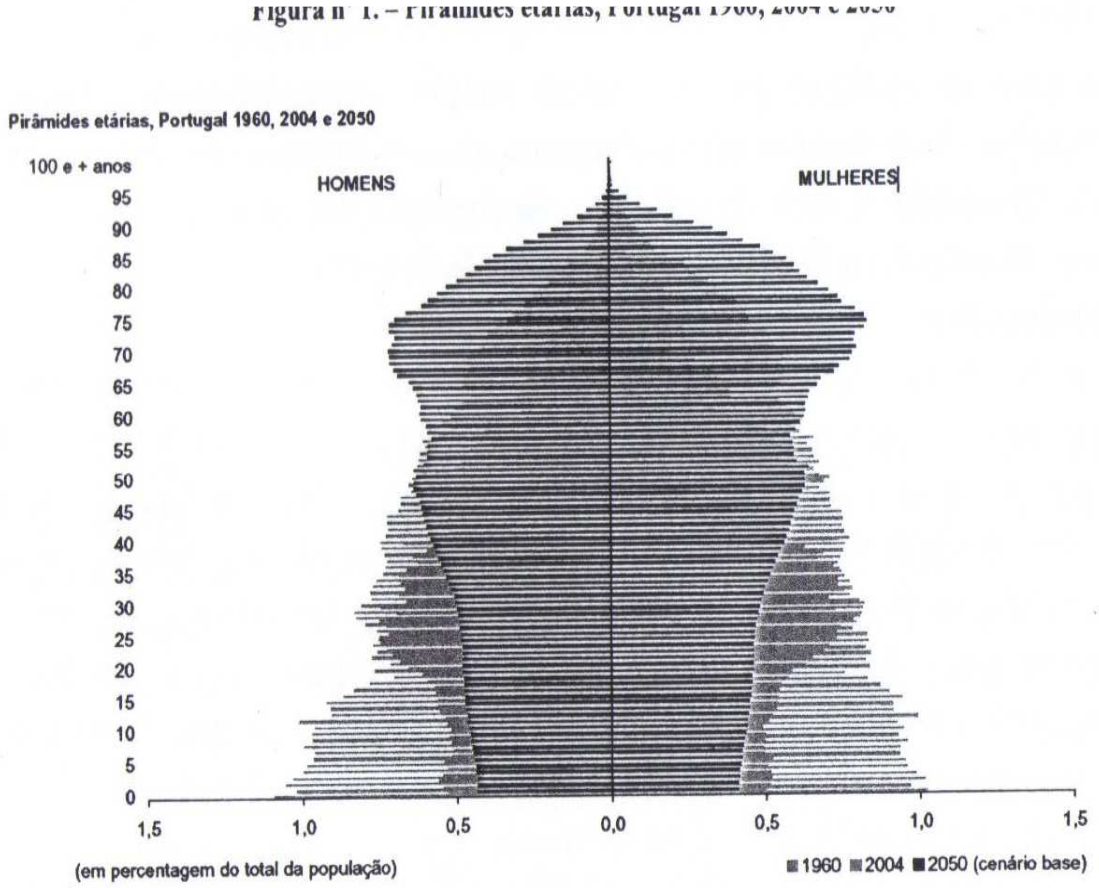
Esta tendência tem como consequência directa o desequilíbrio entre gerações. Se em Portugal a população com mais de 65 anos representava, em 1960, 8%, no ano de 2001 o número de idosos passou a ser de 16.4% da população total, ultrapassando, pela primeira vez, a dos jovens (16%).

Comparando os censos de 1991 e o de 2001, concluímos que a população jovem diminuiu cerca de 4%, enquanto que a população idosa aumentou 2.8% (INE, 2002:31).

As alterações na estrutura demográfica podem observar-se na figura n.º1: ao comparar a pirâmide de idade em 1960, 2004 e 2050, denotamos um estreitamento da base da pirâmide, resultante da diminuição da população jovem e um alargamento do topo devido ao aumento da população idosa.

Entre 1960 e 2004, verificamos um aumento de 8% para 17% da proporção da população idosa face ao total da população, prevendo-se que em 2050 esta faixa etária da população represente cerca de 32% do total dos efectivos populacionais.

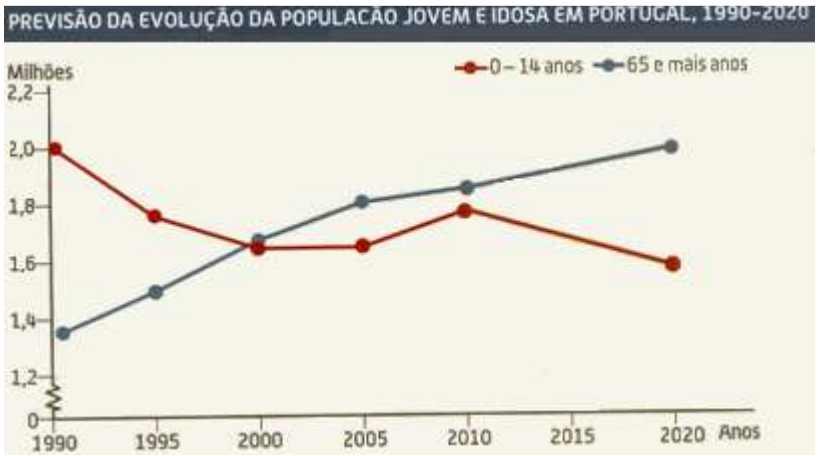
Figura nº 1 – Pirâmides etárias, Portugal 1960, 2004 e 2050



Fonte: INE (2005)

Se em 1960, Portugal era um país jovem, do ponto de vista demográfico, hoje a realidade apresenta-se diferente, pois manifesta já uma estrutura etária muito envelhecida (dado que pela primeira vez o número de jovens foi superado pelo número de idosos no ano 2000), apesar de no quadro comunitário ocupar ainda um lugar intermédio.

Gráfico nº 1 – Previsão da evolução da população jovem e idosa em Portugal,1990-2020.



© - Serviço Regional de Estatística dos Açores

O envelhecimento da população portuguesa deve-se ao contínuo decréscimo da taxa de natalidade, à redução da taxa de mortalidade e ao aumento da esperança média de vida.

O aumento da esperança média de vida resulta:

- Da melhoria das condições de vida;
- Dos progressos da medicina;
- Da melhoria da assistência médica.

A esperança média de vida está directamente relacionada com o grau de desenvolvimento dos países, o que significa que quanto mais desenvolvido for o país, maior será o número de anos que o indivíduo terá, à nascença, a probabilidade de viver.

Em Portugal, a esperança média de vida era, em 1960, de apenas 61 anos para os homens e 67 anos para as mulheres, enquanto que em 2005 atingia 81 anos para as mulheres e 75 para os homens. Assim, verificamos que a esperança média de vida à nascença tem vindo a aumentar, sendo sempre superior nas mulheres, devido à maior mortalidade masculina.

Segundo o último relatório anual do Conselho da Europa sobre a «Evolução demográfica recente na Europa», os portugueses serão menos um milhão em 2050 e a população estará ainda mais envelhecida, havendo perto de 2,5 idosos por cada jovem.

A população portuguesa deverá começar a decrescer a partir de 2010, atingindo os 9.302.500 habitantes em 2050.

O aumento da esperança média de vida reflecte-se directamente no índice de envelhecimento, pois este indicador aumentou de 109 indivíduos idosos por cada 100 jovens, em 2004, para cerca de 110, em 2005. O fenómeno do envelhecimento é superior entre as mulheres. Assim, a tendência crescente do índice de envelhecimento fica a dever-se:

- Ao aumento da esperança média de vida, com o consequente crescimento da percentagem de população idosa;
- Ao facto de o aumento da natalidade verificado não ter conseguido compensar o declínio da percentagem de jovens na população.

Em termos regionais, o índice de envelhecimento registou:

- Os valores máximos no Alentejo, no Centro e Algarve, que apresentam índices de envelhecimento superior à média nacional, isto é, superiores a 110 idosos por cada 100 jovens. Os valores que se fazem sentir nestas regiões, principalmente nas áreas localizadas no interior, devem-

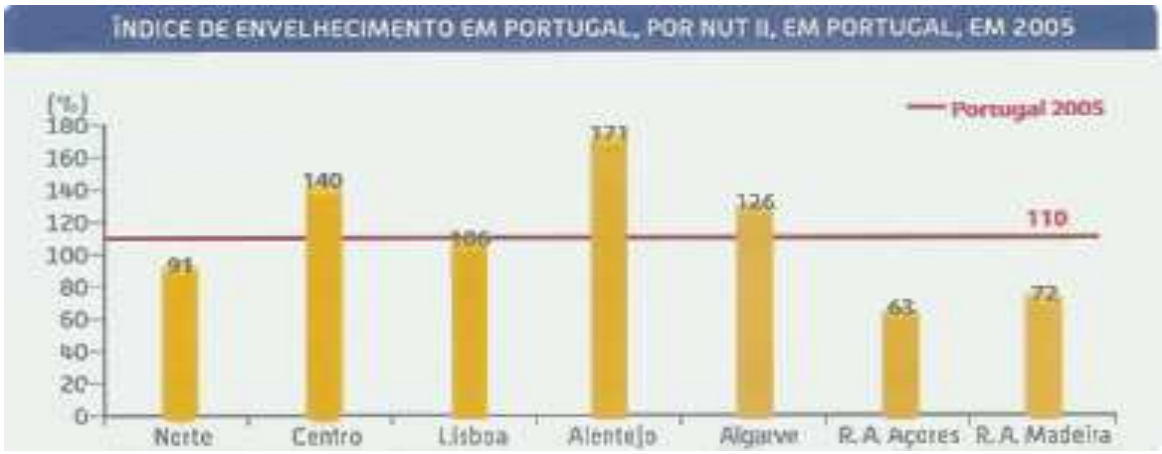
-se sobretudo à baixa natalidade e aos movimentos migratórios, quer internos quer externos;

- Valores inferiores à média nacional nas regiões autónomas da Madeira e dos Açores e no Norte, devido à maior taxa de natalidade, relacionados com um maior tradicionalismo e religiosidade.

O aumento do índice de envelhecimento tem reflexos nos índices de dependência. Assim, verificamos que o índice de dependência total diminuiu de 50 indivíduos, em 1991, para 48, em 2001, situando-se, em 2005, em 48,6 indivíduos. No entanto, este declínio deveu-se exclusivamente à diminuição do número de jovens.

Assim, o índice de dependência jovem foi de 23,1 indivíduos, uma vez que a relação de idosos na população potencialmente activa passou para 25,4 indivíduos.

Gráfico nº 2 – Índice de envelhecimento em Portugal, em 2005.



© - Serviço Regional de Estatística dos Açores

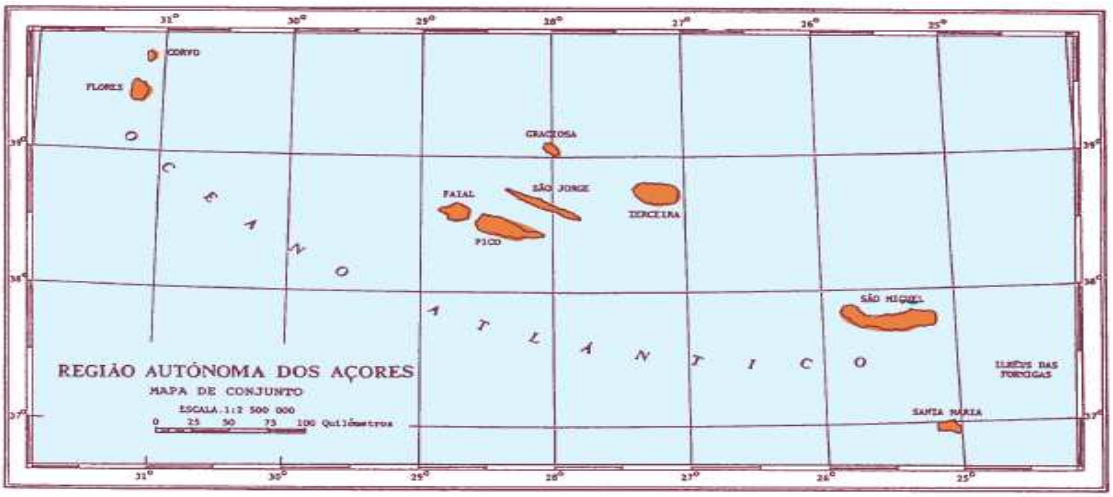
Em consequência deste aumento da esperança média de vida, prevê-se que a idade média da população aumente cerca de 2 anos para as mulheres e 2,5 anos para os homens, em 2050, o que poderá traduzir-se numa esperança média de vida de 84,7 anos para as mulheres e de 79 anos para os homens.

1.2 O CONTEXTO REGIONAL AÇORIANO - ASPECTOS DEMOGRÁFICOS

Neste ponto do trabalho pretendemos debruçarmo-nos sobre a realidade açoriana, o concelho da Ribeira Grande e a população idosa que nela está inserida.

Para esta breve caracterização do concelho da Ribeira Grande e do idoso na realidade açoriana recorremos à análise de diversa informação estatística, obtida junto do Serviço Regional de Estatística dos Açores (SREA) e do Instituto Nacional de Estatística (INE).

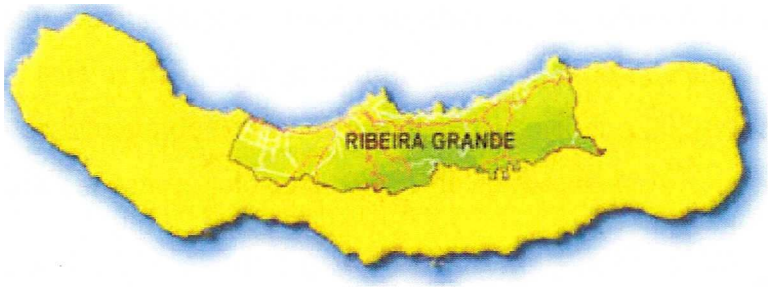
Figura nº 2 – Arquipélago dos Açores – Região Autónoma dos Açores.



© - Serviço Regional de Estatística dos Açores

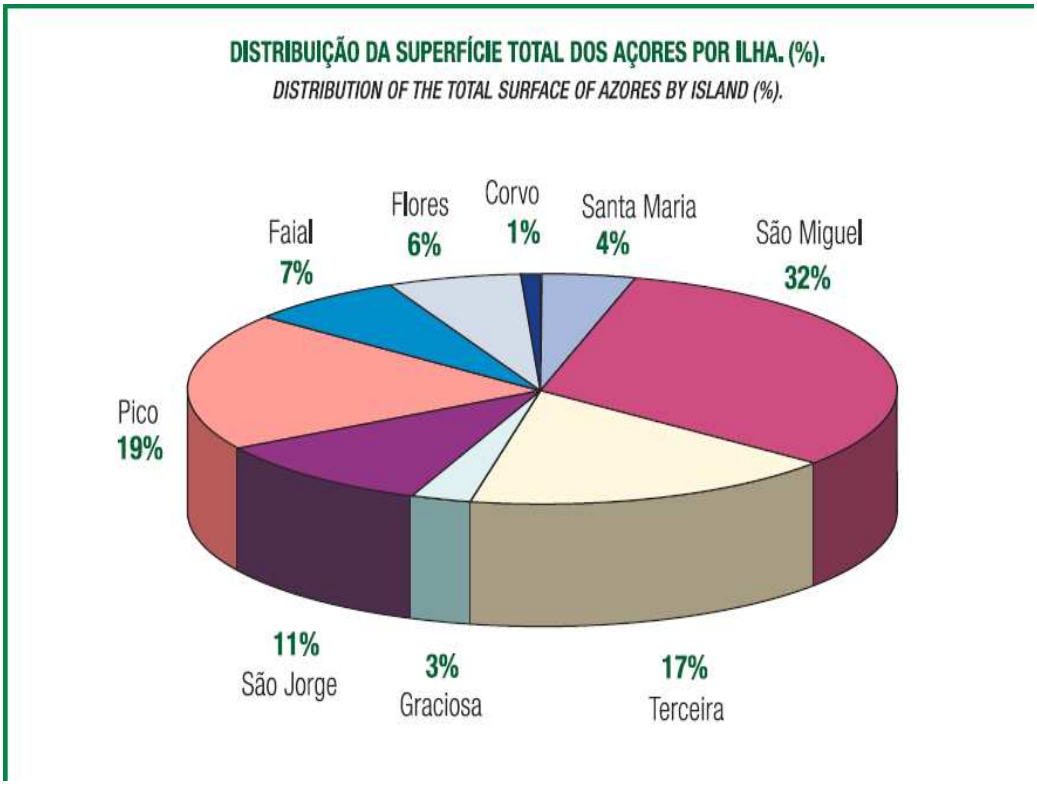
O arquipélago dos Açores compreende nove ilhas de natureza vulcânica e fica situado no Oceano Atlântico entre as latitudes 37° e 40° N e as longitudes 25° e 31 ° W. As diferentes ilhas que o constituem distribuem-se pelos grupos ocidental, central e oriental.

Figura nº 3 - Ilha de S. Miguel – Concelho da Ribeira Grande.



A ilha de S. Miguel está integrada no grupo oriental e localiza-se entre as latitudes 37°42' N e 37°54' N e as longitudes 25°51 ' W e 25°08' W. Com um formato aproximadamente rectangular, a ilha é alongada segundo a direcção E - W, apresentando um comprimento máximo de cerca de 65 km, uma largura variável entre os 8 e os 16 km e uma área da ordem dos 746,79 km^2. Sob o ponto de vista administrativo compreende os concelhos de Ponta Delgada (231,92 km^2), Ribeira Grande (179,50 km^2), Povoação (110,30 km^2), Nordeste (101,51 km^2), Vila Franca do Campo (78,00 km^2), e Lagoa (45,56 km^2).

Gráfico nº 3 – Distribuição da superfície total dos Açores por ilha. (%).



© - Serviço Regional de Estatística dos Açores

O concelho da Ribeira Grande desenvolve-se sensivelmente a meio da ilha de S. Miguel e confina a Norte com o mar, fazendo fronteira com todos os outros concelhos da ilha.

Quadro nº 1 – Número de Concelhos, Freguesias e área territorial do Continente, Madeira e Açores (Em 31 de Dezembro de 2007).

Número de Concelhos, de Freguesias e área territorial do Continente, Madeira e Açores (Em 31 de Dezembro de 2007).
Number of Municipalities, number of Parishes and territorial area of the Mainland, Madeira and Azores (On December 31st, 200).

	Concelhos *Municipalities*	Freguesias *Parishes*	Áreas Aproximadas *Approximate Areas*
	Nº. / *No.*	Nº. / *No.*	Km²
Continente / *Mainland* (*)	278	4 050	88 967,10
Região Autónoma da Madeira	11	54	778,92
Região Autónoma dos Açores	19	156	2 332,74
Santa Maria	1	5	97,18
São Miguel	6	64	746,79
Terceira	2	30	402,17
Graciosa	1	4	61,17
São Jorge	2	11	245,76
Pico	3	17	447,74
Faial	1	13	173,11
Flores	2	11	141,70
Corvo	1	1	17,12

FONTE: Instituto Geográfico Português (IGP).

(*) Não compreende as áreas dos estuários do Tejo (240 km²), do Sado (135 Km²) e da Ria de Aveiro (64,2 km²).

Unknown Zone

© - Serviço Regional de Estatística dos Açores

Em termos geomorfológicos, o concelho abrange o sector Noroeste (NE) da região dos Picos, o flanco N do Vulcão do Fogo, a vertente N do Planalto da Achada das Furnas, incluindo a zona da plataforma litoral, e o flanco N do Vulcão das Furnas.

Tem, assim, zonas de morfologia bastante diversa, com áreas relativamente planas e com escassez de linhas de água, como é o caso da região dos Picos, a

contrastar com zonas bastante acidentadas e ao longo das quais se destacam importantes linhas de água bem encaixadas, como é o caso da parte mais alta da vertente N do Vulcão do Fogo. Nesta área, merece especial destaque a caldeira do vulcão central do Fogo, depressão ocupada, em grande parte, pela Lagoa do Fogo, partilhada por este concelho e pelo concelho de Vila Franca do Campo.

De acordo com os dados do recenseamento geral de 2001 (SREA-CENSOS 2001) residiam no concelho 28 476 habitantes, o que representa um acréscimo de 4,8% em relação ao Censos 1991, aumento superior ao registado para todo o arquipélago (1,8%) e superior ao observado para a ilha de São Miguel (4,4%), no mesmo período.

Quadro nº2 - Estimativas da População Residente.

Estimativas da População Residente			Anos
			2001
Açores	Ilha de Santa Maria		5 565
	Ilha de São Miguel	Lagoa	15 367
		Nordeste	5 291
		Ponta Delgada	64 246
		Povoação	6 795
		Ribeira Grande	30 447
		Vila Franca do Campo	11 135
	Ilha Terceira		55 844
	Ilha da Graciosa		4 879
	Ilha de São Jorge		9 492
	Ilha do Pico		14 840
	Ilha do Faial		15 527
	Ilha das Flores		4 099
	Ilha do Corvo		479
Total			**244 006**

© - Serviço Regional de Estatística dos Açores

Os valores da densidade populacional do concelho, medida pelo número de habitantes por Km^2, são muito variáveis, indo desde os 43,9 na freguesia de Lomba de São Pedro aos 435,9 na vila de Rabo de Peixe, situando-se o valor médio do concelho

nos 158,6.

A operação censitária de 2001 revelava ainda que a população dos 0-14 anos representava 27,8 % do total, dos 15-29 anos 27,4%, dos 30 - 65 anos 35,3 % e com mais de 65 anos 9,5 %.

No período entre 1991 e 2001 a evolução demográfica do concelho da Ribeira Grande apresentou uma ligeira recuperação do número de habitantes. A variação da população não ocorreu de forma homogénea em todas as freguesias, verificando-se uma diminuição sustentada na zona urbana, onde se concentram o comércio e os serviços, e uma diminuição pontual em algumas freguesias rurais, em contraste com os aumentos superiores a 30% nas freguesias de Calhetas e de Pico da Pedra, onde novos bairros residenciais funcionam como zonas "dormitório" do concelho de Ponta Delgada.

O parque habitacional distribui-se pelas zonas urbanas e ao longo das vias de comunicação existentes, facto que faz com que a separação entre algumas das freguesias não seja muito nítida. Os aglomerados populacionais, exceptuando-se algumas unidades agrícolas com residências, desenvolvem-se até altitudes máximas na ordem dos 320 metros, verificando-se uma situação singular decorrente do facto da sua maior concentração populacional não se localizar na cidade, mas na vila de Rabo de Peixe.

A actividade económica no concelho da Ribeira Grande é bastante diversificada, tendo um peso preponderante o sector secundário face aos restantes sectores de actividade.

No que se refere a pensionistas do regime geral da Segurança Social, observamos que no final de 2003 o número de pensionistas a residir no Concelho era de 4862, sendo que 50,0 % dos pensionistas residentes no Concelho usufruíam de pensões de velhice, sendo esse valor percentual superior à média da ilha de São Miguel.

Em termos de percentagem da população residente, o número de pensionistas representa cerca de 17,1 % da população residente, valor semelhante ao observado para a ilha de São Miguel, mas inferior ao todo regional.

Tal como se observa em todo o espaço regional na última década, as principais

causas de morte da população residente no concelho da Ribeira Grande integram-se nas causas codificadas nas doenças cardiovasculares e cerebrovasculares com uma média de 32,3 % neste período. Seguem-se as causas codificadas como neoplasias malignas, com cerca de 12,5 %, mas cujo peso tem vindo a crescer ao longo do período, e as integradas nas doenças do foro respiratório, com uma média de 6,9 % das causas. Conclui-se, assim, que 51,7 % das causas de óbito se integram nos grupos acima referidos. Sendo a taxa de mortalidade usualmente considerada um bom indicador da morbilidade na população, então as actividades de prestação de cuidados em Saúde do Adulto no Centro de Saúde da Ribeira Grande direccionam-se de forma significativa para as áreas de morbilidade acima referidas, essencialmente na prevenção dos factores de risco conhecidos e a elas atribuíveis.

II PARTE

CUIDADOR INFORMAL

1 CUIDADOR INFORMAL E A PESSOA CUIDADA

Cuidar é um conceito complexo e multidisciplinar. Ao reflectirmos sobre a especificidade de cuidar, somos da opinião que as diferentes definições existentes, que exploram as várias perspectivas, se complementam. Assim, o cuidar apresenta múltiplas vertentes, sendo estas: relacional, afectiva, ética, sociocultural, terapêutica e técnica.

Cuidar é, pois, manter a vida garantindo a satisfação de um conjunto de necessidades a ela indispensáveis, mas que são diversificadas na sua manifestação (Colière, 1999).

Segundo Luders e Storani (1999), cuidar é o acto de assistir alguém ou prestar-lhe serviço quando este necessita. É uma actividade complexa com dimensões éticas, psicológicas, sociais, demográficas e que também tem os seus aspectos clínicos, técnicos e comunitários.

O acto de cuidar de alguém, embora nobre, reveste-se de um risco substancial de doenças, sejam estas físicas ou mentais, e é ao cuidador informal que são destinadas as maiores responsabilidades (Paschoal, 1999).

Os cuidadores deverão conhecer as necessidades, as possibilidades e as limitações da pessoa a ser cuidada (Zimerman, 2000).

A atenção dos profissionais de saúde deve direccionar-se para a intervenção realizada na relação com o idoso dependente e também com o cuidador, de modo a permitir a adopção de estilos de vida saudáveis, evitando que quem preste cuidados necessite também de vir a ser cuidado.

E a enfermagem deverá estar familiarizada com as características do acto de cuidar e com as necessidades que os cuidadores informais apresentam, para poder ser capaz de lhes prestar auxílio.

Sendo o cuidador uma pessoa, esta tem necessidades que devem ser satisfeitas de modo a atingir o seu bem-estar, devendo ser vista numa perspectiva holística. O cuidador é a pessoa que cuida, sendo esta a sua acção, e o processo de cuidar é a forma como se dá o cuidado. É interactivo o processo entre o cuidador e o ser cuidado, em que o primeiro tem um papel activo, pois desenvolve acções e comportamentos de cuidar (Waldow, 1999).

O indivíduo é capaz de reflectir criticamente nas suas acções, e tal significa que estamos no domínio da ética e da moral. O termo "moral" deriva do latim *mos/ /mores* que significa costumes. Refere-se às regras de conduta humana no quotidiano. O termo "ética" equivale etimologicamente à "moral", pois provém do grego "ethos", que também significa "carácter", "modo de ser", "costumes", "conduta de vida" (Vasquez e Durant *in* Fortes (1998).

Quando um indivíduo se torna capaz de tomar decisões de acordo com estes valores morais passa a ser autónomo e, como tal, responsável pelas decisões que toma e pelas acções que desenvolve.

Em termos gerais, a motivação e as causas que levam os cuidadores a iniciar ou continuar a prestação de cuidados são várias: " (…) tradições de um país, pelas normas sociais, pelo estádio de evolução relativamente às modificações da estrutura familiar, pela concepção da vida, pela história de cada indivíduo (…)." (Santos, 2006).

A pessoa pode tornar-se cuidador de várias formas; por instinto, quando motivada inconscientemente a prestar auxílio a alguém que necessita dele; por vontade própria, quando motivada com intuito de satisfazer as emoções pelo meio da relação com o outro; por capacidade, quando é a pessoa que tem formação técnica; e por conjuntura, quando se encontra numa situação extrema não havendo outra opção (Maia et al, 2003), ou por uma mistura de todas elas.

A motivação para cuidar de alguém assenta em quatro razões:

- **No amor**, que é um sentimento que não requer explicação científica;

- **Na gratidão**, na qual se consideram as experiências passadas e tudo o que foi anteriormente oferecido pelo indivíduo agora necessitado. A noção de dever surge na literatura, segundo Sousa et al. (2004), como a motivação mais poderosa que leva o cuidador a prestar cuidados. O dever ou pressão social, apoiados no modelo da família tradicional, implicam por um lado que os familiares se sintam desvalorizados aos olhos dos outros se não tomarem conta dos seus familiares e, por outro, se sintam valorizados se respeitarem a regra;

- **Na moralidade**, que segue basicamente as expectativas de uma sociedade. O dever moral pode surgir de diversas formas e ter variadas origens, nomeadamente, " (…) dar em troca; não se sentir culpado; cumprimento de promessa feita (…) que implica que os cuidadores se coloquem no lugar do outro ou sentimentos de gratidão e reciprocidade para com a pessoa de quem se cuida (…) " (Ibidem, 2004);

-**A solidariedade conjugal**, filial ou familiar, ou seja, " (…) a solidariedade conjugal vitalícia, uma vez que se casam para o melhor e para o pior, na saúde e na doença (…) laços filiais (gratidão sincera para com os pais, sem envolver a noção de dever e troca) e noutros laços familiares " (Ibidem, 2004);

- **Na vontade própria em promover cuidados a alguém** (Cohen e Eisdorfer, 1999).

A componente religiosa, segundo (Sousa, 2004), constitui outra motivação.

Segundo Carletti e Rejani (1999), cuidar pode dividir-se em formal ou informal, sendo o cuidado formal constituído pelos cuidados prestados pelas agências do sistema formal de saúde aos indivíduos que deles necessitam, e o cuidado informal os prestados pela família ou comunidade à pessoa com dificuldades ou impossibilitada de se auto-cuidar.

Segundo Lage (2005), "O cuidado informal é aquela prestação de cuidados a pessoas dependentes por parte de família, amigos, vizinhos ou outros grupos de pessoas, que não recebem retribuição económica pela ajuda que oferecem".

A prestação de cuidados não se reparte dentro da família equitativamente, uma vez que existe um cuidador principal. Família cuidadora, ou cuidador informal são

indivíduos não pagos, tais como família, amigos e vizinhos que prestam cuidados, podendo ser cuidadores primários ou secundários e trabalhar ou não a tempo inteiro, e viver com ou separadamente da pessoa cuidada.

Carrero, et al. (2002, cit. in Lage, 2004), refere que "a disposição e capacidade da família para assumir a responsabilidade a longo prazo por familiares idosos dependem de um conjunto de circunstâncias e motivações."

Sendo a família a base da estrutura social, é reconhecido que assuma uma importância/função muito particulares nas etapas da vida humana, como na infância e na adolescência, direccionadas mais para o seu papel educativo. Na velhice, este papel é mais assistencialista, já que o sentido de prestar algum suporte ao idoso está em procurar manter o seu equilíbrio afectivo, emocional e físico.

Deste modo, poder-se-á dizer que a rede social formal e informal é importante no que se refere à prestação de cuidados, mas como referem Figueiredo e Sousa (2002), é à família que cabe a responsabilidade de cuidar diária e ininterruptamente do idoso, o que pode implicar um desgaste da saúde física e psicológica, podendo gerar desgaste do cuidador, situação definida por Carpenito (2002) como sendo "um estado no qual um individuo apresenta sobrecarga física, emocional, social e/ou financeira no processo de cuidar de outra pessoa".

A capacidade e disposição para assumir a responsabilidade a longo prazo de pessoas dependentes depende de um conjunto de circunstâncias e motivações.

Poder-se-á dizer que cuidar de uma pessoa idosa dependente gera frequentemente o desgaste do cuidador, que se manifesta por uma redução da vitalidade, do desempenho físico e social, podendo causar sentimentos de frustração, culpa, raiva e até de subestima por se sentir incapaz de cumprir plenamente o seu papel (Carpenito, 2002).

Contudo, desde que não apresente incapacidades, o familiar cuidador é o elemento que melhor pode cuidar do idoso, uma vez que este é sensível ao meio que o rodeia e às pessoas com que este se relaciona (Howe e Lettieri, 1999).

2 SOBRECARGA DO CUIDADOR INFORMAL

Cuidar envolve um conjunto de variáveis que são co-responsáveis e potenciam alterações positivas e negativas, neste mesmo conceito. O princípio é que qualquer pessoa que viva em comunhão com outra é influenciada pelo seu comportamento, e esta relação tem nuances que resultam da duração, da intensidade e da empatia que estes indivíduos nutrem um pelo outro.

Os impactos que os cuidados geram nos cuidadores são descritos frequentemente como “carga”, sendo este conceito relativo aos cuidadores, designado em inglês por “*burden*”. Etimologicamente, carga significa “o que pesa sobre uma pessoa”, “responsabilidade ou incumbência” ou “o que incomoda”. Esta definição comporta duas dimensões: relativa e objectivamente ao trabalho, ao peso da tarefa em si, e outra dimensão que diz respeito ao normativo, à responsabilidade e ao dever.

Também será importante referir que existem dois níveis no que respeita às repercussões do cuidar: as objectivas, que são resultantes da prática dos cuidados, e as subjectivas, que percepcionam as primeiras. As repercussões objectivas têm um cariz mais visível, enquanto que as subjectivas são menos explícitas, uma vez que se manifestam através de *stress* ou sofrimento.

A carga objectiva é definida como toda a alteração observável e verificável, e a subjectiva como o sentimento de uma obrigação originada pelas tarefas desempenhadas. A carga relaciona-se com a tensão própria do ambiente das relações interpessoais, e pode ser vivenciada de forma diferente pelos cuidadores, pois enquanto que para alguns não é sentida como um fardo, para outros pode provocar sentimentos de grande intensidade.

A carga subjectiva traduz-se como a percepção que o acto de cuidar possa envolver no que respeita à sua percepção emocional.

O desgaste do cuidador não afecta apenas este e a pessoa cuidada, mas sim todos os elementos que fazem parte do núcleo de relacionamento.

As repercussões que se manifestam sobre quem cuida variam ao longo do processo de cuidar, sendo que a sobrecarga/*stress* é mais intensa no início da relação, com probabilidades de diminuir à medida que o cuidador se vai adaptando à nova situação e vai adquirindo mais competências para cuidar (Andreasen, 2003; Spar e La Rue, 2005).

Alguns estudos (Mors, Sorensen e Therkildsen 1992; Lavoie, 2000) demonstram que a primeira fase é a que maior desgaste provoca nas famílias, porque é aqui que se verifica o maior número de alterações no quotidiano familiar do cuidador. Não raramente, os cuidadores demonstram reacções negativas e de protesto, as quais são apaziguadas através de estratégias de *coping*.

Sousa, Figueiredo e Sequeira (2004) referem que a qualidade de vida dos cuidadores é influenciada de forma negativa ou positiva dependendo das estratégias que estes adoptam, ou seja, o modo como gerem situações face ao *stress*.

Segundo Sequeira (2007) a história de vida do cuidador com o idoso dependente torna-se relevante para a aceitação do papel do cuidador de forma positiva ou negativa. As experiências de conflito potenciam a percepção de repercussões negativas, em que as relações interpessoais passadas influenciam o comportamento entre ambos. Segundo o mesmo autor, as características intrínsecas do cuidador, como a percepção de auto-eficácia ou a auto-estima, são determinantes para a percepção de sobrecarga, e quanto maior for o conhecimento que o cuidador tem sobre a situação do idoso dependente, menor será a tendência para o aparecimento de elevados níveis de sobrecarga.

Os cuidadores apresentam necessidades que dependem da sua condição individual, variando consoante diversos factores, tais como: o grau de dependência do idoso, a sua situação financeira e, também, os meios de apoio existentes na comunidade. Segundo Quaresma (1996), entre as necessidades do cuidador informal, destacam-se:

- Situação financeira, devido às despesas com o idoso (saúde, alimentação e apoio social);

- Ajudas ao nível técnico, abrangendo os artigos que permitem uma maior autonomia do idoso dependente, facilitando a ajuda do prestador de cuidados (camas articuladas, cadeiras de rodas, andarilhos e bengalas);

- Protecção, assistência e apoio social devido às carências resultantes da incompatibilidade em continuar a assumir uma actividade profissional e a prestação de cuidados dentro da família. Esta situação, não sendo reconhecida pelo Estado (que só prevê as faltas para prestação de cuidados por quinze dias por ano, para os funcionários públicos), provoca dificuldades acrescidas aos cuidadores informais, que, por fim, abdicam da sua actividade profissional colocando-se numa situação de ausência ou antecipação de reforma por falta de contribuições;

- Apoios na comunidade, facilitando o acesso à informação e permitindo, assim, o acesso aos serviços disponíveis;

- Disponibilidade de tempo, aumentando o seu próprio isolamento causado pelas funções e responsabilidades que assume, de modo a ter tempo livre para as suas próprias necessidades e descanso.

- Facilidade em estar acompanhado, conviver e ser apoiado ao nível psico--social, possibilitando a partilha da situação em que se encontra, dos seus receios e/ou dificuldades;

- Acesso à informação sobre o modo como ajudar de forma mais eficaz o idoso dependente, com o conhecimento dos serviços disponíveis na comunidade;

- Acesso a formação, de modo a permitir a ajuda mais adequada ao idoso dependente cuidado, através de práticas que também oferecem uma maior segurança sobre os cuidados prestados ao cuidador.

Será ainda de referir que o *stress* provocado pela recusa ao nível da aceitação do estado de dependência, por parte do cuidador e/ ou do próprio idoso, pode aparecer ou aumentar, provocando alterações na vida do cuidador.

Como refere Santos (2005), ao nível físico, os cuidadores têm a sensação da degradação gradual do seu estado de saúde, mostrando-se a sua saúde global mais frágil, com maior prevalência de doenças crónicas (Haley et al.1996, cit. in Sousa et al., 2004), que se vai agravando conforme o aumento da idade.

Gonçalves (2003) destaca os seguintes factores stressantes, identificados pelos cuidadores informais:

- Cuidadores directos, contínuos, intensos e a necessidade de vigilância

constante;

- Desconhecimento ou falta de informação para o desempenho do cuidado;

- Sobrecarga de trabalho para um único cuidador, especialmente os problemas de saúde desencadeados pela idade avançada do cuidador;

- Conflitos familiares vinculados ao trabalho solidário do cuidador (sem ajuda) e ao não reconhecimento do seu esforço por parte dos demais familiares;

- A dificuldade em adaptar as exigências do cuidar aos recursos disponíveis, incluindo os recursos financeiros, a redução das actividades sociais e profissionais, o abandono das actividades de lazer, entre outras.

Tal como afirma Stroebe et al. (1999), a saúde pode ser afectada directa ou indirectamente devido ao *stress*, através das alterações fisiológicas ou do comportamento do indivíduo, respectivamente. Como consequência, a saúde pode tornar-se mais débil quer pela existência de outras doenças, quer pela diminuição da capacidade do corpo para resistir.

Embora existam cuidadores que apresentam níveis de sobrecarga muito elevados, verifica-se, também, que existem sentimentos em relação ao cuidar que são emocionalmente gratificantes, traduzindo-se numa perspectiva pessoal enriquecedora.

Sommerhalder (2001), inúmera aspectos vivenciados pelos cuidadores, como positivos ou benéficos, sendo estes:

- Crescimento pessoal;

- Aumento do sentimento de realização, do orgulho e da habilidade para enfrentar desafios;

- Melhoria do relacionamento interpessoal (tanto com o idoso, como com as outras pessoas);

- Aumento do significado da vida;

- Prazer;

- Satisfação;

- Retribuição;

- Satisfação consigo próprio;

- Bem-estar com a qualidade do cuidado oferecido.

III PARTE

ESTUDO EMPÍRICO

1 METODOLOGIA

Ao longo deste capítulo apresentamos, de forma objectiva e sistemática, os procedimentos efectuados nas diferentes etapas do estudo, nomeadamente o tipo de estudo, os instrumentos de colheita de dados e sua aplicação, o protocolo de colheita de dados e as técnicas utilizadas na análise de dados.

1.1 TIPO DE ESTUDO

Para dar resposta à questão de partida que pretendemos analisar **Quais os níveis de Sobrecarga do cuidador informal de idosos dependentes no Concelho da Ribeira Grande**, optámos por uma abordagem do tipo quantitativo, descritivo, exploratório, observacional e transversal, com vista a obter resultados válidos à questão colocada, sendo este um esquema fundamental que orienta a perspectiva que o investigador dá ao seu estudo (Quellet, cit. in Fortin, 1999).

Optámos por um desenho de investigação quantitativo, do tipo exploratório, uma vez que se pretende analisar a prevalência da sobrecarga e a sua relação com o contexto do cuidar.

Descritivo, porque retrata uma situação utilizando o questionário, técnica esta que predomina para a observação em pesquisas deste tipo (Fortin, 1999).

Observacional, porquanto o investigador não interfere nas variáveis, e as suas variáveis independentes não são passíveis de serem manipuladas.

Transversal, porque a avaliação é feita num determinado momento temporal (Maio a Dezembro de 2008).

1.2 OBJECTIVOS

Delinearam-se os seguintes objectivos que norteiam a investigação, tendo em conta a problemática exposta:

- Avaliar os níveis de sobrecarga objectiva e subjectiva apresentados pelo cuidador informal de idosos dependentes;

- Avaliar o índice de dependência dos idosos nas actividades básicas de vida diária;

- Analisar a relação entre a sobrecarga do cuidador informal e as variáveis sócio-demográficas (sexo, idade, estado civil, profissão, habilitações literárias);

- Analisar a relação entre a sobrecarga do cuidador informal de pessoas idosas e os níveis de dependência das actividades básicas/instrumentais da vida diária dos idosos dependentes.

1.3 POPULAÇÃO E AMOSTRA

Constituíram a população alvo todos os cuidadores informais de idosos dependentes, ou seja, idosos com limitações ou incapacidades funcionais nas actividades de vida diária, inscritos no serviço de apoio domiciliário das Unidades de Saúde do Centro de Saúde da Ribeira Grande e que aceitaram participar voluntariamente no estudo.

Participaram no estudo os cuidadores que reuniam os seguintes critérios de inclusão:

- Ter mais de 18 anos de idade;
- Ser o cuidador principal do doente dependente (com o mínimo de seis meses de prestação de cuidados);
- Não ser pago pelo facto de cuidar do doente dependente e possuir capacidades para compreender e responder verbalmente ao instrumento de colheita de dados;
- Residir no concelho da Ribeira Grande;
- Assinar o consentimento informado.

1.4 INSTRUMENTOS DE COLHEITA DE DADOS

Os instrumentos de colheita de dados utilizados foram a escala de sobrecarga do cuidador (Sequeira, 2007), a versão abreviada do Índice de Barthel (Mahoney & Barthel, 1965; Sequeira, 2007) e a versão abreviada do Índice de Lawton (Lawton & Brody, 1969; Sequeira, 2007), destacando-se estes últimos como dois instrumentos amplamente utilizados na prática clínica para o diagnóstico de comprometimento nas actividades básicas de vida diária.

Estas actividades são definidas de um modo sucinto, segundo Sequeira (2007), como, "um conjunto de actividades primárias da pessoa relacionadas com o auto--cuidado e a mobilidade, que permitem ao indivíduo viver sem necessitar de ajuda".

O instrumento de avaliação das actividades básicas da vida diária (ABVD), baseia-se na versão abreviada do Índice de Barthel (Mahoney & Barthel, 1965; Sequeira, 2007). Sendo este índice composto por 10 actividades básicas de vida diária, em que cada actividade apresenta entre dois a quatro níveis de dependência, o score "0" corresponde à dependência total, sendo a independência pontuada com "5", "10" ou "15" pontos de acordo com os níveis de diferenciação.

As variáveis estudadas pelo Índice de Barthel são: a alimentação; o vestir; o banho; a higiene corporal; o uso da casa de banho; o controlo intestinal; o controlo vesical; o subir escadas; a transferência cadeira/cama e a deambulação.

Quanto menor for a pontuação maior é o grau de dependência, variando de modo inversamente proporcional ao grau de dependência, flutuando a sua cotação global entre 0 a 100 pontos, consoante os seguintes pontos de corte:

90- 100 Pontos Independente;

60- 90 Pontos Ligeiramente dependente;

40-55 Pontos Moderadamente dependente;

20- 35 Pontos Severamente dependente;

<20 Pontos Totalmente dependente.

Este índice possibilita a avaliação da capacidade funcional do idoso e determina o grau de dependência de forma global e de forma parcelar, em cada actividade.

São oito as actividades instrumentais que fazem parte do instrumento de avaliação da vida diária (AIVD), através da versão abreviada do Índice de Lawton (Lawton & Brody, 1969; Sequeira, 2007), sendo estas: cuidar da casa, lavar a roupa, preparação da comida, ir ás compras, utilização do telefone, utilização de transporte, gestão do dinheiro e gestão da medicação.

Cada item apresenta 3, 4 ou 5 níveis diferentes de dependência, pelo que cada actividade é pontuada de "1 a 3", de "1 a 4" ou de "1 a 5", em que uma maior pontuação corresponde a um maior grau de dependência.

Este índice varia entre 8 e 30 pontos, de acordo com os seguintes pontos de corte:

8 pontos Independente;

9 - 20 pontos Moderadamente dependente, necessita de uma certa ajuda;

> 20 pontos Severamente dependente, necessita de muita ajuda.

O Índice de Lawton é um instrumento que permite avaliar o grau de dependência nas actividades instrumentais de vida diária de forma global e também de forma parcelar.

A avaliação da sobrecarga é efectuada com o recurso à escala de sobrecarga do cuidador (ESC), traduzida e adaptada para a população portuguesa por Sequeira (2007) a partir da *Burden Interview Scale* (Zarit e Zarit, 1983; Martin, 1996; Scazufca, 2002).

Esta escala, na versão original, era constituída por 29 questões, onde se incluíam aspectos relacionados com a saúde física e psicológica, os recursos económicos, o trabalho, as relações sociais e a relação com o "receptor de cuidados".

Posteriormente, este instrumento foi revisto e reduzido o número de questões para 22 (Zarit e Zarit, 1983; Martin, 1996; Scazufca, 2002).

É um instrumento que permite avaliar a sobrecarga objectiva e subjectiva do cuidador informal e que inclui informação sobre quatro factores:

- **"IMPACTO DE PRESTAÇÃO DE CUIDADOS"**: agrupa os itens que se referem à sobrecarga relacionada com a prestação de cuidados directos, em que se destacam a alteração do estado de saúde, o elevado número de cuidados, a alteração das relações sociais e familiares, a falta de tempo, o desgaste físico e mental. Encontram-se os itens relativos ao impacto dos cuidados directos no contexto do cuidador, sendo estes (1,2,3,6,9,10,11,12,13,17 e 22).

- **"RELAÇÃO INTERPESSOAL"**: apresenta e agrupa os itens que relacionam a sobrecarga entre cuidador e a pessoa dependente alvo de cuidados. Estes avaliam o impacto interpessoal resultante da relação da prestação de cuidados, principalmente associados às dificuldades inter-relacionais. Esta relação é avaliada por cinco itens, sendo estes (4,5,16,18 e 19).

- **"EXPECTATIVAS FACE AO CUIDAR"**: Estas expectativas relacionam-se com a prestação de cuidados relativos ao cuidador, no que diz respeito aos medos, receios e disponibilidades, sendo constituído por quatro itens (7,8,14 e 15).

- **"PERCEPÇÃO DE AUTO-EFICÁCIA"**: relaciona-se com a opinião do cuidador face ao seu desempenho e, é constituído por dois itens (20 e 21).

Cada item é pontuado de forma qualitativa/quantitativa da seguinte forma: nunca = (1); quase nunca = (2); às vezes = (3); muitas vezes = (4) e quase sempre = (5). Nesta versão (1 a 5), obtém-se um *score* global que varia entre 22 e 110, em que um maior *score* corresponde a uma maior percepção de sobrecarga, de acordo com os seguintes pontos de corte:

- **Inferior a 46** Sem sobrecarga;
- **Entre 46 a 56** Sobrecarga ligeira;
- **Superior a 56** Sobrecarga intensa.

1.5 PROTOCOLO DE COLHEITA DE DADOS

A colheita de dados foi realizada nos domicílios dos cuidadores de idosos dependentes, residentes no concelho da Ribeira Grande, São Miguel, Açores, e foi realizada entre nos meses de Maio e Dezembro de 2008 (ver Anexo A).

Os cuidadores informais foram seleccionados através do registo de inscrições dos Serviços de Apoio Domiciliário das referidas Unidades de Saúde, sendo-lhes aplicado no âmbito da visitação domiciliária os instrumentos de colheita de dados utilizado neste estudo.

Entendemos pertinente referir que a escolha desta área geográfica se baseia, em primeiro lugar, no facto de este Concelho ser o maior em área de todos os Concelhos dos Açores, representando, em termos populacionais, 11.7% da população açoriana, pelo que entendemos que o estudo não é representativo, mas tem significado para os Açores (INE, 2002). Em segundo lugar, pelo facto de o tempo disponível para a realização da dissertação ser limitado, e por último, pela facilidade de acesso ao Centro de Saúde anteriormente referido, através das suas equipas de enfermagem, que foram elementos facilitadores para o estudo, visto que estas prestam serviço de apoio domiciliário e lidam directamente com os indivíduos que são o foco da nossa atenção.

Optámos por proceder à aplicação do questionário nos domicílios dos cuidadores que foram alvo do estudo, pelo investigador e/ou por enfermeiros das Unidades de Saúde, a quem foi efectuada uma explicação prévia do estudo, garantindo-se o esclarecimento de quaisquer dúvidas que pudessem surgir sobre o seu preenchimento.

A aplicação do questionário ocorreu da seguinte forma:

- Entrevista estruturada, em que o investigador questionou o cuidador informal, preenchendo ele próprio o questionário de acordo com os dados fornecidos.

1.6 EDIÇÃO E ANÁLISE DOS DADOS

Para dar resposta às questões da investigação, torna-se necessário tratar os dados recolhidos com vista ao sucesso da investigação. Segundo Fortin (1999) " o método de análise deve ser congruente em relação aos objectivos e ao desenho do estudo ".

Os dados recolhidos foram editados numa base especificamente criada para o efeito no programa SPSS (*Statistical Package for the Social Sciences*), versão 15.0 para Windows Vista 2007.

Os questionários aplicados que identificam os cuidadores e os idosos dependentes foram sujeitos a codificações por um número editor e tratados separadamente da base geral, de modo a garantir a sua confidencialidade.

Para sistematizar e salientar a informação fornecida pelos dados recolhidos, utilizou-se a estatística descritiva, nomeadamente: frequências absolutas (nº) e relativas (%), dependendo dos dados em questão.

Após a avaliação das características de distribuição amostral, as variáveis quantitativas contínuas foram descritas através de medidas de tendência central, percentagens e percentagens acumuladas, seguindo-se tentativas de transformação e seu reagrupamento.

A edição, análise e tratamento dos dados decorreu entre os meses de Julho e Dezembro de 2008 (ver Anexo A).

1.7 CONSIDERAÇÕES ÉTICAS

Fazer investigação em saúde implica, não raramente, estudar populações constituídas por indivíduos fragilizados de forma física ou psicológica, de modo temporário ou permanente, e tal facto deve contribuir para que a enfermagem se debruce de forma mais cuidada sobre o dever de protecção daqueles que estão mais fragilizados e vulneráveis (Cf. Artº 81 do CDE –"Dos valores Humanos").

Qualquer investigação é regida por regras internacionais e nacionais, relativamente às pessoas e no que concerne à sua protecção, podendo referir-se que para tal contribuem o Código de Nuremberg (1947), a Declaração de Helsínquia, saída da 18ª Assembleia da Associação Médica Mundial, (1964) – com as directrizes estabelecidas na primeira e nas revisões sucessivas (1975, 1983, 1989, 1996, 2000 e 2002), a Convenção sobre os Direitos do Homem e a Biomedicina (2003), entre outros.

A investigação eticamente correcta baseia-se no consentimento fundamentado ou esclarecido. Assim sendo, torna-se imperioso observar todas as disposições necessárias para proteger os direitos e liberdades das pessoas que participem na investigação.

Será de salientar que, no que diz respeito aos instrumentos de colheita de dados utilizados neste trabalho, foram cumpridos todos os requisitos legais para a sua utilização.

Numa fase inicial, foi solicitado ao Centro de Saúde da Ribeira Grande o consentimento para aceder aos dados relativos aos utentes inscritos neste Centro de Saúde, que tivessem apoio dos serviços domiciliários das suas Unidades de Saúde (ver Anexo F), tendo recebido a respectiva autorização (ver Anexo E).

A todos os participantes foi solicitada a sua declaração de consentimento, tendo sido devidamente esclarecidos e informados do estudo a desenvolver, dos seus objectivos, da necessidade estrita da sua participação voluntária, e da possibilidade de poderem, a qualquer momento, desistir da sua participação, não sofrendo por isso qualquer transtorno (ver Anexo B e C).

Todos os participantes do estudo foram informados do direito de acesso aos resultados da investigação, assim como foram fornecidas as formas de contacto com o aplicador do questionário, de modo a permitir o esclarecimento de dúvidas eventuais.

1.8 CONSENTIMENTO INFORMADO

Segundo Fortin (1999) "(…) a investigação aplicada a seres humanos pode, por vezes, causar danos aos direitos e liberdades das pessoas. Por conseguinte, é importante tomar todas as disposições necessárias para proteger os direitos e liberdades das pessoas que participam nas investigações".

Assim, para uma abordagem abrangente do consentimento informado, realizámos três etapas, envolvendo sete elementos no processo:

I) Pré-Condições:

- **1. Capacidade** (para entender e decidir),
- **2. Voluntariedade** (na decisão);

II) Elementos da Informação:

- **3. Explicação** (informações sobre riscos e benefícios),
- **4. Recomendação** (proposta de alternativa mais adequada),
- **5. Compreensão** (dos termos 3 e 4);

III) Elementos do Consentimento:

- **6. Decisão**
- **7. Autorização**

Elaborámos, então, conforme a "declaração de Helsínquia da Associação Médica Mundial" (Helsínquia 1964; Tóquio 1975; Veneza 1983) uma declaração de consentimento, com o intuito de obter, de forma legal, o consentimento dos participantes do estudo (ver Anexo B).

IV PARTE

RESULTADOS

1 APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS

Neste capítulo do trabalho apresentamos os resultados em subcapítulos, de acordo com os grupos de parâmetros em estudo, de modo a facilitar a sua análise. Assim, organizámos os resultados em três partes: na primeira parte, apresentam-se os resultados relativos aos idosos dependentes, em termos da sua caracterização no que se refere à sócio-demografia (sexo, grupo etário, estado civil, grau de escolaridade), actividade profissional, antecedentes pessoais, situação social e dependência dos idosos nas actividades básicas de vida diária e nas actividades instrumentais de vida diária.

Na segunda parte, apresentam-se os resultados relativos aos cuidadores informais, também no que se refere à sua caracterização sócio-demográfica (sexo, grupo etário, estado civil, grau de escolaridade), situação profissional/ocupação, relação de parentesco com o idoso dependente, caracterização do estado de saúde, há quanto tempo presta cuidados, tempo de cuidados prestados por dia e, por fim, os resultados referentes aos cuidadores informais de acordo com o grupo etário e a localidade onde estão inseridos.

Na terceira parte, debruçamo-nos sobre os resultados referentes à sobrecarga do cuidador informal de idosos dependentes do concelho da Ribeira Grande, analisando os principais factores de sobrecarga, "Impacto da prestação de cuidados / Relação interpessoal / Expectativas face ao cuidar / Percepção de auto-eficácia", e analisamos também a sobrecarga objectiva e subjectiva, a sua cotação global na escala de sobrecarga do cuidador e os níveis de sobrecarga de acordo com os pontos de corte para a ESC.

2 IDOSOS DEPENDENTES

Nesta fase, pretende-se retratar os idosos dependentes segundo a caracterização sócio-demográfica, sexo, idade, estado civil, grau de escolaridade,

profissão, antecedentes pessoais, situação social, níveis de dependência apresentados nas actividades básicas de vida diária (ABVD) de acordo com o Índice de Barthel e níveis de dependência apresentados nas actividades instrumentais de vida diária (AIVD), de acordo com o Índice de Lawton.

2.1 CARACTERIZAÇÃO SÓCIO-DEMOGRÁFICA

Para realizar a caracterização sócio-demográfica do nosso estudo, optámos por apresentar, através de tabelas, os resultados obtidos através do questionário realizado.

Pode observar-se, segundo a tabela nº 1, que a amostra é constituída por 78 indivíduos, sendo 38.5% do sexo masculino e 61.5% do sexo feminino.

Tabela nº 1 - Distribuição dos idosos dependentes de acordo com o sexo.

Sexo do idoso dependente	N	(%)
Masculino	30	38,5
Feminino	48	61,5
Total	78	100,0

Podemos observar, segundo a tabela nº 2, que se trata de uma população muito idosa, em que a maioria se encontra acima dos 75 anos de idade, sublinhando que 3,8% se encontram entre os 95 e os 99 anos de idade.

Tabela nº 2 - Distribuição dos idosos dependentes de acordo com a faixa etária.

Grupo etário do idoso	N	(%)	Frequência acumulada
[65-74 anos]	19	24,4	24,4
[75-84 anos]	38	48,7	73,1
[85-94 anos]	18	23,1	96,2
[95-99 anos]	3	3,8	100,0
Total	78	100,0	

Relativamente ao estado civil, constatamos que a maioria se encontra viúva (51,3%) e que um número significativo está casado (34,6%).

Tabela nº 3 - Distribuição dos idosos dependentes de acordo com o estado civil.

Estado Civil do Idoso dependente	N	(%)
Casado	27	34,6
Solteiro	9	11,5
Viúvo	40	51,3
Divorciado	2	2,6
Total	78	100,0

Na tabela nº 4, podemos observar que um elevado número de indivíduos (79,5%,) não concluiu a 4ª classe. Neste grupo, que se denomina sem escolaridade, encontram-se (46,2%) de idosos que não sabem ler nem escrever, tendo como opositor 1.3% de idosos com ensino superior.

Tabela nº 4 - Distribuição dos idosos dependentes de acordo com o grau de escolaridade.

Escolaridade do Idoso dependente	N	(%)	Frequência acumulada
Sem escolaridade	36	46,2	46,2
Sabe ler e escrever	26	33,3	79,5

1º Ciclo de Ensino Básico (4ª classe)	14	17,9	97,4
Ensino Secundário (12º ano)	1	1,3	98,7
Ensino Superior	1	1,3	100,0
Total	78	100,0	

2.2 ACTIVIDADE PROFISSIONAL

Neste ponto, referimo-nos à profissão dos idosos, sendo que no que se refere aos indivíduos "reformados", estes representam Homens e Mulheres com reforma efectiva, sem outra fonte de rendimentos, enquanto o item "doméstica" representa Mulheres sem reforma e que se dedicam ao lar e, por conseguinte, também não têm como obter ajuda financeira.

Na tabela nº 5, podemos observar que 46.2% (36 Indivíduos do sexo feminino) são domésticas sem reforma, 44.9% são reformados, existindo um número muito reduzido de idosos que se encontra em actividade no mercado de trabalho. Apenas 3,9% ainda se mantém em actividade profissional.

Tabela nº 5 - Distribuição dos idosos dependentes de acordo com a profissão.

Profissão do Idoso dependente	N	(%)
Reformado	35	44,9
Doméstica	36	46,2
Camponês	4	5,1
Taxista	1	1,3
Vendedor de peixe	1	1,3
Costureira	1	1,3
Total	78	100,0

2.3 ANTECEDENTES PESSOAIS

Os dados aqui expostos referem-se a situações clínicas que foram diagnosticadas, nas quais os indivíduos tiveram acompanhamento por parte de cuidadores formais.

Quanto aos antecedentes pessoais, na análise à tabela nº6, verifica-se que 34.6% dos idosos apresentam *status* pós AVC, seguido de 26.9% com HTA, contrapondo-se 1.3% de traumatismo craniano e outro/reumático. Daqui poderemos depreender que os idosos dependentes apresentam, na sua maioria, situações de saúde que, só por si, carecem de cuidados diferenciados de longa duração e que normalmente exigem acompanhamento de outrem, geralmente designado por cuidador. Estas situações têm um período agudo que exige hospitalização, mas segundo as políticas de saúde actuais, são na sua maioria encaminhados posteriormente para o domicílio.

Tabela nº 6 - Distribuição dos idosos dependentes de acordo com os antecedentes pessoais.

Antecedentes pessoais do Idoso dependente	N	(%)
HTA	21	26,9
AVC	27	34,6
Tabagismo	3	3,8
Diabetes Mellitus	7	9,0
Traumatismo Craniano	1	1,3
Doença Psiquiátrica	13	16,7
Outro	2	2,6
Outro/Saudável	3	3,8
Outro/Reumático	1	1,3
Total	78	100,0

Legenda: HTA – Hipertensão arterial**; AVC –** Acidente vascular cerebral

2.4 SITUAÇÃO SOCIAL

A situação social refere-se ao modo como os idosos interagem com o seu meio, esta varia desde o convívio só com familiares até à organização de eventos sociais.

A tabela nº7 mostra que 66.7% dos idosos convive com os familiares, não tendo contactos exteriores, e só 17.9%, convive com amigos que, regra geral, os visitam nos seus domicílios.

Tabela nº 7 - Distribuição dos idosos dependentes de acordo com a situação social.

Situação Social do Idoso dependente	N	(%)
Convive com familiares	52	66,7
Convive com amigos	14	17,9
Participa em actividades de organizações sociais	11	14,1
Outro	1	1,3
Total	78	100,0

2.5 DEPENDÊNCIA DOS IDOSOS

A dependência dos idosos é analisada com o auxílio de dois instrumentos de diagnóstico, sendo estes: o índice de Barthel, que avalia as actividades básicas de vida diária (ABVD) e ao índice de Lawton, que avalia as actividades instrumentais de vida diária (AIVD).

2.5.1 Actividades básicas de vida diária (ABVD)

A tabela nº 8 refere-se aos níveis de dependência apresentados pelos idosos nas actividades básicas de vida diária (ABVD), de acordo com o Índice de Barthel. Pode observar-se que 47,4% dos indivíduos apresenta um elevado grau de dependência, sendo 41.0% destes totalmente dependentes. É de salientar que 25,7%

dos indivíduos apresentam dependências moderadas a ligeiras. Tal facto contribui para o aparecimento de níveis elevados de sobrecarga dos cuidadores destes idosos. Verificamos, ainda, que 26,9% são independentes.

Tabela nº 8 - Níveis de dependência apresentados pelos idosos nas actividades básicas de vida diária (ABVD) de acordo com o Índice de Barthel.

Cotação global das (ABVD)	N	(%)	Frequência acumulada
Totalmente dependente (<20 Pontos)	32	41,0	41,0
Severamente dependente (20-35 Pontos)	5	6,4	47,4
Moderadamente dependente (40-55 Pontos)	1	1,3	48,7
Ligeiramente dependente (60-90 Pontos)	19	24,4	73,1
Independente (90-100 Pontos)	21	26,9	100,0
Total	78	100,0	

De seguida, apresentamos os resultados individuais relativos aos níveis de dependência dos indivíduos, por itens do Índice de Barthel. Estes referem-se à Alimentação, Banho, Controlo intestinal, Uso da casa de banho, Transferência da cadeira para a cama, Vestir, Higiene corporal, Controlo vesical, Subir escadas.

No que diz respeito à alimentação, verificamos que 52.6% dos idosos necessita de ajuda, e que a sua maioria é dependente. Isto faz com que os idosos tenham que ter permanentemente alguém que os auxilie durante o período de refeição.

Tabela nº 8.1 - Índice de Barthel, item nº 1 "Alimentação"

Alimentação	N	%
Independente	37	47,4
Necessita de ajuda	12	15,4
Dependente	29	37,2
Total	78	100,0

De igual modo, no que se refere ao banho, verificamos que a maioria dos idosos encontra-se dependente, necessitando de alguém que o auxilie nesta tarefa.

Tabela nº 8.2 - Índice de Barthel, item nº 2 "Banho"

Banho	N	%
Independente	25	32,1
Dependente	53	67,9
Total	78	100,0

Embora 55,1% dos idosos seja independente no que se refere ao controlo intestinal, é de salientar que uma faixa muito idêntica de idosos não dispense auxílio.

Tabela nº 8.3 - Índice de Barthel, item nº 3 "Controlo intestinal"

Controlo intestinal	N	%
Independente	43	55,1
Ocasional	5	6,4
Incontinente fecal	30	38,5
Total	78	100,0

Através da leitura desta tabela, constatamos que 57,7% dos indivíduos necessita de algum tipo de ajuda e que numa percentagem menor se encontram os indivíduos independentes (42,3%).

Tabela nº 8.4 - Índice de Barthel, item nº 4 "Uso da casa de banho"

Uso da casa de banho	N	%
Independente	33	42,3
Necessita de ajuda	7	9,0
Dependente	38	48,7
Total	78	100,0

Analisando esta tabela, verificamos que 55,1% dos indivíduos necessitam de ajuda em diferentes graus, necessitando sempre da presença do cuidador. Os indivíduos independentes representam 44,9%.

Tabela nº 8.5 - Índice de Barthel, item nº 5 "Transferência da cadeira para a cama"

Transferência da cadeira para a cama	N	%
Independente	35	44,9
Necessita de ajuda mínima	5	6,4
Necessita de grande ajuda	1	1,3
Dependente	37	47,4
Total	78	100,0

Ao observar esta tabela, verificamos que 64,1% dos indivíduos necessitam de ajuda em diferentes graus, não dispensando o auxílio do cuidador. Os indivíduos independentes representam 35,9%.

Tabela nº 8.6 - Índice de Barthel, item nº 6 "Vestir"

Vestir	N	%
Independente	28	35,9
Necessita de ajuda	13	16,7
Dependente	37	47,4
Total	78	100,0

De igual modo, no que se refere à higiene corporal a tabela mostra que os idosos do estudo são, na sua maioria (61,5%), dependentes do cuidador.

Tabela nº 8.7 - Índice de Barthel, item nº 7 "Higiene corporal"

Higiene corporal	N	%
Independente	30	38,5
Dependente	48	61,5
Total	78	100,0

Pela análise da tabela, verificamos que 48,7% dos indivíduos apresentam alguma forma de incontinência urinária, necessitando de cuidados.

Tabela nº 8.8 - Índice de Barthel, item nº 8 "Controlo vesical"

Controlo vesical	N	%
Independente	40	51,3
Incontinência urinária ocasional	6	7,7
Incontinente ou algaliado	32	41,0
Total	78	100,0

Os indivíduos que necessitam de auxílio para subir escadas representam 73.1%, sendo que, destes, 56,4% são totalmente dependentes.

Tabela nº 8.9 - Índice de Barthel, item nº 9 "Subir escadas"

Subir escadas	N	%
Independente	21	26,9
Necessita de ajuda	13	16,7
Dependente	44	56,4
Total	78	100,0

Na tabela, denota-se que o cuidador tem que prestar algum tipo de ajuda na deambulação dos idosos (12,8%), e é de salientar que 46,2% destes são dependentes, embora 39,7% não necessitem de auxílio para deambular.

Tabela nº 8.10 - Índice de Barthel, item nº 10 "Deambulação"

Deambulação	N	%
Independente	31	39,7
Necessita de ajuda	10	12,8
Ind. c/ cadeira de rodas	1	1,3
Dependente	36	46,2
Total	78	100,0

2.5.2 Actividades instrumentais de vida diária (AIVD)

A tabela nº 9 refere-se aos níveis de dependência apresentados pelos idosos

nas actividades instrumentais de vida diária (AIVD), de acordo com o Índice de Lawton.

Pode observar-se que 84,6% destes são severamente dependentes e que 5.1% são independentes.

É de salientar, também, que 10,3% dos indivíduos apresentam dependências moderadas que necessitam de certa ajuda.

Apresentamos de seguida os resultados individuais relativos aos níveis de dependência dos indivíduos, por itens do Índice de Lawton. Estes referem-se a cuidar da casa, lavar a roupa, preparar a comida, ir às compras, usar o telefone, usar os transportes, usar do dinheiro e à responsabilidade pelo uso correcto e autónomo dos medicamentos.

Tabela nº 9 - Níveis de dependência apresentados pelos idosos nas actividades instrumentais de vida diária (AIVD) de acordo com o Índice de Lawton.

Cotação global das (AIVD)	N	(%)	Frequência acumulada
Severamente dependente, necessita de muita ajuda >20 Pontos	66	84,6	84,6
Moderadamente dependente, necessita de certa ajuda 9-20 Pontos	8	10,3	94,9
Independente 8 Pontos	4	5,1	100,0
Total	78	100,0	

Segundo a tabela, podemos observar que 23,1% dos idosos executam tarefas leves e que 9% destes cuidam da casa sem ajuda. Em contrapartida, 76,9% necessita de alguém para cuidar da casa, pois estes necessitam de ajuda ou são incapazes de executar tarefas domésticas.

Tabela nº 9.1 - Índice de Lawton, item nº 1 "Cuidar da casa"

Cuidar da casa	N	%
Cuida da casa sem ajuda	7	9,0
Faz tudo excepto o trabalho pesado	2	2,6
Só faz tarefas leves	9	11,5
Necessita de ajuda para todas as tarefas	3	**3,8**
Incapaz de fazer algumas tarefas	57	**73,1**
Total	78	100,0

A tabela indica que 94,9% dos indivíduos não consegue tratar da totalidade da sua roupa e que, destes, 87,2% são totalmente dependentes de terceiros. Só 5,1% são autónomos quanto à lavagem da roupa.

Tabela nº 9.2 - Índice de Lawton, item nº 2 "Lavar a roupa"

Lavar a roupa	N	%
Lava a sua roupa	4	5,1
Só lava pequenas peças	6	7,7
É incapaz de lavar a sua roupa	68	87,2
Total	78	100,0

Quanto à alimentação, só uma minoria, 7,7%, são auto-suficientes, quando a grande maioria (92,3%) necessita de ajuda e, destes, 88,5% é incapaz de preparar uma refeição.

Tabela nº 9.3 - Índice de Lawton, item nº 3 "Preparar a comida"

Preparar a comida	N	%
Planeia, prepara e serve sem ajuda	6	7,7

Prepara pratos pré--cozinhados	3	3,8
Incapaz de preparar	69	88,5
Total	78	100,0

Analisando a tabela, verificamos que a maioria dos indivíduos (84,6%) não é capaz de ir às compras e que apenas uma minoria (1,3%) consegue fazer as compras acompanhado. Este índice evidencia um grau de dependência elevado, embora exista uma rede de distribuição de bens de consumo, tal como a distribuição porta a porta de bens essenciais (pão, leite, carne, vegetais e fruta fresca). Existem também à disposição uma série de bens, tais como roupa, serviços financeiros, colchões ortopédicos e material de apoio ao idoso (fraldas, camas articuladas, cadeiras para a higiene pessoal e um outro número inimaginável de "tudo um pouco"), que são postos à disposição das populações, em condições de financiamento fácil, com juros elevados e publicidade enganosa, que faz com que mesmo os 10,3% dos idosos que fazem as compras sem ajuda tenham que ter por parte dos cuidadores e das autoridades uma especial atenção, pois os idosos em particular são alvos fáceis para todo o tipo de burlas.

Tabela nº 9.4 - Índice de Lawton, item nº 4 "Ir às compras"

Ir às compras	N	%
Faz as compras sem ajuda	8	10,3
Só faz pequenas compras	3	3,8
Faz as compras acompanhado	1	1,3
É incapaz de ir às compras	66	84,6
Total	78	100,0

Ao observar esta tabela, constatamos que uma minoria de indivíduos (2,6)%, só liga para lugares familiares e que, a maioria (57,7%), é incapaz de usar o telefone. É de salientar que (23,1%) usa o telefone sem dificuldade, sendo uma mais valia para a sua independência e segurança.

Tabela nº 9.5 - Índice de Lawton, item nº 5 "Uso do telefone"

Uso do telefone	N	%
Usa-o sem dificuldade	18	23,1
Só liga para lugares familiares	2	2,6
Necessita de ajuda para o usar	13	16,7
Incapaz de usar o telefone	45	57,7
Total	78	100,0

Relativamente a esta tabela, observamos que uma minoria dos indivíduos (9,0%) viaja em transporte público ou conduz, e que a maioria (64,1%) é incapaz de usar o transporte.

Tabela nº 9.6 - Índice de Lawton, item nº 6 "Uso de transporte"

Uso de transporte	N	%
Viaja em transporte público ou conduz	7	9,0
Só anda de táxi	8	10,3
Necessita de acompanhamento	13	16,7
Incapaz de usar o transporte	50	64,1
Total	78	100,0

Através da leitura desta tabela, verificamos que a maioria dos indivíduos (67,9%) é incapaz de utilizar o dinheiro, embora 17,9 % dos indivíduos pague as contas, vá ao banco, etc. Este facto leva a que muitos idosos tenham consigo quantias em dinheiro para utilizar no dia-a-dia, que embora pequenas, são muito apetecíveis ao pequeno furto, pondo assim em risco a integridade física e psíquica dos idosos.

Tabela nº 9.7 - Índice de Lawton, item nº 7 "Uso do dinheiro"

Uso do dinheiro	N	%
Paga as contas, vai ao banco, etc.	14	17,9
Só pequenas quantidades de dinheiro	11	14,1
Incapaz de utilizar o dinheiro	53	67,9
Total	78	100,0

Sobre este item, observamos que 70,5% dos indivíduos são incapazes de se responsabilizar pela sua medicação, enquanto 9,0% necessita que lha preparem.

Tabela nº 9.8 - Índice de Lawton, item nº 8 "Responsável pelos medicamentos"

Responsável pelos medicamentos	N	%
Responsável pela sua medicação	16	20,5
Necessita que lhe preparem a medicação	7	9,0
Incapaz de se responsabilizar pela medicação	55	70,5
Total	78	100,0

3 CUIDADORES INFORMAIS

Neste ponto do trabalho pretende-se retratar os cuidadores informais segundo a caracterização sócio-demográfica, o sexo, a idade, o estado civil, o grau de escolaridade, a profissão, a relação de parentesco e estado de saúde, bem como há quanto tempo estes prestam cuidados, quanto tempo por dia presta cuidados e a distribuição dos cuidadores informais de acordo com o grupo etário e a localidade onde estão inseridos.

3.1 CARACTERIZAÇÃO SÓCIO-DEMOGRÁFICA

Pode observar-se, segundo a tabela nº10, que a amostra é de 78 indivíduos, sendo que, destes, 85,9% são do sexo feminino e 14,1% são do sexo masculino.

Tabela nº 10 - Distribuição dos cuidadores informais de acordo com o sexo.

Sexo do cuidador	N	(%)
Masculino	11	14,1
Feminino	67	85,9
Total	78	100,0

Pode observar-se, segundo a tabela nº11, que 2,6% dos cuidadores estão entre os 20-29 anos e que 53,8% dos cuidadores se encontram com idades compreendidas entre os 40-59 anos.

Tabela nº 11 - Distribuição dos cuidadores informais de acordo com a faixa etária.

Grupo etário cuidador	N	(%)	Frequência acumulada
[20-29 anos]	2	2,6	2,6

[30-39 anos]	9	11,5	14,1
[40-49 anos]	21	26,9	41,0
[50-59 anos]	21	26,9	67,9
[60-69 anos]	8	10,3	78,2
[70-79 anos]	13	16,7	94,9
[80-89 anos]	4	5,1	100,0
Total	78	100,0	

Relativamente ao estado civil, a tabela nº12 mostra que a distribuição dos cuidadores varia entre 3,8% de divorciados e 70,5% de casados. Existem também 19,2% de cuidadores que se encontram solteiros.

Tabela nº 12 - Distribuição dos cuidadores informais de acordo com o estado civil.

Estado civil do cuidador	N	(%)
Casado	55	70,5
Solteiro	15	19,2
Viúvo	5	6,4
Divorciado	3	3,8
Total	78	100,0

A tabela nº 13 mostra que existem 34,6% de cuidadores com o 1º ciclo de ensino básico (4ª classe), tendo como opositor 1,3% de cuidadores com ensino superior.

Tabela nº 13 - Distribuição dos cuidadores informais de acordo com o grau de escolaridade.

Escolaridade do cuidador	N	(%)	Frequência acumulada
Sem escolaridade	10	12,8	12,8
Sabe ler e escrever	9	11,5	24,4
1º ciclo de ensino básico (4ª classe)	27	34,6	59,0
2º ciclo do ensino básico (ensino preparatório)	25	32,1	91,0
3º ciclo do ensino básico (9º ano)	5	6,4	97,4
Ensino secundário (12º ano)	1	1,3	98,7
Ensino superior	1	1,3	100,0
Total	78	100,0	

3.2 SITUAÇÃO PROFISSIONAL/OCUPAÇÃO

Na tabela nº14, pode observar-se que 65,4% (51 indivíduos do sexo feminino) são domésticas, 17,9% exercem uma profissão, 9% estão desempregados e 7,7% são reformados.

Tabela nº 14 - Distribuição dos cuidadores informais de acordo com a profissão.

Profissão do cuidador	N	(%)
Empregado	14	17,9
Desempregado	7	9,0
Doméstica	51	65,4
Reformado	6	7,7
Total	78	100,0

3.3 RELAÇÃO DE PARENTESCO COM O IDOSO DEPENDENTE

Quanto à distribuição dos cuidadores informais de acordo com a relação de parentesco, a tabela nº 15 revela que 50,0% dos cuidadores são filhos/filhas, sendo que 21,8% são cônjuges, e que com 5,1% se encontram os vizinhos e os sobrinhos.

Tabela nº 15 - Distribuição dos cuidadores informais de acordo com a relação de parentesco.

Relação de parentesco com o idoso dependente	N	(%)
Cônjuge	17	21,8
Filho/Filha	39	50,0
Irmã	6	7,7
Nora/Genro	6	7,7
Neta	2	2,6
Outro/Vizinha	4	5,1
Outro/Sobrinha	4	5,1
Total	78	100,0

3.4 CARACTERIZAÇÃO DO ESTADO DE SAÚDE

No que diz respeito á auto-percepção do estado de saúde dos cuidadores, a tabela nº 16 mostra que 47,0% dos cuidadores referem que a sua saúde é fraca e 9% que é muito fraca, embora seja de salientar que 33,3% refira que se sente de boa saúde.

Tabela nº 16 - Distribuição dos cuidadores informais de acordo com o estado de saúde.

Em geral diria que o seu estado de saúde é:	N	(%)	Frequência acumulada
Muito boa	8	10,3	10,3
Boa	26	33,3	43,6
Fraca	37	47,4	91,0
Muito fraca	7	9,0	100,0
Total	78	100,0	

3.5 HÁ QUANTO TEMPO PRESTA CUIDADOS

Na tabela nº 17 pode observar-se que a distribuição dos cuidadores informais, de acordo com o período e duração de tempo em que prestam cuidados, se distribui entre 75,6% de cuidadores que prestam cuidados há mais de três anos e que 2,6% dos cuidadores prestam cuidados há pelo menos seis meses

Tabela nº 17 - Distribuição dos cuidadores informais de acordo com o tempo há que presta cuidados.

Há quanto tempo presta cuidados?	N	(%)	Frequência acumulada
6 meses	2	2,6	2,6
6 meses a 1 ano	6	7,7	10,3
1 a 2 anos	11	14,1	24,4
> 3 anos	59	75,6	100,0
Total	78	100,0	

3.6 TEMPO DE CUIDADOS PRESTADOS POR DIA

Em relação às horas despendidas diariamente na prestação de cuidados aos idosos dependentes, pode observar-se que 61,5% dos cuidadores despendem entre 18 a 24 horas e que 3,8% dos cuidadores estabelecem contactos pontuais.

Tabela nº 18 - Distribuição dos cuidadores informais de acordo com as horas que por dia presta cuidados.

Durante quanto tempo por dia presta cuidados?	N	(%)	Frequência acumulada
Contactos pontuais	3	3,8	3,8
<6 Horas	6	7,7	11,5
6 a 12 horas	12	15,4	26,9
12 a 18 horas	9	11,5	38,5
18 a 24 horas	48	61,5	100,0
Total	78	100,0	

3.7 CUIDADORES INFORMAIS DE ACORDO COM A LOCALIDADE ONDE ESTÃO INSERIDOS.

Na tabela nº19 podemos observar que 82,1% dos cuidadores estão localizados na área de influência da Unidade de Saúde da Maia e que na área de influência da Unidade de Saúde da Ribeira Grande e de Rabo de Peixe estão os restantes cuidadores, (10,3%) e (7,7%), respectivamente.

Tabela nº 19 - Distribuição dos cuidadores informais de acordo com a localidade onde estão inseridos.

Grupo Etário cuidador	Localidade					Total
	Ribeira Grande	Rabo de Peixe	Maia	Fenais da Ajuda	Lomba da Maia	
	(%)	(%)	(%)	(%)	(%)	(%)
	10,3	7,7	24,4	12,8	44,9	100,0

3 SOBRECARGA DO CUIDADOR

Descrevemos, neste ponto do trabalho, os resultados obtidos com a aplicação da escala de sobrecarga do cuidador de idosos dependentes do Concelho da Ribeira Grande, através da análise dos principais factores de sobrecarga, que se intitulam de "**Impacto da prestação de cuidados / Relação interpessoal / Expectativas face ao cuidar / Percepção de auto-eficácia**".

Apresentamos igualmente a cotação global da escala de sobrecarga do cuidador de acordo com os pontos de corte e a sobrecarga objectiva e subjectiva dos cuidadores.

3.1 PRINCIPAIS FACTORES DE SOBRECARGA

A tabela nº 20 refere-se aos níveis de sobrecarga em relação ao factor "**Impacto de prestação de cuidados**". Através da análise deste factor da sobrecarga constata-se que a minoria dos itens (2; 3; 9; 10 e 22), desta categoria apresentam

níveis elevados de sobrecarga (às vezes, muitas vezes ou quase sempre – nível 3 a 5 em ternos quantitativos).

Os cuidadores consideram como causadores de sobrecarga (referidos por mais de 50% dos mesmos):

- " Já não dispõe de tempo suficiente para as suas tarefas", [item 2];
- " Sente-se tenso/a quando tem de cuidar do seu familiar e ainda tem outras tarefas por fazer", [item 3];;
- " Sente-se esgotado quando tem de estar junto do seu familiar", [item 9];
- " Vê a sua saúde ser afectada por ter de cuidar do seu familiar", [item 10];
- " Em geral sente-se muito sobrecarregado por ter de cuidar do seu familiar", [item 22].

Importa referir que os itens nº 2 (69,2%); nº 22 (66,5%) e nº 9 (62,8%) apresentaram os níveis de sobrecarga mais elevados.

Tabela nº 20 - Factor: Impacto da prestação de cuidados, e níveis de sobrecarga.

N.º	Impacto da prestação de cuidados	Níveis de sobrecarga (%), N=78				
	Item	1	2	3	4	5
1	Sente que o seu familiar solicita mais ajuda do que aquela que realmente necessita?	62.8	6.4	9.0	9.0	12.8
2	Considera que devido ao tempo que dedica ao seu familiar já não dispõe de tempo suficiente para as suas tarefas?	26.9	3.8	20.5	14.1	34.6
3	Sente-se tenso/a quando tem de cuidar do seu familiar e ainda tem outras tarefas por fazer?	42.3	3.8	25.6	6.4	21.8

6	Considera que a situação actual afecta de uma forma negativa a sua relação com os seus amigos/familiares?	55.1	5.1	7.7	7.7	24.4
9	Sente-se esgotado quando tem de estar junto do seu familiar?	34.6	2.6	20.5	12.8	29.5
10	Vê a sua saúde ser afectada por ter de cuidar do seu familiar?	34.6	6.4	15.4	10.3	33.3
11	Considera que não tem uma vida privada como desejaria devido ao seu familiar?	46.2	5.1	16.7	5.1	26.9
12	Pensa que as suas relações sociais são afectadas negativamente por ter de cuidar do seu familiar?	57.7	2.6	14.1	1.3	24.4
13	Sente-se pouco à vontade em convidar amigos para o(a) visitarem devido ao seu familiar?	83.3	3.8	2.6	2.6	7.7
17	Considera que perdeu o controle da sua vida depois da doença do seu familiar se manifestar?	55.1	3.8	11.5	3.8	25.6
22	Em geral sente-se muito sobrecarregado por ter de cuidar do seu familiar?	24.4	10.3	16.7	10.3	38.5

Legenda: Pontuação quantitativa/qualitativa dos níveis de sobrecarga, **1**- nunca; **2**- quase nunca; **3**- às vezes; **4**- muitas vezes e **5**- quase sempre.

A tabela nº 21 refere-se aos níveis de sobrecarga em relação ao factor "**Relação interpessoal**", na qual podemos observar que os cuidadores apresentam baixos níveis de sobrecarga em todos os itens (nunca, quase nunca – nível 1 e 2 em ternos quantitativos).

Atendendo à tipologia dos idosos dependentes alvo de cuidados, que se caracterizam pela dependência física e *deficits* cognitivos elevados, a relação interpessoal não se apresenta comprometida. Ou seja, os cuidadores informais referem que nunca:

- " Sentem vergonha pelo comportamento do seu familiar" (92.3%);

- " Desejariam poder entregar o seu familiar aos cuidados de outra pessoa" (82.1%);
- " Se sentem inseguros acerca do que fazer com o seu familiar" (78.2%).

Tabela nº 21 - Factor: Relação interpessoal, e níveis de sobrecarga.

N.º	Relação interpessoal	Níveis de sobrecarga (%) N= 78				
	Item	1	2	3	4	5
4	Sente-se envergonhado(a) pelo comportamento do seu familiar?	92.3	2.6	2.6	2.6	2.6
5	Sente-se irritado/a quando está junto do seu familiar?	65.4	6.4	17.9	2.6	7.7
16	Sente-se incapaz de cuidar do seu familiar por muito mais tempo?	69.2	1.3	11.5	6.4	11.5
18	Desejaria poder entregar o seu familiar aos cuidados de outra pessoa?	82.1	0.0	7.7	3.8	6.4
19	Sente-se inseguro acerca do que deve fazer com o seu familiar?	78.2	3.8	11.5	2.6	3.8

Legenda: Pontuação quantitativa/qualitativa dos níveis de sobrecarga, **1**- nunca; **2**- quase nunca; **3**- às vezes; **4**- muitas vezes e **5**- quase sempre.

A tabela nº 22 refere-se aos níveis de sobrecarga em relação ao factor "**Expectativas face ao cuidar**", em que podemos observar que, neste factor, os cuidadores na sua maioria referem níveis elevados de sobrecarga (às vezes, muitas vezes ou quase sempre – nível 3 a 5 em ternos quantitativos), referentes aos itens (8; 14; e 15), sendo estes assinalados por mais de 50% dos mesmos:

- "Consideram que o seu familiar está dependente de si", [item 8];
- "Acreditam que os seus familiares esperam que cuidem deles como se fossem a única pessoa com quem eles possam contar", [item 14];
- "Têm receio pelo futuro destinado ao seu familiar", [item 15],

Em oposição, verificamos que 47,4% dos cuidadores apresentam níveis muito baixos de sobrecarga (nunca – nível1) no que se refere ao item (7), e que este é assinalado por mais de 50% dos indivíduos em estudo:

- “Tem receio pelo futuro destinado ao seu familiar”.

No que se refere às expectativas fase ao cuidar, podemos atender ao facto de que os cuidadores apresentam, na sua maioria, idades entre os 40 e os 59 anos (53,8%), são domésticas (65,4%), prestam cuidados há mais de três anos (75,6%) e por um período de 12 a 24 horas por dia (73%). A situação exposta, regra geral, impede os cuidadores de trabalharem em algo que lhes proporcione rendimentos e, pela sua idade, não podem usufruir da reforma por inteiro, tornando-se difícil, ou mesmo impossível, aceder aos dispendiosos meios de ajuda externa, tornando a dependência do idoso mais comprometedora.

No que se refere ao futuro do idoso, podemos salientar que os cuidadores vivem em zonas rurais de cariz religioso e possuem a fé de que “o destino a Deus pertence”.

Tabela nº 22 - Factor: Expectativas face ao cuidar, e níveis de sobrecarga.

N.º	Expectativas face ao cuidar	Níveis de sobrecarga (%) N= 78				
	Item	1	2	3	4	5
7	Tem receio pelo futuro destinado ao seu familiar?	47.4	1.3	9.0	12.8	29.5
8	Considera que o seu familiar está dependente de si?	1.3	2.6	3.8	3.8	88.5
14	Acredita que o seu familiar espera que você cuide dele como se fosse a única pessoa com quem ele(a) pudesse contar?	6.4	3.8	3.8	5.1	80.8
15	Considera que não dispõe de economias suficientes para cuidar do seu familiar e para o resto das despesas que tem?	32.1	3.8	14.1	9.0	41.0

Legenda: Pontuação quantitativa/qualitativa dos níveis de sobrecarga, **1**- nunca; **2**- quase nunca; **3**- às vezes; **4**- muitas vezes e **5**- quase sempre.

A tabela nº 23 refere-se aos níveis de sobrecarga em relação ao factor "**Percepção de auto-eficácia**" e analisando-a, podemos depreender que (65,5%) referem níveis elevados de sobrecarga (às vezes, muitas vezes ou quase sempre – nível 3 a 5 em ternos quantitativos), referentes ao item (20), sendo que os cuidadores referem que:

- "Poderiam fazer mais pelo seu familiar".

e no que se refere ao item 21 (88,4 %) os cuidadores apresentam baixos níveis de sobrecarga (nunca e quase nunca), referindo que:

- "Não poderiam cuidar melhor do seu familiar".

Tabela nº 23 - Factor: Percepção de auto-eficácia, e níveis de sobrecarga.

N.º	Percepção de auto-eficácia	Níveis de sobrecarga (%) N= 78				
	Item	1	2	3	4	5

20	Sente que poderia fazer mais pelo seu familiar?	24.4	10.3	16.7	10.3	38.5
21	Considera que poderia cuidar melhor do seu familiar?	84.6	3.8	6.4	2.6	2.6

Legenda: Pontuação quantitativa/qualitativa dos níveis de sobrecarga, **1**- nunca; **2**- quase nunca; **3**- às vezes; **4**- muitas vezes e **5**- quase sempre.

4.2 COTAÇÃO GLOBAL DA ESCALA DE SOBRECARGA DO CUIDADOR DE ACORDO COM OS PONTOS DE CORTE

Da análise dos níveis de sobrecarga, de acordo com os pontos de corte para a ESC, constatamos que estamos perante uma população de cuidadores informais com elevados níveis, já que 64,1% destes apresentam níveis de sobrecarga, e 41% destes apresentam mesmo sobrecarga intensa.

Tabela nº 24 - Cotação global da escala de sobrecarga do cuidador de acordo com os pontos de corte.

Níveis de sobrecarga Cotação global	N	(%)	Frequência acumulada
Sem sobrecarga (<46)	28	35,9	35,9
Sobrecarga ligeira (47-55)	18	23,1	59,0
Sobrecarga intensa (>56)	32	41,0	100,0
Total	78	100,0	

4.3 SOBRECARGA OBJECTIVA DOS CUIDADOS INFORMAIS DE IDOSOS DEPENDENTES DO CONCELHO DA RIBEIRA GRANDE

A sobrecarga objectiva dos cuidadores baseia-se na análise conjunta dos factores referentes ao "**Impacto da prestação de cuidados"** e à **"Relação interpessoal"**. Assim, podemos constatar que o *score* médio da sobrecarga objectiva traduz-se por níveis elevados de sobrecarga (às vezes, muitas vezes ou quase sempre – nível 3 a 5 em ternos quantitativos), referentes aos itens (2; 3; 10 e 22), sendo estes assinalados por mais de 50% dos mesmos:

- "Já não dispõe de tempo suficiente para as suas tarefas", [item 2];
- "Sente-se tenso/a quando tem de cuidar do seu familiar e ainda tem outras tarefas por fazer", [item 3];
- "Vê a sua saúde ser afectada por ter de cuidar do seu familiar", [item 10];

- "Em geral sente-se muito sobrecarregado por ter de cuidar do seu familiar", [item 22].

  Estes itens referem-se ao factor "**Impacto da prestação de cuidados**".

Podemos observar, também, que os cuidadores apresentam baixos níveis de sobrecarga (nunca ou quase nunca – nível 1 e 2 em ternos quantitativos) nos itens (1; 4; 5; 6; 9; 11; 12; 13; 16; 17; 18 e19), sendo estes assinalados por mais de 50% dos indivíduos. Para este facto, os três itens que maior percentagem apresentam são:

- "Sentem vergonha pelo comportamento do seu familiar" (92,3%);
- "Desejariam poder entregar o seu familiar aos cuidados de outra pessoa" (82,1%);
- "Se sentem inseguros acerca do que fazer com o seu familiar" (78,2%).

Poderemos referir que, ao nível da sobrecarga objectiva dos cuidadores, estes apresentam níveis de sobrecarga baixa na maioria dos itens, sendo que todos eles se referem ao factor "relações interpessoais". Poderemos depreender que, em relação aos idosos dependentes, os cuidadores não são afectados negativamente face às relações interpessoais, podendo mesmo retirar daí sentimentos positivos em relação ao cuidar, como a auto satisfação pelo "dever cumprido" em cuidar o melhor possível do seu familiar, mostrando à sociedade local que tem capacidade e amor para cuidar do que é seu, pois na maioria dos casos o seu familiar sempre demonstrou pelo actual cuidador uma reciprocidade de amor.

Tabela nº 25 - *Score* médio da sobrecarga objectiva dos cuidadores informais de idosos dependentes do concelho da Ribeira Grande.

N.º	Sobrecarga objectiva dos cuidadores	Níveis de sobrecarga (%)				
	Item	1	2	3	4	5
1	Sente que o seu familiar solicita mais ajuda do que aquela que realmente necessita?	62.8	6.4	9.0	9.0	12.8

2	Considera que devido ao tempo que dedica ao seu familiar já não dispõe de tempo suficiente para as suas tarefas?	26.9	3.8	20.5	14.1	34.6
3	Sente-se tenso/a quando tem de cuidar do seu familiar e ainda tem outras tarefas por fazer?	42.3	3.8	25.6	6.4	21.8
4	Sente-se envergonhado(a) pelo comportamento do seu familiar?	92.3	2.6	2.6	2.6	2.6
5	Sente-se irritado/a quando está junto do seu familiar?	65.4	6.4	17.9	2.6	7.7
6	Considera que a situação actual afecta de uma forma negativa a sua relação com os seus amigos/familiares?	55.1	5.1	7.7	7.7	24.4
9	Sente-se esgotado quando tem de estar junto do seu familiar?	34.6	2.6	20.5	12.8	29.5
10	Vê a sua saúde ser afectada por ter de cuidar do seu familiar?	34.6	6.4	15.4	10.3	33.3
11	Considera que não tem uma vida privada como desejaria devido ao seu familiar?	46.2	5.1	16.7	5.1	26.9
12	Pensa que as suas relações sociais são afectadas negativamente por ter de cuidar do seu familiar?	57.7	2.6	14.1	1.3	24.4
13	Sente-se pouco à vontade em convidar amigos para o(a) visitarem devido ao seu familiar?	83.3	3.8	2.6	2.6	7.7
16	Sente-se incapaz de cuidar do seu familiar por muito mais tempo?	69.2	1.3	11.5	6.4	11.5
17	Considera que perdeu o controle da sua vida depois da doença do seu familiar se manifestar?	55.1	3.8	11.5	3.8	25.6
18	Desejaria poder entregar o seu familiar aos cuidados de outra pessoa?	82.1	0.0	7.7	3.8	6.4
19	Sente-se inseguro acerca do que deve fazer com o seu familiar?	78.2	3.8	11.5	2.6	3.8
22	Em geral sente-se muito sobrecarregado por ter de cuidar do seu familiar?	24.4	10.3	16.7	10.3	38.5
***Score* médio da sobrecarga objectiva**		56,8	4,2	13,2	6.3	19,4

Legenda: Pontuação quantitativa/qualitativa dos níveis de sobrecarga, **1**- nunca; **2**- quase nunca; **3**- às vezes; **4**- muitas vezes e **5**- quase sempre.

4.4 Sobrecarga subjectiva dos cuidadores informais de idosos dependentes do concelho da Ribeira Grande

A subjectividade da sobrecarga dos cuidadores é analisada através da junção dos factores referentes às "**Expectativas face ao cuidar"** e à **"Percepção de auto--eficácia"**. Assim, constatamos que o *score* médio da sobrecarga subjectiva apresenta níveis elevados de sobrecarga (às vezes, muitas vezes ou quase sempre – nível 3 a 5 em ternos quantitativos), referentes aos itens (7; 8; 14; 15 e 20), sendo estes assinalados por mais de 50% dos cuidadores, apresentando maior percentagem os itens (8; 14 e o 20) :

- "Consideram que o seu familiar está dependente de si" (96,1%);
- "Acreditam que os seus familiares esperam que cuidem deles como se fossem a única pessoa com quem eles possam contar" (89,7%),
- "Poderiam fazer mais pelo seu familiar" (65,5%).

Por oposição, 88,4% dos cuidadores referem que "não poderiam cuidar melhor do seu familiar".

Atendendo às características da população idosa estudada e aos condicionalismos da região, tendo em vista o que esta oferece para atenuar as difíceis contingências do cuidar, estes sentem receio face às suas expectativas, no que diz respeito aos encargos económicos, assim como à dependência dos seus familiares.

Tabela nº 26 - *Score* médio da sobrecarga subjectiva dos cuidadores informais de idosos dependentes do concelho da Ribeira Grande

N.º	Sobrecarga subjectiva dos cuidadores	Níveis de sobrecarga (%)				
	Item	1	2	3	4	5
7	Tem receio pelo futuro destinado ao seu familiar?	47.4	1.3	9.0	12.8	29.5
8	Considera que o seu familiar está dependente de si?	1.3	2.6	3.8	3.8	88.5
14	Acredita que o seu familiar espera que você cuide dele como se fosse a única pessoa com quem ele(a) pudesse contar?	6.4	3.8	3.8	5.1	80.8
15	Considera que não dispõe de economias suficientes para cuidar do seu familiar e para o resto das despesas que tem?	32.1	3.8	14.1	9.0	41.0
20	Sente que poderia fazer mais pelo seu familiar?	24.4	10.3	16.7	10.3	38.5
21	Considera que poderia cuidar melhor do seu familiar?	84.6	3.8	6.4	2.6	2.6

***Score* médio da sobrecarga subjectiva**	32,7	4,2	8,9	7,2	46,8

Legenda: Pontuação quantitativa/qualitativa dos níveis de sobrecarga, **1**- nunca; **2**- quase nunca; **3**- às vezes; **4**- muitas vezes e **5**- quase sempre.

5 RELAÇÃO ENTRE A SOBRECARGA DO CUIDADOR INFORMAL E AS VARIÁVEIS SÓCIO-DEMOGRÁFICAS

Neste ponto do trabalho apresentamos a relação entre a sobrecarga do cuidador informal e as variáveis sócio-demográficas.

Podemos depreender através da análise da tabela que os elementos femininos apresentam níveis de sobrecarga mais elevados (60,1%) do que os elementos do sexo masculino (3,8%). Podemos atender ao facto de serem as mulheres que prestam maior percentagem de cuidados e que em regra, têm que partilhar os cuidados prestados ao idoso com outros afazeres da vida no seu quotidiano (ir às compras, tratar das refeições, das roupas e de todas as tarefas domésticas referentes ao restante agregado familiar).

Tabela nº 27 - Correlação da escala de sobrecarga do cuidador e o sexo

Escala de sobrecarga do cuidador		Sexo do cuidador			
		Masculino	%	Feminino	%
	Sem sobrecarga	8	10,2	20	25,6
	Sobrecarga ligeira	0	0,0	18	23,0
	Sobrecarga intensa	3	3,8	29	37,1
Total		11	14,1	67	85,8

A tabela apresenta níveis de sobrecarga mais elevados no grupo etário que varia entre os 50 e os 89 anos de idade (41%), sendo que destes (26,9%) apresentam níveis de sobrecarga intensa, contribuindo com percentagem mais elevada o grupo que varia entre os 50 e os 59 anos de idade. Este grupo, em regra, por um lado é activo (com todos os afazeres domésticos) e por outro, já não dispõe da juventude de outrora, que contém a força e a vitalidade tão característica dos mais novos.

Tabela nº 28 - Correlação da escala de sobrecarga do cuidador e o seu grupo etário

Escala de sobrecarga do cuidador	Grupo etário do cuidador (N=78)						
	[20-29 anos]	[30-39 anos]	[40-49 anos]	[50-59 anos]	[60-69 anos]	[70-79 anos]	[80-89 anos]
Sem sobrecarga	1	5	8	6	2	5	1
Sobrecarga ligeira	0	3	4	4	2	5	0
Sobrecarga intensa	1	1	9	11	4	3	3
Total	2	9	21	21	8	13	4

Analisando esta tabela, verificamos que o cuidador que se encontra casado apresenta níveis de sobrecarga mais elevados (29,4%). Será de referir que (6,4%) dos viúvos apresentam alguma sobrecarga, não existindo nenhum sem sobrecarga.

Tabela nº 29 - Correlação da escala de sobrecarga do cuidador e o seu estado civil

Escala de sobrecarga do cuidador	Estado civil do cuidador			
	Casado	Solteiro	Viúvo	Divorciado
Sem sobrecarga	19	7	0	2
Sobrecarga ligeira	13	3	2	0
Sobrecarga intensa	23	5	3	1
Total	55	15	5	3

Observamos na tabela que o nível de sobrecarga mais elevado se encontra nos indivíduos que se apresentam no grupo de domésticas (28,2%) e que os sem sobrecarga (19,2%) também se encontram nesse mesmo grupo. Assim, o grupo das domésticas apresenta maior ou menor sobrecarga, conforme o grau de dependência apresentado pelo idoso.

Tabela nº 30 - Correlação da escala de sobrecarga do cuidador e a sua profissão

Escala de sobrecarga do cuidador		Profissão do cuidador			
		Empregado	Desempre-gado	Doméstica	Reformado
	Sem sobrecarga	7	2	15	4
	Sobrecarga ligeira	4	0	14	0
	Sobrecarga intensa	3	5	22	2
Total		14	7	51	6

A tabela permite a análise dos seguintes factos: o grupo de indivíduos com menor escolaridade (sem escolaridade / sabe ler e escrever / frequentaram o 1º ciclo de ensino básico), apresenta níveis elevados de sobrecarga intensa (26,9%), embora os indivíduos com ensino secundário e superior apresentem sempre e só sobrecarga intensa (2,5%). Assim, não vemos uma correlação directa de sobrecarga e escolaridade.

Tabela nº 31 - Correlação da escala de sobrecarga do cuidador e a sua escolaridade

Escala de sobrecarga do cuidador		Escolaridade do cuidador						
		Sem escolaridade	Sabe ler e escrever	1º ciclo de ensino básico (4ª classe)	2º ciclo do ensino básico (ensino preparatório)	3º ciclo do ensino básico (9º ano)	Ensino secundário (12º ano)	Ensino superior
	Sem sobrecarga;	5	3	7	13	0	0	0
	Sobrecarga ligeira	1	4	5	4	4	0	0
	Sobrecarga intensa	4	2	15	8	1	1	1
Total		10	9	27	25	5	1	1

6 RELAÇÃO ENTRE A SOBRECARGA DO CUIDADOR INFORMAL E OS NÍVEIS DE DEPENDÊNCIA DAS ACTIVIDADES BÁSICAS/INSTRUMENTAIS DA VIDA DIÁRIA DOS IDOSOS DEPENDENTES

Pretendemos aqui apresentar a relação entre a sobrecarga do cuidador informal e os níveis de dependência das actividades básicas/instrumentais da vida diária dos idosos dependentes.

Pela analise da tabela verificamos que, quanto maior é a dependência nas actividades básicas de vida diária, maior será a sobrecarga intensa apresentada pelos cuidadores (28,1%) e, quanto menor for a dependência, menor é a sobrecarga observada (24,3%). Verificamos, também, que os itens que mais contribuem para o aparecimento de sobrecarga intensa são a dependência no banho (29,4%) e a dependência na higiene corporal (28,2%).

Tabela nº32 - Correlação da escala de sobrecarga do cuidador com as actividades básicas de vida diária (ABVD)

Níveis de sobrecarga Cotação global	Actividades básicas de vida diária (ABVD)				
	<20 Pontos Totalmente dependente	20-35 Pontos Severamente dependente	40-55 Pontos Moderadamente dependentes	60-90 Pontos Ligeiramente dependente	90-100 Pontos Independente
Sem sobrecarga (<46)	7 (8,9%)	1(1,3%)	1(1,3%)	11 (14,1%)	8 (10,2%)
Sobrecarga ligeira (47--55)	6 (7,6%)	1(1,3%)	0 (0,0%)	4 (5,1%)	7 (8,9%)
Sobrecarga intensa (>56)	19 (24,3%)	3 (3,8%)	0 (0,0%)	4 (5,1%)	6 (7,6%)
Total	**32 (41%)**	**5 (6,4%)**	**1 (1,3%)**	**19 (24,4%)**	**21 (26,9%)**

Podemos observar pela análise da tabela que, na categoria "**Severamente dependente, necessita de muita ajuda**" encontram-se as maiores percentagens referentes aos níveis de sobrecarga intensa (37,1%) e também o ponto de corte referente a "sem sobrecarga" (28,2%). Aqui os itens que mais contribuem para o aparecimento de sobrecarga intensa são: a preparação da comida (39,7%), ir às compras (38,4%) e lavar a roupa (38,4%). Estas actividades são todas geralmente efectuadas longe do idoso dependente, podendo gerar ansiedade no cuidador, por este não saber como se encontra o seu familiar na sua ausência e, também, porque este tem que executar as referidas tarefas não só para o idoso dependente, mas também para o restante agregado familiar. Por outro lado, quanto mais dependente for o idoso, menos apelativo se torna.

Tabela nº33 - Correlação da escala de sobrecarga do cuidador com as actividades instrumentais de vida diária (AIVD)

Níveis de sobrecarga **Cotação global**	Actividades instrumentais de vida diária (AIVD)		
	>20 Pontos Severamente dependente, necessita de muita ajuda	9-20 Pontos Moderadamente dependente, necessita de certa ajuda	8 Pontos Independente
Sem sobrecarga (<46)	22 (28,2%)	4 (5,1%)	2 (2,5%)
Sobrecarga ligeira (47-55)	15 (19,2%)	2 (2,5%)	1 (1,3%)
Sobrecarga intensa (>56)	29 (37,1%)	2 (2,5%)	1 (1,3%)
Total	**66 (84,6%)**	**8 (10,3%)**	**4 (5,1%)**

7 DISCUSSÃO

No capítulo anterior apresentamos e 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.

Atendendo aos objectivos inicialmente propostos, procederemos à discussão dos resultados tendo em conta a sequência da sua apresentação.

No final, apresentamos algumas propostas/sugestões de modo a facilitar e melhorar, se possível, os cuidados prestados aos idosos dependentes. Estas propostas são dirigidas aos cuidadores alvo do estudo e aos enfermeiros que intervêm no processo de cuidar.

A nossa atenção, nesta investigação, centrou-se na situação de setenta e oito cuidadores informais que prestam cuidados a idosos dependentes no Concelho da Ribeira Grande. A temática do idoso tem vindo a suscitar interesse, assumindo uma crescente importância devido ao facto do envelhecimento demográfico da população apresentar um aumento progressivo nas últimas décadas (INE, 2002). Devido às políticas de saúde implementadas, pelas características sociais e económicas do cuidador a manutenção do idoso no domicílio torna-se de carácter privilegiado (Paúl, 2005; Fonseca, 2005). Podemos evidenciar, segundo Garret (2005), que os cuidadores informais desempenham um papel preponderante no bem-estar e na qualidade de vida do idoso dependente. Estudos recentes demonstram que é sobre o cuidador informal que recai a maior sobrecarga associada ao cuidar (Brito, 2002; Santos, 2003), pelo que este deverá ser alvo de privilegiada atenção, de modo a que quem cuide não fique por cuidar, evitando situações que possam levar ao aparecimento de níveis elevados de sobrecarga.

Em relação aos cuidados prestados ao idoso, concluímos que a maioria dos cuidadores são familiares, o que vai de encontro à maioria dos resultados obtidos em outras investigações (Rebolo, 1996; Paúl, 2005; Fonseca, 2005; Sequeira, 2007).

Não é de todo anormal verificarmos, no que se refere à distribuição do sexo dos cuidadores informais, que estes apresentam valores mais acentuados na percentagem do sexo feminino (85,9%), pois tal facto está de acordo com o papel histórico, social e cultural que é atribuído à mulher face ao cuidar (Rebelo, 1996; Rodriguez, 2001; Brito, 2003; Simões, 2003).

As idades dos cuidadores variam entre os 22 e os 81 anos de idade, observando-se que (53,8%) se encontra nos pontos de corte (40-59 anos de idade). Os dados apresentados, no que diz respeito às idades, são muito semelhantes aos do estudo realizado por Rodriguez (2001) numa comunidade espanhola, acerca das necessidades e ajudas aos cuidadores informais. Torna-se pertinente referir que a idade pode ser um factor agravante no que se refere à sobrecarga dos cuidadores, pois existe uma forte tendência para que estes sintam efeitos físicos relacionados com o esforço (Rodriguez, 2001; Brito, 2003; Simões, 2003).

Em relação à situação conjugal a maioria (70,5%) são casados, situação esta idêntica aos resultados apresentados a nível nacional (Nunes, 2000; Quaresma, 2000, e Almeida, 2005).

Quanto à escolaridade, a maioria (34,6%) dos cuidadores concluiu o 1º ciclo do ensino básico. Igual situação é referida por Santos (2008).

Os cuidadores referem que, ao nível profissional, 65,7% são domésticas sem qualquer fonte de rendimento. Com uma ocupação remunerada, “empregados” apresentam-se 17,9%, sendo que os reformados representam 7,7% dos indivíduos.

Os dados obtidos apontam para o facto de o parentesco mais relevante com os idosos por parte dos cuidadores ser o dos filhos (50%). Estes resultados vão de encontro aos resultados apresentados por Brito (2003) quando refere que “*praticamente todos os estudos apontam para o facto de a maior parte dos cuidadores de idosos dependentes serem prestados pelas filhas”.*

Quanto ao estado de saúde, 47,4% dos cuidadores refere que a sua saúde é fraca, tal facto contribuindo para o aparecimento de sobrecarga física e emocional.

A maioria dos cuidadores (75,6%) presta cuidados há mais de três anos, enquanto que 2,6% destes só prestam cuidados há menos de seis meses. Segundo Korenz (1998), de acordo com um estudo sobre o impacto dos cuidados prestados ao idoso nos cuidadores, o tempo médio nesta actividade é de 3 anos e 6 meses.

Relativamente ao número de horas de cuidados disponibilizadas por dia aos idosos dependentes, verificamos que a maioria dos indivíduos (61,5%) dispende neles entre 18 a 24 horas. Estes resultados vão de encontro ao estudo apresentado por Rodríguez et al. (2001) quando refere que "(...) *78,1% dos cuidadores cuidam do seu familiar durante todo o dia".*

Podemos observar que 82,1% dos cuidadores estão localizados na área de influência da Unidade de Saúde da Maia e que na área de influência da Unidade de Saúde da Ribeira Grande e de Rabo de Peixe, estão os restantes cuidadores, (10,3%) e (7,7%), respectivamente. Podemos depreender que a população estudada apresenta um cariz de natureza maioritariamente rural.

Relativamente aos idosos dependentes, a amostra é também de 78 indivíduos, maioritariamente do sexo feminino (61,5%), a sua maioria tem mais de 75 anos de idade e 51,3% encontram-se viúvos. Estes idosos apresentam um baixo nível de escolaridade, 46,2% não tem escolaridade e 33,3% sabe ler e escrever. Estes resultados são semelhantes aos apresentados por Lage (2005) e estão directamente relacionados com o envelhecimento da população e, em concreto, com a maior prevalência de idosos do sexo feminino (INE, 2002).

Em relação à profissão, os idosos são maioritariamente indivíduos do sexo feminino que exercem a actividade de tarefas domésticas (46,2%), seguindo-se os reformados (44,9%). Apresentam antecedentes pessoais (34,6%) de *status* pós AVC, o que influencia as ABVD e as AIVD.

Para a avaliação das ABVD e das AIVD recorremos ao Índice de Barthel e ao Índice de Lawton; no entanto, este último deve ser utilizado com prudência relativamente a idosos do sexo masculino, principalmente em itens como o cozinhar, lavar a roupa e o cuidar da casa, pois a inadaptabilidade do idoso poderá estar relacionada com factores pessoais/culturais e não com a incapacidade.

A nível das ABVD, podemos observar-se que 47,4% dos indivíduos apresentam um elevado grau de dependência, sendo 41,0% destes totalmente

dependentes. Note-se que 25,7% dos indivíduos apresentam dependências moderadas a ligeiras. Tal facto contribui para o aparecimento de níveis elevados de sobrecarga dos cuidadores destes idosos.

No item referente à alimentação, verificamos que 52,6% dos idosos necessita de ajuda e que a sua maioria é dependente; no banho, a maioria dos idosos encontra-se dependente, necessitando de alguém que os auxilie nesta tarefa; que 55,1% dos idosos seja independente no que se refere ao controlo intestinal é de salientar, mas também o é o facto de uma faixa muito idêntica de idosos não dispensar auxílio no uso da casa de banho (44,9%); 55,1% dos indivíduos necessitam de ajuda na transferência da cadeira para a cama, enquanto que, no que refere ao vestir, 64,1% dos indivíduos necessitam de ajuda em diferentes graus, não dispensando o auxílio do cuidador; na higiene corporal os idosos do estudo são na sua maioria (61,5%) dependentes do cuidador; 48,7% dos indivíduos apresentam também alguma forma de incontinência urinária; os indivíduos que necessitam de auxílio para subir escadas representam 73,1%, sendo que, destes, 56,4% são totalmente dependentes, denotando-se que o cuidador tem que prestar algum tipo de ajuda na deambulação dos idosos (12,8%), e é de salientar que 46,2% destes sejam dependentes, embora 39,7% não necessitem de auxílio para deambular.

No que diz respeito às AIVD, podemos observar que 84,6% dos idosos são severamente dependentes e que 5,1% são independentes.

É de salientar que 10,3% dos indivíduos apresentam dependências moderadas que necessitam de certa ajuda.

Analisando individualmente cada item, observamos que 23,1% dos idosos executam tarefas leves e que 9% destes cuidam da casa sem ajuda. Em contrapartida, 76,9% necessita de alguém para cuidar da casa, pois estes necessitam de ajuda ou são incapazes de executar tarefas domésticas; no que se refere a lavar a roupa, 94,9% dos indivíduos não consegue tratar da totalidade da sua roupa e que, destes, 87,2% são totalmente dependentes de terceiros. Quanto à alimentação, só uma minoria (7,7%) são auto-suficientes, enquanto a grande maioria (92,3%) necessita de ajuda e, destes, 88,5% é incapaz de preparar uma refeição. Verificamos que a maioria dos indivíduos (84,6%) não é capaz de ir às compras e que apenas uma minoria (1,3%), consegue fazer as compras acompanhado. Uma minoria de indivíduos (2,6%), só liga para lugares familiares e a maioria (57,7%), é incapaz de usar o telefone. Só

9% viaja em transporte público ou conduz e a maioria (64,1%) é incapaz de usar o transporte. A maioria dos indivíduos (67,9%) é incapaz de utilizar o dinheiro, embora 17,9 % pague as contas e/ou vá ao banco. Por fim, 70,5% dos indivíduos são incapazes de se responsabilizar pela sua medicação, enquanto 9,0% necessita que lha preparem.

A prestação de ajuda ou de cuidados prestados a idosos dependentes encontra-se frequentemente associada à sobrecarga, ou seja, tem repercussões pessoais, sociais e económicas (Lage, 2005).

Em relação à sobrecarga objectiva, podemos constatar que o *score* médio da sobrecarga objectiva apresenta níveis elevados de sobrecarga (às vezes, muitas vezes ou quase sempre), referentes aos itens (2; 3; 10 e 22), sendo estes assinalados por mais de 50% dos mesmos:

- "Já não dispõe de tempo suficiente para as suas tarefas", [item 2];
- "Sente-se tenso/a quando tem de cuidar do seu familiar e ainda tem outras tarefas por fazer", [item 3];
- "Vê a sua saúde ser afectada por ter de cuidar do seu familiar", [item 10];
- "Em geral sente-se muito sobrecarregado por ter de cuidar do seu familiar", [item 22];

Estes itens referem-se ao factor "impacto da prestação de cuidados".

Podemos observar, também, que os cuidadores apresentam baixos níveis de sobrecarga (nunca ou quase), nos itens (1; 4; 5; 6; 9; 11; 12; 13; 16; 17; 18 e 19), sendo estes assinalados por mais de 50% dos indivíduos. Para este facto, os três itens que maior percentagem apresentam são:

- "Sentem vergonha pelo comportamento do seu familiar" (92,3%);
- "Desejariam poder entregar o seu familiar aos cuidados de outra pessoa" (82,1%);
- "Se sentem inseguros acerca do que fazer com o seu familiar" (78,2%).

Poderemos referir que, ao nível da sobrecarga objectiva dos cuidadores, estes apresentam níveis de sobrecarga baixa na maioria dos itens, sendo que todos eles se referem ao factor "relações interpessoais". Poderemos depreender que, em relação

aos idosos dependentes, os cuidadores não são afectados negativamente face às relações interpessoais, podendo mesmo retirar daí sentimentos positivos em relação ao cuidar.

No que diz respeito à sobrecarga subjectiva, constatamos que o *score* médio da sobrecarga subjectiva apresenta, níveis elevados de sobrecarga (às vezes, muitas vezes ou quase sempre), referentes aos itens (7; 8; 14; 15 e 20), sendo estes assinalados por mais de 50% dos cuidadores, apresentando maior percentagem os itens (8; 14 e o 20) :

- "Consideram que o seu familiar está dependente de si" (96,1%);
- "Acreditam que os seus familiares esperam que cuidem deles como se fossem a única pessoa com quem eles possam contar" (89,7%);
- "Poderiam fazer mais pelo seu familiar" (65,5%).

Por oposição, 88,4% dos cuidadores referem que "não poderiam cuidar melhor do seu familiar".

Ao nível da cotação global da escala de sobrecarga do cuidador de acordo com os pontos de corte, verificamos que 41% dos indivíduos apresentam níveis de sobrecarga intensa; com sobrecarga ligeira identificamos 23,1% e com 35,9% apresentam-se os indivíduos sem níveis de sobrecarga.

Relativamente à relação entre a sobrecarga do cuidador informal e as variáveis sócio demográficas, verificamos que os elementos femininos apresentam níveis de sobrecarga mais elevados (60,1%) do que os elementos do sexo masculino (3,8%).

O grupo etário que apresenta níveis de sobrecarga mais elevados encontra-se entre os 50 e os 89 anos de idade (41%), sendo que, destes, 26,9% apresentam níveis de sobrecarga intensa, contribuindo com a percentagem mais elevada o grupo que varia entre os 50 e os 59 anos de idade; os cuidadores que se encontram casados apresentam níveis de sobrecarga mais elevados (29,4%). Será de referir que 6,4% dos viúvos apresentam alguma sobrecarga, não existindo nenhum sem sobrecarga.

Em relação à profissão, o grupo das domésticas apresenta maior ou menor sobrecarga, conforme o grau de dependência apresentado pelo idoso, uma vez que o nível de sobrecarga mais elevado se encontra nos indivíduos que se apresentam no

grupo “domésticas” (28,2%), e que os sem sobrecarga (19,2%) também se encontram nesse mesmo grupo.

Ao nível da escolaridade, o grupo de indivíduos com menor escolaridade (sem escolaridade, sabe ler e escrever e que frequentaram o 1º ciclo de ensino básico), apresenta níveis elevados de sobrecarga intensa (26,9%), embora os indivíduos com ensino secundário e superior apresentem sempre e só sobrecarga intensa (2,5%).

No que se refere à relação entre a sobrecarga do cuidador informal e os níveis de dependência das ABVD dos idosos dependentes, observamos que, quanto maior é a dependência nas actividades básicas de vida diária, maior será a sobrecarga intensa apresentada pelos cuidadores (28,1%) e, quanto menor for a dependência, menor é a sobrecarga observada (24,3%), sendo que os itens que mais contribuem para o aparecimento de sobrecarga intensa são a dependência no banho (29,4%) e a dependência na higiene corporal (28,2%).

Na correlação da escala de sobrecarga do cuidador com as actividades instrumentais de vida diária (AIVD), verificamos que, na categoria “Severamente dependente, necessita de muita ajuda” encontram-se as maiores percentagens referentes aos níveis de sobrecarga intensa (37,1%) e também o ponto de corte referente à “sem sobrecarga”, (28,2%). Aqui os itens que mais contribuem para o aparecimento de sobrecarga intensa são: a preparação da comida (39,7%), ir às compras (38,4%) e lavar a roupa (38,4%).

8 CONCLUSÃO

Num período em que a humanidade prima pelo desenvolvimento científico e tecnológico, o aumento da esperança de vida torna-se uma consequência inevitável nas sociedades ditas modernas. Mas esta nova situação traz consigo um novo desafio: a população torna-se mais envelhecida, ao mesmo tempo que espera que o seu envelhecimento não seja o inicio do "fim" mas, antes, se torne numa oportunidade de gozar um fim de vida digno, num envelhecimento activo, junto dos que lhe são mais queridos. Se acaso isto não lhes for possível, estes esperam que a sociedade, para a qual contribuíram, lhes ofereça condições sociais de suporte para fazer face às necessidades próprias do "outono da vida".

O aumento das necessidades de apoio aos idosos torna-se um dos problemas centrais dos governos das sociedades dos países desenvolvidos, e as políticas sociais tendem a elaborar respostas tendo em vista o bem-estar dos idosos e a economia do país.

Sendo a família a célula base da sociedade e atendendo ao facto de que é nesta que se encontram a maioria dos cuidadores informais de idosos, será necessário e absolutamente fundamental que se faça um esforço para protegê-la e dar-lhe condições para que consiga trazer para o domicílio o maior número possível de idosos, dando assim um contributo importante para os recursos económicos do país, visando a preservação da sua qualidade de vida.

O papel do cuidador representa um contributo incomensurável quer para a manutenção dos idosos dependentes no domicílio, quer para a preservação de um envelhecimento o mais activo possível, pois é o cuidador que melhor sabe reconhecer o ciclo social e familiar do idoso, dando assim continuidade ao seu ciclo vital.

Chegados ao fim desta "viagem", procuraremos esboçar algumas conclusões. O objectivo será explicar o fio condutor que compõe o presente trabalho. Desde o início, pretendemos apresentar a questão a investigar —***"Sobrecarga do cuidador informal de idosos dependentes do Concelho da Ribeira Grande"*** —, tendo feito o

enquadramento do estudo e, posteriormente, tendo-o sustentado teórica e conceptualmente, expondo os objectivos, explicando os métodos e as técnicas utilizadas, dando ênfase às considerações éticas que envolveram todo o processo, garantindo, assim, a livre participação no estudo das pessoas envolvidas, a confidencialidade dos dados e o acesso aos resultados obtidos.

Indo ao encontro dos objectivos do estudo, na sua primeira e segunda parte, abordámos o envelhecimento numa perspectiva global, realçando o contexto português e o açoriano em termos demográficos. De seguida, abordou-se o cuidador informal e a pessoa cuidada, assim como a sua sobrecarga.

Numa terceira parte, debruçámo-nos sobre o estudo empírico, apresentando a metodologia utilizada, assim como o tipo de estudo, os objectivos, a população e a amostra, os instrumentos, a edição e análise de colheita de dados, e considerações éticas e consentimento informado.

Na quarta parte, apresentámos os resultados obtidos nesta investigação relativamente aos idosos dependentes no que se refere à sua caracterização sócio--demográfica, actividade profissional, antecedentes pessoais e situação social.

Para estudarmos a dependência dos idosos, utilizámos dois instrumentos amplamente reconhecidos pela comunidade científica, a saber, o índice de Barthel (Mahoney & Barthel, 1965; Sequeira, 2007), que estuda as actividades básicas de vida diária (ABVD) e o índice de Lawton (Lawton & Brody, 1969; Sequeira, 2007), que estuda as actividades instrumentais de vida diária (AIVD).

Quanto aos cuidadores informais, foram estudadas as suas características sócio-demográficas, a profissão/ocupação, a relação de parentesco com o idoso dependente, a caracterização do seu estado de saúde, a duração dos cuidados e o tempo diário dispendido com o idoso, bem como a localidade onde estão inseridos.

No que se refere à sobrecarga do cuidador, utilizamos a **Escala de sobrecarga do cuidador (Sequeira, 2007),** adaptada para a realidade portuguesa que avalia a sobrecarga objectiva e subjectiva do cuidador informal.

Analisámos, também, a relação entre a sobrecarga do cuidador informal e as suas variáveis sócio-demográficas, e a relação entre a sobrecarga do cuidador informal com os níveis de dependência das actividades básicas/instrumentais da vida diária dos idosos dependentes.

Podemos concluir que os idosos dependentes são uma população predominantemente feminina, viúva e com mais de setenta e cinco anos de idade. A sua maioria dedica-se à actividade doméstica sem outra fonte de rendimento, com níveis baixos de escolaridade. Quanto ao seu estado de saúde, a maioria apresenta *status* pós AVC, que influencia as ABVD e as AIVD.

Em relação às ABVD e às AIVD, estes apresentam um elevado grau de dependência, que contribui para o aparecimento de níveis elevados de sobrecarga dos cuidadores.

Os cuidadores são maioritariamente do sexo feminino, encontrando-se entre os 40-59 anos de idade na sua maioria, embora o grau de amplitude varie entre os 22 e os 81 anos de idade. São também, na sua maioria casados, com baixo nível de escolaridade (1.º Ciclo do Ensino Básico), exercendo actividades domésticas. O seu grau de parentesco com o idoso dependente é directo: filhos/filhas. Regra geral, referem que o seu estado de saúde é fraco, o que interfere nos níveis de sobrecarga e no impacto dos cuidados prestados.

Verificamos que a maioria dos cuidadores presta cuidados há mais de três anos e que dispendem com o idoso, em média, 18 a 24 horas por dia.

Os cuidadores encontram-se localizados principalmente em áreas rurais.

Quanto à sobrecarga, observamos que os cuidadores apresentam níveis elevados (sobrecarga intensa), estando a sua maioria entre os 50 e os 59 anos de idade, tendo como ocupação as actividades domésticas. Regra geral, estes indivíduos têm de cuidar do idoso dependente e também, prestar apoio ao restante agregado familiar.

Por ultimo, verificamos que existe uma relação directa entre o grau de dependência nas ABVD/AIVD dos idosos e os níveis de sobrecarga apresentados pelos cuidadores, pois quanto maior é a dependência maior é a sobrecarga.

Os resultados obtidos vão ao encontro dos resultados apresentados nos estudos observados ao nível nacional e internacional. No entanto, pensamos ser pertinente salientar que ao nível da satisfação, os cuidadores apresentam níveis muito baixos de sobrecarga. Tal facto espelha um elevado grau de estima e satisfação pessoal por cuidarem de um familiar. A maioria dos indivíduos refere que não poderia fazer mais do que faz em relação à promoção de qualidade de vida do idoso.

Embora os cuidadores façam tudo que está ao seu alcance para promover o envelhecimento saudável dos seus idosos, o acto de cuidar influencia o quotidiano e o seu próprio contexto de vida. Torna-se necessário o reconhecimento das responsabilidades que estes assumem, através de um maior apoio, motivação e valorização pelo trabalho desenvolvido. Assim, sugerimos que estes sejam alvo de intervenção por parte dos profissionais de saúde, visando a potencialização das suas capacidades, através, p. ex., do reforço das estratégias de *coping*, contribuindo para a diminuição dos riscos de morbilidade.

A sensibilização dos profissionais de saúde para o contexto estudado é fundamental, de modo a que estes possam disponibilizar capacidades e competências que promovam intervenções seguras e adequadas, de molde a permitir melhorar a qualidade de vida do cuidador e influenciar positivamente a prestação de cuidados ao idoso.

A promoção de políticas sociais que visem a solidariedade e o apoio dentro da família, com a inclusão de todos os seus elementos, apoiando-a e protegendo-a através de equipas multidisciplinares, que façam o diagnóstico, levantamento de problemas e uma intervenção assertiva, tornar-se-á uma mais-valia para os cuidadores em particular e para a sociedade em geral.

Acreditamos que a criação de um espaço multidisciplinar de apoio ao cuidador informal, onde os enfermeiros tenham responsabilidades de articulação de cuidados, possa vir a melhorar o desempenho do cuidador, contribuindo para a existência cada vez menor de níveis de sobrecarga, ao possibilitar a entrada dos cuidadores no sistema de saúde e o seu acompanhamento precoce.

A utilização de instituições não governamentais tais como centros de dia, unidades de apoio domiciliar ou grupos de voluntariado poderão contribui, também, para um suavizar da sobrecarga e a integração dos próprios idosos na comunidade.

Conhecendo a realidade dos cuidadores informais, as equipas de enfermagem que intervêm no processo de cuidar dos idosos dependentes deverão voltar a sua atenção também para os cuidadores. Só assim poderemos garantir que quem cuida não fique por cuidar.

9 REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ADAM, Everyl. (1994). Ser Enfermeira. Lisboa: Instituto Piaget.
- ALMEIDA, T. L. (2005) - *Características dos cuidadores de idosos dependentes no contexto da saúde e da família*. Ribeirão Preto: Dissertação da Universidade de São Paulo.
- AMARAL E VICENTE (2001). Nursing. Revista técnica de enfermagem. Lisboa. Dezembro (2006). Nº 216.
- ANDREASEN, N. C.(2003). *Admirável cérebro novo – dominar a doença mental na era do genoma* (1ª. Ed.). Lisboa: Climepsi Editora.
- BERGER, Louise. (1995) Relação de ajuda em gerontologia. In Poirier e Mailloux. Pessoas idosas, uma abordagem global.
- BRITO, L. (2002). A saúde mental dos prestadores de cuidados a familiares idosos. Coimbra: Quarteto Editora.
- BRITO, M. E. C. (2003) - *Cuidar da pessoa idosa em casa: Uma perspectiva dos prestadores de cuidados formais*. Lisboa: Dissertação de Mestrado em Comunicação em Saúde, Universidade Aberta.
- CABETE, Dulce Gaspar. O impacto do internamento no idoso. Nursing. Revista técnica de enfermagem. Lisboa. Setembro (1999). Nº 136.
- CARMO, Hermano; FERREIRA, Manuela Malheiro. (1998). Metodologia da Investigação: guia para auto-aprendizagem. Lisboa: Universidade Aberta.
- CARPENITO, L. J. (2002). *Diagnósticos de enfermagem – Aplicação à prática clínica.* 8ª ed. Porto Alegre: Artes médicas.
- CARRERO, M., et al. (2002). *Ante la enfermedad de Alzheimer: pistas para cuidadores y familiares*. Bilbao: Ed. Desclée et Brouwer.
- CERVO, Amado L.; BERVIAN, Pedro A. (2002). Metodologia Científica. 5ª ed. São Paulo: Prentice Hall.
- CÓDIGO DEONTOLÓGICO DO ENFERMEIRO: Anotações e comentários (2003). Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.

- COLLIÉRE, Marie. (1999). Francoise. Promover a vida: da prática das mulheres de virtude aos cuidados de enfermagem. Lider 1999.

- DEPARTAMENTO ESTATÍSTICAS CENSITÁRIAS DA POPULAÇÃO (2002) – *O envelhecimento em Portugal: situação demográfica e sócia económica recente das Pessoas Idosas. "Revista de Estudos Demográficos"*. Lisboa. INE, Nº.32, 185-208
.
- DUARTE, S. (2003). *Saberes de Saúde e de Doença: Porque Vão As Pessoas Ao Médico?*. Coimbra: Quarteto Editora.

- EUROPEAN COMMISSION, (1999) - *Reconciliation of Work Family Life and The Quality of Care Services.* "*Employment and Social Affairs"*. Bruxelas: Comissão Europeia.

- FIGUEIREDO, D., SOUSA, L. (2002). CUIDE (Cuidadores de Idosos na Europa) – Avaliar as necessidades dos prestadores informais de cuidados. *Geriatria*. Lisboa. Vol. XV: nº 144, p. 15 – 19.

- FONSECA, A. M. (2004) - *O Envelhecimento - Uma Abordagem Psicológica*. Lisboa: Universidade Católica Portuguesa.

- FONSECA, A. M. (2005). *Desenvolvimento humano e envelhecimento*. Lisboa: Climepsi Editores.

- FORTIN, M. F. (1999). O processo de investigação – da concepção à realização. Loures: Lusociência.

- GARCIA, Elisa. (1997). Visita domiciliária – Tratar ou cuidar? Servir nº1 vol. 45 p. 26-28. Lisboa.

- GARRETT, C. (2005). Impacto sócio-económico da doença de Alzheimer. In A. C. Caldas e A. Mendonça (Orgs.), *A doença de Alzheimer e outras demências em Portugal*. Lisboa: Lider – Edições Técnicas Lda.

- GONÇALVES (2003). Revista técnica de enfermagem. Lisboa. Dezembro (2006). Nº 216.

- GRÁCIO, Eunice Isabel Teixeira. (1999). Apoio social e financeiro na terceira idade. In Costa, Maria Arminda Mendes [e tal]. Manual de sinais vitais: O idoso. Problemas e realidades. Coimbra: Formasau.

- GRIPPO, D.(1997). *A alegria do trabalho*. Lisboa: Edições Paulinas.

- HELMAN, G.(2003). *Cultura, Saúde e Doença.* Porto Alegre: Artmed
.
- HOWE, E. G., e Lettieri, C. J. (1999). Health care rationing in the aged: ethical and clinical perspectives. *Drugs Aging*, 15 (1), pp. 37 – 47.

- INSTITUTO NACIONAL DE ESTATÍSTICA (2002). *O envelhecimento em Portugal: Situação demográfica e sócio-económica recente das pessoas idosas.* Lisboa:

Serviço de Estudos Sobre a População do Departamento de Estatística Censitárias e de População do INE.

- JACOB, L. (2001) -. *A Velhice*. Lisboa: Dissertação de Mestrado, Instituto Superior de Ciências do Trabalho e da Empresa.

- KANT, Immanuel (2003). *Fundamentação da metafísica dos costumes e outros escritos.* São Paulo: Martin Claret.

- KORENZ, A. K (1998) - Analisando o impacto nos cuidadores dos cuidados prestados ao paciente idoso. In http://www.ee.usp.br/graduação/monografia/1998/471517.html.

- LAGE, I.(2005). Cuidados familiares a idosos. In C. Paúl, e A. M. Fonseca (Eds.), *Envelhecer em Portugal.* Lisboa: Climepsi Editores.

- LAWTON, M. P., Brody, E.(1969). Assessment of older people: self-maintaining and instrumental activities of daily living. *The Gerontologist*, 9.

- LAZURE, Hélene. (1994). Viver a relação de ajuda. Lisboa.: Lusodidacta.

- MAGINÁRIO, C.(2004). *O Idoso Dependente Em Contexto Familiar.* Coimbra: Editora Formasau.

- MAHONEY, F. I., e Barthel, D. W. (1965). Functional evaluation. The Barthel Index. *Md.State Medical Journal*, 14,pp. 61-65
.
- MARTÍN, I.; C. Paul , J. Roncon . (2000). Estudo de adaptação e validação da escala de avaliação de cuidado informal. *Psicologia, Saúde e Doenças*, I, 001 , 3-9.

- MARTÍN, I.(2005). *O cuidado informal no âmbito social*. In C. Paúl, e A. M. Fonseca (Eds.), *Envelhecer em Portugal*. Lisboa: Climepsi Editores.

- MINISTÉRIO DA SAÚDE (2004). *Programa nacional para a saúde das pessoas idosas.* Lisboa: Ministério da Saúde - despacho ministerial de 08-06-2004.

- NETTO, Mateus Papaléo. (1999). Gerontologia: A velhice e o envelhecimento uma visão globalizada. São Paulo: Editora Ateneu, 1999.

- NUNES, L.(2005). Ética na investigação em enfermagem. In Comunicação – Mesa. Redonda: Ética na pratica de enfermagem – XXVI Congresso Português de Cardiologia. 11 – Abril – 2005, Porto.

- OREM, 1993 IN PEARSON. Alan; VAUGHAN, Barbara (1992) – Modelos para o exercício de enfermagem, 1ª ed; Lisboa, Grafilarte.

- PALMA, E. M. do Carmo (1999). Enfermagem agora – A família com idosos dependentes. Que expectativas? Enfermagem. Lisboa. Nº 15.

- PAÚL, C. (2005). A construção de um modelo de envelhecimento humano. In C. Paúl, e A. M. Fonseca (Eds.), *Envelhecer em Portugal*. Lisboa: Climepsi Editores.

- PIMENTEL, Luísa (2001). O lugar do idoso na família: contextos e trajectórias. Editora Quarteto.

- PLANO DE ACTIVIDADES (2005-2007), do Centro de Saúde da Ribeira Grande. Julho 2005.

- PLANO DE ACTIVIDADES (2008), do Centro de Saúde da Ribeira Grande. Dezembro 2007.

- POLIT, Denise; HUNGLER, Bernardette P. (1995). Fundamentos de pesquisa em enfermagem. 3ª ed. Porto Alegre: Artes Médicas.

- QUARESMA, M. (1996). *Cuidados familiares às pessoas muito idosas*. Lisboa: Direcção geral da acção social/núcleo de Documentação Técnica e Divulgação.

- QUARESMA, M. de L. Q., (s/d.) - Melhorar a qualidade de vida das pessoas idosas. *"Futurando"*, n.º2, Maio.

- QUEIRÕES, Ana Albuquerque (1999). Empatia e respeito. Coimbra: G. C. gráfica de Coimbra.

- REBELO, Â. A. (1996) - Prestadores de cuidados informais a idosos com 80 e mais anos, na freguesia de Moreira da Maia**. "***Geriatria"*. Ano 9, nº 81 (Janeiro).

- RIBEIRO, J. L. P. (1999). *Investigação e avaliação em psicologia e saúde*. Lisboa: Climepsi Editores.

- RODRIGUEZ, B. E.; et al. (2001) - Cuidadores Informais: necesidades y ayudas. **"***Revista de Enfermería",* Rol. Vol., 24. nº 3 (Março).

- RUIPÉREZ, Isidoro; PALOMA, Lorente. (1996). Geriatria. Rio de Janeiro: Copyright.

- SANTOS, M. I. S. (2006) - Os Cuidadores informais dos idosos dependentes em casa**.** Lisboa: Dissertação de Mestrado em Comunicação em Saúde, Universidade Aberta.

- SANTOS, P. A. (2005). O familiar cuidador em ambiente domiciliário: sobrecarga física, emocional e social. Tese de Mestrado, Escola Nacional de Saúde Pública da Universidade Nova de Lisboa, Lisboa.

- SCAZUFCA, M. (2002). Versão Brasileira da escala «*Burden Interview*» para avaliação de sobrecarga em cuidadores de indivíduos com doenças mentais. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, Março, 24 (1).

- SEQUEIRA, C. (2007). Cuidar de Idosos Dependentes. Coimbra: Quarteto Editora.

- SEQUEIRA, C.(2006). *Introdução à prática clínica*. Coimbra: Quarteto Editora.

- SMITH, E. Carol. (1995). Cuidados Domiciliários ao utente adulto. In LONG, Phiolipps; Cassmeyer, Woods. Enfermagem Médico-Cirúrgica. Lisboa. Lusodidáctica.

- SOMMERHALDER, C. (2001). *Significados associados à tarefa de cuidar de idosos de alta dependência no contexto familiar*. Tese de Mestrado, Faculdade de Educação, Universidade Estadual de Campinas, - São Paulo.

- SORENSEN; Lukmann (1998). Enfermagem fundamental – Abordagem psicofisiológica. Lisboa: Lusodidáctica.

- STANHOPE, Márcia; lANCASTER, Jenet. (1999). Enfermagem comunitária – Promoção da saúde de grupos, família e indivíduos. Lisboa: Lusociência.

- VAZ, L; SOUSA, A. (2003). Unidade de cuidados continuados ao doente dependente do Centro de Saúde de Pinhel. Geriatria: Revista Portuguesa de medicina geriátrica. Lisboa. Vol. 15 nº 152 p.10-15.

- VIRGÍNIA, Anderson. In BERGER, Louise. (1995). Relação de ajude em gerontologia, in Poirier e Mailloux. Pessoas idosas uma abordagem global.

- WATSON, Jean. (1999). Enfermagem: Ciência humana e cuidar uma teoria de enfermagem. Loures: Lusociência.

- WORLD HEALTH ORGANIZATION, (2002). *"Active ageing, a policy framework. A contribution of the WHO to the second united nations world assembly on ageing*. Madrid:WHO.

- ZARIT,S. H., e Zarit, J.M. (1983). *The memory and behavior problems checklist – and the burden interview*. Technical report, Pennsylvania State University.

- ZIRMERMAN, G. I. (2000) - Velhice: aspectos biopsicossociais. Porto Alegre: Artes Médicas.

ANEX0

ANEXO A

Cronograma de actividades a desenvolver

CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES A DESENVOLVER

Actividades a desenvolver	**Março/ 2008**	**Abril 2008**	**Maio/ Junho 2008**	**Julho/ Agosto/ Setembro Outubro 2008**	**Novembro/ Dezembro 2008**	**Dezembro 2008 a Março/ 2009**	**OBS**
Elaboração do projecto de investigação.							
Revisão bibliográfica.							
Aplicação dos ICD.							
Edição, análise e tratamento dos dados.							
Relatório do trabalho de investigação – dissertação.							

ANEXO B

Consentimento Informado

DECLARAÇÃO DE CONSENTIMENTO

Conforme a "declaração de Helsínquia da Associação Médica Mundial" (Helsínquia 1964; Tóquio 1975; Veneza 1983)

DESIGNAÇÃO DO ESTUDO: **"Sobrecarga do cuidador informal de idosos dependentes no Concelho da Ribeira Grande"**.

Eu, abaixo assinado _____

compreendi a explicação que me foi fornecida acerca do estudo em que estou a participar, tendo-me sido dada a oportunidade de fazer as perguntas que julguei necessárias.

Tomei também conhecimento que, de acordo com as recomendações da declaração de Helsínquia, a informação ou explicação que me foi prestada versou os objectivos, os métodos, os benefícios previstos e o eventual desconforto.

Por isso, consinto a participação no estudo, respondendo a todas as questões propostas e permito que estas informações sejam utilizadas em futuros estudos, podendo desistir de participar a qualquer momento, sem que daí resulte qualquer prejuízo para o tratamento do meu familiar.

Ponta Delgada, _____ de _____ de _____

Assinatura_____

Pelo investigador responsável

Assinatura: _____

ANEXO C

Guião de Questionário

GUIÃO DE QUESTIONÁRIO

OBJECTIVOS DO ESTUDO

Este projecto de investigação encontra-se em desenvolvimento no âmbito do Mestrado em Ciências de Enfermagem, sendo o investigador principal, o Enfermeiro Luís Filipe Caldeira da Silva Ricarte e tem como orientador o Professor Doutor Carlos Sequeira (ESEP).

Os dados obtidos destinam-se exclusivamente ao estudo em causa, assegurando-se absoluta confidencialidade dos mesmos.

Solicitamos que não deixe questões em branco, para não comprometer os dados globais de cada escala.

A sua participação é muito importante para este estudo, mas, se por qualquer razão, não quiser participar, tem todo o direito de o fazer e agradecemos de igual modo a sua atenção.

Agradecemos com elevada estima, certos da sua inestimável colaboração.

O investigador principal,

Luís Filipe Caldeira da Silva Ricarte

A pesquisa que se pretende desenvolver, tem como tema central a percepção da sobrecarga objectiva e subjectiva do cuidador informal, prestador de cuidados a idosos dependentes no Concelho da Ribeira Grande. Em termos genéricos, pretende-se caracterizar a forma como o cuidador informal, prestador de cuidados a idosos dependentes encaram a prestação desses mesmos cuidados e qual o seu grau de exaustão.

DADOS DO IDOSO DEPENDENTE **N.º_____**

1 Sexo: 1☐ Masculino 2☐ Feminino **2 Idade:_____** **Data de Nasc. __/__/__**

3 Estado civil: 1☐ Casado 2☐ Solteiro 3☐ Viúvo 4☐ Divorciado

5☐ Outro_____

4 Escolaridade:

1☐ Sem escolaridade 2☐ Sabe ler e escrever

3☐ 1º ciclo de ensino básico (4ª classe) 4☐ 2º ciclo do ensino básico (ensino preparatório)

5☐ 3º ciclo do ensino básico (9º ano) 6☐ Ensino secundário (12º ano)

7☐ Ensino superior 8☐ Outro. Qual_____

5 Profissão: _____

6 Antecedentes pessoais:

1☐ HTA 2☐ AVC 3☐ Tabagismo

4☐ Alcoolismo 5☐ Diabetes Mellitus 6☐ Obesidade

7☐ Traumatismo Craniano 8☐ Doença Psiquiátrica

9☐ Outro. Qual_____

7 Situação Social:

1☐ Convive com familiares

2☐ Convive com amigos

3☐ Participa em actividades de organizações sociais

4☐ Dinamiza actividades sociais

5☐ Outro. Especifique: _____

Versão abreviada

Índice de Barthel (Mahoney & Barthel, 1965; Sequeira, 2007)

Actividades Básicas de Vida Diária (ABVD): Pontuação _____

O Índice de Barthel avalia as Actividades Básicas de Vida Diária do idoso a que presta cuidados, leia atentamente cada uma das afirmações, e indique de que modo se aplicam ao seu caso, colocando o sinal **X** no espaço que melhor corresponder à sua opinião.

Item	ABVD	Cota-ç	Item	ABVD	Cota-ção
Alimentação	Independente	**10**	***Vestir***	Independente	**10**
	Necessita de ajuda	**5**		Necessita de ajuda	**5**
	Dependente	**0**		Dependente	**0**
Banho	Independente	**5**	**Higiene corporal**	Independente	**5**
	Dependente	**0**		Dependente	**0**
Controlo intestinal	Independente	**10**	**Controlo vesical**	Independente	**10**
	Incontinência involuntá ocasional	**5**		Incontinência urinà ocasional	**5**
	Incontinente fecal	**0**		Incontinente ou algaliado	**0**
Uso da casa de banh	Independente	**10**	**Subir escadas**	Independente	**10**
	Necessita de ajuda	**5**		Necessita de ajuda	**5**
	Dependente	**0**		Dependente	**0**
Transferência da cade - cama	Independente	**15**	**Deambulação**	Independente	**15**
	Necessita de ajuda mínima	**10**		Necessita de ajuda	**10**
	Necessita de grande ajuda	**5**		Ind. c/ cadeira de rodas	**5**
	Dependente	**0**		Dependente	**0**

Versão Abreviada

Índice de Lawton (Lawton & Brody, 1969; Sequeira, 2007)

Actividades Instrumentais de Vida Diária (AIVD): Pontuação _____

O Índice de Lawton avalia as Actividades Instrumentais de Vida Diária do idoso a que presta cuidados, leia atentamente cada uma das afirmações, e indique de que modo se aplicam ao seu caso, colocando o sinal **X** no espaço que melhor corresponder à sua opinião

Item	AIVD	Cota-ção	Item	AIVD	Cota-ção
Cuidar da casa	Cuida da casa sem ajuda	**1**	**Uso telefone**	Usa-o sem dificuldade	**1**
	Faz tudo excepto o trabalho pesado	**2**		Só liga para lugares familiares	**2**
	Só faz tarefas leves	**3**		Necessita de ajuda para o usar	**3**
	Necessita de ajuda para todas as tarefas	**4**		Incapaz de usar o telefone	**4**
	Incapaz de fazer alguma tarefa	**5**			
Lavar a roupa	Lava a sua roupa	**1**	**Uso transpor-te**	Viaja em transporte público ou conduz	**1**
	Só lava pequenas peças	**2**		Só anda de táxi	**2**
	É incapaz de lavar a sua roupa	**3**		Necessita de acompanhamento	**3**
				Incapaz de usar o transporte	**4**
Preparar a comida	Planeia, prepara e serve sem ajuda	**1**	**Uso dinheiro**	Paga as contas, vai ao banco, etc.	**1**
	Prepara se lhe derem os ingredientes	**2**		Só pequenas quantidades de dinheiro	**2**
	Prepara pratos pré-cozinhados	**3**		Incapaz de utilizar o dinheiro	**3**
	Incapaz de preparar	**4**			
Ir às compras	Faz as compras sem ajuda	**1**	**Respon-sável pe medica-mentos**	Responsável pela sua medicação	**1**
	Só faz pequenas compras	**2**		Necessita que lhe preparem a medicaç	
	Faz as compras acompanhado	**3**		Incapaz de se responsabilizar p medicação	**2**
	É incapaz de ir às compras	**4**			
					3

DADOS DO CUIDADOR **N.º_____**

1 Sexo: 1☐ Masculino 2☐ Feminino **2 Idade:_____ Data de Nasc. ___/___/___**

3 Estado civil: 1☐ Casado 2☐ Solteiro 3☐ Viúvo 4☐ Divorciado 5☐Outro_____

4 Escolaridade: 1☐ Sem escolaridade 2☐ Sabe ler e escrever

3☐ 1º ciclo de ensino básico (4ª classe) 4☐ 2º ciclo do ensino básico (ensino preparatório)

5☐ 3º ciclo do ensino básico (9º ano) 6☐ Ensino secundário (12º ano)

7☐ Ensino superior 8☐Outro. Qual_____

5 Profissão:_____

5.1 Situação profissional/ocupação:

1☐ Empregado 2☐ Desempregado 3☐ Doméstico

4☐ Estudante 5☐ Reformado 6☐Outra. Qual?_____

6 Relação de parentesco com o idoso dependente:

1☐ Cônjuge 2☐ Filho/Filha 3☐ Irmã

4☐ Nora/Genro 5☐ Neta 6 ☐Outro. Qual_____

7 Em geral diria que o seu estado de saúde é:

1☐ Muito boa 2☐ Boa 3☐ Fraca 4☐ Muito fraca

8 Há quanto tempo presta cuidados?

1 ☐ 6 meses 2☐ 6 meses a 1 ano 3☐ 1 a 2 anos 4☐ > 3 anos

9 Durante quanto tempo por dia presta cuidados?

1 ☐ Contactos pontuais 2☐ < 6 horas 3☐ 6 a 12 horas 4☐ 12 a 18 horas

5☐ 18 a 24 horas 6☐ Outro. Qual? _____

Escala de sobrecarga do cuidador (Sequeira, 2007)

A Escala de Zarit é uma escala que avalia a sobrecarga objectiva e subjectiva do cuidador informal. Leia atentamente cada uma das afirmações, e indique de que modos se aplicam ao seu caso, colocando o sinal **X** no espaço que melhor corresponder à sua opinião.

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

ANEXO D

Conceitos

CONCEITOS

Alojamento - Considera-se o local distinto e independente que, pelo modo como foi construído, reconstruído, ampliado ou transformado se destina à habitação humana, na condição de, no momento censitário, não estar a ser utilizado para outros fins.

© - Serviço Regional de Estatística dos Açores

Concelho de residência - O concelho do local onde os indivíduos tenham vivido a maior parte do ano.

© - Serviço Regional de Estatística dos Açores

Densidade Populacional - Intensidade do povoamento expressa pela relação entre o número de habitantes de uma área territorial determinada e a superfície desse território (habitualmente expressa em número de habitantes por quilómetro quadrado).

© - Serviço Regional de Estatística dos Açores

Divórcio - Dissolução legal e definitiva do vínculo do casamento, conferindo às partes o direito de tornarem a casar.

© - Serviço Regional de Estatística dos Açores

Doméstica - Homem ou mulher que, não exercendo uma profissão, se ocupa principalmente da lida doméstica.

© - Serviço Regional de Estatística dos Açores

Esperança de vida - Número médio de anos que restam para viver.

© - Serviço Regional de Estatística dos Açores

Família - Considera-se o grupo de pessoas ligadas por união de facto ou parentesco, que ocupam uma parte ou a totalidade de uma unidade de alojamento; ou a pessoa independente que ocupa uma parte ou a totalidade da unidade de alojamento.

© - Serviço Regional de Estatística dos Açores

Idade - Número de dias, semanas, meses ou anos completos, decorridos desde o momento do nascimento até às 0 horas da data de referência.

© - Serviço Regional de Estatística dos Açores

Índice de dependência demográfica - Quociente entre a população com menos de 15 anos e mais de 65 e a população com idades compreendidas entre os 15 e os 64 anos.

© - Serviço Regional de Estatística dos Açores

Índice de envelhecimento - Quociente entre a população com 65 e mais anos e a população com menos de 15 anos.

© - Serviço Regional de Estatística dos Açores

Reformado ou aposentado - O indivíduo que, tendo exercido uma profissão, recebe por tal facto uma pensão de reforma ou de aposentação e não exerce qualquer actividade.

© - Serviço Regional de Estatística dos Açores

Residência - O concelho ou distrito onde os indivíduos tenham vivido parte do ano.

© - Serviço Regional de Estatística dos Açores

ANEXO E

Autorização de consulta de dados no Centro de Saúde da Ribeira Grande

REGIÃO AUTÓNOMA DOS AÇORES
SECRETARIA REGIONAL DOS ASSUNTOS SOCIAIS
Direcção Regional de Saúde
CENTRO DE SAÚDE DA RIBEIRA GRANDE

Exmº. Senhor

Enfrº. Graduado Luís Filipe Caldeira Da Silva Ricarte
Unidade de Saúde da Maia
9625 - MAIA

Vossa Referência	**Vossa Comunicação de**	***Nossa Referência***	**Ribeira Grande,**
N. º		N. º	02-05-2008
Proc.:		Proc.: GA-9/08.022	

ASSUNTO: Estudo de Investigação – XIV Curso de Mestrado em Ciência de Enfermagem

Informamos V. Exª., que o Conselho de Administração, em reunião do passado dia 30 de Abril de 2008, deliberou autorizar a consulta solicitada, salvaguardadas as regras de confidencialidade e de protecção de dados pessoais, nos temos legalmente estabelecido.

Com os melhores cumprimentos,

O VOGAL ADMINISTRATIVO DO CONSELHO DE ADMINISTRAÇÃO

Fernando Medeiros da Silva Soares

Mod. 69