

**ESCOLA SUPERIOR DE EDUCAÇÃO DE PAULA FRASSINETTI**

MESTRADO EM INTERVENÇÃO COMUNITÁRIA ÁREA DE  
ESPECIALIZAÇÃO EM ENVELHECIMENTO ATIVO

## **A ARTE DE CUIDAR**

Necessidades e dificuldades de  
Cuidadores Informais de pessoas idosas  
em situação de dependência

TRABALHO DE PROJETO APRESENTADO À  
ESCOLA SUPERIOR DE EDUCAÇÃO DE PAULA FRASSINETTI  
PARA A OBTENÇÃO DE GRAU DE MESTRE EM  
INTERVENÇÃO COMUNITÁRIA ÁREA DE ESPECIALIZAÇÃO EM  
ENVELHECIMENTO ATIVO

**DE**

Márcia Maria Machado Rainha

**ORIENTAÇÃO**

Professor Doutor Daniel Serrão

Doutora Gabriela Trevisan

Porto, abril de 2015

Aos meus pais,  
que tornaram a realização deste sonho possível...  
A todos aqueles  
que diariamente dedicam as suas vidas a cuidar do próximo...

## **NOTA PRÉVIA**

O presente trabalho foi iniciado com a Orientação do Professor Doutor Daniel Serrão e coorientação da Doutora Gabriela Trevisan. O mesmo foi discutido nas reuniões iniciais com o orientador, e definido o seu âmbito de estudo acompanhado com sugestões de bibliografia a selecionar. No entanto, e por razões de saúde imprevistas, o Professor Doutor Daniel Serrão não pôde continuar o seu trabalho de orientação, motivo pelo qual se assegurou a continuidade do mesmo apenas com a Doutora Gabriela Trevisan.

Agradeço ao Professor Doutor Daniel Serrão toda a disponibilidade e entusiasmo que sempre demonstrou em trabalhar connosco, e a ele se dedica, também, este trabalho.

## RESUMO

Numa sociedade cada vez mais envelhecida e onde se procura retardar a institucionalização das pessoas idosas, emerge uma figura com um papel muitas vezes esquecido. Referi-mo-nos ao cuidador informal, que dedica parte ou grande parte do seu dia e da sua vida a um ato de solidariedade e amor, o ato de cuidar.

A qualquer momento um familiar, amigo ou vizinho pode ficar numa situação de dependência, tendo necessidade de recorrer à ajuda de terceiros. Quando essa ajuda não chega por parte de uma instituição, procuram-se alternativas, quase sempre encontradas no seio familiar. Surge a figura do cuidador informal, que exerce a tarefa de cuidar, sem remuneração, muitas vezes sem experiência, formação ou mesmo vocação. No entanto, pelo amor que os une, não desiste de dar o seu melhor, na tentativa de proporcionar a melhor qualidade de vida possível à pessoa cuidada, colocando-se muitas vezes em último lugar.

Este projeto procura retratar uma realidade dos nossos dias, procurando perceber quais as dificuldades sentidas pelos cuidadores informais e sugerindo uma intervenção comunitária baseada no levantamento realizado através de inquéritos aos mesmos.

O objetivo é envolver a comunidade, dando-lhe a oportunidade de definir os problemas e necessidades, e participar na procura de soluções, provocando a mudança desejada – melhoria da qualidade de vida do cuidador informal e da pessoa idosa dependente.

Com a intervenção comunitária pretende-se prevenir o burnout do cuidador informal, através de uma série de iniciativas onde o próprio terá um papel de destaque.

**Palavras chave:** envelhecimento; cuidador informal; burnout; intervenção comunitária.

## **ABSTRACT**

In an increasingly ageing society and where one seeks to delay the institutionalization of the elderly, a figure with a crucial, but quite often forgotten, role emerges. We are referring to the informal caregiver, who dedicates part or most of his/her day and life to an act of solidarity and love, the act of caring.

At any given time, a family member, friend or neighbour may find him/herself in a situation of dependence, thus needing to resort to the aid of third parties. When such aid does not arise from an institution, one seeks alternatives, often found within the family itself. The figure of the informal caregiver then appears, the person who provides care, non-remunerated, often without any experience, training or even vocation. However, due to the love their share, he/she does not withdraw from doing his/her best, in an attempt to provide the best possible quality of life to the person cared for, often placing him/herself last.

This project seeks to portray a reality of our everyday life, while seeking to understand the difficulties experienced by informal caregivers and suggesting a community intervention, based on the survey conducted through questionnaires handed to them.

The goal is to involve the community, while providing the opportunity to define problems and needs, and participate in the solution-finding process, thus causing the desired change - improving the quality of life of the informal caregiver and of the dependent elderly.

With the community intervention, one intends to prevent the caregiver's burnout, through a series of initiatives where he/she shall play a major role.

**Keywords: ageing; informal caregiver; burnout; community intervention.**

## AGRADECIMENTOS

Àqueles que inspiraram a minha escolha, e que neste momento estão a “acender estrelinhas no céu”, não podendo ver o resultado deste trabalho... Meu pai e “Bi-vó” Adelaide.

Àqueles que amo e me acompanham todos os dias, a minha luz Gabriela, a minha guia Gracinda, o meu porto seguro João, e restante família (irmão, sogros, cunhada) e amigos (são poucos mas bons), que acreditam em mim e no meu trabalho, me apoiam e me lembram todos os dias que posso ser uma pessoa ainda melhor...

Às Instituições que acolheram este meu projeto como sendo delas também, participando como lhes foi possível, sem saber que o que me davam, significava tanto – Lar de Santo António, ACES Maia/Valongo...

A todos os que de livre vontade cederam um pouco do seu dia para responder a perguntas que lhes tocam no coração diariamente, sobre si e o seu dia, sobre os seus familiares e amigos, os quais escutei e com quem muito aprendi, em especial aos que, tão amavelmente me abriram as portas de suas casas...

Aos professores e restante pessoal, desta Escola, que me ensinou a educar com o coração... Um especial obrigada, pelo cuidado e carinho com que me conduziu ao longo deste mestrado a Doutora Gabriela Trevisan...

Finalmente, um muito obrigada a mim, por ter a capacidade de reconhecer e sobreviver aos meus defeitos, e ainda assim, ter orgulho na pessoa em que me tornei. Ser persistente, acreditar nas minhas capacidades e fazer frente a todas as adversidades da vida, mantendo um sorriso nos lábios, mesmo quando o coração chora...

Há um bocadinho de cada um de vós neste projeto...  
Desejo a todos muita luz e amor no coração, e um obrigada!

## ÍNDICE GERAL

INTRODUÇÃO.....	12
CAPÍTULO I – JUSTIFICAÇÃO DO OBJETO DE ESTUDO.....	15
1.1. PERGUNTA DE PARTIDA E OBJETIVOS DA INVESTIGAÇÃO.....	16
CAPÍTULO II - ENVELHECIMENTO, AUTONOMIA E DEPENDÊNCIA.....	17
2.1. O ENVELHECIMENTO: Demográfico, biológico, psicológico e social.....	18
2.1.1. Envelhecimento demográfico.....	18
2.1.2. Envelhecimento biológico, psicológico e social.....	19
2.2. AUTONOMIA E DEPENDÊNCIA.....	26
CAPÍTULO III - CUIDADOS A PESSOAS IDOSAS.....	30
3.1. POLÍTICAS SOCIAIS PARA A TERCEIRA IDADE EM PORTUGAL.....	31
3.2. RESPOSTAS SOCIAIS PARA PESSOAS IDOSAS.....	35
3.3. CUIDADOS E CUIDADORES.....	42
3.4. SOBRECARGA DOS CUIDADORES - BURNOUT.....	46
CAPÍTULO IV - ENQUADRAMENTO METODOLÓGICO.....	54
4.1. METODOLOGIAS E TÉCNICAS DE INVESTIGAÇÃO SÓCIO-EDUCATIVA APLICADAS.....	55
4.2. TERRENO EMPÍRICO DO TRABALHO DE PROJETO – concelho da Maia.....	59
CAPÍTULO V - RESULTADOS OBTIDOS NOS INQUÉRITOS.....	64
5.1. APLICAÇÃO DOS INQUÉRITOS.....	65
5.2. CARACTERIZAÇÃO DA POPULAÇÃO DE CUIDADORES INFORMAIS.....	66
5.3. CARACTERIZAÇÃO DA POPULAÇÃO CUIDADA.....	72
5.4. APOIOS RECEBIDOS E CUIDADOS PRESTADOS.....	77
5.5. INFLUÊNCIA DO CUIDADO NO DIA-A-DIA DO CUIDADOR.....	79
5.6. DIFICULDADES SENTIDAS PELOS CUIDADORES INFORMAIS.....	87
5.7. PRINCIPAIS CONCLUSÕES OBTIDAS.....	92
CAPÍTULO VI - INTERVENÇÃO COMUNITÁRIA.....	97
6.1. O QUE É INTERVENÇÃO COMUNITÁRIA (IC)?.....	98
6.2. PROPOSTA DE INTERVENÇÃO COMUNITÁRIA.....	102
6.2.1. O que é uma associação?.....	102
6.2.2. Vantagens de se constituir uma associação de utilidade pública.....	103

6.3. A ASSOCIAÇÃO DE CUIDADORES INFORMAIS DE PESSOAS IDOSAS – “CUIDAR É UMA ARTE” .....	105
6.3.1. Sugestões de ações a desenvolver no ato da criação da Associação.....	107
6.3.2. Sugestões de projetos a desenvolver pela Associação.....	109
6.3.3. Proposta de avaliação de desempenho da Associação.....	113
CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	115
BIBLIOGRAFIA.....	122
ANEXOS	



## ÍNDICE DE QUADROS

Quadro n.º 1 – Comparação da população residente no concelho da Maia, total e por grande grupo etário em 2001 e 2011 .....	59
Quadro n.º 2 – Comparação do Índice de Envelhecimento e Índice de dependência de idosos, no Concelho da Maia, Grande Porto e Portugal, em 2001 e 2011 .....	60
Quadro n.º 3 – Evolução da capacidade das respostas sociais em Portugal Continental, entre 2000 e 2013 .....	61
Quadro n.º 4 – N.º de equipamentos, capacidades, n.º de utentes e taxa de ocupação dos mesmos, por valência, no concelho da Maia .....	62

## ÍNDICE DE GRÁFICOS

Gráfico n.º 1 Idades dos Cuidadores Informais .....	67
Gráfico n.º 2 Situação profissional dos cuidadores informais .....	67
Gráfico n.º 3 Escolaridade dos inquiridos .....	68
Gráfico n.º 4 Rendimentos do agregado familiar .....	69
Gráfico n.º 5 Relação Cuidador/Pessoa cuidada .....	70
Gráfico n.º 6 Frequência do cuidado prestado .....	71
Gráfico n.º 7 Quantas horas dedica diariamente à prestação dos cuidados?...71	
Gráfico n.º 8 Há quanto tempo presta cuidados? .....	72
Gráfico n.º 9 Género da pessoa que recebe cuidados .....	72
Gráfico n.º 10 Idade da pessoa cuidada .....	73
Gráfico n.º 11 Agregado familiar da pessoa cuidada .....	74
Gráfico n.º 12 Escolaridade da pessoa cuidada .....	74
Gráfico n.º 13 Condições de saúde da pessoa cuidada .....	75
Gráfico n.º 14 A pessoa cuidada pode ficar sozinha? .....	76
Gráfico n.º 15 Dependência da pessoa cuidada .....	77
Gráfico n.º 16 Apoio Institucional .....	78
Gráfico n.º 17 - Serviços prestados pelos cuidadores informais .....	79
Gráfico n.º 18 Cuidar, teve consequências laborais? .....	80

Gráfico n.º 19 Consequências laborais .....	81
Gráfico n.º 20 Consequências familiares e sociais .....	82
Gráfico n.º 21 Auto-avaliação da saúde do cuidador .....	82
Gráfico n.º 22 Auto avaliação física e psicológica do cuidador .....	83
Gráfico n.º 23 Auto avaliação social .....	84
Gráfico n.º 24 Auto avaliação dos cuidados .....	85
Gráfico n.º 25 Avaliação da ajuda externa .....	86
Gráfico n.º 26 Sobrecarga financeira .....	87
Gráfico n.º 27 Com formação prestaria melhores cuidados? .....	88
Gráfico n.º 28 Áreas de formação .....	89
Gráfico n.º 29 Participaria em ações de formação e informação .....	89
Gráfico n.º 30 Serviços mais úteis para os cuidadores .....	90
Gráfico n.º 31 Grupo de ajuda seria um bom suporte? .....	91
Gráfico n.º 32 Disposto a pertencer a um Grupo de Ajuda? .....	92

## **ÍNDICE DE ANEXOS**

ANEXO I - Portuguesas vivem cada vez mais tempo, mas com menos saúde.	
ANEXO II - Portugal entre os 10 países do mundo onde as mulheres vivem mais anos	
ANEXO III – Os cuidadores dos cuidadores	
ANEXO IV – Termo de consentimento livre e informado e Inquérito a Cuidadores Informais de Pessoas Idosas em situação de dependência	
ANEXO V – Guião da entrevista exploratória	
ANEXO VI – Transcrição da entrevista exploratória	
ANEXO VII – Passos a seguir para a criação de uma Associação	
ANEXO VIII – Formas de Financiamento e sustentabilidade da Associação	
ANEXO IX – Também é preciso cuidar de quem cuida	

# ABREVIATURAS

ACES Maia/Valongo – Agrupamento de centros de saúde da Maia/ Valongo

AIVD – Atividade instrumental de vida diária

AVD – Atividade de vida diária

CDSS – Centro Distrital de Segurança Social

CNIS – Confederação Nacional de Instituições de Solidariedade

CRP – Constituição da República Portuguesa

DGSS – Direção Geral da Segurança Social

ERPI – Estrutura Residencial para Pessoas Idosas

IC – Intervenção Comunitária

IEFP – Instituto do Emprego e da Formação Profissional

INE – Instituto Nacional de Estatística

IPSS – Instituição Particular de Solidariedade Social

ISS, I.P. - Instituto da Segurança Social, Instituto Público

MSSS – Ministério da Solidariedade, Emprego e Segurança Social

PSP – Polícia de Segurança Pública

QREN – Quadro de Referência Estratégica Nacional

RSES – Rede de Serviços e Equipamentos Sociais

SAD – Serviço de Apoio Domiciliário

## INTRODUÇÃO

O envelhecimento é, nos dias de hoje, um dos maiores desafios dos países desenvolvidos e em vias de desenvolvimento.

Portugal, não foi capaz nos últimos anos de contrariar o envelhecimento da população e as mais recentes vagas de emigração, a baixa de natalidade e o aumento da esperança de vida, deixam antever o futuro do país.

De notar que apesar das sociedades atuais se mostrarem mais envelhecidas, o facto é que os indivíduos vivem mais tempo, mas com melhor qualidade de vida.

Na verdade, o envelhecimento não deveria ser visto como algo negativo, uma vez que reflete os avanços na área da saúde, na situação económica e nas condições de vida. No entanto, não fosse o facto de a fecundidade ter diminuído tão drasticamente, não existiriam consequências tão preocupantes, mas o que é certo, é que o envelhecimento da população existiria de qualquer forma.

Facto é que, “viver mais significa também estar mais exposto a doenças crónicas não transmissíveis, assim como a um declínio das redes pessoais e sociais.” (CABRAL, 2013, p.11). O que se verifica, é que com o aumento da idade, a pessoa idosa fica mais suscetível a perdas de autonomia e conseqüentemente desenvolver algum tipo de dependência. Como refere PAÚL (1997, p.7), “A esperança de vida aumentou enormemente nas últimas décadas, (...) mas, a este somar de anos nem sempre foi acrescentada a qualidade de vida que lhe dá sentido.”

O nosso país tem vindo nos últimos anos a empreender uma série de iniciativas, no sentido de apoiar esta faixa da população, nomeadamente, reforçando a rede de serviços e equipamentos sociais, apoiando instituições particulares de solidariedade social, estabelecendo parcerias e protocolos, criando prestações destinadas a pessoas idosas, com o objetivo de retardar a institucionalização da pessoa idosa.

---

Em casos de dependência, surge um elemento fundamental para a manutenção do idoso no seu domicílio, o cuidador informal. Os cuidados informais exigem uma disponibilidade de recursos, que podem ser de origem financeira, pessoal, emocional e social, que levam a um reajustamento por parte do cuidador informal em diversas áreas da sua vida e que pode levar a uma sobrecarga do mesmo.

Tendo em conta a realidade expressa, pretendemos conhecer e caracterizar a população de cuidadores informais do concelho da Maia, realizando uma aproximação aos mesmos através de instituições implementadas no terreno, para aplicação de inquéritos.

O principal objetivo deste projeto é a melhoria da qualidade de vida dos cuidadores informais através da partilha de informação, formações e prevenção do *burnout*, e, conseqüentemente, a melhoria da qualidade de vida da pessoa idosa dependente e o retardar da sua institucionalização.

Para tal será necessário conhecer as dificuldades vividas diariamente por estes cuidadores, com a finalidade de criar uma associação - que envolva vários elementos da comunidade (sejam pessoas individuais, instituições, autarquia) na criação de condições para operar mudanças na mentalidade e no dia a dia da comunidade.

Chamamos “A Arte de Cuidar” a este projeto, porque a personagem principal desta obra de teatro, que é a vida, é o cuidador informal, que assume o papel de artista, artesão, escritor, pintor, escultor... Recorre ao coração, imaginação e experiência para escrever a sua história e prolongar a história de vida de alguém; tece o seu dia com linhas de amor e paciência; dança entre tarefas ao som dos desejos e necessidades da pessoa cuidada; pinta sorrisos na face de quem cuida; molda o seu dia conforme as necessidades da pessoa idosa, como se de barro se tratasse; interpreta o papel principal, em direto e sem possibilidade de repetições; e como cada grande artista, vê com grande satisfação a obra realizada.

Assim, esta investigação encontra-se dividida em cinco capítulos.

No primeiro capítulo apresentamos a justificação da escolha deste tema e

---

os principais objetivos.

No segundo capítulo, realizamos uma abordagem ao tema principal desta investigação: o envelhecimento demográfico, biológico, psicológico e social; autonomia e dependência da pessoa idosa.

No capítulo seguinte, serão abordados os cuidados a pessoas idosas, nomeadamente: políticas e respostas sociais para esta população, tipo de cuidados e finalmente o *burnout* dos cuidadores informais.

No quarto capítulo apresentamos os métodos e técnicas utilizadas nesta investigação, as hipóteses teóricas e o terreno empírico deste projeto – Concelho da Maia.

O quinto capítulo é dedicado aos resultados obtidos nos inquéritos realizados aos cuidadores informais.

O capítulo seguinte discute questões de Intervenção Comunitária e apresenta uma proposta para atingir o objetivo de melhoria da qualidade de vida dos cuidadores informais.

## **CAPÍTULO I – JUSTIFICAÇÃO DO OBJETO DE ESTUDO**

# CAPÍTULO I – JUSTIFICAÇÃO DO OBJETO DE ESTUDO

## 1.1. PERGUNTA DE PARTIDA E OBJETIVOS DA INVESTIGAÇÃO

O envelhecimento é um facto inegável nas sociedades modernas.

Tendo em conta que será um desafio no futuro, parece-nos importante conhecer as dimensões do cuidado, as pessoas que cuidam, as suas dificuldades e necessidades, no sentido de procurar soluções inovadoras e exequíveis para apoiar cuidadores, prevenir o *burnout* e dessa forma retardar a institucionalização da pessoa idosa dependente.

Tendo em conta o descrito, utilizamos como pergunta de partida:

**- Quais as principais dificuldades sentidas pelos cuidadores informais de idosos em situação de dependência?**

Como objetivo geral, selecionamos a melhoria da qualidade de vida do cuidador informal e da pessoa idosa dependente.

Como objetivos específicos temos:

- caracterizar a população-alvo desta intervenção, os cuidadores informais;
- perceber de que forma alteraram as suas rotinas para cuidar do idoso, nomeadamente a nível profissional, familiar e social;
- identificar as suas dificuldades diárias, com especial relevância a 3 níveis: na prestação de cuidados, relacionadas com a própria saúde, e com a sua vida social;
- obter sugestões para a intervenção a realizar.

Nos capítulos seguintes pretendemos aprofundar as questões relacionadas com o envelhecimento; cuidados a pessoas idosas; opções metodológicas da investigação; resultados dos inquéritos e proposta de Intervenção Comunitária.

---



**CAPÍTULO II - ENVELHECIMENTO,  
AUTONOMIA E DEPENDÊNCIA**

## **CAPÍTULO II - ENVELHECIMENTO, AUTONOMIA E DEPENDÊNCIA**

### **2.1. O ENVELHECIMENTO: Demográfico, biológico, psicológico e social.**

*O envelhecimento é o conjunto de processos, (...) que o organismo sofre após a sua fase de desenvolvimento. O envelhecimento não é sinónimo de velhice, este último é o estado que caracteriza um grupo de determinada idade, o das pessoas com mais de sessenta anos.*

(FONTAINE, 2000, p. XIV)

#### **2.1.1. Envelhecimento demográfico**

Segundo FONTAINE (2000), o envelhecimento é, antes de mais, uma questão **demográfica**, uma vez que durante milénios a mortalidade e fecundidade quase se equilibraram, sendo que a fecundidade tinha uma ligeira vantagem. A partir da industrialização, rompe-se este equilíbrio, tendo a mortalidade infantil diminuído devido à quase erradicação das doenças infecciosas, e ao aumento da longevidade.

Nos países industrializados a esperança de vida não parou de aumentar desde o século XVIII, e "(...) pensa-se que este fenómeno se irá generalizando, progressivamente, aos países em vias de desenvolvimento e aos do terceiro mundo" (ROBERT 1994, citado por FERNANDES 2002, p. 21).

Para NAZARETH (1988, citado por PAÚL 1997), não é o aumento da esperança de vida o principal responsável pelo envelhecimento da população, mas sim a diminuição da fecundidade, que provoca um envelhecimento na

---

base. PAÚL (1997) acrescenta o fenómeno migratório, como mais uma das razões para este envelhecimento.

Segundo PAPÁLIA e OLDS (1998, p. 493)

*O envelhecimento da população tem diversas causas: em primeiro lugar, as altas taxas de natalidade e as altas taxas de imigração durante o início e meados do século XX e a vida mais longa devido aos progressos da medicina e estilos de vida mais saudáveis.*

Além destas razões, acrescentamos o aumento da esperança de vida à nascença, que neste momento se situa nos 79,8 anos (PORDATA, consultado em 30-01-2014), fruto das melhorias operadas nos campos da saúde, higiene, adoção de estilos de vida mais saudáveis.

Devido a todas estas causas verificamos a ocorrência de um duplo envelhecimento: no topo e na base. (FERNANDES, 1997)

Atualmente, e segundo dados do PORDATA, 19% da população portuguesa é constituída por indivíduos com 65 ou mais anos, desses 47,9% têm mais de 75 anos.

Mas, além da questão demográfica, o envelhecimento é um fenómeno que afeta todos os seres humanos, de forma progressiva e irreversível. (FECHINE e TROMPIERI, 2012)

### **2.1.2. Envelhecimento biológico, psicológico e social**

Como refere FERNANDES (2002, p. 21), “envelhecimento não é uma doença: vive-se, logo envelhece-se.”

Para PAPÁLIA e OLDS (1998), torna-se cada vez mais difícil distinguir o fim da meia idade e o início da terceira idade, uma vez que os hábitos de saúde e a assistência médica melhoraram bastante. Aliás, como referem SPAR e LA RUE (1998, p.13),

*os limites cronológicos das fases da vida, tais como juventude, meia-idade e terceira-idade são continuamente revistos em sentido ascendente, à medida que os progressos médicos e sociais aumentam a vitalidade e a produtividade dos adultos idosos.*

---

BIRREN e CUNNINGHAM (1985, citados por FONTAINE 2000, p. 23), “consideram que cada indivíduo não tem uma, mas sim três idades diferentes: a sua idade biológica, a sua idade social e a sua idade psicológica.”

A idade cronológica ordena as pessoas de acordo com a data de nascimento de cada um, no entanto, a idade biológica é demonstrada pelo organismo e está ligada ao envelhecimento do mesmo. Esta pode ser medida pelas capacidades funcionais e pelo limite de vida dos sistemas orgânicos, que perdem a capacidade de adaptação e autorregulação. A idade social refere-se aos hábitos, estatuto e papel desempenhado pelo indivíduo na sociedade, com comportamentos adaptados à sua cultura. A idade psicológica é representada pelo desempenho de adaptação do indivíduo ao meio ambiente, mas também pelas capacidades de memória, aprendizagem, inteligência, sentimentos, e é influenciada diretamente pelas anteriores (PAÚL 1997; WEINECK 1991 e NETTO 2002, citados por FECHINE e TROMPIERI, 2012).

Argumentando também neste sentido, ZIMERMAN (2000, p.19) refere que os idosos podem ter várias idades: “a idade do seu corpo, da sua história genética, da sua parte psicológica e da sua ligação com a sociedade.” Ou seja, cada indivíduo tem uma forma própria de envelhecer, que se encontra associado a condições externas, ao meio que o rodeia, condições socioeconómicas, situação de saúde e doenças crónicas, estilo de vida adotado, questões hereditárias e genéticas e à percepção da própria idade.

O envelhecimento do organismo tem causas endógenas e exógenas, ou seja, causas internas e externas. As causas endógenas estão relacionadas com a degradação das células. As causas exógenas, estão associadas a comportamentos adotados pelos indivíduos e fatores externos ou ambientais, socioeconómicos e profissionais.

Assim, existem indivíduos que apresentam maior ou menor predisposição para desenvolver determinadas doenças (causas endógenas), mas alguns comportamentos, nomeadamente alimentares como obesidade e álcool, e hábitos tóxicos, como o tabaco ou drogas (causas exógenas) influenciam no desencadear de certas doenças. (FONTAINE, 2000)

---

Cada indivíduo tem também uma perspectiva própria sobre aquilo que é o envelhecimento,

*Alguns o caracterizaram como uma diminuição geral das capacidades da vida diária, outros o consideram como um período de crescente vulnerabilidade e de cada vez maior dependência no seio familiar. Outros, ainda, veneram a velhice como o ponto mais alto da sabedoria, bom senso e serenidade. (FECHINE e TROMPIERI, 2012, p. 107).*

O envelhecimento é um fenómeno positivo, para os indivíduos e para as sociedades, mas na realidade, “viver mais significa também estar mais exposto a doenças crónicas não transmissíveis, assim como a um declínio das redes pessoais e sociais” (CABRAL, 2013, p. 11).

BIRREN e ZARIT (1985, citados por SPAR e LA RUE 1998, p. 29-30), definem envelhecimento como

*o processo de mudança no organismo, que com o tempo diminui a probabilidade de sobrevivência e reduz a capacidade fisiológica de auto-regulação, reparação e adaptação às exigências ambientais.*

BIRREN e SCHROOTS (1980, citados por FECHINE e TROMPIERI 2012) subdividem o envelhecimento em 3 fases:

- envelhecimento primário: considerado um envelhecimento normal ou senescência. É um envelhecimento gradual e progressivo do organismo.

- envelhecimento secundário ou patológico: que se refere a doenças que surgem nesta fase e não fazem parte do processo normal de envelhecimento (lesões cardiovasculares, cerebrais, cancro), podendo algumas delas ser evitadas com hábitos mais saudáveis de exercício físico e alimentação cuidada.

- envelhecimento terciário (ou terminal): é um período de perdas físicas e cognitivas significativas, causadas pelos acumular dos efeitos do envelhecimento e patologias dependentes da idade.

Os mesmos autores, citados por PAÚL (1997) defendem que o envelhecimento tem 3 componentes: o processo de envelhecimento biológico; envelhecimento social e envelhecimento psicológico.

O **biológico** é mais visível, uma vez que engloba doenças e modificações físicas (rugas, modo de nos deslocarmos, etc.); **social**, pois existe uma

---

mudança de estatuto aquando da passagem à reforma, e finalmente, **psicológico** com as modificações nas nossas atividades intelectuais e das motivações (FONTAINE, 2000).

Resumidamente, iremos apresentar alguns efeitos do envelhecimento a nível físico, psicológico e social.

Relativamente às diferentes alterações, aquelas que são mais facilmente visíveis, são as de **nível físico ou biológico**: a aparência muda, surgem manchas, rugas, verrugas; a pele fica flácida; poderá existir um encurvamento postural, entre outras.

No entanto, acontecem aquelas que não são visíveis:

- os órgãos internos diminuem o funcionamento;
- os batimentos cardíacos diminuem;
- aumenta a tensão arterial;
- aumenta o colesterol;
- o metabolismo trabalha de forma mais lenta;
- a digestão é mais difícil;
- os sentidos perdem capacidades, nomeadamente a visão, audição, paladar e olfato;
- diminui a função pulmonar;
- o cérebro perde neurónios e o sistema nervoso central é também afetado, ao nível do poder de reação, coordenação e reflexos;
- decréscimo do número de células nervosas;
- capacidade anaeróbica máxima diminui;
- existe perda de massa muscular e conseqüentemente de força e de resistência;
- perda óssea ou osteoporose, mais acentuada nas mulheres

(Adaptado de ZIMERMAN 2000 e FECHINE e TROMPIERI 2012).

E no que diz respeito a interesse sexual? “Você acha que perderá o interesse por sexo quando envelhecer? Provavelmente não, e nem a maioria dos adultos idosos.” (PAPÁLIA e OLDS 1998, p. 504). Pessoas com vidas sexuais ativas enquanto jovens, mantém o interesse sexual. No caso

---

masculino, este pode continuar a ter alguma expressão sexual aos 70 ou mesmo 90 anos. As mulheres, podem ser sexualmente ativas enquanto viverem, sendo o principal obstáculo a falta de parceiro (Masters e Johnson, 1966, 1981; NIA, 1994, citados por PAPÁLIA e OLDS 1998). Como ironiza Manuel Villaverde Cabral, diretor do Instituto do Envelhecimento em entrevista a Alexandra Campos, jornalista do PÚBLICO: “As mulheres queixam-se muito mas a verdade é que nos enterram a todos [aos homens]” (CAMPOS, 2014 - Anexo I)

#### Portugal encontra-se

*entre os 10 países do mundo, onde a esperança média de vida das mulheres à nascença é mais elevada, segundo um relatório anual da Organização Mundial da Saúde, que destaca as melhorias alcançadas em 22 anos. (...) A OMS sublinha que, em todo o mundo, "as mulheres vivem mais que os homens". (RIBEIRO, 2014 – Anexo II)*

A **nível psicológico**, começam a surgir as pequenas perdas de memória (curto prazo) relacionadas com o envelhecimento do cérebro, dificuldades de aprendizagens e esquecimentos, no entanto, “A capacidade intelectual do indivíduo idoso pode ser mantida sem dano cerebral até os 80 anos.” como salientam CANÇADO e HORTA (2002, citados por FECHINE e TROMPIERI 2012, p.125).

BARRETO (1988, citado por PAÚL 1997), refere que ao envelhecer podemos sofrer o risco de “declínio da eficiência mental”, pelo que se torna indispensável exercitar a inteligência como forma de preservação da mesma.

ZIMERMAN (2000), refere as mudanças de papéis e as dificuldade de adaptação (a novos papéis e às mudanças); a baixa autoestima e autoimagem, que poderão resultar em problemas a nível de saúde, dando como exemplo a depressão, paranoia, hipocondria e em último caso, suicídio.

PAÚL e FONSECA (2005) defendem que deverá existir uma compensação das perdas, recorrendo a novas estratégias de pensamento e de resolução de problemas, que se irão basear na experiência de vida de cada indivíduo.

No que diz respeito ao **envelhecimento social**, uma vez que a maioria

---

dos idosos deixa de trabalhar, por um lado, ganha tempo, por outro lado, perde em relações sociais e em capacidade económica. Assim, “A terceira-idade acompanha-se de mudança de papéis e, muitas vezes, da perda de papéis.” (SPAR e LA RUE, 1998, p. 26).

A passagem à reforma, pode ser considerada um ritual que assinala a transição de estatuto que, para alguns, é considerado como uma “morte social”. “A idade social está, assim, associada ao papel e ao estatuto que a nossa comunidade nos atribui.” (FONTAINE, 2000, p. 25)

FERNANDES (1997, p. 2) utiliza uma frase que define perfeitamente a forma como os idosos são vistos atualmente:

*Ocorre, porém, que o aumento da duração média de vida desvalorizou a longevidade de outros tempos, em que a experiência era a base do saber. Por sua vez, o conhecimento em constante desenvolvimento deixou de assentar na simples acumulação resultante da vivência e os mais velhos deixaram de ter o papel de conselheiros sábios que tradicionalmente foram desempenhando.*

Deixando de trabalhar, os idosos devem ser capazes de se adaptar a novos papéis dentro da família e na sociedade, o que muitas vezes se torna difícil, também associado à sua dificuldade de adaptação a mudanças, já referida anteriormente.

Para ZIMERMAN (2000), o envelhecimento social modifica o estatuto do idoso e a forma como este se relaciona com os outros. Estas modificações ocorrem devido a uma crise de identidade (derivada da ausência de papel social e conseqüente baixa autoestima); mudança de papéis (novos papéis surgem do aumento do seu tempo); reforma; perdas diversas (na autonomia, no poder decisivo, perda de parentes e amigos); diminuição dos contactos sociais.

Com a diminuição destes contactos sociais, existe uma tendência para o isolamento e solidão.

*A solidão representa atualmente um dos problemas mais frequentes da nossa sociedade, sobretudo ao nível das pessoas idosas, resultado do conceito de vida da sociedade moderna que tende a valorizar sobretudo o que é material, secundarizando a dimensão afetiva. (PSP, 2014)*

---



Outros fatores que influenciam negativamente a interação social da pessoa idosa, é o facto de começar, em muitos casos, a haver perturbações cognitivas, da fala, da audição e de visão, que dificultam o relacionamento. (PAÚL, 1997)

Em jeito de conclusão, FONTAINE (2000, p. 19) define o envelhecimento como “um processo de degradação progressiva e diferencial. Ele afecta todos os seres vivos e o seu termo natural é a morte do organismo.”

No entanto, não podemos deixar de referir que

*Os idosos são membros dinâmicos, capazes e vitais da nossa sociedade. Transmitem conhecimento, competências e experiência para as próximas gerações. Contribuem, individualmente e em conjunto, para a nossa economia, para as nossas comunidades e para a transmissão da nossa história. Enquanto membros de uma família, as pessoas idosas são responsáveis por encorajar a coesão e a solidariedade na nossa sociedade. (O’NEILL, 2013, p.16)*

O importante é não dar importância exagerada à questão da idade cronológica, mas pelo contrário reconhecer e melhorar a capacidade de participação das pessoas idosas. Convém transmitir uma ideia correta daquilo que é a terceira idade, desencorajando o uso de “linguagem demasiado dramática pelos meios de comunicação social e governos para descrever uma sociedade em envelhecimento”, para que as pessoas idosas possam participar ativamente nos diversos domínios (social, cultural, económico e político), sem se sentirem discriminados. (O’NEILL, 2013, p.17)

Além disso, há que reconhecer a importância deste grupo no desenvolvimento económico, não só por estes serem consumidores mas também pelo

*pagamento dos impostos sobre o rendimento e sobre aquisições, da prestação de cuidados informais a familiares, o que representa uma poupança para o estado, da assistência aos netos, permitindo que os filhos regressem ao mercado de trabalho, ou do valor do voluntariado e da permanência na vida ativa. Além disso, há transferências de ativos para os parentes mais jovens a fim de os ajudar a cumprir compromissos financeiros importantes. (O’NEILL, 2013, p.19)*

As pessoas idosas contribuem significativamente para a prestação de “cuidados informais aos parentes mais idosos e frágeis, o que possibilita uma

---

poupança considerável nos orçamentos estatais de proteção social.”, por isso é importante reconhecer a sua experiência e competência e procurar proporcionar formação a este grupo. (O’NEILL, 2013, p. 18)

Verifica-se ainda a participação das pessoas idosas em atividade voluntárias, de forma a preencher lacunas criadas pela ausência de serviços estatais. (O’NEILL, 2013)

Aqueles que ainda se encontram ativos profissionalmente, deveriam ser mais reconhecidos, uma vez que são fonte de experiências e competências no seu local de trabalho. (O’NEILL, 2013)

## 2.2. AUTONOMIA E DEPENDÊNCIA

*As condições sociais afectam, evidentemente, o estado de saúde individual em qualquer fase do curso de vida, mas o risco de desenvolver doenças aumenta consideravelmente com a idade. À medida que esta aumenta, um crescente número de idosos confrontar-se-á com problemas acrescidos de autonomia e dependerá cada vez mais dos outros, bem como dos apoios sociais e familiares. (CABRAL, 2013, p. 11-12)*

ZIMERMAN defende que os conceitos de independência e dependência são relativos, uma vez que, “uma pessoa pode, por exemplo, ser financeiramente independente, mas fisicamente dependente.” (2000, p. 26). Assim, dependência ou independência não são termos absolutos, e cada caso deve ser observado para ser definido de que coisa ou pessoa, alguém depende.

Na verdade, as primeiras manifestações de dependência, que se verificam mais ao nível corporal e pequenas perturbações cognitivas, são

---

assimiladas pelos familiares, sem estes terem consciência de tal, ou seja, não lhes dão importância. Mas quando questionados sobre quando o familiar demonstrou algum tipo de dependência, os familiares citam situações de doenças ou queda, por exemplo. Situações mais perceptíveis de perda de autonomia, mas que também obrigam a algum tipo de reorganização da relação com o parente (CHARAZAC, 2004).

MARIN e CASASNOVAS (2001), definem a pessoa **dependente** como aquela que durante um prolongado período de tempo requer ajuda para realizar certas atividades da vida diária, como comer, vestir-se, realizar a sua higiene. Para estes autores, existe uma estreita relação entre idade e dependência.

No entanto,

*Embora ser velho não seja sinónimo de ser dependente, a tendência para o envelhecimento da população acarreta frequentemente um aumento de situações crónicas incapacitantes, com problemas de dependência e/ou défice funcional que requerem a médio ou a longo prazo suporte familiar, social e de saúde.*

(LAGE, 2005, p. 203).

Na década de 80, dois autores apresentaram teorias contraditórias. Em 1983, FRIES (citado por MARIN e CASASNOVAS, 2001), defendia que os estilos de vida saudável e a evolução na tecnologia médica, se traduziriam na redução das taxas de mortalidade e que as doenças crónicas e incapacidades funcionais se manifestariam por curtos períodos de tempo antes da morte. Dessa forma, FRIES defendia que as taxas de incapacidades funcionais iriam diminuir de forma paralela às taxas de mortalidade – Teoria da compreensão da morbidade.

Por outro lado, KRAMER (1980, citado pelos mesmos autores) verificava que estavam a ocorrer mudanças nos estilos de vida, que propiciavam a redução de doenças mortais. No entanto, essas alterações não modificavam o início nem a progressão de doenças degenerativas associadas ao envelhecimento. Os tratamentos médicos contribuía para aumentar o tempo de vida dos doentes, mas ao mesmo tempo, prolongavam o tempo que o paciente sofre de determinada doença crónica ou incapacidade funcional. Dessa forma, as taxas de prevalência de incapacidades funcionais

---

apresentavam um crescimento oposto ao observado nas taxas de mortalidade, ou seja, à medida que a taxa de mortalidade diminui, as taxas de dependência aumentam – Teoria da expansão da morbidade. (MARIN e CASASNOVAS, 2001)

As duas teorias que começam por ser coincidentes, acabam por se distanciar na conclusão, uma vez que uma defende uma diminuição da prevalência de incapacidades, enquanto a outra defende que a taxa de prevalência de incapacidades aumentará em oposição à descida da taxa de mortalidade.

Tendo em conta, dados atuais sobre este tema, podemos confirmar parte destas conclusões. Em termos de aumento da esperança de vida, confirmamos ambas as teorias, assim como, no que diz respeito à diminuição da taxa de mortalidade, senão vejamos:

- em 1981, a esperança de vida à nascença para o sexo masculino era de 68,2, enquanto para o sexo feminino era de 75,2; em 2011, a esperança de vida à nascença para o sexo masculino passou para 76,7, enquanto para o sexo feminino passou a ser de 82,6. (PORDATA, 2014)
- No que diz respeito à taxa de mortalidade, podemos verificar que esta diminuiu, em especial no que diz respeito à mortalidade infantil, que passou de 24,3% em 1981, para 2,9% em 2013. (PORDATA, 2014)

Ambas as teorias estavam corretas quanto a estes pontos. As melhorias operadas no campo da saúde e a adoção de estilos de vida mais saudáveis, levaram ao aumento da população idosa. No entanto, aquilo que se verifica é que o índice de dependência de idosos passou de 18,2% em 1981 para quase o dobro, 28,8% em 2011 (PORDATA, 2014).

Com estes valores, verificamos que as conclusões de KRAMER, se adequam mais à realidade atual.

Um estudo coordenado por CABRAL, realizado em 2013, concluiu que

*Um pouco mais de metade dos portugueses com mais de 50 anos declara ter pelo menos uma doença crónica diagnosticada por um médico (53,8%); 21,4% referem ter pelo menos duas e 8,5% têm três ou mais doenças crónicas. A existência de pelo menos uma doença crónica aumenta significativamente a partir dos 65 anos,*

---

*tendo especial incidência a partir dos 75 anos, sobretudo entre as mulheres, entre as pessoas com níveis de instrução baixos (ensino primário ou menos vs. Ensino secundário e superior) e entre os trabalhadores manuais não especializados (vs. quadros médios e superiores). (CABRAL, 2013, p. 243)*

Apesar de mais de metade da população inquirida no mesmo estudo, declarar sofrer de alguma doença crónica, apenas 9,8% da população com mais de 50 anos, menciona a necessidade de cuidados de saúde permanente, no domicílio, prestados por alguém. No entanto, esse valor aumentou para 17,3% quando se refere a pessoas com idade igual ou superior a 75 anos. São as mulheres e os inquiridos com baixo estatuto socioeconómico que mais necessitam desse apoio. (CABRAL, 2013)

Em termos de prestação de cuidados, essa cabe na grande maioria aos familiares diretos (48,1% filhos, 40,5% cônjuge). Neste estudo ainda se verifica que 24,5% recebe apoio de profissionais de saúde; 18,8% recebe apoio de outros familiares. Este estudo chama ainda à atenção, para o facto de 10,5% das pessoas, referirem não ter quem lhes preste cuidados de saúde (CABRAL, 2013).

Em jeito de conclusão, este estudo revela que um terço da população inquirida com 50 ou mais anos, apresenta uma tendência de pró-morbilidade média ou alta, que vai aumentando à medida que a pessoa envelhece. Ou seja, “quanto mais idosa for a pessoa, maior a propensão para a morbilidade” (CABRAL, 2013, p. 250). Esta tendência é mais acentuada quando se refere ao sexo feminino e a pessoas com níveis de instrução e estatuto socioeconómico baixos.

Na verdade, vários autores da atualidade concordam que com o aumento da idade, é expectável um aumento da dependência.

Se atualmente um dos maiores desafios das sociedades modernas se encontra em dar respostas às questões do envelhecimento, importa aqui identificar quais as políticas e respostas sociais existentes em Portugal.

## **CAPÍTULO III - CUIDADOS A PESSOAS IDOSAS**

## CAPÍTULO III - CUIDADOS A PESSOAS IDOSAS

### 3.1. POLÍTICAS SOCIAIS PARA A TERCEIRA IDADE EM PORTUGAL

*Uma política social refere-se à ação por parte do governo de providenciar bens ou serviços que promovam a qualidade de vida da comunidade. TITMUSS, 1974 (citado por MARTÍN e BRANDÃO, 2012, p. 273)*

Existem três modelos de proteção social, o **sistema universalista** (que funciona com financiamento quase exclusivamente público), o **sistema de Segurança Social** (cujo financiamento é feito através das contribuições para a Segurança Social), e finalmente, o **sistema assistencialista** (essencialmente voltado para a população mais carenciada). No campo dos serviços sociais, Portugal, faz uma junção de dois sistemas, o assistencialista e de Segurança Social. No que diz respeito à saúde, o nosso país utiliza um sistema universalista, onde o financiamento é público. (MARTÍN e BRANDÃO, 2012)

Encontra-se mesmo consagrada na Constituição da República Portuguesa, que na área da Saúde, o Estado é o responsável por:

*a) Garantir o acesso de todos os cidadãos, independentemente da sua condição económica, aos cuidados da medicina preventiva, curativa e de reabilitação; (...)* (CRP, 2005, Artigo 64.º) e na área social,

*3. O sistema de segurança social protege os cidadãos na doença, velhice, invalidez, viuvez e orfandade, bem como no desemprego e em todas as outras situações de falta ou diminuição de meios de subsistência ou de capacidade para o trabalho.* (CRP, 2005, Artigo 63.º).

Apesar do Estado ter um papel importante na saúde e na assistência à população idosa, este trabalho não seria possível, se não fosse fundado em parcerias com as Instituições Particulares de Solidariedade Social, e as famílias na prestação de cuidados, o que torna possível uma divisão de responsabilidades.

---

Assim, o Estado estabelece acordos com as IPSS, no sentido de responder às necessidades locais, tornando-se este o principal financiador destas instituições.

Os acordos podem ser de cooperação ou de gestão. Estes ainda se dividem em acordos típicos e atípicos. Os primeiros correspondem a respostas sociais comuns, desenvolvidos em valências descritas pela Segurança Social. Os segundos, surgem de respostas sociais criadas para satisfazer situações muito específicas, em áreas onde não existem valências capazes de responder efetivamente a essas situações, e que não foram anteriormente previstas.

O financiamento da Rede de Serviços e Equipamentos Sociais (RSES) não se realiza apenas através das transferências financeiras, mas também se traduz em subsídios para instalações, aquisição de equipamentos, isenções tributárias, uma vez que estas possuem estatuto de utilidade pública.

Existem também, programas nacionais e comunitários, aos quais estas instituições podem concorrer, obtendo apoios financeiros. Exemplos desses programas são o Programa PARES (Programa de Alargamento da Rede de Equipamentos Sociais) em 2006; Programa de Apoio ao Investimento em Equipamentos Sociais (PAIES) criado em 2006; Medida de Apoio à Segurança dos Equipamentos Sociais (MASES) criada em 2008, Apoio ao Investimento em Respostas Integradas de Apoio Social (Medida 6.12 – POPH); Programa de Apoio Integrado a Idosos (PAII) 2006, entre outros (MATEUS e GUTERRES, 2010).

*O financiamento público das respostas sociais é um dos vectores principais da relação de compromisso entre o Estado e o sector social e constitui cerca de 70% do orçamento da acção social, anualmente transferido para as instituições de solidariedade social, para garantia do normal desenvolvimento dos seus serviços e actividades. (MATEUS e GUTERRES, 2010, p. 82).*

Portugal tem vindo a investir, nas últimas 2 décadas, na sua rede de serviços e equipamentos sociais, o que despoletou um crescimento da capacidade das respostas sociais e na qualidade dos serviços prestados. As instituições de solidariedade social foram as que mais se evidenciaram, no entanto, também se verifica o crescimento da rede privada lucrativa.

---



O crescimento do financiamento público, através de programas de alargamento da RSES, permitiu um aumento da capacidade das respostas sociais e consequentemente, do número de utentes abrangidos por acordos de cooperação entre Estado e o sector solidários, demonstrando “o interesse público pelo bem estar dos indivíduos e das famílias, particularmente dos mais carenciados.” (GONÇALVES, 2010, p. 72).

Este interesse do Estado pelo bem estar dos indivíduos não fica apenas por financiamento a instituições.

A Constituição da República Portuguesa (2005) prevê no seu Artigo 72.º , dirigido à Terceira Idade, o seguinte:

*1. As pessoas idosas têm direito à segurança económica e a condições de habitação e convívio familiar e comunitário que respeitem a sua autonomia pessoal e evitem e superem o isolamento ou a marginalização social.*

*2. A política de terceira idade engloba medidas de carácter económico, social e cultural tendentes a proporcionar às pessoas idosas oportunidades de realização pessoal, através de uma participação activa na vida da comunidade.*

Procurando satisfazer as questões anteriores, o Estado português prevê prestações e complementos, de natureza pecuniária, e que visam compensar a perda de remuneração de trabalho ou assegurar valores mínimos de subsistência ou de combate a pobreza ao cidadão com 65 ou mais anos de idade.

Seguidamente, apresentaremos de forma resumida algumas dessas prestações:

- **Pensão de velhice e Pensão social de velhice:** valor pago mensalmente aos beneficiários que atinjam a idade (66 anos de idade em 2014 e 2015) para ter acesso a pensão e que reúnam as condições exigidas.
- **Complemento solidário para idosos:** é um valor pago mensalmente aos idosos com mais de 66 anos, com baixos recursos e residentes em Portugal.
- **Benefícios adicionais de Saúde:** é um apoio concedido aos idosos que recebem o Complemento Solidário para Idosos, para reduzir as

despesas com a saúde, que se concretiza através de reembolso de despesas de saúde, tais como compra de medicamentos, óculos e lentes, compra ou reparação em próteses dentárias removíveis; mas também, consultas de dentista e estomatologia, através do cheque-dentista.

- **Complemento por cônjuge a cargo:** é um valor pago mensalmente aos pensionistas de velhice do regime geral da Segurança Social com cônjuge a cargo, desde que estejam reunidas as condições de atribuição.
- Acréscimo vitalício de pensão; Complemento especial à pensão social de velhice; Suplemento especial de pensão, todos destinados a antigos combatentes. (DGSS, 2014)

Existem ainda algumas medidas de política social, destinadas a pessoas idosas em situação de maior vulnerabilidade social: Programa de Apoio Integrado a Idosos, onde se insere o serviço de apoio domiciliário, Passes Terceira Idade, Saúde e Termalismo Sénior, e Programa Conforto Habitacional para Pessoas Idosas, que consiste em melhorar as condições básicas de habitabilidade e mobilidade dos beneficiários. (DGSS, 2014)

Na verdade, apesar de todos estes apoios financeiros a instituições e à pessoa idosa, Portugal continua ainda muito longe das políticas praticadas noutros países europeus, que dão ênfase ao cuidador, em especial no caso do cuidador ainda trabalhar.

A Comissão Europeia estabeleceu, em 2006, como prioridade, a conciliação da vida profissional e familiar, na procura da igualdade entre homens e mulheres. (GIL, 2009) As áreas de intervenção são: flexibilidade na organização do tempo de trabalho; aumento do número das estruturas de cuidados; melhores políticas de conciliação que beneficiem tanto homens como mulheres.

O Código do Trabalho, estabelece medidas de proteção social. São evidentes os avanços no apoio à infância, no entanto, verifica-se “A ausência de políticas de protecção social para pessoas em situação de dependência,

---

devido a doença crónica” (GIL, 2009, p. 18). As medidas que existem em caso da dependência, são a assistência à família e as medidas fiscais de apoio às famílias com pessoas idosas em lares.

De acordo com o Novo Código do Trabalho, Lei n.º 35/2004, de 29 de Julho, estão previstas faltas para assistência a membros do agregado familiar, no entanto, apesar de justificadas, as mesmas não são remuneradas.

*O trabalhador tem direito a faltar ao trabalho até 15 dias por ano, para prestar assistência inadiável e imprescindível, em caso de doença ou acidente, ao cônjuge, parente ou afim na linha recta ascendente, (...) (Código do Trabalho, 2004, art. 203º).*

Existem ainda alguns benefícios fiscais, aplicadas a famílias com ascendentes a cargo, nomeadamente em despesas de saúde e despesas e encargos com lares, no entanto, não prevê para famílias que cuidam da pessoa idosa no domicílio (Lei nº 67-A/2007 de 31 de Dezembro, Art. 53.º). Estes benefícios fiscais ficam muito aquém das despesas associadas ao cuidado de pessoas idosas dependentes, e muito longe de benefícios e licenças destinadas à infância, por exemplo.

GIL (2009, p.21) identifica que

*existem nas medidas de protecção social desequilíbrios entre descendentes e ascendentes, bem como variações entre administração pública e sector privado (regime geral).*

As medidas que têm sido adotadas centram-se no alargamento de equipamentos sociais, nomeadamente, lares, SAD e centros de dia. De seguida, apresentamos as principais respostas sociais de apoio a pessoas idosas.

### **3.2. RESPOSTAS SOCIAIS PARA PESSOAS IDOSAS**

Além de transferências sociais para as pessoas idosas, o Estado apoia e fiscaliza outras respostas de apoio a esta população.

No que diz respeito mais diretamente a questões de saúde, a prestação destes cuidados é assegurada pela Rede Nacional de Cuidados Continuados

---

Integrados através de unidades de internamento e de ambulatório e de equipas hospitalares e domiciliárias (Decreto-Lei n.º 101/2006. Art. 12º, citado por GIL, 2009).

A **unidade de convalescença** é uma unidade de internamento destinada a doentes dependentes por perda transitória de autonomia (recuperação de pós operatório).

A **unidade de média duração e reabilitação** é uma unidade de internamento destinada a doentes em fase de recuperação ou que necessitem de tratamento ou supervisão clínica contínua, para tratamento de doenças agudas ou crónicas.

A **unidade de longa duração e manutenção** é uma unidade de internamento, de carácter temporário ou permanente. Destinam-se a pessoas com doenças crónicas que não reúnam condições de ser atendidas no domicílio por falta de apoio social, dificuldades de apoio familiar ou mesmo para descanso do cuidador até 90 dias por ano.

A **unidade de Cuidados Paliativos** é uma unidade de internamento que tem como objetivo acompanhar, tratar e fazer a supervisão clínica de doentes em situação clínica complexa e de sofrimento decorrente de doença severa e/ou avançada, incurável e progressiva. A taxa de ocupação é quase total, praticamente em todas as regiões do país, segundo os dados da Unidade de Missão dos Cuidados Continuados Integrados (2008, citado por GIL 2009).

Atualmente, e segundo o Instituto da Segurança Social, existem 7 respostas de apoio social para pessoas idosas. A promoção da autonomia, integração social e a saúde, são os objetivos principais dessas respostas. Destacamos ainda, a importância dada à permanência no domicílio e ao retardar da institucionalização de pessoas idosas.

Apesar de haver uma rede solidária alargada a todo país, esta não consegue dar resposta à procura existente. Verificou-se nos últimos anos um crescimento acentuado da rede lucrativa destes serviços, especialmente no que diz respeito a Estruturas Residenciais (Lar) e serviços de apoio domiciliário (SAD). (GONÇALVES, 2012)

---

Realizaremos, de seguida, uma descrição sucinta de cada Resposta Social existente para a população idosa:

**Centro de férias e lazer:** é uma resposta destinada a todas as faixas etárias, com o objetivo de quebrar rotinas, contribuindo para um equilíbrio a todos os níveis (físico, psicológico e social) dos seus utilizadores.

**Centro de convívio:** é uma resposta social, cujos objetivos são a prevenção da solidão e isolamento, evitar e retardar ao máximo o internamento em instituições, através de atividades de âmbito social, recreativo e cultural, onde se pretende que as pessoas idosas participem ativamente na vida social local, além de ativar as relações interpessoais.

**Centro de noite:** esta resposta social, é desenvolvida em equipamento de acolhimento noturno. Pretende-se assegurar o bem-estar e a segurança da pessoa idosa, com autonomia, que por questões de solidão, isolamento ou insegurança, procuram acompanhamento durante a noite. Mais uma vez, com este equipamento, pretende-se a manutenção da pessoa idosa no seu meio social e familiar.

**Centro de Dia:** destinado a pessoas com 65 ou mais anos, esta resposta social pretende contribuir para a manutenção do idoso no seu meio social e familiar. Tal como no centro de convívio, o centro de dia pretende promover as relações interpessoais, prevenir situações de isolamento, dependência e perda de autonomia, retardando a institucionalização. No entanto, os serviços prestados são mais abrangentes, como por exemplo, serviço de refeições, higiene e horário mais alargado que no centro de convívio.

Iniciamos agora, a descrição das respostas que supõe existência de maior dependência:

**Acolhimento familiar:** consiste no acolhimento e integração de pessoas idosas, em famílias que possam assegurar segurança e um ambiente familiar e afetivo, satisfazendo as necessidades de pessoas que se encontram em situação de dependência, vivem isoladas ou sem apoio social e familiar, ou ainda em situação de insegurança, e que por tais motivos, estão impossibilitadas de permanecer no seu domicílio. Este acolhimento poderá ser

---

temporário ou permanente. Mais uma vez, um dos objetivos principais é evitar ou retardar ao máximo o internamento em instituições.

**Estruturas Residenciais para Pessoas Idosas (ERPI):** alojamento coletivo, destinado a idosos, ou outras pessoas, em situações de maior risco de perda de autonomia. Esta resposta apresenta como objetivos:

*Proporcionar serviços permanentes e adequados à problemática biopsicossocial das pessoas idosas; Contribuir para a estimulação de um processo de envelhecimento ativo; Criar condições que permitam preservar e incentivar a relação intrafamiliar; Potenciar a integração social. (ISS, 2014).*

**Serviço de Apoio Domiciliário:** resposta que consiste na prestação de cuidados e serviços personalizados, adequados às necessidades dos indivíduos e famílias, que por motivo de doença, deficiência, dependência física ou psíquica, não consigam assegurar a satisfação das necessidades básicas e atividades instrumentais da vida diária. Tem como objetivo melhorar a qualidade de vida das pessoas e famílias, ajudando a conciliar vida familiar e profissional do agregado familiar, bem como, promover a autonomia, para retardar a institucionalização. Estes serviços são prestados no domicílio do utente.

No SAD, destacam-se os serviços de: cuidados de higiene e conforto pessoal; higiene habitacional; fornecimento de refeições; tratamento de roupa, serviços basilares, aos quais se juntaram recentemente (2013) a teleassistência e atividades de animação e socialização, entre outros. (ISS, 2014; Portaria n.º 38/2013; Despacho normativo n.º 62/99; BONFIM e VEIGA, 1996)

Este serviço sofreu em 2013, alterações legislativas, que ocorrem no âmbito do Programa de Emergência Social, na tentativa de modernizar este serviço, adaptando-o aos tempos modernos (PEREIRA, 2013 – Anexo III).

De todas as respostas existentes, esta é aquela que tem uma maior descrição no site do Instituto da Segurança Social, sendo também, o único serviço que se refere à importância da família, tendo como um dos objetivos, o reforço de competências e capacidades das famílias e outros cuidadores, e ainda apresenta como um serviço adicional, a “Formação e sensibilização dos

familiares e cuidadores informais para a prestação de cuidados aos utentes.”, atribuindo, mais uma vez, uma grande importância “(...) à permanência das pessoas no seu meio habitual de vida, retardando ou evitando o recurso a estruturas residenciais.”. (ISS, 2014)

Devemos, no entanto, ter em consideração, que nem todos os idosos têm acesso aos serviços prestados pelas instituições sem fins lucrativos, uma vez que :

*O acesso a alguns destes apoios depende: Dos equipamentos e serviços estarem disponíveis na zona da residência ou razoavelmente perto; Das instituições do setor da segurança social terem capacidade para o receber.* (ISS, 2014)

No caso de existirem vagas nos equipamentos sociais, as mensalidades a pagar pelos idosos, são calculadas com base nos rendimentos familiares. Caso não se verifiquem vagas, os idosos terão de recorrer à rede lucrativa e ficam sujeitos aos valores estipulados pelas mesmas.

Em Portugal, segundo dados do *Relatório de 2012 da Carta Social*, tem existido um aumento significativo de respostas sociais dirigidas a pessoas idosas. O SAD, foi a resposta que apresentou maior crescimento (62%) entre 2000 e 2012, seguido pelas ERPI (44%). Dessa forma aumentaram os lugares disponíveis, sendo mais uma vez o SAD a resposta com maior crescimento (98%), ou seja, criou 48000 novos lugares. Este serviço continua a ser maioritariamente prestado por entidades não lucrativas. (GONÇALVES, 2012)

De realçar que a taxa de cobertura das respostas destinadas a pessoas idosas apresentou uma evolução positiva, apesar de esta não acompanhar o crescente número de população idosa.

A taxa de utilização tem vindo a diminuir ligeiramente, como resultado do aumento do número de lugares e aumento da oferta (METELO, 2010), bem como de “alguma retração das famílias” privilegiando a manutenção do idoso no seu meio familiar. (GONÇALVES, 2012, p. 33; METELO, 2010).

Em 2012, a resposta com maior utilização era a ERPI (93,4%), seguido pelo Centro de Convívio (84,8%) e o SAD (78,5%).

Caracterizando sucintamente os utilizadores do SAD, os utentes até 80

---

anos representavam, em 2012, 50% do total de utentes, sendo estes de maioria do sexo feminino. Estes dados apontam para uma possível institucionalização mais tardia, mantendo-se o idoso “no seu espaço habitacional e no seu meio habitual de vida por mais anos” (GONÇALVES, 2012, p. 36).

Atualmente, as políticas sociais e de saúde demonstram a cada vez maior necessidade de manter a pessoa idosa no seu domicílio, retardando a institucionalização, o que poderá trazer vantagens, mas também desvantagens.

Tendo em conta que com a idade, a pessoa idosa vai diminuindo as suas capacidades de adaptação, será uma vantagem manter o idoso no seu domicílio. Existem ligações afetivas, memórias do passado, existe um ambiente criado com base nos seus valores culturais, a pessoa idosa, cuida e controla o seu lar, identificando-se com ele. (PAÚL, 1996)

Como vantagem para o Estado, identificamos o facto de ser mais económico para a Segurança Social, participar um SAD, do que uma ERPI. Senão vejamos, as instituições com protocolos estabelecidos com a Segurança Social, e que recebem participação financeira pelos serviços prestados nas suas respostas sociais para pessoas idosas, receberam em 2013:

ERPI - entre 443,13€ e 626,95€/utente/mês, dependendo do grau de dependência;

SAD – 241,37€/utente/mês, para um utente que usufrui de todos os serviços prestados (alimentação, higiene pessoal, higiene domicílio e tratamento de roupa). (MSSS, 2012)

Ou seja, o Estado, pode poupar até 385€/utente/mês. Valores atualizados em 2014, em 1%. (CNIS, 2014)

Estes valores, fazem-nos refletir se a Segurança Social defende a institucionalização tardia da pessoa idosa e/ou dependente, por esta ser uma forma de não desenraizamento, ou afastamento social e familiar, ou, se vê a questão de forma economicista.

Por parte da família, a colocação de um familiar numa ERPI, que não seja da rede solidária, poderá ser muito dispendioso, o que é uma desvantagem,

---



especialmente se considerarmos que a esmagadora maioria da população idosa possui baixos rendimentos.

Um estudo realizado pelo INE em 2000 (citado por NOGUEIRA 2010, p.74), apresentava a população idosa portuguesa como

*mais vulnerável à pobreza, tendo ainda problemas de isolamento e solidão, com baixa participação nas áreas de lazer e exercício físico e com problemas de privação no acesso a bens duradouros e no gozo de férias*

como resultado de uma fraca disponibilidade financeira. Esta faixa etária, apresenta taxas de pobreza claramente superiores à restante população. O mesmo estudo revela que nos agregados de idosos as receitas médias líquidas se encontram abaixo do valor da linha de pobreza, “situação que posiciona os idosos como os mais pobres na população pobre” (p. 41).

Estudos mais recentes, demonstram que houve uma redução no risco de pobreza da população idosa, devido às transferências sociais, nomeadamente, o Complemento Solidário para Idosos (NOGUEIRA, 2010).

GIL (2009) refere um estudo do ISS, IP. (2004) que analisou as despesas com a doença (despesas de saúde; ajudas técnicas; transporte de ambulância; serviços sociais; despesas correntes) de famílias com pessoas idosas com demência de Alzheimer e Parkinson. Deste estudo, concluiu-se que estes “valores são excessivamente elevados atendendo a que estamos perante uma população reformada e com pensões muito baixas”, além disso, poderá haver maior gasto quando o estágio da doença é mais avançado. (GIL, 2009, p.41)

No mesmo estudo se conclui que quanto mais avançado o estágio da doença, menor acessibilidade este terá no recurso a serviços de âmbito privado, como lares, SAD e “empregadas”. Outro motivo que dificulta o acesso aos serviços pode ser

*explicado por diferenças sócio-culturais e económicas, em que o factor económico, a interioridade da área de residência, aliada aos obstáculos de acesso a serviços origina que haja nítidas diferenças de oportunidades face à doença.*

(GIL, 2009, p. 41)

Estas diferenças parecem estar relacionadas com desvantagens sociais ao longo de uma vida, tais como a atividade profissional, as contribuições para

---

a segurança social , ou “mesmo a sua inexistência, o nível de remunerações auferido durante a vida activa, entre outros.” (GIL, 2009, p. 41)

Outra conclusão obtida no estudo, é a de que “à medida que o rendimento dos agregados familiares aumenta, são também maiores as despesas com a doença.” (GIL, 2009, p. 42)

Tal como refere ZIMERMAN “As pessoas com poucas condições ou mantêm seus velhos em casa sendo cuidados por alguém da família, ainda que não treinado para isso, ou os colocam em instituições.” (2000, p.85)

Assim, o cuidador informal assume um papel fundamental quando opta pela não colocação de um familiar numa estrutura residencial, uma vez que esta decisão acarreta uma série de mudanças e adaptações, de forma a que seja possível conciliar a vida pessoal, profissional e social.

### 3.3. CUIDADOS E CUIDADORES

*A maior parte dos cuidados informais são prestados nos extremos do ciclo de vida, a infância e a velhice, e são prestados pela família.* (LAGE, 2005, p. 203)

Ao longo do ciclo de vida, o indivíduo vai mudando as suas redes sociais, conforme o contexto em que se encontra (vizinhos, trabalho, família, etc.). Mudar de residência, de emprego ou mesmo a entrada na reforma, casar ou enviuvar, pode vir a alterar estas redes. Além disso, com a passagem dos anos,

*os pares vão morrendo e os sobreviventes ficam com menos amigos, as redes degradam-se e reorganizam-se, facilitando ou dificultando a manutenção dos idosos no seio da comunidade.* (PAÚL e FONSECA, 2005, p. 37)

A existência de redes de apoio informal é fundamental para um envelhecimento saudável, uma vez que poderá assegurar a autonomia, uma maior saúde mental e maior satisfação de vida da pessoa idosa. (PAÚL e FONSECA, 2005; PAÚL, 2007)

---

As redes de apoio informal podem dividir-se em dois grupos: a família do idoso e o grupo de amigos e vizinhos. Estas redes têm por base a história de vida da pessoa idosa e o contexto socioeconómico onde esta se insere. Os cuidadores pertencentes à família, tornam-se cuidadores involuntários, ou seja, muitas vezes assumem esse papel por obrigação. As redes constituídas por vizinhos e amigos, fundam-se em ligações afetivas, sendo muitas vezes estas pessoas os confidentes da pessoa idosa, tendo potencialmente um efeito mais positivo (PAÚL, 1997 e 2005).

A manutenção da pessoa idosa no seu domicílio permite-lhe viver num meio conhecido, de forma a preservar a sua intimidade, tendo consequências positivas em termos de autoestima e até a possibilidade de participar ativamente na comunidade.

No entanto, a manutenção dos idosos na comunidade e no seu meio habitual, envolve a criação de respostas formais e informais, por parte de instituições existentes ou que deverão ser criadas, já referia PAÚL, em 1996. LAGE (2005), quase 10 anos depois, defende que a família é um elemento fundamental na manutenção do idoso no seu domicílio, e que o cuidado deve ser socialmente dividido entre o Estado e a família.

Importa aqui fazer a distinção entre cuidadores formais e cuidadores informais.

A maior diferença entre cuidadores formais e informais, reside no facto de os cuidados formais serem praticados por profissionais de saúde ou ação social, pagos para executar essas tarefas. Assim, as redes de apoio formal incluem os serviços estatais de segurança social e os organizados pelo poder local, que poderão ser lares, centros de dia, SAD ou centros de saúde.

O **cuidador informal** caracteriza-se por ser uma pessoa que presta auxílio nas atividades do quotidiano, a outra, em situação de dependência. Normalmente, este cuidador é um familiar, amigo, vizinho, que não recebe uma retribuição económica pelo auxílio prestado e não possui formação profissional para exercer essa função.

---

Sendo assim,

*Os cuidados informais correspondem às tarefas diárias, desempenhadas por uma terceira pessoa, não profissional, que apoia as atividades de vida de pessoas, com algum grau de dependência. (PAÚL, 2012, p.13)*

As atividades apoiadas, distinguem-se em atividades de vida diária (AVDs) que compreendem o cuidado com o corpo da pessoa, desde a higiene, alimentar-se ou vestir-se, e, atividades instrumentais de vida diária (AIVDs), onde se incluem atividades de cuidado e administração do lar (tratamento de roupa, limpeza do domicílio, compras, finanças, utilização de transportes públicos ou privado, entre outros).

Os cuidados a prestar são diversos e dependem da situação de dependência. Daí, duração, frequência e intensidade dependerem das necessidades da pessoa cuidada. Pretende-se satisfazer as necessidades, em termos de saúde e bem-estar, incluindo suporte psicológico e emocional, atividades instrumentais da vida diária, e/ou apoio financeiro.

Dentro do grupo de cuidadores informais, existe um que se destaca, denominado cuidador principal, sobre quem recai a maior responsabilidade pelo cuidado prestado. Passa por lides domésticas, confeção de refeições, transporte, cuidados de higiene e até suporte e gestão financeira.

A eleição deste cuidador principal nem sempre é uma opção voluntariado próprio, dependendo de vários fatores, tais como, género do cuidador e do cuidado, proximidade física e emocional.

Estudos demonstram que o cuidado recai maioritariamente sobre as mulheres, como se o cuidar fosse um “domínio feminino” (JAMUNA 1997 e NENO 2004, citados por LAGE 2005). Dentro deste grupo, a esposa é a primeira a assumir o cuidado. SHANAS (1979, citado por MARTÍN 2005), apresenta o Modelo Hierárquico Compensatório, que defende uma ordem para o assumir do papel do cuidador, sendo que os primeiros são os cônjuges, seguidos pelos filhos, outros familiares e finalmente, amigos.

À medida que a população envelhece, a responsabilidade pela prestação de cuidados caberá a um número cada vez mais elevado de mulheres idosas, podendo causar dificuldades financeiras devido à perda do salário e aos direitos de pensão reduzidos. (O'NEILL, 2013, p. 18)

---

Outros fatores relevantes para a escolha do cuidador principal tem a ver com a coabitação e o exercício de atividade profissional. Na tentativa de otimizar a produtividade da família, o familiar que menos tiver a perder, será sobre quem recai o papel de cuidador principal (MARTÍN, 2005). Ou seja, um familiar desempregado, terá maior probabilidade de assumir o papel de cuidador. O mesmo acontece em relação a coabitação, um familiar que vive na mesma casa que a pessoa idosa, terá maior probabilidade de assumir os cuidados.

Um estudo realizado pelo projeto “Cuidar de Quem Cuida”, realizado em 2009 (OLIVEIRA, 2014), traçou o perfil do cuidador informal dos cinco municípios abrangidos pelo projeto (Arouca, Santa Maria da Feira, São João da Madeira, Oliveira de Azeméis e Vale de Cambra):

81,7% do sexo feminino, uma média de idades de 56 anos, 59% reformados ou desempregados, 80,4% casados ou em união de facto, 54,2% auferem menos do que o salário mínimo, 50,3% com escolaridade ao nível do 1.º ciclo, 57,2% são cônjuges e 48,7% filhos dos doentes. Nos cuidados mais prestados, está a supervisão regular com 91%, seguido de ir às compras com 85,5%, tomar conta dos medicamentos com 84,1% e dar apoio emocional com 82,8%. (OLIVEIRA, 2014)

Amigos e vizinhos raramente assumem o papel de cuidadores principais, no entanto, não havendo familiares diretos com essa função, estes podem assumir esse papel (INSERSO 1995 e QUARESMA 1996, citados por LAGE 2002).

Existem ainda os chamados cuidadores secundários, que por definição, são os que não têm a responsabilidade do cuidado principal. Para um idoso podem existir vários cuidadores secundários (MARTÍN, 2005). Segundo em estudo, levado a cabo por TENNSTEDT e colaboradores, em 1989 (citado por MARTÍN 2005) a maior parte dos cuidadores secundário eram mulheres, apesar de a diferença ser menor, estes cuidadores eram mais jovens e a maioria tinha emprego fora de casa. Esta diferença existe devido ao facto destes cuidadores terem outro tipo de relação com a pessoa idosa, uma vez que se tratavam de genros e noras, netos e outras relações menos comuns.

As tarefas mais executadas por cuidadores secundários prendem-se com

---

transporte, compras e apoio emocional. O que motiva o cuidador secundário tem a ver com a relação afetiva com a pessoa dependente, mas também a relação que tem com o cuidador principal.

À existência de cuidador principal e cuidadores secundários, chamamos rede de cuidadores.

Culturalmente, o papel de cuidado sempre recaiu sobre as mulheres (esposas, filhas, noras), no entanto, com a saída da mulher para trabalhar fora de casa, com a migração das pessoas para as grandes cidades, com o aumento das famílias nucleares, aumento da escolaridade da população, parece começar a haver uma alteração nos padrões de seleção do cuidador informal principal (MARTÍN, 2005).

Mas, acima de tudo, a qualidade da rede de apoio é mais importante que a quantidade de cuidadores, como refere PAÚL (1997, p.112),

*Mais do que a quantidade de pessoas de uma rede social de apoio, a qualidade relacional é um factor importante, destacando-se o papel de uma relação íntima (...).*

MARTÍN (2005) defende que os serviços e estruturas de apoio formal, sejam elas de tipo profissional ou associações de voluntariado, são cada vez mais necessárias para apoiar a atividade do cuidador informal.

### **3.4. SOBRECARGA DOS CUIDADORES - BURNOUT**

*A manutenção dos idosos, mais ou menos dependentes, em suas casas, ou em co-residência, gera frequentemente problemas de stress, de saúde mental e física em quem cuida deles e em toda a sua família.*

(PAÚL, 1997, p. 127)

PAÚL (1997), refere que o Centro de Dia e SAD são respostas muitas vezes insuficientes e deficitárias, uma vez que se limitam a fornecer apoio instrumental e não são capazes de satisfazer necessidades afetivas,

reconhecendo, no entanto, a sua importância na manutenção da pessoa idosa no domicílio e evitando ou retardando a sua institucionalização.

Aliás, estes serviços formais, são fundamentais para identificar e prevenir o acumular de stress físico, social e psicológico do cuidador informal, a fim de evitar que este deixe de conseguir realizar o seu apoio, impedindo a institucionalização da pessoa idosa.

Vários autores identificam os problemas associados ao ato de cuidar.

*A manutenção dos idosos, mais ou menos dependentes, em suas casas, ou co-residência, gera frequentemente problemas de stress, de saúde mental e física em quem cuida deles e em toda a sua família. (PAÚL, 1997, p.127)*

*O tipo de cuidados prestados pode ainda apresentar implicações na vida do cuidador informal, nas relações entre a família, no trabalho e na situação económica, tal como, nas relações sociais, no tempo de lazer, na saúde e no seu estado psicológico. (IMAGINÁRIO 2008, citado por LOPES et al 2012, p.175)*

*Cuidar um familiar idoso é uma experiência cada vez mais normativa que obriga as famílias a definir e redefinir as relações, obrigações e capacidades, podendo constituir uma experiência física e emocionalmente stressante para indivíduos e famílias. (PEARLIN e ZARIT 1993, citados por LAGE 2005, p. 209)*

O ato de cuidar comporta uma série de adaptações no quotidiano de quem cuida e muitas vezes torna-se difícil conciliar todos os aspetos da sua vida, o que pode resultar num stress excessivo.

PAÚL (1997) refere que, a sobrecarga é maior nos casos em que o cuidador assume os cuidados e uma atividade profissional.

Existe uma sobrecarga decorrente das tarefas a realizar associadas ao ato de cuidar e outra relativa às mudanças a realizar na vida pessoal. Caso o cuidador não seja capaz de os conciliar, pode ocorrer uma sobrecarga, ou o chamado *Burden*.

GEORGE e GWYTHYR (1986, citados por PAÚL 1997, p. 136) e LAGE (2005, p. 210), definem sobrecarga como “os problemas físicos, psicológicos ou emotivos, sociais e financeiros que podem ser experienciados por membros da família que olham por idosos incapacitados”.

A sobrecarga pode ser objetiva ou subjetiva. A primeira diz respeito a acontecimentos e experiências negativos na prestação dos cuidados, interrupções nos aspetos da sua vida familiar, enquanto a segunda, se refere

aos sentimentos vivenciados pelo cuidador, suas atitudes e reações emocionais (PAÚL, 1997; LAGE, 2005).

BRAITHWAITE (1992, citado por PAÚL 1997, p.137), identifica 5 crises decorrentes do ato de cuidar de pessoas idosas: “a consciência da degeneração; b) a imprevisibilidade; c) as limitações de tempo; d) a relação entre quem presta cuidados e quem os recebe e e) a falta de escolha.” O cuidador sente-se impotente uma vez que nada pode fazer em relação à degeneração e imprevisibilidade no envelhecimento e na evolução da doença. Muitas vezes ocorre um aumento de dependência e raramente a responsabilidade do cuidado é dividido com mais alguém. Existe ainda a probabilidade de aumentar o conflito entre cuidado e cuidador, uma vez que há uma inversão de papéis. E, finalmente, numa relação familiar há pouca escolha para assumir a prestação de cuidados.

O mesmo autor, vai ainda mais longe, identificando a sobrecarga dos cuidadores, como uma “ameaça à satisfação das necessidades básicas fisiológicas, de segurança, sociais e de auto-estima” baseando-se na Pirâmide de Maslow. (BRAITHWAITE 1992, citado por PAÚL 1997, p. 137).

SANDRIN (2002), identifica o *burnout* como uma forma de desgaste psicológico, uma frieza relacional, um esgotamento emotivo e profissional, perceptível nas pessoas que exercem uma profissão de ajuda, onde as relações interpessoais são frequentes e por vezes contínuas e emocionalmente intensas. Este efeito pode afetar profissionais de saúde (médicos, psicólogos, enfermeiros, etc.), trabalhadores sociais, professores, voluntários e familiares.

Para PAÚL e RIBEIRO (2012) e SANDRIN (2002) o stress do cuidador tem um efeito adverso no cuidador e na pessoa cuidada.

O *burnout* tem várias fases e o cuidador pode aprender a reconhecer essas fases para evitar chegar à fase culminante do processo.

EDELWICH e BRODSKY (1980, citados por SANDRIN 2002), identificaram 4 fases. Primeira fase é o entusiasmo: as expectativas são elevadas e existem grandes esperanças, não existe medo das dificuldades que possam vir. Após algum tempo, surgem os primeiros sintomas de cansaço e

---



desilusão por não se ver os resultados desejados, existe a sensação de estar sempre no ponto de partida, há grande gasto de energia e tempo, e surgem os primeiros sinais de irritabilidade, impaciência e nervosismo. Esta é a segunda fase, o estancamento. A terceira fase, é a frustração, onde o cuidador sente ansiedade e apreensão em relação ao futuro, culpabiliza-se e culpa os outros pela falta de resultados, sente-se impotente e fracassado. Chegando a este ponto, ou o cuidador supera a situação de crise, assimilando a realidade e realizando uma maturação, ou entra na quarta fase, o *burnout* que se caracteriza por uma apatia, indiferença afetiva e relacional com quem o rodeia, mas também com a sua atividade de cuidar, que passa nesta fase a ser entendida como uma carga e que não oferece qualquer satisfação. Nesta fase, nada funciona devidamente, nem em termos profissionais, nem pessoais, e mesmo na saúde, podem começar a manifestar-se alterações psicossomáticas de alguma gravidade. O *burnout* é ainda mais elevado quando o cuidador tem a sensação de ter perdido o controlo da situação.

O contacto contínuo com as emoções fortes de cuidar e a tensão que advém do cuidado, o facto de ter de controlar as palavras e emoções perto da pessoa idosa, acabam muitas vezes por esgotar os recursos psicológicos do cuidador. Muitas vezes, o cuidador tem também de tomar decisões nada fáceis, em curto espaço de tempo, com medo de errar e das críticas provenientes de outras pessoas.

Daí o cuidador recorrer ao afastamento e corte de relações como defesa para evitar a sobrecarga emotiva. MASLACH (1982, citada por SANDRIN 2002, p.142), uma das primeiras psicólogas a estudar o *burnout*, descreve-o como “um síndrome caracterizado por esgotamento emotivo, por um estilo relacional despersonalizado e um sentimento de fracasso profissional”.

A mudança de uma atitude positiva para um estilo de relacionamento, marcado pelo afastamento e indiferença, identificam a existência do *burnout*.

Todos estes sentimentos e sensações vão diminuindo a autoestima e abrem caminho à depressão. O cuidador encontra-se sujeito a várias chamadas emotivas e problemas psicológicos para os quais não se encontrava

---

preparado, nem tem formação adequada, nem uma referência a quem ou onde se possa dirigir para procurar apoio (SANDRIN, 2002).

SMITH e KEMP (2005) identificam os sinais e sintomas de stress do cuidador informal:

Ansiedade, depressão, irritabilidade; sensação de cansaço; dificuldade para dormir; agravamento de problemas de saúde; dificuldade de concentração; beber, fumar ou comer mais; negligenciar responsabilidades; cortar ou evitar atividades de lazer.

Como sinais e sintomas de *burnout* do cuidador informal, os mesmos autores apresentam: o cuidador tem menos energia do que tinha antes; parece que todas as doenças que o rodeiam lhe aparecem; o cuidador está constantemente esgotado, mesmo depois de dormir ou fazer uma pausa; começa a negligenciar as suas próprias necessidades porque está demasiado ocupado ou porque já não se importa; a vida gira em torno do ato de cuidar, mas não tira satisfação desse trabalho; o cuidador tem dificuldades em relaxar, mesmo tendo ajuda disponível; torna-se impaciente e irritado com a pessoa que cuida porque se sente impotente e sem esperança.

Para PAÚL (1997), é importante antecipar as necessidades específicas dos cuidadores e apoiar o esforço destes, para evitar situações de sobrecarga e rutura, e dessa forma evitar também a institucionalização da pessoa idosa.

SANDRIN (2002) defende que não se pode prevenir aquilo que não se conhece, ou aquilo de que não se fala, assim, a prevenção começa por conhecer e falar sobre o assunto. O autor defende que grande parte do stress diminui com uma formação que prepare os cuidadores e os faça sentir mais competentes.

ZIMERMAN (2000, p.80) refere que, pela sua experiência,

*basta um primeiro contato de aproximação com o grupo familiar, com o objectivo de prestar esclarecimento e delinear uma linha de orientação segura e firme, para que a ansiedade da família comece a diminuir (...).*

Prevenir o *burnout* significa trabalhar sobre os próprios ideais, sobre as expectativas que temos sobre o nosso trabalho, saber adaptar-se às

---

circunstancias, definir o seu papel e adequa-lo à realidade, colocando objetivos possíveis de serem realizados e alcançados. (SANDRIN, 2002)

SMITH, SEGAL e SEGAL (2015) apresentam dicas para a prevenção do *Burnout*. O cuidador deve:

1. Começar o dia com um ritual de relaxamento. Em vez se levantar imediatamente da cama, o cuidador deve aproveitar 15 minutos para meditar, fazer alongamentos, ler algo que goste ou mesmo escrever num diário.

2. Adotar uma alimentação saudável, praticar exercício físico regular e criar hábitos de sono e descansar. Terá mais energia e resiliência para enfrentar as dificuldades do dia a dia.

3. Estabelecer limites. Não sobrecarregar-se. Aprender a dizer “não”. Isto permite-lhe ter tempo para outras coisas que lhe fazem bem.

4. Fazer uma pausa diária de tecnologia. Desligar completamente, uma parte do dia, deixando de parte o computador, o telefone e tudo o que diz respeito a tecnologia.

5. Alimentar o seu lado criativo. A criatividade é um poderoso antídoto contra a *burnout*. Experimentar coisas novas, começar algo divertido ou retomar um passatempo favorito, de preferência algo que não tenha a ver com o seu trabalho diário.

6. Aprender a gerir o stress para recuperar o equilíbrio.

Quando se torna tarde demais para prevenir, é importante tentar a recuperação. Sem esquecer os passos apresentados anteriormente para a prevenção, os mesmos autores apresentam passos adicionais para a recuperação.

1.º: Abrandar: é preciso abrandar ou fazer uma pausa. Deixar de lado todas as atividades e compromissos que puder, descansar e arranjar tempo para refletir.

2.º: Procurar ajuda: quando se está na última fase de *burnout* a tendência é proteger a pouca energia que resta, isolando-se. No entanto, é necessário procurar ajuda nos seus amigos e família, muitas vezes apenas para o ouvir. Basta ser capaz de dividir os seus sentimentos e dessa forma aliviar um pouco

---

o stress. Os seus amigos e familiares irão sentir-se úteis por o poderem ouvir e até lisonjeados por sentirem que confia neles e a vossa amizade ficará fortalecida.

3.º: Reavaliar os seus objetivos e prioridades: se o cuidador atingiu o *burnout*, é sinal que algo na sua vida não está a funcionar. É, pois, importante tirar um tempo para pensar nos seus objetivos e sonhos.

Para SMITH, SEGAL e SEGAL (2015)

*A maneira mais eficaz para combater o burnout do trabalho é parar de fazer o que está a fazer e fazer outra coisa, mesmo que isso signifique mudar de emprego ou mudar de carreira.*

Mas se isso não é uma opção, como é o caso dos cuidadores informais, então é importante tirar algum tempo para descansar, relaxar e recarregar. Isso não é um luxo, é simplesmente uma necessidade.

SMITH e KEMP (2005), apresentam algumas sugestões para os cuidadores informais lidarem com o *burnout*:

Pedir ajuda: Assumir todas as responsabilidades da prestação de cuidados, sem pausas ou assistência regulares é uma receita infalível para o *burnout*. O cuidador não deve tentar fazer tudo sozinho ou esperar que os amigos e familiares saibam automaticamente o que precisa ou como se está a sentir. O cuidador deve: dividir a responsabilidade de cuidar com outros elementos da família, como compras, finanças, acompanhamento a consultas, recados, etc.; delegar tarefas a outros elementos da família; transmitir as suas dificuldades, dúvidas e pensamentos tentando estabelecer um diálogo e envolvendo o maior número de familiares possível; dizer "sim" quando alguém lhe oferecer ajuda e não ter vergonha de aceitar essa ajuda.

Fazer pausas: para o bem do cuidador e da pessoa que cuida, é importante ter algum tempo para si, e não o considerar um luxo. O cuidador deve: permitir-se descansar e fazer coisas que gosta diariamente, assim será um melhor cuidador. Depois de uma pausa, deve sentir-se mais enérgico e focado, e dessa forma vai recuperar o tempo "gasto" no relaxamento. Deve aproveitar para rir pois o riso é um excelente antídoto para o stress. É

---

importante estar com os amigos e partilhar os seus sentimentos, pois, o simples ato de expressar o que está a passar pode ser muito catártico, além disso, o cuidador estará a reforçar o vínculo com os amigos, que se sentirão lisonjeados por este confiar neles.

Praticar a aceitação: quando confrontado com a injustiça da doença de um ente querido ou o fardo da prestação de cuidados, muitas vezes há a necessidade de fazer sentido da situação e perguntar "Porquê?". No entanto, o cuidador deve evitar gastar as suas energias em coisas que não consegue controlar ou mudar. É importante evitar sentir pena de si mesmo. O cuidador deve concentrar-se nas coisas que pode controlar; pensar em como o cuidar lhe permite mostrar o seu amor. É mais fácil aceitar uma situação difícil quando existem outras áreas da sua vida que são gratificante, por isso o cuidador deve investir em coisas que o fazem sentir-se bem.

Cuidar da sua saúde: o cuidador não deve negligenciar a sua saúde, pois precisa ser saudável, a fim de cuidar bem do seu familiar. Fazer exercício físico regular, irá aumentar o seu nível de energia e ajuda a combater a fadiga, além de ser um calmante e potenciador de humor. Meditar pode ajudar a aliviar o stress e aumentar os sentimentos de alegria e bem-estar. Comer bem, frutas frescas, legumes, cereais integrais, feijão, proteína magra e gorduras saudáveis, como nozes e azeite. Evitar açúcares e cafeína. Dormir bem.

Por fim, juntar-se a um grupo de apoio: aderir a um grupo de apoio é uma maneira de partilhar os problemas e conhecer pessoas que estão a passar pelo mesmo. Num grupo de ajuda, o cuidador não vai só obter ajuda, mas também ajudar outros com a sua experiência.

Também PAÚL (1997), considera que as intervenções de grupo têm efeitos muito satisfatórios no que diz respeito ao evitar a solidão e o isolamento. Permite, ainda, que se partilhem sentimentos e preocupações, se ensinem técnicas para cuidar, se aprenda a lidar com o stress, entre outros.

No entanto, reconhecemos que o mais importante, é estar atento aos sinais para evitar que o cuidador atinja a última fase de *burnout*, e realizar uma intervenção preventiva.

---

## **CAPÍTULO IV - ENQUADRAMENTO METODOLÓGICO**

## **CAPÍTULO IV - ENQUADRAMENTO METODOLÓGICO**

### **4.1. METODOLOGIAS E TÉCNICAS DE INVESTIGAÇÃO SÓCIO-EDUCATIVA APLICADAS**

*A observação, o questionário, a entrevista e o estudo dos documentos constituem os utensílios de trabalho quotidiano do perito, quer ele seja homem de acção, auditor, avaliador, consultante ou investigador.*

(KETELE e ROEGIERS, 1999, p. 9)

O método é um caminho utilizado na produção de conhecimento que consiste num conjunto de operações com a finalidade de alcançar objetivos determinados anteriormente, é considerado um plano orientador do trabalho do investigador. (PARDAL e LOPES, 2011)

A investigação social parte de um problema – pergunta de partida – que deverá ser realista e precisa, com o objetivo de compreender ou explicar a realidade. Utilizamos como pergunta de partida:

- Quais as principais dificuldades sentidas pelos cuidadores informais de idosos em situação de dependência?

Iniciando a exploração, esta fornece elementos teóricos e empíricos para adaptar o problema, sugere caminhos e formas de abordar a questão. Cria-se um quadro teórico baseado na problemática levantada sobre o objeto de estudo, para sustentar a investigação e lhe dar credibilidade.

O quadro teórico recorre a hipóteses para fundamentar o modelo de análise, criadas com base no quadro conceptual. As hipóteses servem para explicar ou compreender antecipadamente e de forma provisória um determinado fenómeno, representando linhas de orientação para o que se

---

pretende demonstrar, tendo em conta os objetivos do estudo, as suas características e a forma de investigação (PARDAL e LOPES, 2011).

Formulamos 2 hipóteses teóricas, baseadas na análise documental realizada aquando do pré-projeto:

**1. Os cuidadores informais de idosos dependentes, com maiores conhecimentos na área dos cuidados a prestar ao idoso, sentem-se mais seguros nessa tarefa.**

Tomamos como base a afirmação de ZIMERMAN (2000, p.80-81):

*Os problemas que mais comumente tenho observado com os familiares do velho são devidos principalmente a uma generalizada falta de conhecimentos mínimos quanto aos problemas de ordem física, mental, social e de organização que cercam os velhos(...).*

**2. Devido ao tempo utilizado no cuidado ao idoso dependente, os cuidadores informais têm menos tempo para si, para a família e amigos.**

Como diz Rose Marie, uma cuidadora informal da mãe, doente de Alzheimer, citada por MARKUT e CRANE (2005, p.166):

*Não creio que tenha tido muito sucesso em equilibrar as minhas responsabilidades de cuidadora informal com o devido descanso ou férias. Eu sei que não. Estou certa que a atitude correta é fazer muito exercício e divertir-me, mas não o fiz. Simplesmente, não tive tempo. (...) O meu marido e eu não passamos muito tempo juntos e eu não estive nem perto de despender tanto tempo com a minha filha, então com sete anos. (...) Não tinha sequer tempo para pensar em mim. Teria adorado poder sentar-me a ler um livro que não estivesse relacionado com o meu trabalho ou com a doença da minha mãe ou com os trabalhos de casa das crianças, mas simplesmente não havia tempo para essas coisas."*

A investigação em ciências sociais apresenta duas tendências metodológicas, a quantitativa e a qualitativa. A primeira é conhecida com experimental, científica, enquanto a segunda é naturalista, interpretativa construtivista e de observação participante (PARDAL e LOPES, 2011).

No caso deste estudo, optamos por uma investigação quantitativa, com a preocupação de explicar alguns factos, baseados na regularidade dos fenómenos sociais, e na possibilidade de generalização de dados ao nível concelhio, neste caso, da Maia.

O instrumento utilizado para a recolha de informação, foi o inquérito por

---



### **questionário.**

Com a vantagem de ser um instrumento barato, com garantia de anonimato garantindo a autenticidade das respostas, e deixando ao critério do inquirido quando responder ao mesmo. A desvantagem prende-se com o facto de pessoas analfabetas não poderem responder, ou apresentar algumas dúvidas quanto a questões colocadas (PARDAL e LOPES, 2011).

No questionário, foram utilizadas maioritariamente questões de resposta fechada, com opção de resposta. Em alguns dos casos as respostas podiam ser de escolha múltipla, onde o inquirido escolhe uma ou várias respostas pré-definidas ou ordena por ordem de importância ou dificuldade, sendo ainda possível em algumas questões, apresentar uma resposta não considerada nas opções.

O inquérito utilizado teve por base um outro utilizado pela “AAL4ALL”<sup>1</sup>, que já se encontrava testado. Este inquérito foi utilizado para recolher informações sobre a satisfação com novos produtos e serviços do “Ambient Assisted Living” e era também destinado a cuidadores informais de pessoas idosas. Consórcio financiado pelo QREN, Compete e EU. Desta forma, não foi necessário realizar um pré-teste, uma vez que o instrumento já tinha sido previamente validado.

Quanto à amostra, visto não ser possível aferir o número total do universo de cuidadores informais, optou-se por uma amostra não representativa e de conveniência.

Os cuidadores informais foram seleccionados de entre os utentes dos serviços prestados por duas instituições do concelho da Maia, que aceitaram colaborar com esta investigação – Lar de Santo António e ACES Maia/Valongo. Além destes, outros inquiridos responderam ao questionário através de um inquérito on-line, distribuído por email e divulgado nas redes sociais.

A população inquirida tinha alguns critérios que deveriam ser considerados:

- cuidadores informais de idosos em situação de dependência;

---

<sup>1</sup> Site institucional do consórcio AAL4ALL – [www.aal4all.org](http://www.aal4all.org) .

---

- maiores de idade;
- de ambos os sexos;
- residentes no concelho da Maia.

Aceitaram participar neste estudo 39 cuidadores informais.

O Questionário (Anexo IV) era constituído por 4 partes, sendo elas: identificação dos dados sociodemográficos do cuidador informal; dados dos cuidados prestados; dados sociodemográficos e clínicos da pessoa a quem o cuidador presta cuidados e finalmente, serviços.

A administração do questionário foi realizada de forma mista:

- administração indireta presencial (10 questionários) e via telefone (7 questionários);
- administração direta (o pessoal técnico distribuiu e recolheu o questionário ou questionário on-line – 22 questionários).

Tendo noção que os resultados obtidos, não poderiam ser generalizados, optamos por complementar e confirmar os dados recolhidos nos questionários, recorrendo a uma **entrevista exploratória** onde foi possível complementar a parte teórica e conceptual e recolher pistas para fundamentar o projeto de intervenção.

Utilizamos uma entrevista semiestruturada (Anexo V), com base num conjunto de questões guia, que no decorrer da mesma foram sendo alteradas e adaptadas conforme a orientação da entrevista.

Para responder às nossas questões, convidamos um informante privilegiado, o Enfermeiro Hélder Silva, Coordenador da Equipa de Cuidados Continuados na Comunidade do Centro de Saúde do Castelo da Maia, que tem vários anos de experiência em cuidados de saúde comunitária e com a população alvo desta investigação - cuidadores informais de pessoas idosas com dependência (Anexo VI - Transcrição da entrevista).

Sendo a investigadora principal, oriunda do concelho da Maia e conhecedora dessa mesma realidade, o terreno escolhido para o trabalho de investigação foi o concelho da Maia.

---

## 4.2. TERRENO EMPÍRICO DO TRABALHO DE PROJETO – concelho da Maia

O concelho da Maia insere-se no distrito do Porto, localizado na Região Norte de Portugal.

Possui uma área geográfica de cerca de 83km<sup>2</sup>, e após a reorganização administrativa do território em 2013, passou de 17 freguesias para 10: Águas Santas; Castelo da Maia; Cidade da Maia; Folgosa; Milheirós; Nogueira e Silva Escura; Moreira; S. Pedro de Fins; Pedrouços e, finalmente, Vila Nova da Telha.

Segundo dados dos Censos de 2011, contava com 135.977 habitantes (PORDATA, consultado em 04-02-2014). Entre 2001 e 2011, teve um crescimento de mais de 15.000 habitantes, sendo nesse período, o concelho com maior crescimento demográfico do distrito do Porto. Nesse ano, as freguesias com maior população eram as de Águas Santas, Vermoim, Pedrouços e Gueifães (REDE SOCIAL MAIA, 2006).

População residente no Concelho da Maia								
População residente	Total		0 – 14 anos		15 – 64 anos		65 + anos	
	2001	2011	2001	2011	2001	2011	2001	2011
	120.111	135.306	20.940	22.776	86.527	94.422	12.644	18.108
		17,4%	16,8%	72%	69,8%	10,5%	<b>13,4%</b>	

Quadro n.º 1 – Comparação da população residente no concelho da Maia, total e por grande grupo etário em 2001 e 2011 (Adaptado de PORDATA, consultado em 20-01-2015)

Analisando os valores apresentados no Quadro n.º 1, podemos verificar que o grupo etário que mais cresceu foi o grupo dos 15 aos 64 anos, o que demonstra que o concelho tem quase 70% de população em idade ativa. No entanto, não podemos deixar de referir, que o único grande grupo etário que cresceu, em termos de percentagem, foi o da faixa etária dos 65 ou mais anos, que representa atualmente 13,4% da população residente, quase tanto como a

população com idade inferior a 15 anos, 16,8% (PORDATA, consultado em 20-01-2015).

Os números tornam-se ainda mais alarmantes quando comparamos dados referentes ao Índice de Envelhecimento e de Dependência de Idosos.

	Índice de Envelhecimento		Índice de Dependência de idosos	
	2001	2011	2001	2011
Portugal	102,2	127,8	24,2	28,8
Grande Porto	80,5	111,4	18,6	24,2
Maia	60,4	79,5	14,6	19,2

Quadro n.º 2 – Comparação do Índice de Envelhecimento e Índice de dependência de idosos, no Concelho da Maia, Grande Porto e Portugal, em 2001 e 2011 (Adaptado de PORDATA, consultado em 20-01-2015)

Em 10 anos, o Índice de Envelhecimento no concelho da Maia, passou de 60,4 idosos por cada 100 jovens, para 79,5. Por sua vez, o Índice de Dependência aumentou 4,6 valores. Estes valores refletem a realidade local, mas também a realidade do país, apesar de ainda estarem bastante abaixo da média nacional, como demonstra o quadro anterior.

Em 2006, a Rede Social da Maia, identificou vários problemas relacionados com a população idosa. Foram identificados como importantes e urgentes:

- a existência de idosos isolados;
- inexistência de centros para dependentes acamados;
- inexistência de equipas de noite para idosos;
- insuficiente número de instituições de apoio a idosos (lares e centros de dia);
- insuficiente serviço de apoio domiciliário;
- insuficiente número de equipamentos para idosos dependentes;
- inexistência de estruturas intermédias para idosos quando existe alta hospitalar e estes ainda não se encontram autossuficientes;
- existência de idosos isolados com carências e necessidades afetivas.

Um dos objetivos gerais apresentados no Plano de Desenvolvimento Social do concelho da Maia, era, até 2009, aumentar e reforçar as respostas de apoio à população em situação de maior vulnerabilidade. Outro objetivo específico na área da Saúde era alargar e aumentar os serviços de apoio social aos cuidados no domicílio, a nível geográfico (chegar a todas as freguesias do concelho), e aos fins de semana e noite. (REDE SOCIAL MAIA, 2006)

No que diz respeito à terceira idade, esse objetivo parece ter sido atingido, uma vez que em termos de capacidade de resposta a nível de terceira idade o Concelho da Maia apresenta números muito satisfatórios, pois em nenhum dos serviços prestados se encontra na sua capacidade máxima.

Tendo em conta a evolução natural para o envelhecimento do país, assistimos nos últimos anos, a um aumento significativo do número de vagas em respostas sociais destinadas a pessoas idosas.

Capacidade das respostas sociais em Portugal Continental			
	Centro de dia	Estrutura Residencial para Idosos	Serviço de Apoio Domiciliário
<b>2000</b>	51 876	55 523	49 473
<b>2013</b>	64 254	86 532	101 448

Quadro n.º 3 – Evolução da capacidade das respostas sociais em Portugal Continental, entre 2000 e 2013. (Adaptado da Carta Social, última pesquisa em 20-01-2015)

No que diz respeito a respostas sociais na área da terceira idade, o concelho da Maia seguiu a tendência do país, encontrando-se bem apetrechado.

No quadro que se segue, pretendemos identificar, de acordo com dados obtidos na Carta Social, quais as valências, capacidades das respostas e utilização por serviço, no concelho da Maia.

Valência	N.º Equipamentos no concelho da Maia	Capacidade total	N.º de Utentes	Taxa de ocupação
Centro de Convívio	1	50	30	60%
Centro de Dia	15	412	319	77,4%
Estrutura Residencial	18	767	618	80,6%
Serviço de Apoio Domiciliário	16	747	410	54,9%

Quadro n.º 4 – N.º de equipamentos, capacidades, n.º de utentes e taxa de ocupação dos mesmos, por valência, no concelho da Maia (adaptado da Carta Social, última pesquisa em 20-01-2015.)

Os dados apresentados foram recolhidos em Janeiro de 2015, pelo que são bastante aproximados à realidade. No entanto, temos noção que existem entidades que oferecem serviços nestas valências que não aparecem nestes dados, ou porque estão em situação ilegal ou em fase de legalização.

Como podemos constatar ao analisar o Quadro n.º 4, a resposta social menos procurada é o Centro de Convívio e de Dia, sendo estas, as respostas com menos instituições a prestar tal serviço (1 centro de convívio e 15 centros de dia). Destas instituições, 12 são de carácter social e 4 particulares.

O SAD, apesar de apresentar a segunda maior valência em termos de número de utentes (410), apresenta apenas 54,9% de taxa de ocupação. Analisando mais profundamente os dados da Carta Social, verificamos que existem muitas entidades lucrativas a prestar este serviço, sendo nestas, o maior número de vagas existentes.

A maior procura de serviços, centra-se na Estrutura Residencial (Lar), com 618 utentes, e 18 entidades a prestar tal serviço. Neste caso, a tendência de haver maior número de entidades de solidariedade social em relação às privadas inverte-se. Assim, as instituições de índole social são 8, enquanto as privadas contam com 10 entidades.

Mais uma vez, analisando em pormenor as instituições que prestam este serviço, verificamos que os lares com pequena capacidade estão com as vagas todas ou quase todas preenchidas, enquanto que lares de maior capacidade se encontram com maior número de vagas por ocupar, sendo estes da rede social. Verificamos que existe uma maior procura de lares comparticipados pela Segurança Social (número de utentes: 538), no entanto, é também nestes que existem maior número de vagas disponíveis (64). Para isso, muito contribui uma Associação de Solidariedade Social, O Lar do Comércio, existente à 77 anos, e que tem capacidade para 320 utentes em Residência Assistida e 120 em Serviço de Apoio Domiciliário, tendo 61 vagas e 51 vagas respetivamente (Lar do Comércio, 2014).

De notar que, se excluirmos um lar que abriu recentemente e não apresenta dados em relação à ocupação (Casa de Avioso), os lares privados têm uma ocupação de 92%, sendo estes também os de menor capacidade. Apesar de não serem comparticipados pela Segurança Social, parece haver uma maior procura, talvez por se assemelharem melhor a “pequenas famílias”.

Em relação à distribuição destas instituições pelo concelho, verificamos que das 10, existem 2 freguesias que não têm sediada nenhuma empresa de SAD, Lar, Centro de dia ou convívio, são elas: Folgosa e S. Pedro de Fins. Estas são freguesias limítrofes do concelho, com grande foco na agricultura e pecuária e com baixa densidade populacional. Temos, no entanto, conhecimento que existem instituições que dão apoio a estas freguesias, no que ao SAD diz respeito.

## **CAPÍTULO V - RESULTADOS OBTIDOS NOS INQUÉRITOS**



## **CAPÍTULO V - RESULTADOS OBTIDOS NOS INQUÉRITOS**

### **5.1. APLICAÇÃO DOS INQUÉRITOS**

Tendo em conta os números apresentados e o objeto de estudo, inicialmente pensamos realizar uma parceria com as grandes entidades prestadoras de SAD do concelho da Maia, nomeadamente, Santa Casa da Misericórdia da Maia, Lar do Comércio e Lar de Santo António, no sentido de nos indicarem cuidadores informais dispostos a responder aos nossos inquéritos.

Esta tarefa mostrou-se demasiado demorada e burocrática, o que se traduziu numa procura de outras formas de chegar até esses cuidadores.

Assim, foram contactadas todas as instituições do concelho que prestavam serviço de apoio domiciliário, pessoalmente ou por meio de email. Ao fim de 4 meses e alguma insistência, apenas duas se mostraram disponíveis para colaborar neste estudo.

As respostas negativas que fomos obtendo, prendiam-se com o facto das instituições terem de dispensar funcionários para acompanhamento de todo o processo e não poderem prescindir dos mesmos.

Assim, foi criado um inquérito on-line, distribuído através de *Facebook* e email, para chegar a um maior número de Cuidadores Informais.

Com a colaboração e conhecimento das instituições que se mostraram interessadas em participar no estudo, foram seleccionados para responder a Inquéritos por Questionário:

- cuidadores informais de idosos em situação de dependência;
- maiores de idade;
- de ambos os sexos;
- residentes no concelho da Maia.

Os inquéritos do Lar de Santo António foram aplicados de diferentes formas. Inicialmente, de forma presencial, a investigadora contactou com 10

---

cuidadores que acompanhavam o utente 24 horas por dia e se encontravam durante o dia em casa. Os restantes inquiridos, não se encontravam durante o dia em casa, pelo que o pessoal técnico distribuiu e recolheu o questionário. Os inquéritos foram realizados durante o mês de fevereiro de 2015.

Os utentes do serviço de cuidados continuados da ACES Maia/Valongo, foram selecionados pelos serviços e posteriormente contactados via telefone pela investigadora. Estes inquéritos foram realizados durante o mês de Abril de 2015, altura em que obtivemos resposta definitiva da colaboração desta instituição.

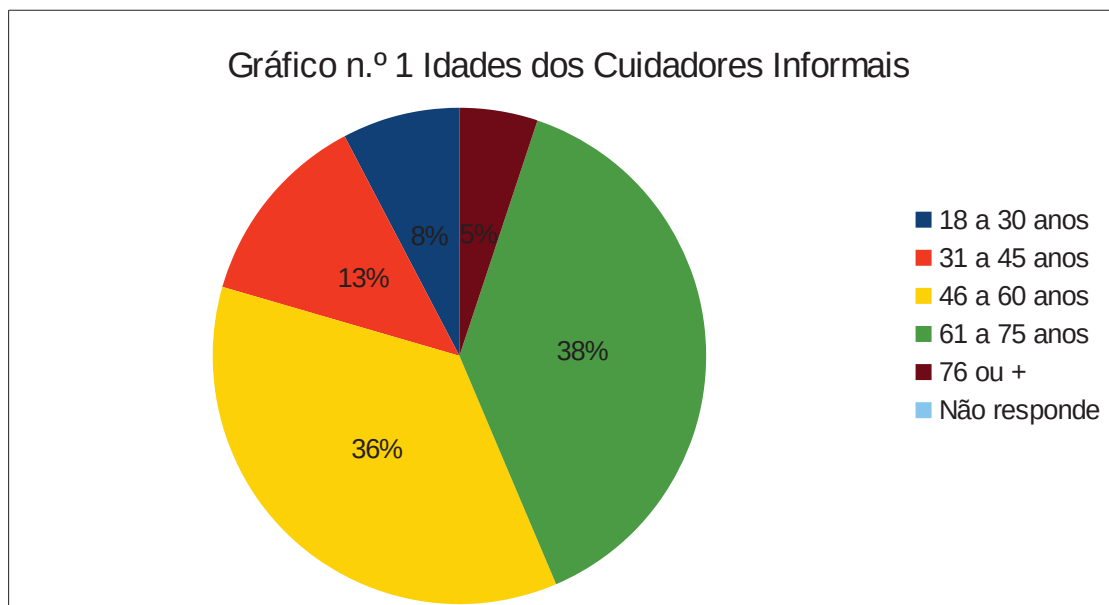
Tendo noção que as respostas obtidas (39 questionários) não são suficiente para obter uma amostra representativa, e não havendo números concretos do número de cuidadores informais de idosos do concelho, utilizaremos esta amostra não representativa e de conveniência.

Seguem-se as principais conclusões.

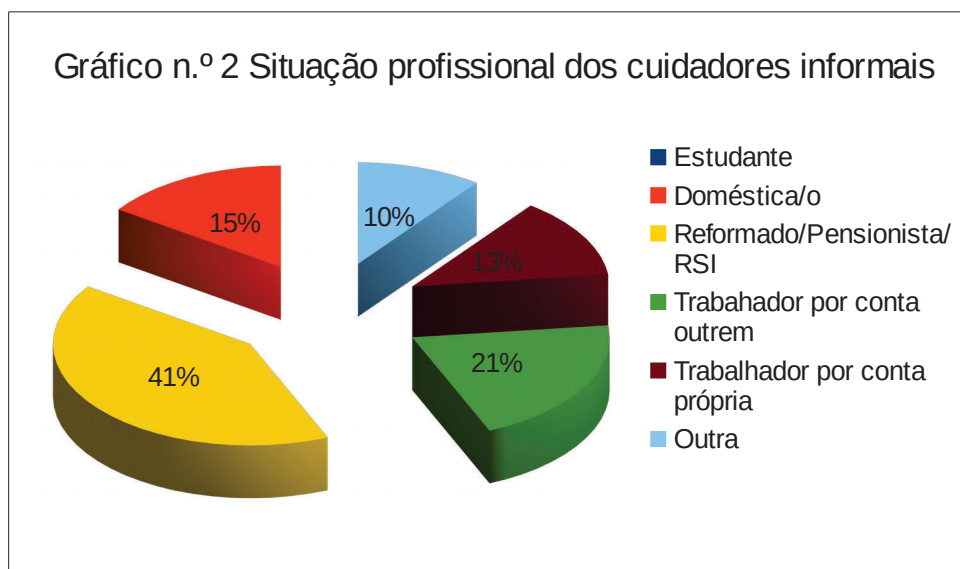
## **5.2. CARACTERIZAÇÃO DA POPULAÇÃO DE CUIDADORES INFORMAIS**

De acordo com os dados obtidos, verificamos que a maioria da população inquirida é do género feminino (85%) e apenas 15% do género masculino. Neste ponto, este estudo converge com outros estudos realizados por vários autores, que afirmam que a prestação de cuidados está associada a elementos do sexo feminino (JAMUNA 1997; NENO 2004, citados por LAGE 2005).

A faixa etária mais representada é a dos 61 a 75 anos (38%), seguindo-se dos 46 a 60 anos (36%). A faixa com menor prevalência é a dos 76 ou mais anos (5%) e dos 18 a 30 anos (8%), sendo que nestes últimos, nenhum dos inquiridos exercia o papel de cuidador principal.



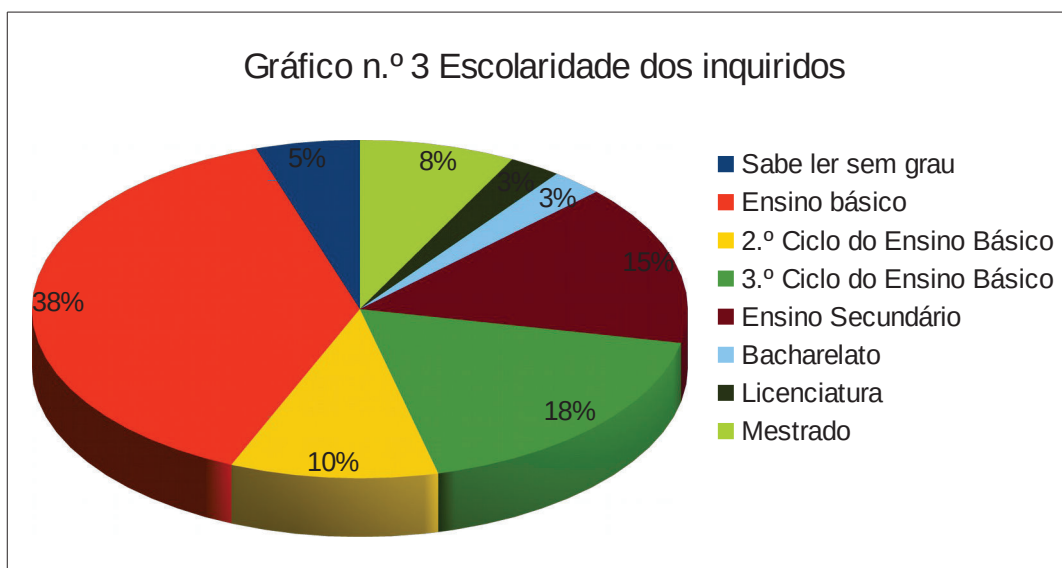
Quanto ao estado civil dos cuidadores informais, 74% são casados ou vivem em união de facto, 15% são solteiros, 8% divorciados e finalmente, 3% são viúvos.



No que diz respeito à situação profissional, 41% dos inquiridos encontram-se já reformados; 21% são trabalhadores por conta de outrem; 15% são domésticos/as; 13% trabalham por conta própria; 10% encontram-se noutra

situação (baixa para acompanhamento de familiar, desempregado); não se verifica a existência de nenhum estudante.

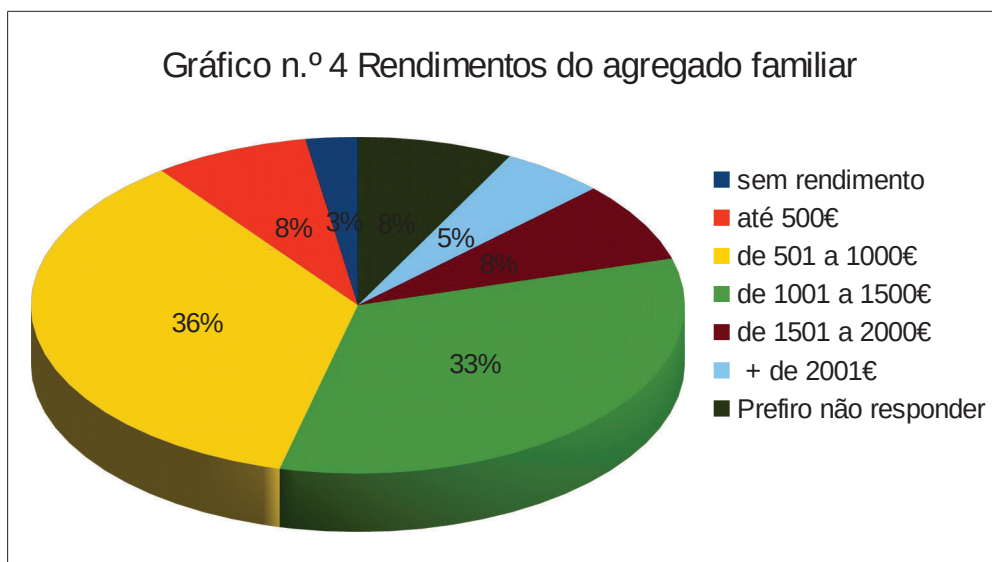
Quando inquiridos sobre a escolaridade, a maior fatia, 38% dos cuidadores informais, tem apenas a antiga Instrução Primária. Seguem-se 3.º Ciclo do Ensino Básico com 18%; Ensino Secundário com 15%; 2.º Ciclo do Ensino Básico com 10%; com 8% surge o Mestrado; 5% sabe ler e escrever sem grau de ensino; 3% possuem Licenciatura e finalmente, 3% Bacharelato. Não se verificam a existência de cuidadores que não sabem ler nem escrever, nem com Doutoramento.



De acordo com a análise do Gráfico n.º 4, verificamos que a maioria dos rendimentos se situa entre os 500€ e os 1500€ (36% recebe entre 501€ e 1000€; seguindo-se de 1001€ a 1500€ com 33%) sendo os restantes valores pouco representados (8% até 500€; 8% de 1501€ a 2000€; 5% mais de 200€), 3% refere não receber qualquer rendimento.

NOGUEIRA (2010) cita um estudo realizado em 2000 pelo INE, que apresenta a população idosa portuguesa, como mais vulnerável à pobreza. Mesmo os agregados constituídos por idosos, têm receitas médias líquidas abaixo do valor da linha de pobreza. Neste caso, com baixos rendimentos, as famílias terão maiores dificuldades de acesso a serviços formais (GIL, 2009).

Estas diferenças socioculturais, estão relacionadas com o passado das pessoas que constituem o agregado familiar, e resultado disso, são os resultados apresentados no gráfico n.º 3, onde se verifica que 53% não chegou a concluir a atual escolaridade obrigatória (12.º Ano).



Atualmente, os cuidadores inquiridos cuidam maioritariamente apenas de uma pessoa idosa (82%); seguindo-se de 2 pessoas idosas (13%); apenas 3% afirma cuidar de 4 pessoas idosas; 3% não responde. A grande maioria, 77%, é o cuidador principal do idoso.

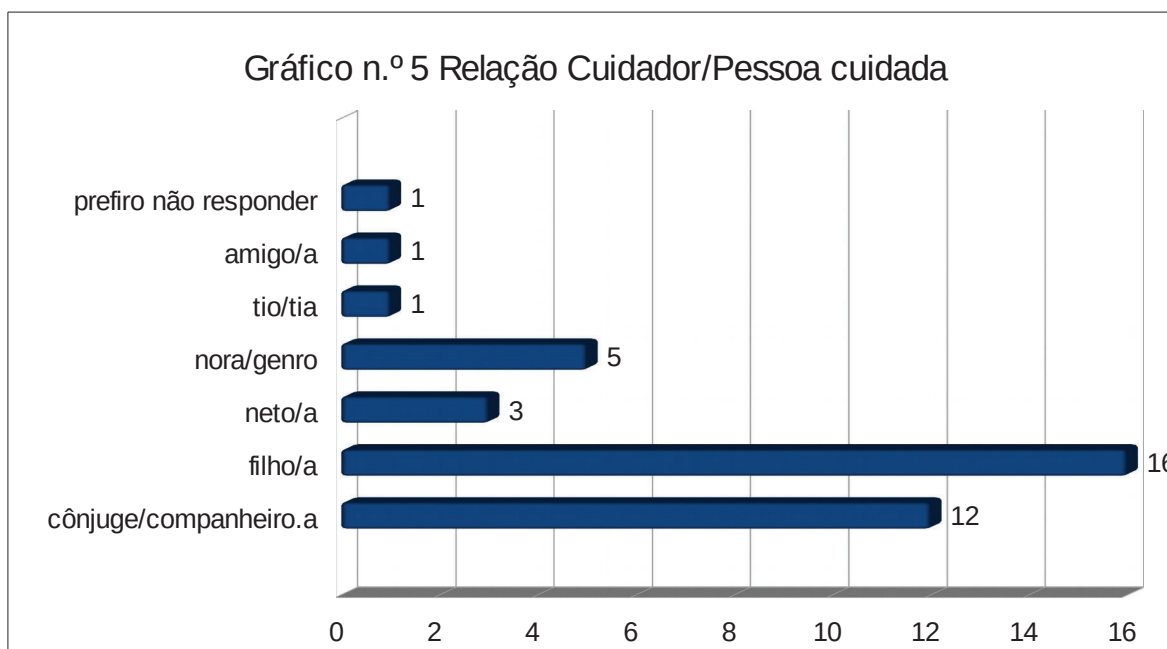
Em 82% dos casos, cuidador e pessoa cuidada, coabitam, apenas 18% dos idosos não habitam com o cuidador inquirido.

Neste ponto, realizamos um paralelismo com as conclusões apresentadas por MARTÍN (2005), em que este revela que um dos fatores de escolha do cuidador informal tem a ver com a coabitação e o não exercício de uma atividade profissional. Os resultados obtidos confirmam tais conclusões, uma vez que 66% não exercem atividade profissional (41% reformados; 15% domésticos/as; 10% baixa para acompanhamento de familiar ou desempregado) e 82% coabitam com a pessoa cuidada.

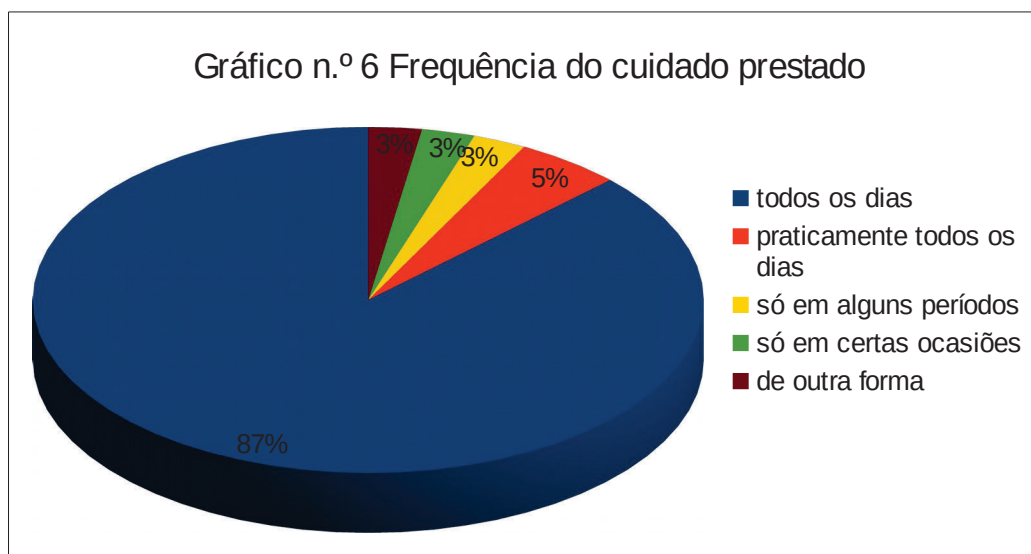
Aqui importa verificar as relações entre cuidador e pessoa cuidada. Segundo os dados obtidos, verificamos que 16 dos cuidadores são filhos da

pessoa cuidada; seguindo-se 12 cônjuges; 5 noras ou genros; 3 netos/as; 1 tio/a; 1 amigo/a. Não se verifica a existência de vizinhos, sobrinhos nem de irmãos.

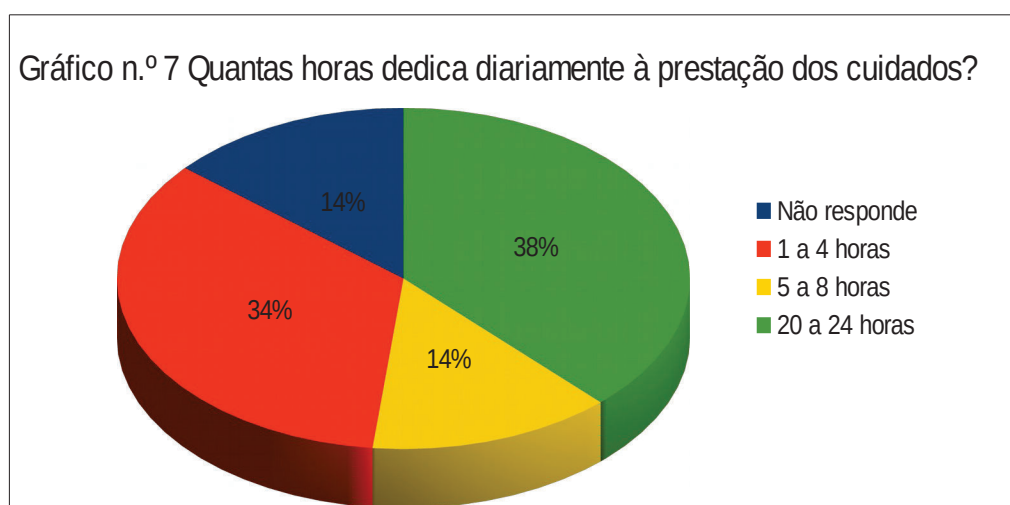
Tal como referido anteriormente, SHANAS (1979), citado por MARTÍN (2005), apresenta o Modelo Hierárquico Compensatório, onde identifica como primeiros a assumir o cuidado os cônjuges, seguidos pelos filhos, outros familiares e finalmente, amigos. O que se confirma nestes resultados, apesar de inicialmente surgirem as/os filhas/os, mas com ligeira diferença em relação aos cônjuges.



A frequência com que cuidam da pessoa idosa é de 87% para “todos os dias”; 5% para “praticamente todos os dias”; 9% para as restantes opções - “só em alguns períodos” 3%, “só em certas ocasiões” 3% e “de outra forma” 3%, como podemos verificar pelo gráfico que se segue.

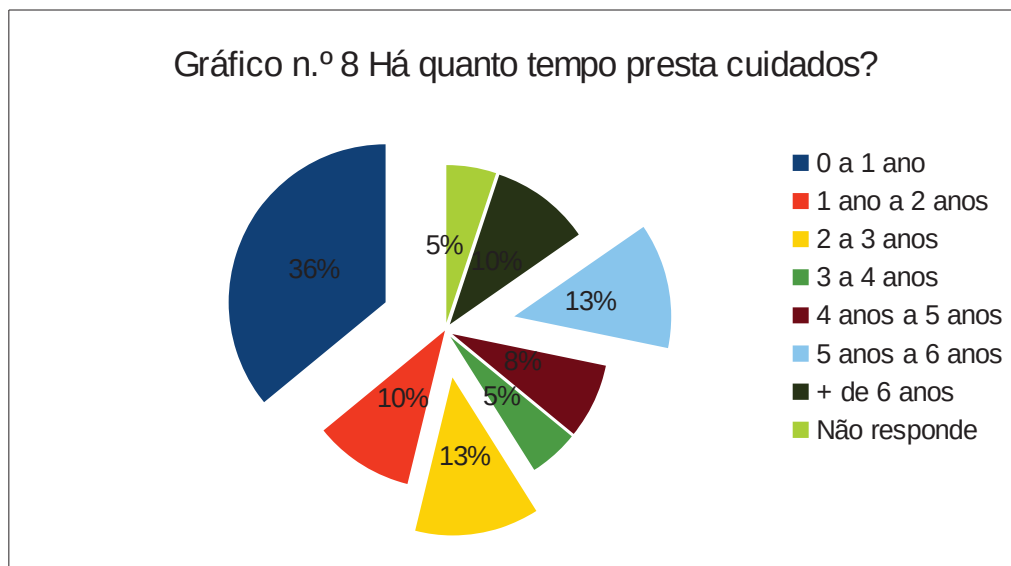


Sendo que, 38% dos cuidadores afirma cuidar entre 20 a 24 horas por dia; seguindo-se o período de 1 a 4 horas por dia (34%); 5 a 8 horas por dia (14%) e 14% dos inquiridos não responde.



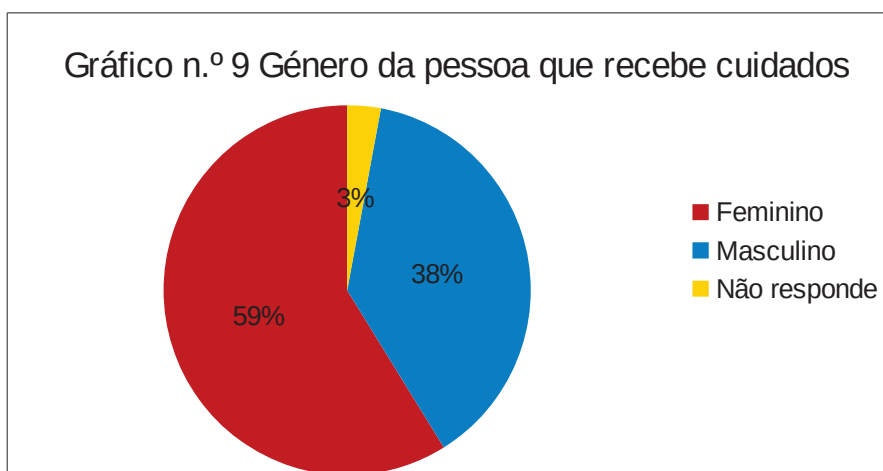
De acordo com o Gráfico n.º 8, verificamos que 36% dos inquiridos cuida há 1 ano ou menos; 13% cuida entre 2 a 3 anos e 13% - 5 a 6 anos; seguindo-se 10% entre 1 e 2 anos e 10% há mais de 6 anos. Importa aqui referir, que nesta última percentagem, quase todos os cuidadores, cuidam da pessoa idosa à mais de 10 anos.

Finalmente, 8% cuidam entre 4 e 5 anos, e 5% entre 3 e 4 anos. 5% dos inquiridos não responde.



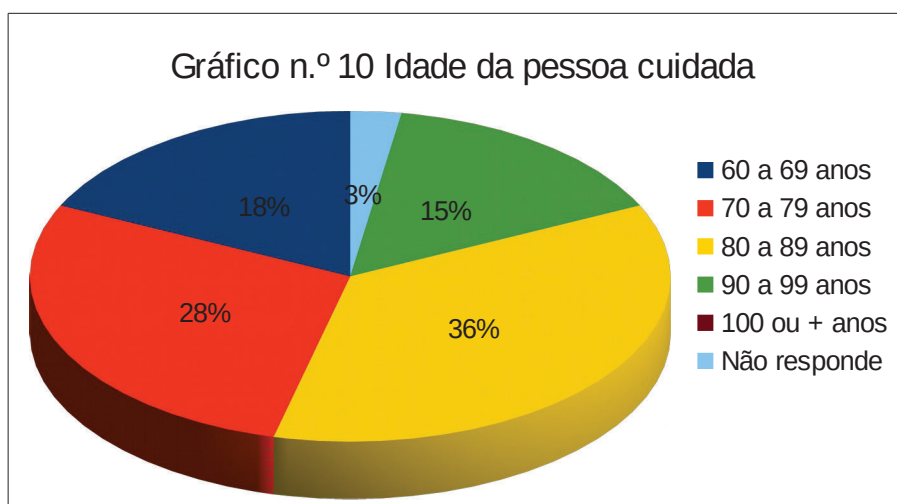
### 5.3. CARACTERIZAÇÃO DA POPULAÇÃO CUIDADA

No que diz respeito à pessoa idosa cuidada, 59% são representados pelo sexo feminino e 38% pelo sexo masculino. O que vem ao encontro de alguns estudos que demonstram que as mulheres têm maior longevidade que os homens.





A faixa etária com maior representação é a dos 80 a 89 anos com 36%; seguem-se 70 a 79 anos com 28%; 60 a 69 com 18% e 15% têm entre 90 e 99 anos. Não podemos deixar de comentar o facto de 51% desta população ter entre 80 e 100 anos, ou seja, pessoas com idades muito avançadas.

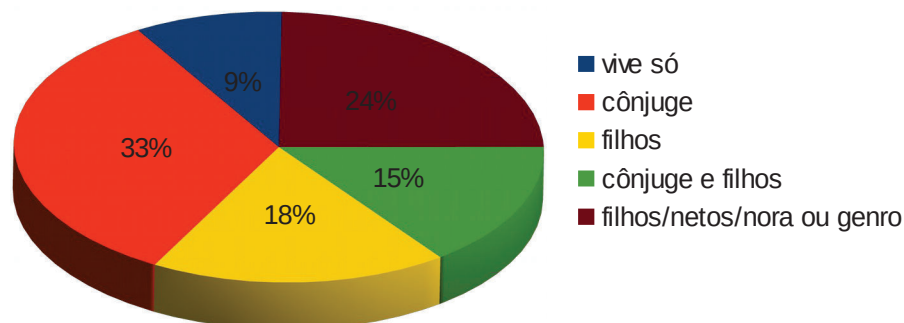


Estes idosos vivem maioritariamente em coabitação com o seu cuidador informal (82%), como já referimos anteriormente. De acordo com o gráfico que se segue, poderemos ter uma melhor noção da constituição do agregado de cada idoso.

Assim, identificamos que 33% das pessoas cuidadas ainda habitam com os cônjuges; 24% com filhos/as, netos e nora ou genro; 18% com filhos/as e 15% com cônjuge e filhos/as. De realçar que 9% vivem sozinhos apesar da sua dependência.

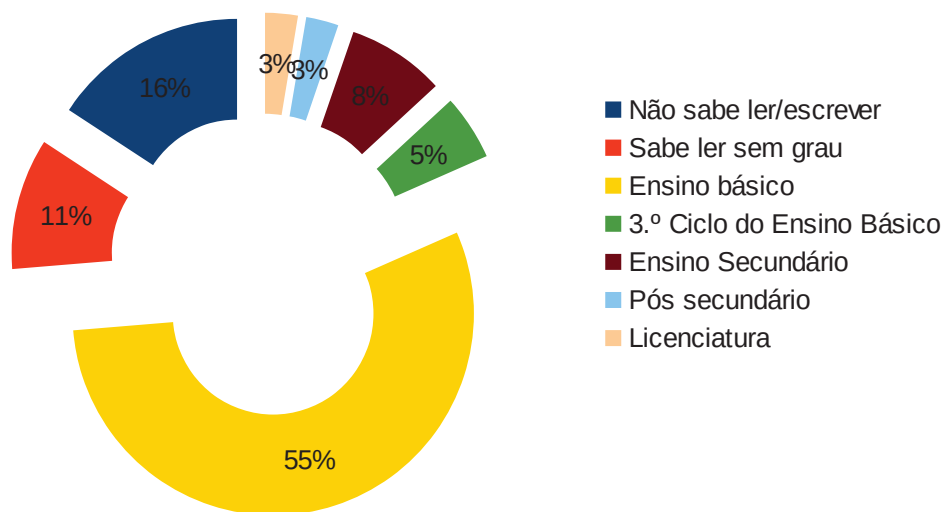
Neste ponto, os resultados obtidos confirmam estudos realizados por vários autores, no sentido de serem os familiares diretos (cônjuges e filhos), os primeiros a assumirem o cuidado da pessoa idosa dependente. (CABRAL 2013; SHANAS 1979, citado por MARTÍN 2005)

Gráfico n.º 11 Agregado familiar da pessoa cuidada



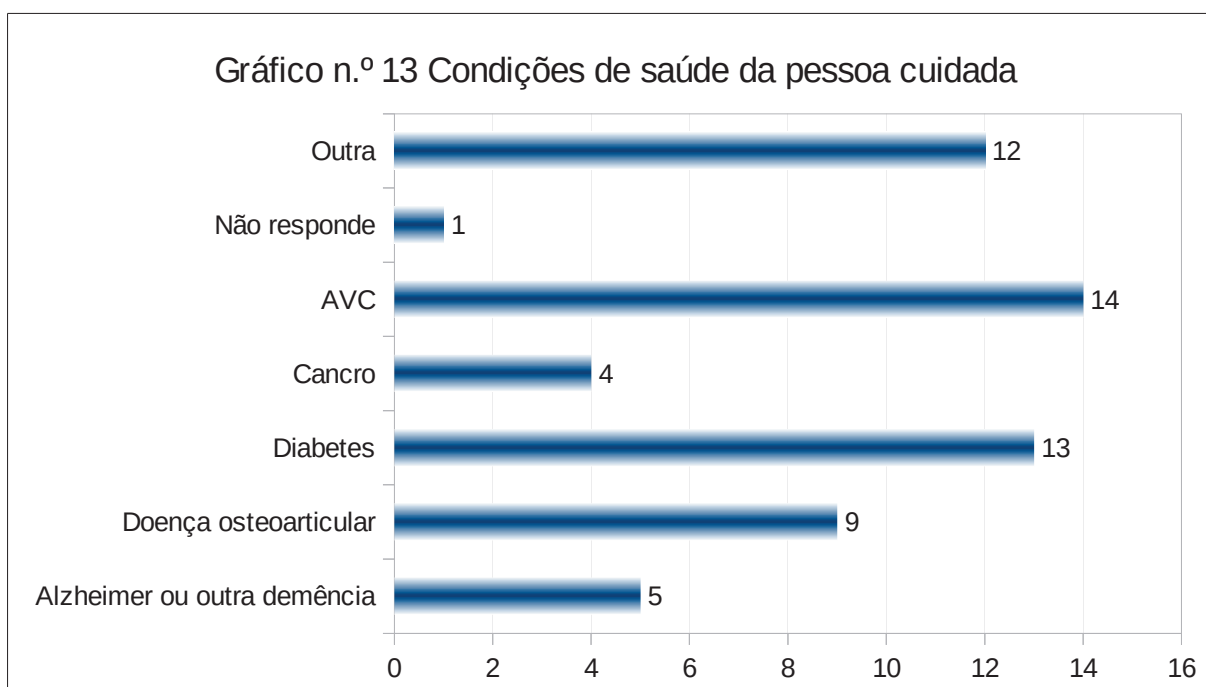
No que respeita à escolaridade das pessoas cuidadas, verificamos que a escolaridade é muito reduzida e bastante mais baixa que no caso dos cuidadores informais: 55% apenas concluíram o Ensino Básico; 16% não sabe ler nem escrever; 11% sabe ler sem grau de ensino; 8% possuem o ensino secundário; 5% o 3.º ciclo do ensino básico, e finalmente, 6% têm o ensino pós secundário ou uma licenciatura. Neste ponto existe uma certa homogeneidade quanto ao grau de ensino, sendo que, 82% desta população não foi além do ensino básico.

Gráfico n.º 12 Escolaridade da pessoa cuidada



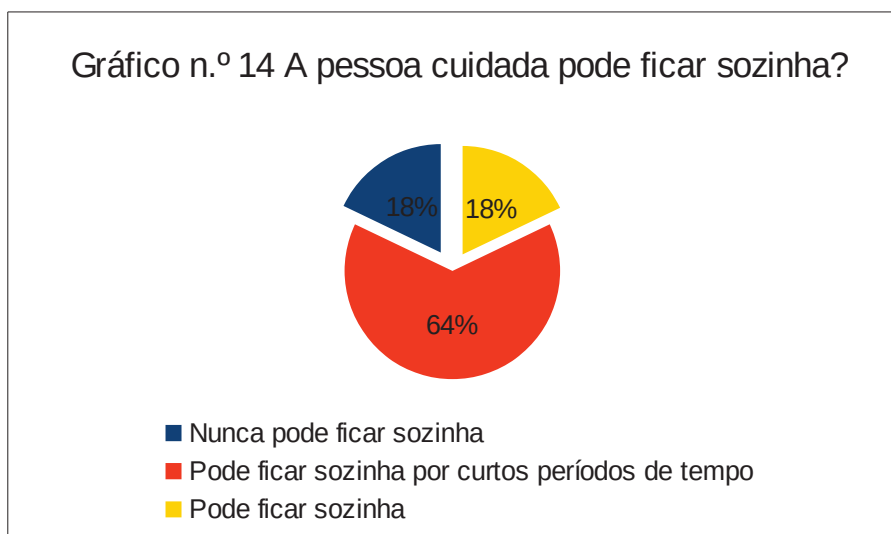
São diversos os motivos que levaram à dependência da pessoa idosa, no entanto, verificamos pela análise do Gráfico n.º 13, que 14 idosos tiveram um Acidente Vascular Cerebral; 13 idosos sofrem de diabetes; 9 têm problemas osteoarticulares; 5 sofrem de Alzheimer; e em 4 casos dos casos têm uma neoplasia. Dentro das respostas a que se refere “Outra”, encontramos dificuldades visuais, amputações de membros, fraturas, problemas cardíacos, hipertensão, problemas de foro psiquiátrico, anemia.

Neste ponto, alguns idosos acumulam mais do que uma patologia, e verifica-se que à medida que a idade aumenta, aumentam o número de patologias e grau de dependência. Tal como se verifica no estudo realizado por CABRAL, em 2013.



No que respeita a situação de saúde, a pessoa cuidada nunca pode ficar sozinha em 18% dos casos; pode ficar sozinha em 18% dos casos; mas a grande maioria 64%, pode ficar sozinha por curtos períodos de tempo, o que permite a saída rápida do cuidador para ir à farmácia, fazer umas compras e pouco mais.

Gráfico n.º 14 A pessoa cuidada pode ficar sozinha?



Na tentativa de identificar o grau de dependência da pessoa idosa cuidada, adaptamos a Escala de Barthel, simplificando-a para a inserir no Inquérito e simplificamos a resposta.

O Índice de Barthel avalia o nível de independência do indivíduo, em relação a atividades diárias básicas, tais como: comer, higiene pessoal, caminhar, subir e descer escadas, transferência cama-cadeira, entre outros.

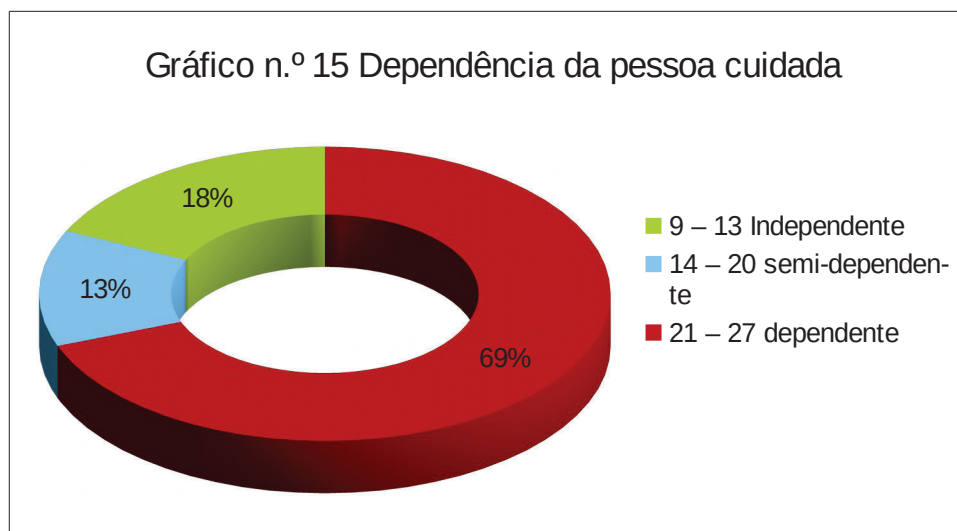
Este Índice é utilizado pelos médicos do Serviço Nacional de Saúde, segundo orientação da Direção Geral da Saúde, para avaliação do estado funcional do doente em medicina física e de reabilitação. (DGS, 2011).

Pedimos aos cuidadores que avaliassem a dependência ou independência da pessoa cuidada com base nas seguintes pontuações 1 – independente/sem ajuda; 2 semi-dependente/precisa de alguma ajuda e 3 – dependente/com ajuda, nos seguintes aspetos: alimentação (comer); higiene corporal; vestir; uso da casa de banho; controlo da bexiga; controlo do intestino; subir escadas; transferência cadeira-cama e mobilização.

Dividimos depois as pontuações da seguinte forma 9 a 13 pontos Independente, ajuda moderada nas AVD's, 14 a 20 pontos semi-dependente, ajuda regular; 21 a 27 pontos dependente, ajuda em praticamente todas as AVD's e grandes dependentes.

Os resultados obtidos demonstram que a maioria da população inquirida

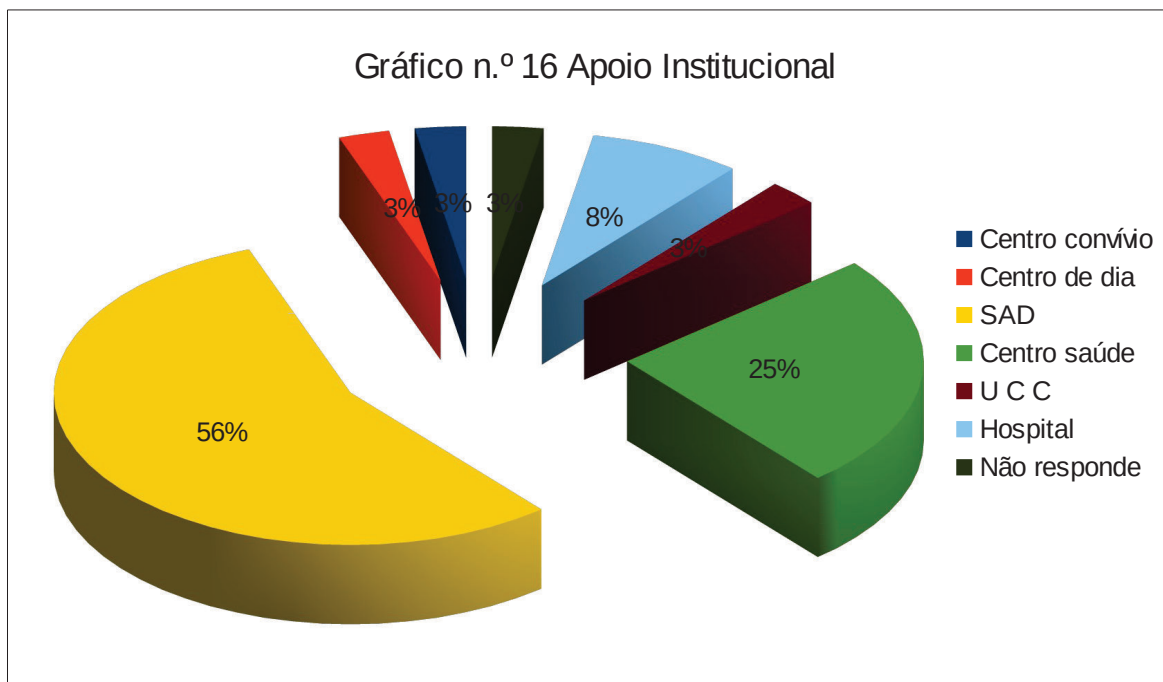
cuida de pessoas idosas com grande dependência, 69% dos casos, 13% das pessoas cuidadas necessitam apenas de alguma ajuda, nas tarefas do dia a dia, e 18% são autónomos apesar de necessitarem de ajuda em algum momento, para realizar algumas AVD's.



#### 5.4. APOIOS RECEBIDOS E CUIDADOS PRESTADOS

No âmbito do exercício de cuidador informal, 23% afirmam não receber apoio de qualquer instituição, 77% dos inquiridos recebem apoio de alguma instituição. Destes, 56% recebem apoio de um serviço de apoio domiciliário; 25% do centro de saúde; 8% hospital; 3% UCC, centro de dia e centro de convívio.

Aquilo que se verifica é que alguns inquiridos consideram apoio institucional quando vão a uma consulta de rotina ao hospital ou precisam de uma consulta num centro de saúde. Outros inquiridos consideraram apoio institucional do centro de saúde em vez de considerar da UCC.

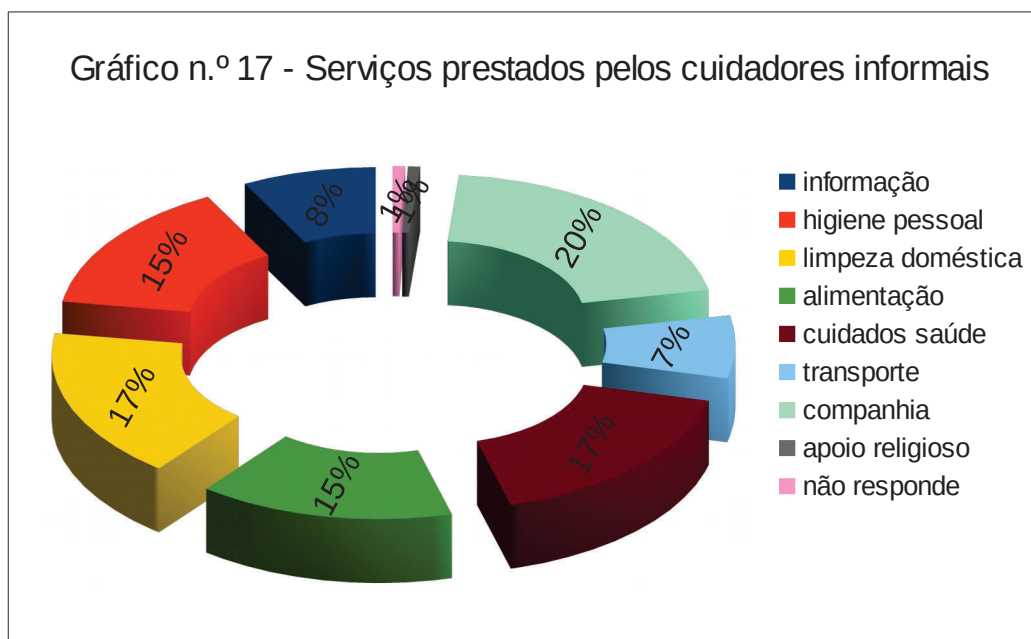


O apoio recebido é maioritariamente ao nível das AVD's, nomeadamente através do SAD, com 18 cuidadores a referir esse apoio. A média de horas semanais encontra-se entre a 1 e as 7 horas por semana.

Em 71% dos casos, é efetuado um pagamento à instituição (centro de dia, centro de convívio, SAD), 29% não efetuam qualquer pagamento (serviços de saúde).

Quando questionados sobre ajuda de outras pessoas (familiares, vizinhos, amigos), 64% dos inquiridos referem não ter ajuda de mais ninguém, apenas 33% têm ajuda; 3% não responde. Destes 33%, 69% não efetuam qualquer pagamento a essa pessoa, 23% referem "compensações" ou pagamento de serviços à pessoa que ajuda.

Gráfico n.º 17 - Serviços prestados pelos cuidadores informais



De acordo com os dados do Gráfico n.º 17, verificamos que os serviços mais prestados pelos cuidadores informais são: companhia (20%); cuidados de saúde e cuidados de limpeza da casa e/ou tratamento de roupas, ambos com 17%; cuidados de higiene e alimentação, 15% cada; informação 8%; transporte 7% e finalmente, apoio religioso 1%.

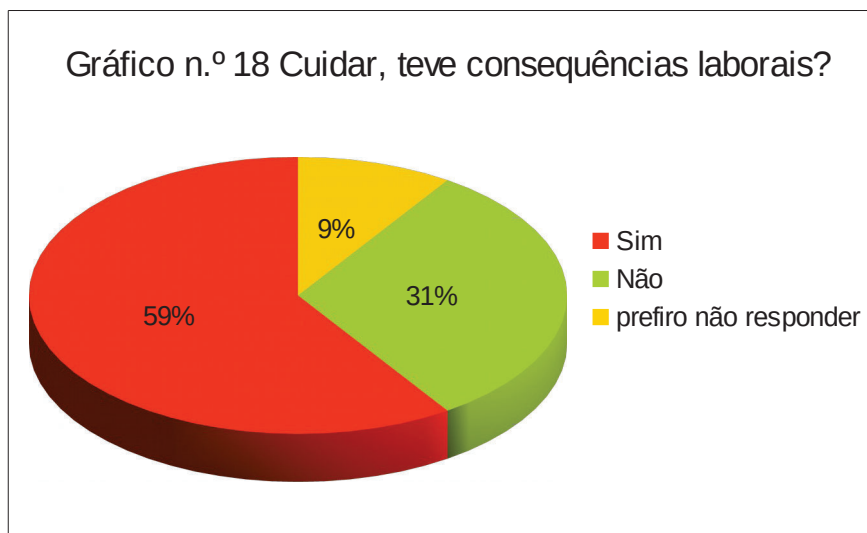
## 5.5. INFLUÊNCIA DO CUIDADO NO DIA-A-DIA DO CUIDADOR

No estudo levado a cabo por LOPES et al, (2014, p.181) com 33 Cuidadores Informais, obtiveram-se os seguintes resultados no que respeita a limitações profissionais, sociais e financeiras:

*Verificou-se que a maior limitação que a prestação de cuidados causa na vida do cuidador é ao nível familiar (10), seguindo-se o nível profissional (6) e social (6), o financeiro (5) e por fim o percurso académico (3). Os dados encontrados refletem uma influência direta da tarefa de prestação de cuidados na atividade profissional. Para além disso, verifica-se que os cuidados prestados pelos entrevistados à pessoa dependente se encaixam principalmente no apoio ao nível físico/pessoal e emocional/psicológico.*

Quando questionados sobre as consequências laborais que o ato de cuidar causou na vida do cuidador, 59% refere que teve consequências a esse

nível, 31% refere que não, 9% não responde.



Na verdade, comparando estes resultados com os referentes à situação profissional dos cuidadores, verificamos que 41% (Gráfico n.º 2) se encontram reformados, logo, podemos aferir que por esse motivo não houve consequências laborais.

Ainda assim, verificamos que a maioria sentiu de alguma forma que o facto de cuidar lhe causou algum transtorno em termos laborais: 33% refere que falta para poder assistir a pessoa que cuida; 22% teve de adaptar o horário laboral; 22% sentem que cuidar interfere com o seu desempenho laboral; 17% deixaram de trabalhar (11% abandonaram o seu emprego e 6% aposentaram-se mais cedo); e 6% acreditam que interferiu com a sua progressão na carreira, como representa o gráfico seguinte.

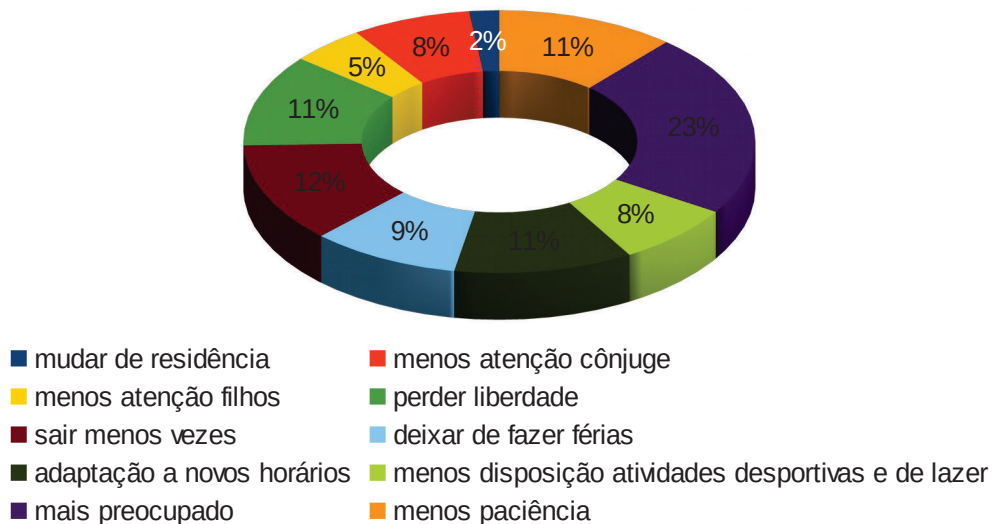
Sobre este ponto, PAÚL (1997) refere que, a sobrecarga é maior nos casos em que o cuidador assume os cuidados e uma atividade profissional, daí estes inquiridos sentirem consequências a nível profissional.





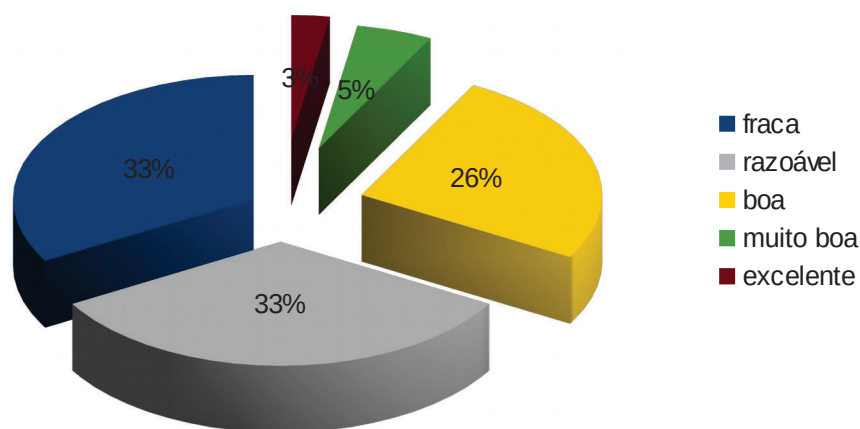
Quando questionamos sobre consequências a nível familiar e social, 88% referem ter sentido consequências. Desses, 23% apresentam como principal consequência o facto de andarem mais preocupados com a pessoa de quem cuidam; 12% saem menos vezes para conviver; 11% tiveram que se adaptar a novos horários; 11% referem que perderam liberdade; 11% referem ter menos paciência; 9% deixaram de fazer férias; 8% sentem que dão menos atenção ao cônjuge; 8% têm menos disposição para atividades desportivas e de lazer; 5% refere dar menos atenção aos filhos/as; 2% tiveram de mudar de residência para prestar apoio.

Gráfico n.º 20 Consequências familiares e sociais



Durante os inquéritos realizados por nós, notamos uma reação de surpresa por parte dos cuidadores, quando questionados sobre o seu estado de saúde, como se os cuidadores não estivessem habituados a que lhes perguntem como se sentem. Neste campo, as respostas são esclarecedoras quanto ao estado de saúde dos mesmos: 66% dos inquiridos refere ter uma saúde fraca ou razoável; apenas 34% assume como bom, muito bom ou excelente o seu estado de saúde.

Gráfico n.º 21 Auto-avaliação da saúde do cuidador



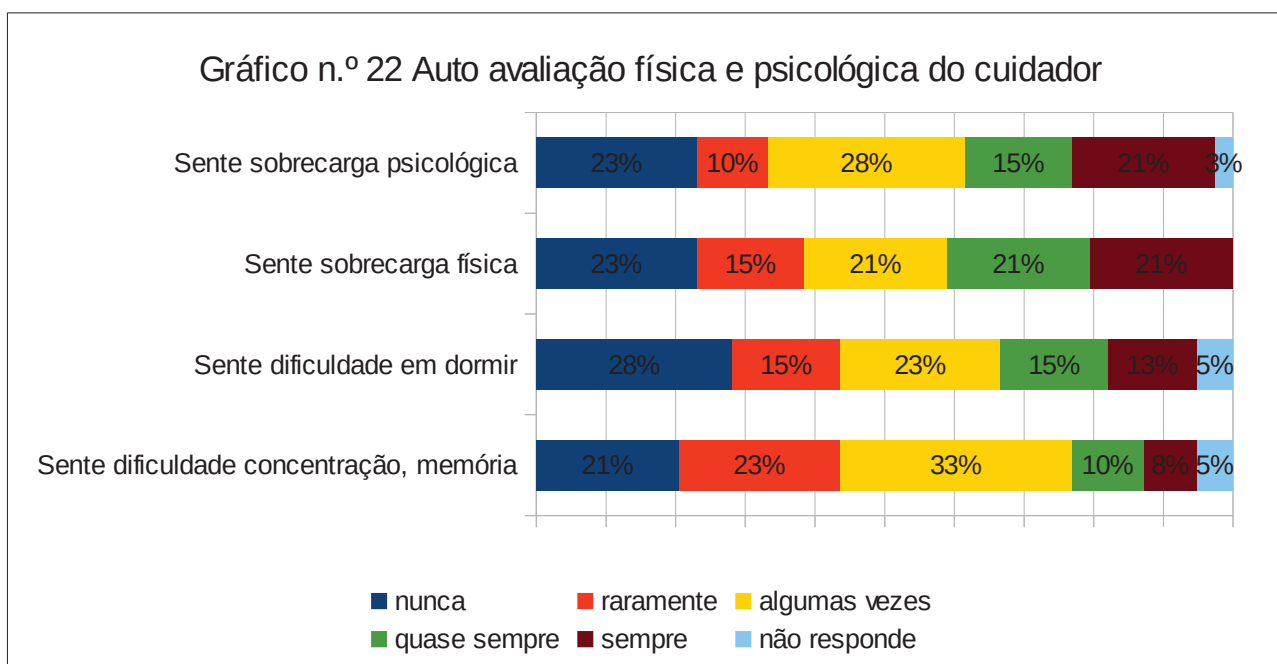
Tentamos apurar outros aspetos relacionados com a saúde, nomeadamente, dificuldades de concentração. Neste caso, “algumas vezes” destaca-se com 33%; 18% refere “quase sempre” ou “sempre”.

Com respeito a dificuldades para dormir, 43% refere “nunca” ou “raramente”; 23% “algumas vezes”; 28% “quase sempre” ou “sempre”. Alguns dos inquiridos referem mesmo que tomam medicação para dormir.

Quanto à sobrecarga física, 38% não se sentem sobrecarregados fisicamente, mas 63% sente “algumas vezes”, “quase sempre” ou “sempre”.

Em termos psicológicos, 33% não sentem efeitos a esse nível; 28% sentem “algumas vezes”; 36% sente sobrecarga psicológica “quase sempre” ou “sempre”.

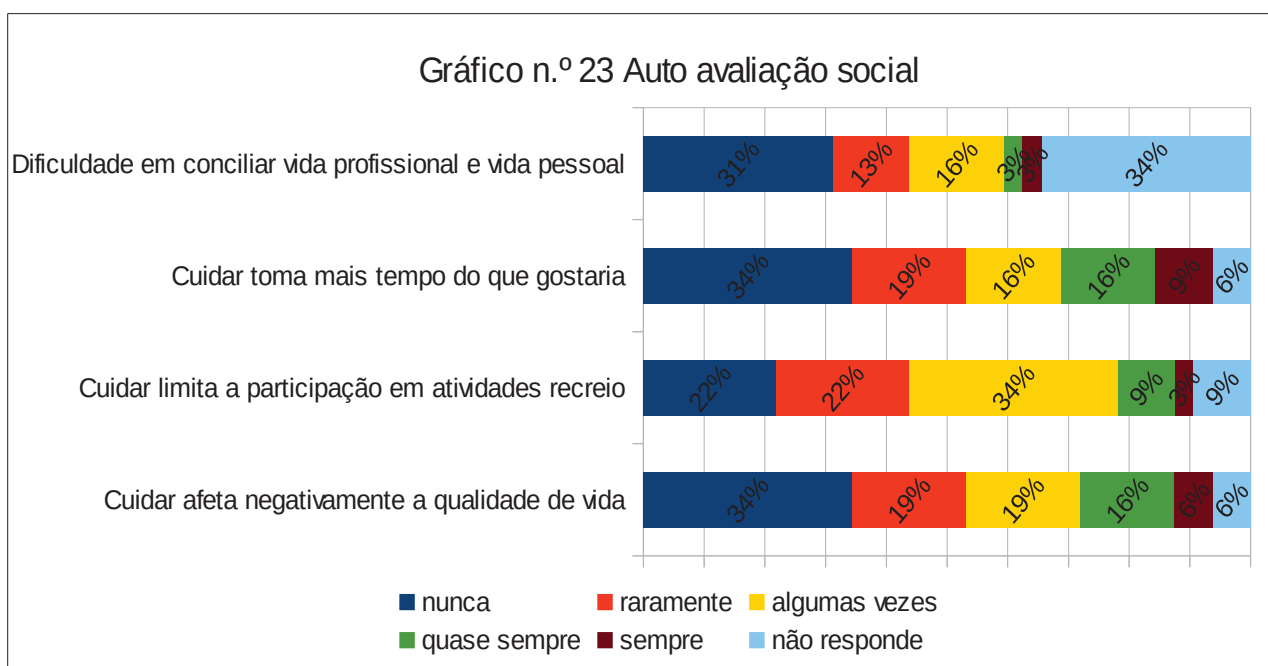
Aquilo que se verifica é que em casos de prestação de cuidados mais prolongados, os efeitos sentidos são maiores do que nas situações em que o cuidado é prestado à poucos meses.



No Gráfico n.º 23, verificamos que 53% dos inquiridos não veem o ato de cuidar como algo que afeta negativamente a sua qualidade de vida, sendo mesmo a resposta com maior percentagem o “nunca” com 34%. Em conversa,

vários cuidadores referem que o ato de cuidar é um ato de amor, uma obrigação para com os pais ou cônjuges, um ato de solidariedade com os mesmos e que se sentem felizes por poderem dar o melhor de si para que a pessoa cuidada tenha uma fim de vida digno e com o maior conforto possível.

No entanto, não podemos deixar de notar que 41% acreditam que a sua qualidade de vida ficou alterada “algumas vezes”, “quase sempre” ou “sempre”.



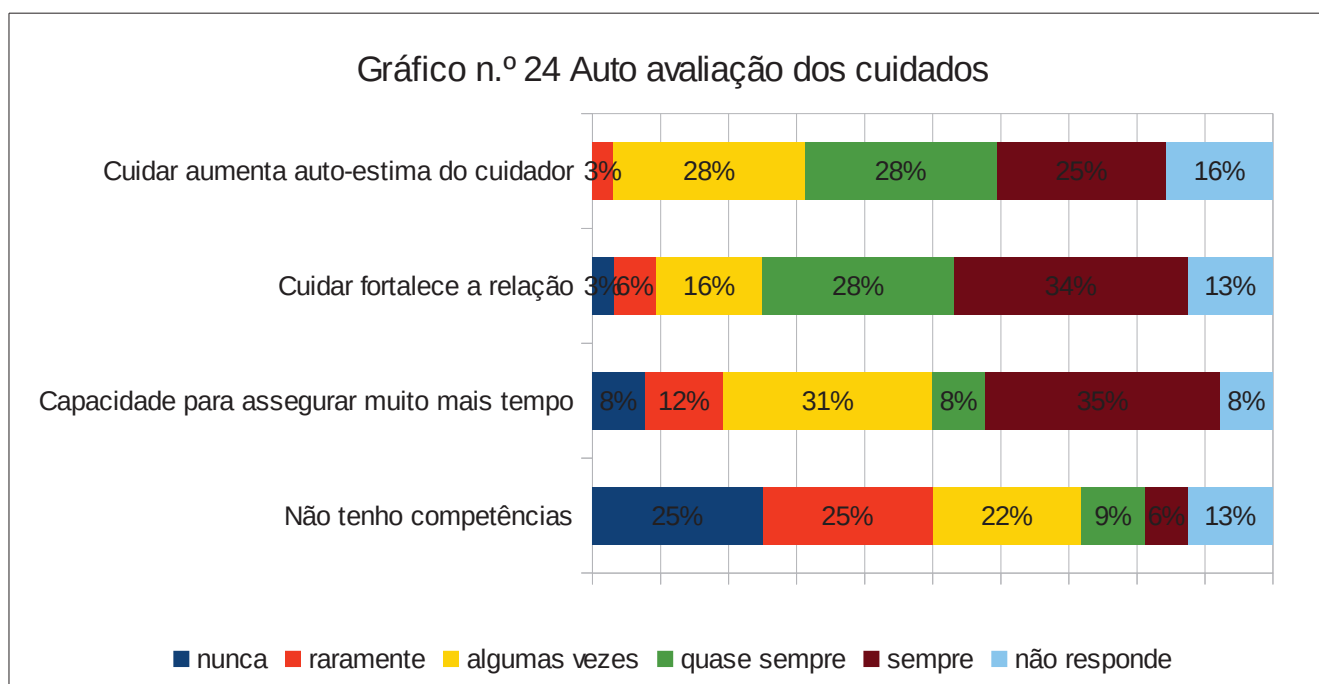
Quando se trata da participação em atividades de recreio ou desportivas, 44% dos cuidadores afirma não ter tido consequências nesse aspeto. Mais uma vez, durante o preenchimento dos inquéritos, vários cuidadores, em especial os com mais idade, referem que não praticavam desporto ou não saiam com frequência para atividades de recreio, pelo que o não sentiram diferença, concentrado as respostas no “nunca” ou “raramente”.

Para 34% dos inquiridos, a participação em atividades desportivas ou de recreio ficou limitada “algumas vezes”, 12% afetada “quase sempre” ou “sempre”.

Quanto ao tempo dispensado no cuidado, para 53% dos cuidadores, cuidar não toma mais tempo do que gostaria; 16% “algumas vezes” e 25%

toma “quase sempre” ou “sempre”.

Para finalizar a análise do Gráfico n.º 23, 44% dos inquiridos considera que não houve dificuldades em conciliar vida profissional e vida pessoal, 16% considera que “algumas vezes” teve dificuldades; 6% considera “sempre” ou “quase sempre” difícil conciliar vida profissional e vida pessoal. De destacar que 34% não responde a esta questão, uma vez que não se encontram a desempenhar nenhuma atividade profissional.



De acordo com as respostas obtidas, no Gráfico n.º 24, verificamos que 50% dos cuidadores se sentem capazes e competentes para o seu trabalho de cuidador (“nunca” 25% e “raramente” 25%), mas 15% apresenta algumas dúvidas quanto às suas capacidades (“quase sempre” 9% e “sempre” 6%).

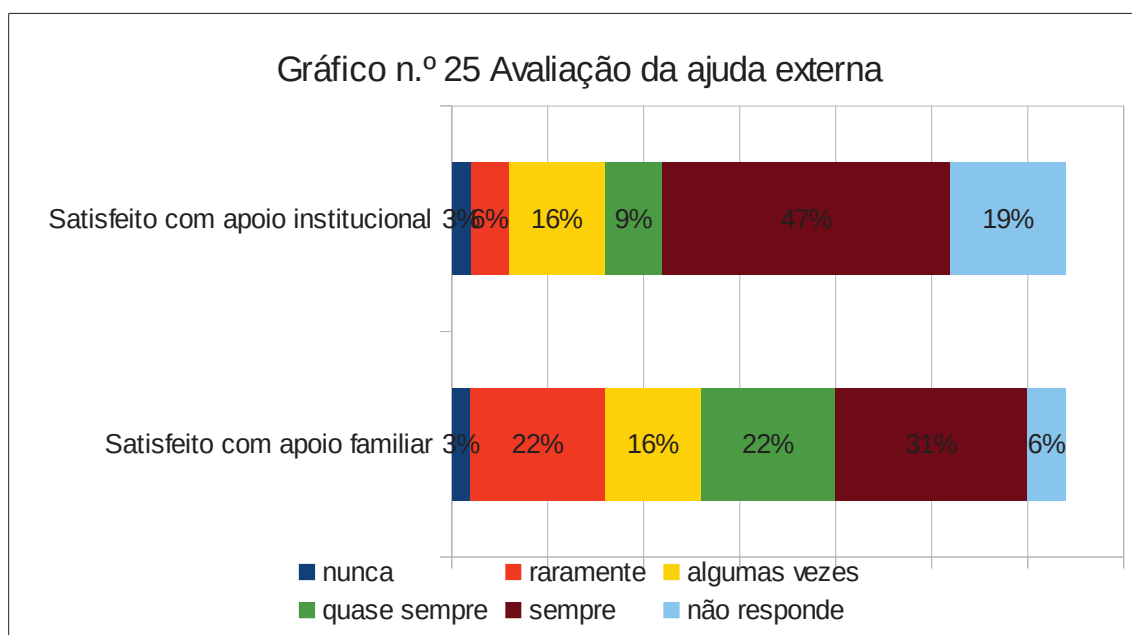
Quanto à capacidade para assegurar os cuidados à pessoa idosa dependente, muitos dos inquiridos referem que “só Deus sabe” ou “não sabemos o dia de amanhã”. No entanto, 43% acreditam ter capacidade para assegurar os cuidados durante mais tempos, 20% começam a duvidar das suas capacidades.

Para 63% dos cuidadores, não há dúvidas quanto ao fortalecimento da

relação cuidador/cuidado, apenas 9% não considera existir fortalecimento da relação.

Em termos de auto-estima, 53% dos cuidadores sente que cuidar aumenta a sua auto-estima, o seu valor e faz sentir-se bem, apenas 3% sente que “raramente” aumenta a sua auto-estima.

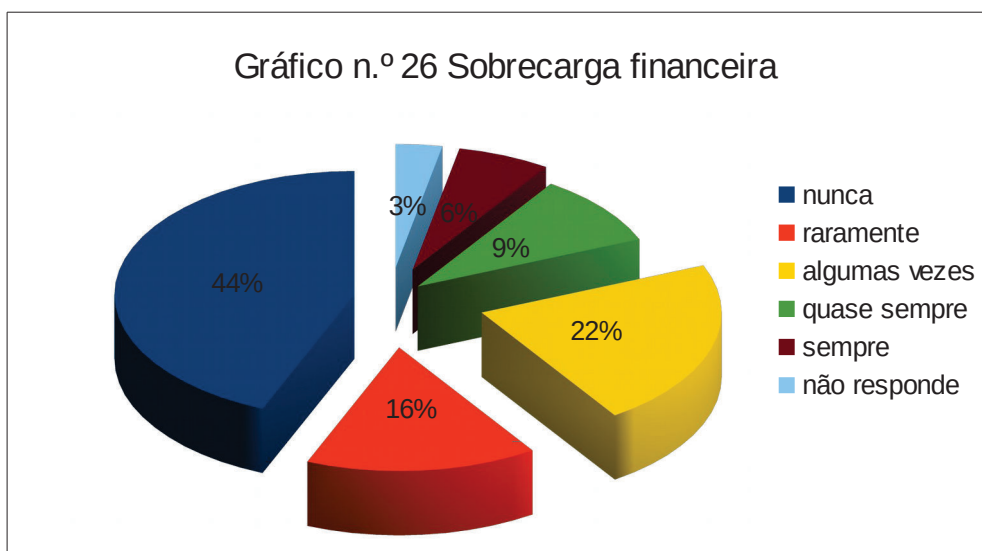
No que diz respeito à ajuda externa, os cuidadores apresentam-se muito satisfeitos com a ajuda institucional (47%); 24% encontram-se “quase sempre, ou “algumas vezes” satisfeitos, enquanto que 9% afirmam “raramente” ou “nunca” satisfeitos. De realçar o facto de todos os inquiridos, direccionados pelas instituições que apoiaram este projeto, darem pontuação máxima à ajuda institucional.



Quando nos referimos ao apoio familiar, 53% encontram-se “sempre” ou “quase sempre” satisfeitos; 16% “algumas vezes”; 25% “raramente” ou “nunca” satisfeitos.

As queixas mais comuns eram sobre irmãos, que não ajudavam a cuidar de pai/mãe. A maior satisfação com os membros da família era com o cônjuge e filhos/as.

Quando o tema é sobrecarga financeira, verificamos que 60% dos inquiridos, não sente sobrecarga financeira (“nunca” e “raramente”); 22% sentem “algumas vezes”; 15% sentem sobrecarga “quase sempre” ou “sempre”.



Mais uma vez, a percepção com que ficamos é que, especialmente nos casos em que os cuidados se prolongam por mais anos, o cuidador já se adaptou aos rendimentos auferidos, referindo que primeiro se compram os medicamentos e se pagam as contas, e depois o que sobra é para a alimentação.

## 5.6. DIFICULDADES SENTIDAS PELOS CUIDADORES INFORMAIS

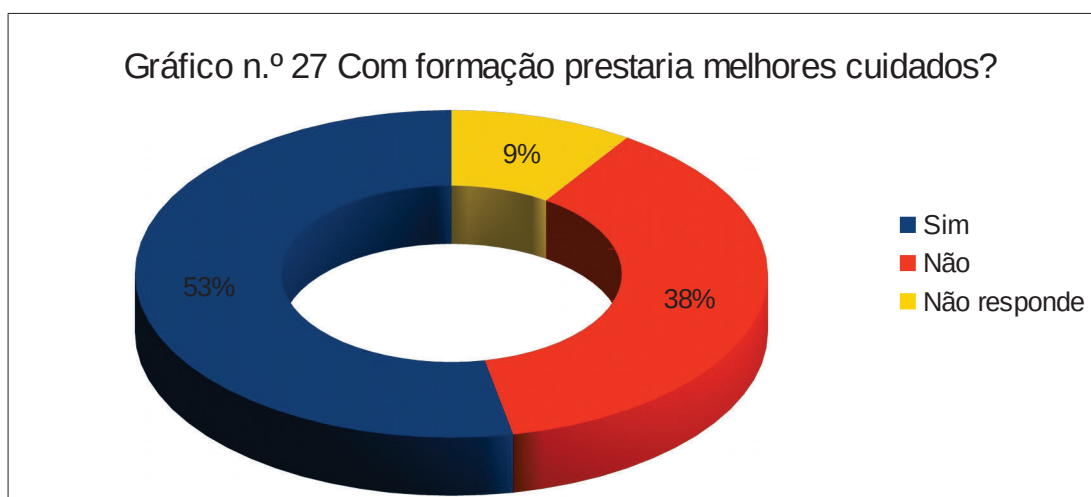
Quando questionados sobre as suas dificuldades, os cuidadores apresentam como principal dificuldade o transporte da pessoa cuidada, 21 dos inquiridos referem como tendo dificuldade ou muita dificuldade em transportar o idoso para consultas, tratamentos ou exames médicos. De seguida, surgem os cuidados de higiene, como apresentando mais dificuldade no quotidiano do cuidador informal. O terceiro aspeto mais difícil para os cuidadores é a gestão

do seu tempo.

No que diz respeito às atividades que proporcionam menor dificuldade, destacamos a companhia, informação e apoio religioso como sendo as mais fáceis, seguindo-se as tarefas domésticas (limpeza da casa, tratamento de roupa, preparar refeições e dar as refeições à pessoa cuidada).

No que se refere aos cuidados de saúde, tomada de decisão sobre situações relacionadas com o cuidado a prestar e impor-se ou dar ordens ao idoso, existe uma divisão, sendo fácil para uns, mas apresentando alguma dificuldade para outros.

Perguntamos aos cuidadores se sentiam que o facto de ter formação sobre os cuidados a prestar, poderia melhorar a sua tarefa.

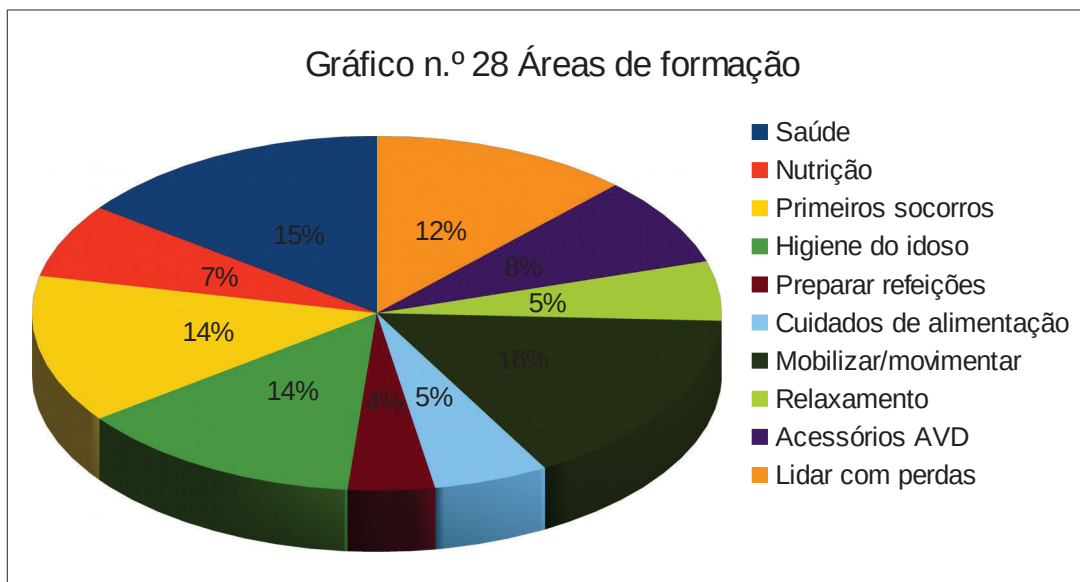


Verificamos que 53% dos inquiridos acredita que sim, 38% não. Algumas das respostas negativas prendem-se com o facto de, mesmo com formação, o cuidador não ter capacidade para realizar melhor serviço, por exemplo, uma das cuidadoras não consegue realizar a higiene pessoal da mãe devido a problemas de saúde, quem o realiza são as técnicas do SAD.

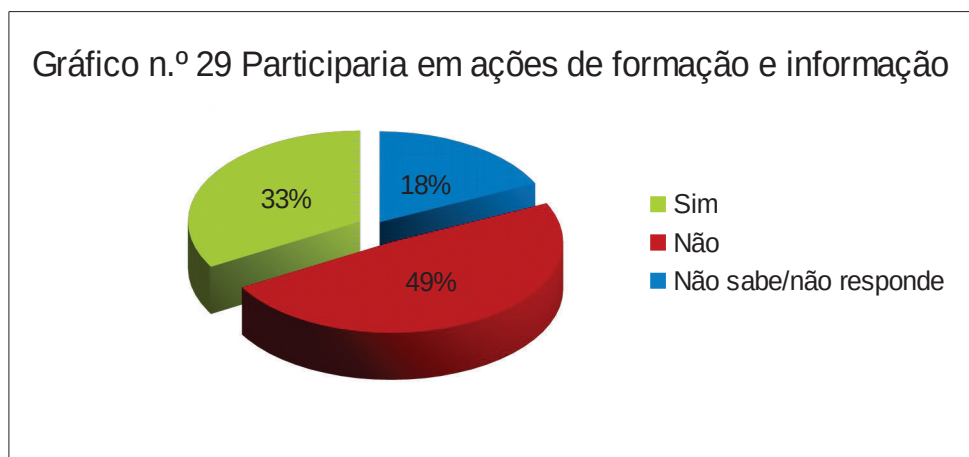
Dentro dos cuidadores que acreditam que com formação poderiam sempre melhorar “alguma coisa”, pois “o saber não ocupa lugar”, “aprende-se sempre alguma coisa”, as áreas mais interessantes seriam aprender a mobilizar o idoso (16%); área da saúde (15%); primeiros socorros (14%);



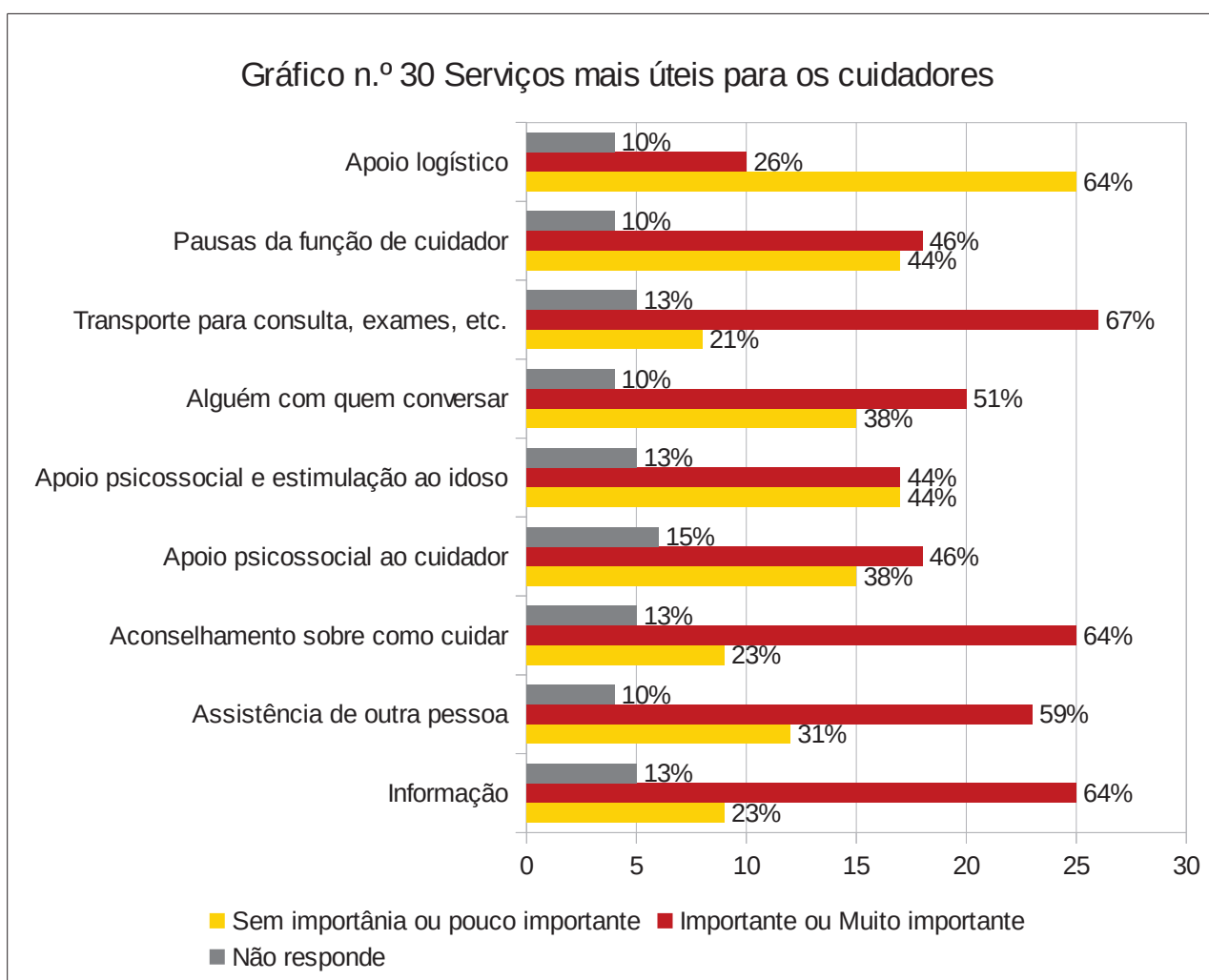
cuidados de higiene (14%); aprender a lidar com as perdas da pessoa idosa (12%).



Apesar do interesse demonstrado pelos cuidadores em aprender mais, verificamos que apenas 33% dos inquiridos responde “sim”, quando questionados sobre se estaria disposto a participar em ações de formação e informação, 49% respondem “não”, e 18% “não sabem” ou “não respondem”. As respostas negativas prendem-se com o facto de os cuidadores considerarem não precisar de formação, ou os que gostariam de ter formação, “desculpam-se” por não poderem deixar a pessoa cuidada por muito tempo sozinha.



Dentro de uma lista estabelecida, pedimos ainda aos cuidadores para identificarem quais os serviços que consideram mais importantes e menos importantes para o ajudar no seu dia a dia. Assim, e de acordo com os dados do Gráfico n.º 30, identificamos como serviços muito importantes o transporte (sendo este ponto o que obteve mais respostas “muito importante”), aconselhamento, informação e formação sobre como cuidar; assistência de outra pessoa e ter alguém com quem conversar sobre as suas dificuldades.

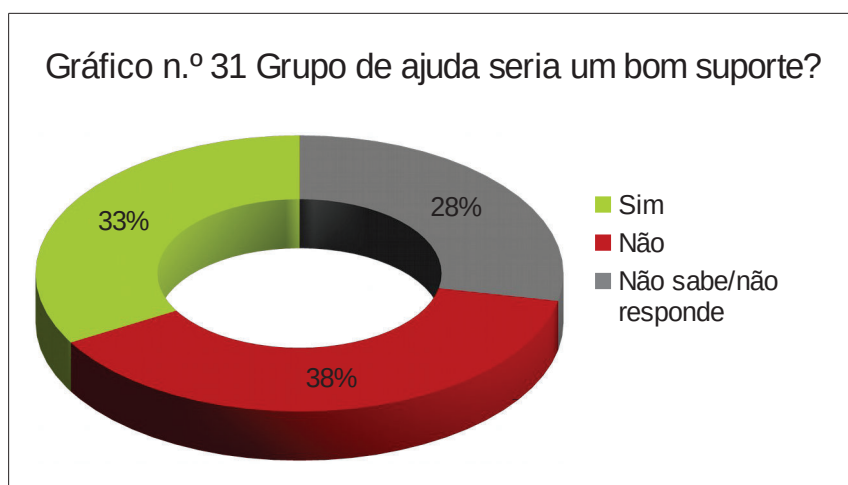


O serviço de apoio logístico, foi o que reuniu maior consenso quanto ao menos importante. Existem alguns serviços que não reúnem tanto consenso, o caso de apoio psicossocial e de estimulação para a pessoa cuidada, o apoio psicossocial para o cuidador e as pausas para o cuidador.

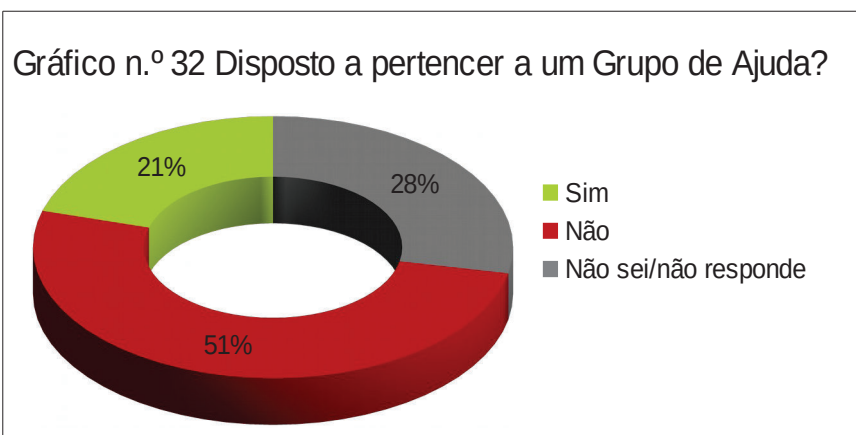
Quanto ao apoio psicossocial, verificamos que os cuidadores que têm grandes dependentes não identificam este serviço como uma mais valia para o idoso. Quando o apoio se refere aos cuidadores, alguns referem que não gostam de falar das vidas deles com estranhos (mas o facto é que falaram abertamente para este estudo, abrindo as portas das suas casas e o “livro” das suas vidas); outros referem que falam com familiares pelo que não têm necessidade de falar com mais ninguém.

Quando se pensa em pausas, aquilo que verificamos é que muitos cuidadores não se sentem bem em pensar ir de férias e deixar a pessoa de quem cuidam aos cuidados de estranhos, afirmam mesmo que estariam sempre preocupados e dessa forma nem iriam aproveitar a oportunidade de fazer umas férias.

Neste grupo de cuidadores informais, verificamos uma divisão quanto à importância da existência de um “Grupo de Ajuda”, uma vez que as respostas à pergunta “Pensa que, pertencer a um “grupo de ajuda” para cuidadores informais de idosos seria um bom suporte para o seu dia a dia?” se dividem entre o “Sim” 33%, o “Não” 38% e o “Não sei” 28%.



Apenas 21% dos inquiridos estaria disposto a participar no grupo de ajuda. Um dos fatores que influencia a resposta é o facto de não poder deixar a pessoa cuidada por muito tempo sozinha.



## 5.7. PRINCIPAIS CONCLUSÕES OBTIDAS

Com a análise dos dados recolhidos, verificamos mais uma vez, que a maioria dos cuidados a pessoas idosas continua a cargo de elementos do sexo feminino, casadas, com idades compreendidas entre os 46 e 75 anos, sendo a maioria dos cuidadores cônjuges e filhos/as.

Sobre este ponto, JAMUNA (1997) e NENO (2004, citados por LAGE 2005) referem que o cuidado recai maioritariamente sobre as mulheres, como se o cuidar fosse um “domínio feminino”, e que a esposa é a primeira a assumir o cuidado.

Estes dados encontram-se ainda em conformidade com o Modelo Hierárquico Compensatório apresentado por SHANAS (1979, citado por MARTÍN 2005), segundo o qual existe uma ordem para o assumir do papel de cuidador, sendo que os primeiros são os cônjuges, seguidos pelos filhos, outros familiares e finalmente, amigos.

Não obtivemos nenhum inquirido que fosse vizinho da pessoa cuidada, o que confirma que raramente vizinhos assumem esse papel, como afirmam INSERSO (1995) e QUARESMA (1996, citados por LAGE 2002).

A maioria destes cuidadores encontram-se sem ocupação profissional (reformados, desempregados, domésticos/as ou de baixa para acompanhar o idoso), sendo que os rendimentos do agregado se encontram maioritariamente

entre os 500€ e os 1500€, e prevalece a instrução primária entre os cuidadores informais de idosos.

Sobre este ponto, MARTÍN (2005) afirma que um familiar desempregado, terá maior probabilidade de assumir o papel de cuidador.

Todos estes resultados são idênticos aos obtidos no estudo realizado pelo projeto “Cuidar dos Cuidadores”, já referido anteriormente, senão vejamos:

- 81,7% do sexo feminino,
- 57,2% são cônjuges e 48,7% filhos dos doentes.
- 80,4% casados ou em união de facto,
- 59% reformados ou desempregados,
- 50,3% com escolaridade ao nível do 1.º ciclo (OLIVEIRA, 2014).

Existe ainda o fator da coabitação Cuidador/pessoa cuidada, presente em 82% dos casos. Neste ponto, relembramos as conclusões de MARTÍN (2005), que defende a maior probabilidade de um familiar que vive na mesma casa que a pessoa idosa, assumir os seus cuidados.

Estando a maioria dos idosos em situação de grande dependência, o cuidado é prestado maioritariamente “todos os dias” e “24 horas por dia”, e os cuidadores referem poder deixar o idoso sozinho, apenas por curtos períodos de tempo.

As pessoas cuidadas têm idades entre os 60 e os 100 anos, sendo que a maioria se encontra entre os 70 e os 89 anos, e pertence ao género feminino.

Neste ponto, relembramos o estudo da Organização Mundial de Saúde (citado por RIBEIRO, 2014 – Anexo II), que refere que “as mulheres vivem mais que os homens”.

De realçar ainda que a esmagadora maioria não estudou além do ensino básico.

Uma grande percentagem de cuidadores refere apoio de instituições, nomeadamente, SAD, aos quais efetua pagamento. No entanto, no que se refere a apoio de outra pessoa, verificamos que a maioria não obtém apoio de mais ninguém, e quem tem, efetua pagamento por esse serviço. Em média, as

---

instituições prestam cerca de 7 horas por semana de apoio.

Quanto aos serviços mais prestados pelos cuidadores informais destacam-se a companhia, os cuidados de saúde, cuidados domésticos (refeições, limpezas, tratamento de roupa) e atividades da vida diária (higiene e alimentação).

Tal como PAÚL (1997) refere, a sobrecarga é maior nos casos em que o cuidador assume os cuidados e uma atividade profissional. De facto, estes cuidadores afirmam que o ato de cuidar provocou consequências laborais e sociais aos cuidadores informais. Destacam-se que 17% abandonou o emprego para poder prestar apoio, ou porque se reformaram mais cedo, ou porque estão de baixa (Gráfico n.º 19); existe ainda uma baixa na produtividade uma vez que o cuidador teve de faltar mais vezes para acompanhar a pessoa cuidada.

Em termos sociais as principais queixas prendem-se com o facto de os cuidadores andarem mais preocupados com a pessoa cuidada e sentirem menos liberdade, sair menos vezes e sentem-se mais impacientes. Quando perguntamos diretamente sobre atividades de recreio ou desportivas, 44% dos cuidadores não sentiram consequências a esse nível (Gráfico n.º 22). No entanto, verificamos que a maioria antes de se tornar cuidador também não praticava qualquer atividade física ou saía poucas vezes para convívio com amigos.

Como referem BRAITHWAITE (1992) e FARRAN (2004, citados por LAGE 2005, p.212) a “dependência do idoso acarreta uma perda de independência dos prestadores de cuidados”, aqui demonstrada nestes resultados.

De notar que 11% dos inquiridos sentem que têm menos paciência. Este pode ainda representar um sintoma indicativo de stress do cuidador informal, segundo SMITH e KEMP (2005) e EDELWICH e BRODSKY (1980, citados por SANDRIN 2002).

Quando se solicita que os cuidadores realizem uma auto avaliação da sua saúde, a maioria mostra surpresa com a pergunta, talvez por não estarem habituados a ser o foco da atenção. Os dados são reveladores da necessidade

---

de acompanhar estes cuidadores, uma vez que 66% dos inquiridos refere ter uma saúde fraca ou razoável (Gráfico n.º 21).

Nos aspetos relacionados com saúde, destacamos o facto de 63% (Gráfico n.º 21) se sentir sobrecarregado fisicamente, apesar de em termos psicológicos essa sobrecarga não se verificar. Provavelmente, por a maioria dos cuidadores o ser à menos de 1 ano, como representa o Gráfico n.º 8.

No entanto, SMITH e KEMP (2005) identificam os sinais e sintomas de stress do cuidador informal, alguns deles presentes nos dados recolhidos como: irritabilidade; sensação de cansaço; agravamento de problemas de saúde; dificuldade de concentração; cortar ou evitar atividades de lazer, entre outros.

Sobre este aspeto, também para PAÚL (1997), não há dúvidas quanto à relação entre a manutenção de pessoas idosas nas suas casas e o stress, problemas de saúde mental e física do cuidador.

A grande maioria sente a sua relação fortalecida com a pessoa cuidada, além de se sentir útil, realizado pessoalmente e de o facto de cuidar o fazer sentir uma pessoa com mais valor e aumentar a sua auto estima.

Os cuidadores sentem-se preparados para as tarefas a realizar, e com capacidades para a assegurar o tempo que for necessário e “enquanto Deus quiser”. Aliás, a maioria dos inquiridos não acreditam que o facto de cuidar lhes venha afetar negativamente a sua qualidade de vida. Veem o ato de cuidar com um ato de amor, solidariedade e retribuição.

Apesar de os rendimentos do agregado não serem na sua maioria muito elevados, certo é que os cuidadores não se sentem sobrecarregados financeiramente. Em conversa com alguns dos inquiridos temos a perceção que também não vivem em abundância. Mensalmente têm de realizar alguma “ginástica orçamental” para cobrir todas as despesas de medicação, com serviços externos e despesas domésticas, no entanto, adaptaram-se a essa situação.

No entanto, segundo um estudo do ISS, IP. (2004, citado por GIL 2009) verificou que os gastos com saúde de pessoas dependentes são muito

---

elevados, em especial, tendo em conta que a população reformada recebe “pensões muito baixas”.

Para os cuidadores inquiridos as suas maiores dificuldades prendem-se com o transporte das pessoas cuidadas, com os cuidados de higiene e a gestão do seu tempo. As tarefas que causam menor preocupação são as tarefas domésticas como cozinhar, limpar, tratar da roupa.

A maioria acredita que poderia melhorar os cuidados que presta se tivesse formação para tal, pois “o saber não ocupa lugar”, no entanto, têm dificuldade em dispensar tempo para esse tipo de atividade. As áreas de maior interesse são as áreas da saúde (mobilização do idoso, primeiros socorros, higiene pessoal). O Coordenador da UCC, refere que neste ponto, os cuidadores têm fracos conhecimentos, e mesmo aqueles que têm, é sempre necessário “limar algumas arestas”. ZIMERMAN (2000) afirma, que pela sua experiência, os problemas que encontra mais frequentemente são devidos à falta de conhecimentos mínimos.

Para este grupo de cuidadores, os serviços mais importantes passam pelo transporte, que neste momento é assegurado na sua maioria pelos Bombeiros; aconselhamento, informação e formação sobre como cuidar; assistência de outra pessoa e ter alguém com quem conversar sobre as suas dificuldades. Apesar de este ponto ser importante para os cuidadores, verificamos que apenas 21% dos cuidadores estaria disponível para pertencer a um grupo de ajuda.

Na verdade, apesar de alguns reconhecerem a importância da existência desse grupo, assumem como difícil a sua participação, por motivos pessoais (são pessoas introvertidas, que não gostam de falar das suas vidas a pessoas estranhas e que não sentem falta de ter com quem falar) e pela especificidade dos cuidados prestados, uma vez que a pessoa cuidada não pode ficar sozinha por longos períodos temporais. Segundo o Coordenador da UCC, será necessário um trabalho de motivação para que estes cuidadores entendam a necessidade e vantagem de pertencer a um grupo de ajuda, e dessa forma, a adesão seria, com certeza maior.

---



## **CAPÍTULO VI - INTERVENÇÃO COMUNITÁRIA**

## **CAPÍTULO VI - INTERVENÇÃO COMUNITÁRIA**

### **6.1. O QUE É INTERVENÇÃO COMUNITÁRIA (IC)?**

O conceito de comunidade, que para CABALLO e outros (1997, citado por CID FERNÁNDEZ, 2009, p.1), é uma

*agregação de pessoas que partilham uma determinada área da vida social, singularizada pela adesão e solidariedade que mantém entre si, normalmente derivada de um passado histórico construído coletivamente, com sinais de identidade, que integram aspetos tão diversos como o território, a língua, a cultura, os sentimentos ou as vivências.*

Esta descrição demonstra um contexto homogêneo, no entanto, atualmente essa homogeneidade será mais difícil de encontrar, uma vez que cada vez se verifica uma maior diversidade cultural, resultado dos processos migratórios (CID FERNÁNDEZ, 2009).

Para MENEZES (2007), o sentido de comunidade é um sentimento de pertença, onde a pessoa se sente parte de uma coletividade identificando-se com os restantes elementos e reconhecendo a existência de relações de interdependência. McMillan e Chavis (1986, citados por MENEZES (2007), identificam 4 componentes: pertença, influência, integração e satisfação de necessidades, e por fim, conexão emocional partilhada.

TRICKETT (2009, citado por CARVALHOSA, DOMINGOS e SEQUEIRA, 2010), evidencia a importância de compreender o contexto da comunidade com a finalidade de conhecer os seus costumes e tradições, que podem ser considerados prejudiciais ou opostos aos valores da intervenção e que possam causar conflito ou oposição à forma de resolução das questões locais.

A IC tem como objetivos envolver a população na descoberta e resolução das suas dificuldades e necessidades, obrigando à partilha, organização, participação de todos os elementos de forma livre e responsável, recorrendo aos recursos (humanos, físicos, culturais, financeiros) existentes no seio da comunidade, e com a finalidade de provocar uma mudança e melhorar a qualidade de vida dessa mesma comunidade.

No fim, não se pretende apenas que os elementos da comunidade exerçam o seu direito de cidadania, procurando a melhoria da qualidade de vida, mas também se procura responder aos valores comunitários de associativismo, voluntariado, valorização dos recursos endógenos, nomeadamente, culturais, educacionais e tradições, recuperação e conservação dos espaços e ambiente (CID FERNÁNDEZ, 2009).

A IC assenta na solidariedade, na participação, na cooperação entre os membros da comunidade (sejam pessoas individuais, autarquias, empresas, instituições de solidariedade social), procurando uma gestão dos recursos partilhada e sustentável, mais criativa e eficaz, e de encontro às necessidades identificadas.

*No campo da intervenção comunitária, realça-se a criação dos recursos comunitários com as acções concretizadas pela própria comunidade com maior ou menor índice de apoio externo, partindo-se do princípio que as comunidades possuem os potenciais recursos para gerarem o seu próprio desenvolvimento. (CARVALHOSA, DOMINGOS e SEQUEIRA, 2010:479)*

Procura-se realizar programas que permitam “dar o poder” aos intervenientes, ou seja, apoiam-se em pressupostos de *empowerment*, acreditando que a comunidade tem capacidade e recursos para satisfazer as suas necessidades e resolver os seus próprios problemas, numa perspetiva de melhoria contínua das suas competências.

O *empowerment*, segundo RAPPAPORT (1992, citado por ORNELAS, 2008, p.47), é “um processo ou um mecanismo através do qual as pessoas, organizações e as comunidades podem assumir o controlo sobre as suas próprias vidas.”

Neste sentido, o Investigador perde o seu papel central e fundamental na intervenção. O investigador deve partilhar o poder e o conhecimento, deixando o papel de perito com todas as conclusões e decisões a seu cargo, assumindo um compromisso de mudança social. Deve criar uma relação próxima com a comunidade, relação que deve ser vista como uma parceria e um compromisso, onde ambas as partes intervêm dando a sua opinião, realizando escolhas e respeitando as características individuais de cada um (ORNELAS, 2008).

---

A “familiarização” entre investigadores e comunidade envolve contactos e visitas à comunidade, a realização de entrevistas e inquéritos, assembleias comunitárias (MENEZES, 2007).

A IC, decorre de uma investigação prévia, e, tal como a IC, a investigação procura o bem estar a longo prazo da comunidade, daí serem inseparáveis. A intervenção decorrente da investigação deve ser capaz de dar oportunidade à comunidade e investigadores de transmitir conhecimento, sendo um ganho para todas as partes envolvidas. Além disso, a investigação deve continuar a acompanhar todo o processo de IC.

ORNELAS (2008) refere que o maior desafio da IC é envolver a comunidade antes do processo de investigação se iniciar, ou seja, encontrar formas de facilitar a investigação através de parcerias comunitárias, que colaboram na recolha de informação, interpretação e divulgação dos resultados e, por fim atuam de acordo com os resultados obtidos.

Esta parceria comunitária de investigação será tanto mais eficaz, quanto mais adaptada às necessidades da comunidade for, envolvendo os investigadores nas necessidades e interesses que foram identificados pela comunidade.

ORNELAS (2008, p.321) refere que

*Partindo do pressuposto de que a investigação na comunidade é uma troca recíproca de recursos, reconhece-se que tanto os investigadores como os participantes têm conhecimentos, valores e competências que são apreciados e podem ser partilhados.*

O mesmo autor (2008) defende que a investigação de base comunitária é um instrumento de mudança social, que com base na informação recolhida, pode influenciar tomadas de decisão sobre a comunidade. Daí ser também importante, o estabelecimento de relações de confiança entre as partes.

A IC provoca o desenvolvimento comunitário, que tal como a própria investigação, é um processo que procura que a comunidade participe ativamente na criação de condições (económicas, sociais, políticas), baseando-se nas capacidades e recursos dos mesmos. (ORNELAS, 2008).

O desenvolvimento comunitário, assente no *empowerment* da população,

---

mobiliza pessoas e organizações para a resolução dos seus problemas, melhorando as condições de vida da comunidade. Esse trabalho passa também pela existência de organizações não-governamentais fortes; parcerias públicas e privadas; pela existência de associações de voluntários; pela existência de locais públicos limpos e seguros com recursos recreativos e de lazer; pela responsabilização dos governos locais; pela melhoria das condições de emprego e habitacionais; pela existência do sentimento de vizinhança (ORNELAS, 2008).

FAIRWEATHER, e outros (1974, citados por CARVALHOSA, DOMINGOS e SEQUEIRA 2010) sugerem um conjunto de etapas que a IC deve seguir:

- caracterizar a comunidade a intervir, identificando e caracterizando o grupo que irá participar na intervenção;
- determinar o grau de concordância entre os interesses expressos pelo programa e os interesses da própria comunidade;
- identificar conflitos atuais e futuros, entre grupos influentes, considerando que as mudanças a operar também irão influenciar as dinâmicas atuais;
- organizar espaços onde seja possível o encontro dos membros da comunidade para debater as atividades propostas para a intervenção, produzindo efeito nas decisões a nível local, governamental;
- a planificação e execução da intervenção deve contar com o envolvimento da comunidade;
- definir objetivos, estabelecendo as prioridades, e selecionando métodos e tipos de intervenção.

Como não pode deixar de ser, a IC na procura da melhoria contínua, pressupõe ainda a criação de um processo de avaliação que servirá para monitorizar todo o processo a decorrer, adaptando-o sempre que necessário, determinar se os objetivos são atingidos e se as mudanças registadas se devem à intervenção realizada. No fundo, pretende-se aferir se a intervenção foi eficaz, e caso não o tenha sido, de que forma se pode aprender com essa situação, realizando ajustes e melhoramentos nas próximas intervenções.

---

É importante compreender, que apesar de todo o esforço desenvolvido, a mudança nunca poderá parar, uma vez que os problemas identificados hoje podem ser resolvidos, mas serão certamente criados novos.

Mais, “O resultado imediato da intervenção comunitária é a mudança social e, em última instância, a mudança individual” (ORNELAS, 2008, p.243), e é esse o objetivo da Intervenção que propomos a seguir. Além de procurar a melhoria da qualidade de vida dos cuidadores informais e da pessoa idosa dependente que vive no domicílio, procura-se alguma mudança individual nos cuidadores informais, no sentido de se preocuparem consigo mesmos.

## **6.2. PROPOSTA DE INTERVENÇÃO COMUNITÁRIA**

De acordo com os resultados obtidos nos inquéritos realizados, consideramos ser pertinente a criação de uma associação de cuidadores informais. Desta forma não só envolveríamos os próprios cuidadores, como tentaríamos dar a conhecer a realidade desta população, que trabalha diariamente, cheia de amor, num ato solidário com o outro, dignificando a vida do seu familiar ou amigo, sem esperar reconhecimento.

### **6.2.1. O que é uma associação?**

O Portal da Empresa (2015) indica

*Qualquer conjunto de pessoas que se reúna com interesses comuns pode constituir uma associação. Muitas vezes, grupos de moradores, pessoas da mesma profissão, colegas de atividades recreativas e culturais ou amigos com projetos comuns encontram na criação duma associação a forma de se fazerem representar publicamente.*

Normalmente estas associações não têm fins lucrativos.

Sugerimos a leitura do Anexo VII, onde identificamos os passos a seguir para a criação de uma associação.

## 6.2.2. Vantagens de se constituir uma associação de utilidade pública

Na descrição do ISS, IP (2014, p.4)

*As instituições particulares de solidariedade social (IPSS) são constituídas por iniciativa de particulares, sem finalidade lucrativa, com o propósito de dar expressão organizada ao dever moral de solidariedade e de justiça entre os indivíduos, que não sejam administradas pelo Estado ou por um corpo autárquico, para prosseguir, entre outros, com objetivos de apoio social à família, crianças e jovens, idosos e integração social e comunitária, mediante a concessão de bens e a prestação de serviços.*

As IPSS, adquirem personalidade jurídica quando se constituem. Nesse momento, deverá ser realizada a escritura pública onde se especificam as quotas, donativos ou serviços com que os associados concorrem para o património social; a denominação, fim e sede da pessoa coletiva; a sua forma de funcionamento; a duração, quando a associação se não constitua por tempo indeterminado, resultando daí, por parte do Estado, a atribuição de benefícios (isenções fiscais, apoios financeiros) e encargos (prestação de contas, obrigação de cooperação com a Administração Pública). (ISS, IP, 2014)

Após a sua constituição, as IPSS devem requerer o registo aos serviços de Segurança Social, adquirindo assim o estatuto de utilidade pública.

Este registo é gratuito e tem como finalidade comprovar a natureza e os fins de solidariedade da instituição; reconhecendo a sua utilidade pública e dando acesso às formas de apoio e cooperação previstas na lei.

O registo é efetuado através de requerimento (modelo Mod. GIP8-DGSS, disponível no site [www.seg-social.pt](http://www.seg-social.pt)), que deverá ser apresentado no centro distrital de segurança social da área da sede da instituição.

Para além do requerimento de registo, são necessários os seguintes documentos:

- Estatutos (onde conste denominação; sede e âmbito de ação; fins e atividades da instituição; denominação, composição e competência dos corpos gerentes; forma de designar os respetivos membros; regime financeiro; condições de admissão e saída dos associados, os seus

direitos e obrigações e as sanções pelo não cumprimento dessas obrigações);

- Cópias do ato da constituição da instituição;
- Plano de ação da instituição;
- Fotocópia do cartão de pessoa coletiva.

Cabe ao Centro Distrital da Segurança Social (CDSS) emitir o seu parecer quanto à viabilidade do pedido. O parecer (aceite/deferido) deve indicar o pedido da instituição, referir os procedimentos efetuados e enunciar as razões de facto e de direito que fundamentam as conclusões do parecer. O CDSS, tem 30 dias, após receção do requerimento, para enviar parecer à DGSS. A DGSS tem também 30 dias após receber o parecer para deferir o pedido. A decisão deve ser comunicada à Instituição dentro de 60 dias.

Assim, além de envolver a comunidade na criação da associação, uma associação privada que se constitua como instituição particular de solidariedade social (IPSS) adquire automaticamente a natureza legal de pessoa coletiva de utilidade pública, o que lhe confere as isenções fiscais estabelecidas na lei (isenção de IRC e de IVA nas prestações de serviços ou transmissões de bens inseridas na sua atividade estatutária de segurança social e solidariedade).

A IPSS pode beneficiar da possibilidade de estabelecer acordos de cooperação com o Estado (comparticipação em despesas ou aquisição de equipamentos, cedência de instalações, entre outros).

Existem ainda incentivos e apoios financeiros destinados à contratação e programas específicos do Instituto do Emprego e Formação Profissional, para instituições de utilidade pública.

As associações reconhecidas como IPSS têm autonomia para desenvolver a sua atividade, no entanto, devem respeitar os seus fins de solidariedade social e serão tuteladas pelo Estado, e fiscalizadas pela Segurança Social. A Segurança Social pode mesmo pedir judicialmente a destituição dos seus corpos gerentes, caso identifique incumprimento dos deveres, por parte dos órgão da administração.

---



As respostas sociais desenvolvidas por IPSS compreendem respostas nas áreas de:

- Apoio a crianças e jovens;
- Apoio à família;
- Apoio à integração social e comunitária;
- Proteção dos cidadãos na velhice e invalidez e em todas as situações de falta ou diminuição de meios de subsistência ou de capacidade para o trabalho.

Dentro desta última área, existem as seguintes respostas: Cuidados continuados; Centro de atividades ocupacionais; Serviço de apoio domiciliário; Centro de convívio; Centro de dia; Centro de noite; Lar de idosos; Lar residencial; Ajuda alimentar; Equipa de rua para pessoas sem abrigo; Equipa de intervenção direta. (ISS, IP, 2014)

### **6.3. A ASSOCIAÇÃO DE CUIDADORES INFORMAIS DE PESSOAS IDOSAS – “CUIDAR É UMA ARTE”**

De seguida apresentamos objetivos, âmbito de ação, sugestões de atividades a desenvolver pela “Associação Cuidar é uma Arte” (nome fictício), que servem também de guia para o preenchimento dos estatutos da mesma.

A “Associação” terá como objetivo principal: a prestação de serviços e concessão de bens, sem finalidade lucrativa, visando a melhoria da qualidade de vida do cuidador informal e da pessoa idosa, retardando a sua institucionalização e evitando a sobrecarga dos cuidadores.

Os objetivos secundários são prestar apoio psicossocial a toda a família; disponibilizar acessórios que facilitem o dia a dia dos cuidadores; realizar adaptações físicas no domicílio de pessoas idosas; combater o isolamento do Cuidador Informal; fomentar a atividade física; proporcionar momentos de lazer e descontração aos cuidadores informais; sendo os principais formar e informar os cuidadores de pessoas idosas para as tarefas diárias inerentes ao ato de

---

cuidar; organizar um grupo de ajuda; e prevenir a sobrecarga do cuidador.

Segundo ZIMERMAN (2000, p. 80),

*basta um primeiro contato de aproximação com o grupo familiar, com o objectivo de prestar esclarecimento e delinear uma linha de orientação segura e firme, para que a ansiedade da família comece a diminuir (...).*

Daí considerarmos importante realizar formações e ações de informação junto dos cuidadores, dotando-os de conhecimentos e ferramentas para facilitar o seu dia a dia. Incluído nestas ações, estará a prevenção do *burnout*, uma vez que a melhor forma de prevenção é falar sobre o assunto e perceber aquilo em que consiste (SANDRIN, 2002).

Para este grupo de cuidadores informais, e segundo os resultados dos questionários, as áreas de maior interesse são: mobilização do idoso; saúde; primeiros socorros; cuidados de higiene; aprender a lidar com as perdas da pessoa idosa.

PAÚL (1997, p. 148) refere que

*As intervenções de grupo podem evitar o isolamento e solidão, permitindo a partilha de sentimentos e preocupações, para além de dar informações úteis sobre técnicas e recursos, a forma de lidar com o stress, etc.*

PAPÁLIA e OLDS (1998, p.558), definem grupo de ajuda como um grupo

*de pessoas que se uniram para tratamento, apoio social, resolver um problema e atender alguma outra necessidade mútua. (...) Os participantes muitas vezes se beneficiam com a sensação de sofrimento compartilhado e compreensão mútua; eles podem conseguir esperança, informações e novas ideias.*

Concordando com tais afirmações, parece-nos fundamental a criação de um grupo de ajuda, onde o cuidador poderá ainda reduzir o stress; partilhar a sua experiência; fomentar as suas redes sociais informais e aumentar os seus contactos; expor dúvidas, receios e obstáculos que sentem no quotidiano; e dessa forma o cuidador prolongar a prestação de cuidados retardando a institucionalização do idoso.

Além destas iniciativas, parece importante desenvolver iniciativas de forma a proporcionar alguns momentos de lazer e descanso aos cuidadores informais, onde estes possam ter tempo para si, visto que, o isolamento e evitar

---

de atividades de lazer é um dos problemas identificados nos questionários, confirmado pela entrevista e é um dos sintomas do *burnout* identificado por SMITH e KEMP (2005).

De seguida apresentamos uma lista de sugestões em diversas áreas para o desenvolvimento da Associação.

### **6.3.1. Sugestões de ações a desenvolver no ato da criação da Associação**

No sentido de criar condições para iniciar o trabalho da associação, poderemos sugerir algumas ações a desenvolver:

- financiar a associação, preferencialmente sem recurso a créditos bancários (Sugere-se a leitura do Anexo VIII, onde constam formas de financiamento e sustentabilidade e alternativas de financiamento como crowdfunding, responsabilidade social das empresas (o caso do Montepio Geral e Prémio BPISéniiores); Programa Portugal 2020 (Fundos Comunitários);
- criação da imagem da associação;
- contactar Câmara Municipal e Juntas de Freguesia, apresentando a associação e na tentativa de cedência de espaço destinado a sede e armazém da associação;
- estabelecer parcerias com Centros de Saúde, Juntas de Freguesia, Hospitais públicos e privados, serviços de apoio domiciliário, no sentido de divulgar junto dos cuidadores a associação e sinalizar casos;
- estabelecer parcerias com Centros de Saúde, no sentido de colaboração na elaboração das ações de formação e informação aos cuidadores;
- procurar patrocínios, ou contribuições ao abrigo do mecenato, junto de empresas locais, ou empresas de produtos destinados a pessoas idosas (farmacêuticas, fraldas, empresas de ajudas técnicas);
- seleção de técnicos e voluntários para o desenvolvimento das ações da

associação (equipa multidisciplinar constituída por Educador Social, Assistente Social; Psicólogo; Gerontólogo, Enfermeiro; Fisioterapeuta; Terapeuta Ocupacional; Médico; Advogado; Arquiteto, entre outros);

- estabelecer protocolos com IEFP no sentido de efetuar contratações de técnicos com incentivos à contratação;
- contactar empresas de telecomunicações para patrocínio nessa área (comunicações, internet);
- estabelecer parcerias com fornecedores de bens e/ou serviços, procurando obter preços mais baixos, ofertas e doações.

### **6.3.2. Sugestões para a divulgação da Associação**

Numa fase inicial será essencial divulgar a associação, no entanto, este trabalho de divulgação deve ser contínuo:

- criar uma página web (com a descrição da associação, localização, serviços prestados, horários, contactos, ficha de inscrição para sócios) atualizada periodicamente com notícias e eventos futuros;
  - criar perfil nas diversas redes sociais;
  - colocar publicidade na carrinha do serviço;
  - comunicação informal (instituições, serviços sociais, serviços de saúde e mais importante ainda, cuidadores informais);
  - participar em feiras e eventos locais (feira da saúde, feira do artesanato, festas do concelho, etc.), para divulgação da associação e angariação de sócios;
  - recorrer à imprensa e rádios locais;
  - se possível, apresentar a associação em programas televisivos;
  - recorrer aos padres das diferentes paróquias para anunciar o trabalho da Associação;
  - apresentar formalmente a Associação à Rede Social do Concelho, Centros de Saúde e a todas as instituições destinadas à terceira idade, bem como a outras associações do colaboração com os mesmos no âmbito da nossa área de intervenção;
-

- solicitar a possibilidade de entrada para a Rede Social do Concelho;
- organização de eventos para divulgação e angariação de fundos;
- no caso de instalações próprias, realizar uma inauguração convidando representantes das autarquias locais e da câmara municipal e de instituições do concelho.

### **6.3.2. Sugestões de projetos a desenvolver pela Associação**

No sentido de colocar o cuidador informal no centro da ação da associação e procurando responder a realização dos seus objetivos principais (melhoria da qualidade de vida do cuidador informal e da pessoa cuidada), sugerimos criar e manter as seguintes atividades:

- sessões de informação e formação prática (em diversas áreas, nomeadamente, cuidados de saúde e higiene, primeiros socorros, trabalho de autoestima, relaxamento) a cuidadores informais, no domicílio, e criação de vídeos sobre os temas para que os cuidadores possam assistir no domicílio;
  - sessões de informação sobre o *Burnout* junto dos cuidadores informais, familiares dos cuidadores e cuidadores formais (enfermeiros, auxiliares de geriatria, pessoal técnico de IPSS);
  - apoio psicossocial ao cuidador, no domicílio;
  - apoio fisioterapêutico e de estimulação à pessoa cuidada, no domicílio;
  - criar condições no domicílio para realizar sessões de relaxamento, aromaterapia, cromoterapia, entre outros;
  - criar um banco de horas, por cuidador informal, no sentido de disponibilizar um técnico para cuidar da pessoa idosa por certos períodos de tempo, a fim de deixar o cuidador descansar, fazer férias, praticar atividade desportiva, ter algum tempo para si;
  - disponibilizar um técnico para acompanhar durante os primeiros dias, o regresso a casa da pessoa idosa dependente, após situação incapacitante, com a finalidade de ajudar e formar o cuidador informal;
-

- disponibilizar serviço de barbeiro e cabeleireiro ao domicílio;
- criar momentos de descontração e lazer aos cuidadores informais (ex. ida ao cabeleireiro, jantar romântico, “escapadinhas”, etc.)
- procurar financiamento para uma carrinha;
- criar no site da Associação um acesso privado para cuidadores, no sentido de disponibilizar conteúdos para sócios e acesso ao grupo de ajuda “on-line”;
- disponibilizar apoio logístico (ir à farmácia, realizar compras, efetuar pagamento de serviços, tratar de documentos da Segurança Social);
- criar um banco de acessórios que facilitem o quotidiano do cuidador;
- criar um grupo de ajuda para combater o isolamento do cuidador, mas também para que este possa dividir as suas experiências e dificuldades;
- criar um fundo para adaptações no domicílio, destinado a famílias carenciadas;
- disponibilizar um arquiteto para realizar o projeto de adaptações no domicílio;
- disponibilizar acompanhamento em momento de luto;
- numa fase mais avançada de desenvolvimento da associação, e verificando-se essa necessidade, podiam ser criadas instalações para receber temporariamente pessoas idosas, durante o período de descanso dos cuidadores.

Não podemos deixar de referir, que pelos dados obtidos nos inquéritos, a maioria não estaria interessada em participar em formações ou “grupos de ajuda”, uma vez que, não podem deixar a pessoa idosa sozinho ou não têm tempo. Daí utilizarmos vídeos formativos, ou sugerirmos a realização das ações de formação e apoio psicossocial no domicílio do cuidador informal, evitando deslocações. No entanto, não podemos deixar de pensar em criar estratégias para incentivar à participação dos cuidadores informais nas reuniões do grupo, uma vez que existe maior probabilidade de os mesmos alargarem a sua rede de contactos, evitando o isolamento social.

Apesar de alguns inquiridos referirem que não gostam de falar com

---

peessoas estranhas sobre os seus problemas, ou mesmo dizerem que não precisam de conversar com ninguém, aquilo que verificamos é que os cuidadores se encontram disponíveis para falar sobre o seu trabalho, com orgulho e sentem-se valorizados quando alguém os aborda.

Tendo em conta, que cada vez mais população utiliza a Internet e as redes sociais, a utilização destes meios para chegar até aos cuidadores informais também nos parece uma boa opção. Poderia passar pela criação de uma página com conteúdos do interesse dos cuidadores (cuidados de saúde, higiene, primeiros socorros, etc.), e até um chat, disponível para cuidadores falarem entre si, colocarem dúvidas ou pedirem apoio e sugestões.

A intervenção mais importante será a de prevenção do *burnout*.

Uma das maiores dificuldades observadas aquando da realização dos questionários, prende-se com o transporte da pessoa idosa, nomeadamente, aqueles que se encontram acamados. Verificamos que apesar de ser a maior dificuldade, este serviço encontra-se solucionado com recurso aos Bombeiros, Cruz Vermelha Portuguesa, ou empresas privadas de transporte. Uma vez que, provavelmente não seria comportável o investimento em viatura adaptada, licenças e pessoal especializado para este tipo de transporte, acreditamos que a intervenção nesta área passaria pela criação de fundos de apoio ao pagamento destas deslocações, estabelecimento de parcerias com os Hospitais no sentido de fornecerem a credencial para o transporte (ficando este gratuito para o utente), ou mesmo, solicitando com base no mecenato, a colaboração das empresas privadas no fornecimento gratuito desse serviço.

Confirmamos a existência da ACIPI - Associação de Cuidadores Informais da Pessoa Idosa, com sede em Oeiras, no entanto, não fomos capazes de encontrar um contacto telefónico ou de email, ou notícias recentes relacionadas, pelo que não nos foi possível contactar esta associação. Assim, não conseguimos apurar se a associação continua em funcionamento.

Além desta Associação, encontramos um projeto promovido pela CASTIIS - Centro de Assistência Social à Terceira Idade e Infância de Sanguêdo, intitulado "Cuidar de Quem Cuida", que apoia cuidadores informais de pessoas

---

com demência dos municípios da Região EDV (Arouca, Santa Maria da Feira, São João da Madeira, Oliveira de Azeméis e Vale de Cambra).

O projeto inicial decorreu entre 2009 e 2013 e foi reconhecido como um projeto inovador e de sucesso por todos os parceiros.

Neste momento e até 2016, atua no âmbito do Programa Cidadania Ativa, junto dos mesmos cuidadores informais, mas adicionou outra área de ação, junto de Organizações não-governamentais da Área Metropolitana do Porto, no sentido de as capacitar para a intervenção com estes cuidadores informais. (Cuidar de quem cuida, 2015).

O trabalho desenvolvido junto dos cuidadores informais é idêntico ao sugerido no nosso projeto:

*Nos grupos de intervenção psico-educativa, com 10 sessões de duas horas, ensinam-se competências, dá-se apoio emocional, fala-se na doença e exemplifica-se como melhorar cuidados prestados, definem-se estratégias para diminuir a sobrecarga e stress aos cuidadores informais. Partilha-se informação sobre medidas de apoio social e assistencial. Criam-se grupos de ajuda mútua para se reunirem de forma informal e que ajudam na estabilidade emocional e reduz o isolamento do cuidador. (OLIVEIRA, 2014 – Anexo IX).*

Encontramos ainda, um serviço disponibilizado pelo Hospital de Magalhães Lemos, no Porto, que possui duas equipas técnicas, que se deslocam ao domicílio, todos os dias, para “cuidar de quem cuida”. É um “serviço pioneiro criado para as diversas psicopatologias já só aceita doentes com demências” (PEREIRA, 2014 – Anexo III).

Apesar do modelo inspirar outras unidades hospitalares,

ainda hoje António Alfredo de Sá Leuschner Fernandes, presidente do conselho de administração do Magalhães Lemos, não conhece outras que disponham de um apoio domiciliário especializado, a funcionar de forma tão regular, como este. (PEREIRA, 2014)

No entanto, a existência de uma associação de cuidadores informais de pessoas idosas, ou de projetos para esta população, não implica a desistência da criação de outra, muito pelo contrário, a partilha de experiências e conhecimentos seria uma mais-valia para a população alvo.

Além disso, a ação a desenvolver pela Associação seria mais focada no concelho da Maia, e com o objetivo de abranger todos os cuidadores informais

---



de pessoas idosas, independentemente do motivo da sua dependência, não se sobrepondo à área de intervenção da ACIPI ou dos projetos referidos.

### **6.3.3. Proposta de avaliação de desempenho da Associação**

A avaliação

*tem como propósitos gerais, por um lado, saber como os projectos ou programas podem ser melhorados à medida que se desenvolvem e, por outro, determinar o seu grau de eficácia depois de terem tido a oportunidade de produzir resultados. (ORNELAS, 2008, p. 334)*

Existem 2 tipos de avaliações, a formativa e a sumativa. Enquanto a primeira procura avaliar a conformidade das atividades realizadas em relação ao projeto estabelecido, ou seja, se as pessoas envolvidas eram as mais adequadas, se os custos corresponderam ao esperado, se foram cumpridos cronogramas, se os objetivos foram atingidos pelos participantes, quais os obstáculos encontrados e se estes foram ultrapassados. A avaliação sumativa refere-se aos resultados alcançados, procurando analisar os impactos causados e se os objetivos foram alcançados. Podemos ainda verificar efeitos não desejados e a capacidade da intervenção se sustentar no futuro (ORNELAS, 2008).

A Associação poderá recorrer a vários indicadores para avaliar a sua ação:

- número de sócios inscritos;
- número de cuidadores alcançados;
- número de formações realizadas;
- número de participantes nas sessões de grupo;
- avaliação das formações e intervenções dos técnicos através de inquéritos de satisfação aos cuidadores;
- auto-avaliação dos participantes e dos técnicos;
- avaliação de carácter qualitativo, entre outros.

Temos noção das dificuldades, nomeadamente financeiras, que este tipo de projeto teria. No entanto, tendo em conta a experiência com os cuidadores informais, que tão gentilmente receberam este projeto nas suas casas, não verificamos a existência de entraves à colaboração dos mesmos, no seu domicílio, nem da pertinência de um projeto como este.

## **CONSIDERAÇÕES FINAIS**

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

*Todas as pessoas estão a envelhecer e, para cumprirmos as expectativas em 2060, serão necessárias adaptações constantes.*

*(O'NEILL, 2013, p. 17)*

O envelhecimento populacional é uma questão inegável e incontornável e será um desafio para todos os países, em especial os mais desenvolvidos, mais afetados por este fenómeno.

As causas são várias, mas a verdade é que deveríamos “celebrar a possibilidade de sermos mais saudáveis por mais tempo, como resultado de uma melhor educação e nutrição” (O'NEILL, 2013, p. 17). Neste sentido, “Portugal tem realizado um esforço significativo de apoio à dependência no que respeita ao investimento e oferta de equipamentos sociais.” (GIL, 2009, p.47)

Vários programas de apoio às IPSS foram criados e desenvolvidos nas últimas décadas, através de subsídios para instalações, aquisição de equipamentos, isenções tributárias que serviram para o alargamento da rede de serviços sociais (MATEUS e GUTERRES, 2010) e como resultado, houve um aumento considerável de oferta de vagas, nomeadamente nos SAD e estruturas residenciais para pessoas idosas (GONÇALVES, 2012). Dessa forma, o Estado e família dividem responsabilidades.

A oferta de serviços sociais tem tido uma grande procura e adesão, no entanto, os lugares disponíveis continuam a não ser suficientes para a procura (GIL, 2009).

Os apoios formais são importantes para a manutenção da pessoa idosa no seu meio habitual de vida, mas os serviços devem ser alargados aos cuidadores, uma vez que esta tendência atribui uma maior responsabilidade à família, no que à prestação de cuidados diz respeito (GIL, 2009).

Tal como em outros estudos realizados anteriormente, os resultados obtidos nos questionários, demonstram que a maioria dos cuidadores informais

---

são elementos do sexo feminino, casadas e com idades entre os 46 e os 75 anos e vivem em coabitação com a pessoa cuidada. Neste caso, a maioria dos cuidadores cuidava dos pais ou do cônjuge. Têm baixa escolaridade e a maioria encontra-se sem ocupação profissional, sendo reformado, desempregado, doméstico ou encontrando-se de baixa para acompanhamento. Os rendimentos do agregado encontram-se maioritariamente abaixo dos 1500€.

Verificando-se um elevado grau de dependência das pessoas cuidadas, os cuidados são prestados 24 horas por dia, e os idosos não podem ficar sozinhos por grandes períodos de tempo. Quanto às pessoas idosas dependentes, a maioria tem entre 70 e os 89 anos, é do género feminino e a sua escolaridade vai maioritariamente até ao ensino básico.

As principais queixas apresentadas pelos inquiridos em termos sociais, são o facto de sentirem menos liberdade, andarem mais preocupados com a pessoa cuidada e se sentirem menos pacientes.

Os cuidadores informais, numa forma geral sentem-se insatisfeitos com o seu estado de saúde, uma vez que, 66% dos inquiridos refere ter uma saúde fraca ou razoável.

Neste ponto, PAÚL (1997, p. 127) afirma que a manutenção da pessoa idosa dependente no seu domicílio pode ser a causa de “problemas de stress, de saúde mental e física em quem cuida deles e em toda a sua família”. Nesse sentido, os técnicos/cuidadores formais devem estar atentos aos sinais de sobrecarga apresentados pelos cuidadores informais, evitando a rutura na prestação do seu apoio, ajudando o cuidador a manter a sua saúde mental e física. (PAÚL, 1997)

Atualmente, e no que diz respeito ao SAD, procura-se adaptar esses serviços às reais necessidades das pessoas idosas e seus cuidadores, tendo a sua legislação, sido alvo de alterações legislativas recentemente (2013), nomeadamente, formação dos cuidadores informais para a prestação de cuidados, tendo como objetivo o reforço de competências e capacidades das famílias e outros cuidadores. (ISS, 2014)

---

Segundo os dados obtidos nos questionários, nos serviços mais prestados pelos cuidadores informais destacam-se a companhia, os cuidados de saúde, cuidados domésticos (refeições, limpezas, tratamento de roupa) e atividades da vida diária (higiene e alimentação).

Na tentativa de resposta à nossa pergunta de partida:

- **Quais as principais dificuldades sentidas pelos cuidadores informais de idosos em situação de dependência?**, os cuidadores informais que responderam aos nossos questionários apontam como sendo o transporte da pessoa idosa dependente, em especial nos casos de acamados, os cuidados de higiene e a gestão do seu tempo.

Para o Coordenador da Equipa de Cuidados Continuados Integrados (ECCI) “O problema principal é que de facto são pessoas idosas a cuidar de pessoas idosas e têm alguma dificuldade nessa área.”, além disso, “Têm fracas conhecimentos. (...) têm que cuidar da pessoa e têm que cuidar de outras coisas. Da casa, às vezes de outro familiar. E há os recursos, que são poucos, quer económicos, quer materiais, não são fáceis de obter.” (Anexo VI)

Nestas palavras, apoiamos ambas as hipóteses apresentadas:

**1. Os cuidadores informais de idosos dependentes, com maiores conhecimentos na área dos cuidados a prestar ao idoso, sentem-se mais seguros nessa tarefa;**

**2. Devido ao tempo utilizado no cuidado ao idoso dependente, os cuidadores informais têm menos tempo para si, para a família e amigos.**

Acrescentamos ainda, os dados obtidos nos questionários, onde a maioria dos inquiridos acredita que poderia melhorar os cuidados que presta se tivesse formação para tal. Apresentam como área de maior interesse a da saúde, nomeadamente no que diz respeito a mobilização do idoso, primeiros socorros, cuidados de higiene pessoal.

Neste sentido, o comentário do Coordenador da ECCI, que

*mesmo que tenham conhecimentos na área da saúde, às vezes, até se perdem um bocadinho. Mas nota-se que com conhecimentos estão muito mais há vontade, mas precisão sempre de limar alguma aresta.*

LOPES et al (2014, p.176) conclui que

*(...) o cuidado é na sua maioria desempenhado por uma única pessoa da família, que se torna o cuidador principal, por fatores como a disponibilidade, a vontade e a capacidade e que, geralmente, não possui qualquer tipo de formação básica orientada (...) e ainda,*

*Os cuidadores informais com conhecimentos sobre a doença, cuidados básicos e continuados de saúde e com uma percepção positiva de autoeficácia reúnem melhores condições para contribuir para o bem-estar da pessoa dependente, tal como para uma menor vulnerabilidade a fatores de stresse físico e psicológico.*

Para este grupo de inquiridos, a falta de tempo apresenta-se como uma dificuldade, que resulta, em menos saídas para conviver (12%), para a prática desportiva (8%) ou para férias (9%). Ainda neste ponto identificamos que 8% do inquiridos sentem que dão menos atenção ao cônjuge e 5% refere dar menos atenção aos filhos/as.

Autores como BRAITHWAITE (1992) e FARRAN (2004, citados por LAGE 2005, p. 212), sustentam que a

*dependência do idoso acarreta uma perda de independência dos prestadores de cuidados e leva-os muitas vezes, particularmente as mulheres (Braithwaite, 1992), a negligenciar as suas necessidades básicas, incluindo as relativas ao autocuidado.*

O Coordenador da ECCI, identifica que os cuidadores têm muito trabalho e fazem-no, na maioria dos casos, sozinhos:

*(...) perguntamos o que é que ela tem de fazer em casa, e eles respondem “isto, e isto, e isto”, “pois, mas isso é muito para si!”, “Pois mas eu não tenho mais ninguém. Pois mas eu não tenho capacidades económicas para poder contratar alguém, ou para alguém me trazer as refeições, ou para lavar a roupa, ou para arrumar a casa.”*

No entanto, apesar dos baixos rendimentos, não se verifica a sobrecarga financeira neste grupo de inquiridos, mas GIL (2009) refere que deveria haver

*Uma maior intervenção pública no apoio à conciliação entre vida profissional e familiar, que aposte na diversidade e flexibilidade dos serviços, na criação de medidas de fiscalidade e laborais de apoio à família, são fundamentais*

---

*para responder à questão da dependência, como contribuir para a permanência da pessoa, em situação de incapacidade, no seu meio social. (GIL, 2009, p. 48)*

Para este grupo de cuidadores, os serviços de transporte; aconselhamento, informação e formação sobre como cuidar; assistência de outra pessoa e ter alguém com quem conversar sobre as suas dificuldades são os serviços mais importantes.

GIL (2009) alerta para

*As dificuldades da família na prestação de cuidados tende a acentuar-se no futuro, na medida em que é cada vez menor o número de filhos por família, a coabitação física entre gerações é um fenómeno menos frequente e a participação das mulheres no mercado de trabalho é maior. Todos estes factores irão condicionar progressivamente a capacidade de resposta das famílias aos seus idosos. (GIL, 2009, p. 46-47).*

PAÚL (1997) sugere que técnicos de ciências humanas e o cidadão no geral, devem unir esforços para aumentar a qualidade de vida dos idosos através do apoio às suas famílias, com especial atenção aos cuidadores informais.

Sobre este ponto, o Coordenador da ECCI, refere que seria ótimo a criação de um grupo de ajuda: “- Aqui não há, aqui havia de haver. Isso eu acho uma ótima ideia.”, onde o cuidador informal pudesse conversar, pudessem dividir as suas dificuldades e conhecer também outras pessoas que estão nas mesmas situações, aumentar a sua rede de contactos, mas torna-se difícil uma vez que muitos dos cuidadores são sozinhos e precisam de recorrer a terceiros para ficarem com a pessoa que cuidam. Aliás, existe um projeto neste âmbito, mas ainda não saiu do papel por falta de recursos e tempo. O Coordenador acredita que com um trabalho de motivação, os cuidadores iriam aderir ao grupo e participar nas iniciativas propostas.

Assim, surge a sugestão de criar uma Intervenção Comunitária, baseada nas dificuldades sentidas por esta comunidade, com vista resolução das mesmas, recorrendo a recursos da própria comunidade, e com a finalidade de provocar uma mudança e melhorar a qualidade de vida dos cuidadores informais e da pessoa idosa dependente.

---



Neste sentido, a proposta de Intervenção Comunitária sugerida, assenta na criação de uma Associação, sem fins lucrativos, que tem por objetivo a prestação de serviços e concessão de bens, com vista à melhoria da qualidade de vida do cuidador informal e da pessoa idosa em situação de dependência, retardando a sua institucionalização e evitando o *burnout* dos cuidadores.

Apresenta-se como fundamental, no futuro, o estabelecimento de parcerias com as várias entidades públicas e privadas que atuam no concelho da Maia, nomeadamente, Câmara, Juntas, Centros de Saúde, IPSS e privados com valências dedicadas a pessoas idosas, sendo que as instituições contactadas neste projeto se encontram interessadas em colaborar, apesar do tempo e recursos reduzidos.

Além destes, a experiência e know-how de instituições externas ao concelho, que já têm projetos em andamento na área de cuidados aos cuidadores será bem-vinda.

Parece-nos ainda importante aprofundar as reais necessidades junto de um maior número de cuidadores, de forma a poder generalizar as conclusões obtidas.

A ideia que queremos deixar, é a de que as instituições que prestam apoio formal são fundamentais na manutenção da pessoa idosa na sua comunidade, e a grande maioria dos inquiridos, apresenta-se totalmente satisfeito com o apoio recebido.

No entanto, não podemos deixar de referir, que estas instituições se centram mais nos cuidados a prestar à pessoa idosa dependente, e devem começar a levar o seu âmbito de ação também para os cuidadores informais, visto que, estes são peças essenciais na recuperação ou manutenção do idoso, tal como nas UCC: “ - (...) nós necessitamos mesmo que assim seja, que a família esteja envolvida.” (Coordenador ECCI)

Além disso, os técnicos são fundamentais na determinação precoce de sintomas do *burnout* e considerados elementos da confiança dos cuidadores que poderão ajudar a ultrapassar essa sobrecarga e abrir portas para este tipo de projetos.

---

## BIBLIOGRAFIA

BONFIM, C. e VEIGA, S. (1996). *Serviço de Apoio Domiciliário*. Direção Geral da Ação Social – Núcleo de documentação técnica e divulgação: Lisboa.

CABRAL, M. (coord.) (2013). *Processos de envelhecimento em Portugal – usos do tempo, redes sociais e condições de vida*. Fundação Francisco Manuel dos Santos. Lisboa: Guide Artes Gráficas Lda.

CAMPOS, A. (2014) Portuguesas vivem cada vez mais tempo, mas com menos saúde. In *Público*; 02/06/2014.

URL: <http://www.publico.pt/sociedade/noticia/portuguesas-vivem-cada-vez-mais-tempo-mas-em-pior-estado-de-saude-1638292?page=-1>. Pesquisado em 08/07/2014.

CID FERNÁNDEZ, X. (2009). Intervenção Comunitária e Práticas de Inclusão; In *Saber & Educar N.º14*. Porto: ESEPF.

URL: <http://repositorio.esepf.pt/handle/10000/325>

CHARAZAC, P. (2004). *Introdução aos cuidados gerontopsiquiátricos*. Lisboa: Climepsi Editores.

Comité Económico e Social Europeu (2013). *Parecer do Comité Económico e Social Europeu sobre «O contributo e a participação dos idosos na sociedade»*. Bruxelas: Jornal Oficial da União Europeia.

Confederação Nacional das Instituições de Solidariedade (2014). *Adenda ao protocolo de cooperação 2013-2014*.

URL: [http://novo.cnis.pt/images\\_ok/421\\_Noticias%20a%20sexta%20%2821\\_03\\_2014%29.pdf](http://novo.cnis.pt/images_ok/421_Noticias%20a%20sexta%20%2821_03_2014%29.pdf)

Constituição da República Portuguesa (2005). VII Revisão Constitucional. Lisboa: Assembleia da República.

URL: <http://www.parlamento.pt/Legislacao/Documents/constpt2005.pdf>

CORREIA, I. (2013). Saiba como financiar o seu negócio com o crowdfunding; In *Apoios e financiamentos*. Caixa Geral de Depósitos.

URL: <http://saldopositivo.cgd.pt/empresas/tudo-o-que-precisa-de-saber-sobre-crowdfunding/>; consultado em 12/04/2015.

DIREÇÃO GERAL DA SAÚDE (2011). *Norma n.º 054/2011 – AVC: Prescrição de Medicina Física e de Reabilitação*. URL: <https://www.google.pt/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=8&cad=rja&uact=8&sqi=2&ved=0CDcQFjAH&url=https%3A%2F%2Fwww.dgs.pt%2Fdirectrizes-da-dgs%2Fnormas-e-circulares-normativas%2Fnorma-n-0542011-de-27122011-jpg.aspx&ei=iwl9VcfBHKXP7gbknYDYCW&usg=AFQjCNEM8PfnCddZUli4940ZGtrqwPd8Ow&bvm=bv.91665533.d.d24>

DGSS – Direção Geral da Segurança Social (2014). *Proteção Social das Pessoas Idosas*. Lisboa: DGSS.

Dicionário Priberam da Língua Portuguesa 2008-2013. <http://www.priberam.pt/DLPO/morbidade>. Consultado em 25-11-2014.

FECHINE, B. e TROMPIERI, N. (2012). Artigo n.º 7 – O processo de envelhecer: as principais alterações que acontecem com o idoso com o passar dos anos. *Revista Científica Internacional*. Edição 20. Volume 1. Brasil.

URL:

<http://ucbweb2.castelobranco.br/webcaf/arquivos/15482/10910/envelhecimento.pdf>. Consultado em 30/01/2014.

FERNANDES, C. e CASTRO, P. (2005). *Guia prático para Associações sem fins lucrativos*. Seixal: Câmara Municipal do Seixal. URL:[http://www.cm-seixal.pt/sites/default/files/documents/02\\_13\\_06\\_documentos\\_guiapratico.pdf](http://www.cm-seixal.pt/sites/default/files/documents/02_13_06_documentos_guiapratico.pdf)

FERNANDES, A. (1997). *Velhice e sociedade – Demografia, família e políticas sociais em Portugal*. Oeiras: Celta Editora.

FERNANDES, P. (2002). *A depressão no idoso*. Coimbra: Quarteto Editora.

FONTAINE, R. (2000). *Psicologia do envelhecimento*. Lisboa: Climepsi Editores.

GIL, A. (2009). *Conciliação entre vida profissional e vida familiar: o caso da dependência*. Lisboa: Gabinete de Planeamento – Núcleo de estudos e conhecimento da ISS, I.P..

GONÇALVES, J. (Coord.) (2012). *Carta Social – Rede de serviços e equipamentos Relatório 2012*. Lisboa: Ministério da Solidariedade, Emprego e Segurança Social.

GONÇALVES, J. (2010); O papel da Rede de Serviços e Equipamentos Sociais. In *Sociedade e Trabalho*, n.º 41. Lisboa: MTSS Gabinete de Estratégia e Planeamento. URL:

[http://www.gep.msess.gov.pt/edicoes/revistasociedade/41\\_5.pdf](http://www.gep.msess.gov.pt/edicoes/revistasociedade/41_5.pdf)

---

Instituto da Segurança Social, I.P. (2014); *Guia Prático – Constituição de Instituições Particulares de Solidariedade Social*. URL: [http://www4.seg-social.pt/documents/10152/15030/constituicao\\_ipss](http://www4.seg-social.pt/documents/10152/15030/constituicao_ipss)

LAGE, I. (2005). 8 – Cuidados familiares a idosos. In PAÚL, M. e FONSECA, A. (Coord.). *Envelhecer em Portugal*. Lisboa: Climepsi Editores.

LOPES, M. et al (2012). O cuidador informal – uma perspectiva compreensiva e interventiva; In POCINHO, R., et al. *Envelhecer em tempos de crise: Respostas Sociais*. Porto: Livpsic.

LUSA (2014). Crowdfunding já angariou um milhão de euros em Portugal. In *Público*. 07/06/2014.

URL: <http://www.publico.pt/economia/noticia/crowdfunding-um-modelo-em-crescimento-mas-ainda-pouco-conhecido-em-portugal-1639099>. Consultado em 12/04/2015

MARIN, D. e CASASNOVAS, G. (2001). *Vejez, dependencia y cuidados de larga duración, Situación actual y perspectivas de futuro*. Barcelona: Fundación “La Caixa”. URL: [http://obrasocial.lacaixa.es/StaticFiles/StaticFiles/fc6f75cd4a2ef010VgnVCM20000128cf10aRCRD/es/es06\\_esp.pdf](http://obrasocial.lacaixa.es/StaticFiles/StaticFiles/fc6f75cd4a2ef010VgnVCM20000128cf10aRCRD/es/es06_esp.pdf)

MARTÍN, I. (2005). 7 – O cuidado informal no âmbito social. In PAÚL, M. e FONSECA, A. (Coord.); *Envelhecer em Portugal*. Lisboa: Climepsi Editores.

MARTÍN, I. e BRANDÃO, D. (2012). 13 – Políticas para a terceira idade; In PAÚL, C. e RIBEIRO, Ó. (Coord.). *Manual de Gerontologia – Aspectos biocomportamentais, psicológicos e sociais do envelhecimento*. Lisboa: Lidel – Edições Técnicas, Lda.

---

MATEUS, E. e GUTERRES, M. (2010). O papel da Rede de Serviços e Equipamentos Sociais – O financiamento da rede de serviços e equipamentos sociais e o reforço da qualidade das respostas sociais; In *Sociedade e Trabalho*, n.º 41; 1.ª Edição. MTSS Gabinete de Estratégia e Planeamento: Lisboa. URL: [http://www.gep.msess.gov.pt/edicoes/revistasociedade/41\\_5.pdf](http://www.gep.msess.gov.pt/edicoes/revistasociedade/41_5.pdf)

MENEZES, I. (2007). *Intervenção comunitária: Uma perspectiva psicológica*. Porto: Livpsic / Legis Editora.

METELO, C. (2010). O papel da Rede de Serviços e Equipamentos Sociais – A dinâmica da rede de Serviços e Equipamentos Sociais. In *Sociedade e Trabalho*, n.º 41. MTSS Gabinete de Estratégia e Planeamento: Lisboa. URL: [http://www.gep.msess.gov.pt/edicoes/revistasociedade/41\\_5.pdf](http://www.gep.msess.gov.pt/edicoes/revistasociedade/41_5.pdf)

Ministério da Solidariedade e Segurança Social (2012); *Protocolo de Cooperação entre o MSSS e a União das Misericórdias Portuguesas, a Confederação Nacional das Instituições de Solidariedade e a União das Mutualidades Portuguesas 2013*. URL: [http://novo.cnis.pt/images\\_ok/Protocolo%20ES%20IPSS2\\_13\\_14.pdf](http://novo.cnis.pt/images_ok/Protocolo%20ES%20IPSS2_13_14.pdf)

NOGUEIRA, J. (2010). Os serviços e respostas sociais no combate à pobreza e exclusão social. In *Sociedade e Trabalho*, n.º 41; 1.ª Edição. Lisboa: MTSS Gabinete de Estratégia e Planeamento. URL: [http://www.gep.msess.gov.pt/edicoes/revistasociedade/41\\_5.pdf](http://www.gep.msess.gov.pt/edicoes/revistasociedade/41_5.pdf).

OLIVEIRA, Sara (2014). Também é preciso cuidar de quem cuida. *Público*. 19/08/2014. Consultado em 21/08/2014. URL: <http://www.publico.pt/sociedade/noticia/quanto-pouparia-o-pais-se-cuidasse-de-quem-cuida-1666844>

ORNELAS, J. (2008). *Psicologia Comunitária*. Lisboa: Fim de Século Edições.

---

PAPÁLIA, D. e OLDS, S. (1998). *Desenvolvimento Humano*. São Paulo: Artmed Editora.

PARDAL, L. e LOPES, E. (2011). *Métodos e técnicas de investigação social*. Maia: Areal Editores.

PAÚL, M. (2005). Envelhecimento activo e redes de suporte social. In *Sociologia*, Revista da Faculdade de Letras, Vol. 15. Porto: ICBAS – UP.

URL: <http://ler.letras.up.pt/uploads/ficheiros/3732.pdf>

PAÚL, M. (1997). *Lá para o fim da vida – idosos, famílias e meio ambiente*. Coimbra: Livraria Almedina.

PAÚL, M. (1996). *Psicologia dos idosos: envelhecimento em meios urbanos*. Braga: S.H.O. - Sistemas Humanos e Organizacionais.

PAÚL, M. e FONSECA, A. (Coord.) (2005). *Envelhecer em Portugal*. Lisboa: Climepsi Editores.

PAÚL, M. e RIBEIRO, Ó. (coord.) (2012). *Manual de Gerontologia – Aspectos biocomportamentais, psicológicos e sociais do envelhecimento*. Lisboa: Lidel – Edições Técnicas, Lda.

PEREIRA, A. (2014). Os cuidadores dos cuidadores. In *Público*. 05/01/2014. Consultado em 22/08/2014. URL: <http://www.publico.pt/sociedade/noticia/os-cuidadores-dos-cuidadores-1618424>

PEREIRA, A. (2013). Serviço domiciliário de apoio aos idosos reajustado aos tempos modernos. *Público*. 31/01/2013. Consultado em 08/07/2014.

URL: <http://www.publico.pt/portugal/jornal/servico-domiciliario-de-apoio-aos-idosos-reajustado-aos-tempos-modernos-25984227>

---

PORTUGAL 2020 (2014). Programa Operacional da Inclusão Social e Emprego.

URL: [https://www.portugal2020.pt/Portal2020/Media/Default/Docs/Programas%20Operacionais/VERSOES%20CONSULTA/PO\\_ISE\\_FINAL\\_data\\_09122014\\_decisao\\_C\(2014\)9621.pdf](https://www.portugal2020.pt/Portal2020/Media/Default/Docs/Programas%20Operacionais/VERSOES%20CONSULTA/PO_ISE_FINAL_data_09122014_decisao_C(2014)9621.pdf)

REDE SOCIAL DA MAIA (2006). *Plano desenvolvimento Social do Concelho da Maia*. Maia: Rede Social da Maia.

URL: <http://www.cm-maia.pt/index.php/acao-social/rede-social1/rede-social>

REDE SOCIAL DA MAIA (2006). *Diagnóstico Social do Concelho da Maia*. Maia: Rede Social da Maia.

URL: <http://www.cm-maia.pt/index.php/acao-social/rede-social1/rede-social>

RIBEIRO, J. (2014). Portugal entre os 10 países do mundo onde as mulheres vivem mais anos. *Jornal de Notícias*. 15/05/2014. Consultado em 15/05/2014.

URL: [http://www.jn.pt/paginainicial/nacional/interior.aspx?content\\_id=3865190&page=-1](http://www.jn.pt/paginainicial/nacional/interior.aspx?content_id=3865190&page=-1)

SANDRIN, L. (2002). Cuidarse para cuidar. Prevención del "burn-out". In BERMEJO, J. (Ed). *Cuidar a las personal mayores dependientes*. Maliaño: Editorial Sal Terrae.

SMITH, M. e KEMP, G. (2015). *Caregiver Stress and Burnout*. URL: <http://www.helpguide.org/articles/stress/caregiving-stress-and-burnout.htm>

SMITH, M., SEGAL, J. e SEGAL, R. (2015). *Preventing Burnout - Signs, Symptoms, Causes, and Coping Strategies*. URL: <http://www.helpguide.org/articles/stress/preventing-burnout.htm#recovering>

---



SPAR, J. e LA RUE, A. (1998). *Guia de psiquiatria geriátrica*. Lisboa: Climepsi Editores.

ZIMERMAN, G. (2000). *Velhice Aspectos Biopsicossociais*. Porto Alegre: Artmed Editora.

## DOCUMENTOS LEGISLATIVOS

Normas reguladoras das condições de implantação, localização, instalação e funcionamento do Apoio Domiciliário (1999). *Despacho Normativo n.º 62/99 de 12 de Novembro*.

Código do Trabalho (2004); *Lei n.º 35/04 de 29 de julho*.

Orçamento do Estado para 2008 (2007); *Lei nº 67-A/07 de 31 de dezembro*.

Condições de instalação e funcionamento do serviço de apoio domiciliário (2013); *Portaria n.º 38/2013 de 30 de Janeiro*.

## WEBGRAFIA

- [http://www.associacaonahora.mj.pt/pdf/modelo\\_estatutos\\_ipss.pdf](http://www.associacaonahora.mj.pt/pdf/modelo_estatutos_ipss.pdf); consultado em 12/04/2015.
- [http://www.associacaonahora.mj.pt/seccoes/como\\_funciona.htm](http://www.associacaonahora.mj.pt/seccoes/como_funciona.htm); consultado em 12/04/2015.
- BPI; <http://www.bancobpi.pt/responsabilidade-social/premio-bpi-seniores>; 2015; consultado em 13/04/2015.

- CÂMARA MUNICIPAL DE MATOSINHOS. <http://www.cm-matosinhos.pt/pages/215>; consultado em 08/04/2015
- CARTA SOCIAL. <http://www.cartasocial.pt/acessibilidade.php?opc=3>; consultado em 01 de abril de 2014.
- CIDADE DAS PROFISSÕES. <http://cdp.portodigital.pt/empreendedorismo/como-criar-uma-associacao/passoas-para-a-criacao-de-uma-associacao/>; consultado em 10/04/2015.
- <http://www.cuidardequemcuida.com/>
- Fundação Francisco Manuel dos Santos. *Que vantagens tem e a que imposições se sujeita uma associação que se constitua como instituição particular de solidariedade social (IPSS)?*. <http://www.direitosedeveres.pt/q/saude-seguranca-social-e-solidariedade/solidariedade/que-vantagens-tem-e-a-que-imposicoes-se-sujeita-uma-associacao-que-se-constitua-como-instituicao-particular-de-> consultado em 12/04/2015.
- <http://www4.seg-social.pt/idosos>. 2014.
- Lar do Comércio. <http://www.laresonline.pt/lares-e-residencias/167/o-lar-do-comercio-ipss>. Consultado em 31-01-2014.
- MASSIVEMOV. <http://www.massivemov.com/index.php>. Consultado em 12/04/2015.

- Montepio Geral:
  - [http://ei.montepio.pt/assets/Academia\\_Solidario\\_Conheca\\_todos\\_os\\_passos\\_para\\_criar\\_uma\\_associacao.pdf](http://ei.montepio.pt/assets/Academia_Solidario_Conheca_todos_os_passos_para_criar_uma_associacao.pdf). 2013. Consultado em 10/04/2015.
  - <http://ei.montepio.pt/sou-mais-o-microcredito-social/>. 2012.
  - <http://ei.montepio.pt/como-aplicar-a-consignacao-recebida-atraves-do-irs/>. 2013. Consultado em 13/04/2015.
  - [https://www.montepio.pt/SitePublico/pt\\_PT/institucional/grupo/fundacao-montepio.page?altcode=900FUNDMON](https://www.montepio.pt/SitePublico/pt_PT/institucional/grupo/fundacao-montepio.page?altcode=900FUNDMON). 2015. Consultado em 12/04/2015.
  - PORDATA. <http://www.pordata.pt/>. Última consulta em 21-10-2014
  - PORTAL DO CIDADÃO. <https://www.portaldocidadao.pt/pt/web/instituto-dos-registos-e-do-notariado/criacao-de-associacao-na-hora>. Consultado em 10/04/2015.
  - PORTAL DA EMPRESA.  
<http://www.portaldaempresa.pt/cve/pt/FerramentasdeApoio/Guiao/versaoImpressao?guid=%7B3E49EFA4-50FF-4750-9FB3-2D6F418158D6%7D>.
  - <https://www.portaldaempresa.pt/cve/pt/FerramentasdeApoio/Guiao/versaoImpressao?guid=%7BFC056604-DF72-407C-9858-D13192B0FE10%7D>. Consultado em 12/04/2015.
  - PORTUGAL 2020. [www.portugal2020.pt/Portal2020/o-que-e-o-portugal2020](http://www.portugal2020.pt/Portal2020/o-que-e-o-portugal2020). Consultado em 13/04/2015.
  - PPL. <http://ppl.com.pt/pt/guia>. Consultado em 12/04/2015.
  - PSP. <http://www.psp.pt/Pages/programasespeciais/apoio65.aspx?menu=6> . Consultado em 18/08/2014.
-