

Portuguesas vivem cada vez mais tempo, mas com menos saúde

ALEXANDRA CAMPOS 02/06/2014 - 07:23

As portuguesas têm uma esperança de vida que é das melhores do mundo, mas desfrutam de muito menos anos saudáveis do que as mulheres dos países melhor classificados na Europa. Uma diferença que pode chegar a uma década.



Investir mais um por cento nos cuidados para idosos poderia representar mais um ano de vida saudável PAULO PIMENTA

Em apenas cinco décadas, as mulheres portuguesas ganharam quase 20 anos de vida, em média. A esperança de vida aumentou de forma impressionante, colocando Portugal no top ten mundial (em 2012, era de quase 84 anos). Mas há um reverso da medalha: as portuguesas desfrutam de menos anos de vida saudável do que as mulheres de grande parte dos países europeus. Conseguimos adiar a morte, mas não a doença. Os baixos salários e reformas e a herança pesada de uma "vida dura" de muitas mulheres que hoje são idosas, com reflexo na qualidade

de vida, podem explicar uma parte deste resultado. Porém, há também que ter em conta que este indicador inclui uma auto-avaliação e, constatam os especialistas, "as mulheres queixam-se muito".

Compare-se Portugal com a Noruega, o país melhor classificado em Healthy Life Years (HLY, sigla em inglês), indicador do número de anos de vida que uma pessoa pode esperar viver sem incapacidades ou limitações funcionais de longa duração. Quando se olha para a esperança de vida à nascença das portuguesas, 83,6 anos (os dados do base europeia Eurostat são diferentes dos do Instituto Nacional de Estatística recentemente divulgados porque este último calcula a média por triénios), estamos entre os melhores do mundo. As portuguesas já vivem mais, em média, do que as norueguesas, mas quando se tenta avaliar a qualidade com que passam os últimos anos de vida a diferença é enorme. Às segundas aguarda-as um cenário de envelhecimento bem mais animador: aos 65 anos, podem contar (e estamos sempre a falar de médias) com quase 16 anos de vida sem incapacidades. De regresso a Portugal, o futuro apresenta-se mais negro: aos 65 anos, na idade em que habitualmente se entra na reforma, as portuguesas podem esperar por seis anos de vida saudável. São quase dez anos de diferença.

Viver mais tempo é importante, mas saber se esse tempo é vivido com boa saúde também. Tanto que este dado é considerado desde há uma década como um dos indicadores estruturais da Comissão Europeia. Não basta por a ênfase na longevidade, mas avaliar também a qualidade de vida e o bem-estar dos cidadãos. O problema é que, no mapa da União Europeia (os dados são da Comissão Europeia), olhando para os anos de vida saudável no feminino, Portugal apenas aparece à frente de alguns países do Leste. A Eslováquia é o pior classificado, com uma média de 3,1 HLY (ver quadro).

Mesmo no contexto nacional, as mulheres perdem para os homens neste indicador específico (ver texto ao lado). Vivem mais anos, mas com menos qualidade.

"São muito queixosas"

Como se explica este aparente paradoxo? "O envelhecimento é mais complicado para as mulheres. Em Portugal as mulheres têm graves problemas de morbilidade, muitas doenças. Também são muito queixosas. Algumas tiveram carreiras profissionais muito incompletas, e,

por isso, têm pensões mais baixas. Vivem mais tempo mas em pior estado de saúde”, reflecte a socióloga Ana Fernandes, do Instituto Superior de Ciências Sociais e Políticas da Universidade de Lisboa.

“Há uma série de factores que contribuem para a qualidade de vida. As mulheres auferem menores salários, faltam mais tempo para cuidar dos filhos, dos maridos, dos pais, têm reformas inferiores”, corrobora Maria João Quintela, médica especialista em geriatria . O rendimento também conta. “Se uma pessoa não tem dinheiro para comprar uma prótese auditiva, para substituir os óculos, fica mais incapacitada”, observa.

Mas este indicador reflecte também o preço que se paga pelo aumento da longevidade, notam os especialistas. “A longevidade acaba por trazer esse tipo de penalização”, observa Maria Filomena Mendes, presidente da Associação Portuguesa de Demografia, que alerta para o facto de os HLY dependerem em parte da avaliação subjectiva do estado de saúde.

Os portugueses sempre foram dos piores a avaliar o seu estado de saúde. De acordo com o último relatório da OCDE “Health at a Glance 2013”, Portugal era o terceiro dos 34 países da organização com o menor número de pessoas que dizia ter boa ou muito boa saúde (cerca de metade dos inquiridos, contra 69% da média da OCDE).

Adiámos a morte mas não a doença

“Com a longevidade, as mulheres vão adquirindo um conjunto de doenças crónicas, doenças que não matam, mas que moem muito”, destaca igualmente Manuel Villaverde Cabral, director do Instituto do Envelhecimento . “As mulheres queixam-se muito mas a verdade é que nos enterram a todos [aos homens]”, ironiza.

“Quanto mais aumenta a longevidade, mais pioram os indicadores de saúde. A longevidade aumenta a fragilidade, a dependência, as doenças crónicas, as demências, as fracturas, os cancros”, enumera a ex-coordenadora da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados, Inês Guerreiro.

A especialista acrescenta que a explicação para a discrepância entre países e sexos pode ainda estar relacionada, entre outros factores, com o facto de muitas portuguesas nascidas antes da Segunda Guerra Mundial não terem tido acesso a instrução . Em Portugal, também só há pouco tempo se começou a investir em reabilitação: “Antes, se alguém sofria um AVC ficava anos e anos numa cama”.

O epidemiologista Mário Carreira recua no tempo para explicar este fenómeno. “A maior parte dos países europeus começou a melhorar os seus níveis de saúde muito mais cedo” do que Portugal, lembra. “O nível de saúde traduz aquilo que aconteceu às pessoas há 30, 40 ou 50 anos. As mulheres tinham vidas muito duras. Melhorando os cuidados de saúde consegue adiar-se a mortalidade, mas é muito mais difícil adiar a doença. A esperança de vida saudável demora muito mais tempo a melhorar”, sintetiza o médico que pede, mesmo assim, alguma cautela com a análise dos HLY porque a qualidade deste indicador não é muito boa, por depender das metodologias de recolha de informação usadas nos vários países.

Os factores económicos também parecem pesar nesta equação. Um estudo divulgado em 2008 pela revista médica The Lancet (e que abrangeu então 25 países da União Europeia) já permitia perceber que viver mais não significa viver melhor e que, quanto maior o produto interno bruto e o investimento nos cuidados da população idosa, mais anos de vida saudável podia esperar uma pessoa.

A disparidade era significativa entre os vários países. Feitas as contas, os investigadores concluíam que um acréscimo de apenas um por cento nos cuidados para idosos poderia representar mais um ano de vida saudável.

COMENTÁRIOS

Os comentários a este artigo estão fechados. [Saiba porquê.](#)

Portugal entre os 10 países do mundo onde as mulheres vivem mais anos

Portugal está 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.

Segundo o relatório Estatísticas Mundiais de Saúde, divulgado esta quinta-feira, Portugal ocupa o 10.º lugar do "ranking" dos países em que as mulheres têm maior longevidade, que é liderado pelo Japão, com uma esperança de vida de 87 anos, seguido da Espanha, da Suíça e Singapura (85,1 anos).

A Itália ocupa o quinto lugar da lista, com uma esperança de vida de 85 anos, seguida da França (84,9 anos), Austrália (84,6 anos), Coreia do Sul (84,6 anos), Luxemburgo (84,1 anos) e Portugal (84 anos).

O relatório faz a evolução da esperança média de vida à nascença dos homens e das mulheres entre 1990 e 2012, que aumentou sete anos para os portugueses, passando de 74 para 81 anos.

Patrocínio

Os dados revelam que a longevidade dos homens portugueses passou de 71 para 77 anos e das mulheres de 78 para 84 anos.

A OMS sublinha que, em todo o mundo, "as mulheres vivem mais que os homens", sendo que nos países desenvolvidos essa diferença é de seis anos e nos menos desenvolvidos é de três anos.

Relativamente aos homens, Portugal não consta no "ranking", que é liderado pela Islândia, com uma esperança média de vida à nascença de 81,2 anos, seguida da Suíça (80,7 anos) e da Austrália (80,5 anos).

Em Israel, Singapura, Nova Zelândia e Itália, os homens vivem em média até aos 80,2 anos, enquanto no Japão e na Suécia a esperança é de 80 anos e no Luxemburgo de 79,7 anos.

Na apresentação do relatório, a diretora-geral da OMS, Margaret Chan, disse que "uma razão importante que justifica que a esperança de vida global tenha aumentado tanto" é o facto estarem "a morrer menos crianças antes do seu quinto aniversário".

Contudo, a OMS alertou que ainda prevalece uma grande divisão entre países pobres e ricos: "As pessoas de países com rendimentos elevados continuam a ter muito mais probabilidades de ter uma vida longa do que as pessoas em países com baixos rendimentos", explicou.

Um rapaz nascido em 2012 num país desenvolvido pode viver até aos 76 anos, mais 16 anos do que um rapaz que nasça num país menos desenvolvido.

Nas mulheres, a diferença ainda é maior, de 19 anos, uma vez que nos países mais ricos a esperança estimada é de 82 anos e nos mais pobres de 63.

"Nos países desenvolvidos, muito do ganho na esperança de vida deve-se ao sucesso em lidar com doenças não transmissíveis", disse o diretor do departamento de estatísticas de saúde e de sistemas de informação da OMS, afirmou Ties Boerma.

Ties Boerma observou que "há menos homens e mulheres a morrer antes dos 60 anos devido a doenças cardíacas ou acidente vascular-cerebral".

Também tem contribuído para este aumento da longevidade a redução do consumo de tabaco.
publicado a 2014-05-15 às 14:41

Para mais detalhes consulte:

http://www.jn.pt/PaginaInicial/Nacional/Interior.aspx?content_id=3865190

GRUPO CONTROLINVESTE

Os cuidadores dos cuidadores

ANA CRISTINA PEREIRA (texto) e ADRIANO MIRANDA (fotos) 05/01/2014 - 10:51

Do Hospital de Magalhães Lemos, no Porto, partem todos os dias duas equipas técnicas incumbidas de cuidar de quem cuida. Serviço pioneiro criado para as diversas psicopatologias já só aceita doentes com demências.



ADRIANO MIRANDA

1 / 36

Está na hora de Emília dar a sopa. “Ralo tudo.” Tem de ficar tudo bem ralado, não vá a sonda entupir. O marido está recostado numa cama articulada, imóvel. Emília senta-se num banquinho com a tijela de sopa numa mão. Pousa-a. Pega na seringa. “Estou sempre a aconchegá-lo.”

Está com 73 anos. Só com duas muletas consegue andar de um lado para o outro. “Enquanto eu puder, entretenho-me com ele.” Está confinado à casa há uma meia dúzia de anos. A mulher dorme na cama ao lado. De

três em três horas, acorda, mexe-o. Já nem precisa de despertador.

A demência foi-lhe diagnosticada em 2004. “Ele foi ao engano.” Ela é que era “a doente”. Ela ficara paralisada, de repente. Estivera meses numa cama hospitalar. Teve de lhe dar a volta: “Olha, a doutora deu-me esta carta, preciso de ir ao Magalhães Lemos. Sabes que esta doença da coluna mexe com tudo.”

Era pelo nome dela que chamavam sempre que eles iam ao médico. Ele era o cuidador. Nunca pensou que isto pudesse acontecer-lhe. Ela também não: “Chegou a chefe de armazém. Tinha uma cabeça! Vocês chegavam à beira dele, davam-lhe um recado e ele nem apontava! Tudo o que saía do armazém ficava na cabeça dele.”

A ouvi-la está um par de enfermeiros do Magalhães Lemos, o hospital psiquiátrico da região norte. Integram a equipa de apoio domiciliário encarregada de visitar uns 400 doentes que já não conseguem vir ao serviço ou que se recusam a fazê-lo. De segunda a sexta saem dois carros, cada um com dois técnicos: dois enfermeiros, um enfermeiro e um assistente social ou um enfermeiro e um psiquiatra.

– Ele agora está sempre a gemer – queixa-se Emília.

– Terá dores? – pergunta o enfermeiro Adelson Estrela.

– Não tem febre.

– Será de estar muito tempo na mesma posição?

– Ainda agora o virei, mas, mesmo viradinho, vai gemendo.

Sobra-lhes empatia. Não lhes compete pôr sondas, trocar pensos, dar banhos. Isso é tarefa dos cuidados primários. Estão incumbidos de ensinar quem cuida a cuidar e a cuidar-se, não vá o stress, a ansiedade, o desgaste levar à depressão ou ao colapso, gerar negligência, mau trato ou abandono.

O serviço de psicogeriatría, criado há 17 anos para idosos com diversas psicopatologias, já só aceita doentes com demências. Não é que a demência esteja a alastrar-se, esclarecera a directora do serviço, Rosa Encarnação, numa conversa prévia. É que as pessoas vivem cada vez mais tempo.

O modelo tem inspirado outras unidades hospitalares, mas 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.

O cuidador tipo é uma mulher, casada, entre os 54 e os 64 anos, mas há cada vez mais homens e cada vez mais idosos a desempenhar esse papel, como Emília. Tanta coisa teve de aprender desde que a doença se apoderou do homem com quem se casou há 52 anos: como hidratá-lo? Como reagir às alterações de comportamento? Como evitar a inversão dos padrões de sono?

O cuidador faz parte do plano terapêutico. Assume-se que sem ele nada se pode fazer. É chamado a uma consulta específica. A sós, num pequeno gabinete, um enfermeiro explica-lhe o que é a doença, como progride, como lidar com ela.

Pequenos passos podem evitar grandes stresses. Tirar os tapetes da casa, trocar os chinelos pelas pantufas, fechar bem as embalagens de detergente, exemplificara a psiquiatra Rosa Encarnação. A visita domiciliária reforça essas lições e acrescenta outras, conforme a doença evolui. Não gosta de água? Talvez goste de gelatina. Comer um prato de gelatina é quase como beber um copo de água. A gelatina tem proteínas. Se as proteínas não estiverem repostas, vai ferir-se mais.

Os enfermeiros observam o doente. As pequenas feridas que tinha nas orelhas já sararam. Por que geme?

– A “argália” está a sair aqui. Acho que não será da “argália” – diz ela, referindo-se à algália.

– Isto não está em condições – responde o enfermeiro, pegando no tubo de borracha fino que liga a bexiga do doente a um saco de plástico transparente – Isto tem pus.

– Tem pus?

– Tem. Cheiro tem?

– Muito activo.

– Então é uma infecção urinária. Este gemido é dor. Vou pô-lo para cima para você ver – prossegue, virando o doente.– Por que não está aqui logo e dá-me outra vez a mão? – brinca ela.

« Anterior

Página 1 de 4

Seguinte »

Texto completo

COMENTÁRIOS

Os comentários a este artigo estão fechados. [Saiba porquê.](#)

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E INFORMADO

Título da pesquisa: A Arte de cuidar: Necessidades e dificuldades de Cuidadores Informais de Idosos dependentes

Investigadora responsável: Dr.^a Márcia Maria Machado Rainha

Exmo/a Sr. ou Sr.^a

Foi convidado a participar, como voluntário(a), numa pesquisa no âmbito de um projeto de investigação, inserido no Mestrado de Intervenção Comunitária da Escola Superior de Educação de Paula Frassinetti.

A sua participação é um importante contributo para realizar uma caracterização da população cuidadora de idosos, do concelho da Maia, mas também para o conhecimento das dificuldades e necessidades inerentes a essa função.

Solicita-se a sua colaboração no preenchimento de um inquérito, que levará cerca de 30 minutos.

A participação nesta pesquisa é **voluntária**, pelo que pode abandonar o estudo a qualquer momento, sem qualquer penalização. Pode ainda, optar por não responder a qualquer questão presente no questionário.

Todos os dados recolhidos serão confidenciais. Não se realizarão registos de imagem, no entanto, poderão ser realizadas gravações áudio, que após transcrição, serão devidamente destruídas.

Para qualquer esclarecimento, poderá contactar a responsável pelo estudo, via telefone através do número 92 418 41 81 ou do e-mail marciammrainha@gmail.com.

Ao assinar este documento, declara que tomou conhecimento das metodologias deste estudo, e que a nada se opõe, estando disponível para participar no mesmo.

Nome do participante

Assinatura do/a Participante

Data

Assinatura da Investigadora

Inquérito a Cuidadores Informais de Idosos

A. IDENTIFICAÇÃO DOS DADOS SOCIO DEMOGRAFICOS:

A.1. Sexo: Feminino Masculino

A.2. Idade:

18 a 30 anos 46 a 60 anos mais de 75 anos
 31 a 45 anos 61 a 75 anos

A.3. Estado civil:

Solteiro/a Casado/a ou união de facto
 Viúvo/a Divorciado/a

A.4. Profissão/ocupação:

Estudante
 Doméstico/a
 Reformado/a; Pensionista; RSI
 Trabalhador por conta de outrém
 Trabalhador por conta própria
 Outra. Identifique: _____

A.5. Nível de escolaridade:

Não sabe ler/escrever
 Sabe ler/escrever sem grau de ensino
 1.º, 2.º, 3.º ou 4.º ano (antiga instrução primária)
 5.º ou 6.º ano (ciclo preparatório)
 7.º, 8.º, ou 9.º ano (antigo 3.º, 4.º, 5.º Liceal)
 10.º, 11.º ou 12.º ano (antigo 6.º ou 7.º ano Liceal)
 Ensino pós-secundário (especialização tecnológica nível IV)
 Bacharelato
 Licenciatura
 Mestrado
 Doutoramento

A.6. Concelho de residência:

Maia
 Outro

A.7. Rendimento líquido mensal do agregado familiar:

sem qualquer rendimento
 até 500€
 de 501 a 1000€
 de 1001 a 1500€
 de 1501 a 2000€
 + de 2001€

B. DADOS DOS CUIDADOS PRESTADOS

B.1. Atualmente cuida de quantas pessoas por dia?

- 1 pessoa 3 pessoas
 2 pessoas 4 pessoas ou +

B.1.1. No caso de cuidar mais do que uma pessoa, cuida:

- ao mesmo tempo em momentos diferentes

A partir de agora, refira-se apenas à pessoa que mais o ocupa.

B.1.2. Que relação tem com a pessoa de quem cuida (mais)?

- Irmão/Irmã Nora/genro
 Cônjuge/companheiro/a Vizinho/a
 Filho/a Tio/tia
 Neto/a Amigo/a
 Sobrinho/a Outra Qual? _____

B.1.3. A frequência com que cuida dessa pessoa é:

- Todos os dias
 Praticamente todos os dias (ex. Exceto fins de semana)
 Só em alguns períodos (ex. Durante fim de semana; no Inverno)
 Só em certas ocasiões (ex. Quando está doente; nas férias)
 Aos “meses” (ex. A pessoa roda pela casa de diferentes familiares)
 De outra forma. Qual? _____

B.1.4. Se respondeu “Todos os dias”, ou “Praticamente todos os dias”, quantas horas dedica diariamente (em média) à prestação de cuidados dessa pessoa?

_____ horas

B.1.5. Onde reside a pessoa de quem cuida?

- Reside consigo Não reside consigo

B.1.6. Concelho de residência:

- Maia Outro

B.1.7. Há quanto tempo presta cuidados a essa pessoa?

Resposta: ____ anos e ____ meses (colocar 0 nos espaços não utilizados)

B.1.8. Você é o/a cuidador/a principal? Ou seja, é você o principal responsável pelos cuidados à pessoa idosa.

- Sim Não

B.2. No âmbito do exercício da sua atividade enquanto cuidador, recebe apoio de alguma instituição?

- Não. (Se não, passar para a pergunta B.3.)

Sim, qual? (marcar todas as opções aplicáveis)

- Centro de convívio Centro de noite
 Centro de dia Hospital
 Serviço de apoio domiciliário Junta de freguesia
 Centro de Saúde Outro. Especifique: _____
 Unidade de cuidados continuados
 Lar de idosos

B.2.1. Que tipo de apoio recebe dessa(s) instituição(ões)? (marcar todas as opções aplicáveis)

- Informativo
- Emocional (ex. Ajudam-no a pensar e arranjar novas formas de resolver os problemas)
- Instrumental (ex. Ajudam-no nas tarefas domésticas)
- Atividades de vida diária (ex. Ajudam-no a prestar cuidados de higiene, conforto e alimentação)
- Cuidados de Saúde
- Apoio financeiro
- Apoio alimentar

B.2.2. Quantas horas recebe de apoio dessa(s) instituição(oês) por semana?

_____ horas

B.2.3. Efetua algum pagamento a essa(s) instituição(ões)?

- Sim Não

B.3. Recebe ajuda de mais alguém para cuidar dessa pessoa?

- Sim Não (Se não, passar para a pergunta B.4.)

B.3.1. Quantas horas por semana?

_____ horas

B.3.2. Efetua algum pagamento a essa pessoa para o/a ajudar na prestação de cuidados?

- Sim Não

B.4. O facto de cuidar dessa pessoa teve consequências laborais, tais como: (marcar todas as opções aplicáveis)

- Não teve consequências
- Abandonar o trabalho
- Adaptar o horário de trabalho
- Interferir com a sua progressão e carreira profissional
- Interferir com o seu desempenho no local de trabalho
- Faltar ao serviço para assistir e prestar cuidados a essa pessoa
- Aposentar-me mais cedo
- Outra(s) consequência(s). Especifique: _____

B.5. Em geral, diria que a sua saúde é:

- Fraca Razoável Boa
 Muito boa Excelente

B.6. O facto de cuidar dessa pessoa teve consequências a nível familiar e social, tais como:

(marcar todas as opções aplicáveis)

- Não teve consequências.
- Mudar de residência.
- Dar menos atenção ao cônjuge/companheiro/a.
- Dar menos atenção a filhos/as.
- Perda de liberdade.
- Sair menos vezes para conviver.
- Deixar de fazer férias.
- Adaptação a novos horários.
- Ter menor disposição para atividades desportivas ou de lazer.
- Andar mais preocupado/a com a pessoa que cuida.
- Ter menos paciência.
- Outro: Especifique: _____

C. DADOS SOCIO DEMOGRÁFICOS E CLÍNICOS DA PESSOA A QUEM PRESTA CUIDADOS

C.1. Sexo da pessoa que recebe cuidados: Feminino Masculino

C.2. Idade da pessoa que recebe cuidados: ____ anos

C.3. Agregado familiar: (com quem vive a pessoa que recebe cuidados)

- | | |
|-----------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> Vive só | <input type="checkbox"/> Irmãos |
| <input type="checkbox"/> Cônjuge | <input type="checkbox"/> Netos |
| <input type="checkbox"/> Filhos | <input type="checkbox"/> Genro/nora |
| <input type="checkbox"/> Vizinhos | <input type="checkbox"/> Outro. Especifique: _____ |

C.4. Escolaridade da pessoa que recebe os cuidados:

- Não sabe ler/escrever
- Sabe ler/escrever sem grau de ensino
- 1.º, 2.º, 3.º ou 4.º ano (antiga instrução primária)
- 5.º ou 6.º ano (ciclo preparatório)
- 7.º, 8.º, ou 9.º ano (antigo 3.º, 4.º, 5.º Liceal)
- 10.º, 11.º ou 12.º ano (antigo 6.º ou 7.º ano Liceal)
- Ensino pós-secundário (especialização tecnológica nível IV)
- Bacharelato
- Licenciatura
- Mestrado
- Doutoramento

C.5. Condições de saúde: (marcar todas as opções aplicáveis)

- Alzheimer ou outra demência
- Doença Osteoarticular (doença dos ossos/articulações)
- Diabetes
- Neoplasia (cancro)
- Acidente Vascular Cerebral (AVC)
- Outra. Especifique: _____

C.6. A pessoa que recebe os seus cuidados:

- nunca pode ficar sozinha
- pode ficar sozinha por curtos períodos de tempo
- pode ficar sozinha

(Continua na página 6)

C.7. Avalie o Nível de Dependência, nas seguintes atividades da vida diária, da pessoa a quem presta cuidados, sendo 1 - independente/sem ajuda, 2 - semi-independente/precisa de alguma ajuda e 3 - dependente/com ajuda.

Nível de dependência	1 Independente/ sem ajuda	2 semi-independente/ precisa alguma ajuda	3 dependente/ com ajuda
Atividades da vida diária			
Alimentação (comer)			
Higiene corporal (banho, lavar os dentes...)			
Vestir			
Uso da casa de banho			
Controlo da bexiga (incontinência)			
Controlo de intestino			
Subir escadas			
Transferência cadeira-cama			
Mobilização (capacidade para se movimentar e deslocar por si próprio)			

D. SERVIÇOS

D.1. Quais os serviços, que a seguir identifica, como sendo mais úteis ou que gostaria de usufruir enquanto cuidador, classificando-os de 1 a 4, sendo 1 sem importância e 4 muito importante.

	1 Sem importância	2 Pouco importante	3 Importante	4 Muito importante
Informação sobre como prestar cuidados.				
Assistência de outra pessoa.				
Aconselhamento sobre o cuidar, sessões práticas de treino.				
Apoio psicossocial ao cuidador.				
Apoio psicossocial, animação e estimulação ao idoso.				
Ter alguém com quem falar sobre as minhas dificuldades e preocupações.				
Transporte do idoso/a a consultas, exames, etc.				
Pausas, por certos períodos de tempo, da sua função de cuidador. (Ex. Férias, algumas horas por semana)				
Apoio Logístico (preenchimento de impressos, conhecimento de apoios da Segurança Social, de instituições locais, etc)				
Outro. Especifique: _____				

D.2. Que serviços presta à pessoa que recebe os seus cuidados: (marcar todas as opções aplicáveis)

- Informação.
- Cuidados de higiene.
- Cuidados de limpeza da casa e/ou tratamento de roupa.
- Alimentação.
- Cuidados de saúde.
- Transporte.
- Companhia.
- Apoio religioso.
- Outros. Especifique: _____

D.2.1. Em qual das seguintes atividades sente mais dificuldade? Classifique de 1 a 3, representando 1 – nenhuma dificuldade, 2 – alguma dificuldade e 3 – muita dificuldade.

	1 Nenhuma dificuldade	2 Alguma dificuldade	3 Muita dificuldade
Informação.			
Cuidados de higiene. (por ex. dar banho, lavar os dentes, cortar unhas)			
Cuidados de limpeza da casa e/ou tratamento de roupa.			
Preparar refeições.			
Dar alimentação.			
Cuidados de saúde. (por ex. cuidar de feridas, dar medicação, etc.)			
Transporte.			
Companhia.			
Apoio religioso.			
Tomada de decisões sobre situações relacionadas com o cuidado a prestar.			
Impor-se ou dar ordens ao idoso/a.			
Gestão de tempo.			
Outros. Especifique: _____			

D.3. Sente que se tivesse formação sobre os cuidados a prestar, poderia prestar melhores cuidados ao(s) idoso(s)?

- Não. (Se não, passar para a pergunta D.4.)

Sim, qual? (marcar todas as opções aplicáveis)

- Saúde
- Nutrição
- Primeiros Socorros
- Prestação de cuidados de higiene ao idoso
- Preparação de refeições
- Prestação de cuidados de alimentação ao idoso (dar de comer ao idoso)
- Mobilizar o idoso (movimentar o idoso, passar da cama para cadeira, etc)
- Relaxamento
- Dispositivos e acessórios de apoio às atividades de vida diária
- Na forma de lidar com as perdas dos idosos

D.4. Estaria disposto a participar em sessões de informação e formação sobre cuidados a idosos?

- Sim
- Não
- Não sei

D.5. Enquanto cuidador, indique a frequência com que as situações a seguir descritas, ocorreram consigo nos últimos 30 dias, sendo 1 – nunca, 2 – raramente, 3 – algumas vezes, 4 – quase sempre, 5 – sempre.

	1	2	3	4	5
Tenho dificuldades em concentrar-me, em pensar e memorizar.					
Tenho dificuldades em dormir e estou insatisfeito com o meu sono.					
Tenho dificuldades em conciliar a minha vida profissional com a minha vida pessoal.					
Cuidar afeta negativamente a minha qualidade de vida.					
Cuidar limita a minha participação e/ou as minhas oportunidades de recreio, desporto e/ou lazer.					
Cuidar toma mais tempo do que gostaria; não tenho tempo para mim.					
Cuidar sobrecarrega-me fisicamente (tenho dores físicas, fadiga, ou estou esgotado fisicamente).					
Cuidar sobrecarrega-me psicologicamente (experiencio sentimentos negativos, como por exemplo, ansiedade, tristeza, depressão...).					
Cuidar sobrecarrega-me financeiramente (tenho dificuldades económicas inerentes aos gastos associados ao cuidar).					
Cuidar desta pessoa fortalece a minha relação com ela.					
Cuidar faz-me sentir bem, uma pessoa com mais valor e com mais auto-estima.					
Não tenho competências e/ou estratégias eficazes para satisfazer as exigências diárias inerentes ao cuidar.					
Tenho capacidades para assegurar a prestação de cuidados por muito mais tempo.					
Estou satisfeito com o apoio familiar que recebo para cuidar desta pessoa.					
Estou satisfeito com o apoio institucional que recebo para cuidar desta pessoa.					

D.6. Pensa que, pertencer a um “grupo de ajuda” para cuidadores informais de idosos seria um bom suporte para o seu dia a dia?

Sim Não Não sei

D.7. Estaria disposto a pertencer a um “grupo de ajuda” destinado a cuidadores informais de idosos?

Sim Não Não sei

D.8. Sugestões:

Agradecemos a sua colaboração, que é muito importante para nós.

Se pretender, poderá deixar-nos o seu contato para futura divulgação dos resultados e ações a desenvolver por este estudo.

Nome: _____ Contato telefónico: _____

Contato de email: _____

ANEXO V

GUIÃO DA ENTREVISTA EXPLORATÓRIA

GUIÃO DA ENTREVISTA EXPLORATÓRIA

Título da pesquisa: A Arte de cuidar: Necessidades e dificuldades de Cuidadores Informais (C.I.) da pessoa idosa dependente

Investigadora responsável: Dr.^a Márcia Maria Machado Rainha

IDENTIFICAÇÃO:

Nome.

Local de trabalho.

Função que desempenha.

Há quanto tempo.

ENTREVISTA:

1. Como é realizada a seleção dos utentes do SAD?
2. Que relação/contacto tem com os cuidadores informais?
3. Quais eram as principais dificuldades dos C.I., observadas no início da prestação de cuidados? Agora, quais são as dificuldades que os C.I. lhe transmitem?
4. Pela sua experiência, considera que os C.I. com maiores conhecimentos na área dos cuidados a prestar aos idosos, se sentem mais seguros nessa tarefa?
5. Os C.I. pedem-lhe formação? Considera importante que estes recebam formação para cuidar de pessoas dependentes?
6. Verifica que existe um desleixo com o próprio C.I. ? Por exemplo, queixa-se de falta de tempo para si, para a família, para atividades de lazer, dorme mal, sente-se sempre esgotado, anda mais irritado e sem paciência?
7. Na sua opinião, de que forma se poderia contrariar esse desleixo?
8. Identifica situações de sobrecarga (burnout) nos C.I.?
9. Considera que um *grupo de ajuda* seria um bom suporte para o dia a dia do C.I.? Pensa que os mesmos estariam interessados em participar em sessões de grupo?
10. Você estaria interessado em colaborar com o *grupo de ajuda*?

Muito obrigada pela sua colaboração.

ANEXO VI

**TRANSCRIÇÃO DA ENTREVISTA REALIZADA AO
COORDENADOR DA UNIDADE DE CUIDADOS DA
COMUNIDADE DO CASTÊLO DA MAIA**

TRANSCRIÇÃO DA ENTREVISTA REALIZADA AO COORDENADOR DA UNIDADE DE CUIDADOS DA COMUNIDADE DO CASTÊLO DA MAIA

Entrevista realizada dia 22/04/2015, no Centro de Saúde do Castelo da Maia, às 14h30.

Entrevistado: Enfermeiro Hélder Silva, Coordenador da UCC Castelo da Maia, trabalha desde 2010 nesta unidade.

Investigadora - Como é realizada a seleção dos utentes que são acompanhados pela unidade?

Coordenador UCC – Os utentes são enviados para a ECCI Castelo da Maia (Equipa de Cuidados Continuados Integrados), provém do Hospital, provém das unidades de saúde familiar, das UCSP, e provém das unidades de rede. Unidades de rede de convalescença, que agora estão a fechar, de média duração e de longa duração.

Investigadora – Na Maia existem dessas unidades?

Coordenador UCC – Não, Maia não. Vila do Conde, Porto, Gaia.

Investigadora – Isso quer dizer que os utentes residentes na Maia, ficam colocados nessas unidade e quando regressa a casa...

Coordenador UCC – Não obrigatório, porque os doentes podem ser enviados por nós para essas unidades, ou pelo hospital, ou por outras unidades, mesmo particular. E podem ser colocados nessas unidades conforme os pedidos da família. As famílias têm 3 hipóteses de pedido, e normalmente pedem para mais próximo. E quando é para mais próximo da área de residência, normalmente demora muito tempo, por causa das vagas. Quando é para mais longe, às vezes conseguem mais rápido. Portanto, isso vai depender das vagas que existem na rede.

Investigadora – Tem algum contacto direto com os cuidadores informais?

Coordenador UCC – Tenho.

Investigadora – Fazia domicílio?

Coordenador UCC – Fazia domicílios, e faço. Para a semana estou de férias, mas para a outra semana a minha colega vai de férias e eu vou fazer os domicílios dela. Portanto tenho de fazer de tudo.

Investigadora – Pela sua percepção, quais eram as maiores dificuldades que os cuidadores informais sentiam quando começaram a ser apoiados pela unidade?

Coordenador UCC – As dificuldades que eles sentem, porque grande parte dos cuidadores informais são pessoas já com uma idade avançada, portanto há o cansaço, disponibilidade têm, mas têm é o cansaço. Têm fracos conhecimentos. Além disso, têm que cuidar da pessoa e têm que cuidar de outras coisas. Da casa, às vezes de outro familiar. O problema principal é que de facto são pessoas idosas a cuidar de pessoas idosas e têm alguma dificuldade nessa área. E há os recursos, que são poucos, quer económicos, quer materiais, não são fáceis de obter. Principalmente é isso.

Investigadora – Acha que os cuidadores informais que já têm alguma experiência ou mais conhecimentos na área da saúde e dos cuidados conseguem prestar melhores cuidados à pessoa idosa?

Coordenador UCC – Conhecimentos na área da saúde ou conhecimentos na área para cuidar? As duas coisas?

Investigadora – Sim.

Coordenador UCC – É igual, porque 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.

Investigadora – Os cuidadores pedem-vos formação?

Coordenador UCC – Alguns pedem. E já vem esse pedido registado na plataforma da rede. Mas grande parte não pede. Nós é que depois vamos detetando, vamos conversando com as pessoas, e vamos estabelecendo objetivos também, porque há aqueles objetivos primordiais que são enviados pela plataforma, que são pedidos pelas diversas entidades que já referenciei, além desse nós detetamos mais, e depois comunicamos à família.

Investigadora – Vocês conseguem, de alguma forma, fazer essa formação com eles, prepará-los?

Coordenador UCC – Conseguimos, porque é um dos objetivos das ECCI, é no fundo fazer o ensino a gestão e adesão do regime terapêutico, seja ele qual for. E passa por aí.

Investigadora – Um dos resultados que conseguimos obter através dos inquéritos

realizados, é que grande parte, identifica que tendo formação conseguiriam prestar melhores cuidados, até porque para eles o “saber não ocupa lugar” e “aprendem sempre alguma coisa”, mas também se verifica, tal como disse, naqueles casos de pessoas mais idosas, que mesmo tendo formação eles acham que não vão conseguir prestar melhores cuidados porque já não conseguem.

Coordenador UCC – Sim, falta a parte da motivação também, muito difícil. Porque essas pessoas têm imensos problemas também, ou têm patologia também, ou têm poucos recursos económicos, falta de material, não têm ninguém que o ajude, portanto, há vários fatores que vão de facto dificultar o nosso trabalho.

Investigadora – Um dos objetivos deste projeto seria identificar as necessidades e de que forma se poderia suprir essas dificuldades, e aquilo que se nota é que, quando se pergunta se estariam dispostos a participar em ações de formação, eles até estariam dispostos, mas não o fazem porque não têm tempo.

Coordenador UCC – Estão dispostos, mas o problema é o resto. Por exemplo, a área geográfica, o estarem sozinhos, por exemplo, têm de sair, têm de deixar alguém, pedir a alguém, tem que haver colaboração de terceiros. E depois há de facto a motivação pelo meio.

Investigadora – Consegue identificar em alguns dos cuidadores informais a atingirem já aquele nível de sobrecarga?

Coordenador UCC – Consigo atingir, a maior parte das vezes não no primeiro dia, mas ao fim de uma semana já se consegue...

Investigadora – Há medida que vão ganhando confiança.

Coordenador UCC – É. Há a parte emotiva, às vezes choram, e às vezes descaem-se numa afirmação que não queriam descair, ou porque estão cheios de trabalhar, ou porque não têm tempo para tudo. Depois às vezes choram mesmo, no fundo há aquela... descarga emotiva que têm pontualmente, acontece isso. Mas também acontece aqueles que dizem “eu faço, eu faço” e não fazem. Depois a gente pergunta ou a gente chega e um simples posicionamento, uma marca, uma úlcera de categoria 1, qualquer coisa que a gente denote, chama a atenção e eles desviam a conversa, tentam arranjar argumentos para desviar-se do problema principal, porque enfim, têm isto para fazer, têm aquilo porque não sei o quê, e a gente começa a notar esses sinais de sobrecarga, E depois também a questão, que 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.” Acontece muitas vezes de facto, é a visualização que a gente faz da habitação, que andam cansados, não conseguem fazer tudo, que estão sempre virados para o utente. Às vezes é muito mais pelas atitudes e comportamentos que eles têm. Nunca é no primeiro dia, podemos ter logo uma ideia, mas na segunda semana já se começa a ter alguma perceção disso.

Investigadora – De que forma é que se podia contrariar esses efeitos?

Coordenador UCC – É muito difícil. Normalmente nós tentamos que terceiros entrem na resolução do problema. Terceiros, muitas vezes pode ser um familiar direto ou indireto, às vezes vizinhos. Fazemos as questões, vamos questionando, vamos conversando, a ver qual é a hipótese de arranjar uma terceira pessoa, ou então, às vezes arranjar uma pessoa para naquele dia ela ir dar uma volta, passear, um familiar vai lá, fica ali pontualmente aquele dia. Conversamos e tentamos fazer por essa via. Outras vezes, através da nossa assistente social, saber se de facto tem um suporte económico que justifique. Às vezes dizem que não, e às vezes até têm suporte, mas é difícil estar a meter terceiros dentro de casa, para fazer limpeza, para fazer a higiene, para fazer a alimentação. Há sempre pessoas que são irredutíveis, não mudam, não querem. Isso às vezes tem de ser muito trabalhado, tem de ser explicado, quais são os fatores que eles vão beneficiar, tendo o apoio de. Se tiverem suporte económico. Se não tiverem suporte económico, nós tentamos por outras vias, alguma assistência ao nível do Estado, que é cada vez mais escasso. Por outro lado, tentamos também através do voluntariado. Nós temos a LACES Maia, que dá apoio nessa área. Ainda vamos conseguindo alguma coisa, mas as áreas também são um bocado restritas, porque em termos de limpeza da casa não dão apoio, mas para conversar ou para tratar de assuntos externos, compras, dão apoio nessa área. Eles também dão apoio em termos de material. A LACES Maia tem material que lhe foi cedido externamente, veio de fora do país.

Investigadora – Ajudas técnicas?

Coordenador UCC – Sim, ajudas técnicas. Nós temos apoio, em que eles deixam utilizar gratuitamente, mas tem que apresentar IRS, agora para tudo se apresenta IRS. Se justificar tem, porque as ajudas técnicas são escassas. Nós também temos ajudas técnicas, nós temos camas, temos andarilhos, temos bengalas, temos algum material, restrito, só que o nosso nunca pode ser “ad eternum”. Nós temos 20 camas e estão sempre a entra e a sair, e nós somos umas das ECCI que têm grande mobilidade, e

portanto, estão sempre a entrar e a sair. Portanto, a cama poderá ficar três meses, suponhamos. Não há uma data limite, mas também não vamos por uma cama para dois ou três dias, porque isso não faz nexo, a não ser que seja uma situação gritante. De resto tentamos sempre arranjar por fora. Se conseguirmos óptimo, se não vão uma das nossas camas, mas as pessoas estão informadas que têm um tempo limite.

Investigadora – Têm que arranjar uma solução entretanto.

Coordenador UCC – Mas as soluções passam no fundo por isso. Há sempre o nosso apoio, nós não fazemos cuidados de higiene, obviamente, mas quantas vezes a gente tem que fazer numa situação pontual ou outra, mas não é esse o nosso objetivo, nem temos a permissão para isso. Claro que nós tentamos, através da comunidade, arranjar parceiros que possam dar apoio. O voluntariado é só o LACES Maia, não temos assim muita gente que o faça, não conheço aqui. De resto temos é o apoio da comunidade, por exemplo a família precisa da alimentação, do almoço e do jantar, consegue-se através de, tem que se saber o IRS da pessoa, a preços mais sociais, muito mais baratos.

Investigadora – E fazem a distribuição?

Coordenador UCC – Não, porque são empresas particulares que trabalham com a Segurança Social. E depois fazem aqueles preços mais baratos. Mas têm que apresentar o IRS. Senão, não fazem nada.

As estratégias depois também passam por nós, não é? De tentar motivar, ou tentar arranjar, se a gente espremer e não encontrar nada, arranjar connosco qualquer coisa que possa ser feita de melhor. Nós também temos alunos que nos facilita também ideias novas, vontade e é sempre bom. Passa um bocadinho por aí... não temos assim muito mais.

Investigadora – Este Mestrado é na área de Intervenção Comunitária, e a proposta que estou a realizar para a IC seria a criação de uma associação de cuidadores informais...

Coordenador UCC – É assim, também nós temos, aqui não temos, temos projetos, mas não dá para tudo, não dá infelizmente. Eu tenho a especialidade na Saúde Comunitária e um dos projetos interessantes era esse, só que eu não tenho tempo para isso. Tanto que eu fiz uma pós graduação na Faculdade de Medicina em Geriatria e Gerontologia, aqui no Porto, e era interessante. Só que eu não consigo.

Investigadora – Uma das atividades a desenvolver pela Associação, seria criar um grupo de ajuda, 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, etc.

Coordenador UCC – Isso é ótimo.

Investigadora – Aquilo que se verifica é que, mais uma vez, por indisponibilidade de tempo as pessoas não respondem afirmativamente a pertencer a um grupo desse género, daí que todas as atividades propostas terem de envolver o domicílio dos cuidadores informais. Acha que a criação de um grupo de ajuda ia ser uma mais valia para a Associação e para os cuidadores informais.

Coordenador UCC – Acho que sim. O único problema que vejo, é de facto a área geográfica, porque a área geográfica da Maia, apesar de tudo ainda é grande. Moreira, Vila Nova da Telha, aeroporto, aquela zona, Gemunde para ali, ou aqui Santa Maria de Avioso.

Investigadora – Essas zonas parecem ser as mais, entre aspas, “abandonadas” em relação a serviços.

Coordenador UCC – Nota-se que são mais rurais, em relação aqui. Aqui tem mais acesso. Apesar de que a Maia não está tão mal assim, em termos de infraestruturas.

O que eu lhe queria mostrar (...) a UCC Valis Longos: Cuide de quem cuida - promovendo o envelhecimento ativo, não não é isso! Idosos na comunidade! (...) eu sei que há qualquer coisa...

Investigadora – Mas “Cuidar de quem cuida”, se calhar será o que procura!

Coordenador UCC – Aqui não há, aqui havia de haver. Isso eu acho uma ótima ideia.

Investigadora – E o enfermeiro estaria disposto a colaborar com a Associação?

Coordenador UCC – Sim.

Investigadora – Já sei que o tempo não será muito.

Coordenador UCC – Desde que as coisas sejam programadas, é melhor. E tuteladas por outros ainda é mais fácil. É óbvio. Ainda não fiz o relatório do ano passado, ainda tenho de o fazer. Eu não tenho tempo, quer dizer, a estatística está toda tratada, é só colocar lá os dados, mas são coisas que têm de ser feitas. E eu não tenho tempo para tudo. Temos de dar resposta a todos.

Investigadora – São poucos os recursos humanos.

Coordenador UCC – A minha colega vai embora, veio outra, mas ela vai embora

Investigadora – Aquilo que eu verifiquei quando comecei este projeto é que, normalmente, os projetos se focam no idoso que está dependente e não na pessoa que cuida.

Coordenador UCC – É, normalmente é assim. Na ECCI não, não temos hipótese, temos de ter colaboração do cuidador, seja ele qual for, apesar de nós não termos indicações para fazer formação a cuidadores formais, porque nós temos cuidadores formais, só que de vez em quando a gente lima uma aresta ou outra, mas a maior parte deles tem conhecimentos para tal, a não ser um cuidador formal que é uma pessoa que mora ali ao lado, e que a família paga, é formal porque é paga, mas não é de empresa. Esses de empresa têm os conhecimentos, até de sobra. Agora, nós temos o cuidado, e nós necessitamos mesmo que assim seja, que a família esteja envolvida. E fazemos muita coisa que não nos diz respeito.

Investigadora – Isso parte de cada profissional depois, não é?

Coordenador UCC – Pois parte, mas o problema é que a realidade é uma, o tempo é pouco, os recursos humanos são poucos, e se calhar havíamos de ser mais frios, mas não somos. Só que o problema é esse, custa-me!

Investigadora – Não tenho mais questões para lhe colocar.

Coordenador UCC – Foram rápidas.

Investigadora – Eu disse que ia ocupar pouco do seu tempo, pois sei que vosso tempo é escasso, e daí ir direta, focada nas perguntas. Muito obrigada pela sua disponibilidade, não sei se quer deixar alguma sugestão, fazer algum comentário.

Coordenador UCC – Não. Para já não, está tudo bem.

ANEXO VII

PASSOS A SEGUIR PARA A CRIAÇÃO DE UMA ASSOCIAÇÃO

PASSOS A SEGUIR PARA A CRIAÇÃO DE UMA ASSOCIAÇÃO

Existem 2 vias para se constituir uma associação, o método tradicional e Associação na Hora.

No entanto, verificando-se maior celeridade e menor burocracia, aconselhamos a Associação na Hora. Com a Associação na Hora não é necessário obter previamente o certificado de admissibilidade junto do Registo Nacional de Pessoas Coletivas; celebrar uma escritura pública, enviar a mesma ao Ministério Público e depositá-la no Governo Civil; nem a publicação em Diário da República; recebe-se de imediato o cartão eletrónico de pessoa coletiva, a certidão do ato constitutivo e os respetivos estatutos, que são publicados imediatamente no Portal da Justiça.

Pode ser realizado no mesmo dia, através de atendimento presencial.

Para tal, deverá seguir os seguintes passos:

1. Escolher um nome da lista de denominações pré-aprovadas. “As denominações pré-aprovadas são compostas por expressões de fantasia que não identificam qual a natureza associativa nem os fins estatutários, cabendo aos interessados completar a denominação com a menção do elemento indicativo da natureza associativa (Associação, Núcleo, União, Clube e Club). Podem completar a denominação com a menção de qualquer expressão alusiva aos fins estatutários da associação (exemplo: de caçadores).” (Portal da Empresa, 2015).

2. Escolher o modelo de estatuto destinado a IPSS previamente aprovados, que está disponível nos locais de atendimento e em http://www.associacaonahora.mj.pt/pdf/modelo_estatutos_ipss.pdf.

Os estatutos descrevem direitos e obrigações dos associados, condições de admissão, saída ou exclusão de novos sócios, as competências dos órgãos da associação, as suas receitas ou os termos de extinção da pessoa coletiva. Descrevem ainda, o **objeto social** da associação, determinam os bens e serviços que a associação vai prestar e todos os seus objetivos.

Este modelo não permite a nomeação simultânea dos 3 órgãos sociais da Associação (Mesa da Assembleia Geral, Administração e Conselho Fiscal).

A Mesa da Assembleia Geral é constituída por 3 elementos, um presidente, um vogal e um secretário, a quem cumpre a destituição dos titulares de todos os órgãos

da associação, a aprovação do plano de atividades, dos estatutos e dos balanços e a extinção da associação. A Administração, também constituída por três pessoas (um presidente, um secretário e um tesoureiro), tem como função a direção e gestão da associação. Finalmente, o Conselho Fiscal, constituído por um presidente, um secretário e um redator, que têm a missão de controlar as contas da associação. Cada órgão social pode ter mais de 3 elementos. (CM MATOSINHOS, 2015).

3. Dirigir-se a um balcão Associação na Hora, e avançar com o processo de constituição da associação;

4. Os documentos necessários são:

a) para associados que sejam pessoas singulares

- Documento de identificação: cartão do cidadão, bilhete de identidade, passaporte, carta de condução ou autorização de residência;

- Cartão de contribuinte ou Número de Identificação Fiscal (NIF).

b) Se os associados forem pessoas coletivas e se tratar de uma associação não sujeita a registo comercial é necessário apresentar:

- Documentos de identificação e NIF dos representantes legais;

- Cartão de Identificação de Pessoa Coletiva;

- Estatutos;

- Ata de deliberação da Assembleia-Geral sobre a constituição da Associação;

- Ata de eleição e de tomada de posse dos representantes legais.

5. O pagamento é realizado no momento da constituição (300 euros).

Nesse momento recebe:

a) Certidão do ato constitutivo e dos estatutos da associação;

b) Cartão eletrónico de pessoa coletiva disponibilizado de forma automática através da atribuição de um código de acesso;

c) Número de Segurança Social da associação;

d) Recibo comprovativo do pagamento dos encargos devidos.

Nesta altura, deverá indicar o Técnico Oficial de Contas (TOC) ou selecionar um da Bolsa de TOC's que é disponibilizada, se optar por ter contabilidade organizada, ou ainda,

6. entregar a declaração de início de atividade no serviço da Associação na Hora ou no serviço de Finanças. Após a entrega da Declaração de Início de Atividade e

inscrição na Segurança Social, será enviado o Cartão de Pessoa Coletiva, que contém o Número de Identificação de Pessoa Coletiva (NIPC), ou seja número de identificação fiscal (NIF), e o Número de Inscrição na Segurança Social (NISS), a título gratuito.

Depois da criação, o ato constitutivo e os estatutos da associação são publicados gratuitamente no site *Publicações Online* do Ministério da Justiça.

Nas associações, a Administração convoca a Assembleia Geral, pelo menos uma vez por ano para aprovação dos balanços. Cada sócio deve receber via postal o aviso da data, hora, local da Assembleia Geral e ordem de trabalhos, com um mínimo de 8 dias de antecedência.

Quase todas as decisões são tomadas por votação da maioria absoluta de votos associados presentes. Para cada Assembleia deverá ser redigida uma Ata, onde constam todas as decisões.

Cada um dos órgãos, referidos anteriormente, deve ter o seu próprio Livro de Atas, e por cada reunião assegurar que é elaborada uma ata. Este livro deve ser apresentado num Serviço de Finanças para ser pago o imposto de selo.

ANEXO VIII

FORMAS DE FINANCIAMENTO E SUSTENTABILIDADE DA ASSOCIAÇÃO

FORMAS DE FINANCIAMENTO E SUSTENTABILIDADE DA ASSOCIAÇÃO

Formas de financiamento e sustentabilidade da associação: receitas das associações; mecenato; consignação fiscal; crédito bancário.

As associações têm as suas fontes próprias de **receitas ordinárias e extraordinárias**. Exemplo disso são as jóias e quotas pagas pelos associados; participações de associados e utentes dos serviços prestados pela associação; em alguns casos, a associação pode ter imóveis que arrenda e daí retirar receitas. Como receitas extraordinárias, poderão existir doações ou heranças; receitas angariadas em festas e outros eventos; subsídios de acordos de cooperação celebrados com o Estado; o mecenato e donativos.

Em relação ao **mecenato**, existem benefícios fiscais. Assim, se o mecenas é uma entidade pública que contribui, estes donativos são aceites como custos, nas pessoas coletivas, e são ainda majorados em 20%. No caso de contribuintes singulares, os donativos podem ser deduzidos à coleta em 25%. Para entidades privadas, o donativo permite uma dedução à coleta no valor correspondente a 25% do total, até ao limite de 15% da coleta (FERNANDES e CASTRO, 2005).

As vantagens para o mecenas, vão muito além dos benefícios fiscais. O mecenas mostra-se como parte da comunidade através de uma participação ativa, sente uma valorização social e humana e existe uma melhoria da imagem pessoal ou institucional (no caso de empresas).

Após obter o reconhecimento de utilidade pública, a associação pode solicitar aos seus associados e população em geral, a **consignação fiscal**, que permite aos contribuintes direcionarem, no momento do preenchimento da declaração de IRS, 0,5% do imposto liquidado a uma instituição à escolha. Mas para isso, deverá constar da lista publicada pela Autoridade Tributária. Estes 0,5% referem-se ao imposto total que o Estado vai liquidar e não ao imposto que será devolvido ao contribuinte, caso tenha direito a reembolso de IRS (MONTEPIO, 2013).

Numa fase inicial, as formas mais comuns para financiar projetos passam por recorrer a entidades bancárias a fim de obter **créditos**. Atualmente existem algumas parcerias entre estas entidades bancárias e o IEFP (Programa de Apoio ao Desenvolvimento da Economia Social (PADES)), no sentido de os empreendedores obterem créditos até 20 mil

euros, com juros mais baixos e até 24 meses de carência. Devem reembolsar o crédito em 60 prestações mensais.

O objetivo é fomentar a criação de emprego e o empreendedorismo entre quem tem mais dificuldade em aceder a empréstimos bancários.

“O Sou Mais é isso mesmo: um financiamento que visa apoiar a concretização de projetos de reduzida dimensão e com investimentos que sejam viáveis. A coordenação e acompanhamento deste programa estão a cargo da Cooperativa António Sérgio para a Economia Social (CASES), em parceria com o Instituto de Emprego e Formação Profissional (IEFP), o Instituto de Apoio às Pequenas e Médias Empresas e à Inovação (IAPMEI) e a Direção Geral de Tesouro e Finanças.” (MONTEPIO, 2012).

Uma das instituições bancárias que presta este crédito é o Montepio Geral e pode ser consultada mais informação em: <http://ei.montepio.pt/sou-mais-o-microcredito-social/>.

Existem atualmente, várias outras formas de obter incentivos financeiros para iniciativas destinadas a instituições sem fins lucrativos.

Outras formas de financiamento: crowdfunding; responsabilidade social das empresas (o caso do Montepio Geral e Prémio BPISéniore); Programa Portugal 2020 (Fundos Comunitários)

Atualmente, não podemos deixar de utilizar a tecnologia a nosso favor, existindo mesmo formas de financiar um projeto recorrendo às redes sociais.

“A maior parte dos portugueses desconhece o conceito mas mesmo assim as plataformas de crowdfunding já terão angariado, desde a sua criação em Portugal em 2011, cerca de um milhão de euros.” (LUSA, 2014)

O **crowdfunding** é uma alternativa de financiamento colaborativo que conta com a ajuda da comunidade para doações anónimas, de forma a financiar determinado projeto através da internet. O objetivo é ver projetos de cariz social, cultural ou empresarial que não teriam apoios ou financiamento no âmbito normal a tornarem-se realidade. (CORREIA, 2013).

Neste caso, a associação deverá realizar um vídeo promocional ou texto, onde apresenta a associação, os objetivos, explica o projeto, o montante mínimo que necessita e o tempo para angariar os fundos. Depois deverá escolher, entre 2 sites nacionais mais conhecidos, onde apresentar e iniciar o financiamento do projeto: o PPL <http://ppl.com.pt/pt> e o Massivemov <http://www.massivemov.com/>.

Se no prazo estabelecido conseguir atingir o montante pretendido, o projeto recebe o financiamento, caso não atinja o valor pedido, os fundos são devolvidos aos investidores.

Para angariar mais investidores, normalmente o promotor oferece recompensas,

incentivando os donativos. As recompensas vão desde o agradecimento público, passando por merchandising da empresa, até prestação de serviços, e dependem do valor do apoio oferecido.

As vantagens deste tipo de financiamento prendem-se com o facto de que terá sempre alguém disposto a financiá-lo. Num primeiro plano serão familiares e amigos, sendo que depois o círculo irá alargar-se a conhecidos através da promoção que o seu projeto irá ter. No último plano, o financiamento do seu projeto irá chegar a totais desconhecidos. (CORREIA, 2013).

Existem algumas entidades privadas que apoiam projetos sociais, no âmbito do mecenato, e da **responsabilidade social**. Exemplo disso é a Fundação Montepio, que incentiva as instituições do setor social a apresentar projetos para solicitar um apoio. Depois de preencher o formulário de apresentação (disponível no site da Fundação Montepio), o mesmo deverá ser remetido para fundacaomontepio@montepio.pt ou enviado para Montepio - Gabinete de Responsabilidade Social, Rua de São José, n.º 213, 2.º, 1169-057 Lisboa (MONTEPIO, 2015). E depois, resta esperar.

O Banco BPI, promove anualmente o “**Prémio BPI Seniores**”, no âmbito da sua política de Responsabilidade Social. Disponibiliza 500 mil euros, “para apoio a projetos que visem a integração social e promovam a melhoria da qualidade de vida e o envelhecimento ativo de pessoas com idade superior a 65 anos.” (BPI, 2015).

Para concorrer a este prémio, deverão ser consultados os prazos de entrega de candidaturas.

Podem concorrer todas as instituições privadas sem fins lucrativos, com sede em Portugal, cujos projetos envolvam a integração social e a promoção da qualidade de vida dos mais velhos. (BPI, 2015).

A avaliação das candidaturas é realizada por um júri independente, nomeado pelo BPI, que irá premiar os projetos, de acordo com a qualidade técnica da candidatura (relevância, fundamentação e programação dos seus objetivos, a sua abrangência em termos de população alvo e o carácter inovador da sua abordagem) e a sustentabilidade da candidatura (experiência e solidez da instituição candidata, a adequabilidade e a exequibilidade do projeto em termos da sua aplicação de recursos humanos, materiais e financeiros) (BPI, 2015).

O regulamento, formulários de candidatura e demais informações adicionais podem ser consultadas no site institucional do banco (<http://www.bancobpi.pt/responsabilidade-social/premio-bpi-seniores>).

No ano de 2015, as candidaturas encontram-se abertas de 1 a 26 de abril, e os resultados serão anunciados no dia 1 de outubro de 2015, Dia Internacional do Idoso.

Quanto ao **Portugal 2020**, “Trata-se do ACORDO DE PARCERIA adotado entre

Portugal e a Comissão Europeia, que reúne a atuação dos 5 Fundos Europeus Estruturais e de Investimento - FEDER, Fundo de Coesão, FSE, FEADER e FEAMP - no qual se definem os princípios de programação que consagram a política de desenvolvimento económico, social e territorial para promover, em Portugal, entre 2014 e 2020.” (PORTUGAL 2020, 2015).

O nosso país irá receber até 2020, 25 mil milhões de euros.

No sentido de prosseguir a Estratégia Europa 2020, Portugal definiu 4 áreas:

- Competitividade e Internacionalização;
- Inclusão Social e Emprego;
- Capital Humano;
- Sustentabilidade e Eficiência no Uso de Recursos.

No caso da associação a criar, os objetivos da mesma, inserem-se no eixo da Inclusão Social e Emprego, nomeadamente no Eixo prioritário 3 – Promover a inclusão social e combater a pobreza e a discriminação. Nomeadamente, no que diz respeito a diversificar a oferta de intervenção social e de saúde.

Neste ponto, as ações a financiar, visam alargar e diversificar os serviços sociais e de saúde; o aumento da qualidade dessas respostas e a capacitação dos atores envolvidos, incentivando os serviços de proximidade com base na comunidade e nas suas necessidades específicas, sendo privilegiados os seguintes grupos: pessoas com deficiência e incapacidade, pessoas idosas e suas famílias.

São identificadas como necessidades emergentes as decorrentes do aumento da esperança média de vida “pelo que as ações propostas reconhecem a importância do papel dos cuidadores e a necessidade da sua qualificação.” (PORTUGAL 2020, 2014:93).

A proposta vai no sentido de desenvolver serviços diferenciados e diversificados, adequando as respostas às necessidades de pessoas com deficiência e incapacidade e às suas famílias. Neste ponto, o Portugal 2020 (2014) sugere mesmo o “(...) “Cuidar dos cuidadores” – reforço da rede nacional de serviço de ajuda e apoio, nomeadamente com formação e suporte a pais e cuidadores, e através de grupos de ajuda mútua (face-a-face ou em plataformas eletrónicas).”, entre outras.

Outra proposta, passa por uma intervenção preventiva, e é designada de “Cuidados especializados”. Nesta área, serão apoiados projetos de sensibilização e ações de informação e formação com o objetivo de capacitar “(...) técnicos e famílias nas áreas da infância e juventude, das demências, e da população com deficiência e incapacidade (...)” (PORTUGAL 2020, 2014:96).

Existem muitas outras iniciativas que são consideradas importantes para concurso, no

entanto, estas são as que mais se adequam à associação a criar.

Cada área tem um período de candidatura, neste caso, decorre de junho a outubro de 2015.

Na seleção das propostas entregues, serão valorizados vários aspetos: a orientação para os resultados (efeitos nos beneficiários); a sustentabilidade (viabilidade económico-financeira do projeto e do beneficiário); o efeito de incentivo (contributo para os objetivos dos apoios concedidos); o desempenho histórico dos beneficiários; critérios de elegibilidade transparentes, de fácil perceção e previsíveis; a inovação social.

O processo de decisão terá 3 fases:

1. verificação das condições de admissibilidade dos beneficiários e das operações;
2. aplicação dos critérios de elegibilidade e apuramento do mérito absoluto;
3. tomada de decisão sobre o financiamento tendo em conta a disponibilidade orçamental (mérito relativo). (PORTUGAL 2020, 2014)

Deverá ainda ser levado em conta, que as intervenções devem estar orientadas para população em risco de pobreza e exclusão social e devem vir complementar respostas já existentes, reforçando sinergias com instituições e autarquias locais.

Para mais informações, deverá ser consultado o site www.portugal2020.pt.

REPORTAGEM

Também é preciso cuidar de quem cuida

SARA DIAS OLIVEIRA 19/08/2014 - 08:03

Projecto para cuidadores informais de pessoas com demência começou em cinco concelhos e quer espalhar-se pelos restantes 12 municípios da Área Metropolitana do Porto. Chama-se Cuidar de Quem Cuida, tem grupos psico-educativos, ajuda a gerir emoções e vai analisar os impactos sociais e económicos de quem trata dos seus sem pedir nada em troca.



Fernanda e Rosa, como outros cuidadores informais, não recebem apoio financeiro para cuidarem das mães ADRIANO MIRANDA

Quando Fernanda Costa pediu ajuda chorava tanto que não conseguia falar. O choro e as lágrimas roubaram-lhe as palavras antes de se acalmar e contar a sua história. Há dois anos que cuida da mãe de 81 anos que sofre de Alzheimer e de Parkinson. É preciso vesti-la, dar-lhe a comida à boca, lavá-la. Todos os dias. “Sinto-me cansada, muito presa, não tenho vida própria”, desabafa, para logo acrescentar “a minha mãe está sempre em primeiro lugar, trato dela primeiro e depois das minhas coisas”. Uma prima falou-lhe do Cuidar de Quem Cuida, projecto para cuidadores informais de pessoas com demência que estava a ser desenvolvido em cinco concelhos da região de Entre Douro e Vouga – Santa Maria da Feira, São João da Madeira, Oliveira

de Azeméis, Vale de Cambra e Arouca. Decidiu que estava na hora de partilhar as suas inquietações e de deixar que cuidassem de si.

Fernanda não esquece esse primeiro momento em que recorreu ao projecto para expor as suas angústias. “Comecei a chorar porque estava a ver que não conseguia dar a volta”. Mas conseguiu. “Explicaram-me várias coisas, como cuidar da minha mãe, como gerir a parte emocional, comecei a conviver com pessoas que estavam na mesma situação, percebi que havia gente em piores condições”. Fernanda tem 57 anos e ainda trabalha, todo o tempo que lhe sobra é para tratar da mãe que, durante a semana, está num centro de dia. “Por enquanto, porque está cada vez mais complicado. No início, não aceitava ir para um centro de dia e não dormia”. Fernanda faz parte de um grupo de ajuda mútua de cuidadores que se juntam na primeira quinta-feira do mês em Santa Maria da Feira. É ali que percebe que não está sozinha.

Rosa Silva também faz parte do Cuidar de Quem Cuida. “Esses convívios aliviam-me muito. Conversamos e vamos aprendendo”. Há 11 anos que cuida da mãe de 91 anos, a quem diagnosticaram demência. Duas semanas por mês, a mãe está entregue aos seus cuidados. São dias inquietos por não saber o que esperar da imprevisibilidade de uma demência. “Durmo com a minha mãe e não há uma noite que durma sossegada”, revela. Pediu a reforma antecipada aos 52 anos, sofreu uma penalização de 30 por cento. Admite que está cansada, mas sem queixumes. “Sinto-me bem a fazer o que faço e é uma falha não existir um sítio com voluntários que ficassem com pessoas como a minha mãe nem que fosse por um bocadinho. Há centros comerciais que têm espaços com gente para tomar conta das crianças, por que não haver o mesmo apoio para idosos?”, questiona-se vezes sem conta. Rosa tem 63 anos e o peso dos dias é, de alguma forma, aliviado nos encontros de quinta-feira.

Fernanda e Rosa, como todos os outros cuidadores informais, não recebem qualquer apoio financeiro para cuidarem das mães. Esticam as suas reformas, fazem contas todos os dias. “É preciso pensar nos cuidadores que estão abandonados, que não têm direitos, que não têm nada a que se agarrar”, refere Madalena Malta, coordenadora do Cuidar de Quem Cuida e

directora técnica e pedagógica do Centro de Assistência Social à Terceira Idade e Infância de Sanguedo (CASTIIS), Santa Maria da Feira, entidade executora do projecto. “As respostas são poucas e demoradas”, acrescenta.

O Cuidar de Quem Cuida arrancou em Junho de 2009, com um programa psico-educativo estruturado, fóruns de discussão, gestão de emoções, entre outras actividades. Até Maio de 2013, abrangeu 288 cuidadores informais dos cinco concelhos e criou 37 grupos psico-educativos. E traçou o perfil do cuidador informal dos cinco municípios: 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%.

Os resultados do projecto têm outros indicadores. “Os cuidadores já têm alguém que os ouça, que os ajudam a resolver os problemas”, refere Madalena Malta. Em vários momentos, foram feitas avaliações e há melhorias a registar. “Os resultados indicam que há melhorias na saúde física e mental dos cuidadores”, revela a gerontóloga Cátia Pires, que integra a equipa técnica do projecto – que, na primeira fase, teve como co-promotora e parceira institucional a Câmara de Santa Maria da Feira que também contribuiu financeiramente, enquanto a Fundação Calouste Gulbenkian e o então Alto Comissariado da Saúde assumiram o papel de financiadoras e a Unidade de Investigação e Formação Sobre Adultos e Idosos (UNIFAI) a função de monitorizar e avaliar os passos dados. O orçamento disponível para os quatro anos rondou os 193 mil euros.

As contas da poupança

Os resultados demonstravam que fazia todo o sentido continuar. Em Fevereiro deste ano, o projecto entrou numa segunda fase para permanecer nos cinco concelhos e abranger os restantes 12 municípios da Grande Área Metropolitana do Porto num processo que durará até 2016. Uma nova etapa que pretende replicar o modelo ao capacitar uma Organização Não

Governamental em cada município para que seja capaz de implementar o projecto no seu território. E não só. As visitas ao domicílio fazem parte dos planos, tal como a análise do impacto social e económico. O Cuidar de Quem Cuida quer quantificar quanto se poderia poupar, nomeadamente em consultas médicas e em medicação, se os cuidadores informais tivessem apoios efectivos.

“Este projecto também pretende apelar à compreensão e responder às necessidades. Mostrar que há necessidades reais que esta comunidade tem e que faz sentido, em termos locais e nacionais, criar políticas de resposta para estes públicos”, sublinha Cátia Pires. Já há um valor em cima da mesa. Na primeira fase do projecto, estimou-se que o custo de um grupo psico-educativo – contabilizando despesas com recursos humanos, consumíveis, transportes e material de divulgação -, com 11 sessões de cerca de duas horas cada, ficaria por 4123 euros. “É preciso perceber que políticas direccionadas aos cuidadores têm vantagens económicas”, adianta Madalena Malta. Cristina Barbosa, gerontóloga na Câmara da Feira e que acompanha o projecto, realça essa componente, bem como a intervenção multidisciplinar que permite ter “pontos de análise muito interessantes”. “Os cuidadores precisam dessas respostas mais integradas, mais precisas, mais contínuas”. Até porque, segundo Lídia Correia, psicóloga da equipa, os cuidadores, nas primeiras consultas, estão “baralhados, confusos, a precisar de desabafar”. “Chegam cansados, com vontade de abordar certas temáticas, mas com dificuldades em partilhar o cuidar”, revela.

Na segunda etapa, já foram criados dois gabinetes de apoio aos cuidadores, um no CASTIIS e outro no Centro de Saúde de São João da Madeira. Um serviço gratuito e que em Setembro também abrirá em Oliveira de Azeméis, Vale de Cambra e Santa Maria da Feira, estando previsto mais um em Arouca. No início de Maio, realizou-se uma tertúlia sobre os aspectos jurídicos no cuidar. Esta é, aliás, uma vertente em que o projecto vai insistir para sensibilizar advogados, magistrados e juristas, sobretudo para os processos de interdição e inabilitação de pessoas com cognição diminuída, além do recente processo do testamento vital relativo à prestação de cuidados de saúde.

É numa lógica de cooperação intermunicipal e de multidisciplinaridade profissional que assenta o projecto que tem respostas sociais e de saúde direccionadas para a maximização do bem-estar de quem cuida. O programa precisa de uma sólida rede de parceiros, apoiando-se nas câmaras, centros de saúde, várias instituições de apoio à terceira idade e no Hospital da Feira. O Cuidar de Quem Cuida quer olhar para vários ângulos. 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. O projecto já construiu uma bolsa de cuidadores com formação complementar de forma a ajudar quem precisa de serviços especializados e fez o diagnóstico dos serviços de descanso ao cuidador, ou seja, das soluções disponíveis de internamento temporário – concluindo que apenas 16% das instituições do Entre Douro e Vouga referiam ter essa resposta. Nesta nova fase, e no âmbito do Programa Cidadania Activa, cujos fundos são provenientes do Mecanismo Financeiro do Espaço Económico Europeu que, em Portugal, são geridos pela Fundação Gulbenkian, o CASTIIS continua a ser o promotor do projecto e a Câmara da Feira parceira, juntamente com o Centro Hospitalar de Entre Douro e Vouga e o Caso 50+ Associação.

O envelhecimento da população (prevê-se que metade da população portuguesa terá mais de 50 anos em 2030) e a consequente dependência dos mais velhos reclamará cada vez mais cuidadores, informais ou não. Será preciso cuidar deles também.

COMENTÁRIOS

Os comentários a este artigo estão fechados. [Saiba porquê.](#)