



# Relatório síntese do Perfil do Cuidador Familiar/Informal da Pessoa Sénior em Portugal – Oeiras

Maria Irene Carvalho (Coord.)

Julho de 2021

# FICHA TÉCNICA

## TÍTULO DO PROJETO

Estudo sobre o Perfil do Cuidador Familiar/Informal da Pessoa Sénior em Portugal

## DATA DE INÍCIO E DE TÉRMINO

De abril de 2020 a julho de 2021

## EQUIPA DE INVESTIGAÇÃO DO CAPP/ISCSP

Maria Irene de Carvalho (Coordenadora)

Carla Pinto

Carla Ribeirinho

Helena Teles

Pedro Correia

## CONSULTORAS

Ana Paula Gil

Faculdade de Ciências Sociais e Humanas

(FCSH NOVA) / CICS.NOVA

Nélida Aguiar

Membro da Direção da Associação Nacional de Cuidadores Informais e Coordenadora do Gabinete ANCI da Região Autónoma da Madeira (de outubro de 2019 a maio de 2021)

## BOLSEIRA

Inês Almeida

## PARTICIPANTE CONVIDADO

Paulo Lourenço

## ENTREVISTADORAS

Beatriz Silveira

Catarina Ferreira

Catarina Silva

Daniela Santos

Joana Viegas

Marion Antunes

Verónica Mendonça

## REVISORA

Cláudia Cruz

## CENTRO DE INVESTIGAÇÃO

Centro de Administração e Políticas Públicas (CAPP) | Instituto Superior de Ciências Sociais e Políticas (ISCSP)  
Universidade de Lisboa (ULisboa)

Campus Universitário do Alto da Ajuda

Rua Almerindo Lessa, 1300-663 Lisboa

Tel.: (+351) 213 619 430 / Fax.: (+351) 213 619 442



# ÍNDICE

APRESENTAÇÃO.....	5
<b>1 - METODOLOGIA.....</b>	<b>9</b>
<b>1.1 - Inquérito por questionário.....</b>	<b>9</b>
<b>1.2 - Campo empírico de observação.....</b>	<b>12</b>
<b>1.3 - Procedimento de recolha de dados e recrutamento dos cuidadores familiares/informais.....</b>	<b>13</b>
<b>1.4 - Tratamento dos dados.....</b>	<b>17</b>
<b>2 - RESULTADOS DE OEIRAS.....</b>	<b>18</b>
<b>2.1 - Perfil do cuidador familiar/informal.....</b>	<b>18</b>
<b>2.2 - Perfil da pessoa cuidada/sénior.....</b>	<b>20</b>
<b>2.2.1 - Dependência e independência para as ABVD e AIVD.....</b>	<b>23</b>
<b>2.3 - Cuidados prestados pelo cuidador familiar/informal.....</b>	<b>25</b>
<b>2.3.1 - Dificuldades e estratégias.....</b>	<b>32</b>
<b>2.4 - Repercussões da prestação de cuidados no cuidador familiar/informal.....</b>	<b>39</b>
<b>SÍNTESE DOS RESULTADOS.....</b>	<b>47</b>
<b>BIBLIOGRAFIA.....</b>	<b>52</b>

# ÍNDICE DE FIGURAS

<b>Figura 1</b> - NUTS II de residência dos cuidadores .....	14
--	----

# ÍNDICE DE GRÁFICOS

<b>Gráfico 1</b> - Índice de independência e dependência: Índice de Katz.....	24
<b>Gráfico 2</b> - Capacidade funcional das pessoas seniores: Índice de Lawton-Brody .....	25

# ÍNDICE DE QUADROS

<b>Quadro 1</b> - NUTS II: População residente em 2019/Territórios .....	14
<b>Quadro 2</b> - Distribuição dos contactos realizados e número de potenciais cuidadores familiares/informais recebidos.....	16
<b>Quadro 3</b> - Distribuição do número de potenciais cuidadores excluídos e taxa de execução dos questionários .....	17
<b>Quadro 4</b> - Síntese da caracterização sociográfica dos cuidadores familiares/informais.....	20
<b>Quadro 5</b> - Síntese da caracterização sociográfica da pessoa cuidada/sénior .....	22
<b>Quadro 6</b> - Índice de Katz: Scores .....	23
<b>Quadro 7</b> - Índice de Lawton-Brody: Scores.....	24
<b>Quadro 8</b> - Índice CASI: Score .....	26
<b>Quadro 9</b> - CASI: Fontes de satisfação relacionadas com a dinâmica interpessoal.....	27
<b>Quadro 10</b> - CASI: Fontes de satisfação relacionadas com a dinâmica intrapessoal .....	28
<b>Quadro 11</b> - CASI: Fontes de satisfação relacionadas com a dinâmica dos resultados.....	29
<b>Quadro 12</b> - Síntese dos cuidados prestados pelo cuidador familiar/informal (exceto índices CASI) ..	31
<b>Quadro 13</b> - CADI: Score .....	33
<b>Quadro 14</b> - CADI: Dificuldades relacionadas com o cuidar .....	33
<b>Quadro 15</b> - CADI: Outras dificuldades.....	36
<b>Quadro 16</b> - Índice CAMI: Score.....	37
<b>Quadro 17</b> - CAMI: Estratégias para fazer face às dificuldades do cuidador familiar/informal .....	38
<b>Quadro 18</b> - Sentimento face à sua vida de uma forma geral.....	39
<b>Quadro 19</b> - Índice de Zarit: Score.....	40
<b>Quadro 20</b> - Índice de Zarit: Sobrecarga .....	41
<b>Quadro 21</b> - Síntese das repercussões da prestação de cuidados no cuidador familiar (exceto índices do sentimento face à vida e de Zarit) .....	45

# APRESENTAÇÃO

O Centro de Administração e Políticas Públicas (CAPP) do Instituto Superior de Ciências Sociais e Políticas (ISCSP), da Universidade de Lisboa, contratado pela Fundação Aga Khan Portugal (AKF Prt), no âmbito do projeto financiado pela Johnson & Johnson Foundation, desenvolveu um estudo sobre o perfil do cuidador familiar/informal da pessoa sénior em Portugal, na perspetiva do próprio cuidador. Pretendeu-se caracterizar o cuidador familiar/informal, a pessoa cuidada/sénior, os cuidados necessários e os cuidados prestados, assim como as repercussões da prestação de cuidados no cuidador familiar/informal. O estudo visa também aferir, em particular, as necessidades e recomendações do cuidador da pessoa sénior em matéria de informação, formação e apoio formal/informal, tendo em conta o contexto da COVID-19 e o conhecimento dos cuidadores familiares/informais sobre o estatuto do cuidador informal.

Toda a investigação requer uma fundamentação teórica e metodológica, um procedimento «racional» e sistemático, para proporcionar respostas aos problemas que são propostos. Assim, é importante definir o que se entende por cuidador familiar/informal e as suas inter-relações. Na literatura e nas políticas públicas verifica-se a ausência de uma terminologia unificada e inequívoca para compreender o que são cuidados e cuidadores familiares/informais (Eurocarers, 2020a). Esta falta de consenso pode «ofuscar a compreensão do que é o cuidado informal, à custa de um grupo vulnerável com necessidade urgente de reconhecimento. Além disso, gera barreiras ao tão necessário diálogo sobre o papel dos cuidadores familiares/informais na sociedade» (Eurocarers, 2020a, p. 2).

Apesar dessa indefinição, é assumido pelo Eurocarers (2020a) que o termo «prestador de cuidados informais» está associado aos cuidados prestados por um conjunto de pessoas, que tenha ou não relação de parentesco com a pessoa cuidada, tais como parentes, cônjuges, amigos e outras pessoas. Estes prestam cuidados sem remuneração a uma pessoa que beneficia da sua assistência/cuidados. Quando falamos de cuidados, cuidadores familiares/informais, falamos não só de cuidar, mas de uma relação que implica prestar cuidados (alguém que os presta) e receber cuidados (alguém que os recebe) (Teixeira et al., 2017; República Portuguesa, 2019a; 2019b; 2019c).

Apesar de não ser fácil definir o que se entende por «cuidador familiar/informal», «cuidar», «prestar e receber cuidados, formais e informais» e «pessoa cuidada/sénior», assumimos neste estudo que:

- a) O cuidador familiar é um elemento da rede familiar, que presta cuidados a um membro da família que necessita de ser cuidado. Estes cuidados podem apresentar várias tipologias (ser cuidados instrumentais, emocionais ou expressivos, informativos e estratégicos, e de supervisão) e serem prestados de forma ocasional, frequente ou permanente, e não são remunerados;

- b) O cuidador informal pode ser uma pessoa que tem uma relação de parentesco com a pessoa cuidada ou pode ser uma pessoa sem qualquer relação de parentesco, como por exemplo os amigos, os vizinhos ou os voluntários, e não é remunerado;
- c) Cuidar (*care*, em inglês) remete para a atenção e o olhar ao outro, e implica um processo de prestar cuidados (*take care*) a alguém que recebe cuidados (*receive care*), isto é, a pessoa que é cuidada;
- d) A pessoa cuidada/sénior é toda a pessoa com 65 e mais anos, que recebe cuidados de forma transitória ou definitiva, em função de doença crónica, deficiência e/ou dependência parcial ou total;
- e) Os cuidados informais são cuidados prestados ou por membros da família a pessoas com quem têm uma relação de parentesco (cônjuge, filhos/as; irmão/irmã; neto/a ou outro) ou por uma pessoa, um cuidador que não tem relação de parentesco com a pessoa cuidada, como por exemplo os amigos, os vizinhos ou os voluntários, e não são remunerados;
- f) Os cuidados formais associam-se a cuidados prestados por instituições/organizações e são efetuados por profissionais que são remunerados para prestar cuidados, a pessoas que deles necessitam.

Em Portugal, os cuidadores informais, familiares, viram reconhecido o seu estatuto jurídico, nomeadamente a função de cuidar e a de prestar cuidados, nas leis que definem o cuidador informal dos Açores, da Madeira e de Portugal continental (República Portuguesa, 2019a; 2019b; 2019c). No continente essa lei está a ser aplicada através de projetos-piloto, em vários concelhos do país, pela Portaria n.º 64/2020 de 10 de março (República Portuguesa, 2020b) e, em 1 de julho de 2020, foi publicado definitivamente pelo Instituto da Segurança Social um guia informativo para concretizar algumas das medidas propostas no estatuto do cuidador informal (ISS, I.P., 2020).

A Lei n.º 100/2019 do estatuto do cuidador informal do continente associa exclusivamente o cuidador informal ao cuidador familiar, isto é, a alguém que tem uma relação de parentesco com a pessoa cuidada. Nela são definidos dois tipos de cuidadores – o cuidador informal principal e o cuidador informal não principal, sendo que:

- O primeiro integra «o cônjuge ou unido de facto, parente ou afim até ao 4.º grau da linha reta ou da linha colateral da pessoa cuidada, que acompanha e cuida desta de forma permanente, que com ela vive em comunhão de habitação e que não auferir qualquer remuneração de atividade profissional ou pelos cuidados que presta à pessoa cuidada» (República Portuguesa, 2019b, p. 9);

- O segundo integra igualmente «o cônjuge ou unido de facto, parente ou afim até ao 4.º grau da linha reta ou da linha colateral da pessoa cuidada, que acompanha e cuida desta de forma regular, mas não permanente, podendo auferir ou não remuneração de atividade profissional ou pelos cuidados que presta à pessoa cuidada» (República Portuguesa, 2019b, p. 9).

Esta lei não considera os cuidadores informais sem relação de parentesco com a pessoa cuidada e, por isso, não os assume como sujeitos de direitos ao abrigo deste estatuto. Contudo, existem pessoas sem relação de parentesco, que cuidam de pessoas seniores, e que são identificadas na literatura como amigos, vizinhos e voluntários (Eurocarers, 2020a; Teixeira et al., 2017).

Na Região Autónoma da Madeira (RAM), o estatuto do cuidador informal foi publicado no Decreto Legislativo Regional n.º 5/2019/M. O artigo 3.º define cuidador informal como «a pessoa familiar ou terceiro, com laços de afetividade e de proximidade que, fora do âmbito profissional ou formal e não remunerada, cuida de outra pessoa, preferencialmente no domicílio desta, por se encontrar numa situação de doença crónica, incapacidade, deficiência e/ou dependência, total ou parcial, transitória ou definitiva, ou em situação de fragilidade e necessidade de cuidados, com falta de autonomia para a prática das atividades da vida quotidiana» (p.18).

O estatuto do cuidador informal da Região Autónoma dos Açores (RAA), publicado no Decreto Legislativo Regional n.º 22/2019/A, define, no artigo 2.º, o «cuidador informal como a pessoa que presta cuidados a pessoa com dependência, no domicílio, sem auferir retribuição pecuniária» (p. 22). Nestas duas regiões, RAM e RAA, o estatuto do cuidador reconhece que o cuidador informal pode ter ou não uma relação de parentesco.

Reiteramos neste estudo que assumimos a noção de «cuidador familiar/informal» para nos referirmos às pessoas que cuidam e prestam cuidados a pessoas seniores, independentemente de terem ou não uma relação de parentesco com a pessoa cuidada. Os cuidados que estes cuidadores prestam podem ser efetuados de forma transitória ou definitiva. São também não remunerados e realizam-se fora do âmbito profissional ou formal (Eurocarers, 2020a; Teixeira et al., 2017).

Tendo em conta esta realidade, este estudo sobre o perfil do cuidador familiar/informal em Portugal pretende caracterizar os cuidadores, a pessoa cuidada/sénior, os cuidados de que estas pessoas seniores necessitam, os cuidados que são prestados pelos cuidadores, a sobrecarga, as dificuldades e as estratégias dos cuidadores para fazer face ao processo de prestação de cuidados. Pretendemos saber se:

- A satisfação com a prestação de cuidados pelos cuidadores familiares/informais está mais relacionada com questões emocionais e afetivas do que com a informação e a formação recebida para cuidar da pessoa sénior;

- A sobrecarga dos cuidadores familiares/informais está interligada com o índice de independência da pessoa sénior e com o usufruto de respostas formais (de saúde e sociais), que complementam a prestação de cuidados pelos cuidadores familiares/informais;
- As estratégias adotadas pelos cuidadores familiares/informais para fazer face às dificuldades na prestação de cuidados estão relacionadas com os recursos pessoais (o grau escolar, o nível socioeconómico) e menos com o usufruto de respostas formais (de saúde e sociais).

Estas questões permitiram definir os seguintes objetivos operativos:

- Caracterizar sociodemograficamente o cuidador familiar/informal e a pessoa cuidada/sénior;
- Estimar o índice de independência da pessoa sénior, tendo em conta as atividades básicas da vida diária (ABVD) (Katz & Stroud, 1989) e as atividades instrumentais da vida diária (AIVD) (Lawton & Brody, 1969), e o tipo de cuidados familiares/informais prestados;
- Medir a satisfação do cuidador com a prestação dos cuidados com o *Carers Assessment of Satisfaction Index* (índice CASI) (McKee et al., 2009), tendo como referência a relação entre o cuidador familiar/informal e a pessoa cuidada, os cuidados necessários, os efetivamente prestados e o usufruto de apoios financeiros e serviços;
- Identificar as dificuldades com o *Carers Assessment of Difficulties Index* (índice CADI) (Charlesworth et al., 2007) e as estratégias adotadas com o *Carers Assessment of Managing Index* (índice CAMI) (McKee et al., 2009), pelos cuidadores familiares/informais na prestação de cuidados à pessoa sénior;
- Analisar a sobrecarga, objetiva e subjetiva com o *Zarit Burden Interview* (ZBI) ou índice de Zarit, desenvolvido por Zarit et al. (1980) e Zarit & Zarit (1990), e revelar as repercussões do cuidar, a necessidade de elaborar propostas de apoio/suporte mais alargadas e de formação e informação dirigidas a estes cuidadores familiares/informais.

Para concretizar os objetivos adotou-se uma metodologia quantitativa baseada no inquérito por questionário, aplicado a 400 cuidadores familiares/informais em Portugal. Este instrumento de inquirição incluía quatro dimensões de análise, nomeadamente: a caracterização do cuidador familiar/informal; a caracterização da pessoa cuidada e cuidados necessários; os cuidados prestados pelo cuidador familiar/informal; e as repercussões da prestação de cuidados no cuidador familiar/informal (pessoais, familiares, profissionais, sociais) e recomendações. O inquérito integrava perguntas fechadas de resposta única e de resposta múltipla, perguntas abertas e de escala.

Os dados das perguntas fechadas e de escala/índice foram tratados com um programa estatístico apropriado IBM-SPSS (*International Business Machines Corporation-Statistical Package for the Social Sciences*), versão 26, e as perguntas abertas foram submetidas a uma análise categorial de conteúdo.

# 1 - METODOLOGIA

Este estudo adota uma metodologia quantitativa que remete para a «análise de factos e fenómenos observáveis e na medição/avaliação de variáveis passíveis de serem medidas ou comparadas» (Coutinho, 2011, p. 24) e encontra-se suportado na técnica do inquérito por questionário. Um inquérito por questionário é um processo de construção de perguntas que respondem ao objetivo geral, às hipóteses e aos objetivos operativos definidos *a priori* (Hill & Hill, 2005).

Neste caso concreto, o processo de elaboração do inquérito por questionário implicou uma co-construção entre a equipa de investigação do Centro de Administração e Políticas Públicas (CAPP) do Instituto Superior de Ciências Sociais e Políticas (ISCSP) da Universidade de Lisboa e a equipa da Fundação Aga Khan Portugal (AKF Prt). Esta co-construção centrou-se sobretudo em revelar a pertinência das dimensões de análise e o tipo de perguntas a efetuar para se atingirem os objetivos do estudo.

Nesta reflexão interessava integrar o conhecimento prévio de estudos semelhantes, mas também reconhecer as tensões entre os pontos de vista dos cuidadores familiares/informais, revelados na literatura e os restantes intervenientes, as organizações e os investigadores envolvidos no estudo. As reflexões permitiram encontrar pontos de associação entre os vários contributos, reconhecendo-se que o questionário se centra nas perceções que os cuidadores familiares/informais têm do cuidar e do processo de prestar cuidados a pessoas seniores.

## 1.1 – Inquérito por questionário

O inquérito por questionário integrou quatro dimensões de análise e incluiu 81 perguntas. A construção do questionário durou cerca de 3 meses (entre abril e julho de 2020).

A **primeira dimensão** centra-se na caracterização do cuidador familiar/informal. Esta dimensão integra 15 perguntas, nomeadamente, o sexo, a idade, o estado civil, a escolaridade, o concelho onde reside, o código postal, a naturalidade, a nacionalidade, a profissão, a situação laboral e a relação com o mercado de trabalho, incluindo o regime de trabalho, os problemas laborais que o cuidador enfrenta e com quem vive. Esta dimensão inclui perguntas fechadas de uma só escolha, de escolha múltipla e abertas.

A **segunda dimensão** refere-se à caracterização da pessoa cuidada e cuidados necessários e integra 22 perguntas. Nela se incluem perguntas que indicam a quantas pessoas o cuidador familiar/informal presta cuidados, assim como o sexo, a idade, o estado civil, a escolaridade, o concelho de residência, o código postal, a naturalidade, a nacionalidade, a profissão exercida e a situação face ao mercado de trabalho, assim como o tipo de habitação e com quem vive.

Esta dimensão do inquérito por questionário integra perguntas fechadas de uma só escolha, de escolha múltipla, abertas e de escalas/índices.

Nas perguntas de escalas/índices destaca-se a avaliação do índice de independência e dependência para as atividades básicas da vida diária (ABVD), o índice de Katz, e para as atividades instrumentais da vida diária (AIVD), o índice de Lawton-Brody.

O índice de Katz mede a independência e dependência para as ABVD. É composto por seis atividades, tais como tomar banho, vestir-se, ir à casa de banho, mobilidade, controlo dos esfíncteres e alimentação, e é avaliado numa escala de independente e dependente. Optou-se pela inclusão deste índice no questionário, pois o mesmo foi testado para a realidade portuguesa por Brito (2000, p. 149) e é útil em termos de comparação de resultados.

O índice de Lawton-Brody mede a capacidade funcional das pessoas seniores para as AIVD em oito atividades, incluindo cuidar da casa, lavar a roupa, preparar a comida, ir às compras, usar o telefone, usar o transporte, usar o dinheiro e a medicação. Este índice permite estabelecer o nível de capacidade funcional, no exercício de determinadas funções, ou se, pelo contrário, a pessoa sénior necessita de ajuda. Também fornece alguma indicação sobre o tipo de ajuda necessária. Optou-se pela inclusão deste índice no questionário por ter sido utilizado na realidade portuguesa por Apóstolo (2012), Azevedo e Matos (2003) e Sequeira (2010a; 2010b).

A **terceira dimensão** pretende recolher dados sobre os cuidados familiares/informais que são prestados à pessoa sénior e integra também 22 perguntas. Estas evidenciam a relação que o cuidador tem com a pessoa cuidada, ou seja, se é cuidador familiar ou informal, se há outros membros da família que dependem do cuidador, e qual o local onde os cuidados são prestados. Também a satisfação para ser cuidador e prestar cuidados (índice CASI, em inglês *Carers Assessment of Satisfaction Index*), o tipo, o tempo, a duração e o regime de prestação de cuidados, bem como que outras pessoas da família, ou outras pessoas, estão envolvidas na prestação de cuidados.

Incluíram-se igualmente perguntas que permitam identificar os benefícios financeiros e os serviços formais de que a pessoa cuidada usufrui, assim como os profissionais que estão envolvidos na prestação de cuidados. Questionaram-se ainda os cuidadores sobre as dificuldades percebidas (índice CADI, em inglês *Carers Assessment of Difficulties Index*), o tempo que este ainda se sente capaz de cuidar e as estratégias para fazer face às dificuldades de cuidar de uma pessoa sénior (índice CAMI, em inglês *Carers Assessment of Managing Index*). Nesta dimensão do inquérito por questionário incluem-se perguntas fechadas de uma só escolha, de escolha múltipla, abertas e de escalas.

No que respeita às perguntas de escalas, destacamos os seguintes índices:

- O CASI é uma lista de 30 afirmações efetuadas por pessoas que prestam cuidados e que mede a satisfação que os cuidadores têm obtido, por terem tomado a decisão de prestarem cuidados.

Estas afirmações são respondidas numa escala de «não aconteceu» e «aconteceu no meu caso», com várias ponderações: «não aconteceu no meu caso»; «aconteceu no meu caso e dá-me nenhuma satisfação»; «aconteceu no meu caso e dá-me alguma satisfação»; «aconteceu no meu caso e dá-me muita satisfação». Este índice foi adaptado e testado para a realidade portuguesa por Brito (2000) e por Sequeira (2010a; 2010b);

- O CADI é uma lista de 30 afirmações que foram feitas a pessoas que prestam cuidados acerca das dificuldades que enfrentam. Estas afirmações são respondidas numa escala de «não aconteceu no meu caso»; «aconteceu no meu caso e não me perturba»; «aconteceu no meu caso e causa-me alguma perturbação»; «aconteceu no meu caso e perturba-me muito». Este índice foi adaptado e testado para a realidade portuguesa, também, por Brito (2000) e por Sequeira (2010a; 2010b);
- O CAMI adaptado para a realidade portuguesa inclui 26 afirmações sobre as estratégias de coping adotadas pelo cuidador familiar/informal, para fazer face às dificuldades sentidas. Pretende avaliar o modo como o prestador de cuidados enfrenta essas dificuldades. Estas afirmações são respondidas numa escala de: «não procedo dessa forma»; «procedo dessa forma e não dá resultado»; «procedo dessa forma e dá algum resultado»; «procedo dessa forma e dá bastante resultado». Este índice foi adaptado e testado para a realidade portuguesa, uma vez mais, por Brito (2000) e por Sequeira (2010a; 2010b).

A **quarta dimensão** afere em particular as repercussões da prestação de cuidados no cuidador familiar/informal, bem como as recomendações para o ato de cuidar. Esta dimensão é composta por 17 perguntas e integra temas como a saúde do cuidador familiar/informal, o sentimento geral face à sua vida, a qualidade de vida e a sobrecarga objetiva e subjetiva (índice de Zarit, em inglês *Zarit Burden Interview*). Outras questões prendem-se com o tipo de informação e formação a que o cuidador teve acesso para prestar cuidados, as áreas de formação mais relevantes e as recomendações para exercer a função de cuidador.

Também se pretende saber se o cuidador familiar/informal tem conhecimento da lei que enquadra o estatuto do cuidador informal e quais as medidas nela contidas. Por último, questiona-se as repercussões financeiras do cuidar, o custo dos cuidados, a proveniência e o valor do rendimento do cuidador familiar. Desde março de 2020 que o país se encontra numa situação de pandemia com a COVID-19. Tendo em conta este contexto, procurou-se igualmente identificar quais as principais alterações nos cuidados prestados, tendo em conta, por exemplo, a reconfiguração dos projetos e serviços dirigidos às pessoas seniores, como o encerramento dos centros de dia/espços seniores. Também aqui foram incluídas perguntas fechadas de uma só escolha, de escolha múltipla, abertas e de escalas/índices.

Nesta dimensão destacamos a avaliação da sobrecarga do cuidador com o índice de Zarit. Este índice tem sido adotado em estudos semelhantes, que revelam que a sobrecarga do cuidador tem impacto na

saúde física, mas também na conciliação entre as necessidades da pessoa sénior (atenção básica e de saúde) e as necessidades do cuidador relativamente à sua vida pessoal, profissional e social (Alves et al., 2020; Sequeira, 2010a; 2010b)<sup>1</sup>.

Além destas perguntas, integradas nas quatro dimensões do questionário, este inclui ainda uma pergunta inicial relativamente ao consentimento informado, livre e esclarecido e quatro questões finais que remetem para informações sobre o modo como os cuidadores familiares/informais acederam ao questionário. Por último, o participante pôde responder a uma pergunta aberta, onde tinha a possibilidade de expressar a sua opinião sobre o tema em estudo.

O inquérito por questionário foi submetido a um pré-teste a oito cuidadores familiares/informais. Este processo foi determinante para redefinir alguns conteúdos das perguntas e clarificar as estratégias de acesso à população.

O questionário foi aplicado com intervenção do entrevistador. Dada a situação de distanciamento físico recomendado, devido à situação pandémica, o contacto com os cuidadores familiares/informais foi efetuado preferencialmente por telefone, via *Skype* ou outras plataformas *online*, mas também foram realizados questionários presencialmente quando as circunstâncias o permitiram. Os dados recolhidos foram inseridos na plataforma informática *SurveyMonkey*.

## **1.2 – Campo empírico de observação**

O campo empírico de observação correspondeu aos cuidadores familiares/informais residentes em Portugal (continente e Regiões Autónomas da Madeira e dos Açores). Em 2016, estimava-se que 13% da população, com mais de 18 anos no nosso país, assumia a função de cuidadores familiares/informais (EC, 2018) e 8% desses cuidadores prestavam cuidados a pessoas com 65 e mais anos (Eurocarers, 2020a; 2020b).

A dificuldade em estimar o número de cuidadores prende-se com o facto de não haver ainda um consenso sobre quem pode ser incluído ou não nesta categoria (Eurocarers, 2020a; 2020b), mas também porque o número de cuidadores informais tem aumentado nestes últimos anos em alguns países europeus, decorrente do envelhecimento da população (EC, 2018). Apesar desta estimativa, não há uma base de dados que permita saber o número exato de cuidadores familiares/informais de pessoas seniores em Portugal. Assim, neste estudo, procurámos alternativas para aceder ao universo dos cuidadores familiares/informais em Portugal e definimos também algumas estratégias metodológicas para aceder e inquirir estes cuidadores.

---

<sup>1</sup> Neste estudo, para o uso dos índices (de Katz, Lawton-Brody, CASI, CADI, CAMI e Zarit), foi pedida autorização ao autor Carlos Sequeira, que os validou para a realidade portuguesa em 2010.

Como o universo é desconhecido em termos numéricos, a amostragem é do tipo não probabilística. Este tipo de amostragem não se fundamenta em pressupostos matemáticos ou estatísticos, dependendo exclusivamente do critério do pesquisador. Assim, a amostra foi definida por seleção racional (por conveniência), pois baseia-se na intenção de incluir na amostra todas as características da população (cuidadores familiares/informais de pessoas seniores). Neste tipo de amostra selecionam-se os elementos a que os investigadores têm acesso num dado momento e em determinado contexto (Fortin, 2003). Os critérios de inclusão na amostra foram os seguintes: ser cuidador familiar/informal de pessoa sénior (com 65 e mais anos), ter 18 ou mais anos e não apresentar nenhuma restrição da autonomia (liberdade de escolha), isto é, alguma doença que o impedisse de decidir por si próprio.

O tamanho da amostra teve em conta os custos e o tempo para a realização da pesquisa (Fortin, 2003). Nos estudos não probabilísticos, quanto maior for a amostra, maior será a aproximação aos parâmetros da população. No entanto, estas aproximações não garantem necessariamente a representatividade e, por isso, não se podem fazer generalizações para a população/universo do estudo. Deste modo, neste estudo sobre o perfil do cuidador familiar/informal, optou-se por recolher 400 questionários, por ser o número mínimo indicado para garantir um nível de confiança e precisão aceitáveis, do ponto de vista estatístico<sup>2</sup>.

### **1.3 - Procedimento de recolha de dados e recrutamento dos cuidadores familiares/informais**

O procedimento de recolha de dados foi efetuado a partir das etapas e estratégias a seguir descritas. Na **primeira etapa**, assumiu-se que a amostra teria de ter representantes de todo o território nacional. Na distribuição da amostra por todo o território nacional teve-se em conta o número estimado da população portuguesa no ano de 2019, tendo como referência os sete territórios identificados na Nomenclatura das Unidades Territoriais para Fins Estatísticos ou NUTS II (INE, 2020). A NUTS II integra as unidades territoriais do Norte e do Centro, da Área Metropolitana de Lisboa, do Alentejo e do Algarve, a Região Autónoma dos Açores e a Região Autónoma da Madeira (Quadro 1 e Figura 1).

---

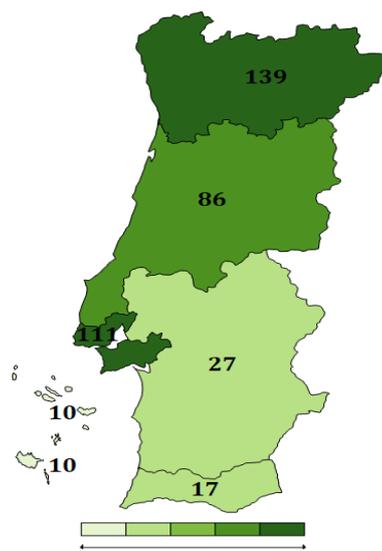
<sup>2</sup> Valor estimado com base na fórmula de cálculo da dimensão amostral para proporções, considerando uma população infinita, um intervalo de confiança de 95,00% e uma precisão absoluta (erro máximo) de 5,00%.

**Quadro 1** - NUTS II: População residente em 2019/Territórios

Territórios		População residente	Inquéritos	
Âmbito geográfico	Territórios	2019	N.º	%
NUTS II	Norte	3 575 338	139	34,7
	Centro	2 217 285	86	21,5
	Área Metropolitana de Lisboa	2 863 272	111	27,8
	Alentejo	704 558	27	6,8
	Algarve	438 406	17	4,3
	Região Autónoma dos Açores	242 796	10	2,4
	Região Autónoma da Madeira	254 254	10	2,5
Total		10 295 909	400	100

Fonte: INE (2020).

**Figura 1** - NUTS II de residência dos cuidadores



Fonte: Elaboração própria a partir dos dados recolhidos no inquérito por questionário.

Foi também garantido que o número previsto de questionários (400) seria distribuído equitativamente pelos territórios e número estimado da população por NUTS II. Para definir esse número, foi efetuada a regra da proporcionalidade matemática para calcular o valor (também conhecida por regra de três símbolos/simples), como ilustram o Quadro 1 e a Figura 1.

Na **segunda etapa**, definiram-se estratégias para o recrutamento dos cuidadores familiares/informais. Este recrutamento foi efetuado a partir de duas estratégias. A **primeira estratégia** foi realizada através de organizações/projetos de apoio aos cuidadores familiares/informais, quer sejam públicas/os, privadas/os, não lucrativas/os e lucrativas/os. Privilegiam-se organizações de cuidadores familiares/informais, implantadas ao nível nacional (continente e Regiões Autónomas dos Açores e da Madeira) e que desenvolvam serviços de formação, informação, apoio psicossocial, apoio domiciliário, centros de dia/convívio/espços seniores.

Para aceder aos cuidadores familiares/informais, as organizações/projetos, foram convidadas/os pela equipa de investigação a participar no estudo. Este convite foi endereçado à direção das organizações/projetos, via email. As organizações/projetos que concordaram em participar tiveram a responsabilidade de identificar possíveis participantes, de acordo com os critérios de inclusão já apresentados. Esperou-se que um funcionário dessas organizações/projetos entrasse em contacto com cada potencial participante, solicitando autorização para partilhar os dados pessoais (nome, telefone ou email) com a equipa de pesquisa.

Tendo esse conhecimento em sua posse, a equipa de pesquisa contactou os cuidadores familiares/informais e forneceu uma descrição detalhada do estudo aos potenciais participantes, esclarecendo os objetivos e as condições de realização do questionário, assim como a sua previsível duração. Nos casos em que os cuidadores familiares/informais manifestaram vontade em participar, foi agendado um dia e hora para aplicar o questionário. No dia e horas marcadas, para a inquirição dos cuidadores familiares/informais, foi novamente explicado o objetivo, as condições e a duração do estudo, obtendo-se o seu consentimento, livre e esclarecido.

O entrevistador teve em consideração os critérios de inclusão da amostra (o cuidador ser maior de idade e ter capacidade para responder autonomamente a perguntas). Reiteramos que foram excluídas as pessoas que não tiveram capacidade para decidir de forma autónoma. Na impossibilidade de assinar o termo de consentimento livre e esclarecido, devido ao distanciamento social por causa da COVID-19, foi utilizada a informação constante no questionário (*SurveyMonkey*), conseguindo-se o consentimento informado por esta via.

A **segunda estratégia**, de acesso à população, fundamentou-se na necessidade de inquirir cuidadores familiares/informais que potencialmente não estivessem diretamente ligados a organizações/projetos que prestam apoio a estes cuidadores. Esta estratégia permitiu abranger uma maior diversidade de cuidadores familiares/informais.

O acesso a estes cuidadores familiares/informais foi efetuado através do conhecimento pessoal dos membros da equipa do estudo. Este procedimento metodológico privilegiou um tipo de amostra denominada rede ou bola de neve. Esta «é uma técnica utilizada para recrutar sujeitos difíceis de encontrar, fazendo por isso apelo a redes de amigos/pessoas conhecidas» (Fortin, 2003, p. 211). Parte-se assim da identificação de um cuidador familiar/informal para a identificação de outros, que se encontrem nas mesmas circunstâncias.

Identificado o cuidador, este foi contactado pela equipa de investigação que, tal como na estratégia de acesso à população anterior, forneceu uma descrição detalhada do estudo aos potenciais participantes, esclarecendo os objetivos e as condições de realização do questionário, assim como a sua previsível duração. No caso de este cuidador manifestar interesse em participar, foi agendado um dia e hora para realizar o questionário. No dia e hora marcada para a inquirição, foi novamente explicado o objetivo, as condições e a duração do estudo, obtendo-se o consentimento livre e esclarecido. O cuidador familiar/informal só foi inquirido se deu o seu consentimento livre e esclarecido, seguindo as normas e regras definidas para o acesso aos cuidadores familiares/informais que foram identificados pelas organizações/projetos.

O número total de emails enviados pela equipa de investigação a organizações/projetos foram de 18,035. Este pedido e os contactos pessoais geraram 544 potenciais cuidadores familiares/informais a entrevistar (Quadro 2).

Esta informação foi-nos remetida por organizações/projetos sociais (IPSS - Instituições Particulares de Solidariedade Social) e associações de cuidadores em 329 (60,47%) dos casos, seguindo-se as autarquias (câmaras municipais e juntas de freguesia) com 77 (14,5%) ocorrências, as organizações de saúde com 28 (5,14%), e os estabelecimentos de ensino (escolas e ensino superior) com 21 (3,86%). Também foram identificados, por pessoas conhecidas da equipa de investigação, 89 (16,36%) cuidadores (Quadro 2).

**Quadro 2** - Distribuição dos contactos realizados e número de potenciais cuidadores familiares/informais recebidos

Contactos realizados	Descrição	N.º	%
Número de emails enviados para organizações/projetos	Pedidos via email	18,035	100
Organizações/projetos que indicaram contactos de potenciais cuidadores familiares/informais	Tipo de instituição	—	—
	Cuidadores enviados por organizações/projetos sociais (IPSS) e associações de cuidadores	329	60,47
	Cuidadores enviados por organizações de saúde	28	5,14
	Cuidadores enviados por autarquias	77	14,15
	Cuidadores enviados por estabelecimentos de ensino	21	3,86
Proveniência particular	Cuidadores enviados por pessoas particulares conhecidas da equipa de investigação	89	16,36
Total		544	100

**Fonte:** Elaboração própria.

Dos 544 potenciais cuidadores identificados por estas entidades e pessoas particulares foram excluídos 144 (26,47%), porque o cuidador: não atendeu o telefone em 52 (9,55%) dos casos; não deu o seu consentimento em 29 (5,33%); era cuidador formal em 16 (2,94%); cuidava de uma pessoa com menos de 65 anos em 13 (2,2%); deu o consentimento, mas desistiu a meio do questionário, manifestando a vontade de não responder a mais perguntas em 9 (1,65%); não se encontrava em condições físicas (problemas de audição) para responder ao questionário via telefone/Skype ou outro meio em 2 (0,36%); a pessoa cuidada/sénior tinha falecido recentemente em 3 (0,55%) das situações e os questionários introduzidos no *SurveyMonkey* não se encontravam completos e, após a verificação, foram excluídos 20 (3,67%), como ilustra o Quadro 3.

Verificou-se uma taxa de execução dos questionários de 73,53% face ao número total de potenciais cuidadores enviados por organizações/projetos e por pessoas particulares conhecidas da equipa de investigação. Os 400 questionários foram aplicados entre os meses de agosto de 2020 até novembro de 2020, por telefone ou telemóvel em 358 (89,5%) casos, presencialmente em 25 dos casos (6,3%), *online* – via *Skype*, *Zoom* ou outra plataforma – em 14 (3,5%), e em 3 (0,8%) essa informação é omissa. Durante este período, a coordenação do estudo foi avaliando a introdução das respostas no *SurveyMonkey*, procedendo a uma avaliação da qualidade dos dados submetidos e ao cumprimento dos números estabelecidos na amostra.

**Quadro 3** - Distribuição do número de potenciais cuidadores excluídos e taxa de execução dos questionários

Contactos	Descrição	N.º	%
Total do número de potenciais cuidadores familiares/informais recebidos		544	100
Potenciais cuidadores excluídos	O cuidador não atendeu o telefone	- 52	9,55
	O cuidador foi contactado e não deu consentimento	- 29	5,33
	O cuidador indicado pela organização/projeto era cuidador formal	- 16	2,94
	O cuidador indicado pela organização/projeto cuidava de uma pessoa com menos de 65 anos	-13	2,20
	O cuidador deu o consentimento, mas desistiu a meio do questionário, manifestando a vontade de não responder a mais perguntas	-9	1,65
	O cuidador não se encontrava em condições físicas (problemas de audição) para responder ao questionário via telefone/Skype ou outro	- 2	0,36
	A pessoa cuidada/sénior tinha falecido recentemente	- 3	0,55
	Os questionários introduzidos no <i>SurveyMonkey</i> não se encontravam completos e, após verificação, foram excluídos	- 20	3,67
Subtotal		- 144	26,47
Total		400	73,52

**Fonte:** Elaboração própria.

## 1.4 – Tratamento dos dados

Os dados quantitativos recolhidos foram analisados com recurso ao *software* IBM-SPSS (*International Business Machines Corporation - Statistical Package for the Social Sciences*), versão 26. As variáveis foram identificadas e catalogadas em contínuas, ordinais e nominais. O tratamento dos dados de Oeiras foi objeto de uma análise estatística descritiva univariada, destinada a caracterizar a amostra, bem como uma análise bivariada, que cruza diversos pares de variáveis.

Os dados são apresentados tendo como referência o número total de respondentes de Oeiras (13 inquiridos). Na análise estatística dos dados utilizámos apenas uma casa decimal, entendendo que esta é a forma mais adequada de apresentar os dados percentuais. Por causa do arredondamento podem existir situações em que o total da percentagem é ligeiramente acima dos 100 (p. ex., 100,1%).

As perguntas abertas do inquérito por questionário foram também objeto de análise categorial temática, incluindo-se no *output* da base de dados do estudo. Na recolha dos dados foram assegurados os princípios da autonomia dos participantes e a confidencialidade e o anonimato dos dados recolhidos, assim como no tratamento dos dados.

## 2 - RESULTADOS DE OEIRAS

Apresentam-se agora os resultados dos dados recolhidos no estudo sobre o perfil dos cuidadores familiares/informais em Portugal relativo a Oeiras. Os potenciais cuidadores familiares/informais de Oeiras foram indicados por várias organizações/projetos, mas também por pessoas particulares a quem desde já agradecemos. Nesta localidade foram obtidos 14 potenciais cuidadores e o questionário foi aplicado a 13 cuidadores. O cuidador que não participou no estudo desistiu a meio da aplicação do questionário.

Os 13 questionários foram aplicados via telefone ou telemóvel em 10 (76,9%) casos, presencialmente em 2 (15,4%) e via *Skype, Zoom* ou outra plataforma *online* em 1 (7,7%).

Na apresentação dos dados, seguem-se as dimensões do questionário, nomeadamente: caracterização do cuidador familiar/informal; caracterização da pessoa cuidada e cuidados necessários; cuidados prestados pelo cuidador familiar/informal; repercussões da prestação de cuidados no cuidador familiar/informal (pessoais, familiares, profissionais, sociais) e recomendações.

### 2.1 - Perfil do cuidador familiar/informal

A primeira dimensão do questionário centrou-se na caracterização sociográfica do cuidador familiar/informal. O perfil dos 13 cuidadores familiares/informais de Oeiras, conforme ilustra o Quadro 4, indica que 8 (61,5%) dos cuidadores são mulheres e 5 (38,5%) são homens. As idades variam entre 27 e 80 anos e a média de idade é de 56,59 anos.

As idades foram agrupadas por anos e destacam-se os grupos etários com os intervalos de idades entre 71-80 anos com 4 (30,8%) casos e entre 41-50 anos com 3 (23,1%). No estado civil, o estado de casado/a existe em 6 (46,2%) casos e o de solteiro em 4 (30,8%), sendo os que mais se destacam. A escolaridade destes cuidadores familiares/informais situa-se entre o 1.º ciclo do ensino básico (4.º ano) e a licenciatura. O grau académico de licenciatura é o que apresenta um maior número relativo de cuidadores com 6 (46,2%) ocorrências, seguindo-se o ensino secundário ou curso técnico-profissional equivalente (12.º ano) com 4 (30,8%) e o 3.º ciclo do ensino básico com 2 (15,4%).

Os respondentes residem em Oeiras e são naturais de várias localidades, destacando-se a cidade de Lisboa, com 7 (53,8%) respostas e Moçambique com 2 (15,5%). Consequentemente, a nacionalidade de todos os respondentes é a portuguesa com 13 (100,0%) cuidadores.

As profissões dos cuidadores familiares/informais traduzem a diversidade dos graus escolares já enunciados anteriormente. A pergunta sobre qual a profissão atual ou a última que os cuidadores familiares/informais desempenharam foi categorizada de acordo com a Classificação Portuguesa das

Profissões de 2010 (INE, 2011). Os especialistas das atividades intelectuais e científicas são, em termos relativos, a categoria que mais se destaca com 5 (38,5%) casos, seguindo-se as categorias dos técnicos e profissões de nível intermédio, bem como dos trabalhadores dos serviços pessoais, de proteção e segurança, e vendedores com 2 (15,4%), respetivamente.

Mais de um terço dos cuidadores familiares/informais está inserido no mercado de trabalho com 5 (38,5%) respostas e 8 (61,5%) não se encontram inseridos no mercado de trabalho. Os que se encontram inseridos, ao responderem à pergunta qual a situação na profissão, verifica-se que são empregados/as por conta de outrem em 5 (100%) das respostas, e empregado/a por conta própria em 1 (20,0%), sendo que um destes inquiridos integra as duas categorias.

Os cuidadores familiares/informais que exercem uma profissão trabalham a tempo integral entre 8 ou mais horas por dia com 3 (60,0%) ocorrências, e 2 (40,0%) trabalham diariamente 4 a 7 horas de trabalho. Em termos de percentagem de resposta, na resposta à pergunta quais os problemas laborais identificados, são enumerados problemas remuneratórios em 2 (40,0%) das respostas e a justificação de faltas ou baixas médicas em 1 (20,0%). Os outros problemas que referem remetem para a dificuldade de conciliação entre a vida profissional e a vida familiar em 1 (20,0%) das situações. Destacamos também que 2 (40,0%) dos respondentes não têm problemas laborais.

Por último, quisemos saber com quem vive o cuidador familiar/informal de Oeiras, sendo que este vive sobretudo com o esposo/a em 6 (46,2%) casos, com as/os filhas/os em 4 (30,8%), e vive sozinho/a e com o companheiro/a em 2 (15,4%) casos.

De seguida apresenta-se a síntese da caracterização sociográfica dos cuidadores familiares/informais – Quadro 4.

**Quadro 4** - Síntese da caracterização sociográfica dos cuidadores familiares/informais

	N.º	%	<b>Classificação da profissão</b>	
<b>Sexo</b>			Representantes do poder legislativo e de órgãos executivos, dirigentes, e gestores executivos	1 7,7
Feminino	8	61,5	Especialistas das atividades intelectuais e científicas	5 38,5
Masculino	5	38,5	Técnicos e profissões de nível intermédio	2 15,4
<b>Grupo etário</b>			Pessoal administrativo	1 7,7
21 - 30 anos	1	7,7	Trabalhadores dos serviços pessoais, de proteção e segurança, e vendedores	2 15,4
31 - 40 anos	1	7,7	Operadores de instalações e máquinas e trabalhadores da montagem	1 7,7
41 - 50 anos	3	23,1	Trabalhadores não qualificados	1 7,7
51 - 60 anos	2	15,4	<b>Inserção no mercado de trabalho</b>	
61 - 70 anos	2	15,4	Não	8 61,5
71 - 80 anos	4	30,8	Sim	5 38,5
<b>Estado civil</b>			<b>Situação profissional (resposta múltipla)</b>	
Casado/a	6	46,2	Empregado/a por conta própria	1 20,0
Divorciado/a	2	15,4	Empregado/a por conta de outrem	5 100,0
Solteiro/a	4	30,8	<b>Horas de trabalho por dia</b>	
Unido/a de facto	1	7,7	4 a 7 horas de trabalho diário	2 40,0
<b>Escolaridade</b>			8 ou mais horas de trabalho diário	3 60,0
1.º ciclo (4.º ano)	1	7,7	<b>Problemas laborais (resposta múltipla)</b>	
3.º ciclo (9.º ano)	2	15,4	Remuneratórios	2 40,0
Ensino secundário ou curso técnico-profissional equivalente (12.º ano)	4	30,8	Justificação de faltas ou baixas médicas	1 20,0
Licenciatura	6	46,2	Não tem problemas	2 40,0
<b>Concelho de residência</b>			Outros - Conciliação entre a vida profissional e a vida familiar	1 20,0
Oeiras	13	100	<b>Com quem vive (resposta múltipla)</b>	
<b>Naturalidade</b>			Sozinho/a	2 15,4
Castelo Branco	1	7,7	Esposo/a	6 46,2
Lisboa	7	53,8	Companheiro/a	2 15,4
Moçambique	2	15,4	Filhas/filhos	4 30,8
Paço de Arcos	1	7,7	Mãe/pai	1 7,7
Póvoa de São Miguel	1	7,7	Outra pessoa - Avô/avó	1 7,7
Serra de Santo António	1	7,7		
<b>Nacionalidade</b>				
Portuguesa	13	100,0		

**Fonte:** Elaboração própria a partir dos dados recolhidos no inquérito por questionário.

## 2.2 - Perfil da pessoa cuidada/sénior

A segunda dimensão do questionário analisa os resultados da recolha de dados de caracterização sociográfica da pessoa cuidada/sénior (pessoa com 65 e mais anos). Em primeiro lugar e antes de passar às variáveis de caracterização, importava saber a quantas pessoas o cuidador familiar/informal presta cuidados. Os cuidadores familiares/informais de Oeiras prestam cuidados a 1 pessoa em 11 (84,6%) dos casos e 2 (15,4%) prestam cuidados a 2 pessoas – Quadro 5.

De seguida solicitou-se aos cuidadores familiares/informais que respondessem às perguntas seguintes, tendo em mente só uma pessoa sénior, sobretudo aquela a quem prestam mais cuidados. Estas pessoas cuidadas/seniores são do sexo feminino em 9 (69,2%) respostas e do sexo masculino em 4 (30,8%).

As idades situam-se entre os 68 e 99 anos, sendo a média de 80,8 anos. As idades foram agrupadas por intervalos de idades, destacando-se o grupo etário entre 75-84 anos com 5 (38,5%) dos casos, o grupo etário dos 65-74 anos com 4 (30,8%) e o grupo etário dos 85-94 anos com 3 (23,1%).

O estado civil de casado/a e o de viúvo/a representam 5 (38,5%) respostas obtidas, respetivamente.

A escolaridade com maior representatividade é a da licenciatura com 4 (30,8%) ocorrências, seguindo-se o 2.º ciclo (6.º ano de escolaridade) e o saber ler e escrever sem qualquer grau de ensino, com 3 (23,1%), respetivamente.

O concelho onde residem habitualmente é Oeiras em 12 (93,2%) situações e Lisboa em 1 (7,7%) (neste último caso, a pessoa cuidada, reside em casa dos familiares em Oeiras). As pessoas cuidadas/seniores são naturais de várias localidades do país, destacando-se Lisboa com 3 (23,1%) respostas, mas também de outros países, como Moçambique com 1 (7,7%). Todas as pessoas seniores são de nacionalidade portuguesa, portanto, num total de 13 (100,0%).

As profissões exercidas refletem os graus escolares referidos anteriormente. A pergunta sobre qual a profissão atual ou a última que as pessoas cuidadas/seniores desempenharam foi categorizada de acordo com a Classificação Portuguesa das Profissões de 2010 (INE, 2011). Os especialistas das atividades intelectuais e científicas surgem em primeiro lugar com 4 (30,8%) respostas, seguindo-se os trabalhadores qualificados da indústria, construção e artífices com 3 (23,1%) e os trabalhadores não qualificados com 2 (15,4%).

A situação na profissão é, ao nível da percentagem de resposta, a de reformado/a – pensão de velhice com 9 (69,2%) respostas, reformado/a – pensão de invalidez com 4 (30,8%) e pensão de sobrevivência - por morte do cônjuge com 3 (23,1%).

Quanto à habitação onde as pessoas seniores residem, são sobretudo andares térreos/rés do chão com 8 (61,5%) casos e o andar em piso superior com elevador, que é identificado em 4 (30,8%) dos casos. As pessoas cuidadas/seniores coabitam com o cuidador familiar/informal em 5 (38,5%) situações, e com o esposo/a ou vivem sós em 3 (23,1%), respetivamente.

O questionário integrava uma pergunta sobre a principal doença da pessoa cuidada/sénior. Esta pergunta aberta foi codificada de acordo com a classificação estatística internacional de doenças, traumatismos e causas de morte – ICD-11, em inglês *International Classification of Diseases – 11th Revision* (WHO, 2019).

As respostas foram objeto de análise categorial, que calculou o número de vezes que ocorreram certas características e agrupou-as em categorias. O tipo de resposta que foi codificada nas categorias das doenças foram as seguintes: na categoria 2 - neoplasias, foi integrada a resposta «cancro»; na 5 - endócrinas, nutricional ou metabólicas, «diabetes»; e na 6 - mental, comportamental ou de desenvolvimento neurológico a resposta «esquizofrenia».

Na categoria 8 - sistema nervoso, foi integrada a resposta «Alzheimer», na categoria 9 - sistema visual, «dificuldades de visão», e na 11 - sistema circulatório, «hipertensão».

As doenças identificadas refletem as comorbidades a que estas pessoas seniores estão sujeitas. Neste caso concreto, as categorias das doenças que se destacam são as do sistema nervoso com 10 (76,9%) respostas e as do sistema circulatório com 3 (23,1%). Seguem-se as endócrinas, nutricional ou metabólicas e a doença mental, comportamental ou de desenvolvimento neurológico com 2 (15,4%) respetivamente, e por último, as neoplasias e as do sistema visual com 1 (7,7%).

De seguida apresenta-se a síntese da caracterização sociográfica da pessoa cuidada/sénior – Quadro 5.

**Quadro 5** - Síntese da caracterização sociográfica da pessoa cuidada/sénior

	N.º	%		
<b>Quantidade de pessoas seniores a que presta cuidados</b>			<b>Nacionalidade</b>	
Uma pessoa	11	84,6	Portuguesa	13   100,0
Duas pessoas	2	15,4	<b>Classificação da profissão</b>	
<b>Sexo</b>			Representantes do poder legislativo e de órgãos executivos, dirigentes, e gestores executivos	1   7,7
Feminino	9	69,2	Especialistas das atividades intelectuais e científicas	4   30,8
Masculino	4	30,8	Trabalhadores dos serviços pessoais, de proteção e segurança, e vendedores	1   7,7
<b>Grupo etário</b>			Trabalhadores qualificados da indústria, construção e artífices	3   23,1
65 - 74 anos	4	30,8	Operadores de instalações e máquinas e trabalhadores da montagem	1   7,7
75 - 84 anos	5	38,5	Trabalhadores não qualificados	2   15,4
85 - 94 anos	3	23,1	Não responde	1   7,7
95 e mais anos	1	7,7	<b>Situação profissional (resposta múltipla)</b>	
<b>Estado civil</b>			Reformado/a - Pensão de velhice	9   69,2
Casado/a	5	38,5	Reformado/a - Pensão de invalidez	4   30,8
Divorciado/a	1	7,7	Pensão de sobrevivência - Por morte do cônjuge	3   23,1
Solteiro/a	2	15,4	<b>Tipo de habitação</b>	
Viúvo/a	5	38,5	Andar em piso superior com elevador	4   30,8
<b>Escolaridade</b>			Andar em piso superior sem elevador	1   7,7
1.º ciclo (4.º ano)	1	7,7	Andar térreo/ rés do chão	8   61,5
2.º ciclo (6.º ano)	3	23,1	<b>Coabitação (resposta múltipla)</b>	
Licenciatura	4	30,8	Vive só	3   23,1
Mestrado	1	7,7	Vive com o esposo/a	3   23,1
Não sabe ler nem escrever	1	7,7	Vive com companheiro/a	1   7,7
Sabe ler e escrever, mas sem qualquer grau de ensino	3	23,1	Neto/a	1   7,7
<b>Local onde reside</b>			Vive com o cuidador familiar	5   38,5
Oeiras	12	92,3	<b>Principal categoria de doença diagnosticada (resposta múltipla)</b>	
Lisboa	1	7,7%	2. Neoplasias	1   7,7
<b>Naturalidade</b>			5. Endócrinas, nutricional ou metabólicas	2   15,4
Não responde	2	15,4	6. Mental, comportamental ou de desenvolvimento neurológico	2   15,4
Caramulo	1	7,7	8. Sistema nervoso	10   76,9
Costa da Caparica	1	7,7	9. Sistema visual	1   7,7
Fundão	1	7,7	11. Sistema circulatório	3   23,1
Lisboa	3	23,1		
Moçambique	1	7,7		
Mourão	1	7,7		
Oeiras	1	7,7		
Tomar	1	7,7		
Veredeira	1	7,7		

**Fonte:** Elaboração própria a partir dos dados recolhidos no inquérito por questionário.

## 2.2.1 – Dependência e independência para as ABVD e AIVD

Para medir o grau de independência e dependência para as atividades básicas da vida diária (ABVD), o questionário integrava o índice de Katz. Este índice é composto por seis atividades, tais como tomar banho, vestir-se, ir à casa de banho, mobilidade, controlo dos esfíncteres e alimentação, e é avaliado numa escala de: «independente» e «dependente».

Esta escala apresenta uma pontuação final que resulta da soma da pontuação das seis ABVD e varia entre 0 (dependente) a 6 pontos (independente), correspondendo a pontuação ao número de ABVD em que a pessoa sénior é independente.

Os *scores* a ter em conta são: dependência total (0); dependência grave (1-2); dependência moderada (3-4); dependência ligeira (5); independência total (6). No caso em estudo, a pontuação varia entre 0 a 6 e a média do *score* é de 4, revelando dependência moderada.

Tendo em conta esta ponderação, o número de pessoas que se integram nos *scores* identificados, são as seguintes: em 4 (30,8%) dos casos o ponto de *score* é «independência total» e «dependência ligeira», respetivamente. Em 2 (15,4%) é «dependência moderada» e «dependência total» respetivamente, e em 1 (7,7%) «dependência grave» – Quadro 6.

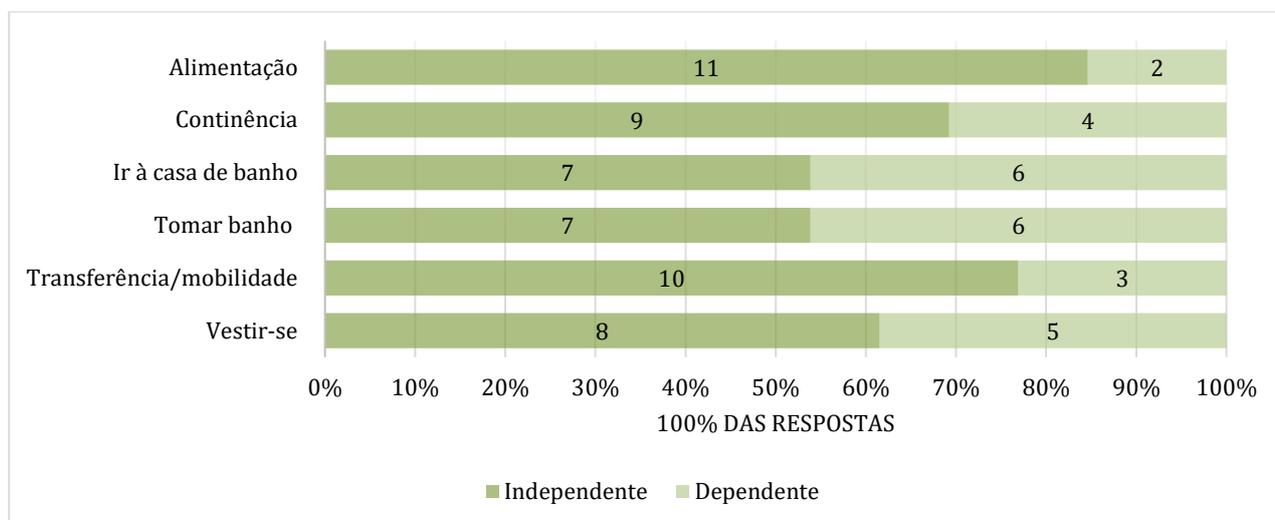
**Quadro 6** - Índice de Katz: *Scores*

	Frequência	Percentagem
Dependência total (0)	2	15,4
Dependência grave (1-2)	1	7,7
Dependência moderada (3-4)	2	15,4
Dependência ligeira (5)	4	30,8
Independência total (6)	4	30,8
Total	13	100

**Fonte:** Elaboração própria a partir dos dados recolhidos no inquérito por questionário.

Este índice também é usado para aferir a independência e a dependência nas atividades básicas da vida diária, revelando assim que as pessoas seniores são independentes na maioria dos itens do índice – Gráfico 1 –, destacando-se o grau de dependente na atividade de tomar banho e de ir à casa de banho, respetivamente.

**Gráfico 1** - Índice de independência e dependência: Índice de Katz



**Fonte:** Elaboração própria a partir dos dados recolhidos no inquérito por questionário.

Por sua vez, o índice de Lawton-Brody, que mede a capacidade funcional das pessoas seniores para as atividades instrumentais da vida diária (AIVD) em oito atividades, inclui as atividades de cuidar da casa, lavar a roupa, preparar a comida, ir às compras, usar o telefone, usar o transporte, usar o dinheiro e a medicação.

Este índice de Lawton-Brody apresenta uma pontuação final que resulta da soma da pontuação das oito AIVD e varia entre 0 e 5 pontos, correspondendo a uma pontuação máxima de 16 pontos. A escala do índice de Lawton-Brody é convertida em três grupos, na mesma proporção, com os seguintes pontos de corte: 0-5 significa «dependência grave ou total»; de 6-11 significa «moderada dependência»; de 12-16 significa «ligeira dependência ou independente».

No caso dos cuidadores em estudo, a pontuação varia entre 0 e 16 e a média do *score* é de 3,85, a partir do qual o *score* indica «dependência grave ou total». No quadro seguinte ilustramos o número de pessoas que se integram nos *scores* propostos ao índice de Lawton-Brody. Em 10 (77,0%), o ponto de *score* é de «dependência grave ou total», em 2 (15,4%) de «ligeira dependência ou independente», e em 1 (7,6%) de «moderada dependência» – Quadro 7.

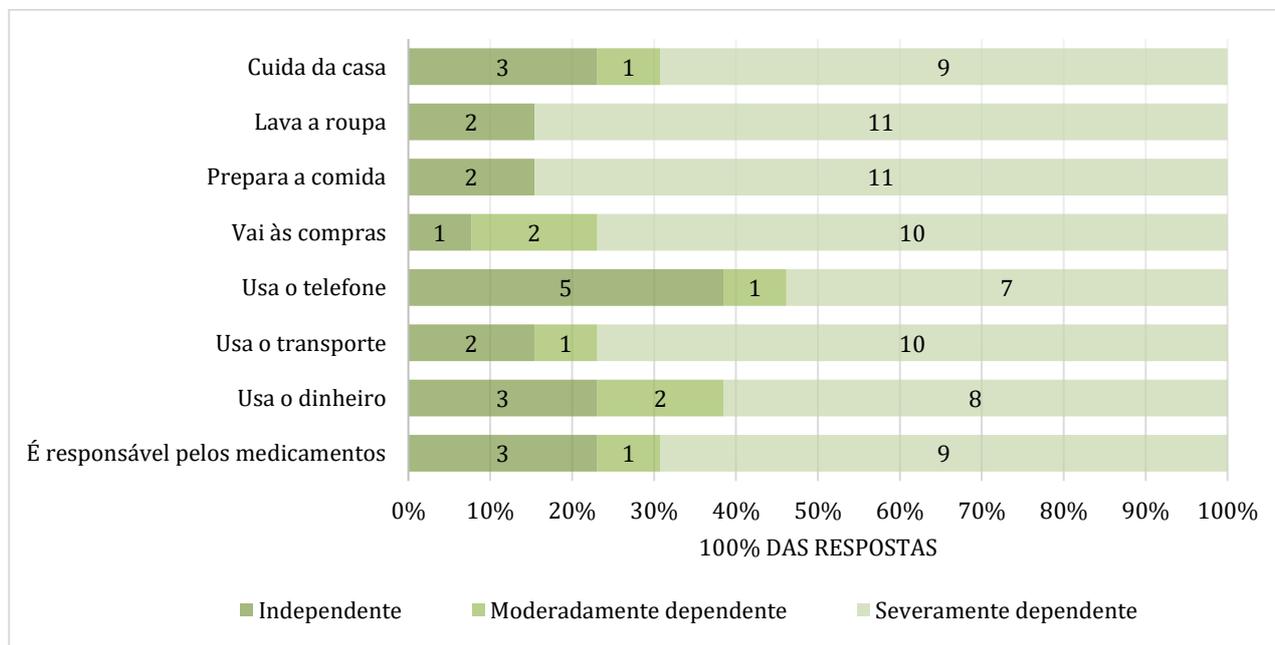
**Quadro 7** - Índice de Lawton-Brody: *Scores*

	Frequência	Percentagem
Dependência grave ou total (0-5)	10	77,0
Moderada dependência (6-11)	1	7,6
Ligeira dependência ou independente (12-16)	2	15,4
Total geral	13	100

**Fonte:** Elaboração própria a partir dos dados recolhidos no inquérito por questionário.

Quanto ao resultado da sua aplicação, patente no Gráfico 2, verifica-se que, de modo geral, as pessoas cuidadas/seniores se encontram severamente dependentes em todos os tópicos, sendo que os mais relevantes são o lavar a roupa e a preparação da comida, e o menos relevante usar o telefone.

**Gráfico 2** - Capacidade funcional das pessoas seniores: Índice de Lawton-Brody



**Fonte:** Elaboração própria a partir dos dados recolhidos no inquérito por questionário.

### 2.3 – Cuidados prestados pelo cuidador familiar/informal

A terceira dimensão caracteriza os cuidados familiares/informais prestados à pessoa sénior. Antes de demonstrar esses resultados, é importante saber qual o tipo de relação é que estas pessoas mantêm com a pessoa cuidada/sénior. No caso de Oeiras todos os cuidadores familiares/informais têm uma relação de parentesco com a pessoa cuidada, ou seja, 13 (100%) são cuidadores – Quadro 12.

A relação de parentesco mais frequente é a de esposo/a e de filho/a com 3 (23,1%) casos, respetivamente, de pai/mãe e de outras situações, nomeadamente o avó/avô, com 2 (15,4%) casos.

Os cuidadores familiares/informais indicam outros familiares que dependem de si, sendo estes em termos de percentagem os filhos/os com 5 (38,5%) respostas e não havendo mais nenhuma pessoa da família que depende de si com 7 (53,8%) respostas.

Dos 13 cuidadores familiares/informais de Oeiras, 9 (69,2%) residem na mesma habitação da pessoa cuidada e 4 (30,8%) não residem na mesma habitação. Os que referem não residir na mesma habitação, ou vivem no mesmo bairro, mas não na mesma casa da pessoa cuidada, ou vivem no mesmo concelho,

mas não na mesma habitação da pessoa cuidada, em 2 (50,0%) dos casos, respetivamente. Também há quem viva noutra local, que neste caso é noutra concelho, com 1 (25,0%) resposta.

O local onde os cuidados são prestados incluem a habitação da pessoa cuidada em 7 (53,8%) situações e a habitação do cuidador familiar/informal em 6 (46,2%).

Relativamente à satisfação para ser cuidador e prestar cuidados, foi aplicado o índice CASI ou *Carers Assessment of Satisfaction Index*. O CASI consiste numa lista de 30 afirmações e que são respondidas numa escala de: «não aconteceu no meu caso»; «aconteceu no meu caso e dá-me nenhuma satisfação»; «aconteceu no meu caso e dá-me alguma satisfação»; «aconteceu no meu caso e dá-me muita satisfação».

Cada item do índice CASI foi pontuado de forma qualitativa/quantitativa da seguinte forma: não acontece no meu caso = (1); acontece, mas não me dá satisfação = (2); acontece e dá-me alguma satisfação = (3); acontece e dá-me muita satisfação = (4). Assim, obtém-se um *score* global que varia entre 30 e 120, em que um maior *score* corresponde a uma perceção de maior satisfação, com os seguintes pontos de corte: inferior a 60 = «sem perceção de satisfação»; entre 60 a 90 = «perceção de alguma satisfação»; superior a 90 = «perceção de elevada satisfação».

Neste caso, os valores variam entre 32 a 120, sendo o *score* médio global da satisfação de 98,23. Tendo em conta a pontuação média observada neste estudo, superior à média global do CASI (75,0 pontos), podemos inferir que os cuidadores se sentem globalmente satisfeitos com as funções que desempenham, apresentando uma «perceção de elevada satisfação».

No quadro seguinte ilustrámos o número de pessoas que se integram nos *scores* propostos neste tipo de análise do CASI. Em 9 (69,3%), há «perceção de elevada satisfação» e em 4 (30,7%) «perceção de alguma satisfação» – Quadro 8.

#### Quadro 8 - Índice CASI: *Score*

	Frequência	Porcentagem
Sem perceção de satisfação (inferior a 60)	0	0
Perceção de alguma satisfação (entre 60 a 90)	4	30,7
Perceção de elevada satisfação (superior a 90)	9	69,3
Total geral	13	100

**Fonte:** Elaboração própria a partir dos dados recolhidos no inquérito por questionário.

Nesta escala há três categorias principais que aglutinam um conjunto de fontes de satisfação relacionadas entre si, de acordo com a dinâmica da interação (Sequeira, 2010a; 2010b). Neste índice optou-se por demonstrar os resultados tendo em conta valores de cinquenta por cento ou mais em «Aconteceu no meu caso e dá-me muita satisfação». Os itens que se destacam estão sinalizados a bold.

A primeira categoria refere-se às fontes de satisfação relacionadas com a dinâmica interpessoal, onde as fontes de satisfação podem ter como beneficiário o prestador de cuidados (itens 2, 8 e 17), a pessoa dependente (itens 12, 14 e 24) ou ambos (itens 3, 18 e 29), pelo que estas fontes de satisfação ainda podem ser reagrupadas em três subcategorias. A dinâmica interpessoal integra nove itens de satisfação – Quadro 9.

A principal fonte de satisfação centra-se na pessoa dependente como principal beneficiária, onde é revelado que os cuidadores estão a contribuir para manter a dignidade e bem-estar da pessoa dependente. As percentagens mais expressivas situam-se nos itens 24 - «É importante para mim manter a dignidade da pessoa de quem cuido» e 12 - «Dá-me satisfação ver que a pessoa de quem cuido se sente bem», ambos com 12 (92,3%) respostas, e no 14 - «É agradável sentir que as coisas que eu faço dão bem-estar à pessoa de quem cuido» com 10 (76,9%).

De seguida, a satisfação foca-se no prestador de cuidados como principal beneficiário, destacando-se as respostas do item 17 - «É bom sentir-me apreciado pelos familiares e amigos que mais considero» em 10 (76,9%) das respostas e do item 2 - «A pessoa de quem cuido aprecia o que faço» com 8 (61,5%) respostas em «Aconteceu no meu caso e dá-me muita satisfação».

Em último, a satisfação provém também do benefício mútuo, onde sobressai o item 29 - «Prestar cuidados é uma forma de mostrar o meu amor pela pessoa de quem trato» com 9 (69,2%), e 3 - «O facto de prestar cuidados aproximou-me mais da pessoa de quem cuido» com 7 (53,8%) respostas.

**Quadro 9** - CASI: Fontes de satisfação relacionadas com a dinâmica interpessoal

	Não aconteceu no meu caso		Aconteceu no meu caso e dá-me nenhuma satisfação		Aconteceu no meu caso e dá-me alguma satisfação		Aconteceu no meu caso e dá-me muita satisfação	
<b>Prestador de cuidados como principal beneficiário</b>								
2 - A pessoa de quem cuido aprecia o que faço	3	23,1%	0	0,0%	2	15,4%	8	<b>61,5%</b>
8 - Apesar de todos os seus problemas, a pessoa de quem cuido não resmunga nem se queixa	7	53,8%	3	23,1%	2	15,4%	1	7,7%
17 - É bom sentir-me apreciado pelos familiares e amigos que mais considero	2	15,4%	0	0,0%	1	7,7%	10	<b>76,9%</b>
<b>Pessoa dependente como principal beneficiária</b>								
12 - Dá-me satisfação ver que a pessoa de quem cuido se sente bem	0	0,0%	0	0,0%	1	7,7%	12	<b>92,3%</b>
14 - É agradável sentir que as coisas que eu faço dão bem-estar à pessoa de quem cuido	0	0,0%	0	0,0%	3	23,1%	10	<b>76,9%</b>
24 - É importante para mim manter a dignidade da pessoa de quem cuido	0	0,0%	0	0,0%	1	7,7%	12	<b>92,3%</b>
<b>Benefício mútuo</b>								
3 - O facto de prestar cuidados aproximou-me mais da pessoa de quem cuido	4	30,8%	0	0,0%	2	15,4%	7	<b>53,8%</b>
18 - Prestar cuidados estreitou laços de família e relações de amizade	3	23,1%	1	7,7%	4	30,8%	5	38,5%
29 - Prestar cuidados é uma forma de mostrar o meu amor pela pessoa de quem trato	1	7,7%	0	0,0%	3	23,1%	9	<b>69,2%</b>

**Fonte:** Elaboração própria a partir dos dados recolhidos no inquérito por questionário.

A segunda categoria diz respeito às fontes de satisfação relacionadas com a dinâmica intrapessoal. Estas fontes de satisfação são agrupadas em três subcategorias e podem ter como beneficiário o prestador de cuidados (itens 7, 10, 16, 19, 25, 27 e 30), a pessoa dependente (itens 9 e 22) ou ambos (itens 6, 11, 21, 26 e 28). Esta categoria contempla 14 fontes de satisfação – Quadro 10.

**Quadro 10** - CASI: Fontes de satisfação relacionadas com a dinâmica intrapessoal

	Não aconteceu no meu caso		Aconteceu no meu caso e dá-me nenhuma satisfação		Aconteceu no meu caso e dá-me alguma satisfação		Aconteceu no meu caso e dá-me muita satisfação	
<b>Prestador de cuidados como principal beneficiário</b>								
7 - Prestar cuidados dá-me ocasião de mostrar o que sou capaz	1	7,7%	1	7,7%	4	30,8%	7	<b>53,8%</b>
10 - Prestar cuidados permite-me cumprir o que sinto que é o meu dever	1	7,7%	0	0,0%	2	15,4%	10	<b>76,9%</b>
16 - Prestar cuidados tem-me ajudado a amadurecer e a crescer como pessoa	1	7,7%	0	0,0%	3	23,1%	9	<b>69,2%</b>
19 - Ajuda a evitar que me sinta culpado	11	84,6%	0	0,0%	0	0,0%	2	15,4%
25 - Permite pôr-me a mim mesmo à prova e vencer dificuldades	1	7,7%	0	0,0%	2	15,4%	10	<b>76,9%</b>
27 - Prestar cuidados deu à minha vida um sentido que não tinha antes	8	61,5%	1	7,7%	0	0,0%	4	30,8%
30 - Prestar cuidados faz-me sentir que sou útil e estimado	2	15,4%	0	0,0%	2	15,4%	9	<b>69,2%</b>
<b>Pessoa dependente como principal beneficiária</b>								
9 - É agradável ver a pessoa de quem cuido limpa, confortável e bem arranjada	0	0,0%	0	0,0%	1	7,7%	12	<b>92,3%</b>
22 - Posso garantir que a pessoa de quem cuido tem as suas necessidades satisfeitas	0	0,0%	0	0,0%	1	7,7%	12	<b>92,3%</b>
<b>Benefício mútuo</b>								
6 - Tenho possibilidade de retribuir o que de bom fez por mim a pessoa de quem cuido	1	7,7%	0	0,0%	0	0,0%	12	<b>92,3%</b>
11 - Sou do género de pessoas que gostam de ajudar os outros	1	7,7%	0	0,0%	1	7,7%	11	<b>84,6%</b>
21 - Creio que se a situação fosse ao contrário, a pessoa de quem cuido faria o mesmo por mim	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	13	<b>100,0%</b>
26 - Prestar cuidados é uma maneira de expressar a minha fé	6	46,2%	0	0,0%	4	30,8%	3	23,1%
28 - No final, eu sei que terei feito o melhor que me foi possível	0	0,0%	0	0,0%	2	15,4%	11	<b>84,6%</b>

**Fonte:** Elaboração própria a partir dos dados recolhidos no inquérito por questionário.

Nas fontes de satisfação relacionadas com a dinâmica intrapessoal destaca-se, em primeiro lugar, a subcategoria da pessoa dependente como principal beneficiária, mais concretamente no item 9 - «É agradável ver a pessoa de quem cuido limpa, confortável e bem arranjada» e no 22 - «Posso garantir que a pessoa de quem cuido tem as suas necessidades satisfeitas» com 12 (92,3%) respostas, respetivamente, em «Aconteceu no meu caso e dá-me muita satisfação».

Em segundo lugar, no benefício mútuo, sobressaem os itens da reciprocidade dos cuidados, nomeadamente no item 21 - «Creio que se a situação fosse ao contrário, a pessoa de quem cuido faria o mesmo por mim» com 13 (100%) respostas e no item 6 - «Tenho possibilidade de retribuir o que de bom fez por mim a pessoa de quem cuido» com 12 (92,3%). Também os itens 11 - «Sou do género de pessoas que gostam de ajudar os outros» e 28 - «No final, eu sei que terei feito o melhor que me foi possível» com 11 (84,6%) respostas em «Aconteceu no meu caso e dá-me muita satisfação», respetivamente.

Por último, na categoria relativa à pessoa dependente como principal beneficiária destacam-se os itens 25 - «Permite pôr-me a mim mesmo à prova e vencer dificuldades» e 10 - «Prestar cuidados permite-me cumprir o que sinto que é o meu dever» com 10 (76,9%) respostas. Também os itens 16 - «Prestar cuidados tem-me ajudado a amadurecer e a crescer como pessoa» e o 30 - «Prestar cuidados faz-me sentir que sou útil e estimado» em 9 (69,2%). Por último, surge o 7 - «Prestar cuidados dá-me ocasião de mostrar o que sou capaz» com 7 (53,8%) respostas em «Aconteceu no meu caso e dá-me muita satisfação».

A terceira categoria diz respeito a fontes de satisfação relacionadas com a dinâmica dos resultados. As fontes de satisfação são subdivididas, por seu turno, em duas subcategorias e têm como beneficiário o prestador de cuidados (itens 1 e 23) e a pessoa dependente (itens 4, 5, 13, 15 e 20). Esta categoria inclui sete fontes de satisfação – Quadro 11.

**Quadro 11** - CASI: Fontes de satisfação relacionadas com a dinâmica dos resultados

	Não aconteceu no meu caso		Aconteceu no meu caso e dá-me nenhuma satisfação		Aconteceu no meu caso e dá-me alguma satisfação		Aconteceu no meu caso e dá-me muita satisfação	
<b>Prestador de cuidados como principal beneficiário</b>								
1 - Prestar cuidados permitiu-me desenvolver novas capacidades e habilidades	5	38,5%	1	7,7%	3	23,1%	4	30,8%
23 - Prestar cuidados deu-me a oportunidade de alargar os meus interesses e contactos	6	46,2%	0	0,0%	1	7,7%	6	46,2%
<b>Pessoa dependente como principal beneficiária</b>								
4 - É bom observar pequenas melhoras no estado da pessoa que cuido	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	<b>13</b>	<b>100,0%</b>
5 - Sou capaz de ajudar a pessoa de quem cuido a desenvolver ao máximo as suas capacidades	5	38,5%	0	0,0%	1	7,7%	<b>7</b>	<b>53,8%</b>
13 - É bom ajudar a pessoa de quem cuido a vencer dificuldades e problemas	0	0,0%	0	0,0%	1	7,7%	<b>12</b>	<b>92,3%</b>
15 - Por conhecer bem a pessoa de quem cuido, posso tratar dela melhor do que ninguém	2	15,4%	0	0,0%	2	15,4%	<b>9</b>	<b>69,2%</b>
20 - Sou capaz de manter em casa a pessoa de quem cuido, sem ter de ser internada num lar	1	7,7%	0	0,0%	4	30,8%	<b>8</b>	<b>61,5%</b>

**Fonte:** Elaboração própria a partir dos dados recolhidos no inquérito por questionário.

Nesta categoria destaca-se também a pessoa dependente como principal fonte de satisfação. Os itens mais relevantes são: o 4 - «É bom observar pequenas melhoras no estado da pessoa que cuido» com 13 (100%) das respostas; e o 13 - «É bom ajudar a pessoa de quem cuido a vencer dificuldades e problemas» com 12 (92,3%) respostas. Também o 15 - «Por conhecer bem a pessoa de quem cuido, posso tratar dela melhor do que ninguém» com 9 (69,2%), o 20 - «Sou capaz de manter em casa a pessoa de quem cuido, sem ter de ser internada num lar» com 8 (61,5%) e o 5 - «Sou capaz de ajudar a pessoa de quem cuido a desenvolver ao máximo as suas capacidades» com 7 (53,8%) em «Aconteceu no meu caso e dá-me muita satisfação», respetivamente.

Em síntese, a principal fonte de satisfação identificada pelo cuidador familiar/informal está centrada sobretudo na pessoa dependente como principal beneficiária, na manutenção da dignidade e bem-estar da pessoa dependente, na satisfação das suas necessidades e na promoção do seu bem-estar. Mas também no benefício mútuo, onde se destaca o amor e a reciprocidade do cuidar e no prestador de cuidados como principal beneficiário, onde o dever e o colocar-se à prova ganham destaque.

No Quadro 12 apresentam-se também o tipo de cuidados que os inquiridos prestam à pessoa sénior. Em percentagem de resposta, este tipo de cuidados foca-se, em primeiro lugar, em cuidados emocionais/psicológicos/sociais (por exemplo, companhia, tranquilidade) com 13 (100%) respostas, seguindo-se a organização e gestão dos serviços sociais e de saúde (por exemplo, contacto e articulação com serviços externos), assim como gerir o dinheiro (por exemplo, pagar contas, comprar bens e serviços) com 12 (92,3%) respostas, respetivamente. Os cuidados de saúde (por exemplo, medicação, injeções, tratamento de feridas, reabilitação, mudança de algália...) surgem logo a seguir com 11 (84,6%) ocorrências, a mobilidade com 10 (76,9%) e os serviços domésticos (por exemplo, trabalho doméstico) com 9 (69,2%) respostas.

A duração da prestação de cuidados varia entre 4 meses e 11 anos, sendo a média de 3,17 anos. A duração dos cuidados foi agrupada por anos, onde sobressai o intervalo de 1 - 4 anos em 9 (69,2%) casos – Quadro 12.

As horas de prestação diária de cuidados variam entre 2 horas por dia e 24 horas por dia e a média de horas de cuidados diários é de 19,62 horas. Estas horas foram agrupadas em intervalos de 4 horas, demonstrando assim que os familiares/cuidadores cuidam entre 21-24 horas por dia em 9 (69,2%) situações. Estes cuidados são prestados 7 dias por semana em 11 (84,6%) casos, sendo que o regime de prestação de cuidados predominante é durante a semana e ao fim de semana com 12 (92,3%) casos.

A prestação de cuidados é partilhada por outros cuidadores familiares/informais, em 7 (53,8%) das situações, e não são partilhados em 6 (46,2%) dos casos. As pessoas envolvidas na prestação de cuidados, em percentagem de resposta, são o filho/a e o(s) neto/os em 3 (42,9%) ocorrências, respetivamente – Quadro 12.

Segundo os cuidadores, as pessoas cuidadas/seniores não usufruem de nenhum apoio do sistema da segurança social ou de outros subsistemas em 11 (84,6%) respostas. Os que indicam que beneficiam desses apoios referem-se ao complemento por dependência - grau 1, complemento solidário para idosos - CSI e ao subsídio para ajudas de apoio, com 1 (7,7%) das respostas, respetivamente.

Relativamente aos serviços de que a pessoa cuidada/sénior usufrui de instituições, organizações sociais e de saúde ou de outros projetos desenvolvidos na comunidade, em percentagem de resposta, aferiu-se que 8 (61,5%) não usufruem de nenhum apoio. O apoio que mais se destaca, em percentagem de respostas, é o serviço de apoio domiciliário - higiene pessoal, alimentação, tratamento de roupas e outros com 5 (38,5%) respostas, e as unidades de saúde familiar e acesso a produtos de apoio - fraldas com 1 (7,7%), respetivamente - Quadro 12.

São vários os profissionais envolvidos na prestação de cuidados formais identificados pelo cuidador familiar/informal, nomeadamente o médico/a em 7 (53,8%) referências, seguindo-se a ajudante de ação direta em 4 (30,8%), o enfermeiro e a empregada doméstica em 3 (23,1%) respostas, e o assistente social e o psicólogo/a em 2 (15,4%) casos, respetivamente. É também relevante referir que 3 (23,1%) pessoas cuidadas não usufruem de cuidados prestados pelos profissionais enunciados na pergunta.

Perguntou-se também aos cuidadores familiares de Oeiras por quanto mais tempo se sentiam capazes de cuidar da pessoa sénior - Quadro 12. A resposta dada com maior representatividade foi até ser necessário com 9 (69,2%) respostas, seguindo-se por 6 meses com 2 (15,4%), e por 1 e 4 ou mais anos com 1 (7,7%), respetivamente.

De seguida apresenta-se a síntese de cuidados prestados pelo cuidador familiar/informal - Quadro 12.

#### Quadro 12 - Síntese dos cuidados prestados pelo cuidador familiar/informal (exceto índices CASI)

<b>Categorização da relação</b>	<b>N.º</b>	<b>%</b>	<b>Se não reside na mesma habitação, indique onde vive (resposta múltipla)</b>	
Cuidador familiar (com relação de parentesco)	13	100,0	Outro	1 25,0
<b>Relação de parentesco com a pessoa cuidada/sénior</b>			Vive no mesmo bairro, mas não na mesma casa da pessoa cuidada	2 50,0
Companheiro/a	1	7,7	Vive no mesmo concelho, mas não na mesma casa da pessoa cuidada	1 25,0
Esposo/a	3	23,1	<b>Local onde presta os cuidados</b>	
Filho/a	3	23,1	Na minha habitação	6 46,2
Irmão/irmã	1	7,7	Habitação da pessoa cuidada	7 53,8
Pai/mãe	2	15,4	<b>Tipo de cuidados que presta à pessoa sénior (resposta múltipla)</b>	
Tio/Tio	1	7,7	Cuidados de saúde	11 84,6
Outra - Avó/Avô	2	15,4	Cuidados instrumentais pessoais	8 61,5
<b>Que outras pessoas da sua família dependem de si (resposta múltipla)</b>			Mobilidade	10 76,9
Esposo/a	1	7,7	Serviços domésticos	9 69,2
Filho/a	5	38,5	Organização e gestão dos serviços sociais e de saúde	12 92,3
Irmão/irmã	1	7,7	Cuidados emocionais/psicológicos/sociais	13 100,0
Neto/a	1	7,7	Gerir o dinheiro	12 92,3
Pai/mãe	1	7,7	Apoio financeiro	8 61,5
Mais nenhuma pessoa	7	53,8	<b>Tempo de cuidado</b>	
<b>Residência na mesma habitação</b>			Menos de 1 ano	1 7,7
Não	4	30,8	1 - 4 anos	9 69,2
Sim	9	69,2		

5 - 9 anos	2	15,4	Complemento por dependência - grau 1	1	7,7
10 - 14 anos	1	7,7	Complemento solidário para idosos - CSI	1	7,7
<b>Horas diárias</b>			Subsídio para ajudas de apoio	1	7,7
1-4 horas	2	15,4	Não recebe nenhum apoio	11	84,6
13-16 horas	1	7,7	<b>Serviços de que a pessoa cuidada/sénior usufrui de instituições, organizações sociais e de saúde ou de outros projetos desenvolvidos na comunidade (resposta múltipla)</b>		
17-20 horas	1	7,7	Serviço de apoio domiciliário	5	38,5
21-24 horas	9	69,2	Unidades de saúde familiar	1	7,7
<b>Dias por semana que presta cuidados</b>			Acesso a produtos de apoio - Fraldas	1	7,7
4 dias	1	7,7	Não tem nenhum apoio	8	61,5
5 dias	1	7,7	<b>Profissionais que prestam cuidados/serviços à pessoa cuidada/sénior (resposta múltipla)</b>		
7 dias	11	84,6	Médico/a	7	53,8
<b>Regime de prestação de cuidados</b>			Enfermeiro/a	3	23,1
Durante a semana (segunda a sexta)	1	7,7	Fisioterapeuta	1	7,7
Durante a semana e ao fim de semana	12	92,3	Psicólogo/a	2	15,4
<b>Envolvimento de outros cuidadores familiares/informais</b>			Assistente social	2	15,4
Não	6	46,2	Ajudante de ação direta	4	30,8
Sim	7	53,8	Empregada doméstica	3	23,1
<b>Quais são as outras pessoas envolvidas (resposta múltipla)</b>			Nenhum dos anteriores	3	23,1
Esposo/a	1	14,3	<b>Por quanto mais tempo se sente capaz de cuidar da pessoa sénior</b>		
Companheiro/a	1	14,3	6 meses	2	15,4
Filho/a	3	42,9	1 ano	1	7,7
Neto/a	3	42,9	4 ou mais anos	1	7,7
Sobrinho/a	1	14,3	Até ser necessário	9	69,2
Irmão/irmã	1	14,3	<b>Benefícios financeiros do sistema da segurança social ou de outros subsistemas (resposta múltipla)</b>		

**Fonte:** Elaboração própria a partir dos dados recolhidos no inquérito por questionário.

### 2.3.1 - Dificuldades e estratégias

Quanto à análise das dificuldades do cuidador, aplicou-se o índice CADI ou *Carers Assessment of Difficulties Index*. Este índice consiste numa lista de afirmações, que foram efetuadas a pessoas que prestam cuidados acerca das dificuldades que enfrentam nessa atividade.

Estas afirmações são respondidas numa escala de «não aconteceu no meu caso»; «aconteceu no meu caso e não me perturba»; «aconteceu no meu caso e causa-me alguma perturbação»; «aconteceu no meu caso e perturba-me muito». Este índice foi adaptado e testado para a realidade portuguesa por Brito (2000) e por Sequeira (2010a; 2010b). O CADI permite que se analise um conjunto de dimensões, onde se identificam os problemas relacionais, as restrições sociais, as exigências do cuidar, as reações ao cuidar, o apoio familiar e profissional (Charlesworth, 2007).

Cada item do índice CADI é pontuado de forma qualitativa/quantitativa da seguinte forma: não acontece no meu caso = (1); acontece, mas não me perturba = (2); acontece e causa-me alguma perturbação = (3); acontece e perturba-me muito = (4). Nesta versão obtém-se um *score* global que varia entre 30 e 120, em que um maior *score* corresponde a maiores dificuldades, com os seguintes pontos de coorte: inferior

a 60 = «sem perceção de dificuldades»; entre 60 a 90 = «perceção de algumas dificuldades»; superior a 90 = «perceção de muitas dificuldades».

Neste caso concreto dos cuidadores, enquanto objeto de análise, os valores variam entre 30 a 115, sendo o *score* médio global das dificuldades de 72,23, o que indica que os cuidadores percecionam algumas dificuldades.

No quadro seguinte ilustramos o número de pessoas que se integram nos *scores* propostos. Em 7 (53,8) dos casos o ponto de *score* é de «perceção de algumas dificuldades», em 3 (23,1%) é de «sem perceção de dificuldades» e de «perceção de muitas dificuldades», respetivamente – Quadro 13.

**Quadro 13** - CADI: *Score*

	Frequência	Percentagem
Sem perceção de dificuldades (inferior a 60)	3	23,1
Perceção de algumas dificuldades (entre 60 a 90)	7	53,8
Perceção de muitas dificuldades (superior a 90)	3	23,1
Total	13	100

**Fonte:** Elaboração própria a partir dos dados recolhidos no inquérito por questionário.

O índice CADI integra um conjunto de fatores, tais como os problemas relacionais, as restrições sociais, as exigências do cuidar, as reações ao cuidar, o apoio familiar e o apoio profissional, e ainda outras dificuldades do cuidador. A apresentação dos dados teve em conta a percentagem de igual ou maior que cinquenta por cento na escala de «Aconteceu no meu caso e causa-me alguma perturbação e/ perturba-me muito». Optou-se por demonstrar os dados desta forma dada a dispersão das respostas neste índice. Os itens que se destacam estão sinalizados a bold e nesta apresentação optamos por descrever os que apresentam a maior percentagem – Quadro 14.

O primeiro fator do CADI diz respeito aos problemas relacionais (PR) e integra oito itens (5, 11, 12, 14, 17, 22, 25 e 26). Os cuidadores de Oeiras não identificaram dificuldades que lhes causam grande perturbação na maioria dos itens. Os itens que se evidenciam são o 5 - «A pessoa de quem eu cuido chega a pôr-me fora de mim» 8 (61,6%) e o 11 - «Por vezes a pessoa de quem estou a cuidar exige demasiado de mim» com 7 (53,9%) das respostas em «Aconteceu no meu caso e causa-me alguma perturbação» e/ou «perturba-me muito».

**Quadro 14** - CADI: Dificuldades relacionadas com o cuidar

	Não aconteceu no meu caso		Aconteceu no meu caso e não me perturba		Aconteceu no meu caso e causa-me alguma perturbação		Aconteceu no meu caso e perturba-me muito	
<b>Problemas relacionais (PR)</b>								
5 - A pessoa de quem eu cuido chega a pôr-me fora de mim	5	38,5%	0	0,0%	5	38,5%	3	23,1%
11 - Por vezes a pessoa de quem estou a cuidar exige demasiado de mim	5	38,5%	1	7,7%	1	7,7%	6	46,2%

12 - Deixou de haver o sentimento que havia na minha relação com a pessoa de quem cuido	11	84,6%	0	0,0%	2	15,4%	0	0,0%
14 - A pessoa de quem cuido nem sempre ajuda tanto quanto poderia	7	53,8%	2	15,4%	3	23,1%	1	7,7%
17 - Esta situação faz-me sentir irritado	8	61,5%	0	0,0%	2	15,4%	3	23,1%
22 - A pessoa de quem cuido nem sempre dá valor ao que eu faço	8	61,5%	0	0,0%	3	23,1%	2	15,4%
25 - O comportamento da pessoa de quem cuido causa problemas	8	61,5%	0	0,0%	2	15,4%	3	23,1%
26 - Cuidar desta pessoa não me dá qualquer satisfação	9	69,2%	0	0,0%	2	15,4%	2	15,4%
<b>Restrições sociais (RS)</b>								
1 - Não tenho tempo suficiente para mim próprio	3	23,1%	0	0,0%	4	30,8%	6	46,2%
3 - Não consigo dedicar tempo suficiente às outras pessoas da família	5	38,5%	0	0,0%	3	23,1%	5	38,5%
8 - Afasta-me do convívio com outras pessoas e de outras coisas de que gosto	1	7,7%	1	7,7%	4	30,8%	7	53,8%
9 - Chega a transtornar as minhas relações familiares	5	38,5%	0	0,0%	4	30,8%	4	30,8%
18 - Não estou com os meus amigos tanto quanto gostaria	0	0,0%	1	7,7%	6	46,2%	6	46,2%
20 - Não consigo ter um tempo de descanso, nem fazer uns dias de férias	2	15,4%	1	7,7%	4	30,8%	6	46,2%
21 - A qualidade da minha vida piorou	1	7,7%	1	7,7%	5	38,5%	6	46,2%
<b>Exigências do cuidar (EC)</b>								
6 - A pessoa de quem eu cuido depende de mim para se movimentar	10	76,9%	1	7,7%	2	15,4%	0	0,0%
10 - Deixa-me muito cansado(a) fisicamente	5	38,5%	1	7,7%	3	23,1%	4	30,8%
13 - A pessoa de quem cuido necessita de muita ajuda nos seus cuidados pessoais	5	38,5%	3	23,1%	3	23,1%	2	15,4%
15 - Ando a dormir pior por causa desta situação	4	30,8%	0	0,0%	4	30,8%	5	38,5%
19 - Esta situação está a transtornar-me os nervos	5	38,5%	0	0,0%	6	46,2%	2	15,4%
23 - A minha saúde ficou abalada	2	15,4%	0	0,0%	6	46,2%	5	38,5%
24 - A pessoa de quem cuido sofre de incontinência (não controla as necessidades)	11	84,6%	2	15,4%	0	0,0%	0	0,0%
<b>Reações ao cuidar (RC)</b>								
2 - Por vezes sinto-me «de mãos atadas»/sem poder fazer nada para dominar a situação	2	15,4%	1	7,7%	4	30,8%	6	46,2%
4 - Traz-me problemas de dinheiro	8	61,5%	1	7,7%	1	7,7%	3	23,1%
29 - Não consigo sossegar por estar preocupado com os cuidados a prestar	0	0,0%	1	7,7%	6	46,2%	6	46,2%
30 - Esta situação faz-me sentir culpado	11	84,6%	0	0,0%	1	7,7%	1	7,7%
<b>Apoio familiar (AF)</b>								
16 - As pessoas da família não dão tanta atenção como eu gostaria	7	53,8%	0	0,0%	0	0,0%	6	46,2%
28 - Alguns familiares não ajudam tanto quanto poderiam	6	46,2%	1	7,7%	0	0,0%	6	46,2%
<b>Apoio profissional (AP)</b>								
7 - Parece-me que os técnicos de saúde (médicos, enfermeiros, assistentes sociais, etc.) não fazem bem ideia dos problemas que os prestadores de cuidados enfrentam	6	46,2%	0	0,0%	3	23,1%	4	30,8%
27 - Não recebo apoio suficiente dos serviços de saúde e dos serviços sociais	3	23,1%	1	7,7%	5	38,5%	4	30,8%

**Fonte:** Elaboração própria a partir dos dados recolhidos no inquérito por questionário.

O segundo fator é designado como restrições sociais (RS) e contempla sete itens (1, 3, 8, 9, 18, 20 e 21). Se tivermos em conta as respostas em «Aconteceu no meu caso e causa-me alguma perturbação» e/ou «perturba-me muito», verificamos que todos os itens apresentam mais de cinquenta por cento das

respostas. Na apresentação dos dados destacamos os itens 18 - «Não estou com os meus amigos tanto quanto gostaria», com 12 (92,4%), o 8 - «Afasta-me do convívio com outras pessoas e de outras coisas de que gosto» e o item 21 - «A qualidade da minha vida piorou» com 11 (84,7%) das respostas, respetivamente.

O terceiro fator, as exigências do cuidar (EC), integra sete itens (6, 10, 13, 15, 19, 23 e 24). Também neste fator, se atendermos às respostas dadas em «Aconteceu no meu caso e causa-me alguma perturbação» e/ou «perturba-me muito», podemos constatar que as dificuldades se centram sobretudo nos itens 23 - «A minha saúde ficou abalada» com 11 (84,7%) respostas e o 15 - «Ando a dormir pior por causa desta situação» com 9 (69,3%). Ainda o item 19 - «Esta situação está a transtornar-me os nervos» 8 (61,9%) e o «10 - Deixa-me muito cansado(a) fisicamente» com 7 (53,9%).

O quarto fator, que se denomina reações ao cuidar (RC), abrange quatro itens (2, 4, 29 e 30). As respostas dos cuidadores de Oeiras revelam que as dificuldades que lhes causam maior perturbação são as que se evidenciam nos itens o 29 - «Não consigo sossegar por estar preocupado com os cuidados a prestar» com 12 (92,4%) e no 2 - «Por vezes sinto-me “de mãos atadas” /sem poder fazer nada para dominar a situação» com 10 (77,0%).

O quinto fator, o apoio familiar (AF), contempla somente dois itens (16 e 28) e as respostas dos cuidadores familiares/informais indicam que não têm dificuldades relativamente ao apoio recebido da família.

O sexto fator, o apoio profissional (AP), também só integra dois itens (o 7 e o 27). Neste fator identifica-se a dificuldade descrita no item 27 - «Não recebo apoio suficiente dos serviços de saúde e dos serviços sociais» em «Acontece comigo e causa-me alguma perturbação» e/ou «perturba-me muito» com 9 respostas (69,3%) e o 7 - «Parece-me que os técnicos de saúde (médicos, enfermeiros, assistentes sociais, etc.) não fazem bem ideia dos problemas que os prestadores de cuidados enfrentam» com 7 (53,9%).

Os cuidadores identificam ainda outras dificuldades, onde destacamos os itens 10 - «Solidão/sentir-se só» e o 11 - «Isolamento/estar só» com 11 (84,6%) respostas. Também o item 6 - «Desgaste mental» e o item 3 - «Lidar com o sofrimento do doente» em 10 (76,9%) respostas em «Aconteceu no meu caso e causa-me alguma perturbação/perturba-me muito». Os outros itens que se destacam nesta ponderação estão sinalizados no Quadro 15 a bold.

### Quadro 15 - CADI: Outras dificuldades

	Não aconteceu no meu caso		Aconteceu no meu caso e não me perturba		Aconteceu no meu caso e causa-me alguma perturbação		Aconteceu no meu caso e perturba-me muito	
1 - Falta de informação	5	38,5%	0	0,0%	3	23,1%	5	38,5%
2 - Falta de preparação para o desempenho do papel de cuidador	6	46,2%	0	0,0%	1	7,7%	6	46,2%
3 - Lidar com o sofrimento do doente	2	15,4%	1	7,7%	2	15,4%	8	61,5%
4 - Dificuldades físicas	5	38,5%	1	7,7%	2	15,4%	5	38,5%
5 - Falta de condições para prestar cuidados	7	53,8%	1	7,7%	1	7,7%	4	30,8%
6 - Desgaste mental	1	7,7%	2	15,4%	2	15,4%	8	61,5%
7 - Agressividade física	8	61,5%	0	0,0%	2	15,4%	3	23,1%
8 - Agressividade verbal	8	61,5%	0	0,0%	2	15,4%	3	23,1%
9 - Lidar com outros elementos da família	8	61,5%	0	0,0%	1	7,7%	4	30,8%
10 - Solidão/sentir-se só	2	15,4%	0	0,0%	4	30,8%	7	53,8%
11 - Isolamento/estar só	2	15,4%	0	0,0%	4	30,8%	7	53,8%

**Fonte:** Elaboração própria a partir dos dados recolhidos no inquérito por questionário.

Relativamente às estratégias para fazer face às dificuldades, aplicou-se o índice CAMI ou *Carers Assessment of Managing Index*. O CAMI é um índice que foi adaptado para a realidade portuguesa, por Brito (2000) e Sequeira (2010a; 2010b), e inclui um conjunto de afirmações sobre as estratégias de *coping* adotadas pelo cuidador familiar/informal, para combater as dificuldades sentidas e sobre o grau de eficácia das estratégias adotadas por si. Estas afirmações são respondidas numa escala de: «não procedo dessa forma»; «procedo dessa forma e não dá resultado»; «procedo dessa forma e dá algum resultado»; «procedo dessa forma e dá bastante resultado».

Cada item do índice CAMI é pontuado de forma qualitativa/quantitativa da seguinte forma: não procedo desta forma = (1); procedo, mas não dá resultado = (2); procedo e dá algum resultado = (3); procedo e dá bons resultados = (4). Nesta versão do CAMI, abreviada para a realidade portuguesa com 26 itens<sup>3</sup>, obtém-se um *score* global que varia entre 26 a 104, em que um maior *score* corresponde a uma maior utilização/perceção de eficácia das estratégias de *coping* utilizadas.

<sup>3</sup> Na versão original do CAMI, com 38 itens, obtém-se um *score* global que varia entre 38 e 152, em que um maior *score* corresponde a uma maior utilização/perceção de eficácia das estratégias de *coping* utilizadas, com os seguintes pontos de corte: inferior a 76 = não utiliza estratégias de *coping* ou as estratégias utilizadas não são eficazes; entre 76 a 114 = perceção de alguma eficácia nas estratégias de *coping* utilizadas; superior a 114 = perceção de elevada eficácia nas estratégias de *coping* utilizadas.

Os pontos de corte, adaptados para esta versão, do CAMI abreviado, são os seguintes: inferior a 52 = «não utiliza estratégias de  *coping* , ou as estratégias utilizadas não são eficazes»; entre 52 a 78 = «perceção de alguma eficácia nas estratégias de  *coping*  utilizadas»; superior a 78 = «perceção de elevada eficácia nas estratégias de  *coping*  utilizadas».

Neste caso concreto, dos cuidadores de Oeiras, a ponderação do CAMI apresentou uma variação entre 26 e 104, sendo o  *score*  médio global de 75,85, o que revela que os cuidadores apresentam uma «perceção de alguma eficácia nas estratégias de  *coping*  utilizadas». No quadro seguinte ilustramos o número de pessoas que se integram nos  *scores*  propostos.

Em 7 (53,8%) casos o ponto de  *score*  é de «Perceção de alguma eficácia nas estratégias de  *coping*  utilizadas», em 5 (38,5%) é de «Perceção de elevada eficácia nas estratégias de  *coping*  utilizadas»; e em 1 (7,7%) «Não utiliza estratégias de  *coping* , ou as estratégias utilizadas não são eficazes» – Quadro 16.

### Quadro 16 - Índice CAMI: *Score*

	Frequência	Percentagem
Não utiliza estratégias de <i> coping </i> , ou as estratégias utilizadas não são eficazes (inferior a 52)	1	7,7
Perceção de alguma eficácia nas estratégias de <i> coping </i> utilizadas (entre 52 a 78)	7	53,8
Perceção de elevada eficácia nas estratégias de <i> coping </i> utilizadas (superior a 78)	5	38,5
Total geral	13	100

**Fonte:** Elaboração própria a partir dos dados recolhidos no inquérito por questionário.

Este índice também propõe a análise das estratégias em três categorias: lidar com os acontecimentos/resolução de problemas, perceções alternativas sobre a situação e lidar com sintomas de  *stress* . A apresentação destes resultados tem em conta a percentagem igual ou superior a cinquenta por cento na escala de «Procedo dessa forma e dá bastante resultado».

A primeira categoria refere-se ao lidar com os acontecimentos/resolução de problemas e integra 13 itens, nomeadamente, os itens 1, 3, 5, 10, 13, 14, 15, 17, 18, 23, 29, 30 e 31. Aqui podemos verificar que a principal estratégia é a que consta no item 10 - «Procurar obter toda a informação possível acerca do problema» com 7 (53,8%) respostas em «Procedo dessa forma e dá bastante resultado».

A segunda categoria, a das perceções alternativas sobre a situação, é constituída pelos itens 7, 9, 11, 12, 20, 24, 25, 27, 32 e 34. Os resultados demonstram que as principais estratégias adotadas se referem aos itens 9 - «Recordar todos os bons momentos que passei com a pessoa de quem cuido» e 12 - «Viver um dia de cada vez», ambos com 10 (76,9%) respostas, em «Procedo dessa forma e dá bastante resultado». Também o item 11 - «Pensar que a pessoa de quem cuido não tem culpa da situação em que está» e o item 20 - «Aceitar a situação tal como ela é» com 8 (61,5%) respostas, são de destacar.

**Quadro 17 - CAMI: Estratégias para fazer face às dificuldades do cuidador familiar/informal**

	Não procedo dessa forma		Procedo dessa forma e não dá resultado		Procedo dessa forma e dá algum resultado		Procedo dessa forma e dá bastante resultado	
<b>Lidar com os acontecimentos/ resolução de problemas</b>								
1 - Estabelecer um programa regular de tarefas, e procurar cumpri-lo	6	46,2%	1	7,7%	2	15,4%	4	30,8%
3 - Falar dos meus problemas com alguém em quem confio	4	30,8%	0	0,0%	4	30,8%	5	38,5%
5- Planear com antecedência e assim estar preparado para as coisas que possam acontecer	6	46,2%	0	0,0%	3	23,1%	4	30,8%
10- Procurar obter toda a informação possível acerca do problema	0	0,0%	0	0,0%	6	46,2%	7	<b>53,8%</b>
13 - Conseguir que a família me dê toda a ajuda prática que puder	4	30,8%	2	15,4%	3	23,1%	4	30,8%
14 - Manter a pessoa de quem cuido tão ativa quanto possível	2	15,4%	0	0,0%	5	38,5%	6	46,2%
15 - Modificar as condições da casa, de modo a facilitar as coisas o mais possível	6	46,2%	1	7,7%	2	15,4%	4	30,8%
17 - Obter toda a ajuda possível dos serviços de saúde e dos serviços sociais	6	46,2%	1	7,7%	2	15,4%	4	30,8%
18 - Pensar no problema e encontrar uma forma de lhe dar solução	4	30,8%	0	0,0%	5	38,5%	4	30,8%
23 - Tomar medidas para evitar que os problemas surjam	6	46,2%	0	0,0%	4	30,8%	3	23,1%
29 - Confiar na minha própria experiência e na competência que tenho adquirido	1	7,7%	0	0,0%	6	46,2%	6	46,2%
30 - Experimentar várias soluções até encontrar uma que resulte	2	15,4%	0	0,0%	5	38,5%	6	46,2%
31 - Estabelecer uma ordem de prioridades e concentrar-me nas coisas mais importantes	3	23,1%	0	0,0%	5	38,5%	5	38,5%
<b>Perceções alternativas sobre a situação</b>								
7 - Pensar que há sempre quem esteja pior do que eu	4	30,8%	1	7,7%	2	15,4%	6	46,2%
9 - Recordar todos os bons momentos que passei com a pessoa de quem cuido	0	0,0%	0	0,0%	3	23,1%	10	<b>76,9%</b>
11 - Pensar que a pessoa de quem cuido não tem culpa da situação em que está	2	15,4%	0	0,0%	3	23,1%	8	<b>61,5%</b>
12 - Viver um dia de cada vez	1	7,7%	0	0,0%	2	15,4%	10	<b>76,9%</b>
20 - Aceitar a situação tal como ela é	2	15,4%	0	0,0%	3	23,1%	8	<b>61,5%</b>
24 - Agarrar-me a fortes crenças pessoais ou religiosas	8	61,5%	1	7,7%	2	15,4%	2	15,4%
25 - Acreditar em mim próprio e na minha capacidade para lidar com a situação	2	15,4%	0	0,0%	5	38,5%	6	46,2%
27 - Manter dominados os meus sentimentos e emoções	3	23,1%	3	23,1%	1	7,7%	6	46,2%
32 - Procurar ver o que há de positivo em cada situação	2	15,4%	0	0,0%	4	30,8%	7	<b>53,8%</b>
34 - Pensar que ninguém tem culpa da situação	4	30,8%	0	0,0%	2	15,4%	7	<b>53,8%</b>
<b>Lidar com sintomas de stress</b>								
4 - Reservar algum tempo livre para mim próprio	3	23,1%	1	7,7%	4	30,8%	5	38,5%
21 - Arranjar maneira de não pensar nas coisas, lendo, vendo televisão, etc.	0	0,0%	0	0,0%	7	53,8%	6	46,2%
38 - Dedicar-me a coisas que me interessam, para além de cuidar da pessoa	2	15,4%	0	0,0%	5	38,5%	6	46,2%

**Fonte:** Elaboração própria a partir dos dados recolhidos no inquérito por questionário.

A terceira categoria, que se refere ao lidar com sintomas de *stress*, compreende as seguintes estratégias de *coping*, que correspondem aos itens 4, 21 e 38. Nesta categoria não são expressas estratégias com valores iguais ou superiores a cinquenta por cento em «Procedo dessa forma e dá bastante resultado», contudo algumas das estratégias dão algum resultado.

## 2.4 – Repercussões da prestação de cuidados no cuidador familiar/informal

A quarta dimensão do questionário procurou aferir as repercussões da prestação de cuidados à pessoa cuidada/sénior na vida pessoal e social do cuidador familiar/informal de Oeiras. Questionou-se, em primeiro lugar, a situação de saúde e de bem-estar do cuidador familiar/informal.

Procurou-se indagar se o cuidador familiar/informal tinha alguma doença diagnosticada pelo médico, nos últimos 6 meses. Esta pergunta foi categorizada de acordo com a classificação estatística internacional de doenças, traumatismos e causas de morte – ICD-11, em inglês *International Classification of Diseases – 11th Revision (version: 09/2020)* (WHO, 2019). Esta classificação identifica 26 categorias de doenças e ainda duas secções complementares (V e X).

As doenças foram codificadas através da análise categorial, o que permitiu calcular o número de vezes que ocorrem certas características agrupando-as em categorias contando o número de respostas. Neste caso concreto, a classificação das doenças foi integrada nas seguintes categorias: na 5 - endócrinas, nutricional ou metabólicas, «diabetes», 11 - sistema circulatório, «hipertensão», na 12 - sistema respiratório, «bronquite asmática», na 13 - sistema digestivo, «perturbações gastrointestinais», na 15 - sistema osteomuscular e do tecido conjuntivo, «hérnia da coluna» e em outras que não se integram nas anteriores, «fibromialgias».

Em 8 (61,5%) respostas os cuidadores revelam não ter doenças, mas em 5 referem que as doenças diagnosticadas nos últimos 6 meses são as do sistema circulatório com 2 (15,4%) respostas, e as endócrinas, nutricional ou metabólicas, do sistema respiratório, do sistema digestivo, do sistema osteomuscular e do tecido conjuntivo, e de outras que não se integram nas anteriores com 1 (7,7%) respostas em cada categoria, respetivamente – Quadro 21. O estado de saúde é avaliado pelo cuidador de Oeiras como bom em 9 (69,2%) situações, e mau e péssimo em 2 (15,4%) situações, respetivamente – Quadro 21.

Numa escala de «nunca» a «sempre» procurou-se saber qual a perceção sobre o sentimento geral face à sua vida – Quadro 18. Estes cuidadores revelam que se encontram alegres e de bom humor, muitas vezes, com 4 (30,8%) respostas e, às vezes, com 7 (53,8%).

### Quadro 18 - Sentimento face à sua vida de uma forma geral

	Nunca	Quase nunca	Às vezes	Muitas vezes	Sempre
--	-------	-------------	----------	--------------	--------

Alegre e de bom humor	0	0,0%	2	15,4%	7	53,8%	4	30,8%	0	0,0%
Calmo e relaxado	2	15,4%	2	15,4%	9	69,2%	0	0,0%	0	0,0%
Ativo e com vigor	1	7,7%	1	7,7%	8	61,5%	3	23,1%	0	0,0%
Renovado e descansado	2	15,4%	5	38,5%	6	46,2%	0	0,0%	0	0,0%
A minha vida diária está cheia de coisas que me interessam	1	7,7%	1	7,7%	7	53,8%	3	23,1%	1	7,7%

**Fonte:** Elaboração própria a partir dos dados recolhidos no inquérito por questionário.

Estão relaxados e calmos às vezes em 9 (69,2%) respostas e sentem-se ativos e com vigor, também às vezes, em 8 (61,5%). Também se sentem renovados e descansados às vezes em 6 (46,2%) dos casos e consideram que a sua vida diária está cheia de coisas que lhes interessam às vezes em 7 (53,8%) casos e muitas vezes em 3 (23,1%).

No Quadro 21 verifica-se ainda que os respondentes consideram que a sua qualidade de vida é boa em 8 (61,5%) dos casos, seguindo-se a má em 4 (30,8%) e péssima em 1 (7,7%) das restantes situações.

A sobrecarga dos cuidadores foi medida com a ajuda do índice de Zarit. Este índice integra um conjunto de itens e quatro fatores que o explicam (Sequeira, 2010a; 2010b). Os resultados do índice Zarit são ponderados de forma qualitativa/quantitativa, reforçando a apresentação dos resultados com as percentagens e a média das respostas em cada item.

Cada item do índice de Zarit foi pontuado de forma qualitativa/quantitativa em nunca = (1); quase nunca = (2); às vezes = (3); muitas vezes = (4); quase sempre = (5). Na versão utilizada (1 a 5), obtém-se um *score* global que varia entre 22 e 110, em que um maior *score* corresponde a uma maior perceção de sobrecarga, de acordo com os seguintes pontos de corte: inferior a 46 = «sem sobrecarga»; entre 46 a 56 = «sobrecarga ligeira»; superior a 56 = «sobrecarga intensa».

Neste caso concreto a ponderação do índice de Zarit varia entre 22 a 100, sendo o *score* médio global de 65,69, o que revela que os cuidadores apresentam sobrecarga intensa. O quadro seguinte apresenta o número de pessoas que se integram nos *scores* propostos por esta análise. Em 8 (61,5%) casos o ponto de *score* é de «sobrecarga intensa»; em 5 (38,5%) é de «sobrecarga ligeira» e em 3 (23%) é «sem sobrecarga» – Quadro 19.

#### Quadro 19 - Índice de Zarit: *Score*

	N.º	Percentagem
Sem sobrecarga (inferior a 46)	3	23,0
Sobrecarga ligeira (entre 46 a 56)	5	38,5
Sobrecarga intensa (superior a 56)	8	61,5
Total geral	13	100

**Fonte:** Elaboração própria a partir dos dados recolhidos no inquérito por questionário.

Este índice integra ainda um conjunto de itens e quatro fatores que explicam a sobrecarga (Sequeira, 2010a; 2010b). Esses fatores são o impacto da prestação de cuidados (IPC), a relação interpessoal (RI),

as expectativas face ao cuidar (EC) e a perceção de autoeficácia (PA). A apresentação dos resultados teve em conta o valor de cinquenta por cento ou mais na escala de «quase sempre» a bold no Quadro 20.

O primeiro fator, o impacto da prestação de cuidados (IPC), integra os itens da escala que se referem à sobrecarga da prestação de cuidados diretos e é constituído por 11 itens (1, 2, 3, 6, 9, 10, 11, 12, 13, 17 e 22). Nesta dimensão não se verifica sobrecarga dos cuidadores.

O segundo fator refere-se à relação interpessoal (RI). Esta abarca itens de sobrecarga relacionados com a relação entre o cuidador familiar/informal e a pessoa sénior dependente e alvo de cuidados. Estes itens avaliam o impacto interpessoal que resulta dessa relação de prestação de cuidados, essencialmente associado às dificuldades com a interação. É constituído por cinco itens (4, 5, 16, 18 e 19), mas, no caso específico de Oeiras, não se verifica sobrecarga.

O terceiro fator foca-se nas expectativas face ao cuidar (EC) e é composto por quatro itens (7, 8, 14 e 15). Estes estão relacionados com as expectativas que o cuidador tem relativamente à prestação de cuidados e centra-se essencialmente nos seus medos, receios e disponibilidades. Neste fator a sobrecarga está relacionada, essencialmente, com o item 14 - «Acredita que o seu familiar espera que você cuide dele como se fosse a única pessoa com quem ele(a) pudesse contar» com 8 (61,5%) respostas; e com os itens 7 - «Tem receio pelo futuro destinado ao seu familiar» e 8 - «Considera que o seu familiar está dependente de si» com 7 (53,8%) em «Quase sempre», respetivamente.

O quarto fator, a perceção de autoeficácia (PA), é constituído por dois itens (20 e 21) e que se referem à opinião do cuidador relativamente ao seu desempenho. Nesta dimensão não se verifica sobrecarga.

O quadro seguinte demonstra os valores dos respondentes de Oeiras em percentagem de resposta e por categorias de análise – Quadro 20.

**Quadro 20 - Índice de Zarit: Sobrecarga**

	Nunca		Quase nunca		Às vezes		Muitas vezes		Quase sempre	
<b>Impacto da prestação de cuidados (IPC)</b>										
1 - Sente que o seu familiar solicita mais ajuda do que aquela de que realmente necessita	7	53,8%	2	15,4%	3	23,1%	1	7,7%	0	0,0%
2 - Considera que devido ao tempo que dedica ao seu familiar já não dispõe de tempo suficiente para as suas tarefas	1	7,7%	0	0,0%	5	38,5%	3	23,1%	4	30,8%
3 - Sente-se tenso/a quando tem de cuidar do seu familiar e ainda tem outras tarefas por fazer	2	15,4%	0	0,0%	4	30,8%	4	30,8%	3	23,1%
6 - Considera que a situação atual afeta de uma forma negativa a sua relação com os seus amigos/familiares	2	15,4%	2	15,4%	4	30,8%	3	23,1%	2	15,4%
9 - Sente-se esgotado quando tem de estar junto do seu familiar	1	7,7%	3	23,1%	5	38,5%	1	7,7%	3	23,1%
10 - Vê a sua saúde ser afetada por ter de cuidar do seu familiar	3	23,1%	1	7,7%	3	23,1%	3	23,1%	3	23,1%

11 - Considera que não tem uma vida privada como desejaria devido ao seu familiar	3	23,1%	0	0,0%	1	7,7%	3	23,1%	6	46,2%
12 - Pensa que as suas relações sociais são afetadas negativamente por ter de cuidar do seu familiar	2	15,4%	1	7,7%	4	30,8%	2	15,4%	4	30,8%
13 - Sente-se pouco à vontade em convidar amigos para o(a) visitarem devido ao seu familiar	6	46,2%	1	7,7%	1	7,7%	2	15,4%	3	23,1%
17 - Considera que perdeu o controlo da sua vida depois da doença do seu familiar se manifestar	4	30,8%	0	0,0%	3	23,1%	2	15,4%	4	30,8%
22 - Em geral sente-se muito sobrecarregado por ter de cuidar do seu familiar	1	7,7%	2	15,4%	1	7,7%	3	23,1%	6	46,2%
<b>Relação interpessoal (RI)</b>										
4 - Sente-se envergonhado(a) pelo comportamento do seu familiar	8	61,5%	1	7,7%	2	15,4%	1	7,7%	1	7,7%
5 - Sente-se irritado/a quando está junto do seu familiar	6	46,2%	0	0,0%	5	38,5%	2	15,4%	0	0,0%
16 - Sente-se incapaz de cuidar do seu familiar por muito mais tempo	3	23,1%	3	23,1%	3	23,1%	2	15,4%	2	15,4%
18 - Desejaria poder entregar o seu familiar aos cuidados de outra pessoa	7	53,8%	3	23,1%	1	7,7%	1	7,7%	1	7,7%
19 - Sente-se inseguro acerca do que deve fazer com o seu familiar	2	15,4%	4	30,8%	3	23,1%	3	23,1%	1	7,7%
<b>Expetativas face ao cuidar (EC)</b>										
7 - Tem receio pelo futuro destinado ao seu familiar	1	7,7%	1	7,7%	1	7,7%	3	23,1%	7	<b>53,8%</b>
8 - Considera que o seu familiar está dependente de si	0	0,0%	0	0,0%	3	23,1%	3	23,1%	7	<b>53,8%</b>
14 - Acredita que o seu familiar espera que você cuide dele como se fosse a única pessoa com quem ele(a) pudesse contar	1	7,7%	0	0,0%	1	7,7%	3	23,1%	8	<b>61,5%</b>
15 - Considera que não dispõe de economias suficientes para cuidar do seu familiar e para o resto das despesas que tem	6	46,2%	3	23,1%	1	7,7%	2	15,4%	1	7,7%
<b>Perceção de autoeficácia (PA)</b>										
20 - Sente que poderia fazer mais pelo seu familiar	6	46,2%	3	23,1%	3	23,1%	1	7,7%	0	0,0%
21 - Considera que poderia cuidar melhor do seu familiar	6	46,2%	2	15,4%	2	15,4%	2	15,4%	1	7,7%

**Fonte:** Elaboração própria a partir dos dados recolhidos no inquérito por questionário.

Questionou-se também os cuidadores familiares/informais sobre o tipo de informação e formação recebida para prestar cuidados – Quadro 21. Verificou-se que 8 (61,5%) não receberam e 5 (38,5%) responderam que sim. O tipo de informação ou formação recebida, em percentagem de resposta, foi sobre informação em direitos do cuidador, informação em direitos da pessoa cuidada, formação em como cuidar da pessoa sénior de uma forma geral - higiene e conforto e formação sobre como cuidar da saúde da pessoa cuidada - feridas, fraldas, retirar e colocar algália, entre outras, com 3 (60,0%) respostas, respetivamente.

Também indicaram informação sobre serviços e profissionais a que podem recorrer, informação sobre associações de familiares cuidadores e formação sobre como cuidar da sua saúde - emocional e relacional com 2 (40,0%) respostas cada, e indicaram ainda outro tipo de informação ou formação recebida no Café Memória em 1 (20,0%) resposta.

Tendo em conta a experiência acumulada do cuidador familiar/informal na função de cuidar, foi igualmente solicitado que os respondentes indicassem quais os temas mais relevantes para exercer a função de cuidador. Em percentagem de resposta, os temas mais relevantes foram os direitos sociais com 13 (100%) respostas, o apoio psicossocial com 12 (92,3%), o conhecimento e cuidados a ter com as doenças dos seniores com 11 (84,6%), e as doenças do foro mental com 10 (76,9%).

Também realçaram a promoção da saúde e a gestão da saúde em 9 (69,2%) das respostas, assim como os cuidados pessoais de higiene e conforto e os cuidados de alimentação e nutrição com 8 (61,5%) respostas. Outros temas, como cuidados paliativos e em fim de vida, os cuidados no uso de ajudas de apoio, o uso de novas tecnologias para acesso a serviços e para a melhoria da qualidade dos serviços prestados, obtiveram 7 (53,8%) respostas, respetivamente. Por último, a violência sobre a pessoa sénior também não foi esquecida com 5 (38,5%) menções.

Solicitou-se também ao cuidador que indicasse algumas recomendações para o exercício da função de cuidador, sobretudo na relação com as respostas e serviços formais. As respostas foram dadas a partir de um conjunto de escolhas múltiplas. Aquelas respostas com mais relevância foram a necessidade de maior articulação entre os cuidados familiares e os cuidados formais com 11 (84,6%) ocorrências, seguindo-se o apoio económico/pagamento do trabalho de cuidar, a maior facilidade de acesso aos serviços públicos e menos tempo de espera pelos serviços formais com 9 (69,2%) respostas, respetivamente. Também se evidenciou a necessidade de uma maior articulação dos cuidados formais, de grupos de autoajuda e de serviços digitais de acesso a serviços e apoio ao cuidador com 8 (61,5%) respostas, respetivamente.

Nos últimos anos foram publicadas leis que definem o estatuto do cuidador informal em Portugal (no continente e nas Regiões Autónomas da Madeira e dos Açores), tendo 10 (76,9%) dos inquiridos conhecimento da existência desse estatuto e 3 (23,1%) não têm.

Tendo em conta esta referência, procurou-se perceber que medidas contidas no referido estatuto são mais valorizadas pelos cuidadores familiares/informais de Oeiras. Nas respostas dos inquiridos destaca-se em percentagem de resposta: o apoio de um profissional de referência da saúde e da segurança social - função de mobilizar recursos, informar, encaminhar; formação e informação, de aceder a informação e ações de formação adequadas às necessidades da pessoa cuidada; aconselhamento, acompanhamento e orientação na área da ação social; e o subsídio de apoio - mediante avaliação da condição de recurso com 11 (84,6%) respostas, respetivamente. Também o apoio psicossocial e o descanso do cuidador com 10 (76,9%), um plano de intervenção específico (PIE) para o cuidador com 9 (69,2%), grupos de autoajuda e a conciliação entre a atividade profissional e a prestação de cuidados com 8 (61,5%).

As repercussões financeiras são mencionadas em várias respostas como um problema que afeta os cuidadores. Em 10 (76,9%) casos, os inquiridos referiram que cuidar de uma pessoa sénior aumenta as despesas gerais, mas também há 3 (23,1%) casos em que não são reportados problemas a este nível.

Assumindo que prestar cuidados aumenta as despesas familiares, procurou-se saber qual o custo dos cuidados por mês. Este valor varia entre 200 e 2000 euros mensais, e o custo médio mensal gasto com a alimentação, cuidados básicos, fraldas, medicamentos, transporte e outros é de 675 euros. Esses valores foram agrupados em intervalos de 250 euros e verificou-se que 7 (53,8%) dos casos se encontram no grupo dos 500 a 749 euros e 2 (15,4%) no grupo dos 250 a 499 euros – Quadro 21.

O rendimento dos cuidadores para fazer face a estas despesas provém de várias fontes, sendo a principal o trabalho com 7 (53,8%) ocorrências, seguindo-se as pensões de velhice, invalidez e social com 5 (38,5%), e também do rendimento da pessoa cuidada e de outras situações, nomeadamente do subsídio de desemprego em 2 (15,4%) respostas, respetivamente. O rendimento dos inquiridos varia entre valores inferiores ao salário mínimo em 3 (23,1%) casos e até 1901 e 2150 euros em 1 (7,7%). Nos intervalos de 901 a 1150 euros e de 1151 a 1400 existem 2 (15,4%) casos, respetivamente.

O atual contexto social excepcionalmente caracterizado por uma pandemia, devido à COVID-19, alterou consideravelmente o quotidiano de todas as pessoas, em especial o dia a dia das pessoas cuidadas/seniores e dos seus cuidadores. Assim, procurou-se também saber se os cuidados prestados às pessoas seniores tinham sido alterados e como. Para 9 (69,2%) das pessoas, esses cuidados foram alterados e para 4 (30,8%) não foram alterados.

Para quem respondeu que foram alterados, foi dada a oportunidade de indicar, numa pergunta aberta, as principais alterações. Esta pergunta foi codificada mediante as respostas dadas. Assim, em percentagem de resposta, as principais alterações identificadas foram as seguintes: as consultas médicas e outros atos de saúde foram desmarcados/adiados, traduzindo-se na falta de acompanhamento em saúde em 3 (33,3%) casos; o centro de dia encerrou e/ou o SAD deixou de prestar cuidados, e as consultas médicas e outros atos de saúde começaram a ser feitos pelo telefone ou em casa em 2 (22,2%) situações, respetivamente.

Neste questionário foi também dada a possibilidade aos cuidadores familiares/informais de comentarem o estudo, tecendo um comentário ao tema. Assim, neste relatório evidenciamos esses relatos de forma qualitativa:

- «Os cuidadores têm de ter muito amor e carinho, porque as pessoas cuidadas necessitam deste apoio, principalmente o emocional e psicológico»;
- «É necessário um maior apoio cognitivo, nomeadamente através de atividades e não colocar as pessoas idosas à frente da televisão»;
- «É necessária uma maior ajuda para as situações do dia a dia, para podermos lidar com a situação da melhor forma possível. Isto só é possível com ajuda profissional»;

- «Os médicos de família deveriam reservar um horário durante o dia para que possam esclarecer algumas dúvidas, para assim evitar as idas desnecessárias ao hospital».

De seguida apresenta-se a síntese das repercussões da prestação de cuidados no cuidador familiar – Quadro 21.

**Quadro 21** - Síntese das repercussões da prestação de cuidados no cuidador familiar (exceto índices do sentimento face à vida e de Zarit)

	N.º	%			
<b>Doença diagnosticada pelo médico</b>			Violência sobre a pessoa sénior	5	38,5
Sem nenhuma doença	8	61,5	Direitos sociais	13	100,0
5. Endócrinas, nutricional ou metabólicas	1	7,7	Uso de novas tecnologias para acesso a serviços e para a melhoria da qualidade dos serviços prestados	7	53,8
11. Sistema circulatório	2	15,4			
12. Sistema respiratório	1	7,7	<b>Recomendações mais pertinentes para o exercício das funções (resposta múltipla)</b>		
13. Sistema digestivo	1	7,7			
15. Sistema osteomuscular e do tecido conjuntivo	1	7,7	Maior articulação entre os cuidados familiares e os cuidados formais	11	84,6
Outras que não se integram nas anteriores (dor crónica, doenças do sangue, da pele, infetocontagiosas, visão)	1	7,7	Apoio económico/pagamento do trabalho de cuidar	9	69,2
<b>Estado de saúde</b>			Serviços digitais de acesso a serviços e apoio ao cuidador	8	61,5
Bom	9	69,2	Grupos de autoajuda	8	61,5
Mau	2	15,4	Apoio espiritual	5	38,5
Péssimo	2	15,4	Mais facilidade de acesso aos serviços públicos	9	69,2
<b>Qualidade de vida</b>			Maior articulação dos cuidados formais	8	61,5
Boa	8	61,5	Aumentar as horas dos cuidados formais recebidos	7	53,8
Má	4	30,8	Menos tempo de espera pelos serviços formais	9	69,2
Péssima	1	7,7			
<b>Teve acesso a informação e formação para cuidar</b>			<b>Tem conhecimento de que existe em Portugal um estatuto do cuidador informal (Lei n.º 100/2019)</b>		
Não	8	61,5	Não	3	23,1
Sim	5	38,5	Sim	10	76,9
<b>Tipo de informação ou formação que recebeu (resposta múltipla)</b>			<b>Identifique as medidas que considera mais pertinentes (resposta múltipla)</b>		
Informação sobre direitos do cuidador	3	60,0	Apoio de um profissional de referência da saúde e da segurança social	11	84,6
Informação sobre direitos da pessoa cuidada	3	60,0	Um plano de intervenção específico (PIE) para o cuidador	9	69,2
Informação sobre serviços e profissionais a que posso recorrer	2	40,0	Grupos de autoajuda	8	61,5
Informação sobre associações de familiares cuidadores	2	40,0	Formação e informação	11	84,6
Formação sobre como cuidar da pessoa sénior de uma forma geral - higiene e conforto	3	60,0	Apoio psicossocial	10	76,9
Formação sobre como cuidar da saúde da pessoa cuidada - feridas, fraldas, retirar e colocar algália, outras	3	60,0	Aconselhamento, acompanhamento e orientação na área da ação social	11	84,6
Formação sobre como cuidar da minha saúde - emocional e relacional	2	40,0	Descanso do cuidador	10	76,9
Outro tipo de informação ou formação que recebeu	1	20,0	Promoção e integração no mercado de trabalho - o cuidador pode ver reconhecidas as suas competências como cuidador através da RVCC	6	46,2
<b>Quais os temas mais relevantes para exercer a função de cuidador (resposta múltipla)</b>			Conciliação entre a atividade profissional e a prestação de cuidados	8	61,5
Promoção da saúde	9	69,2	Estatuto do trabalhador/estudante	3	23,1
Gestão da saúde	9	69,2	Subsídio de apoio	11	84,6
Conhecimento e cuidados a ter com as doenças dos seniores	11	84,6	Inscrição no regime de Seguro Voluntário da Segurança Social	4	30,8
Doenças do foro mental	10	76,9	Promoção e integração no mercado de trabalho - inserção socioprofissional e regresso ao mercado de trabalho	4	30,8
Cuidados paliativos e em fim de vida	7	53,8			
Cuidados pessoais de higiene e conforto	8	61,5	<b>Repercussões financeiras (resposta múltipla)</b>		
Cuidados no uso de ajudas de apoio	7	53,8	Aumento das despesas gerais	10	76,9
Cuidados de alimentação e nutrição	8	61,5			
Apoio psicossocial	12	92,3			

Dificuldade em pagar atempadamente: rendas, prestações de crédito, despesas correntes da residência	1	7,7	Inferior ao salário mínimo	3	23,1
			636 a 900 euros	1	7,7
			901 a 1150 euros	2	15,4
Dificuldade em assegurar o pagamento imediato de uma despesa inesperada até o valor do IAS (438,81 euros), sem recorrer a empréstimo	1	7,7	1151 a 1400 euros	2	15,4
			1401 a 1650 euros	1	7,7
			1901 a 2150 euros	1	7,7
Dificuldade em pagar uma semana de férias por ano, fora de casa	2	15,4	Não responde	3	23,1
Dificuldade em manter a casa adequadamente aquecida	1	7,7	<b>Em situação de emergência de saúde pública, da COVID-19, sentiu que os cuidados prestados à pessoa sénior foram alterados</b>		
Dificuldade em ter máquina de lavar roupa, ter TV, ter telefone fixo ou telemóvel	1	7,7	Não	4	30,8
			Sim	9	69,2
Não sente dificuldades	3	23,1	<b>O que foi alterado relativamente à prestação de cuidados (resposta múltipla)</b>		
<b>Custo médio mensal da alimentação, cuidados básicos, fraldas, medicamentos, transporte e outros</b>			Os cuidados prestados em casa por profissionais diminuíram		
Até 249 euros	1	7,7	O centro de dia encerrou/SAD deixou de prestar cuidados	2	22,2
De 250 a 499 euros	2	15,4	O aumento das precauções com a prevenção da COVID-19	1	11,1
De 500 a 749 euros	7	53,8	As consultas médicas e outros atos de saúde começaram a ser feitos pelo telefone ou em casa	2	22,2
De 1000 a 1249 euros	1	7,7	As consultas médicas e outros atos de saúde foram desmarcados/adiados, traduzindo-se na falta de acompanhamento em saúde	3	33,3
Mais de 2000 euros	1	7,7	Outras situações (convívio com a pessoa cuidada, alteração das rotinas, alteração do rendimento, falta de respostas sociais...)	1	11,1
Não responde	1	7,7			
<b>Proveniência do seu rendimento</b>					
Trabalho	7	53,8			
Pensões - de velhice, de invalidez e social	5	38,5			
Apoio familiar	1	7,7			
Do rendimento da pessoa cuidada	2	15,4			
Outro - Subsídio de desemprego	2	15,4			
<b>Indique a média do seu rendimento mensal</b>					

**Fonte:** Elaboração própria a partir dos dados recolhidos no inquérito por questionário.

## SÍNTESE DOS RESULTADOS

Este relatório apresenta, de uma forma geral, as principais características do perfil do cuidador familiar/informal e da pessoa cuidada/sénior, permitindo uma melhor compreensão da situação destes cuidadores. Assim ao terminarmos a apresentação dos dados, procuramos sistematizar os resultados tendo em conta os objetivos do estudo.

**O primeiro objetivo pretendia caracterizar sociodemograficamente o cuidador familiar/informal e da pessoa cuidada/sénior.** A análise do perfil do cuidador familiar/informal de Oeiras revela que mais de metade destes cuidadores são mulheres. A média de idades é de 56,59 anos. Metade dos cuidadores inquiridos são casados e as habilitações literárias situam-se entre o 1.º ciclo e a licenciatura, destacando-se esta face ao ensino secundário ou curso técnico-profissional equivalente (12.º ano).

Os cuidadores residem a Oeiras e são todos de nacionalidade portuguesa, naturais de várias zonas do país, mas sobretudo de Lisboa. As suas profissões traduzem o seu grau de escolaridade, revelando a existência de profissões qualificadas e outras menos qualificadas. A maioria destes cuidadores familiares/informais não se encontra inserida no mercado de trabalho.

Os que estão inseridos no mercado de trabalho – cerca de um terço dos inquiridos – são principalmente empregados/as por conta de outrem e trabalham entre 8 ou mais horas por dia e entre 4 a 7 horas por dia. Os problemas laborais identificados são sobretudo ao nível das questões remuneratórias, da justificação das faltas e conciliação entre a vida profissional e familiar.

Estes cuidadores familiares/informais do concelho de Oeiras vivem com o esposo/a, mas também com as/os filhas/os. Relativamente ao número de pessoas cuidadas, a maioria cuida de uma pessoa sénior, embora exista quem cuide de duas pessoas seniores.

No que diz respeito às pessoas cuidadas seniores, estas são maioritariamente do sexo feminino, sendo a média de idade de 80,8 anos. O estado civil predominante é o de casado/a ou de viúvo/a e a escolaridade com maior peso relativo é o grau de licenciado, seguindo-se o 2.º ciclo e o saber ler e escrever sem qualquer grau de ensino. O concelho de residência situa-se em Oeiras e estas pessoas são naturais de várias localidades do país, prevalecendo a nacionalidade portuguesa.

As profissões exercidas refletem a diversidade já demonstrada do nível de escolaridade referido, tendo sido estas categorizadas pela classificação das profissões em Portugal. Na classificação da profissão destacam-se os especialistas das atividades intelectuais e científicas e os trabalhadores qualificados da indústria, construção e artífices. A situação predominante na profissão é para estas pessoas cuidadas/seniores a de reformado/a – pensão de velhice.

A habitação onde residem são principalmente andares térreos/rés do chão e andar em piso superior com elevador. Estas pessoas seniores vivem essencialmente com o cuidador familiar, em mais de um terço dos casos, ou com o esposo/a ou vivem sós.

As principais categorias de doenças diagnosticadas são sobretudo as do sistema nervoso como «Alzheimer» e as do sistema circulatório como «hipertensão», também as endócrinas, nutricional ou metabólicas como a «diabetes» e as doenças mentais, comportamentais ou de desenvolvimento neurológico como a «esquizofrenia».

**O segundo objetivo estima o índice de independência da pessoa sénior, tendo em conta as atividades básicas da vida diária (ABVD) e as atividades instrumentais da vida diária (AIVD) e o tipo de cuidados familiares/informais prestados.**

O resultado da aplicação do índice de Katz, usado para aferir a independência e a dependência nas atividades básicas da vida diária, revela que as pessoas seniores se encontram no *score* de «dependência moderada». As pessoas cuidadas são independentes na maioria dos itens do índice, sobretudo na alimentação.

Quanto ao resultado da aplicação do índice de Lawton-Brody, utilizado, por sua vez, para aferir a capacidade funcional das pessoas seniores para as atividades instrumentais da vida diária, verifica-se que, de um modo geral, a média do *score* é de 3,85, o que indica «dependência grave ou total», e se encontram severamente dependentes em todos os tópicos do índice.

O tipo de cuidados que os cuidadores prestam à pessoa cuidada/sénior centram-se, em primeiro lugar, nos cuidados emocionais / psicológicos / sociais, seguindo-se a organização e gestão dos serviços sociais e de saúde, assim como a gestão do dinheiro. Os cuidados de saúde surgem logo a seguir e, por fim, os serviços domésticos.

**O terceiro objetivo mede a satisfação do cuidador com a prestação dos cuidados com o *Carers Assessment of Satisfaction Index* (índice CASI), tendo como referência a relação entre o cuidador familiar/informal e a pessoa cuidada, os cuidados necessários, os efetivamente prestados e o usufruto de apoios financeiros e serviços.**

Relativamente à análise da satisfação para ser cuidador e prestar cuidados, foi aplicado o índice CASI, que demonstra que os cuidadores se sentem globalmente satisfeitos com as funções que desempenham com média de 98,23. Esta satisfação com o cuidar centra-se na pessoa cuidada, como fonte de satisfação, e os principais itens que se evidenciam é o de manter a dignidade e o bem-estar, e a satisfação das necessidades da pessoa cuidada/sénior. Contudo, também se destaca no benefício mútuo o amor e a reciprocidade do cuidar, e no prestador de cuidados como principal beneficiário o dever e o colocar-se à prova, evidenciam-se.

Na caracterização dos cuidados prestados pelo cuidador familiar/informal de Oeiras é importante destacar que todos os cuidadores são cuidadores familiares, revelando manter uma relação de parentesco com a pessoa cuidada. O tipo de relação de parentesco mais frequente é o do esposo/a e filhos/as, seguido do pai/mãe e avô/avó. Os cuidadores familiares/informais têm outros familiares que dependem dos seus cuidados, sobretudo os filhos/as em mais de um terço dos casos.

Os cuidadores familiares/informais residem na mesma habitação da pessoa cuidada em mais de metade dos casos e os que referem que não residem na mesma casa vivem no mesmo concelho ou no mesmo bairro. O local onde os cuidados são prestados incluem a habitação da pessoa cuidada em mais de metade das situações, bem como a habitação do cuidador familiar/informal.

A duração da prestação de cuidados foi agrupada por anos e o intervalo que sobressai é entre 1 a 4 anos. As horas despendidas na prestação de cuidados diários varia entre 2 horas e 24 horas, destacando-se o agrupamento entre 21 a 24 horas, e a prestação é efetuada 7 dias por semana na maioria dos casos, sendo o regime que prepondera durante a semana e ao fim de semana. Estes cuidados são partilhados por outros cuidadores, nomeadamente com os netos/os e com o filho/a.

Relativamente aos benefícios financeiros do sistema da segurança social ou de outros subsistemas, a pessoa cuidada não usufrui de nenhum destes apoios. Já nos serviços prestados por instituições, organizações sociais e de saúde ou de outros projetos desenvolvidos na comunidade, destaca-se o usufruto do Serviço de Apoio Domiciliário (SAD). Contudo, também a este nível a maioria dos seniores refere não usufrui de nenhum tipo de apoio. Os principais profissionais envolvidos na prestação de cuidados são o médico/a, em mais de metade dos casos, seguindo-se a ajudante de ação direta, o enfermeiro e a empregada doméstica, por esta ordem de grandeza.

**O quarto objetivo identifica as dificuldades com o *Carers Assessment of Difficulties Index* (índice CADI) e as estratégias adotadas com o *Carers Assessment of Managing Index* (índice CAMI) pelos cuidadores familiares/informais na prestação de cuidados à pessoa sénior.**

Quanto às dificuldades do cuidador, avaliadas pelo índice CADI, demonstra que estas pessoas percecionam «algumas dificuldades», já que a média deste *score* é de 72,23. Estas dificuldades manifestadas por estes cuidadores dizem respeito às restrições sociais, sobretudo os itens da falta de tempo para si e de convívio com outras pessoas. As dificuldades sentidas pelos cuidadores estão relacionadas com as exigências do cuidar, destacando-se o impacto negativo na sua saúde. As reações ao cuidar revelam ainda que este cuidador de Oeiras se encontra sempre preocupado com a pessoa cuidada e os cuidados a prestar. Outras dificuldades referenciadas pelos cuidadores remetem para a questão do desgaste mental e de se ter de lidar com o sofrimento do doente, assim como o sentir-se ou estar só. Apesar de tudo, a maior parte dos cuidadores familiares considera que se sente capaz de cuidar da pessoa sénior até ser necessário.

As estratégias para fazer face às dificuldades, analisadas pelo índice CAMI, indicam que os cuidadores apresentam um *score* de 75,85, revelando uma «perceção de alguma eficácia nas estratégias de *coping* utilizadas». A principal estratégia dos cuidadores para resolver os problemas é a de procurar toda a informação possível acerca do problema em causa. A alternativa sobre a situação, por sua vez, remete para o viver um dia de cada vez, recordar todos os bons momentos e aceitar a situação. Porém, não foram identificadas estratégias no lidar com situações de *stress*.

**O quinto objetivo analisa a sobrecarga, objetiva e subjetiva com o *Zarit Burden Interview (ZBI)* ou índice de Zarit, e revela as repercussões e necessidade de elaborar propostas de apoio/suporte mais alargadas e de formação e informação dirigidas a estes cuidadores familiares/informais.**

De uma forma geral, os cuidadores familiares/informais sentem-se sobrecarregados já que o *score* médio do índice de Zarit é de 65,69, integrando-se no *score* de «sobrecarga intensa». Esta sobrecarga verifica-se nas expectativas face ao cuidar, sobretudo quando «o seu familiar espera que você cuide dele como se fosse a única pessoa com quem ele(a) pudesse contar», «considera que o seu familiar está dependente de si» e «tem receio pelo futuro destinado ao seu familiar».

Na análise das repercussões da prestação de cuidados no cuidador familiar/informal, centramo-nos, primeiramente, na sua situação de saúde e de bem-estar. Assim, a maior parte dos cuidadores familiares/informais assume que não tem doenças diagnosticadas pelo médico há pelo menos 6 meses, mas nas que as identificam sobressaem as categorias das doenças do sistema circulatório. Também percebem a sua saúde como boa e apresentam um sentimento geral em relação à vida nem sempre de entusiasmo e a maioria considera que se encontra alegre e de bom humor, embora nem sempre estejam relaxados, o que denota a vivência de uma certa ansiedade. Mais de metade dos cuidadores sente-se ativo e com vigor, às vezes, mas nem sempre se sente renovado e descansado. Não obstante consideram que a sua qualidade de vida é boa na grande maioria dos casos.

As repercussões financeiras são mencionadas em várias respostas do questionário como um problema que afeta os cuidadores de Oeiras. Assim, mais de metade destes inquiridos refere que cuidar de uma pessoa sénior aumenta as despesas gerais do agregado. O custo dos cuidados situa-se em média nos 675 euros por mês. O rendimento para fazer face a estas despesas provém, em particular, do trabalho dos cuidadores e das pensões de velhice, invalidez e social e o rendimento dos inquiridos varia entre valores inferiores ao salário mínimo nacional e até 1901 e 2150 euros.

**Por último, as necessidades e recomendações do cuidador da pessoa sénior em matéria de informação, formação e apoio formal/informal, tendo em conta, também, o contexto da COVID-19 e o conhecimento dos cuidadores familiares/informais sobre o estatuto do cuidador informal.**

Estes cuidadores não receberam, na maioria deles, formação ou informação para prestar cuidados. Os que receberam essa informação e formação, esta centrou-se em áreas como os direitos do cuidador e da

pessoa cuidada, a formação sobre como cuidar da pessoa sénior de uma forma geral - higiene e conforto, e a formação sobre como cuidar da saúde da pessoa cuidada.

Os temas mais relevantes que foram identificados pelos cuidadores/familiares para exercerem a função de cuidador foram estes: direitos sociais, apoio psicossocial, conhecimento e cuidados a ter com as doenças dos seniores, e doenças do foro mental. As recomendações mais pertinentes para o exercício das funções de cuidador centraram-se numa maior articulação entre os cuidados familiares e os cuidados formais, em mais facilidade de acesso aos serviços públicos e em menos tempo de espera pelos serviços formais.

Estes cuidadores familiares/informais têm conhecimento da lei que contém o estatuto do cuidador informal. As medidas nela contidas que são mais valorizadas pelos cuidadores familiares/informais são o apoio de um profissional de referência da saúde e da segurança social, informação e ações de formação adequadas às necessidades da pessoa cuidada, aconselhamento, acompanhamento e orientação na área da ação social e subsídio de apoio.

Na análise das principais alterações decorrentes da situação pandémica que vivemos, da COVID-19, verificámos que, para mais de metade dos inquiridos, esses cuidados sofreram modificações. As principais alterações identificadas remetem para: as consultas médicas e outros atos de saúde, que foram desmarcados/adiados, traduzindo-se na falta de acompanhamento em saúde; as consultas médicas e outros atos de saúde, que começaram a ser feitos pelo telefone ou em casa: o centro de dia, que encerrou e/ou o SAD, que deixou de prestar cuidados.

As observações destacadas por estes cuidadores familiares/informais prendem-se com a necessidade de apoio psicossocial e de informação e formação para melhorar o processo de prestação de cuidados, requerendo este mais apoio formal e profissional, no seu entender.

# BIBLIOGRAFIA

- Alves, S., Ribeiro, O., & Paúl, C. (2020). Unmet needs of informal carers of the oldest old in Portugal. *Health Soc. Care Community*. 00: 1–10. <https://doi.org/10.1111/hsc.13063>
- Apóstolo, J.L.A. (2012). *Instrumentos para Avaliação em Geriatria - Documento de Apoio*, Coimbra: Escola Superior de Enfermagem de Coimbra. Disponível em: [file:///C:/Users/maria/Downloads/Instrumentos de Avalia%C3%A7%C3%A3o Geri%C3%A1trica MAIO 12%20\(4\).pdf](file:///C:/Users/maria/Downloads/Instrumentos%20de%20Avalia%C3%A7%C3%A3o%20Geri%C3%A1trica%20MAIO%2012%20(4).pdf) (consultado em 19 de abril de 2020).
- Azevedo, Z., & Matos, E. (2003). Grau de dependência em doentes que sofreram AVC, *Revista da Faculdade Medicina*; Série III; 8 (4): 199-204.
- Brito, M.L.B. (2000). A saúde mental dos prestadores de cuidados a familiares idosos, Tese de mestrado em Psiquiatria e Saúde Mental, Universidade do Porto. Disponível em: <http://hdl.handle.net/10216/9933> (consultado em 29 de abril de 2020).
- Charlesworth, X. M., Tzimoula, X.M., & Newman, S. P. (2007). Carers Assessment of Difficulties Index (CADI): Psychometric properties for use with carers of people with dementia, *Aging & Mental Health*, 11:2, 218-225. DOI: 10.1080/13607860600844523
- Coutinho, C.P. (2011). *Metodologia de Investigação em Ciências Sociais e Humanas: Teoria e Prática*. Coimbra: Edições Almedina.
- EC - European Commission (2018). *Informal Care in Europe Exploring Formalisation, Availability and Quality*. Brussels. Disponível em: [http://cite.gov.pt/pt/destaques/complementosDestqs2/Informal care.pdf](http://cite.gov.pt/pt/destaques/complementosDestqs2/Informal%20care.pdf) (consultado em 21 de julho de 2010).
- Eurocarers (2020a). Eurocarers' position paper July 2020. *Eurocarers' Analysis of the European Semester: Informal Carers, Left aside Again?* Disponível em: <https://eurocarers.org/publications/eurocarers-analysis-of-the-european-semester-informal-carers-left-aside-again-2/> (consultado em 8 de julho de 2020).
- Eurocarers (2020b). EU semester what is in it for carers? *2020 Review of the Country Reports and Country Specific Recommendations*. Disponível em: <https://eurocarers.org/eurocarers-analysis-of-the-2020-european-semester-is-out/> (consultado em 10 de setembro de 2020).
- Eurostat (2020a). *Population on 1 January 2020*. Disponível em: <https://ec.europa.eu/eurostat/databrowser/view/tps00028/default/table?lang=en> (consultado em 5 de maio de 2020).
- Eurostat (2020b). *Proportion of Population aged 65 and Over*. Disponível em: <https://ec.europa.eu/eurostat/databrowser/view/tps00028/default/table?lang=en> (consultado em 5 de maio de 2020).
- Fortin, M-F. (2003). *O Processo de Investigação, da Conceção à Realização*. Lisboa: Lusociência.
- Guadalupe, S., & Cardoso, J. (2018). As redes de suporte social informal como fontes de provisão social em Portugal: O caso da população idosa. *Sociedade e Estado*, 33 (1), 215-250. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/se/v33n1/0102-6992-se-33-01-213.pdf> (consultado em 11 de maio de 2020).
- Hill, M.M., & Hill, A. (2005). *Investigação por Questionário*, 2.ª edição. Lisboa: Edições Sílabo.

- ISS, I.P. - Instituto da Segurança Social, I.P. (2020). *Guia Prático Estatuto do Cuidador Informal: Cuidador Informal Principal e Cuidador Informal Não Principal*. Lisboa, ISS, I.P. Disponível em: [http://www.seg-social.pt/documents/10152/17083150/8004\\_Estatuto%20Cuidador%20Informal%20Principal%20e%20Cuidador%20Informal%20n%C3%A3o%20Principal/edcbe0f7-3b85-48b8-ad98-2e0b2e475dd4](http://www.seg-social.pt/documents/10152/17083150/8004_Estatuto%20Cuidador%20Informal%20Principal%20e%20Cuidador%20Informal%20n%C3%A3o%20Principal/edcbe0f7-3b85-48b8-ad98-2e0b2e475dd4)( consultado em 1 de junho de 2020).
- INE - Instituto Nacional de Estatística, I.P. (2020). *Estimativas Anuais de População Residente 31 dezembro 2019*. Disponível em: [https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine\\_indicadores&contecto=pi&indOcorrCod=0008273&selTab=tab0](https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_indicadores&contecto=pi&indOcorrCod=0008273&selTab=tab0) (consultado em 6 de julho de 2020).
- INE - Instituto Nacional de Estatística, I.P. (2011). *Classificação Portuguesa das Profissões de 2010*, Lisboa: INE.
- Katz, S., & Stroud, M.W. (1989). Functional assessment in geriatrics. A review of progress and directions. *J. Am. Geriatr. Soc.*, 37(3):267-271. doi:10.1111/j.1532-5415.1989.tb06820.x
- Lawton, M. P., & Brody, E. M. (1969). Assessment of older people: Self-maintaining and instrumental activities of daily living. *Gerontologist*, 9, 179– 186. [https://doi.org/10.1093/geront/9.3 Part 1.179](https://doi.org/10.1093/geront/9.3_Part_1.179)
- McKee, K., Spazzafumo, L., Nolan, M., Wojszel, B., Lamura, G., & Bien, B. (2009) Components of the difficulties, satisfactions, and management strategies of carers of older people: A principal component analysis of CADI-CASI-CAMI, *Aging & Mental Health*, 13:2, 255-264. doi: [10.1080/13607860802342219](https://doi.org/10.1080/13607860802342219)
- República Portuguesa (2019a). Decreto Legislativo Regional n.º 5/2019/M. Cria o Estatuto do Cuidador Informal da Região Autónoma da Madeira, Publicado no *Diário da República*, n.º 135/2019, *Série I (17 de julho)*, 17-22.
- República Portuguesa (2019b). Lei n.º 100/2019, aprova o Estatuto do Cuidador Informal, altera o Código dos Regimes Contributivos do Sistema Previdencial de Segurança Social e a Lei n.º 13/2003, de 21 de maio, Publicada no *Diário da República*, n.º 171/2019, *Série I (6 de setembro)*, 3-16.
- República Portuguesa (2019c). Decreto Legislativo Regional n.º 22/2019, Regime Jurídico de Apoio ao Cuidador Informal na Região Autónoma dos Açores, Publicada no *Diário da República*, n.º 212/2019, *Série I (5 de novembro)*, 22-29.
- República Portuguesa (2020a). Portaria n.º 2/2020, regulamenta os termos do reconhecimento e manutenção do Estatuto do Cuidador Informal, aprovado em anexo à Lei n.º 100/2019, de 6 de setembro. Publicada no *Diário da República*, n.º 7/2020, *Série I (10 janeiro 2020)*, 5-9.
- República Portuguesa (2020b). Portaria n.º 64/2020, define os termos e as condições de implementação dos projetos-piloto previstos no Estatuto do Cuidador Informal, aprovado em anexo à Lei n.º 100/2019, de 6 de setembro, bem como os territórios a abranger. Publicada no *Diário da República* n.º 49/2020, *Série I (10 Mar. 2020)*, 5-18. Disponível em: <https://dre.pt/application/conteudo/130070741> (consultado em 3 de junho de 2020).
- Sequeira, C. (2010a). *Cuidar de Idosos com Dependência Física e Mental*. Lisboa: Lidel - Edições Técnicas.
- Sequeira, C. (2010b). Adaptação e validação da Escala de Sobrecarga do Cuidador de Zarit. *Revista Referência*, II Série, n.º 12, março, 9-16. Disponível em: <http://www.index-f.com/referencia/2010pdf/12-0916.pdf> (consultado em 15 de maio de 2020).

- Scheil-Adlung, X. (2015). *Extension of Social Security, Long-term care protection for older persons: A review of coverage deficits in 46 countries*, International Labour office, Geneva. Disponível em: [https://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/---ed\\_protect/---soc\\_sec/documents/publication/wcms\\_407620.pdf](https://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/---ed_protect/---soc_sec/documents/publication/wcms_407620.pdf) (consultado em 25 de maio de 2020).
- Teixeira, A., Alves, B., Augusto, B., Fonseca, C., Nogueira, J.A., Almeida, M.J.A., Matias, M.L. Ferreira, M.S., Narigão, M., Lourenço, R., & Nascimento, R. (2017). Medidas de intervenção junto dos cuidadores informais - Documento enquadrador, perspetiva nacional e internacional. S.l.: Plataforma Saúde em Diálogo. Disponível em: <http://cuidadores.pt/sites/default/files/documentos/Doc CI.PDF> (consultado em 24 de março de 2020).
- WHO (2016). *International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems, 10th Revision (ICD-10)-WHO Version*. Disponível em: <https://icd.who.int/browse10/2019/en#/> (consultado em 5 de novembro de 2020).
- Zarit, S.H., Reever, K. E., & Bach-Peterson, J. (1980). Relatives of the impaired elderly: Correlates of feelings of Burden, *The Gerontologist*, Volume 20, Issue 6, December, Pages 649–655. <https://doi.org/10.1093/geront/20.6.649>
- Zarit, S. H., & Zarit, J. M. (1990). *The Memory and Behavior Problems Checklist and the Burden Interview*. University Park, PA: Pennsylvania State University, Gerontology Center.