



Liliana Margarida Silva Gonçalves

## **ENVELHECIMENTO DOS CUIDADORES INFORMAIS DE IDOSOS DEPENDENTES E QUALIDADE DE VIDA.**

**CONTRIBUTO DO SERVIÇO SOCIAL EM CUIDADOS CONTINUADOS INTEGRADOS**

*Monografia de Estágio em Serviço Social, apresentada à Faculdade de  
Psicologia e Ciências da Educação, da Universidade de Coimbra sob  
orientação da Professora Doutora Helena Neves Almeida*

Março, 2018



UNIVERSIDADE DE COIMBRA

**Liliana Margarida Silva Gonçalves**

**ENVELHECIMENTO DOS CUIDADORES INFORMAIS DE  
IDOSOS DEPENDENTES E QUALIDADE DE VIDA.**

**CONTRIBUTO DO SERVIÇO SOCIAL EM CUIDADOS CONTINUADOS  
INTEGRADOS**

Monografia de Estágio do Mestrado em Serviço Social, apresentada à Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação, sob orientação da Professora Doutora Helena Neves Almeida

**Local de Estágio:** Unidade de Cuidados Continuados Integrados da Santa Casa da Misericórdia de Castelo Branco

Março, 2018



UNIVERSIDADE DE COIMBRA

## **Agradecimentos**

Ao longo deste percurso de aprendizagem e crescimento pessoal e profissional várias foram as pessoas que me apoiaram, nos momentos mais difíceis e que comigo partilharam todas as conquistas. A todas elas, um estimado agradecimento.

À Professora Doutora Helena Neves Almeida, pelo apoio incondicional, pela disponibilidade, pela partilha de saberes e sobretudo por ter realizado este percurso lado a lado comigo.

A toda a equipa técnica da Unidade de Cuidados Continuados Integrados, da Santa Casa da Misericórdia de Castelo Branco, pela oportunidade, pela aprendizagem e por todos os momentos partilhados.

À Dra. Ana Barata Chaves, pela partilha de conhecimentos, por acreditar no meu trabalho, pelos desafios e sobretudo por me possibilitar evoluir e crescer enquanto profissional.

À Dra. Raquel Camelo, pela partilha de conhecimentos, pelo apoio, por acreditar no meu trabalho e pelo carinho sempre prestado.

A todos os utentes da Unidade de Cuidados Continuados Integrados, pela partilha de momentos, pela aprendizagem e pelo carinho.

A todos os meus colegas de Mestrado pela partilha de experiências, vivências, saberes e pelo bom ambiente vivido.

A todos os professores que contribuíram para a minha formação e construção profissional.

Aos meus pais, irmão e avó por me apoiarem e incentivarem na concretização dos meus objetivos, pelo apoio incondicional e por acreditarem sempre em mim.

A todos aqueles que me apoiaram ao longo deste percurso e que acreditaram em mim.

Muito obrigada!

## **Resumo**

A presente monografia tem como objetivo compreender quais as implicações do envelhecimento dos cuidadores informais de idosos dependentes, na qualidade de vida de ambas as partes. A investigação tem também como finalidade perceber qual o contributo que o Serviço Social pode representar para a defesa e promoção dessa qualidade de vida. A pesquisa foi concretizada no contexto de uma Unidade de Cuidados Continuados Integrados e de forma a alcançar os objetivos definidos procurou caracterizar os utentes, os cuidadores, e as profissionais de Serviço Social da instituição. Para além da sua caracterização pretendeu-se compreender quais as perceções dos três grupos sobre a problemática referida.

A metodologia utilizada na presente investigação foi o estudo de caso, na medida em que a pesquisa se centrou na realidade institucional da Unidade de Cuidados Continuados Integrados de Castelo Branco.

Importa ainda referir que como técnicas de recolha de dados, de forma a alcançar a informação necessária, foram utilizadas a pesquisa bibliográfica, a observação, a entrevista semiestruturada e como técnica de análise de dados, a análise de conteúdo.

Quanto aos resultados obtidos pode referir-se que existem implicações na qualidade de vida do cuidador resultantes da sua idade, do grau de dependência da pessoa recetora de cuidados e da incapacidade de auxílio por parte das respostas sociais, surgindo o Serviço Social com importantes contributos, ao nível da sua intervenção com o idoso e cuidadores informal, com os serviços e com as políticas.

**Palavras-chave:** Qualidade de vida; Cuidadores informais; Pessoas idosas dependentes; Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados; Serviço Social.

## **Abstract**

This monograph aims to understand the implications of the aging of informal caregivers of dependent elderly people on the quality of life of both parties. The research also aims to understand what contribution Social Service can make to the defense and promotion of this quality of life.

The research was carried out in the context of an Unidade de Cuidados Continuados and in order to achieve the defined objectives sought to characterize the users, caregivers, and social work professionals of the institution. In addition to its characterization it was intended to understand what the perceptions of the three groups on the referred problem. The methodology used in the present investigation was the case study, insofar as the research focused on the institutional reality of the Unidade de Cuidados Continuados of Castelo Branco.

It should also be noted that as data collection techniques, in order to reach the necessary information, bibliographical research, observation, semi-structured interview and data analysis technique, content analysis were used.

Regarding the results obtained, it can be noted that there are implications for the caregiver's quality of life resulting from his or her age, the degree of dependence of the caregiver and the inability of the social responses, and Social Work with important contributions, at the level of their intervention with the elderly and informal caregivers, with services and policies.

**Keywords:** Quality of life; Informal Caregivers; Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados; Dependent elderly people; Social Work.

# ÍNDICE

ÍNDICE DE TABELAS .....	viii
ÍNDICE DE GRÁFICOS .....	x
INTRODUÇÃO.....	1
PARTE I - ENVELHECIMENTO, QUALIDADE DE VIDA E CUIDADOS	
CONTINUADOS INTEGRADOS.....	4
Capítulo 1 – Envelhecimento: as prevalências, as respostas existentes, os cuidadores informais.....	5
1. O envelhecimento da população .....	5
1.1. A evolução das políticas sociais destinadas à população idosa .....	6
2. O cuidador informal do idoso dependente .....	8
2.1. Apoios e reconhecimento dos cuidadores informais – o contexto português vs. contexto europeu.....	10
3. Qualidade de vida – conceito, dimensões e instrumentos de avaliação.....	14
Capítulo 2 – A Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI).....	17
1. Enquadramento da RNCCI: conceção e implementação .....	17
1.1. Objetivos da RNCCI.....	19
1.2. Princípios e direitos .....	20
1.3. Modelo e coordenação da Rede .....	20
1.4. Tipologias da Rede .....	22
1.5. A referenciação, a admissão e continuidade de prestação de cuidados e a alta na RNCCI .....	22
1.6. O movimento assistencial da RNCCI.....	24
PARTE II- SERVIÇO SOCIAL EM CUIDADOS CONTINUADOS: CONTEXTO DE ESTÁGIO E DE INVESTIGAÇÃO .....	
Capítulo 3 – A Unidade de Cuidados Continuados Integrados da Santa Casa da Misericórdia de Castelo Branco .....	30
1. Tipologias de cuidados prestados: Unidade de Média Duração e Reabilitação (UMDR) e Unidade de Longa Duração e Manutenção (ULDM).....	30

2. Equipa multidisciplinar .....	31
Capítulo 4 – O papel do Serviço Social na saúde e em Cuidados Continuados.....	33
1. O Serviço Social nos serviços de saúde .....	33
2. O Serviço Social na UCCI da SCMCB .....	38
2.1. Funções do Serviço Social na direção técnica da instituição.....	38
2.2. Funções do Serviço Social na gestão de casos .....	39
2.2.1. Acolhimento .....	40
2.2.2. Elaboração do Plano Individual de cuidados.....	41
2.2.3. Acompanhamento psicossocial.....	41
2.2.4. Preparação da continuidade dos cuidados/alta .....	42
3. Atividades desenvolvidas no âmbito do estágio curricular .....	43
<b>PARTE III – ENVELHECIMENTO DOS CUIDADORES INFORMAIS DE PESSOAS IDOSAS DEPENDENTES E QUALIDADE DE VIDA. CONTRIBUTOS DO SERVIÇO SOCIAL.....</b>	<b>46</b>
Capítulo 5 – Opções Metodológicas.....	47
1. Problema da pesquisa .....	47
2. Definição dos objetivos .....	47
3. Modelo de análise da investigação.....	49
4. Procedimentos metodológicos.....	50
4.1. Caracterização da investigação – Estudo de Caso.....	50
4.2. Delimitação do campo de pesquisa.....	51
4.2.1. Universo da pesquisa.....	52
4.2.2. Amostra .....	52
5. Métodos e técnicas de recolha de dados.....	54
5.1. Pesquisa documental.....	54
5.2. Observação.....	55
5.3. Entrevista semiestruturada .....	57
6. Técnicas de análise dos dados .....	59

Capítulo 6 – Apresentação e Análise dos Resultados .....	60
1. Utentes e cuidadores informais: faces da população abrangida pela intervenção social.....	60
1.1. Perfil dos utentes internados na UCCI da SCMCB .....	60
1.1.1. Dimensão pessoal .....	60
1.1.2. Dimensão clínica .....	64
1.1.3. Dimensão social.....	65
1.2. Perfil dos Cuidadores Informais dos utentes internados na UCCI da SCMCB	65
2. Perfil dos Assistentes Sociais da UCCI da SCMCB .....	69
2.1. Perfil dos Assistentes Sociais .....	69
3. Perceções dos utentes e cuidadores informais sobre cuidados prestados, qualidade de vida e expectativas pós-alta .....	70
3.1. Perceções dos utentes.....	70
3.2. Perceções dos cuidadores informais .....	75
4. Perceções e práticas dos Assistentes Sociais.....	83
5. Articulação com ERPIs .....	90
Capítulo 7 – Discussão dos resultados .....	92
1. Implicações do envelhecimento dos Cuidadores Informais na qualidade vida destes e das pessoas recetoras de cuidados .....	92
2. O contributo do Serviço Social.....	109
CONCLUSÃO.....	117
Bibliografia.....	120
Apêndices .....	125
Anexos.....	140

## ÍNDICE DE TABELAS

Tabela 1 - Estrutura demográfica mundial em 2015: proporção dos grupos de idade 0-14 e 60+, em percentagem.....	5
Tabela 2 - Estrutura demográfica em algumas regiões (2013): proporção dos grupos 0-14 anos e 60+, em percentagem.....	5
Tabela 3 – Esperança média de vida ao nascer em 5 países: 1990-2012.....	5
Tabela 4: Medidas dirigidas às pessoas idosas em situação de dependência.....	8
Tabela 5 – Nº de camas – variação por tipologia e região.....	24
Tabela 6 - Cobertura Populacional de camas 2015 e 2016.....	24
Tabela 7 – Motivos de referenciação.....	26
Tabela 8 – Taxa de ocupação das tipologias da RNCCI.....	27
Tabela 9 – Utentes assistidos.....	27
Tabela 10 – Altas para o domicílio/altas para resposta social.....	28
Tabela 11 - Grelha das atividades desenvolvidas ao longo do estágio.....	43
Tabela 12 – Caracterização dos utentes por idade.....	61
Tabela 13 – Caraterização dos CI por idade.....	66
Tabela 14 - Perfil das profissionais de Serviço Social da UCCI.....	69
Tabela 15 – Grelha de análise de entrevistas -semelhanças e disparidades.....	70
Tabela 16 - Identificação do prestador de cuidados antes da entrada na UCCI.....	71
Tabela 17 - Cuidados recebidos antes de entrar na UCCI.....	72
Tabela 18 - Expectativas dos utentes sobre os cuidados a receber.....	72
Tabela 19 - Perceções dos utentes sobre a sua qualidade de vida.....	73
Tabela 20 - Expectativas dos utentes sobre o destino pós-alta.....	75

Tabela 21 - Percepções dos cuidadores informais sobre o impacto da prestação de cuidados na sua qualidade de vida.....	76
Tabela 22 - Percepções dos cuidadores informais sobre os apoios existentes para a prestação de cuidados.....	79
Tabela 23- Percepções sobre a existência de apoios destinados a cuidadores de pessoas idosas dependentes.....	80
Tabela 24 - Destino pós-alta desejado para a pessoa a quem presta cuidado.....	81
Tabela 25 - Condições necessárias à continuidade de prestação de cuidados após-alta...	82
Tabela 26 - Percepções sobre a relação entre o envelhecimento dos prestadores de cuidados informais de pessoas idosas dependentes e a sua qualidade de vida.....	84
Tabela 27 - O papel do assistente social na intervenção com cuidadores informais de idosos dependentes.....	85
Tabela 28 - Dificuldades sentidas pelos Assistentes Sociais na sua intervenção.....	87
Tabela 29 - Percepções sobre o impacto do envelhecimento dos cuidadores informais nos serviços.....	88
Tabela 30 - Aspetos a considerar na melhoria da intervenção.....	89

## ÍNDICE DE GRÁFICOS

Gráfico 1 - População da RNCCI com mais de 65 anos.....	24
Gráfico 2 - População da RNCCI com mais de 80 anos.....	25
Gráfico 3 - Apoios previamente prestados aos utentes.....	25
Gráfico 4 – Faixas etárias dos utentes da UCCI.....	61
Gráfico 5 – Género prevalente na instituição.....	62
Gráfico 6 – Estado civil dos utentes.....	63
Gráfico 7 – Causas de internamento na UCCI.....	64
Gráfico 8 - Apoio Social recebido pelos utentes antes da entrada na UCCI.....	65
Gráfico 9 – Faixa etária dos CI.....	66
Gráfico 10 – Género prevalente entre os CI.....	67
Gráfico 11 - Relação de parentesco cuidador/utente – o elemento prevalente.....	68
Gráfico 12 - Relação de parentesco cuidador/utente - comparação momento inicial/momento final do estágio.....	68

## **Lista de abreviaturas**

ACSS – Administração Central do Sistema de Saúde

AIVD's – Atividades Instrumentais da Vida Diária

ARS – Administração Regional de saúde

AS – Assistente Social

AT – Ajudas técnicas

AVD's – Atividades da Vida Diária

CEE – Comunidade Económica Europeia

CI – Cuidador Informal

DPOC - Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica

ECCEI – Equipa de Cuidados Continuados Integrados

ECL – Equipa de Coordenação Local

ECR – Equipa de Coordenação Regional

ECSCP- Equipa Comunitária de Suporte em Cuidados Paliativos

EGA – Equipa de Gestão de Altas

EIHSCP – Equipa Intra-Hospitalar de Suporte em Cuidados Paliativos

INE – Instituto Nacional de Estatística

ERPI- Estrutura Residencial para Pessoas Idosas

LVT – Lisboa e Vale do Tejo

ONU – Organização das Nações Unidas

PAII – Plano de Apoio Integrado a Idosos

PEG - Gastrostomia Endoscópica Percutânea

QV – Qualidade de Vida

RNCCI – Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados

SAD- Serviço de Apoio Domiciliário

SCMCB – Santa Casa da Misericórdia de Castelo Branco

SNG – Sonda Nasógastrica

UC – Unidade de Convalescença

UCCI – Unidade de Cuidados Continuados Integrados

UCP – Unidade de Cuidados Paliativos

UE – União Europeia

ULDM – Unidade de Longa Duração e Manutenção

UMDR – Unidade de Média Duração e Reabilitação

UMCCI- Unidade de Missão para os Cuidados Continuados Integrados

WHOQOL – World Health Organization Quality of Life

## **INTRODUÇÃO**

A presente monografia de estágio foi produzida no âmbito do Mestrado em Serviço Social, lecionado pela Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação, da Universidade de Coimbra.

O trabalho exposto ao longo da monografia resulta da experiência de estágio, com uma duração de 480 horas, decorrendo o mesmo na Unidade de Cuidados Continuados Integrados da Santa Casa da Misericórdia de Castelo Branco, desde o dia 18 de setembro, até ao dia 22 de dezembro do ano de 2017, sob supervisão da Diretora Técnica da instituição acolhedora, doutora (dra) Ana Barata Chaves e com orientação da Professora Doutora Helena Neves Almeida.

O estudo concretizado resultou do contacto com a realidade e contexto de ação, no qual foi possível verificar o predomínio da população idosa nos serviços de saúde, nomeadamente no contexto dos Cuidados Continuados e por sua vez a existência de uma grande parcela de cuidadores informais (CI) com idades idênticas às idades dos utentes, o que levantou algumas questões, sobretudo após o confronto com as necessidades e dificuldades que estes cuidadores apresentavam.

Esta realidade resultou das alterações demográficas observadas no decorrer das últimas décadas que conduziram a uma inversão das pirâmides etárias, acentuando a prevalência da população idosa por todo o mundo

De acordo com a Organização das Nações Unidas (2007, cit in Serra & Gemito, 2013) o mundo terá um número superior a dois bilhões de pessoas com idades superiores a 60 anos, em 2050 e cerca de 400 milhões de pessoas terão mais de 80 anos.

Pode assim constatar-se que o processo de envelhecimento é uma questão cada vez mais atual e inquestionável quanto à sua predominância, tendo o mesmo impactos significativos não só nos próprios indivíduos, como também nas famílias e na própria sociedade, sendo o seu aumento desenfreado um dos maiores desafios da atualidade, sobretudo devido ao facto de as sociedades não acompanharem e não se adaptarem às alterações que foram ocorrendo, inviabilizando desta forma as oportunidades derivadas do aumento da esperança média de vida (Vilar, 2009, cit. in Serra & Gemito, 2013).

Vários têm sido os estudos que abordam a qualidade de vida dos idosos ou dos cuidadores informais, porém na sua realização têm apenas em consideração uma das partes. Contrariamente, a presente investigação engloba todos os elementos envolvidos no processo de prestação de cuidados: o utente, os cuidadores informais e os profissionais

(assistentes sociais). Este é considerado um elemento chave, na medida em que possibilita obter considerações finais, através da análise da perspectiva de todos os elementos, considerando-se que apenas assim será possível desenvolver uma intervenção adaptada à real situação e necessidades quer dos utentes, quer dos cuidadores e fomentar a qualidade de vida de ambos. Ainda neste sentido para além do contributo para a qualidade de vida dos utentes/ cuidadores, a abordagem holística da situação, contribuirá também de forma positiva para o bom desempenho e alívio da sobrelotação da rede de apoio formal, nomeadamente das Unidades de Cuidados Continuados Integrados.

Ainda sobre a pertinência do estudo, pode referir-se que o facto de dar voz a todas as partes envolvidas, pretende demonstrar que todos os elementos devem ser valorizados e envolvidos na intervenção, sendo todos de extrema importância para o sucesso da mesma e por sua vez para a superação das necessidades-problemas apresentados pelos públicos-alvo.

Quanto à sua estrutura, a presente monografia encontra-se dividida em três partes. A primeira parte, é constituída por dois capítulos. No primeiro capítulo efetua-se uma abordagem ao envelhecimento considerando-se o próprio processo de envelhecimento e as suas prevalências, bem como a evolução ao nível das políticas e respostas sociais destinadas à população mais idosa. Ainda neste capítulo é efetuada uma contextualização relativamente aos cuidadores informais de pessoas idosas em situação de dependência, seguindo uma abordagem à realidade portuguesa comparando-a com o contexto europeu, no que concerne aos apoios e ao reconhecimento dos cuidadores informais. No primeiro capítulo é também abordado o tema referente à qualidade de vida, sendo relativamente a esta temática focado aspetos como o conceito, as dimensões, bem como os instrumentos existentes para a avaliação da mesma. No segundo capítulo procede-se à contextualização e enquadramento da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados.

Quanto à segunda parte, esta remete para o Serviço Social no contexto dos Cuidados Continuados Integrados, aludindo assim ao contexto de estágio e de investigação. A segunda parte é constituída pelo capítulo três, que aborda as tipologias de cuidados prestados na Unidade de Cuidados Continuados da Santa Casa da Misericórdia de Castelo Branco, assim como a sua equipa multidisciplinar e pelo capítulo quatro, que aborda o papel Serviço Social na saúde e no contexto dos Cuidados Continuados.

A terceira e última parte refere-se ao estudo empírico realizado através da do estágio curricular. Esta parte contém o capítulo 5, inerente às opções metodológicas e o

capítulo seis, no qual é feita a apresentação e análise dos resultados, bem como a sua discussão, verificando-se desta forma quais os contributos da investigação.

PARTE I - ENVELHECIMENTO, QUALIDADE DE  
VIDA E CUIDADOS CONTINUADOS INTEGRADOS

## **Capítulo 1 – Envelhecimento: as prevalências, as respostas existentes, os cuidadores informais**

### **1. O envelhecimento da população**

De acordo com o Departamento de Assuntos Económicos e Sociais das Nações Unidas a população com 60 anos ou mais representava em 1990, 9.2% verificando-se um aumento no ano 2015 para 12.3%. Prevê-se que a população idosa, no ano 2030 represente 16.5% da população mundial (Amaro, 2015)

Todos estes valores evidenciam as profundas mutações demográficas que têm vindo a ocorrer, sobretudo nas zonas mais desenvolvidas, como podemos verificar através da tabela 1 (anexo 1).

Através da tabela anteriormente referida, podemos ainda constatar que a zona onde se verifica uma maior incidência da população com 60 ou mais anos é a Europa, posicionando-se Portugal em nono lugar a nível mundial, ultrapassando a média da União Europeia, como é visível na tabela 2 (anexo 2). De acordo com os dados do Instituto Nacional de Estatística de Portugal (INE), já em 2014 existiam 141.3 pessoas com 65 anos ou mais por cada 100 jovens.

Tendo em consideração o autor previamente referido, pode constatar-se que as razões para tal situação remetem para a clara evolução e melhoria das condições de vida, potenciadas pelo progresso da medicina, o que conseqüentemente levou à diminuição da taxa de mortalidade em geral e da taxa de mortalidade infantil em particular, o que permitiu que um maior número de pessoas alcançasse uma idade avançada. Este facto remete para o aumento da esperança média de vida, que tem vindo a aumentar ao longo das últimas duas décadas como podemos observar na tabela 3 (anexo 3). A tabela anterior permite ainda constatar que existem diferenças entre homens e mulheres quanto à esperança média de vida, sendo esta superior nas mulheres, o que remete também para o envelhecimento demográfico como uma questão de género.

Segundo Fausto Amaro (2015) o fator justificativo do envelhecimento demográfico passa pela quebra da fecundidade, ou seja, pelo número médio de filhos que cada mulher em idade fértil tem, apresentando Portugal, uma taxa de 1.32%, a mais baixa comparativamente aos restantes países presentes na tabela 3. Verifica-se assim, um duplo envelhecimento, na medida em que existe um aumento exponencial da população com 60 anos ou mais e uma diminuição acentuada dos jovens com idade inferior a 14 anos. Para além do aumento da população com 60 ou mais anos, verifica-se em Portugal, também o

crescimento da população muito idosa, ou seja, com mais de 75 anos, existindo mais de 2000 pessoas com mais de 100 anos, o que tende a aumentar, tanto em Portugal como em todo o mundo.

O mesmo autor acrescenta ainda que o acentuado envelhecimento da população tem grandes consequências, na medida em que potencia o aumento das despejas com a saúde; o crescimento da prevalência de doenças crónicas não transmissíveis; o aumento dos encargos do Estado com a previdência social, bem como modificações na própria estrutura e relações familiares.

De acordo com Carlota Quintal; Óscar Lourenço & Pedro Ferreira (2012) podemos verificar que a população idosa passa a ser encarada como um problema por ser a principal consumidora dos serviços de saúde, por apresentar maior probabilidade de doenças crónicas, comorbilidades e incapacidade, o que aumenta a sua necessidade de utilização de cuidados de saúde, que por serem cada vez mais dispendiosos, aumentam também as despejas do Estado com este setor.

Porém e em forma de conclusão, recorrendo novamente à perspetiva de Fausto Amaro (2015), oposta à dos autores anteriormente mencionados, importa referir que as alterações que se têm verificado na população não podem conduzir à perceção de que a população idosa é um problema. Pelo contrário, o Estado e a própria sociedade civil devem ter em consideração a definição de um novo paradigma que tenha em atenção as novas idades do ser humano e consequentemente as necessidades que o acompanham, de forma a poder proporcionar o máximo de tempo de vida possível, acompanhado de qualidade de vida, o que implica manter um baixo risco de doença; manter um bom funcionamento físico e mental e possuir independência no que concerne à capacidade de tomada de decisões relacionadas com a vida quotidiana sem ser necessário o apoio permanente de outrem.

### **1.1. A evolução das políticas sociais destinadas à população idosa**

Vários foram os períodos que marcaram as políticas destinadas à população idosa em Portugal, sendo considerado por Veloso, (2008, cit in António, 2013) a existência de quatro períodos: 1976-1985; 1985-1995; 1995-2002 e 2002 – atualidade.

O primeiro refere-se à mudança no modo de gerir a velhice e de tratar as pessoas idosas. Estas passam assim a ser entendidas como indivíduos ativos, autónomos e integrados, defendendo-se a manutenção da pessoa idosa no seu domicílio, sendo também criados equipamento e serviços com o objetivo de integrar os idosos no seu contexto

social; de reduzir o isolamento e de promover atividades recreativas e de disponibilizar informação sobre os cuidados de saúde. Este primeiro momento pretendeu sobretudo a redução das despesas pública.

O segundo momento mantém a política de manutenção do idoso no domicílio e de redução da despesa do Estado, caracterizando-se essa redução pela deslocação do serviço público para o setor privado, nomeadamente ao nível da saúde, verificando-se um incentivo à criação de instituições sem fins lucrativos, cuja área de intervenção se destinava à população idosa e ao apoio à população portadora de deficiência. Neste período surgiu a intenção do XI Governo Constitucional em definir uma política nacional para a população idosa, o que resultou na criação da Comissão Nacional para a Política da Terceira Idade. Este período ficou também marcado pela entrada de Portugal na Comunidade Económica Europeia (CEE) o que influenciou fortemente as políticas para a terceira idade. Em 1994, foi definido o Programa de Apoio Integrado a Idosos (PAII), com a finalidade de criar condições para estes se manterem no seu domicílio; de apoiar as famílias que se assumissem como suporte informal do idoso; de disponibilizar e fomentar ações de formação para todas as partes envolvidas no cuidado à pessoa idosa, assim como de prevenir situações de isolamento e dependência. Surgiram a partir daqui diversos projetos orientados para a terceira idade, nomeadamente, o Serviço de Apoio Domiciliário (SAD) e entre outros, o Centro de Apoio a Dependentes.

No terceiro período mantém-se o objetivo de manutenção do idoso no seu domicílio e continua-se a promover e a desenvolver programas com o intuito de criar repostas para diversas necessidades dos mais idosos, sobretudo dos mais dependentes, criando-se o Programa Idoso no Lar. Este período ficou marcado pela mudança da visão existente quanto à pessoa idosa, passando esta a ser entendida como consumidora, verificando-se a proliferação do mercado dirigido à mesma.

O quarto período, aquele que se mantém até à atualidade é caracterizado pela criação de programas que para além de uma maior autonomia para o idoso procuram prevenir situações de dependência e de institucionalização, bem como situações de exclusão. No sentido de evitar as últimas, foi criado em 2004, o Programa para a Inclusão e Desenvolvimento, através da Portaria n.º 730/2004, de 24 de junho e regulamentado pelo Despacho n.º 25/2005, de 3 de janeiro.

Ao longo deste período foram também criadas repostas com o intuito de apoiar a pessoa a recuperar a sua autonomia, aumentando a qualidade de vida, sendo para esse efeito criada pelo Decreto-Lei n.º 101/2006, a Rede Nacional de Cuidados Continuado

Integrado (RNCCI), constituída por diversas instituições de cariz público/ privado que disponibilizam cuidados de saúde e apoio social a pessoas que se encontrem em situação de dependência o que será, posteriormente, desenvolvido na presente monografia.

Vários têm sido os programas e as respostas desenvolvidas em prol da melhoria das condições e da qualidade de vida da população idosa, no decorrer dos últimos anos como é visível através da tabela 4 remetida para anexo (anexo 4), representando as mesmas um importante contributo para a promoção da qualidade de vida, bem-estar e dignidade da pessoa idosa.

## **2. O cuidador informal do idoso dependente**

As alterações demográficas verificadas em Portugal, em grande parte resultado da redução da natalidade e do aumento da esperança média de vida conduziram a uma população cada vez mais envelhecida, à qual se encontra associado um aumento de situações de dependência produtoras de novas necessidades. Deste contexto surge a exigência de cuidados complexos e por um longo período de tempo, onde as redes informais ocupam uma posição privilegiada na prestação de cuidados à pessoa idosa, sendo neste sentido a colaboração do CI crucial para a manutenção da qualidade de vida da pessoa idosa dependente (Cruz, Loureiro, Silva & Fernandes, 2010).

Apesar das mudanças estruturais ocorridas no seio das famílias, ao longo dos tempos, a família continua a ser a principal fonte de auxílio nos cuidados diretos, no apoio psicológico e nos contactos sociais da pessoa dependente, independentemente da idade da pessoa cuidada e do cuidador (Serra & Gemitto, 2013).

O CI pode ser definido como sendo a pessoa que cuida de outra, numa situação de doença crónica, deficiência e /ou dependência parcial ou total, podendo a prestação de cuidado ser de forma transitória ou definitiva e realizada fora do campo de ação formal ou profissional. Pode acrescentar-se que o CI é um elemento da rede social da pessoa cuidada, mantendo com esta uma relação significativa, podendo ser familiar, cônjuge, amigo, vizinho, assumindo-se como a principal pessoa responsável por toda a organização, assistência e prestação dos cuidados necessários (Alves & Teixeira, 2016, cit in Teixeira, et al, 2017).

De acordo com Ana Teixeira, et al (2017) é possível caracterizar os CI como sendo pessoas que na sua maioria não são profissionais treinados e por isso não reúnem habilitações para desempenhar a prestação de cuidados; não apresentam qualquer contrato relativo à responsabilidade inerente aos cuidados; não usufruem de qualquer

renumeração, podendo apenas adquirir contribuições financeiras; desempenham um vasto leque de atividades e por fim caracterizam-se também por não existir um tempo limite para a prestação de cuidados, como acontece nos cuidados formais.

Os cuidados disponibilizados pelos CI, podem segundo Eugénio Abreu & Susana Ramos (2007, cit in Teixeira, et al, 2017) agrupar-se em três vertentes: no auxílio da realização das Atividades da Vida Diária (AVD's), nas quais a pessoa cuidada demonstra dificuldades funcionais de autocuidado; no apoio às Atividades Instrumentais da Vida Diária (AIVD's), nomeadamente na gestão do domicílio e na sua manutenção e ainda no suporte emocional. Para além destas vertentes, o CI ocupa um papel fulcral na defesa dos direitos da pessoa a quem presta cuidados, devendo manter uma estreita ligação com a rede de suporte formal, nomeadamente com os sistemas sociais e de saúde.

O CI ocupa também um lugar de destaque devido ao importante contributo que pode desenvolver, nomeadamente ao nível da promoção de atividades de estimulação motora e cognitiva; da adaptação de diversas atividades, consoante as capacidades e os interesses da pessoa cuidada; do suporte ao nível do autocuidado; do incentivo à participação na comunidade, bem como ao nível da criação de um ambiente seguro e confortável. (Teixeira, et al, 2017)

Quanto ao grau de compromisso e responsabilidade pode verificar-se a existência de três tipologias de CI: o CI principal, que possui a responsabilidade total relativamente à prestação direta dos cuidados, à sua supervisão ou organização; o cuidador secundário, que complementa o trabalho desenvolvido pelo primeiro, ocasionalmente, e o cuidador terciário, que presta apoio esporadicamente, em situações de emergência, ou quando solicitada a sua intervenção. (Serra & Gemito, 2013)

Relativamente ao perfil sociodemográfico dos CI, embora não exista um estudo alargado sobre o mesmo, é possível através de estudos com menores dimensões, constatar que os cuidados informais ao idoso dependente são maioritariamente prestados por elementos da família, sobretudo esposa/companheira, o que indica que estamos perante cuidadoras de idade avançada, apresentando idades compreendidas entre 70-74 anos e por vezes portadoras, também elas de problemas de saúde, o que pode comprometer a eficácia e continuidade dos cuidados, e pelas filhas e noras, com idades entre 30-49 anos, representando os cuidados prestados por cuidadores masculinos, menos expressividade (Jani-Le Bri, 1994; Quaresma, 1996; Sousa e Figueiredo, 2004 & Sousa et al, 2004, cit.in Carvalho, 2015).

No que se refere à situação face ao emprego, os estudos existentes demonstram que na maioria os CI possuem baixas habilitações e se encontra numa situação de inatividade, o que evidencia o contexto de crise e as consequências resultantes do mesmo a nível laboral e social, podendo antever-se o regresso da mulher às funções tradicionais, o que poderá ter implicações nefastas no domínio da emancipação feminina, da autoestima e da realização pessoal. (Pereira, 2011 & Teixeira, et.al, 2017).

No que concerne aos motivos que levam o cuidador a assumir esse papel, são múltiplas e distintas as motivações que levam alguém a cuidar de forma informal de uma pessoa dependente, podendo as mesmas variar consoante os padrões, normas sociais de cada cultura, pela conceção de vida e história pessoal de cada pessoa (Serras & Gemito, 2013)

Outros autores acrescentam, contudo, alguns dos aspetos que motivam a prestação de cuidados informais, nomeadamente Cristina Imaginário (2008, cit in Saraiva, 2011) que sugere três tipos de motivação para cuidar: a relação, o respeito e a ausência de opções. Luís Ricarte (2009) citado pela mesma autora, por sua vez defende cinco razões: o amor e a gratidão, intrinsecamente associados à noção de dever, pressão social e modelo tradicional de família; a moralidade, intimamente ligada ao dever moral, expectativas sociais e sentimento de reciprocidade; a solidariedade, que remete para os laços afetivos e por fim, a vontade própria da pessoa/cuidador.

Pode concluir-se, através de estudos presentes na literatura nacional, que o cuidar de uma pessoa dependente tem impactos em diversas dimensões da vida do cuidador, de natureza psicossocial, socioeconómica e na saúde física. Frequentemente associada à prestação de cuidados, surgem conceitos como sobrecarga, *stress*, pois os cuidadores vêm-se obrigados a negligenciar, muitas vezes, a sua própria vida, as suas vontades e necessidades em prol da prestação de cuidados e satisfação das necessidades do familiar dependente (Saraiva, 2011).

Neste sentido torna-se importante verificar quais os apoios existentes, com o objetivo de diminuir a sobrecarga e apoiar os CI ao nível da prestação de cuidados e forma a manter a sua qualidade vida.

## **2.1. Apoios e reconhecimento dos cuidadores informais – o contexto português vs. contexto europeu**

As questões em torno dos CI têm vindo a aumentar na mesma proporção em que se verifica o envelhecimento da população e a complexificação do contexto social, o qual

se caracteriza por mutações ao nível das estruturas familiares e na entrada massiva da mulher no mercado de trabalho, bem como pelo progressivo aumento da idade da reforma e ainda devido às alterações das políticas sociais, que remetem para a continuidade das pessoas idosas dependentes nos seus contextos familiares e às políticas da área da saúde que valoram os tratamentos ambulatoriais e a minoração da duração dos internamentos (Serra & Gemito, 2013).

Através da análise a 36 organizações, concretizada pela Eurocarers (2016, cit in Teixeira, et al, 2017) é possível referir que os CI apenas terão condições para fazer face aos aspetos acima referidos, se lhes forem possibilitadas oportunidade de aprendizagem e também de treino de competências, assim como um apoio acessível, relevante e adaptado.

A prestação de cuidados a uma pessoa idosa dependente obriga a pessoa cuidadora a confrontar-se com diversas tensões e esforços que podem comprometer a sua qualidade vida. Neste sentido torna-se inadiável a valorização e a prestação de apoio àqueles que se assumem como CI.

Apraz-nos constatar, com base no documento produzido por Ana Teixeira, et al (2017) que ao longo de toda a Europa, várias têm sido as iniciativas em prol do apoio aos cuidadores, como exemplos disso temos o caso da Escócia, onde o governo reconhece a importância dos CI na sociedade apresentando a iniciativa Carers (Scotland) Act, com o objetivo de implementar uma lei que proteja os CI, envolvendo a introdução de Planos de Apoio a Cuidadores de Adultos, os quais são constituídos por informação sobre os cuidados prestados e a sua extensão, assim como o impacto que o mesmo pode ter para a saúde e bem-estar do CI. A autoridade local responsável pelo plano terá a função de detetar as necessidades e quais os apoios que os CI necessitam.

Também de acordo com os autores previamente mencionados, a atribuição de um subsídio aos CI surge como outra medida adotada em diversos países, como a Suécia, Noruega, Dinamarca e Finlândia, de forma a compensar os CI pelas despesas adicionais inerentes à prestação de cuidados e à própria redução das horas de trabalho que por vezes os CI se vêm obrigados a fazer, consistindo esta medida numa importante estratégia de reconhecimento dos custos intrínsecos aos cuidados, promovendo desta forma a continuidade dos cuidados no domicílio, evitando o recurso à institucionalização. A este nível existem diversos critérios de elegibilidade e valores atribuídos, por toda Europa, verificando-se por exemplo no Reino Unido, a atribuição dos subsídios apenas aos CI que se apresentarem em condições económicas mais vulneráveis. Em países como a França e

a Holanda, este apoio monetário apenas é disponibilizado após uma avaliação das necessidades da pessoa dependente, efetuada por profissionais da área da saúde.

Para além dos incentivos referidos anteriormente, verifica-se por toda a Europa a atribuição de benefícios em género, nomeadamente o descanso do cuidador, que permite ao CI fazer uma pausa na prestação de cuidados; a informação, disponível através de *sites* e linhas de atendimento; o aconselhamento e apoio psicológico; serviços de apoio formal e tecnologias que permitem aumentar o apoio no domicílio e entre outras, licenças para o cuidar (Bouget, et al., 2016, cit in Teixeira, et al., 2017).

Na Suécia, por exemplo as associações de cuidadores e de doentes oferecem cursos para os cuidadores, podendo ser os mesmos concretizados de forma presencial ou *online*, sendo assim visível a importância e contributo que as novas tecnologias podem representar para a qualidade de vida do cuidador e por sua vez da pessoa cuidada (Teixeira, et al., 2017).

Ainda ao nível das estratégias de valorização e reconhecimentos dos CI, tendo por base os autores supramencionados, podemos referir a existência de licenças relacionadas com a emergência do cuidar; a promoção de horários laborais mais flexíveis e a atribuição de benefícios fiscais para as instituições que se demonstrem amigas dos colaboradores que desempenham também funções de cuidador.

Remetendo para o contexto português, não é possível encontrar um regime específico de apoio e proteção aos CI, verificando-se simultaneamente uma grande dispersão no âmbito da legislação, o que torna urgente a definição de estratégias de reconhecimento do importante papel dos CI, determinando-se quais os seus direitos e deveres.

Embora não exista um estatuto específico do CI, como alude Ana Teixeira, et al (2017) encontrando-se o mesmo em discussão parlamentar, é possível, porém, a nível nacional encontrar algumas respostas/ projetos direcionados para o ensino/psicoeducação dos cuidadores representando os mesmos um importante contributo para a aquisição de competências e adaptação às exigências inerentes à prestação de cuidados. Ainda neste sentido, importa referir que foram encontrados quarenta e sete projetos de apoio aos cuidadores, no território português, no entanto os mesmos são ou foram desenvolvidos em apenas em nove distritos (Porto, Bragança, Aveiro, Coimbra, Lisboa, Santarém, Portalegre, Faro e Évora), dos dezoito que constituem o mesmo.

Ainda em Portugal, de acordo com os mesmos autores, foi no ano de 2015 lançada a primeira plataforma para CI, sendo este lançamento realizado também em toda a

Europa. A referida plataforma representa um importante contributo ao nível da disponibilização de informações sobre legislação nacional dirigida aos CI, ao nível da saúde e também social. A plataforma dispõe ainda de aconselhamento para a gestão dos cuidadores; informação sobre os recursos existentes na comunidade e informação para os próprios empregadores.

A nível nacional tem-se verificado também um aumento do número de serviços e equipamentos de prestação de cuidados a pessoas idosas dependentes. Verificam-se a este nível medidas promotoras do descanso dos cuidadores, na medida em que estes estão sujeitos, devido aos longos períodos de exposição ao *stress* a desenvolver riscos sociais e problemas de saúde. Esta medida tem assim como fundamento desenvolver ou recuperar as capacidades do cuidador para aliviar a sobrecarga inerente ao cuidar (Colombo, Llena-Nozal, Mercier & Tjadens, 2011, cit in Teixeira, et al., 2017).

Esta estratégia de apoio aos cuidadores pode ser desenvolvida por uma panóplia de intervenções, desde os Centros de Dia; respostas domiciliárias e institucionalização. As intervenções desenvolvidas neste âmbito podem diversificar-se em função do período de tempo necessário. Para além do referido esta modalidade pode também ser fomentada em contextos como instituições, como ocorre na RNCCI, ou entre diversos elementos, por exemplo da família e amigos (Teixeira, et al., 2017).

De acordo com os autores anteriormente mencionados, no contexto europeu a promoção do descanso do cuidador varia quanto à forma como é desenvolvida e quanto ao suporte financeiro que é prestado. Neste sentido pode referir-se que na grande parte dos países, esta medida é suportada financeiramente pelas famílias, podendo existir, contudo, apoios em situações de maior vulnerabilidade económica. Existem, porém, países, como a Dinamarca onde existe uma obrigatoriedade do município em financiar e assegurar os serviços de descanso do cuidador. Também no Reino Unido e na Espanha são os municípios os responsáveis pela organização de medidas de descanso do cuidador. Na Suécia existe a promoção do descanso do cuidador em casa, também através dos municípios, com a disponibilização de serviços como “24h de alívio instantâneo”, pausas de fim-de-semana e também estadias em hotéis-spa, para que os cuidadores possam cuidar de si próprios e descansar. Ainda na Alemanha e Luxemburgo existem sistemas de seguros que incluem serviços de descanso do cuidador até quatro semanas e por fim na Irlanda, pode verificar-se a existência de apoios monetários ao longo do ano e na Finlândia a promoção de três dias de descanso do cuidador, por semana.

Estas são algumas das medidas e apoio existentes na Europa e em particular em Portugal, sendo evidente as grandes diferenças existentes entre o nosso país e os restantes países europeus, no que concerne ao apoio, reconhecimento e valorização dos cuidadores, quer ao nível financeiro, quer ao nível da definição de um estatuto, como já existe em países como a Alemanha, França, Reino Unido, Irlanda e Suécia, que reconheça os direitos e deveres dos cuidadores e que de alguma forma os proteja, devendo Portugal seguir as pisadas já dadas por outros países que apostam no reforço das competências dos cuidadores, no alívio da sua sobrecarga física, psicológica e financeira. É urgente que Portugal desenvolva as suas políticas sociais de acordo com as mudanças que vão ocorrendo na sociedade, para que possa efetivamente auxiliar os seus membros, devendo para isso operacionalizar medidas definidas e que ficaram até hoje reduzidas à sua existência no papel.

### **3. Qualidade de vida – conceito, dimensões e instrumentos de avaliação**

Tem-se verificado ao longo dos tempos uma crescente preocupação com as questões relacionadas com a qualidade de vida, sendo evidente essa preocupação por parte das ciências humanas e biológicas, no sentido de existir uma maior valorização de parâmetros que ultrapassem o controlo de sintomas, diminuição da mortalidade ou o aumento da esperança de vida (Pereira, Teixeira & Santos, 2012).

Foi neste sentido que no início da década de 90 surgiram as primeiras manifestações de interesse em compreender no que consistia a qualidade de vida, não se conseguindo, porém, determinar uma definição consensual para a mesma, o que por sua vez impossibilitava a criação de instrumentos para a sua medição.

No sentido de alcançar uma definição, a Organização Mundial de Saúde (OMS) decidiu reunir um grupo de especialistas de diversas partes do mundo para que fosse construída uma definição de qualidade de vida, bem como um instrumento para a sua avaliação, formando-se assim o *World Health Organization Quality of Life (WHOQOL) Group* (Grelha, 2009).

Surge assim, embora de forma não consensual, o conceito de qualidade de vida, como a perceção do individuo sobre a sua posição na vida, dentro do contexto dos sistemas de cultura e valores, nos quais está inserido e em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações, sendo ainda entendida como uma questão ética, que deve ser analisada sob a perceção individual de cada individuo (Fleck, 2000; Pereira, Teixeira & Santos, 2012).

A qualidade de vida apresenta três dimensões básicas, a subjetividade, a multidimensionalidade e a presença de elementos positivos e negativos, sendo amplamente afetada pela saúde física, estado psicológico, relações sociais, nível de independência e pelas relações com o meio ambiente do indivíduo.

Existem diversas abordagens sobre qualidade de vida (económica, psicológica, biomédica e holística), contudo parece ser naquela que se centra na sua multidimensionalidade que surge o consenso, na medida em que se defende que a qualidade de vida apresenta uma organização complexa e dinâmica dos seus componentes, diferindo de pessoa para pessoa, de acordo com o seu contexto envolvente, podendo a mesma ser diferente mesmo em pessoas que se encontrem no mesmo contexto/ambiente (Renwick & Brown, 1996, cit in Pereira, Teixeira & Santos, 2012).

Embora de forma breve, importa referir que um dos principais instrumentos de avaliação da qualidade de vida, intitula-se por *WHOQOL-100*, constituído por cem questões, o que se veio a verificar ser extremamente extenso, tornando-se assim necessária a criação de um instrumento mais curto. Neste sentido o Grupo de Qualidade de Vida da OMS, desenvolveu uma versão mais curta do *WHOQOL-100*, o *WHOQOL-bref*, sendo este constituído por 26 perguntas, sendo duas delas de cariz mais geral sobre qualidade de vida, dividindo-se as restantes 24 facetas pelos quatro domínios constituintes do instrumento: “domínio físico (dor e desconforto; energia e fadiga; sono e repouso; atividades da vida quotidiana; dependência de medicação ou de tratamentos; capacidade de trabalho); domínio psicológico (sentimentos positivos; pensar, aprender, memória e concentração; autoestima; imagem corporal e aparência; sentimentos negativos e espiritualidade/religiosidade/crenças pessoais); relações sociais (relações pessoais; suporte (apoio) social e atividade sexual) e meio ambiente (segurança física e proteção; ambiente no lar; recursos financeiros; cuidados de saúde e sociais: disponibilidade e qualidade; oportunidades de adquirir novas informações e habilidades; participação em, e oportunidades de recreação/lazer; ambiente físico: (poluição/ruído/trânsito/clima); transporte)” (Fleck, 2000 p.36).

Ao longo da pesquisa *online* efetuada foi possível constatar que atualmente existem mais instrumentos para avaliar a qualidade de vida, como podemos verificar através do site da equipa de investigação “Relações, Desenvolvimento e Saúde”, presente na Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação, da Universidade de Coimbra, nomeadamente o *DISABKIDS-10 Index*, o *DISABKIDS-37*, o *DISABKIDS-AsM*, o *EUROHIS-QOL-8*, o *WHOQOL-HIV*, o *WHOQOL-HIV-Bref*, bem como os já referidos

*WHOQOL-100* e o *WHOQOL-Bref*. Importa, contudo, referir que alguns destes instrumentos pretendem avaliar a qualidade de vida de populações – alvo específicas, nomeadamente pacientes pediátricos, jovens portadores de doenças crónicas, entre outras, não sendo todos genéricos e aplicáveis à população geriátrica.

## Capítulo 2 – A Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI)

### 1. Enquadramento da RNCCI: conceção e implementação

Em Portugal, as medidas primárias integradas surgiram associadas ao PAII constituído pelo Despacho Conjunto n.º 166 (1994), Criação do Programa de Apoio Integrado a Idosos, publicado a 20 de julho e regulamentado pelos Despachos Conjuntos n.º 259, de 21 de agosto de 1997, n.º 407, de 18 de junho de 1998, e n.º 726, de 16 de outubro de 1998. Em simultâneo com a criação do PAII considerou-se a necessidade da criação de uma rede de cuidados continuados de saúde, cuja responsabilidade coube ao Ministério da Solidariedade Social e do Trabalho e ao Ministério da Saúde. Porém, apenas em 1998 foram regulamentados os cuidados continuados em saúde e apoio social, através do Despacho Conjunto, n.º 407/98, de 18 de junho, dirigindo-se estas respostas às situações de dependência, presentes na área dos cuidados prolongados de saúde e social. Neste sentido foram criadas pelo PAII duas respostas orientadas para a população com deficiência, com diagnóstico de perturbação mental e para a população idosa: Apoio Domiciliário Integrado e a Unidade de Apoio Integrado (Carvalho, 2012)

Em 2001, com o intuito de criar novas parcerias na área da saúde, este programa passou a integrar as instituições orientadas para os cuidados de saúde a pessoas com necessidades especiais, a pessoas dependentes de substâncias psicóticas e a idosos, contribuindo a operacionalização do programa para a origem do Decreto-lei n.º 281, de 8 de novembro de 2003, determinando este a primeira lei da rede de cuidados continuados. A lei anteriormente referida defendia que:

“a rede deveria ser constituída por todas as entidades públicas, sociais e privadas, habilitadas para a prestação de cuidados de saúde e destinadas a promover, restaurar e manter a qualidade de vida, o bem-estar e o conforto dos cidadãos necessitados dos mesmos” (Carvalho, 2012, p. 86).

As intervenções no âmbito da saúde e a nível social são desenvolvidas em unidades de internamento, unidades de recuperação global e unidades móveis prestadoras de cuidados no domicílio sendo determinadas pelo hospital, onde a pessoa se encontrar internada ou pelo centro de saúde da sua área de residência, sendo contratualizado cada serviço com a Administração Regional de Saúde (ARS) (Carvalho, 2012).

De acordo com a mesma autora, com a crescente necessidade de dar resposta ao problema das pessoas que apresentavam algum grau de dependência, tornou-se crucial a construção de respostas integradas no Serviço Nacional de Saúde, surgindo assim o Decreto-Lei n.º 101 de 6 de junho de 2006, que organiza o cuidados continuados

integrados até à atualidade.

Embora a lei supramencionada não se aplique apenas à população idosa dependente, a saliente diminuição da mortalidade em simultâneo com o acentuado decréscimo da natalidade, que traduzem a realidade portuguesa, associadas ao crescimento da esperança média de vida retratam as melhorias ao nível da saúde que se têm evidenciado nas últimas décadas, o que conduz ao crescente predomínio desta faixa populacional nos serviços de saúde (Decreto -Lei 101/2006).

No entanto, apesar dos avanços têm-se sentido diversas dificuldades nomeadamente ao nível dos cuidados de longa duração, devido ao crescente predomínio de doenças crónicas incapacitantes, emergindo assim novas necessidades sociais e ao nível da saúde, o que requer novas e diversificadas respostas que satisfaçam os níveis de procura.

Segundo o Decreto-lei referido, no sentido de contribuir para a construção de uma sociedade mais justa e solidária, através da promoção da funcionalidade, prevenindo e diminuindo as incapacidades, surgiu o Programa do XVII Governo Constitucional que estabeleceu como meta a criação de políticas de saúde integradas no Plano Nacional de Saúde e de políticas de segurança social, que promovam ações com uma maior proximidade das pessoas que apresentem algum grau de dependência; investimentos no desenvolvimento dos cuidados de longa duração, fomentando uma distribuição territorial equitativa das respostas; a qualificação e humanização dos cuidados e o ajuste e criação de respostas adaptadas à diversidade característica do envelhecimento.

Para que tal ocorresse tornou-se fulcral a definição de um novo modelo de intervenção integrado, articulando a saúde e a segurança social e englobando a participação de distintos parceiros sociais, da sociedade civil e do próprio Estado, apresentando-se este como o principal incentivador.

Ainda de acordo com o Decreto-lei supramencionado tornou-se, neste âmbito, imperioso a criação de unidades e equipas de cuidados sustentáveis financeiramente destinadas a todas as pessoas que se apresentem numa situação de dependência, tendo por base respostas adequadas e o estabelecimento de parcerias privadas, sociais e públicas, com a finalidade de melhorar o acesso de todos os cidadãos com risco de/ou perda de funcionalidade a cuidados adequados. Estas unidades têm por base uma rede de respostas de cuidados continuados integrados.

Neste sentido, foi criada através do Decreto-Lei n.º 101/2006, de 6 de junho e no âmbito do Ministério da Saúde e do Trabalho e da Solidariedade Social, a RNCCI, sendo

esta designada por Rede.

Tendo por base o referido Decreto-Lei , entende-se por cuidados continuados integrados:

"o conjunto de intervenções sequenciais de saúde e ou de apoio social, decorrente de avaliação conjunta, centrado na recuperação global entendida como o processo terapêutico e de apoio social, ativo e contínuo, que visa promover a autonomia melhorando a funcionalidade da pessoa em situação de dependência, através da sua reabilitação, readaptação e reinserção familiar e social" (art.3º, alínea a).

Os cuidados continuados integrados têm por base o paradigma da recuperação global e da manutenção, considerados como um processo ativo e contínuo, durante um período de tempo que ultrapassa o necessário para o tratamento da fase aguda da doença ou da intervenção, englobando a reabilitação, a readaptação e a reinserção social, bem como a disponibilização e manutenção da qualidade de vida, mesmo em situações consideradas irrecuperáveis (Decreto-Lei n.º 101/2006, art.º 5).

Por fim, é ainda importante referir, tendo por base o Decreto- Lei n.º 101/2006, que todas as respostas disponibilizadas pela RNCCI devem ser adaptadas aos diversos grupos de pessoas que constituem a sociedade, tendo em consideração as diferentes situações de dependência, a evolução das doenças e das situações sociais, devendo ter sempre em conta o reforço da autonomia, da participação de cada cidadão, bem como o reforço das competências das próprias famílias para lidar com essas situações, conciliando o acompanhamento que as pessoas em situação de dependência requerem, com o seu quotidiano profissional.

### **1.1. Objetivos da RNCCI**

A RNCCI, de acordo com artigo 4.º do Decreto-Lei nº. 101/2006 de 6 de junho, tem como objetivo geral proporcionar cuidados continuados integrados a pessoas que se encontrem em situação de dependência, independentemente da idade.

No âmbito dos seus objetivos mais específicos e de forma a efetivar a sua missão pode mencionar-se que a Rede pretende: desenvolver um trabalho em prol da melhoria das condições de vida e de bem-estar das pessoas que se encontrem em situação de dependência através de cuidados de saúde e apoio social; a manutenção das pessoas que se encontrem em situação de perda das suas funcionalidades ou em risco de tal, no seu domicílio, sempre que seja possível garantir os cuidados terapêuticos e apoio social necessários para a manutenção da qualidade de vida de cada pessoa; disponibilizar o

apoio, o acompanhamento e o internamento ajustados à real situação em que se encontra a pessoa; a permanente melhoria da qualidade dos cuidados continuados de saúde e de apoio social; a prestação de apoio aos familiares ou cuidadores informais quer na qualificação como na própria prestação do cuidado; a constante articulação com diversos serviços, setores e níveis de diferenciação e por fim, pretende ainda a prevenção de lapsos nos serviços e equipamentos, devido à crescente abrangência nacional das necessidades das pessoas dependentes, no que concerne a cuidados continuados integrados.

## **1.2. Princípios e direitos**

No que concerne aos princípios basilares da RNCCI, de acordo com o artigo 6.º, do Decreto-Lei n.º 101/2006, de 6 de junho, podem referir-se: a disponibilização de cuidados individualizados e humanizados; a equidade no acesso e na mobilidade entre as diversas unidades e equipas que constituem a mesma; a prestação de cuidados pautados pela proximidade à comunidade à qual se destinam; a prestação de cuidados caracterizados pela multi e interdisciplinaridade; a avaliação completa das necessidades da pessoa que se encontra em situação de dependência, definindo-se periodicamente os objetivos ao nível da funcionalidade e da autonomia a alcançar; a participação ativa do utente e dos seus familiares ou representante legal, na construção do seu Plano Individual de Intervenção e no encaminhamento para as unidades e para as equipas que constituem a Rede, existindo uma coresponsabilização da família e dos principais cuidadores na prestação de cuidados e a eficácia e qualidade no que se refere à prestação de cuidados.

A operacionalização dos princípios supramencionados, tendo em conta o artigo 7.º do mesmo Decreto-Lei, fundamenta-se na garantia dos direitos inerentes à pessoa que se encontra numa situação de dependência, nomeadamente o direito: à dignidade; à preservação da identidade; à privacidade; à informação; à não discriminação; à integridade física e moral; ao exercício da cidadania e ao consentimento informado sobre as intervenções realizadas.

## **1.3. Modelo e coordenação da Rede**

O modelo de intervenção que está na base da Rede pressupõe uma intervenção articulada e integrada, contendo diversas tipologias de unidades e equipas de prestação de cuidados de saúde e de apoio social.

De acordo com o Despacho n.º 19040/2006 a coordenação da Rede desenvolve-se a nível nacional, sendo executado um trabalho conjunto pelo Ministério da Saúde e o Ministério do Trabalho e da Segurança Social. Para além da coordenação nacional existe

também uma coordenação a nível regional, desenvolvida pelas Equipas de Coordenação Regional (ECR) e uma coordenação a nível local, levada a cabo pelas Equipas de Coordenação Local (ECL), o que permite uma articulação dos diversos níveis de coordenação da rede.

A nível regional, a coordenação da Rede é assegurada por cinco equipas, constituídas por elementos das Administrações Regionais de Saúde e dos Centros Distritais de Segurança Social. A ECR é dimensionada de acordo com as necessidades e com os recursos existentes.

Ao nível regional, as equipas coordenadoras articulam tanto com a coordenação nacional, como com a coordenação local de forma a assegurarem o planeamento, a gestão, o controlo e a avaliação da Rede, sendo da competência destas equipas regionais: a elaboração de propostas de planeamento das respostas necessárias e a sua adequação às necessidades; a orientação e consolidação dos planos orçamentados; a promoção de formações específicas e contínuas para todos os profissionais que integram os cuidados continuados integrados; a celebração de contratos para o funcionamento das unidades e equipas da Rede; o acompanhamento, a avaliação e o controlo de resultados dos contratos de prestação de cuidados continuados; a promoção da avaliação da qualidade do funcionamento dos processos e dos resultados apresentados pelas unidades e equipas; assegurar a articulação com as equipas de coordenação local; alimentar o sistema de informação que sustem a gestão da Rede e fomentar a divulgação da informação sobre a localização das unidades e equipas da Rede à população (Decreto-Lei n.º 101/2006 art.º 10).

A nível local, a coordenação é efetuada de forma multidisciplinar por representantes da Administração Regional de Saúde e da Segurança Social.

As ECL mantêm-se em constante articulação com as equipas regionais e garantem o acompanhamento e a avaliação da Rede a nível local, assim como a articulação e coordenação dos recursos e atividades, sendo da sua competência, a identificação das necessidade e a realização de propostas à coordenação nacional de forma a colmatar as mesmas; a consolidação dos planos orçamentados e a elaboração dos respetivos relatórios; a divulgação da informação atualizada à população acerca da natureza, do número e da localização das unidades e equipas da Rede; apoiar e acompanhar o cumprimento dos contratos e a utilização dos recursos das unidades e equipas da Rede; a promoção do estabelecimento de parcerias para a prestação de cuidados continuados nos serviços de proximidade; a promoção do processo de (re) admissão nas unidades e equipas

da Rede e por fim, o sustento do sistema de informação que está na base da gestão da Rede (Decreto-Lei 101/2006, art.º 11).

#### **1.4. Tipologias da Rede**

A prestação de cuidados continuados integrados, de uma forma breve, é desenvolvida por: unidades de internamento, das quais fazem parte as unidades de convalescença, as unidades de média duração e reabilitação, as unidades de longa duração e manutenção e as unidades de cuidados paliativos; unidades de ambulatório, constituídas por unidades de dia e de promoção da autonomia; equipas hospitalares, das quais fazem parte integrante as Equipas de Gestão de Altas (EGA) e as Equipas Intra-Hospitalares de suporte em cuidados paliativos, e por fim as equipas domiciliárias constituídas pelas equipas de cuidados continuados integrados e as equipas comunitárias de suporte em cuidados paliativos (Decreto-Lei n.º 101/2006, art.º12).

Na presente monografia o foco recai sobre as unidades de internamento, nomeadamente nas tipologias de média duração e reabilitação e de longa duração e manutenção.

#### **1.5. A referenciação, a admissão e continuidade de prestação de cuidados e a alta na RNCCI**

A referenciação dos utentes para a RNCCI é efetuada pelas EGA do hospital ou pelas Equipas Referenciadoras dos Cuidados de Saúde Primários, após realizarem o diagnóstico da situação de dependência, tendo por base a avaliação médica, de enfermagem e social. Esta decisão requer uma posterior validação pela ECL. No momento da referenciação do utente deve ser tido em consideração, a proximidade com a sua área de residência, bem como as suas preferências, no que concerne às unidades de prestação de cuidados (UMCCI, 2011).

Para serem admitidos nas unidades e equipas da RNCCI, os utentes têm de apresentar, independentemente da idade: uma situação de dependência, com incapacidade para realizar as atividades instrumentais e básicas da vida quotidiana com presença de síndromes geriátricas, por exemplo sintomas de deterioração cognitiva e problemas sensoriais; episódios regulares de reagudização, criando a necessidade de acompanhamento durante longos períodos de tempo, nomeadamente doenças pulmonares obstrutivas crónicas, insuficiência cardíaca, entre muitos outros exemplo; doença grave, progressiva e incurável, sem possibilidade de uma resposta favorável a um tratamento específico; necessidade de continuidade de tratamentos e ainda uma necessidade de

ensino de procedimentos aos cuidadores, de forma a assegurar a continuidade dos tratamentos no domicílio (UMCCI, 2011).

Neste sentido, antes da admissão dos utentes nas unidades prestadoras de cuidados é necessário existir para além da proposta de referenciação por parte da EGA ou da Equipa Referenciadora dos Cuidados de Saúde Primários, a existência de um consentimento informado por parte do utente. Juntamente com os aspetos mencionados, nas unidades de média e longa duração é ainda fulcral a assinatura do termo de aceitação relativamente à participação do utente, bem como a sua tomada de conhecimento da importância e necessidade de existir a celebração de um contrato de prestação de serviços.

Ainda de acordo com a UMCCI (2011), após a concretização do referido anteriormente, cabe à ECL proceder à admissão do utente na unidade da RNCCI, tendo a unidade de concretizar essa mesma admissão num período de 48 horas. Importa ainda referir que nas unidades de média e longa duração é no período de admissão que é concretizado o contrato de prestação de cuidados

Segundo a UMCCI (2011), de forma a assegurar a continuidade da prestação de cuidados adequada a cada utente internado, o plano terapêutico estabelecido deve ser alvo de uma avaliação quinzenal, após a admissão do utente e posteriormente, mensal. É importante ter em consideração e deve ser explicado ao utente e aos seus cuidadores, que no decorrer do mesmo, se o utente necessitar de cuidados em hospitais de agudos, num período superior a 24 horas, o utente poderá reservar a vaga. No entanto se se verificar uma situação de agudização do utente, que o obrigue a permanecer internado no hospital por um período superior a oito dias, este perde a vaga na unidade onde se encontrar, beneficiando, porém, de prioridade no que diz respeito à readmissão na RNCCI.

Por fim, e de acordo com a UMCCI (2011) quanto ao momento da alta, esta ocorre quando os objetivos definidos no plano terapêutico são alcançados, ou quando se considera benéfico para a recuperação do utente a mudança de tipologia de cuidados. Em ambas as situações, tem de existir uma proposta à ECL para que esta autorize a alteração de tipologia, ou a alta do utente. Sempre que exista uma transferência do utente entre tipologias deve atender-se ao critério de proximidade, entre a unidade e o domicílio do utente. Relativamente à preparação da alta, esta deve ter início desde a entrada do utente na unidade prestadora de cuidados, de forma a ser possível encontrar uma solução adequada à necessidade de continuidade de cuidados do mesmo.

## 1.6. O movimento assistencial da RNCCI

No fim do ano de 2016 existiam 8.400 camas em funcionamento na RNCCI, divididas pelas diferentes tipologias.

Verifica-se comparativamente ao ano de 2015 um crescimento global de 8,1%, quanto ao número de camas. Globalmente é a região do Norte aquela que apresenta um maior crescimento quanto ao número de camas, entre 2015 e 2016, apresentando um crescimento de 19,1% na UMDR e de 12,8% na ULDM como podemos observar na tabela 5.

**Tabela 5:** N° de camas – variação por tipologia e região

EVOLUÇÃO Nº DE CAMAS 2015 - 2016						
TIPOLOGIAS	Norte	Centro	LVT	Alentejo	Algarve	TOTAL
Convalescença	0,0%	6,4%	19,2%	0,0%	0,0%	6,2%
Média Duração e Reabilitação	19,1%	7,8%	7,0%	9,1%	31,2%	11,8%
Longa Duração e Manutenção	12,8%	6,8%	7,5%	1,4%	-9,2%	7,1%
Paliativos	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%
<b>TOTAL</b>	<b>13,4%</b>	<b>6,9%</b>	<b>7,8%</b>	<b>3,0%</b>	<b>0,6%</b>	<b>8,1%</b>

**Fonte:** Retirado e adaptado de ACSS, 2017 disponível em [www.acss.min-saude.pt](http://www.acss.min-saude.pt)

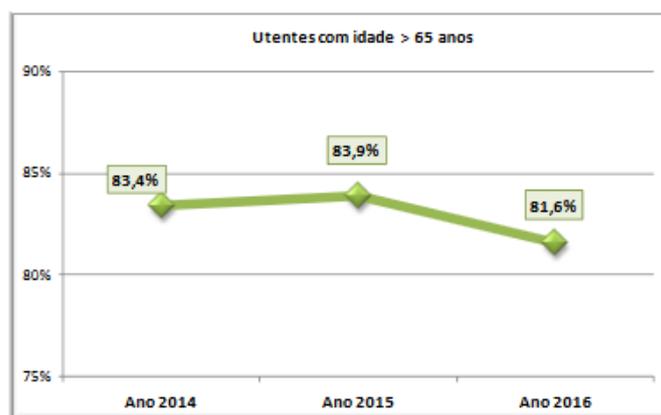
Segundo a tabela, também Lisboa e Vale do Tejo (LVT) apresenta um crescimento de 19,2% em Unidade de Convalescença (UC), crescendo no global 7,8%.

Quanto à região Centro, esta apresenta um crescimento global de 6,9%. Por sua vez, o Algarve embora apresente um crescimento de 31,2% em UMDR apresenta em simultâneo uma quebra de 9,2% em ULDM, sendo o seu crescimento global, em 2016 de apenas 0,6% em comparação a 2015.

Relativamente à cobertura populacional é o Alentejo a região com maior cobertura populacional em UC, a região Centro no que se refere à UMDR e o Algarve no que concerne à ULDM, como é possível comprovar através da tabela 6 (anexo 5).

Outro fator que merece destaque refere-se às características dos utentes a quem a RNCCI dirige os seus cuidados. Neste sentido importa realçar que comparativamente a 2015, em que população com mais de 65 anos apresentava 83,9%, em 2016 verificou-se um decréscimo, da mesma, para 81,6%, como demonstra o gráfico 1.

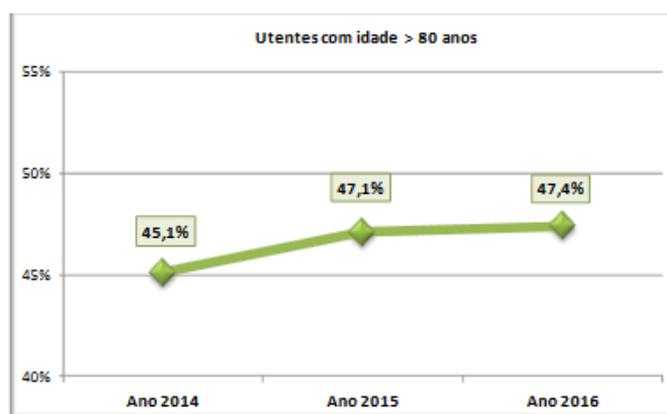
**Gráfico 1 – População da RNCCI com mais de 65 anos**



**Fonte:** Retirado e adaptado de ACSS, 2017 disponível em [www.acss.min-saude.pt](http://www.acss.min-saude.pt)

No entanto durante o mesmo período ocorreu um aumento das pessoas com mais de 80 anos, que em 2015 representava 47,1% e em 2016 passou para 47,4%, como se pode visualizar no gráfico 2.

**Gráfico 2 – População da RNCCI com mais de 80 anos**



**Fonte:** Retirado e adaptado de ACSS, 2017 disponível em [www.acss.min-saude.pt](http://www.acss.min-saude.pt)

Para além da prevalência da população muito envelhecida, verifica-se também na população da RNCCI o predomínio do género feminino representando o mesmo em 2016, 54.2% dos utentes.

Quanto ao apoio recebido pelos utentes da RNCCI, antes da referenciação, predominavam os apoios de alimentação representando 49% do apoio recebido, seguindo-se os apoios referentes à higiene com uma representação de 47% e posteriormente os apoios inerentes à medicação representados por 39% dos apoios.

No que diz respeito à origem desses apoios destaca-se o apoio prestado pela família que representa 59%, seguindo-se o apoio prestado por ajuda domiciliária e pelos profissionais de Serviço Social, como se pode observar no gráfico 3 (anexo 6).

Relativamente aos motivos de referenciação, embora cada utente possa apresentar mais do que um, o principal motivo de referenciação é a dependência de AVD's, representando 90% das causas, seguindo-se a necessidade de ensino utente/cuidador informal com 89%. Um outro motivo que surge com grande frequência no momento da referenciação, sobretudo para a UC (91% em 2015 e 2016) e UMDR é a necessidade de reabilitação, apresentando esta última um crescimento, na medida em que no ano de 2015 a referenciação por este motivo detinha uma percentagem de 78% e em 2016 subiu para 81%, o que evidencia o aumento das necessidades de reabilitação por parte dos utentes.

Por outro lado, podem referir-se como os motivos menos frequentes, o descanso do cuidador, que apresenta, a nível nacional 8% das causas de referenciação; existência de utentes portadores de SNG/ PEG, com 7%; a existência de úlcera de pressão, com 6% e por último, surge a manutenção de dispositivos, como o motivo de referenciação menos frequente, como podemos visualizar na tabela 7.

**Tabela 7 – Motivos de referenciação**

Motivos de Referenciação 2016								
	ECCI	UC	UCP	ULDM	UMDR	UCPIN1	UAP	Nacional
<b>MOTIVOS</b>								
Dependencia AVD	87%	94%	78%	85%	94%	100%	100%	90%
Ensino utente/Cuidador informal	90%	93%	81%	83%	91%	100%	100%	89%
Reabilitação	42%	91%	3%	28%	81%	85%	0%	58%
Cuidados pós-cirúrgicos	17%	39%	4%	6%	23%	8%	0%	21%
Tratamento de Feridas/Ulceras de pressão	35%	3%	6%	12%	8%	0%	0%	16%
Doença Cardiovascular	11%	13%	3%	11%	18%	0%	0%	13%
Gestão regime terapeutico	11%	4%	56%	34%	6%	8%	0%	14%
Portadores de SNG/PEG	6%	2%	7%	15%	7%	69%	50%	7%
Ulceras de pressão multiplas	13%	1%	2%	5%	4%	0%	0%	6%
Descanso do Cuidador	2%	0%	2%	38%	2%	46%	0%	8%
Manutenção de dispositivos	4%	1%	10%	8%	2%	31%	100%	4%

**Fonte:** Retirado e adaptado de ACSS, 2017 disponível em [www.acss.min-saude.pt](http://www.acss.min-saude.pt)

No que concerne à taxa de ocupação pode constatar-se que a nível nacional a unidades de internamento apresentam uma taxa de ocupação elevada, com destaque para a ULDM com 97%, sendo as regiões de LVT e Algarve, onde essa taxa é superior.

Relativamente à UMDR, a taxa de ocupação não apresenta valores muito diferentes entre as regiões, apresentando apenas a região de LVT 93%, enquanto as restantes regiões apresentam 94% de ocupação, como podemos visualizar na tabela 8.

**Tabela 8** – Taxa de ocupação das tipologias da RNCCI

TAXA DE OCUPAÇÃO 2016						
	NORTE	CENTRO	LVT	ALENTEJO	ALGARVE	Nacional
UC	90%	91%	88%	88%	98%	90%
UCP	92%	90%	92%	88%	95%	91%
UMDR	94%	94%	93%	94%	94%	94%
ULDm	97%	96%	98%	97%	98%	97%
ECCI	68%	52%	69%	70%	67%	66%

**Fonte:** Retirado e adaptado de ACSS, 2017 disponível em [www.acss.min-saude.pt](http://www.acss.min-saude.pt)

No que se refere aos utentes assistidos na RNCCI, em 2016, último ano de que há registo, foram assistidos 52.509 utentes verificando-se um aumento de 4,5% comparativamente a 2015, sendo 32.545 utentes assistido em unidades de internamento, 15.582 em ECCI e 4.357 em EIHS/ECSCP verificando-se um aumento nestas equipas de 17,3%.

O maior crescimento verifica-se nos utentes assistidos em EIHS/ECSCP, seguindo-se os assistidos em UCP, com um aumento de 12,7% e em UMDR, de 6,3%.

Em termos globais verificou-se um aumento de 4,5 % dos utentes assistidos, comparativamente a 2015, devendo-se o mesmo ao acréscimo de utentes assistidos em EIHS/ECSCP, como se pode verificar na tabela 9.

**Tabela 9** – Utentes assistidos

Tipologia	Utentes Assistidos		Variação
	2015	2016	
UC	7192	7201	0,1%
UMDR	10672	11349	6,3%
ULDm	11328	11611	2,5%
UCP	2115	2384	12,7%
ECCI	15221	15582	2,4%
EI/ECSCP	3715	4357	17,3%
UCPI	0	18	
UAP	0	7	
<b>Total</b>	<b>50243</b>	<b>52509</b>	<b>4,5%</b>

**Fonte:** Retirado e adaptado de ACSS, 2017 disponível em [www.acss.min-saude.pt](http://www.acss.min-saude.pt)

Por fim, como o momento da alta também faz parte do trabalho desenvolvido pela RNCCI, importa mencionar que a nível nacional 74% das altas foram para o domicílio, sendo na região Norte que surgem maiores valores (79%), seguindo-se o Algarve com 74% e posteriormente LVT com 73%. Ainda no âmbito das altas para o domicílio, verificou-se 73% de casos de alta com necessidade de suporte. Quanto às altas para resposta social, verificou-se um total de 10%, sendo a região Centro aquela que apresenta

uma maior percentagem (17%), contrariamente ao Norte e Algarve com apenas 7% de altas para respostas sociais, conforme a tabela 10.

**Tabela 10**– Altas para o domicílio/ altas para resposta social

<b>ALTAS 2016 PARA DOMICILIO</b>					
NORTE	CENTRO	LVT	ALENTEJO	ALGARVE	Nacional
79%	70%	73%	65%	74%	74%

<b>DOMICILIO com suporte - % das altas para o Domicilio</b>					
NORTE	CENTRO	LVT	ALENTEJO	ALGARVE	Nacional
74%	81%	76%	62%	40%	73%

<b>ALTAS 2016 PARA RESPOSTA SOCIAL</b>					
NORTE	CENTRO	LVT	ALENTEJO	ALGARVE	TOTAL
7%	17%	9%	10%	7%	10%

**Fonte:** Retirado e adaptado de ACSS, 2017 disponível em [www.acss.min-saude.pt](http://www.acss.min-saude.pt)

PARTE II- SERVIÇO SOCIAL EM CUIDADOS  
CONTINUADOS: CONTEXTO DE ESTÁGIO E DE  
INVESTIGAÇÃO

### **Capítulo 3 – A Unidade de Cuidados Continuados Integrados da Santa Casa da Misericórdia de Castelo Branco**

A Santa Casa da Misericórdia de Castelo Branco (SCMCB), fundada em 1514 é uma Instituição Particular de Solidariedade Social, cujo funcionamento ocorrera no Hospital até ao ano de 1975. Após este ser estatizado, através do Decreto-Lei nº704/74, a SCMCB passou a orientar a sua intervenção de acordo com as mutações e desenvolvimento da sociedade dedicando-se à assistência de crianças e jovens, de idosos, bem como das suas famílias, de acordo com as necessidades de cada grupo (SCMCB, 2016).

Atualmente, a instituição supramencionada baseia toda a sua intervenção na lei de bases da economia social, processando ações em diversas áreas, desde a social, a da saúde e da educação e formação. De forma a concretizar os seus objetivos dispõe de diversas estruturas, entre as quais se encontra a Unidade de Cuidados Continuado Integrados (UCCI), em vigor desde o ano de 2014, na qual desenvolveu o estágio curricular, que se encontra na base da presente monografia.

#### **1. Tipologias de cuidados prestados: Unidade de Média Duração e Reabilitação (UMDR) e Unidade de Longa Duração e Manutenção (ULDM)**

Quanto às tipologias de cuidados prestados pela Unidade de Cuidados Continuados (UCCI) da SCMCB, esta possui uma UMDR (18 de camas), para internamentos com uma duração compreendida entre 30 e 90 dias, destinada a pessoas que temporariamente perderam a sua autonomia, podendo a mesma ser recuperada e que carecem de cuidados, nomeadamente no âmbito da saúde, social e de reabilitação e que devido à frequência e/ou duração que os mesmos requerem não podem ser disponibilizados em contexto domiciliário (ISS, I.P., 2017).

Esta unidade de internamento, embora se encontre num espaço físico próprio, mantém uma íntima articulação com o hospital de agudos, de forma a prestar cuidados clínicos, de reabilitação e de apoio psicossocial a situações derivadas de processos agudos ou de descompensação de patologia crónica. Esta unidade tem assim como meta, a estabilização clínica, a avaliação e a reabilitação integral da pessoa que se encontre com perda temporária de autonomia e garante a prestação diária de cuidados médicos, a prescrição e administração de fármacos; constantes cuidados de enfermagem; cuidados de fisioterapia e terapia ocupacional; apoio psicossocial; cuidados de higiene,

alimentação e conforto e ainda atividades de convívio e lazer (Decreto-Lei 101/2006 art.º15º e 16º).

A UCCI da SCM CB, engloba também uma ULDM (30 de camas), para internamentos com uma duração superior a 90 dias seguidos, sendo esta unidade orientada para pessoas portadoras de doença crónica, apresentando diversos graus de dependência e complexidade, não reunindo condições para receber cuidados no domicílio ou numa instituição residencial (ISS, I.P., 2017).

A ULDM tem um carácter temporário ou permanente, também com um espaço físico e tem como propósito fornecer cuidados de cariz preventivo e retardador do agravamento da situação de dependência, proporcionando conforto e qualidade de vida ao longo do tratamento. Esta unidade pode ainda disponibilizar o internamento com uma duração inferior ou igual aos 90 dias estipulados, em situações de dificuldade de apoio familiar ou necessidade de descanso do cuidador informal, podendo esses dias ser seguidos ou repartidos ao longo do ano, consoante a vontade do cuidador informal (Decreto-Lei 101/2006 art.º 17).

A ULDM assegura no seu espaço de ação, atividade de manutenção e de estimulação; cuidados diários de enfermagem e cuidados médicos; prescrição e gestão de fármacos; apoio psicossocial; cuidados de fisioterapia e de terapia ocupacional; animação sociocultural; cuidados de higiene e alimentação; auxílio na execução de AVD's e nas AIVD's (Decreto-Lei 101/2006 art.º 18).

As duas tipologias de cuidados continuados dispõem de acordos com o Ministério da Solidariedade e da Segurança Social e com o Ministério da Saúde, abrangendo estes o número total de camas de ambas as tipologias. Dispõe ainda de uma terceira opção, a Residência de Saúde e Bem-Estar, cujo número de camas (7 camas) não é abrangido por qualquer acordo (SCM CB, 2016).

## **2. Equipa multidisciplinar**

Relativamente à equipa de profissionais, esta é composta por uma multiplicidade de especialidades de forma a assegurar a resposta mais adequada à necessidade de cada utente, sendo após cada avaliação assinaladas as especialidades que cada um necessita frequentar para a recuperação da sua situação. Neste sentido e de acordo com o Regulamento Interno da Unidade de Cuidados Continuados Integrados da SCM CB (art.º 23º) e com o Guião de Acolhimento da mesma, esta possui uma equipa médica; enfermeiros; assistentes sociais; terapeutas (da fala, fisioterapeuta, terapeuta

ocupacional); psicóloga; psicomotricista; técnico superior de nutrição; animador sociocultural; assistentes operacionais; administrativos; cozinheiras; copeiras e funcionárias de limpeza.

Todo o trabalho desenvolvido pelos profissionais da unidade é pautado pela centralidade no utente e na sua recuperação, reabilitação; no respeito pela dignidade humana de cada utente; pela ética assistencial; pelo envolvimento e participação, quer do utente, quer da família e dos profissionais; pela integridade da pessoa/doente, pela responsabilização das partes envolvidas na intervenção, bem como pelo rigor e transparência, com foco no desempenho de um trabalho caracterizado pela qualidade e eficiência quanto à utilização dos recursos disponíveis (Guia de Acolhimento, 2014).

## **Capítulo 4 – O papel do Serviço Social na saúde e em Cuidados Continuados**

### **1. O Serviço Social nos serviços de saúde**

A ligação do Serviço Social com a área da saúde remonta aos primórdios da profissão, considerando-se uma parte integrante da sua própria identidade.

Uma das figuras mais influentes, considerada a pioneira e criadora do Serviço Social, Mary Richmond foi uma das personalidades mais influentes, recebendo uma forte influência por parte de Florence Nightingale, fundadora da enfermagem moderna, sobretudo da sua proposta de “figuras de visitadoras da saúde” que Richmond transferiu para o Serviço Social (Guadalupe, 2011, p.99).

Para além de Mary Richmond, foram vários os contributos para o estabelecimento de uma relação entre o Serviço Social e a saúde, pois embora o aparecimento das “visitadoras domiciliárias” nas equipas de saúde tenha surgido antes de 1890, apenas neste ano ocorreu a primeira aparição do Serviço Social no Estados Unidos da América, sendo apenas em 1905, criado o primeiro Serviço Social Médico, no Hospital Geral de Massachussets, pelo médico Richard C. Cabot, considerando-se esta criação como crucial no que concerne ao diagnóstico e tratamento médico e social dos utentes em ambulatório ou em internamento.

Juntamente com os factos mencionados, a escola de Medicina da Universidade Harvard iniciou formações destinadas aos médicos, enfatizando a importância dos elementos sociais das pessoas com as quais intervinham, entrando em força o Serviço Social nos hospitais de Nova Iorque e de Chicago, sendo nesta altura a finalidade do Serviço Social, o diagnóstico social, o prognóstico e o tratamento (Nacman, 1990; Pelton, 1910. cit in Masfret, 2012).

Iniciou-se neste momento a consciencialização acerca da importância de analisar e trabalhar o meio social das pessoas recebidas nos serviços, bem como sobre as consequências da inexistência desse trabalho, o que poderia colocar em causa todo o trabalho desenvolvido com a pessoa, até então, nomeadamente pela área médica (Masfret, 2012).

Numa perspetiva mais nacional, referindo-nos à emergência do Serviço Social na área da saúde em Portugal pode constatar-se que esta se baseia em “conceções teóricas e em práticas médico-sociais influenciadas pelo positivismo e cientismo, na transição entre os séculos XIX e XX” (Matias, 2003. cit in Guadalupe, 2011, p. 100).

Com o progredir da formação dos primeiros assistentes sociais em Portugal, nos anos 50, criaram-se movimentos de reflexão e avaliação crítica no seio da profissão, uma vez que o Serviço Social pretendia romper com a associação ao “higienismo social”, ao assistencialismo e à intervenção paliativa de forma a potenciar uma intervenção social que fosse promocional e holística (PORTUGAL-MS, 1998 cit in Guadalupe, 2011, p. 100).

Percorreu-se a partir deste momento um caminho de conquistas, marcado por profundas mutações sobretudo nos anos 70 do século XX em Portugal, tornando-se incontável o debate centrado na relação entre os sistemas e políticas de saúde, e as políticas sociais, intrínsecas à prática profissional dos assistentes sociais, especialmente daqueles que desempenham as suas funções em entidades prestadoras de cuidados de saúde, nos diversos níveis do sistema que se instituiu em Portugal e que perdura até à atualidade: o Sistema Nacional de Saúde (Guadalupe, 2011).

Com a evolução dos sistemas de saúde ocorreram transformações estabelecidas por uma visão das questões relacionadas com a saúde e com a doença informada, pelos modelos biopsicossocial e holístico da saúde, distanciando-se estes do modelo biomédico, predominante até ao momento, sendo este considerado redutor da pessoa e da sua situação ((*idem*)).

Os modelos biopsicossocial e holístico passaram então a ser considerados essenciais na construção social da saúde, tendo estes contribuído para o despoletar de outras dimensões na intervenção na saúde e na doença até então incógnitas e para a inclusão de novas dinâmicas de intervenção em equipas multidisciplinares, ganhando espaço outras profissões não tão centradas no tratamento da dimensão fisiológica. A visão holística da pessoa como um todo e da doença tendo em conta a sua complexidade permitiu a existência de novos papéis, tanto para o doente como para a família, bem como para os profissionais (*idem*).

Vários foram os marcos históricos e legislativos que compõem a história do Serviço Social na saúde, em Portugal. Assim, pode referir-se que a primeira experiência de Serviço Social em Portugal, na área da saúde ocorreu em 1924, no Sanatório de Lisboa, sendo esta uma iniciativa do médico Pacheco de Miranda entendendo este, os assistentes sociais como monitores de higiene e educadores das famílias e ainda os responsáveis pela elaboração do diagnóstico social. Para além dos contributos anteriores, o médico Pacheco Miranda reconheceu a necessidade de os profissionais de Serviço Social adquirirem conhecimentos específicos, baseados em métodos científicos (*idem*).

Posteriormente, verificaram-se grandes alterações no âmbito do Serviço Social, nomeadamente, através de Alfredo Trovar de Lemos, lecionando este o curso de visitadoras, tendo como linha condutora o seu livro intitulado “O Serviço Social de Assistência Social”, no qual abordava a importância da preparação técnica das assistentes sociais. Em 1935 tem início a formação de assistentes sociais em escolas especializadas, sendo criada a primeira escola de Serviço Social em Portugal, o Instituto do Serviço Social em Lisboa, designado mais tarde por Instituto Superior de Serviço Social (*idem*).

Ainda de acordo com a mesma autora, outro dos marcos importantes da entrada do Serviço Social na área da saúde ocorreu em 1941, com a integração da primeira assistente social nos serviços de saúde, nomeadamente nos Hospitais da Universidade de Coimbra, disseminando-se seguidamente por outros serviços da mesma área.

Anos mais tarde, particularmente em 1963, o Serviço Social passa a estar incluído nos hospitais regionais, na intervenção individual, familiar, na comunidade e na execução da política social, através do Estatuto de Saúde e Assistência (Lei 2120 de 15 de julho) (Telles, 1999, cit.in Guadalupe, 2011).

Em 1968, através do Regulamento Geral dos Hospitais (Decreto-Lei 48358/68), o Serviço Social passa a estar incluído nos serviços assistenciais e também no Conselho Técnico, sendo definidas como funções do Serviço Social Hospitalar, a colaboração com os serviços de ação médica; o estabelecimento de contactos internos e externos, no sentido de reparar situações de carência dos utentes, bem como a colaboração técnica para o desenvolvimento de iniciativas, orientando-as e coordenando-as (PORTUGAL- MS 1998, cit.in Guadalupe, 2011).

Várias foram as conquistas ocorridas entre os marcos mencionados e os anos seguintes, no entanto existem acontecimentos que merecem ser destacados pela relevância evidente para a presente monografia, nomeadamente, a criação da RNCCI, ocorrida em 2006, estando previsto, na legislação que lhe deu origem (decreto-lei 101/2006) a existência de assistentes sociais em diferentes níveis, nomeadamente nas Equipas Coordenadoras Locais e nas Equipas de Gestão de Altas. No mesmo ano é ainda publicado o Manual de Boas Práticas para os Assistentes Sociais da Saúde na Rede Nacional de Cuidados Continuados, através da Direção-Geral de Saúde (*idem*).

O intervalo de tempo reporta a períodos diversos que compõem a história do Serviço Social, no entanto aquilo que se pretende demonstrar, de forma breve e em jeito de contextualização entre o momento inicial de entrada do Serviço Social na saúde e a criação da RNCCI, são os avanços e desafios no percurso de consolidação do Serviço

Social na saúde, indo os marcos relevantes para o mesmo, além dos abordados. Porém, embora sejam evidentes, as conquistas do Serviço Social, é fulcral continuar a desenvolver um trabalho motivado pela defesa dos direitos dos cidadãos, bem como de luta pela visibilidade e representatividade profissional desde os contextos micro até aos contextos macro.

Para o Serviço Social, independentemente da área onde desempenha as suas funções a dimensão na qual intervém é a dimensão social da saúde, que envolve a trajetória da vida, a situação económica e atividade profissional, o nível de integração e participação comunitária e ainda as hipóteses ou limitações de acesso a recursos.

Assim e de acordo com a Direcção-Geral de Saúde (2006) independentemente dos diversos contextos em que o assistente social pode intervir na área da saúde este atua ao nível da avaliação dos fatores psicossociais que interferem na saúde dos cidadãos, sobretudo dos grupos que apresentam situações de maior vulnerabilidade e risco; na avaliação dos fatores psicossociais que apresentam grande envolvimento no que se refere ao tratamento da doença e à sua reabilitação; na intervenção psicossocial quer a nível individual, familiar e/ou grupal; no aconselhamento e intervenção em situações consideradas de risco por questões médicas e/ou sociais e na promoção da prestação de serviços que se centrem no doente e tenham por base um trabalho conjunto, ou seja, que englobem o doente, a sua família ou outros cuidados informais.

Na área da saúde, o Serviço social desenvolve também um trabalho em prol da advocacia social em proveito do utente e da sua família; da construção e na avaliação de recursos sociais na comunidade local; no planeamento e execução de programas de cariz preventivo e promotores de saúde e ainda na promoção da educação e disponibilização de informação sobre saúde e por fim, na sensibilização, organização e coordenação das instituições e atores sociais fundamentais para a prestação de cuidados quer de saúde, quer sociais.

Quanto às finalidades da intervenção desenvolvida pelo Serviço Social no campo da saúde, estas consistem: em facilitar a integração da pessoa no serviço, garantindo um acolhimento e integração adequados tanto para o utente como para a sua família; na função de gestor de caso, assegurando o acompanhamento, promovendo a disponibilização e prestação completa e integrada dos cuidados, bem como o cumprimento do plano individual de cuidados, construído em articulação com os diversos profissionais da equipa, assegurando assim a continuidade, a integralidade e a qualidade dos cuidados prestados; na promoção da conservação, do reforço ou da criação de

relações interpessoais do doente com a família, com os pares e com os próprios profissionais, adotando assim a função de mediador e incentivador das redes de suporte social. Ainda ao nível da mediação, o assistente social desempenha um trabalho no sentido de fomentar a reinserção social do utente no seu contexto natural de vida, através da mediação entre utente-família com os serviços e bens necessários, de forma a assegurar os suportes adequados para usufruir de uma máxima qualidade de vida.

A intervenção do Serviço Social tem também como finalidades: o trabalho dirigido à família, surgindo o assistente social como um conselheiro desta e como um apoio no garantir de suporte material e emocional para esta e também a eficiência dos serviços disponibilizados pela instituição que representa, nomeadamente no Serviço Nacional de Saúde, podendo ser considerado um “promotor da qualidade e humanização dos cuidados e serviços” (Direção-Geral de Saúde, 2006, p. 6).

Pode ainda mencionar-se a capacitação da população e a organização das próprias comunidades através, da consciencialização dos cidadãos sobre quais as necessidades e as responsabilidades existentes na área da saúde e a promoção da capacitação e/para uma participação ativa para a obtenção de uma melhoria dos serviços e cuidados prestados, como sendo objetivos finais do trabalho desenvolvido pelos profissionais de Serviço Social (Direção-Geral de Saúde, 2006).

O Serviço Social desenvolve a sua intervenção na área da saúde, com base em dimensões nucleares, das quais fazem parte: a valorização da dimensão psicossocial, existindo a recolha de informação sobre toda a situação e posterior planeamento, desenvolvimento e avaliação da intervenção; a informação e advocacia, sobre quais os direitos e recursos sociais, assim como no incentivo e realização de articulação interinstitucional; a gestão de recursos, consistindo esta na coordenação dos recursos e no aconselhamento sobre quais os custos referentes aos mesmos, assim como no desenvolvimento e na construção de recursos na comunidade e o planeamento da continuidade dos cuidados, do qual fazem parte a admissão na instituição, o planeamento da alta e quando necessário as transferências entre os diferentes níveis de prestação de cuidados presentes na RNCCI.

O Serviço Social, na sua prática tem ainda como dimensões basilares, a intervenção psicossocial da qual fazem parte o aconselhamento, o trabalho no sentido da adaptação da pessoa à sua situação/doença, existindo em simultâneo um trabalho de apoio aos grupos de suporte; a intervenção na crise, por exemplo em casos de agudização da doença, ou entre outros exemplos, em alterações ocorridas na vida da pessoa, após

conhecimento do diagnóstico, ou mesmo em situação de óbito; a educação, visível através de programas orientados para o utente, para a família e para a própria equipa profissional, que deve ir atualizando e reforçando os seus conhecimentos; a colaboração multidisciplinar, em prol da defesa dos direitos do utente através do trabalho em equipa, com uma estreita ligação com a direção das instituições pertencentes à Rede e também o trabalho de grupo em torno das dificuldades, mas também das motivações dos utentes e ainda na organização comunitária, com o objetivo de satisfazer a carência de cuidado dos cidadãos, através do reforço e/ou desenvolvimento do poder organizativo das populações para a satisfação das suas próprias necessidades, com base na articulação entre os recursos existentes, tendo em conta a prestação de cuidados e serviços próximos dos cidadãos, cruciais para o bem-estar, autonomia e inserção destes.

Em jeito de conclusão, importa referir que aquando da análise do contexto de atuação do Serviço Social é fundamental compreender que independentemente do contexto em que o profissional intervém, este sofre influências de diversas relações sociais das quais não se pode afastar, o que se vai refletir na sua atuação profissional e no enquadramento institucional, pois embora a intervenção do Serviço Social se desenvolva numa situação concreta, esta está inserida e sofre influências de um contexto global, que integra dimensões como a social, política, organizacional, histórica e cultural (Batista, 2001, cit. in Guadalupe, 2011).

## **2. O Serviço Social na UCCI da SCMCB**

Os profissionais de Serviço Social estão integrados em unidades e equipas multidisciplinares da Rede de Cuidados Continuado de forma a potenciar a transversalidade de conhecimentos entre as diversas áreas, na medida em que as situações que surgem no quotidiano da instituição necessitam da colaboração das várias especialidades para serem compreendidas e superadas (Pombo, 2004, cit.in Carvalho, 2012)

O Serviço Social na instituição é representado por duas assistentes sociais, apresentando a profissão duas vertentes, uma ligada à direção técnica da instituição e uma outra direcionada para a gestão de casos.

### **2.1. Funções do Serviço Social na direção técnica da instituição**

No que diz respeito às funções inerentes à direção técnica, tendo por base o Regulamento Interno da instituição (art.º 13), pode afirmar-se que é da responsabilidade da Diretora Técnica:

- A coordenação e o controle da atividade das diferentes tipologias presentes na Unidade;
- O estabelecimento de uma articulação permanente entre a ULDM e a UMDR com as ECL e ECR pertencentes à Rede;
- Assegurar o acesso dos utentes e familiares ao Guia de Acolhimento;
- Coordenar e contribuir para a avaliação do desempenho de todos os colaboradores da Unidade;
- A realização de reuniões técnicas, de forma a supervisionar e coordenar os profissionais da Unidade;
- A promoção da melhoria permanente dos cuidados e serviços disponibilizados, contribuindo para o planeamento e avaliação dos processos, dos resultados e da satisfação face ao trabalho desenvolvido pela Unidade;
- O garantir da cobrança regular das receitas e o pagamento das despesas da Unidade;
- A promoção da execução das deliberações do Conselho Diretivo e da Mesa Administrativa;
- A submissão a despacho do Provedor, uma vez por semana e nas condições determinadas, os assuntos que careçam de autorização da Mesa Administrativa da Misericórdia;
- O exercício de todas as competências que a Mesa Administrativa da Misericórdia lhe possa delegar.

## **2.2. Funções do Serviço Social na gestão de casos**

Para além das funções inerentes à direção técnica, a intervenção dos assistente sociais nas unidades de internamento, como é o caso da Unidade de Cuidados Continuados Integrados de Castelo Branco, na medida em que possui as tipologias de média duração e reabilitação e de longa duração e manutenção, centra-se na dimensão psicossocial do doente e da sua situação, tendo como objetivo humanizar e assegurar a qualidade dos cuidados prestados, bem como a satisfação dos doentes e da família, trabalhando em simultâneo na rentabilização dos recursos de saúde e sociais inerentes a cada unidade de internamento.

Todo o trabalho desenvolvido pela assistente social envolve o apoio psicossocial ao doente e aos elementos constituintes da sua família, a articulação com os serviços externos e internos, de forma a garantir uma rede de suporte ao utente e à família, no

momento do planeamento da alta, o que é fundamental para uma transferência segura entre níveis de cuidados (Direção-Geral da Saúde, 2006).

A intervenção profissional da assistente social, de acordo com a entidade acima citada, processa-se através de quatro momentos metodológicos: o acolhimento, a elaboração do plano individual de cuidados, o acompanhamento psicossocial e a preparação da continuidade dos cuidados, dependendo a especificidade de cada ação, da doença do utente e da sua evolução, dos serviços prestados e dos tempos de internamento previstos.

### **2.2.1. Acolhimento**

De acordo com a Direção-Geral da Saúde (2006), no que se refere ao processo de acolhimento, sendo este o momento de primeiro contacto entre o profissional, o utente e a família, é prestado pelo primeiro, suporte emocional relativo à situação do utente, percebendo aqui qual a interpretação deste e da sua família sobre as perdas sofridas, com o intuito de facilitar a aceitação e o reforço da capacidade da pessoa para as superar.

Neste primeiro momento é prestado apoio à integração do doente nas unidades de internamento, existindo a disponibilização de informação sobre os direitos e deveres dos mesmos dentro da instituição. O trabalho do assistente social passa também pela gestão das expectativas quanto ao tempo de internamento, às condições de vida após o mesmo, iniciando-se a partir daqui a preparação da alta, tendo em consideração os níveis de autonomia física, mental, económica e em caso de se encontrar em idade ativa, o nível profissional.

Existe também, de acordo com a entidade acima referida, neste momento inicial, a prestação de apoio à adaptação à situação de doença, informando-se o utente e os seus familiares sobre quais os direitos sociais que existem face à sua situação, nomeadamente, subsídios de doença e isenções de que pode usufruir. Por fim, no momento do acolhimento existe uma recolha de informação propícia ao planeamento da continuidade dos cuidados e da alta.

O assistente social, segundo a Direção-Geral da Saúde (2006) desenvolve sempre um trabalho preliminar de análise da situação, identificando, por exemplo fatores de risco para a situação, bem como a recolha de informação sobre a mesma junto dos outros elementos da equipa multidisciplinar, de forma a efetuar um diagnóstico social completo de cada caso.

### **2.2.2. Elaboração do Plano Individual de cuidados**

Outra função do assistente social passa pela organização do plano individual de cuidados, executado em duas fases. Uma fase é efetuada com a equipa profissional, através da qual existe a partilha de informação a nível clínico, psicológico e social, reunindo-se desta forma as considerações especializadas de cada área profissional, o que contribui para a gestão do plano de cuidado, e uma outra fase com o doente e com o seu cuidador informal, para que possa existir a confirmação com estes sobre os tratamentos efetuados e que se pretendem executar, para que tanto o utente como os familiares possam ver esclarecidas as suas dúvidas sobre direitos, deveres e serviços ao dispor e ainda para se elaborar a planificação completa do plano de cuidados, integrando a duração prevista do internamento, bem como quais os objetivos a atingir de acordo com a situação do utente (Direção-Geral da Saúde, 2006).

### **2.2.3. Acompanhamento psicossocial**

Das funções do assistente social faz também parte o acompanhamento psicossocial, existindo o desenvolvimento de um trabalho como o próprio nome indica, de acompanhamento de todo o “tratamento, reabilitação, readaptação e reintegração” (Direção-Geral da Saúde, 2006, p. 12), o que pressupõe um trabalho com o utente e familiares, ao nível do suporte emocional para a desconstrução dos receios derivados da doença, e das suas consequências, do tratamento, e por vezes da previsibilidade da morte.

O suporte ao doente e à família é prestado também no sentido de os ajudar relativamente às mudanças que a doença acarreta, nomeadamente a nível físico, comportamental, familiar e social.

Ainda a este nível são efetuadas diligências no sentido do desenvolvimento da coesão familiar, gestão de conflitos, na definição de estratégias, bem como na prevenção da exclusão do doente da sua esfera familiar.

No âmbito do acompanhamento psicossocial é também desenvolvido um estímulo à aprendizagem, quer do doente, quer da família, de forma a assegurar a continuidade dos cuidados; é disponibilizada informação e reforçada a capacidade dos doentes e dos seus cuidadores informais, no que concerne à proteção social na doença, à reabilitação e à sua reintegração no meio familiar, social e laboral. É ainda desenvolvido um trabalho com o doente em prol da sua capacitação para gerir a sua situação/doença eficazmente, maximizando os recursos quer pessoais, quer comunitários e a integração no âmbito dos cuidados.

Existe também de acordo com a Direção-Geral da Saúde (2006) o exercício de advocacia em prol do doente e dos seus cuidadores informais no que diz respeito ao acesso a prestações sociais e serviços, assim como a preparação dos meios adequados para a necessidade de a pessoa/doente necessitar de ingressar ou regressar a uma unidade de saúde. Por fim, pode referir-se que existe um trabalho no sentido do incentivo à reinserção profissional, quando o utente se encontra em idade ativa e à participação em atividades de cariz ocupacional ajustadas à sua condição de saúde.

A entidade acima referida considera que ao nível do acompanhamento psicossocial compete ao assistente social efetuar uma avaliação da situação, tendo em perspectiva a alta ou a continuidade dos cuidados do utente, devendo identificar as suas necessidades, os constrangimentos e as suas potencialidades, bem como os recursos para os cuidados de que carece, considerando sempre as particularidades da cada situação. Também a existência ou inexistência de um cuidador informal capaz de cuidar da pessoa é avaliada pelo assistente social, tendo em consideração as suas condições físicas, emocionais e o grau de relacionamento com o doente.

#### **2.2.4. Preparação da continuidade dos cuidados/alta**

Outra das funções incumbidas ao assistente social passa pelo planeamento da alta e da continuidade dos cuidados, juntamente com a equipa multidisciplinar, com o doente e com o cuidador informal. A este nível procede à identificação, em conjunto com as partes anteriormente mencionadas, da situação médica, nutricional, de reabilitação, psicossocial individual e familiar resultantes da situação de doença/dependência, bem como da necessidade da pessoa continuar os cuidados; à negociação conjunta com o doente e familiares para a realização e organização do plano individual de cuidados, definindo quais os objetivos, e quais os profissionais que devem intervir e é ainda referenciado o profissional que representará o elo de ligação entre equipa profissional-doente- cuidador informal, o designado gestor de caso (Direção- Geral da Saúde, 2006).

Na sua intervenção no âmbito da preparação da alta e da continuidade dos cuidados o assistente social desenvolve um trabalho com o doente e com o cuidador informal, no sentido de assegurar que existem os equipamentos necessários para a transferência do doente de forma segura, quer entre unidades de tratamento, quer entre estas e o contexto informal. O assistente social procura na sua intervenção a este nível verificar se o utente e o seu cuidador informal compreenderam o plano de cuidados definido e quando não o verifica, existe um trabalho de esclarecimento sobre o mesmo.

O profissional de Serviço Social executa a este nível um trabalho de disponibilização de contactos sobre profissionais, instituições que o doente/cuidador informal terá de procurar no decorrer da prestação de cuidados e cabe ainda ao assistente social lembrar ao doente e ao seu suporte informal que o plano de cuidados inicialmente definido sofrerá alterações à medida que a situação do doente for evoluindo, sendo o mesmo frequentemente adaptado à situação do mesmo e por fim, compete também ao assistente social a redação do relatório social, que constituirá parte integrante do processo de alta do utente (Direção-Geral da Saúde, 2006).

Importa mencionar, que toda a intervenção do assistente social deve ser personalizada e ajustada à situação de cada doente, para que este e o seu cuidador informal consigam integrar-se na instituição e para que possam ser utilizados os recursos existentes da forma mais eficiente possível.

A existência de uma intervenção personalizada por parte deste profissional representará também uma mais-valia no momento em que o utente regressar ao seu domicílio, pois possibilitará assegurar a continuidade do apoio e do desenvolvimento de competências pessoais, sociais e da gestão da própria doença, incluindo o autocuidado e a prestação de cuidados por familiares, bem como a reorganização da esfera familiar, e entre outras da económica (Direção-Geral da Saúde, 2006).

### **3. Atividades desenvolvidas no âmbito do estágio curricular**

No que diz respeito às atividades desenvolvidas no âmbito do estágio curricular foi elaborada uma tabela (tabela 11) com base no diário de campo construído ao longo do mesmo pela estagiária, onde se encontram as atividades que a mesma realizou, em três momentos: no início, no decorrer e no fim do estágio. Na tabela encontra-se também registada a evolução da construção da presente monografia.

Neste sentido, como podemos observar na tabela 11 remetida para apêndice (apêndice 1), existiram atividades transversais a todo o estágio, como foram por exemplo, as reuniões de equipa semanais, nas quais eram discutidos, pela equipa multidisciplinar, os casos mais complexos, eram definidas as altas e os processos de continuidade na UCCI, bem como a atribuição dos gestores de caso aos utentes que iam ingressando na mesma, assim como todos os assuntos que poderiam surgir, cuja discussão se revelava importante para o bom funcionamento da instituição/ bom desempenho do trabalho de toda a equipa; a observação/participação em admissões de utentes, nas quais era apresentado o Guia de Acolhimento com toda a informação relativa à instituição e serviços; a

observação/participação nas reuniões com as famílias que ocorreriam de forma a planejar a alta do utente ou para esclarecimento de dúvidas/apoio às famílias, e ainda a participação em diversas atividades concretizadas na instituição, nomeadamente por parte da área de animação sociocultural e psicomotricidade. Existiram, contudo, atividades desenvolvidas em diferentes momentos do estágio, de acordo com os objetivos da presente monografia e da construção do saber-fazer da estagiária. Assim, numa primeira fase, a estagiária procedeu ao conhecimento da instituição e dos seus profissionais; consultou documentos internos, nomeadamente o Regulamento Interno e o Guia de Acolhimento da instituição, de forma a conhecer os objetivos, os valores e princípios que regem a intervenção desenvolvida pela UCCI da SCMCB, bem como os direitos e deveres, quer da instituição/profissionais, quer dos utentes/famílias. Ainda numa primeira etapa, a estagiária contactou com as diferentes áreas profissionais, de forma a compreender qual o contributo de cada uma para a recuperação/reabilitação dos utentes, no contexto dos cuidados continuados integrados e analisou os processos individuais dos utentes de forma a conhece-los nas suas dimensões pessoal, clínica e social.

Numa segunda etapa, no decorrer do estágio, foram sendo atribuídas funções de maior responsabilidade à estagiária, nomeadamente a redação de relatórios sociais, de admissões e de reuniões familiares, bem como notas de alta. Ao longo do estágio a estagiária, para além das atividades diárias da instituição que já vinha a fazer, procedeu à articulação interinstitucional em diferentes momentos, com diversas instituições que representassem a possibilidade de uma futura resposta, nomeadamente de Estrutura Residencial para Pessoas Idosas (ERPI), para os utentes cuja data de alta se aproximava, e face aos quais as famílias revelavam não ter condições de os levar para o domicílio. Esta atividade foi sempre desenvolvida numa lógica de auxílio na procura de uma resposta e nunca de substituição da responsabilidade da família. Para além do referido a estagiária participou no III Encontro de Gerontologia, organizado pela SCMCB, intitulado “De velho se volta a menino”, composto por três painéis intitulados: “Crescer, viver e morrer – a importância de cada momento”; “Demências – tipos de respostas” e “Dependências e incapacidades – os condicionalismos da 3ª idade” e também numa formação desenvolvida na instituição, cujo título era “Posicionamentos e transferências em pessoas com mobilidade reduzida”, levada a cabo por enfermeiros e direcionada para todos os interessados.

A estagiária realizou, ao longo do estágio todas as atividades inerentes ao Serviço Social, nomeadamente, relatórios de admissão/reuniões de acolhimento da família dos

utentes, notas de alta, realizando nos momentos finais do estágio, para além de todas as atividades já relatadas uma admissão/reunião familiar, sob a supervisão de uma assistente social.

A participação e envolvimento no quotidiano institucional, a progressão nas atividades que foi desenvolvendo, bem como a participação em atividades desenvolvidas pelas diferentes áreas profissionais, o contacto direto com os utentes, com as suas fragilidades, com a superação das suas dificuldades e com as suas potencialidades possibilitaram o desenvolvimento de competências pessoais e profissionais, nomeadamente a relação com o utente compreendendo a sua situação de acordo com a sua realidade, o que permitiu desenvolver competências analíticas, reflexivas e interventivas e também humanas fundamentais no trabalho desenvolvido com e para seres humanos. Também o contacto diário estabelecido com os diferentes profissionais permitiu a consolidação da certeza da importância de um trabalho em equipa, bem como a necessidade do mesmo para a reabilitação de uma pessoa dependente. Toda a experiência inerente ao estágio contribuiu para a aquisição de saberes práticos que contribuem em grande medida para a construção da identidade profissional da estagiária, enquanto assistente social.

PARTE III – ENVELHECIMENTO DOS CUIDADORES  
INFORMAIS DE PESSOAS IDOSAS DEPENDENTES  
E QUALIDADE DE VIDA. CONTRIBUTOS DO  
SERVIÇO SOCIAL.

## **Capítulo 5 – Opções Metodológicas**

### **1. Problema da pesquisa**

Toda a investigação envolve sempre um problema que pode ser ou não explicado pelo investigador (Coutinho, 2016). A mesma autora reforça que o problema adjacente a uma investigação tem a relevante função de focalizar a atenção do investigador para o fenómeno em análise, podendo considerar-se o “guia” da investigação. Ainda de acordo com a mesma autora, citando Cardona Moltó (2002), a definição de um problema deve ser, o mais específico possível, englobando elementos essenciais do estudo, ou referir o que se estuda (objeto de investigação), com quem se vai concretizar a investigação (sujeitos) e como se estuda o problema (definição das variáveis).

Neste sentido pode referir-se que a questão de partida para a realização da investigação é a seguinte: Quais as implicações do envelhecimento dos cuidadores informais de idosos dependentes na qualidade de vida de ambos? Qual o contributo do Serviço Social no apoio a essa qualidade de vida?

A questão surgiu com base na realidade vivenciada em contexto de estágio, na UCCI da SCMCB, onde o número de cuidadores informais de idade avançada a cuidar de outras pessoas em igual situação se tornou notório. Neste sentido considerou-se pertinente levar a cabo a referida investigação, na medida em que a prevalência de pessoas idosas na sociedade é um facto inquestionável, sendo a sua tendência para aumentar, o que consequentemente conduz ao aumento de cuidadores que apresentam uma idade avançada.

### **2. Definição dos objetivos**

No que se refere aos objetivos da presente investigação, estes pretendem ir ao encontro do problema abordado, contribuindo para a sua resposta. Neste sentido foram definidos objetivos gerais e específicos.

De acordo com Marina Marconi & Eva Lakatos (2003) os objetivos gerais estão associados a uma visão geral e abrangente do tema, contudo estão intimamente relacionados com o conteúdo interno dos fenómenos e ideias estudados, podendo referir-se que estão vinculados ao sentido do tema. A presente investigação tem como objetivos gerais: compreender quais são as implicações resultantes do envelhecimento dos cuidadores informais dos idosos em situação de dependência e como as mesmas interferem na qualidade de vida de ambas as partes; perceber qual o contributo do Serviço

Social no apoio à qualidade de vida, quer dos cuidadores quer das pessoas cuidadas, no contexto da UCCI.

Quanto aos objetivos específicos, estes possuem um caráter mais consistente, com uma função intermediária e instrumental que possibilita alcançar os objetivos gerais, bem como a sua aplicação em situações particulares (Marconi e Lakatos 2003).

Neste sentido importa referir que os objetivos específicos, são distintos e encontram-se divididos consoante a público-alvo a que se destinam: cuidadores informais, utentes e assistentes sociais.

Assim foram definidos os seguintes objetivos específicos:

- No que diz respeito aos **cuidadores informais** os objetivos específicos são: analisar quais as características dos cuidadores; compreender qual a perceção dos cuidadores sobre as consequências do cuidar para a sua qualidade de vida; perceber qual o conhecimento que os cuidadores detêm sobre os apoios a que podem recorrer e como obtiveram esse conhecimento; apreender quais as maiores dificuldades que sentem na prestação de cuidados; entender quais as alternativas que consideram viáveis para o destino pós-alta da pessoa idosa recetora de cuidados.
- Relativamente aos **utentes** os objetivos específicos são: analisar as características dos mesmos; compreender o que sentem/pensam os utentes relativamente ao cuidado recebido; averiguar quais as expectativas dos utentes no que concerne ao seu destino pós-alta.
- No que respeita aos **assistentes sociais**, os objetivos específicos são: compreender a sua intervenção com os cuidadores informais; perceber quais as maiores dificuldades sentidas na intervenção com cuidadores de idade avançada; entender se os profissionais entendem que esta realidade interfere no funcionamento dos serviços e como interfere; determinar quais as alternativas/respostas que consideram pertinentes para colmatar as dificuldades sentidas na prestação de cuidados.

### **3. Modelo de análise da investigação**

O modelo de análise constitui de acordo com Raymond Quivy & LucVan Campenhoudt (2005), a ligação entre a problemática e o trabalho de explanação sobre um campo de análise restrito e preciso, sendo assim importante a sua construção.

O modelo de análise o sinaliza um esforço de compreensão sobre quais as implicações na qualidade de vida dos cuidadores e dos utentes a seu cargo derivadas das características das partes envolvidas, nomeadamente aquelas que são semelhantes como a idade avançada. Para além da qualidade de vida dos cuidadores e dos utentes procurou-se também perceber quais as implicações que o envelhecimento da população-alvo pode representar para os serviços de saúde, bem como qual a perceção e posicionamento das profissionais de Serviço Social envolvidas na investigação, sobre essa realidade e como a sua prática/intervenção pode contribuir para a promoção da qualidade de vida destes grupos- alvo. É possível verificar que a presente investigação recairá sobre diversos eixos analíticos, cada um constituído por categorias e subcategorias.

Podemos considerar 3 Eixos Centrais:

#### **1- Perfil sociodemográfico dos utentes, prestadores de cuidados antes da entrada nos cuidados continuados e profissionais de Serviço Social da Unidade de Cuidados Continuados Integrados, onde decorreu o estágio.**

Quanto à caracterização dos utentes são analisadas as seguintes subcategorias: dimensão pessoal (idade, género, estado civil); dimensão clínica (as causas de internamento) e dimensão social (o apoio social recebido pelos utentes antes da entrada na UCCI).

No que concerne à caracterização dos cuidadores são consideradas como subcategorias a analisar: a idade, o género e a relação de parentesco entre cuidador e utente.

No que respeita à caracterização dos profissionais de Serviço Social da UCCI da SCMCB, sendo a este nível a categoria analisados os profissionais e as subcategorias, o género, a idade e o tempo de exercício de funções na instituição.

#### **2- Perceções sobre os cuidados prestados e o seu contributo para a qualidade de vida e expectativas pós-alta. Neste eixo foram consideradas as perceções dos cuidadores e dos utentes.**

No referente às perceções dos cuidadores informais sobre a prestação de cuidados, o estudo integra a análise das seguintes subcategorias: perceção sobre impacto da prestação de cuidados na sua qualidade de vida; perceção sobre apoios existentes para a prestação de cuidados; perceção sobre a existência de apoios destinados a cuidadores de pessoas idosas dependentes; expectativa face ao destino pós-alta da pessoa a quem presta cuidados e por fim, a última subcategoria remete para as condições necessárias para a continuidade da prestação de cuidados após-alta.

No que concerne à categoria dos utentes, o estudo debruça-se sobre as suas perceções, tendo como subcategorias: prestador de cuidados antes da entrada na UCCI; cuidados recebidos; expectativas dos utentes sobre os cuidados prestados; perceção dos utentes sobre a sua qualidade de vida e expectativas dos utentes sobre o destino pós-alta.

### **3- Perceções dos profissionais de Serviço Social sobre o contexto de desenvolvimento da sua prática e os seus contributos para a promoção da qualidade de vida nas unidades de cuidados continuados integrados.**

Neste eixo, o estudo considera as seguintes subcategorias: perceções sobre a relação entre o envelhecimento dos CI de pessoas idosas e a sua qualidade de vida; o papel do assistente social na intervenção com CI de idosos dependentes; dificuldades sentidas pelos assistentes sociais na sua intervenção; perceções sobre o impacto do envelhecimento dos CI nos serviços e aspetos a ter em consideração para a melhoria da intervenção.

## **4. Procedimentos metodológicos**

### **4.1. Caraterização da investigação – Estudo de Caso**

No que concerne à caraterização da investigação e uma vez que a mesma remete para o contexto de estágio, no qual a mesma se processa, considerou-se pertinente escolher como metodologia de investigação o estudo de caso, estando a mesma inserida nos planos qualitativos, de acordo com o consenso entre os autores que abordam a presente metodologia. Assim, pode referir-se que o estudo de caso se orienta segundo as etapas de recolha, análise e interpretação da informação dos métodos qualitativos, com a singularidade de pretender desenvolver um estudo intensivo sobre um ou poucos casos, contudo nesta estratégia de investigação, podem também ser utilizadas técnicas quantitativas no momento da recolha de dados, sendo nestes casos, considerada uma

metodologia mista (Latorre et al., 2003, cit.in Meirinhos; Osório, 2010 & Coutinho, 2016).

Larry Dooley (2002 cit. in Meirinhos & Osório, 2010) defende que o estudo de caso apresenta como vantagem a sua aplicabilidade a situações humanas e a contextos hodiernos da vida real, bem como o desenvolvimento e a contestação de teorias, e ainda a explicação de situações ou a descrição de fenómenos. Enrique Yacuzzi (2005 cit. in Meirinhos & Osório, 2010) reforça mencionando que o valor do estudo de caso reside no facto de não se estudar apenas um fenómeno, mas também o seu contexto.

De acordo com Robert Stake (1999, cit.in Meirinhos & Osório, 2010) a finalidade do estudo de caso é possibilitar a compreensão do caso, através da particularização, porém existem situações em que o estudo de um caso pode permitir generalizar para um outro caso. Michael Patton (1990, cit.in Meirinhos & Osório, 2010) substitui o termo generalização e considera mais adequado o termo extrapolação, considerando que esta representa um significado mais adequado e ágil quanto às possibilidades de transferência do conhecimento de um caso para outro.

Assim, as conclusões de um estudo de caso poderão ser extrapoladas ou transmissíveis, para outros casos desde que se tenha em consideração as semelhanças das condições particulares e contextuais da cada situação (Meirinhos & Osório, 2010).

Segundo a perspectiva de Robert Yin (2001) o estudo de caso é a estratégia de investigação que mais se adequa quando o investigador pretende saber o “como” e o “porquê” de acontecimentos atuais sobre os quais tem pouco controlo, não podendo manipular comportamentos relevantes.

Neste sentido, e na medida em que a investigação versa sobre o contexto do local de estágio, considerou-se pertinente o foco na instituição e na realidade vivenciada na mesma, da qual resultou a questão de partida.

#### **4.2. Delimitação do campo de pesquisa**

Em todas as investigações existe a necessidade de delimitar as suas fronteiras. Assim, considerou-se pertinente a delimitação do campo de investigação, nomeadamente do limite temporal e espacial nos quais a mesma se irá desenvolver.

Quanto à dimensão temporal a investigação desenvolveu-se entre setembro de 2017 e dezembro do mesmo ano.

Relativamente à dimensão espacial da investigação esta refere-se e foca-se na **Unidade de Cuidados Continuados Integrados da Santa Casa da Misericórdia de**

**Castelo Branco**, uma vez que se optou pela metodologia de estudo de caso, o que irá possibilitar um conhecimento aprofundado da instituição e da sua realidade.

#### **4.2.1. Universo da pesquisa**

A presente investigação inclui três universos diferentes de sujeitos, representando estes o objeto de estudo da investigação concretizada. Neste sentido podemos referir que estes universos são constituídos por: profissionais de Serviço Social a desempenhar funções na UCCI, da SCMCB; utentes internados nas tipologias existentes na UCCI e os cuidadores informais dos utentes internados na mesma instituição.

Os universos referidos possibilitaram a recolha de informação importante quanto às características pessoais, clínicas e sociais dos utentes, bem como as suas opiniões sobre a sua situação; às características dos cuidadores informais e a sua perceção sobre a sua situação-problema enquanto prestadores de cuidados a uma pessoa idosa dependente e por fim a perceção dos assistentes sociais quanto à situação-problema dos sujeitos anteriormente referidos, bem como no que concerne à sua prática profissional.

#### **4.2.2. Amostra**

A **população**, da qual foi retirada a amostra é constituída por **48 utentes**, sendo o número de cuidadores equivalente. Quanto aos profissionais de Serviço Social, a amostra equivale ao número total de profissionais a exercer funções na referida área.

A amostra é segundo Clara Coutinho (2016), o conjunto de sujeitos de quem se recolherá os dados, e deve por isso possuir as mesmas características da população da qual foi retirada. Marina Marconi & Eva Lakatos (2003) consideram também a amostra como uma fração convenientemente selecionada do universo (população), representando um subconjunto do mesmo.

De acordo com Carol Charles (1998, cit in Coutinho, 2016), os métodos para a seleção da amostra podem ser divididos em amostragem probabilística e não-probabilística.

Na presente investigação, a amostra caracteriza-se por ser não-probabilística, na medida em que não podemos determinar a probabilidade de cada sujeito pertencer a uma determinada população, exceto no caso do grupo profissional contido na investigação, que devido ao seu número reduzido, definiu-se à partida que ambas as profissionais integrariam a amostra, sendo neste caso uma amostragem probabilística, uma vez que foi possível determinar a probabilidade das duas profissionais pertencerem à amostra.

Tendo como base os autores supramencionados, no que respeita à **amostragem não-probabilística**, podemos referir que a **amostra é também criterial**, uma vez que o investigador opta por segmentos da população para a sua investigação de acordo com critérios pré-definidos. Para a presente investigação os critérios definidos foram, ao nível dos profissionais, exercerem funções na área do Serviço Social; ao nível dos cuidadores informais, ter mais de 60 anos e disponibilidade para responder às questões, sendo selecionados cuidadores que visitavam regularmente os utentes e ao nível dos utentes definiu-se como critérios, a disponibilidade e capacidade para responderem às questões constituintes da entrevista.

Para a seleção da amostra de utentes e cuidadores procedeu-se a uma recolha exaustiva de dados sobre o seu perfil. Esse levantamento mostrou que uma grande parcela dos cuidadores apresentava uma idade igual ou superior a 60 anos possuindo características semelhantes aos utentes e entre si, nomeadamente no que se refere ao fator idade.

Relativamente aos utentes pôde-se constatar que nem todos apresentavam condições para responder às questões, nem disponibilidade para tal, sendo assim selecionados utentes com uma maior autonomia ao nível da fala, interação, podendo assim considerar-se que para além de criterial, a amostra do estudo foi também intencional.

No que concerne às perceções sobre os cuidados prestados e qualidades de vida, a amostra foi constituída por **doze** sujeitos, número que abrange três grupos alvo distintos: **utentes (cinco), cuidadores (cinco) e as assistentes sociais da instituição (duas), uma delas com função de diretora técnica.**

### **Caraterísticas da amostra**

- Relativamente à caracterização da amostra de **utentes**, esta é maioritariamente constituída por elementos do género feminino, com idades compreendidas entre os 65 e os 86 anos. No que se refere ao estado civil, predomina o estado divorciado, existindo também o estado civil de casado e viúvo.
- No que concerne à caracterização do grupo de **cuidadores informais** selecionados, foi preenchido um formulário (apêndice 3) pelos mesmos, no início da entrevista, com o objetivo de averiguar a idade, o género e a relação de parentesco entre estes e o utente ao qual presta cuidados.

Através da informação recolhida através deste formulário, é possível referir no que se refere à idade que esta varia entre os 61 anos e os 88 anos e que o género prevalente entre os CI é o feminino. No que diz respeito à relação de parentesco entre cuidador e utente, a que prevalece entre os cuidadores informais entrevistados é a de cônjuge (3), e a aquela com menor expressão, a de pai/mãe (2).

- Relativamente à sua situação face ao emprego, na sua maioria são pessoas reformadas, encontrando-se um elemento profissionalmente ativo, embora tenha cessado atividade para assumir o papel de CI, e outro que não exerce, nem exercia qualquer atividade profissional.
- No que diz respeito à caracterização das **assistentes sociais**, estas são ambas do género feminino e com idades compreendidas entre os 30-39 anos. Quanto ao tempo de permanência na instituição, existe a diferença de um ano entre as duas profissionais, estando uma a exercer funções na UCCI à quatro anos e outra há três anos.

## **5. Métodos e técnicas de recolha de dados**

Após a definição das fases anteriores, chegou o momento de definir quais as técnicas de recolha de dados que mais se adequam à presente investigação.

No momento da recolha de dados pretende-se saber “o que” e “como” se vão recolher os dados necessários (Black, 1999 cit. in Coutinho, 2016).

As técnicas de recolha de dados selecionadas para a concretização da investigação apresentada na presente monografia foram: a pesquisa documental, a observação, com auxílio de um diário de campo e a entrevista semiestruturada.

### **5.1. Pesquisa documental**

Numa primeira fase da investigação foi utilizada como técnica de recolha de dados, a pesquisa documental, que de acordo com Marina Marconi & Eva Lakatos (2003), consiste num apanhado geral sobre os principais trabalhos realizados sobre a temática, sendo estes uma rica fonte de dados atuais e importantes, relacionados com o tema que se pretende analisar e compreender. Os mesmos autores, acrescentam que o estudo da literatura já existente permite ao investigador efetuar um melhor planeamento do seu

trabalho, evitar cometer alguns erros e a aquisição de informações indispensáveis que podem contribuir para a própria orientação da investigação.

Neste sentido a primeira etapa de uma investigação consiste na análise detalhada de fontes documentais que suportem a investigação que se pretende levar a cabo.

Para a presente monografia, recorreu-se inicialmente à análise minuciosa de fontes primárias, nomeadamente de dados biográficos dos utentes e da sua situação sociofamiliar; de registos sobre os utentes e de documentos oficiais da instituição, como são exemplo o Regulamento Interno e o Guião de Acolhimento intrínsecos à UCCI da SCMCB.

Para além das fontes primárias recorreu-se a fontes secundárias, nomeadamente obras literárias e outros suportes escritos que apoiaram na fundamentação teórica da problemática.

A concretização da pesquisa documental como técnica de recolha de dados, na presente investigação assumiu também a forma de consulta e leitura dos relatórios relativos aos utentes, através dos quais foi possível recolher informações, nomeadamente face ao género, idade, diagnóstico de saúde, situação familiar anterior ao internamento, o que contribuiu para a caracterização dos utentes da instituição.

Através desta técnica procedeu-se ainda à análise dos documentos utilizados no momento de entrada do utente na UCCI pelo Serviço Social, bem como no atendimento familiar pelos profissionais destacados para realizar a admissão. Todo o recurso a fontes documentais permitiu contextualizar a instituição, os utentes e a sua situação, e ainda o trabalho desenvolvido, nomeadamente pelo Serviço Social no contexto dos Cuidados Continuados Integrados.

## **5.2. Observação**

As técnicas de observação “consistem no registo de unidades de interação numa situação social bem definidas, baseada naquilo que o observador vê e ouve” (Coutinho,2016, p.136).

Segundo Raymond Quivy & LucVan Campenhoudt (2005), esta técnica apela ao sentido de observação do investigador, registando este diretamente as informações que melhor corresponderem aos seus objetivos.

Através da presente técnica de recolha de dados, o investigador consegue documentar atividades, comportamentos e características físicas sem sofrer

condicionalismos, nomeadamente devido à vontade ou à capacidade de outras pessoas, sendo assim considerada uma técnica essencial nas Ciências Sociais e Humanas.

Sobre a técnica de observação importa referir que a mesma pode variar quanto à sua dimensão, podendo ser considerada estruturada ou não estruturada.

Para a presente monografia, a dimensão à qual se recorreu foi, numa primeira fase a dimensão não estruturada, na medida em que se partiu “para o terreno apenas com uma folha de papel” na qual se procedeu ao registo daquilo que era observado, sendo essas notas designadas por notas de campo que ao serem traduzidas em registos mais detalhados, produzem diários de campo (Coutinho, 2016).

**O diário de campo/ bordo** consiste num instrumento reflexivo e de análise, onde o investigador regista as notas que vai recolhendo no terreno, mas também a sua reflexão sobre as mesmas, assim como de toda a experiência vivenciada no contexto em que se encontrar, pertencendo esta ferramenta às técnicas de observação direta.

Ainda sobre o diário de bordo construído pela estagiária, importa referir que este se dividiu em cinco partes, cada uma com um propósito diferente. Neste sentido, a primeira parte do diário era constituída pela descrição das atividades realizadas no quotidiano. Seguidamente surgiam as anotações sobre procedimentos profissionais e institucionais e outras informações importantes para o desenvolvimento e conhecimento das atividades laborais da UCCI. Posteriormente existe a parte referente às admissões, às reuniões de acolhimento/familiares, bem como às reuniões de equipa, com realização semanal.

Por fim, designou-se uma parte para o vocabulário técnico, próprio da área e contexto de intervenção da instituição, o que se considerou importante para o rigor técnico e profissional da estagiária. Após todas as partes já mencionadas, destacou-se ainda uma parte para a referenciação de dúvidas que iam surgindo, para as quais de seguida a estagiária procurava esclarecimento, quer junto da orientadora, como da supervisora de estágio, ou de outro profissional.

Numa fase mais avançada procedeu-se a uma observação estruturada, através da qual, segundo Clara Coutinho (2016) o investigador parte para o terreno com um protocolo de observação estruturado em função das dimensões que pretendia observar e analisar.

A observação estruturada ocorreu nomeadamente, no momento da consulta dos processos individuais de todos os utentes internados na UCCI, com a finalidade de realizar a sua caracterização, para tal foram definidas as dimensões sobre as quais se

considerava pertinente recolher dados e quais as informações a ser recolhidas. Assim, as dimensões sobre as quais se efetuou um levantamento de dados foram: a pessoal (idade, género, estado civil), clínica (motivos de solicitação de internamento) e social (apoio social recebido antes da entrada do utente para a UCCI). Dada a limitação temporal foram apenas selecionadas, dentro das dimensões (pessoal, clínica e social), algumas variáveis a ter em consideração e não todas aquelas que constituem as diversas dimensões.

Importa ainda referir que existiu uma recolha de dados sobre estas dimensões no momento inicial do estágio curricular e no momento de término do mesmo, com a finalidade de compreender a variação e características da população na UCCI.

Relativamente ao grau de envolvimento e participação do investigador, na situação/contexto que observa, pode concluir-se que esta foi uma observação participante, na medida em que o investigador assumiu um papel ativo, envolvendo-se no grupo, conseguindo desta forma adquirir uma perspetiva de *insider* do grupo, sem perder a credibilidade que um investigador social deve manter (Coutinho, 2016).

Por fim, e uma vez que a técnica de observação recai sobre pessoas, que por sua vez detêm direitos e às quais se devem obrigações morais, importa referir que foram cumpridos na presente investigação os dois princípios éticos adjacentes à técnica de observação, nomeadamente o consentimento informado e a confidencialidade.

Quanto à concretização da presente técnica de recolha de dados, no contexto de estágio, esta operacionalizou-se através da observação das atividades desenvolvidas na instituição entre utentes e profissionais, entre profissionais e profissionais, entre os próprios utentes, bem como entre famílias e profissionais o que permitiu compreender a dinâmica institucional, assim como o trabalho desenvolvido pelas diversas áreas profissionais na instituição, relativamente aos dois grupos-alvo: famílias e utentes.

### **5.3. Entrevista semiestruturada**

Outra técnica utilizada em prol da recolha de dados diz respeito à entrevista, que tem como finalidade a aquisição de informação através de questões colocadas à pessoa inquirida. Esta é considerada uma poderosa técnica de recolha de dados, uma vez que pressupõe a existência de interação face a face entre o investigador e o inquirido, o que permite a aquisição de informação que não seria possível obter através de outra técnica (Coutinho, 2016).

São diversas as variantes que uma entrevista pode assumir, contudo foi a entrevista semiestruturada, a utilizada na presente monografia, sendo esta a mais

empregue na investigação social. Esta tipologia de entrevista não é totalmente aberta, dispondo geralmente, o investigador de perguntas-guia, sobre as quais terá o propósito de adquirir informação, contudo as mesmas podem não ser colocadas pela ordem prevista. O investigador deverá deixar o entrevistado falar de forma aberta, com as palavras que pretender e pela ordem que lhe convier. O investigador terá neste processo a missão de reencaminhar a entrevista para os objetivos pretendidos, sempre que o entrevistado se afastar dos mesmos. Para além do mencionado, é da competência do investigador colocar as perguntas ao entrevistado, no momento mais adequado e de forma o mais natural possível (Quivy & Campenhoudt, 2005).

A utilização da entrevista semiestruturada como técnica de recolha de dados justifica-se pelo facto de se pretender recolher pontos de vista, opiniões, sentimentos relativamente a tópicos chave, não existindo uma limitação do ponto de vista do entrevistado, o que surge como uma das suas principais vantagens.

Esta técnica será aplicada à amostra de profissionais de Serviço Social da UCCI, de cuidadores informais e de utentes, com o objetivo de recolher informação que vá ao encontro dos objetivos e que por sua vez responda à questão de partida.

Importa ainda referir que anteriormente à realização da entrevista, foi solicitado o consentimento ao Sr. Provedor da SCM CB para a realização de todas as entrevistas, foi redigido um documento para os cuidadores dos utentes que iriam ser entrevistados, para que autorizassem a realização da entrevista com as pessoas pelas quais se assumem responsáveis e foi também solicitado o consentimento, quer aos cuidadores, quer aos utentes a ser entrevistados. Todos os participantes foram informados sobre os objetivos e a finalidade da entrevista e da investigação, assinando um documento conforme aceitavam participar na entrevista e que a mesma fosse gravada (consentimento informado) (Apêndice 3)

De acordo com Adriano Rodrigues & Michel Binet (2015) o consentimento para realizar e gravar uma entrevista, pertencente a uma investigação deve ser obtido mediante um pedido de autorização endereçado à pessoa inquirida. Os mesmos autores consideram que mesmo as pesquisas desenvolvidas em contextos institucionais necessitam de um consentimento prévio das pessoas envolvidas, a descrição pormenorizada do trabalho que se pretende desenvolver, devendo esta parte ser efetuada no momento antecedente à entrevista, entre entrevistador e entrevistado.

Ainda no que concerne à recolha de dados estabeleceu-se um contacto com instituições de diversas localidades, nomeadamente do distrito de Castelo Branco, da

Guarda e de Portalegre, a fim de averiguar a existência de vagas em ERPI's, com duplo objetivo. Por um lado, pretendeu-se averiguar a facilidade/dificuldade em encontrar vagas neste tipo de resposta social e por outro procurou-se em simultâneo encontrar uma alternativa para as famílias que não têm condições de levar o utente para o domicílio.

## **6. Técnicas de análise dos dados**

Após a recolha de dados torna-se fulcral a análise dos mesmos. Para esse efeito recorreu-se à técnica de análise de conteúdo, uma vez que os dados resultantes da investigação têm um carácter escrito ou falado.

Esta é uma técnica muito utilizada na análise de textos e utiliza-se comumente na análise de dados resultantes de estudos, nos quais os dados obtidos assumem a forma de texto dito ou escrito. Laurence Bardin (2011, cit in Coutinho, 2016) defende que esta técnica consiste num conjunto de técnicas de análise de comunicações.

Neste sentido pode referir-se que é a partir da seleção dos termos utilizados pelo locutor, a sua frequência e o seu modo de disposição, a construção do discurso e o desenvolvimento do mesmo que constituem as fontes através das quais o investigador constrói o conhecimento (Quivy & Campenhoudt, 2005).

De acordo com Laurence Bardin (2008) a análise de conteúdo passa pela análise da informação, constituindo esta o material, o ponto de partida e o indicador sem o qual não seria possível concretizar a análise. O mesmo autor defende que a análise de conteúdo é constituída por três partes: a pré-análise, na qual se organiza e sistematiza a informação recolhida, o que no caso das entrevistas se refere à sua transcrição, o que posteriormente representará o *corpus* da pesquisa. De seguida proceder-se-á à exploração do material, consistindo esta na etapa mais morosa, na qual o investigador necessita organizar os dados brutos, transformando-os tendo em consideração um quadro teórico que lhe serve de referente. Existem ainda nesta etapa a codificação dos dados, o que permitirá alcançar “uma representação do conteúdo, ou da sua expressão” (Bardin, 2011, cit.in Coutinho, 2016). A referida etapa procede-se à seleção da unidade de análise, à enumeração/ escolha das regras de contagem das unidades de análise e ainda à categorização, consistindo esta na seleção das categorias. A última etapa consiste no tratamento dos resultados, através do qual são comparados enunciados para verificar a existências de elementos unificadores. Durante a última etapa é fundamental estabelecer uma relação dos dados recolhidos com a fundamentação teórica, na medida em que será esta relação o que dará sentido à interpretação.

O investigador pretende assim, através desta técnica constatar estruturas e regularidades nos dados obtidos, o que possibilitará a conceção de ilações.

Na investigação em ciências sociais a análise de conteúdo ocupa uma posição cada vez mais notória, o que se justifica pelo facto de possibilitar o tratamento de forma metódica de informações e testemunhos com um determinado grau de profundidade e complexidade, como são exemplo os relatórios resultantes de entrevistas pouco diretivas (Quivy & Campenhoudt, 2005).

## **Capítulo 6 – Apresentação e Análise dos Resultados**

### **1. Utentes e cuidadores informais: faces da população abrangida pela intervenção social**

#### **1.1. Perfil dos utentes internados na UCCI da SCMCB**

Quanto à caracterização dos utentes esta foi efetuada em dois momentos distintos. O primeiro momento consistiu na fase inicial do estágio, e o segundo momento reporta ao momento final do mesmo. A caracterização dos utentes em dois momentos distintos, possibilita o reforço e consolidação dos dados, nomeadamente no que concerne às idades predominantes, ao género prevalente, ao estado civil mais evidente, aos motivos de solicitação de internamento mais frequentes, ao apoio recebido antes da sua entrada na UCCI e às expectativas dos utentes face ao seu destino pós-alta. Neste sentido a caracterização dos utentes será dividida em três dimensões: pessoal, clínica e social.

O número total de utentes internados na UCCI, quer no momento inicial do estágio realizado na UCCI, quer no momento de término do mesmo era de 48 utentes, divididos pelas tipologias de cuidados existentes na mesma, mais 7 utentes na Residência de Saúde e Bem-Estar, perfazendo um total de 55 utentes na instituição.

Importa referir que para a presente investigação não foram considerados os utentes que se encontravam na Residência de Saúde e Bem-Estar, na medida em que a sua situação não se adequava aos objetivos da pesquisa.

##### **1.1.1. Dimensão pessoal**

A dimensão pessoal dos utentes versa sobre as suas características pessoais, sendo analisados na presente monografia os fatores idade, género e estado civil. Neste sentido podemos verificar que durante a permanência da aluna na instituição e após uma análise dos processos individuais dos utentes internados na UCCI da SCMCB, no início e no fim

do estágio (94 utentes no total), cujos dados recolhidos foram posteriormente trabalhados através do programa Excel, é possível apurar através da tabela 12 que o valor mínimo registado, quanto à idade foi de 40 anos, e o valor máximo foi de 96 anos, sendo a média de idades de 75,7 anos de idade.

**Tabela 12** – Caracterização dos utentes por idade (N=96)

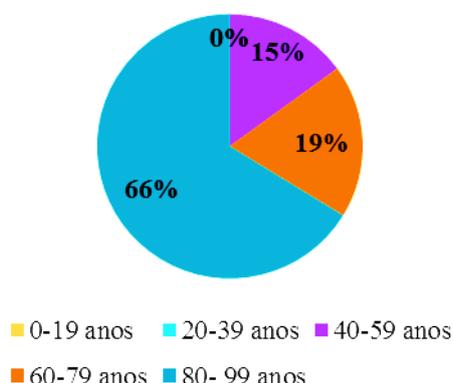
<b>Idade</b>	
<b>N</b>	96
<b>Média</b>	75,7
<b>Moda</b>	86
<b>Mediana</b>	81
<b>Desvio Padrão</b>	13,0329
<b>Variância</b>	169,856
<b>Máximo</b>	96
<b>Mínimo</b>	40

Através da mesma tabela podemos verificar que a mediana obtida foi de 81 anos e a moda de 86 anos.

Quanto à distribuição dos utentes pelas diferentes faixas etárias é possível verificar através do gráfico 4 que a faixa etária predominante é a faixa entre os 80-99 anos, apresentando uma percentagem de 66%, seguida da faixa etária entre os 60- 79 anos, com uma percentagem de 19% e a faixa etária dos 40- 59 anos, com uma representatividade de apenas 15%. Importa também aludir ao facto de as duas faixas etárias mais jovens referidas no gráfico, não apresentarem qualquer percentagem, o que demonstra a inexistência de utentes considerados mais jovens na instituição, o que reforça o envelhecimento da população que recorre e utiliza os serviços de saúde, neste caso a UCCI.

**Gráfico 4 – Faixas etárias dos utentes da UCCI**

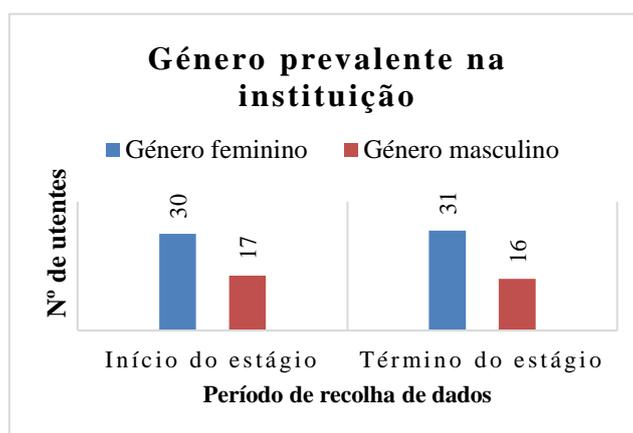
**Faixas etárias dos utentes da UCCI**



Estes dados ao evidenciarem a prevalência de pessoas idosas a receber os cuidados disponibilizados pela instituição, podem ser representativos de uma maior vulnerabilidade ao nível da saúde por parte da população idosa, mas podem evidenciar também fragilidades ao nível do apoio social informal, o que se pode justificar por fatores como o acelerado quotidiano profissional das gerações mais novas, pela instabilidade financeira, devido aos empregos precários, ou mesmo devido a situações de desemprego que tornam essas mesmas gerações incapazes de suportar financeiramente e mesmo emocional e fisicamente os encargos que os cuidados de saúde a uma pessoa dependente representam.

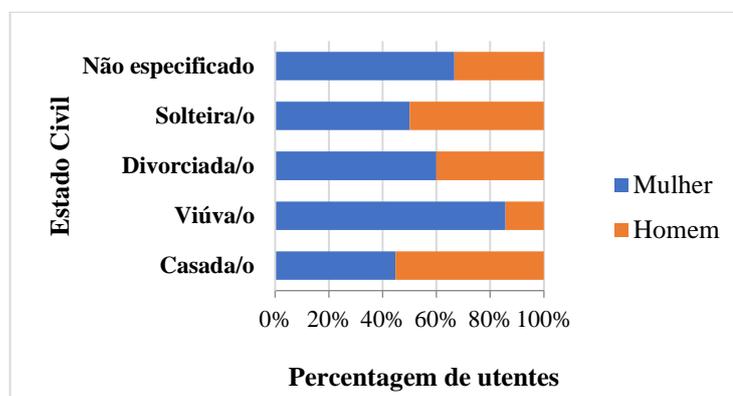
Outros dos fatores relevantes para a caracterização pessoal dos utentes diz respeito ao seu género. Como podemos observar através do gráfico 5, durante a permanência da estagiária na instituição o género com maior expressão foi o feminino, comparativamente ao género masculino. Estes dados comprovam a supremacia do género feminino nos serviços de saúde, tal como é defendido por outros autores, nomeadamente, Carlota Quintal, Óscar Lourenço & Pedro Ferreira (2012), que através de um estudo concretizado pelos mesmos, intitulado “Utilização de cuidados de saúde pela população idosa portuguesa: uma análise por género e classes latentes”, concluem que existe uma maior adesão das mulheres aos serviços de saúde, comparativamente com os homens, o que se pode justificar, por exemplo, pelo facto de estas recorrerem aos cuidados de saúde mais rapidamente quando comparadas com indivíduos do género masculino, que quando requerem cuidados já se encontram em estados mais avançados de doença.

**Gráfico 5 – Género prevalente na instituição**



Também o estado civil dos utentes surge como uma variável importante a ter em consideração no momento da caracterização dos mesmos. Neste sentido, de acordo com o gráfico 6 podemos apurar que o estado civil predominante é o de viúva, o que pode ser entendido através do facto de este género ter uma maior esperança média de vida. Por outro lado, o facto de enviuvar pode levar à falta de um cuidador informal que preste os cuidados necessários em caso de doença e/ou dependência, sobretudo se não existirem filhos, se estes estiverem ausentes, ou se não assumirem o papel de cuidador.

**Gráfico 6- Estado civil dos utentes**



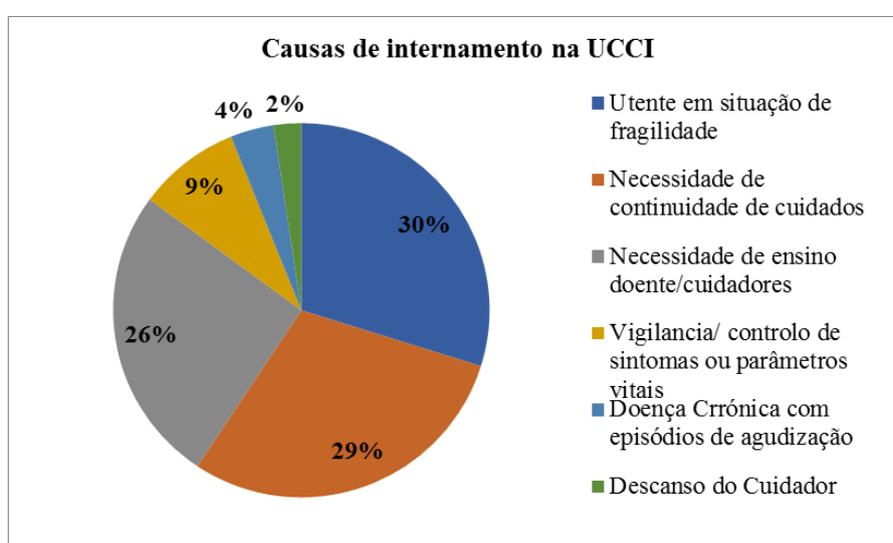
Ainda sobre o estado civil importa referir um outro valor que se destaca, ou seja, a percentagem de utentes casados, sendo a mesma superior no caso do género masculino, o que pode representar uma mais-valia na prestação de cuidados, na medida em que o cônjuge poderá assumir o papel de cuidador e prestar o apoio necessário em caso de doença e/ou dependência. O estado civil de solteira/o e o estado civil de divorciada/o

apresentam percentagens semelhantes e pouco expressivas comparativamente aos estados de viúva e de casado.

### 1.1.2. Dimensão clínica

Quanto à dimensão clínica importa analisar as causas de solicitação de internamento. Importa também ter em consideração que a percentagem final das causas de internamento resulta da junção das causas existentes no momento inicial do estágio com as causas existentes no momento final do mesmo. É também relevante referir que muitos dos utentes apresentam mais do que uma causa de solicitação de internamento.

**Gráfico 7 – Causas de internamento na UCCI**



Como podemos observar no gráfico 7, o maior motivo de internamento dos utentes da UCCI passa pela vivência de uma situação de fragilidade, representando 30% das causas e dentro da qual se encontra a dependência nas AVD's, sendo essa a maior causa de internamento (82 casos). Como a segunda maior causa de internamento surge a necessidade de continuidade de cuidados, com uma percentagem de 29%, dentro da qual se encontra a necessidade de reabilitação, como um dos maiores motivos de internamento (54 casos); a gestão do regime terapêutico (28 casos); o tratamento de úlceras de pressão (4 casos). A terceira maior causa de internamento consiste na necessidade de ensino do doente/cuidador, com uma representatividade de 26%, dentro da qual estão os autocuidados (65 casos); a execução de técnicas (9 casos) e os hábitos de risco (2 casos).

Os motivos de internamento menos expressivos referem-se à necessidade de vigilância e tratamentos complexos apresentando 9% das causas e dentro da qual se

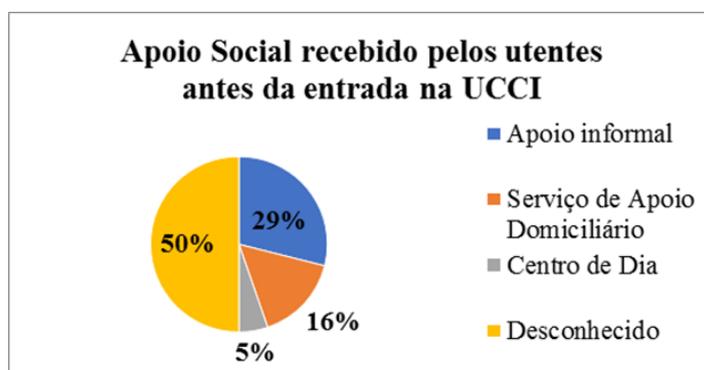
encontra o controlo dos sintomas e parâmetros vitais (14 casos); pós-cirúrgicos (8 casos); portadores de Sonda Nasogástrica e Gastrostomia Percutânea (SNG/PEG) (3 casos) e pós-traumáticos (1 caso). Por fim surge a existência de doenças crónicas com episódios de agudização como a causa com menor expressividade, representando apenas 4% das causas de internamento, dentro da qual estão a doença cardiovascular/insuficiência cardíaca (8 casos); Hepatopatia (2 casos) e por último Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica (DPOC) (1 caso).

### 1.1.3. Dimensão social

No que concerne à dimensão social dos utentes internados na UCCI da SCMCB serão expostos quais os apoios sociais que os utentes recebiam antes de entrar para a UCCI.

Neste sentido e de acordo com a informação registada nos processos dos utentes podemos verificar que quanto ao apoio social recebido por estes, antes da sua entrada para a UCCI, embora não se conheça a realidade de todos os utentes, sendo a parcela referente ao “Não se sabe” aquela que maior percentagem apresenta (50%) podemos debruçarmo-nos sobre a informação recolhida daqueles, cujo apoio social estava registado.

**Gráfico 8** – Apoio Social recebido pelos utentes antes da entrada na UCCI



Assim, é possível concluirmos através do gráfico 8 que a dimensão do apoio social com maior expressão diz respeito ao apoio informal, prestado por familiares, com uma percentagem de 29%, seguindo-se o apoio formal, por parte do SAD, com uma representatividade de 16% e o Centro de Dia utilizado apenas em 5% dos casos.

## 1.2. Perfil dos Cuidadores Informais dos utentes internados na UCCI da SCMCB

No que concerne aos cuidadores considerou-se pertinente, uma vez que representam um dos grupos centrais da presente investigação, recolher alguns dados sobre

os mesmos, nomeadamente dados referentes à idade, género prevalente e qual a relação de parentesco existente entre CI e utentes, a fim de verificar quem são os principais CI.

Neste sentido, para a obtenção de dados sobre os mesmos, foram consultados os processos individuais dos utentes, nomeadamente a parte referente ao agregado familiar. Verificou-se, contudo, que nem todos os processos tinham a idade dos CI, obtendo-se apenas informação, sobre 36 CI, tendo em consideração os dados recolhidos no início e no fim do estágio.

Relativamente à idade, como podemos verificar através dos dados recolhidos e posteriormente trabalhados no programa Excel e apresentados na tabela 13, o valor mínimo registado foi de 38 anos e o valor máximo de 88 anos de idade, sendo a média de idades de 66,8 anos de idade.

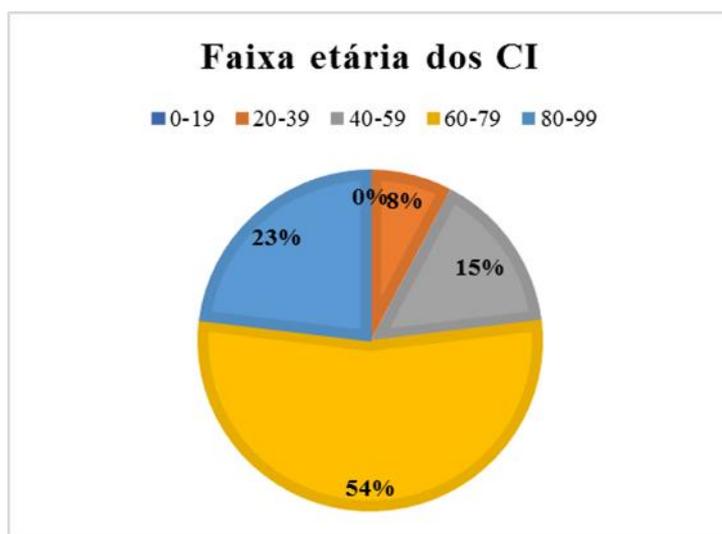
**Tabela 13**– Caracterização dos CI por idade (N=36)

<b>Idade</b>	
<b>N</b>	36
<b>Média</b>	66,8
<b>Moda</b>	83
<b>Mediana</b>	65,5
<b>Desvio Padrão</b>	13,6209
<b>Variância</b>	185,528
<b>Máximo</b>	88
<b>Mínimo</b>	38

Ainda sobre a mesma tabela, podemos constatar que a mediana obtida foi de 65,5 e a moda foi de 83 anos.

Quanto à faixa etária, aquela que predomina é a compreendida entre os 60-79 anos, com uma percentagem de 54%, como é visível no gráfico 9, seguindo-se a faixa etária dos 80-99 anos, com uma expressão de 23%. Com uma menor percentagem surgem as faixas etárias entre os 40-59 anos e entre os 20-39 anos, sendo aquela que não apresenta qualquer percentagem, a faixa etária que entre os 0- 19 anos. Estes dados remetem para um claro envelhecimento dos cuidadores, o que conduz a uma preocupação quanto à efetividade dos cuidados disponibilizados, tendo em consideração as consequências, muitas vezes associadas à idade avançada.

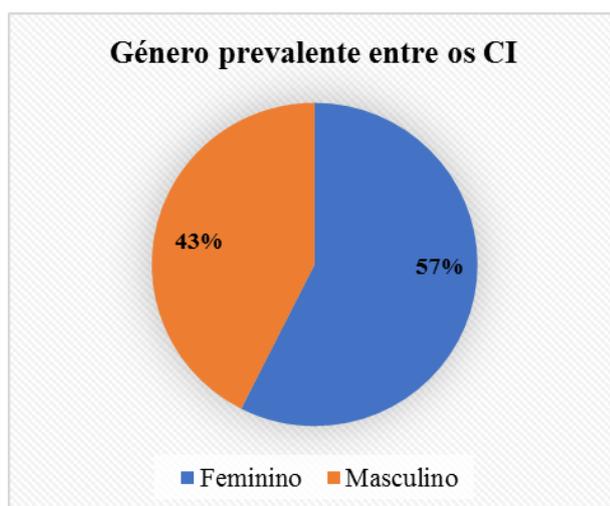
**Gráfico 9 – Faixa etária dos CI**



Para além desta preocupação, surge uma outra que se prende com a qualidade de vida e bem-estar dos CI, que pode ser comprometida, assim como a qualidade de vida da pessoa recetora de cuidados, devido por exemplo às vulnerabilidades a que pessoas com mais idade estão suscetíveis, sobretudo quando confrontadas com fatores de sobrecarga, física e psicológica.

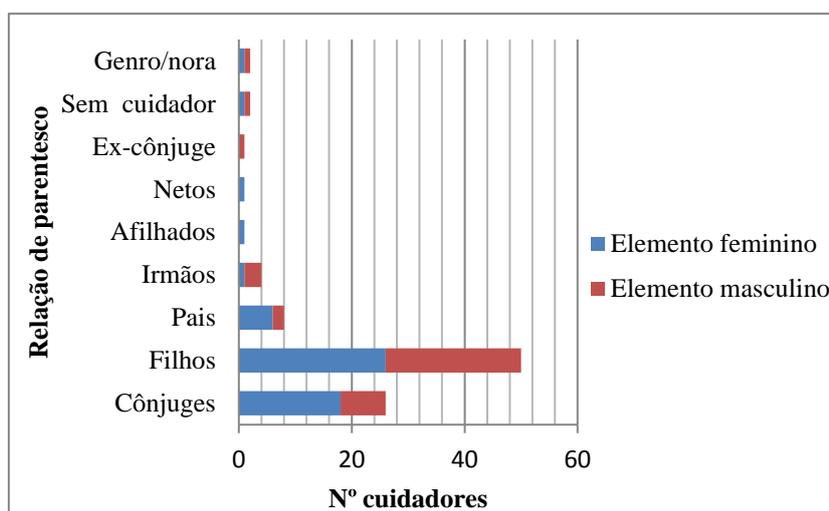
No que diz respeito ao género, podemos verificar através do gráfico 10 que o género prevalente entre os CI é o feminino, com uma percentagem de 57%, em detrimento do masculino com uma percentagem de 43%. Dados estes que vão ao encontro daquilo que alguns estudos defendem, ou seja, verifica-se a existência de uma feminização do cuidado.

**Gráfico 10- Género prevalente entre os CI**



No que concerne à relação entre cuidadores e utentes internados, podemos apurar que aqueles que mais assumem o papel de cuidador são as filhas, contudo como podemos também observar no gráfico 11 os filhos enquanto cuidadores têm ao longo do tempo, apresentado uma crescente expressão, podendo constatar-se que o paradigma dos cuidados está a alterar-se, começando o género masculino a introduzir-se nos cuidados e a assumir um papel mais ativo na prestação dos mesmos, representando esta a segunda relação de parentesco com maior incidência, na medida em que a quantidade de filhas e a quantidade de filhos a prestar cuidados apresenta valores muito próximos, quando comparados. Para além das filhas/os, são os cônjuges, sobretudo o elemento feminino quem surge como cuidador principal, sendo esta a terceira relação de parentesco com maior ocorrência verificada.

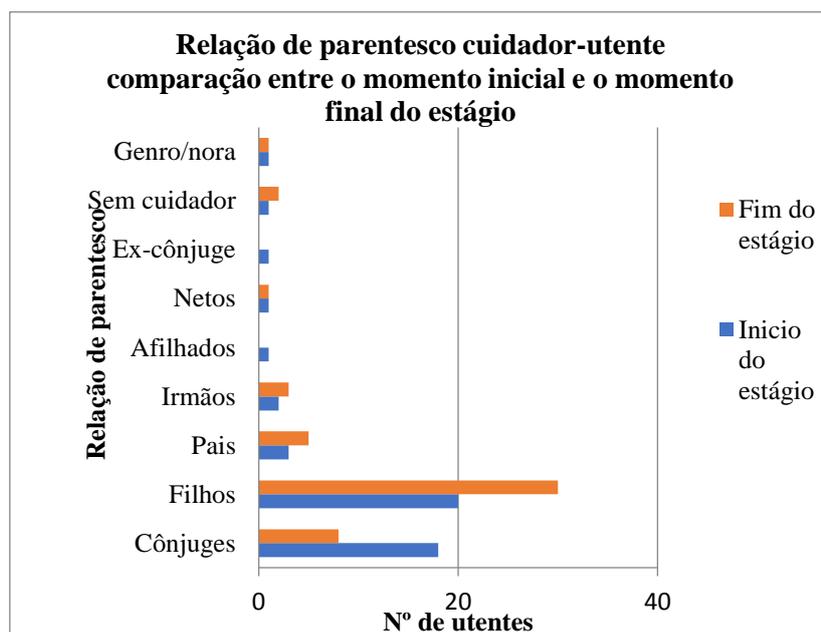
**Gráfico 11-** Relação de parentesco cuidador/utente – o elemento prevalente



Quanto às relações de parentesco com menor incidência, podem apontar-se a relação de nora/genro, de neta, de afilhada e também as situações em que o utente não tem nenhum representante/cuidador.

Outro aspeto que merece destaque prende-se com o facto de a quantidade de filhas/os a assumir o papel de cuidador ter aumentado durante o período em que decorreu o estágio, verificando-se o inverso no que concerne aos cônjuges, onde é visível um decréscimo dos mesmos enquanto cuidadores, quando comparamos os dados recolhidos no momento inicial do estágio com os recolhidos no fim do mesmo, como podemos observar no gráfico 12.

**Gráfico 12** - Relação de parentesco cuidador/utente - comparação momento inicial/momento final do estágio.



Tal facto pode sugerir que existiu uma passagem da responsabilidade do cuidado das gerações mais velhas para as mais jovens, o que se pode explicar, por exemplo pela maior probabilidade de dificuldades ao nível da saúde das gerações mais envelhecidas e consequentemente a perda de capacidade para cuidar de uma pessoa também com problemas de saúde, ou até mesmo pelo sentimento de incapacidade de tomada de decisões, de resolução de problemas que tende a invadir, por vezes as gerações mais idosas.

## 2. Perfil dos Assistentes Sociais da UCCI da SCMCB

### 2.1. Perfil dos Assistentes Sociais

Quanto ao perfil das profissionais de Serviço Social a exercer funções na UCCI da SCMCB, podemos constatar, através da tabela 14, que são ambas do género feminino, com idades compreendidas entre os 30-39 anos e que uma das profissionais para além das funções de assistente social desenvolve simultaneamente as funções inerentes à direcção técnica da instituição.

**Tabela 14-** Perfil das profissionais de Serviço Social da UCCI

<b>Profissionais</b>	<b>Género</b>	<b>Faixa etária</b>	<b>Tempo de exercício de funções na instituição</b>
Assistente Social (Diretora Técnica)	Feminino	30-39 anos	4 anos
Assistente Social	Feminino	30-39 anos	3 anos

Quanto ao tempo de exercício de funções na instituição, este é semelhante entre as duas profissionais, existindo apenas a diferença de um ano.

### **3. Perceções dos utentes e cuidadores informais sobre cuidados prestados, qualidade de vida e expectativas pós-alta**

Serão agora analisados os dados recolhidos nas entrevistas realizadas à amostra da população. Importa referir que apenas foram retirados excertos das entrevistas, após a sua transcrição completa e que posteriormente à realização das mesmas foram analisadas todas as respostas obtidas, construindo-se uma tabela (tabela 15) remetida para apêndice (apêndice 4) com as principais respostas dadas pelos entrevistados, de forma a verificar quais as semelhanças e disparidades entre a informação obtida.

#### **3.1. Perceções dos utentes**

Considerámos importante para alcançar os objetivos da presente investigação ter em consideração qual a perceção dos utentes sobre a sua situação, nomeadamente no que diz respeito aos cuidados recebidos, anteriormente à entrada para a UCCI. Procurou-se também com esta entrevista perceber quem prestava apoio ao utente e que tipo de apoio era prestado. Pretendeu-se ainda compreender a perspetiva deste grupo sobre a sua qualidade de vida e o que entendem fazer falta para a conseguir alcançar.

Por fim procurou-se conhecer quais as expectativas dos utentes quanto ao seu destino pós-alta, de forma a averiguar se são coincidentes com as dos cuidadores, ou se são opostas e quais as consequências que tais aspetos podem ter na sua qualidade de vida.

Neste sentido foram colocadas, ao longo da entrevista, as questões apresentadas de seguida.

#### **Questões**

- 1.** Antes de entrar para a UCCI quem lhe prestava cuidados?

2. Que cuidados recebia antes de entrar para a UCCI?
  3. O que espera dos cuidados que lhe são prestados?
  4. Considera que tem uma boa qualidade de vida? Se não, o que lhe falta?
  5. Quando tiver alta da UCCI para onde gostaria de ir? Se não puder ir para casa poderá existir outra hipótese?
- **Cuidadores informais e formais antes da entrada na UCCI**

No que diz respeito à questão 1, com a qual se pretendeu saber quem prestava cuidados aos utentes antes da sua entrada para a UCCI, podemos constatar através da tabela 16 que todos os utentes responderam à questão, existindo assim no total cinco respostas à mesma. Após a análise das respostas obtidas é possível constatar que são as filhas quem surge como principal prestadora de cuidados antes da entrada dos utentes na UCCI, sendo este aspeto referido em três dos casos. Seguidamente, a resposta com maior expressividade refere-se a instituições/respostas sociais, como sendo estas as prestadoras de cuidados, antes da entrada dos utentes para a UCCI, verificando-se esta resposta em dois dos casos, contudo, num destes casos o apoio das respostas sociais é fornecido em simultâneo com o apoio/ cuidado prestado pelo pai do utente, sendo este o seu principal cuidador.

Por fim, e contrariamente àquilo que é defendido pela literatura e por outros estudos concretizados, os cônjuges são o grupo com menor expressividade quanto à prestação de cuidados aos utentes entrevistados, verificando-se a prestação de cuidados efetuada pelo cônjuge apenas em um dos casos, sendo a mesma realizada em conjunto com a filha.

**Tabela 16**– Identificação do prestador de cuidados antes da entrada na UCCI

<b>Questão 1 – Antes de entrar para a UCCI quem lhe prestava cuidados?</b>
<b>(Ut 1)</b> “Era o meu pai, o meu filho, umas senhoras do serviço social que lá iam a casa e era também uma empregada nossa.”
<b>(Ut 2)</b> “Antes de vir para aqui para a unidade, primeiro estive numa casa como esta.” (...) “como eu não tinha quem cuidasse de mim, disseram-me para onde é que eu queria ir (...) mas depois eu escolhi Castelo Branco, mas antes disso, antes de me dar o AVC eu estava a pagar um quarto de 150 euros, (...) mas quem me dava o comer era as cáritas”.
<b>(Ut 3)</b> “Era o meu marido e a minha filha.”
<b>(Ut 4)</b> “A mim, a minha filha, quando era preciso.” (...) “Quando eu parti o braço inscrevi-me numa instituição que me levava a comida e fazia ginástica mesmo em casa, iam lá as terapeutas fazer a ginástica.” “Depois fui para o Centro de Dia, também gostei, tratavam-me muito bem (...)”
<b>(Ut 5)</b> “Era a minha filha”

- **Cuidados recebidos**

Relativamente à questão 2, com a qual se pretende determinar quais os cuidados recebidos pelo utente antes da sua entrada na UCCI, todos os entrevistados responderam, obtendo-se assim um total de cinco respostas, conforme se pode observar na tabela 17.

Através das respostas obtidas podemos averiguar que os cuidados recebidos pelos utentes são sobretudo cuidados básicos, como são exemplo a alimentação, sendo este o cuidado mais referido pelos utentes.

Seguidamente surgem os cuidados de higiene como o segundo cuidado mais recebido pelos utentes, verificando-se em três dos casos. Como cuidados menos frequentes surgem o auxílio no vestir, presente em dois casos e o apoio nas transferências, verificado apenas num dos casos. Importa também referir que alguns dos utentes entrevistados recebiam em simultâneo, mais do que um dos cuidados referidos.

**Tabela 17**– Cuidados recebidos antes de entrar na UCCI

<b>Questão 2 – Que cuidados recebia antes de entrar para a UCCI?</b>
<b>(Ut 1)</b> “Lavavam-me, vestiam-me, punham-me na cadeira e eu ficava assim até vir a minha empregada à hora de almoço (...) depois voltavam a pôr-me na cama e continuava assim” (...) “ia uma fisioterapeuta, que era paga por nós, (...) duas vezes por semana.”
<b>(Ut 2)</b> “Era eu, antes de me dar o AVC eu estava sozinho, (...), eu fazia o comer e às vezes a caritas é que me dava o comer”
<b>(Ut 3)</b> “Davam-me banho, vestiam-me, preparavam-me, davam-me de comer, eu não fazia nada, não falava e não andava quando para aqui vim, era assim”
<b>(Ut 4)</b> “Levava-me a alimentação e depois quando comecei a ficar, pronto a minha filha tinha medo de me deixar sozinha em casa, e tal e para eu me desenvolver mais pôs-me num centro de dia (...).”
<b>(Ut 5)</b> “Ó filha, dava tudo o que eu necessitava, dava-me banho, (...) a alimentação também (...) tudo, dava-me banho, essas coisas todas”

- **Expectativas dos utentes sobre os cuidados a receber**

No que se refere à questão 3, esta pretende compreender o que os utentes esperam dos cuidados que recebem. Todos os utentes responderam à questão, existindo um total de cinco respostas, como se pode visualizar na tabela 18.

A resposta com maior frequência, surgindo em dois casos, refere-se ao facto de os utentes esperarem que os cuidados sejam iguais aos recebidos anteriormente ao internamento, podendo constatar-se que estão satisfeitos com os mesmos.

**Tabela 18** – Expectativas dos utentes sobre os cuidados a receber

<b>Questão 3 – O que espera dos cuidados que lhe são prestados?</b>
<b>(Ut 1)</b> “(...)espero quando chegar a casa, me voltem a tratar tão bem como me tratavam, é isso”
<b>(Ut 2)</b> “não sei dizer. (...) eu gostava, gostava de ter força nas pernas, fazer uns serviços, mas eu sozinho não consigo (silêncio), sinto-me sozinho, porque se uma pessoa cai, já não se levanta, por exemplo para fazer a higiene, este braço (agarra no braço que tem paralisado), tenho de me agarrar com esta mão e não tenho segurança, nem para limpar o rabo” “Não sei quem há-de cuidar de mim o resto da minha vida. Não sei dizer”
<b>(Ut 3)</b> “Eu acho que são bons”.
<b>(Ut 4)</b> “Mais ainda? (...) Eu estou mesmo convicta de que vou melhorar e sinto, não é só pensar, eu sinto melhoras” (...).
<b>(Ut 5)</b> “Ó filha, estou à espera que sejam iguais, conforme têm sido até aqui” (...)“Têm sido bons, ela tem sido muito boa filha e o meu genro também tem sido muito boa pessoa.”

Dos utentes entrevistados, apenas um refere-se diretamente que considera os cuidados recebidos bons. Outro dos utentes expressa que apenas pretende recuperar bastante, sentido já grandes melhorias para poder regressar ao seu lar. Por fim, também um dos utentes revela não saber o que esperar dos cuidados que lhe são prestados, referindo que apenas gostava de recuperar da sua situação-problema, que o torna dependente de terceiros até para a concretização de necessidades básicas. Outro aspeto manifestado por este utente foi o sentimento de solidão e por consequente a necessidade de ter alguém que cuide de si.

○ **Perceções dos utentes sobre a sua qualidade de vida**

No que diz respeito à questão 4, esta pretende compreender qual a perceção dos utentes face à sua qualidade de vida e o que consideram faltar para que a mesma seja melhor. Todos os utentes responderam à questão colocada, obtendo-se um total de cinco respostas, verificando-se, contudo, a existência de diferentes respostas, conforme podemos observar na tabela 19.

**Tabela 19**– Perceções dos utentes sobre a sua qualidade de vida

<b>Questão 4- Considera que tem uma boa qualidade de vida? Se não, o que lhe falta?</b>
<b>(Ut 1)</b> “Tenho, em função da minha limitação, acho que tenho. O meu pai comprou, comprou não, mandou fazer uma rampa, a minha casa tem três degraus e então a rampa é a mais fácil. Mandaram endireitar o pavimento, mandaram fazer uma casa de banho nova, que não existia e tenho boas condições” <b>O que lhe falta?</b> “Como eu disse, sei que não vou correr a maratona, mas se eu mexer o pé é muito bom. (...)”
<b>(Ut 2)</b> “A minha vida está como está, nunca mais posso trabalhar, nunca mais posso fazer mais nada” <b>O que lhe falta?</b>

<p><i>“Eu nem sei o que gostava para viver melhor. Era não ter dores nenhuma, era a minha alegria, era poder comer, que eu gosto de fazer comer arranjado por mim, eu gosto, mas não tenho possibilidades” (...)</i>“O que espero, não sei, é alguém que me possa tratar melhor, que tenha saúde, mas eu daqui melhoras são sempre poucas, (...). A minha vida é esta, não tenho possibilidade de mais, estou à espera da morte (...)”</p>
<p><b>(Ut 3)</b> <i>“Sim, mais ou menos, não temos riqueza, não temos nada, temos a nossa casinha onde moramos, mas é uma casinha velha, foi arranjadinha já por nós(...) temos um bocadinho de terra”</i></p> <p><b>O que lhe falta?</b></p> <p><i>“Eu parece-me que não me falta nada, tenho o meu marido, que é a melhor coisa que eu tenho e a minha filha e os meus netos e o bisneto. Acho que não me falta nada menina, falta é saúde, (...).”</i></p>
<p><b>(Ut 4)</b> <i>“Podia ser melhor, mas há piores”</i></p> <p><b>O que lhe falta?</b></p> <p><i>“(...) falta-me a força que eu tinha, mas também não posso exigir, não é? Eu tenho 74 anos, não tenho 47, portanto eu queria só continuar a andar como eu andava, sem andarilho, pronto é isso, a força que me falta (...)”</i></p>
<p><b>(Ut 5)</b> <i>“hm”, a minha qualidade de vida, se eu tivesse força e pudesse fazer qualquer coisinha, isso era um paraíso. (...) eu gostava de fazer como eu dantes fazia, eu fazia rendas, eu fazia isto e fazia aquilo, agora não tenho coiso para isso”</i></p> <p><b>O que lhe falta?</b></p> <p><i>“(silêncio), é companhia. (...)”</i></p>

Após a análise das respostas é possível verificar que apenas dois dos utentes entrevistados consideram ter uma boa qualidade de vida. Outros dois utentes consideram que poderiam ter uma melhor qualidade de vida se não existissem algumas condicionantes, nomeadamente problemas de saúde, falta de força. Um dos utentes refere considerar que não tem uma boa qualidade de vida.

Quando questionados sobre o que lhes falta para ter uma melhor qualidade de vida, as respostas direcionam-se sobretudo para a força/capacidade para conseguir fazer o que gostam, sendo este aspeto referido por três dos utentes entrevistados. Também a saúde emerge como um dos aspetos que mais falta faz aos utentes entrevistados, sendo referida por dois dos utentes. Outros aspetos considerados importantes pelos utentes e que lhes falta para terem uma boa qualidade de vida são: a autonomia, a existência de alguém que cuide de si e a presença de companhia. Apenas um dos utentes considera não lhe faltar nada, acrescentando, contudo, gostaria de ter mais saúde. Importa ainda referir que três dos utentes entrevistados referem mais do que um aspeto quando questionados sobre o que lhes falta para terem uma boa qualidade de vida.

- **Expectativas dos utentes sobre o destino pós-alta**

Por último, quanto à questão 5, pretende-se perceber com esta qual a expectativa dos utentes relativamente ao destino pós-alta. Todos os utentes responderam à questão,

totalizando-se cinco respostas. De acordo com os dados presentes na tabela 20, podemos concluir que todos os utentes pretendem regressar ao domicílio, no entanto quando se coloca a questão sobre a hipótese de não ser possível regressar ao mesmo e como alternativa ingressar por exemplo numa ERPI, a maioria (quatro utentes), refere que não gostava, nem quer ingressar numa ERPI, contudo apenas dois utentes se recusam a aceitar essa alternativa, referindo um deles que preferia morrer e outro que preferia ficar sozinho em casa do que ir para uma ERPI. Contrariamente os restantes utentes embora não gostem da ideia ponderam aceitar ingressar nessa resposta social, desde que se verifiquem algumas condições, nomeadamente ir acompanhada pelo conjuge; ser bem tratado e em outro caso aceita ir para uma ERPI para que não represente sobrecarga para as descendentes.

**Tabela 20**– Expectativas dos utentes sobre o destino pós-alta

<p><b>Questão 5 – Quando tiver alta da UCCI se não puder ir para casa, qual espera que seja a solução?</b></p>
<p><b>(Ut1)</b> <i>“A minha vontade é voltar para casa”</i>  <b>Imaginemos que essa possibilidade poderia não acontecer, aceitaria outra hipótese?</b>  <i>“Não (silêncio), ou vou para casa ou mato-me”</i></p>
<p><b>(Ut 2)</b> <i>“A casa onde eu estive a morar, o dono disse que no dia em que tiver alta se quiser ir para lá arrenda o quarto na mesma, mas tem de arranhar alguém que trate de si. O problema é esse, (...)”</i>  <b>Se não puder ir para a casa, gostaria de ir para um lar?</b>  <i>“hm, para um lar (silêncio), é preciso é que me tratem bem.”</i></p>
<p><b>(Ut3)</b> <i>“Eu queria ir só para casa para ao pé do meu marido e pronto. (...)”</i>  <b>Se não puder voltar para casa, imagina-se a ir por exemplo, para um lar?</b>  <i>(suspira) ai, era a coisa que mais me custava, mas o meu marido está coisa de ir para o lar, não lhe importa. Eu se fosse com ele também não me importava, agora sozinha não (...)”</i></p>
<p><b>(Ut 4) Quando tiver alta da UCCI pretende voltar para casa?</b>  <i>“Em princípio sim, mas também gosto de estar lá no centro de dia, porque estou mais acompanhada e eu preciso, também preciso de conviver, não é só de tratar, a convivência também me faz falta”</i>  <b>Imaginemos que a senhora não podia voltar para a sua casa, alguma vez pensou ir para um lar?</b>  <i>“Agora ir para casa das minhas filhas dar-lhes trabalho, elas também nunca estão ao pé de mim, também têm trabalho, têm a vida delas, se for preciso não tenho outro remédio, deus queira que não (...)”</i></p>
<p><b>(Ut 5) Quando a senhora tiver alta pretende voltar para casa?</b>  <i>“sim.”</i>  <b>Imaginemos que a sua filha não a podia levar para casa, importava-se de ir para um lar?</b>  <i>“ah isso não, preferia ir para a minha casa. (...) podia até gostar, mas não sei, nunca experimentei essas coisas, não sei.”</i></p>

### 3.2. Perceções dos cuidadores informais

Um dos grupos centrais na presente investigação refere-se aos cuidadores informais dos utentes internados na UCCI da SCMCB. Através das entrevistas realizadas

aos mesmos pretendeu-se compreender qual o impacto do cuidar de uma pessoa dependente, na qualidade de vida do cuidador. Procurou-se também perceber qual o conhecimento que os cuidadores detêm sobre os apoios sociais existentes e ainda entender quais as maiores dificuldades sentidas no que se refere à prestação de cuidados, bem como quais as suas expectativas quanto ao destino pós-alta do utente a quem presta cuidados. Neste sentido colocaram-se as questões em baixo referidas.

### **Questões**

1. Considera que cuidar de uma pessoa idosa dependente tem consequências na sua qualidade de vida? Se sim, quais?
2. Considera que recebe o apoio necessário para prestar cuidados ao seu familiar dependente para que esse tenha uma boa qualidade de vida?
3. Conhece os apoios que existem para os cuidadores de pessoas idosas dependentes? Se sim, como obteve esse conhecimento?
4. Qual pretende que seja o destino pós-alta da pessoa a quem presta cuidado?
5. O que considera necessário para continuar a prestar cuidados sem que isso afete a sua qualidade de vida, quando o seu familiar tiver alta?

#### ○ **Perceções dos cuidadores informais sobre o impacto da prestação de cuidados na sua qualidade de vida**

No que diz respeito à questão 1, pretendeu-se compreender a perceção dos CI sobre a existência de consequências do cuidar de uma pessoa idosa dependente para a sua qualidade de vida e quais entendem ser essas consequências. Após a análise da tabela 21 podemos verificar que todos os cuidadores responderam à questão colocada, existindo um total de cinco respostas. Posteriormente à análise das respostas obtidas à questão, podemos verificar que apenas um cuidador referiu logo à partida que a prestação de cuidados a uma pessoa dependente tinha consequências na sua qualidade de vida, referindo os restantes cuidadores entrevistados que a sua qualidade de vida não era afetada.

Contudo, quando abordados sobre a existência de impactos ao nível da sua saúde, vida social, profissional, sendo os mesmos questionados sobre a necessidade de abdicarem de coisas de que gostavam e importantes para as suas vidas, todos os cuidadores conseguiram referir aspetos que consideravam ter sido afetados com a

prestação de cuidados a uma pessoa idosa dependente, podendo constatar-se que de facto existem impactos na sua qualidade de vida derivados da prestação de cuidados. A este nível os dois aspetos mais mencionados pelos cuidadores, sendo os mesmos referidos por quatro deles foi a necessidade de reorganizar as suas rotinas/atividades quotidianas e a existência de complicações ao nível da sua saúde, devido sobretudo ao desgaste físico e psicológico.

**Tabela 21 -** Perceções dos cuidadores informais sobre o impacto da prestação de cuidados na sua qualidade de vida

<p><b>Questão 1 – Considera que cuidar de uma pessoa idosa dependente tem consequências na sua qualidade de vida? Se sim, quais?</b></p>
<p><b>(C.I 1)</b> “<i>Tem.</i>”  <b>Quais?</b>  <i>“Obedece a uma maior atenção, obedece a uns cuidados extraordinários porque se ele estivesse em condições não eram necessários.” “(...) preocupação, deixar de estar, de ser autónomo, porque eu era autónomo, às vezes fazia isto, fazia aquilo, fazia o outro e passei a deixar de fazer, porque tinha de fazer o tipo de alimentação adequada a ele.” (...) “Tenho de coordenar as minhas saídas, as minhas coisas em função daquilo que é necessário (...).”</i></p>
<p><b>(C.I 2)</b> “<i>Não, então a gente quando precisa tem de obedecer, não é?</i>”  <b>Deixou de fazer mais alguma coisa de que gostasse?</b>  <i>“sim, trabalhava numa quintarola que eu tenho, uma quintazita e trabalhava lá, fazia tudo quanto era do campo, uma coisa que eu fiz desde pequenino (...) “Deixei de trabalhar na minha arte, que era barbeiro, mais para cuidar da minha mulher”</i>  <i>“A minha saúde, a minha saúde também nunca tive grande saúde” (...) “mas quando ela começou a ficar assim um bocadinho parada, já não fazia nada em casa e eu tinha a vida de casa e a vida lá na quintarola, até me vi obrigado a abandonar a quintarola (...) que tanto gostava, que era o meu gosto da minha vida, acabei por desanimar com aquilo porque tinha de fazer a vida de casa e a vida da rua e assim continuo” “(...) e depois quando a minha esposa veio a parar aqui, já não se levantava (...) ela já não tinha força para se empinar e eu, as minhas forças já se estavam a acabar também.” (...) “uma pessoa assim sozinha sente-se triste, fica triste (emociona-se).”</i></p>
<p><b>(C.I 3)</b> “<i>Na minha acho que não, nós realmente cuidamos de uma pessoa é porque realmente temos necessidade e ela sente a necessidade da nossa proximidade, mas quando a gente ultrapassa muitas e determinadas, que o utente precise mais de nós e a gente não é capaz, então nessa altura eu ponho em risco a situação do doente, portanto só aqui é que me sinto segura, tenho cá o meu marido como tenho.</i>”  <i>“(...)o meu estado de saúde também piorava, porque eu estou com um angioma no coração, pronto já há bastante tempo e isto não tem solução, mas pronto a idade, os problemas de saúde e só a minha filha a trabalhar também não conseguia concretizar tudo aquilo que o meu marido precisava e foi essa a razão com que o trouxe para aqui.”</i></p>
<p><b>(C.I 4)</b> “<i>Como é que eu hei-de explicar, acho que não</i>”  <b>A senhora deixou alguma coisa para cuidar do seu marido?</b>  <i>“sim, tem de ser não é, deixei o emprego e o netinho”</i></p>
<p><b>(C.I 5)</b> “<i>Acho que não, bem quer dizer, é um bocado complicado, neste caso o meu filho requer muito de mim, mas consigo ultrapassar tudo</i>”  <b>Sente que deixou de fazer alguma coisa para cuidar do seu filho?</b>  <i>“A principal foi, estou a viver na Swazilândia, deixar a minha família, tenho lá o meu marido, tenho lá a netinha, o outro filho, isso foi o que mais me custou. Tive de vir para cá, portanto para ele se tratar (...), sofri muito, muito porque ele deixou de viver, isolava-se completamente</i></p>

*no quarto, (...) a depressão estava cada vez pior, claro já se sabe o que é uma mãe ver assim o filho a sofrer, (...) tentou suicidar-se e aí é que foi o grande problema (...) embora eu não trabalhasse, mas estava ali o dia, via o sofrimento dele e não o conseguia ajudar (...)*”

Outros dois aspetos mencionados pelos cuidadores foram a necessidade de cessar a atividade profissional e ainda a necessidade de se afastarem da família, que se encontra a residir em outros locais para poderem prestar cuidados ao elemento dependente.

Por fim foi também referido pelos cuidadores como resultado da prestação de cuidados, embora apenas com uma resposta cada, a diminuição da sua autonomia e a necessidade de abandonar atividades ocupacionais que contribuíssem para o seu bem-estar, como por exemplo a prática de agricultura, mencionada por um dos cuidadores. Importa acrescentar que o sentimento de incapacidade para ajudar a pessoa dependente é outro fator referido por dois dos cuidadores, como sendo algo prejudicial para a sua própria qualidade de vida.

Ao se analisar as repostas obtidas nesta questão podemos verificar que existe ainda uma grande dificuldade, por parte dos cuidadores em assumir que a prestação de cuidados a outra pessoa, sobretudo quando esta apresenta uma idade avançada e algum grau de dependência tem fortes impactos para a sua própria vida, quer ao nível da saúde, pessoal social e profissional, verificando-se a necessidade de expressar que a sua qualidade de vida não é afetada o que a maioria justifica com o facto de que quando uma pessoa necessita dos cuidados de outra, essa tem de cuidar, surgindo aqui a ideia de obrigação moral, ainda muito associada ao cuidado. Contudo, no desenrolar da entrevista, os entrevistados foram revelando que o ato de cuidar de uma pessoa dependente tinha consequências para a sua saúde, ou que o seu estado de saúde dificultava a prestação de cuidados.

Ao se analisar o global das respostas podemos apurar que todos os cuidadores tiveram de reorganizar as suas rotinas, a sua autonomia ficou limitada, tendo-se em alguns casos verificado a cessação forçosa da própria atividade profissional tendo estes factos repercussões graves para a saúde física, mas sobretudo mental de quem cuida.

- **Perceções dos cuidadores informais sobre os apoios existentes para a prestação de cuidados**

No que se refere à questão 2, pretendeu-se com esta perceber se os cuidadores consideram que recebem o apoio necessário para prestar cuidados à pessoa dependente,

para que essa pessoa tenha qualidade de vida. Todos os cuidadores responderam à questão, totalizando-se cinco respostas, como é visível na tabela 22.

Após a análise das respostas obtidas podemos verificar que a maioria dos cuidadores considera que recebe apoio, nomeadamente por parte da UCCI, na qual a intervenção com o utente é adaptada à sua situação, procurando sempre a instituição auxiliar tanto os utentes como os familiares, nomeadamente através do ensino de técnicas e manuseamento de equipamentos que possibilitem à pessoa usufruir de uma melhor qualidade de vida; por parte da Segurança Social através da sua participação para os internamentos e também por parte de alguns familiares, não se verificando este último em todas as situações. No entanto referem que embora se sintam apoiados enquanto o utente está internado na UCCI, as maiores dificuldades vão surgir quando este sair da instituição, sobretudo nos casos em que a dependência se mantiver, considerando necessário, segundo os cuidadores pensar em alternativas ao domicílio.

**Tabela 22-** Perceções dos cuidadores informais sobre os apoios existentes para a prestação de cuidados

<b>Questão 2- Considera que recebe o apoio necessário para prestar cuidados ao seu familiar dependente para que esse tenha uma boa qualidade de vida?</b>
<b>(C.I 1)</b> “Até agora sim, daqui para a frente não sei. Até agora tenho, com a ajuda do centro de dia, em fazendo umas partes com ajuda, eu consigo, agora de hoje para amanhã não sei. Se ele continuar nesta situação, em que ele não consiga ter alguma mobilidade temos de pensar noutra situação.”
<b>(C.I 2)</b> “Os apoios, não tenho apoios, os apoios que tenho é só a minha força de vontade, de resto não tenho apoios nenhuns. Agora para vir para aqui, para ela aqui estar temos o apoio da Segurança Social, que está a pagar 500 euros de ela cá estar e eu pago 300 euro. (...)”
<b>(C.I 3)</b> “Sim, sim, portanto a minha filha sabia lidar com as máquinas (...)” “(...) ele vai perder a fala, aquela doença (esclerose lateral amiotrófica) perde tudo, as aptidões todas, menos a consciência, nós já comprámos um programa, um sistema informático, através do computador, para ver se ele através do olhar consegue comunicar com as pessoas. Entregámos à terapeuta da fala e ela está a tentar introduzir e para ver se a doutora começa a trabalhar com ele antes que ele venha a perder a fala.”
<b>(C.I 4)</b> “Sim” (demonstra pouca vontade de falar)
<b>(C.I 5)</b> “Quer dizer, agora enquanto ele está aqui, pronto mais ou menos, mas um dia quando ele tiver de sair daqui vai ser um bocado complicado”

○ **Perceções sobre a existência de apoios destinados a cuidadores de pessoas idosas dependentes**

Relativamente à questão 3, pretendeu-se com esta questão perceber se os cuidadores informais dos utentes internados na UCCI da SCMCB possuíam conhecimentos sobre os apoios existentes destinados a cuidadores de pessoas idosas

dependentes e se sim, como obtiveram esse conhecimento. Todos os cuidadores responderam à questão colocada existindo um total de cinco respostas, conforme podemos verifica na tabela 23.

**Tabela 23** - Percepções sobre a existência de apoios destinados a cuidadores de pessoas idosas dependentes

<p><b>Questão 3- Conhece os apoios que existem para os cuidadores de pessoas idosas dependentes? Se sim, como obteve esse conhecimento?</b></p>
<p><b>(C.I 1)</b> “Não, não conheço todos”  <b>Nunca ninguém o informou por exemplo sobre algum apoio a que possa recorrer?</b>          “Não”</p>
<p><b>(C.I 2)</b> “Agora estou um bocadinho fora desses conhecimentos, mas eu como tinha uma porta aberta, a minha barbearia chegou a ser o que agora chamam de loja do cidadão, na minha casa tratava-se de tudo, eu tratava desses papéis para tanta gente.”  <b>Nunca ninguém o informou por exemplo sobre algum apoio a que possa recorrer?</b>          “(...) a minha filha agora está dentro desses assuntos, porque eu também tratava dos subsídios quando as reformas eram pequeninas, mas havia um subsídio para quem tratava dessa pessoa (...)”</p>
<p><b>(C.I 3)</b> “não, por acaso não tenho”  <b>Nunca ninguém o informou por exemplo sobre algum apoio a que possa recorrer?</b>          “Quando às vezes tenho alguma dificuldade ou qualquer questão costumo chegar ao é dos enfermeiros, das auxiliares, eles vão-me orientando e por exemplo a assistente social para mim é cinco estrelas, para mim foi impecável, o meu marido tinha uma reforma de 300 e ela encaminhou-me os papéis para a Segurança Social, eu fui à Segurança Social, ela arranjou-me tudo, subiram o escalão do meu marido, valeu-me muito.”</p>
<p><b>(C.I 4)</b> “sim, como este aqui, não sei (refere-se à UCCI)”  <b>Nunca ninguém o informou por exemplo sobre algum apoio a que possa recorrer?</b>          “não, em principio não, porque é assim a gente também está cá pouquinho tempo, a senhora explicou-me prontos, que temos o apoio da assistente social (refere-se à Segurança Social)”</p>
<p><b>(C.I 5)</b> “Não, eu há 40 anos que me fui embora daqui e é claro que em 40 anos isto mudou muito, tanto que eu nem sabia (...)”  <b>Nunca ninguém o informou por exemplo sobre algum apoio a que possa recorrer?</b>          “A doutora x (do hospital) é que me aconselhou a escrever uma carta para o meu filho, que lhe davam apoio por causa da cadeira de rodas (...) depois eu fui à Segurança Social, ele foi a uma inspeção médica, pronto (...) começou a receber uma pensão de invalidez”          “(...) quando ele perdeu a vaga, então foi quando a dra. X (assistente social da UCCI) e a dra. Y (psicóloga da UCCI) me disseram que (...) havia pessoas que tratavam dos doentes assim, que eu sozinha era impossível, mas como lhe digo não sei onde me dirigir para ter esses apoios assim.”</p>

As respostas indicam que existe um grande desconhecimento face aos apoios existentes destinado a pessoas dependentes e aos seus cuidadores, o que se pode constatar através do facto de todos os cuidadores entrevistados considerarem não ter conhecimento sobre os apoios existentes.

Quando questionados se nunca ninguém os tinha informado sobre algum apoio a que podiam recorrer, dois dos cuidadores revelaram que não, um dos cuidadores referiu

que é a filha quem trata desses assuntos e os restantes dois cuidadores divulgaram que o pouco conhecimento que têm, lhes foi disponibilizado pela assistente social da UCCI, e por outros elementos da equipa técnica da instituição, assim como de outras entidades, nomeadamente do Hospital e ainda pela Segurança Social.

Verifica-se a este nível a necessidade de uma maior intervenção e disponibilização de informação aos cuidadores, sobre quais os seus direitos e apoios/respostas a que podem recorrer, de forma a aliviar a sobrecarga física, psicológica e também financeira muitas vezes adjacente à prestação de cuidados a uma pessoa dependente.

○ **Destino pós-alta desejado para a pessoa a quem presta cuidado**

No que concerne à questão 4, pretendeu-se entender qual a expectativa dos cuidadores quanto ao destino pós-alta do utente, do qual se assumem como CI. Todos os cuidadores responderam à questão, obtendo-se um total de cinco respostas, como é possível visualizar na tabela 24.

**Tabela 24-** Destino pós-alta desejado para a pessoa a quem presta cuidado

<b>Questão 4 – Qual pretende que seja o destino pós-alta da pessoa a quem presta cuidado?</b>
<b>(C.I 1)</b> <i>“Se ele conseguir ter alguma mobilidade pode ir para casa com o apoio da situação domiciliária, (...) se ele não conseguir, não sei, certamente tenho de recorrer a um lar ou aos cuidados continuados integrados. (...) vou ter de arranjar uma alternativa para (...) ele ter pelo menos alguma qualidade de vida.”</i>
<b>(C.I 2)</b> <i>“Agora estava com intenção, já disse à minha filha, de a levarmos para casa para ver o que é que isto dava. (...). Agora quando pensarmos ir para o lar, vamos os dois (...)”. “Vamos experimentar trazemos-a cá para casa e depois vamos a ver o que a coisa dá e depois teremos de ir para algum lado (...).”</i>
<b>(C.I 3)</b> <i>“Ele não vai ter alta, passa para o quarto particular” (...) “ Eu já o inscrevi em lares e nesse caso se não apanhasse aqui, teria de ir para outro lado, porque eu não tenho condições em casa para o ter, não tenho porque estou sozinha, (...), eu sinto-me confusa e amedrontada até com a situação, que dê alguma coisa ao meu marido, que ele caia, ou que ele tenha alguma coisa e eu não consiga ajudar.”</i>
<b>(C.I 4)</b> <i>“Para casa (responde de forma muito curta e direta)”</i>
<b>(C.I 5)</b> <i>“Um dia que ele saia daqui, se eu tiver apoio e conseguir para casa, embora ele goste de estar aqui, porque a minha casa, a residencial x, aquilo é tudo muito calado, ele aqui fala com as pessoas”</i>

De acordo com as respostas obtidas podemos concluir que a maioria dos cuidadores expressa vontade de levar o utente para o domicílio, existindo apenas um cuidador que refere que o utente irá passar para a Residência de Saúde e Bem-Estar da UCCI, por não ter condições físicas e emocionais para cuidar dele no domicílio. Os restantes cuidadores embora demonstrem preferência por levar o utente para casa

equacionam a hipótese de recorrer à institucionalização, caso o utente no momento da alta não se encontre com autonomia suficiente para regressar ao domicílio. É ainda mencionado por um dos cuidadores que embora pretenda levar o utente para o domicílio, tudo depende do apoio que tiver no momento da sua alta. Um dos cuidadores que pretende levar a utente para o domicílio, revela já ter contactado uma ERPI, na qual pretende ingressar com a sua esposa (utente), contudo demonstra sentir grandes dificuldades por parte da instituição, no que se refere à admissão de novos utentes, o que se pode justificar pela sobrelotação desta tipologia de resposta.

○ **Condições necessárias à continuidade de prestação de cuidados após-alta**

Por último, no que se refere à questão 5, com a qual se procurou compreender o que os cuidadores consideram necessário para continuar a prestar cuidados sem que isso afete a sua qualidade de vida, podemos verificar que todos os entrevistados responderam à questão, obtendo-se um total de cinco respostas, conforme exposto na tabela 25.

**Tabela 25**– Condições necessárias à continuidade de prestação de cuidados após-alta

<b>Questão 5 – O que considera necessário para continuar a prestar cuidados sem que isso afete a sua qualidade de vida, quando o seu familiar tiver alta?</b>
<b>(C.I 1)</b> <i>“É como lhe digo, se ele sair daqui com alguma mobilidade podemos continuar com o apoio do centro de dia, quer de manha, duas vezes por dia e a alimentação por enquanto ainda se vai fazendo, até porque tenho uma senhora que lá vai e pode fazer a alimentação para lhe dar. Agora se ele não tiver mobilidade nenhuma, não sei, isso temos de pensar porque a idade minha, já ando cá, como se costuma dizer, já ando cá por favor. Enquanto eu tiver a minha qualidade de vida, que eu tenho hoje, eu consigo fazer, (...) enquanto eu for andando, enquanto eu puder conduzir, mas isso também já não é por muito tempo.”</i>
<b>(C.I 2)</b> <i>“Não sei, conforme as forças com que eu me encontrar, agora como eu estou acho que sou capaz de tratar dela e ela também já ajuda muito” (...) “o problema é que eu não a podia deixar sozinha (...), agora ela já está melhor, já pode ficar sozinha, já posso ir comprar à loja as coisas que é preciso e se vir que tal não sou capaz teremos de recorrer lá ao centro social.”</i>
<b>C.I 3:</b> <i>“Eu tenho lá de tudo, era uma ajuda de alguém que estivesse ali permanentemente quando a minha filha não está, mas isso hoje em dia é muito complicado e é muito difícil e ele mesmo diz que não quer ir, sente-se aqui tao bem (...) tem tudo aquilo que ele precisa.”</i>
<b>C.I 4:</b> <i>“Um bocadinho de dinheiro para a ajuda, não é. (...) tem a família de ajudar um bocadinho. A vida mudou do dia para a noite, tenho de pedir a alguém que me ajude, sozinha não consigo”</i>
<b>C.I 5:</b> <i>“Eu para lhe ser franca não sei, eu tenho uma esperança que o meu filho quando fizer esta nova operação que ele recupere um bocado, porque se ele recuperasse aquela perna, eu quer dizer pronto, agora assim é um bocado complicado, eu nem lhe sei explicar o que é preciso, (...), a gente tem uma esperança quando ele fizer a operação isto mude, por isso não sei bem”</i>

As respostas indicam que a maioria dos cuidadores revela não saber do que necessita, expressando que tudo depende do estado de autonomia do utente no momento

da sua alta. Porém, os cuidadores expõem alguns exemplos daquilo que consideram vir a necessitar, recaindo esses exemplos no apoio financeiro, ajudas de respostas sociais como SAD e Centro de Dia e no auxílio da família, bem como nas condições de saúde favoráveis, na força para cuidar e ainda na necessidade de ter uma pessoa permanentemente a apoiar na prestação de cuidados.

#### **4. Perceções e práticas dos Assistentes Sociais**

Outro dos grupos envolvido na presente investigação diz respeito aos profissionais de Serviço Social, realizando-se uma entrevista às assistentes sociais da UCCI da SCMCB. Procurou-se através desta entrevista compreender qual, na perceção das profissionais, era a intervenção do Serviço Social com os CI, no contexto de Cuidados Continuados Integrados. Para além da intervenção procurou-se perceber quais as maiores dificuldades sentidas na prática profissional, quando a mesma tem de se dirigir a CI com uma idade avançada e se esse fator tem impactos nos próprios serviços. Por último a entrevista procurou determinar e compreender quais as sugestões ou alternativas consideradas viáveis para uma intervenção adaptada às necessidades dos cuidadores, nomeadamente devido ao avançar da sua idade e que permitam diminuir as dificuldades sentidas, derivadas destas situações.

No sentido de concretizar os objetivos previamente definidos, foram colocadas as questões em baixo mencionadas.

#### **Questões**

1. Considera que o envelhecimento dos cuidadores informais de pessoas idosas dependentes tem consequências na qualidade de vida de ambas as partes? Se sim, quais?
  2. Qual considera ser o papel do assistente social na intervenção com cuidadores informais de idosos dependentes?
  3. Quais as maiores dificuldades que sente na intervenção nestas situações?
  4. Considera que o envelhecimento dos cuidadores informais tem impactos nos serviços?
  5. Que aspetos considera pertinentes para melhorar esta situação?
- **Perceções sobre a relação entre o envelhecimento dos prestadores de cuidados informais de pessoas idosas dependentes e a sua qualidade de vida**

No que concerne à questão 1, procurou-se compreender qual a percepção das assistentes sociais a exercer funções na UCCI da SCMCB, sobre as consequências do envelhecimento dos CI dos utentes, na qualidade de ambas as partes. Todos os entrevistados responderam às questões colocadas, obtendo-se um total de duas respostas, como podemos observar na tabela 26.

Com base na informação obtida através das entrevistas podemos notar que ambas as profissionais consideram que o envelhecimento dos CI tem consequências na qualidade de vida tanto dos próprios como na dos utentes. Quando questionadas sobre quais as consequências emergentes dessa realidade podemos verificar a existência de respostas que embora sejam diferentes, são complementares na mensagem que pretendem transmitir.

**Tabela 26** - Percepções sobre a relação entre o envelhecimento dos prestadores de cuidados informais de pessoas idosas dependentes e a sua qualidade de vida

<b>Questão 1 - Considera que o envelhecimento dos cuidadores informais de pessoas idosas dependentes tem consequências na qualidade de vida de ambas as partes? Se sim, quais?</b>
<b>(A.S 1)</b> <i>“Sem dúvida. Esta realidade de idosos a cuidador de outros idosos é um cenário preocupante, em termos de planeamento de cuidados. O papel de cuidador é bastante desgastante, seja qual for a idade do cuidador. Se este cuidar for prejudicado pela exaustão, pelo cansaço, é provável que os cuidados não estejam a ser o mais adequados possível.”</i>
<b>(A.S 2)</b> <i>“Atualmente os cuidadores principais encontram-se envelhecidos. Muitas vezes são eles próprios idosos e doentes, o que os coloca numa situação de “cuidado mútuo”. (...). “Este papel de cuidador tem repercussões no respetivo envelhecimento, nomeadamente, organização por parte da família (porque muitas vezes a família tem que acolher o seu familiar em casa e isso exige uma reorganização por parte de toda a família e um realinhamento de papéis familiares); exige mais tempo e disponibilidade para cuidar do seu familiar, o que muitas vezes gera situações de stress/ cansaço/ burnout no cuidador e stress na pessoa mais idosa porque têm que se alterar hábitos e rotinas e porque o estado do cuidador reflete-se na pessoa a seu cuidado, ou seja, se este estiver cansado, irritado isso vai-se refletir na sua postura e nos seus atos para com a pessoa idosa; o ficar doente ou mais dependente são condições que geram instabilidade individual para a pessoa idosa e instabilidade coletiva para a família, onde se insere o cuidador principal.”</i>

Neste sentido as consequências apontadas pelas profissionais são: o cansaço e *stress* extremos dos cuidadores, o que pode influenciar negativamente o cuidado prestado; o facto de o envelhecimento dos cuidadores dificultar o planeamento dos cuidados, ou seja o envelhecimento dos cuidadores pode levar a que os mesmos sintam maiores dificuldades quando têm de assumir e assegurar a prestação de cuidados a uma pessoa dependente, devido a vulnerabilidades internas e externas, mas pode também dificultar o planeamento dos cuidados disponibilizados pelas instituições, neste caso a UCCI, muito devido à resistência que os cuidadores apresentam em aceitar a situação.

Outras das consequências enunciadas passa pela necessidade de reorganização familiar, o que interfere com o normal funcionamento da família, podendo ter consequências por exemplo ao nível relacional para os elementos constituintes da mesma, sobretudo porque a prestação de cuidados a um elemento dependente exige do cuidador uma disponibilidade quase total, o que pode conduzir a situações de *stress* de tal ordem, que o próprio cuidador passa também ele a ficar doente, o que se acentua quando também ele apresenta uma idade avançada, surgindo assim a necessidade de um cuidado mútuo.

Importa ter ainda em consideração que as situações de *stress* e cansaço ocorrem não apenas nos cuidadores, mas também nos próprios utentes, pois o estado do cuidador vai refletir-se na forma como presta cuidados e quando a prestação de cuidados expressa algum sentimento negativo, poderá desenvolver um sentimento de maior frustração e revolta por parte do doente o que pode agudizar o seu estado de saúde, já vulnerável.

Para além da reconfiguração familiar é necessária a alteração das rotinas pessoais e hábitos de vida do cuidador de forma a que a sua vida se coadune com as necessidades da pessoa dependente, o que tem consequências para a qualidade de vida do cuidador, na medida em que a sua vida pessoal, social, e até profissional podem sofrer ruturas, o que pode afetar o cuidador sobretudo a nível psicológico/emocional. Tudo aquilo que foi mencionado pode conduzir a uma outra consequência expressa por uma das profissionais, que se prende com o facto de a dependência de um elemento da família gerar, não só instabilidade individual, como também coletiva, na medida em que todo o meio envolvente do doente, sofre alterações e necessita de ser reajustado.

- **O papel do assistente social na intervenção com cuidadores informais de idosos dependentes**

Relativamente à questão 2, com a qual se pretendeu conhecer a opinião das assistentes sociais sobre qual o contributo do Serviço Social na intervenção com CI de pessoas idosas dependentes, ambas as profissionais responderam à mesma, obtendo-se um total de duas respostas, como é visível na tabela 27. Após a análise das mesmas pode-se verificar que de acordo com uma das profissionais entrevistadas o contributo do Serviço Social passa por orientar os cuidadores para respostas, existentes na própria comunidade, que podem apoiar e ser uma mais-valia da diminuição da sobrecarga dos cuidadores, assim como detetar outras necessidades dos mesmos, que ultrapassem o encaminhamento para outras respostas e que se centrem na necessidade de aprendizagem relativamente ao funcionamento e manuseamento de equipamentos que podem auxiliar

no momento da prestação de cuidados a uma pessoa idosa dependente. Outro aspeto fundamental e que representa um importante contributo do Serviço Social, de acordo com as respostas obtidas, passa pelo antecipar das situações, apoiar e preparar os cuidadores para complicações futuras, para que consigam lidar com estas da melhor forma possível, sem que isso represente danos, quer para a pessoa que recebe, quer para a pessoa que presta cuidados, evitando-se assim a existência de dificuldades e necessidades acrescidas.

**Tabela 27**– O papel do assistente social na intervenção com cuidadores informais de idosos dependentes

<p><b>Questão 2- Qual considera ser o papel do assistente social na intervenção com cuidadores informais de idosos dependentes?</b></p>
<p><i>(A.S 1) “Orientar para respostas de comunidade (temporárias), como por exemplo o descanso do cuidador em RNCCI ou em ERPI, quando o objetivo seja a organização familiar/pessoal/social do cuidador. Ou ainda para resposta de SAD, para aliviar a carga de cuidados a prestar ao doente; Verificar outras necessidades do cuidador, nomeadamente esclarecimentos ligados à ação social (apoios, AT’s, etc.)”</i></p>
<p><i>(A.S 2) “O AS deve apoiar os seus utentes mas nunca descurar o cuidador principal. Muitas vezes recebemos na UCCI cuidadores informais que nos chegam exaustos e visivelmente cansados física e psicologicamente. (...). Devemos, assim, apoiá-los no antecipar e planear as situações, prevendo várias dificuldades, necessidades e possibilidades de cuidar do seu familiar dependente, informá-los sobre direitos, benefícios e recursos de que dispõem, incentivá-los a aprender como fazer com confiança, respeito e dignidade (a equipa técnica disponibiliza-se para dar pequenas formações que os mesmos necessitam sobre a prestação de cuidados) e estarem informados, nomeadamente sobre potenciais riscos e estratégias de autocuidado de forma a prevenir o burnout. Existem pessoas que vêm referenciadas para Descanso do Cuidador e outras não. Explicar sempre ao cuidador informal que tem a possibilidade de após a alta gozar o Descanso do Cuidador por 90 dias, analisando depois caso a caso.”</i></p>

Também como um dos importantes contributos do Serviço Social, nesta área, surge a disponibilização de toda a informação de que os cuidadores necessitem, nomeadamente sobre os direitos que possuem, os benefícios de que podem usufruir e quais os recursos a que podem recorrer de forma a conseguirem desempenhar a prestação de cuidados com o máximo de confiança e respeito possíveis para que a pessoa recetora possa usufruir de uma vida com dignidade e qualidade, independentemente das suas limitações, e para que também o cuidador detenha qualidade vida, conseguindo em simultaneamente prestar cuidados e viver a sua vida.

Ainda neste sentido é importante que o Serviço Social invista no empoderamento dos cuidadores, não só no que se refere à prestação de cuidados a outros, mas também no seu próprio autocuidado, o que será fulcral na prevenção de situações prejudiciais quer para o cuidador quer para a pessoa cuidada. Ambas as profissionais aludem ainda à importância da divulgação da modalidade de Descanso do Cuidador, durante o qual o

cuidador poderá usufruir de 90 dias, para cuidar de si, enquanto a pessoa doente recebe cuidados por parte da UCCI, sendo esta uma medida importante sobretudo em períodos de grande exaustão e que auxiliará na diminuição da sobrecarga.

○ **Dificuldades sentidas pelos Assistentes Sociais na sua intervenção**

No que se refere à questão 3, desejou-se com esta perceber quais as maiores dificuldades sentida pelas profissionais de Serviço Social na sua prática profissional com CI de idades avançadas. Ambas as profissionais responderam à questão, obtendo-se um total de duas respostas, conforme a tabela 28 apresenta.

**Tabela 28** – Dificuldades sentidas pelos Assistentes Sociais na sua intervenção

<b>Questão 3- Quais as maiores dificuldades que sente na intervenção nestas situações?</b>
<i>(A.S 1) “Quem cuida sente que é a única pessoa que sabe cuidar daquela pessoa. (...) E sobrecarrega-se imenso, não tendo facilidade em delegar tarefas ou solicitar auxílio. Ou seja, há uma relutância em deixar que outro cuide do seu. Isto é visível em casos de internamento para este fim (descanso do cuidador), em que o familiar que cuida vem diariamente, permanecendo todo o tempo de visita, ou seja, acaba por estar a cuidar, mas num contexto um pouco diferente, não cumprindo a máxima de “cuidar de si primeiro enquanto nós cuidamos do seu”.</i>
<i>(A.S 2) “Muitas vezes o cuidador informal está visivelmente cansado mas não quer ser apoiado, não recusa o apoio mas mostra-se sempre indisponível quando se tenta contactar o mesmo. Tem que cuidar do seu familiar porque tem que ser independentemente de ter ou não disponibilidade ou capacidade física/psicológica, ou seja, tem de cuidar porque tem de seguir o modelo tradicional de família (os pais trataram dos filhos e agora os filhos tratam dos pais), pelas normas sociais, pela pressão social ou a noção de dever moral ou devido ao poder das circunstâncias (não haver outra opção). Nestes casos é difícil intervir/ apoiar. No entanto se o cuidador informal cuida por uma motivação afetiva (cuida por gosto, com amor e gratidão) é mais acessível e colaborante.”</i>

As respostas indicam que uma das maiores dificuldades sentidas, deriva da resistência dos cuidadores, por um lado em aceitar que outra pessoa cuide do doente e por outro lado a sua relutância em delegar tarefas associadas ao cuidar a outra pessoa, o que contribui para a sua própria sobrecarga e adoecimento. Ambas as profissionais concordam que sentem uma grande dificuldade em intervir com cuidadores de mais idade, pois estes têm uma grande dificuldade em aceitar que necessitam de cuidar de si, enquanto a pessoa doente se encontra a receber tratamento, verificando as duas profissionais também que existe uma idêntica dificuldade em o cuidador admitir e aceitar que necessita de receber apoio.

Por fim uma das profissionais acrescenta que sente também uma grande dificuldade em intervir e apoiar cuidadores que prestam cuidados tendo por base a ideia

de dever moral, existindo quase uma recusa em aceitar que pode não conseguir disponibilizar os cuidados que a pessoa doente requer. O mesmo não se verifica em cuidadores que cuidam tendo por base numa vertente afetiva, sendo estes mais colaborantes e acessíveis à mudança.

○ **Percepções sobre o impacto do envelhecimento dos cuidadores informais nos serviços**

Quanto à questão 4, pretendeu-se com esta perceber qual a percepção das profissionais de Serviço Social sobre o envelhecimento dos cuidadores e os impactos que tal realidade pode ter nos serviços de saúde. Todos os inquiridos responderam à questão, totalizando-se duas respostas, conforme demonstra a tabela 29. Após a análise das mesmas pode verificar-se que é unânime a resposta, considerando as duas profissionais que o envelhecimento dos cuidadores informais tem impactos nos serviços de saúde.

**Tabela 29** - Percepções sobre o impacto do envelhecimento dos cuidadores informais nos serviços

<b>Questão 4- Considera que o envelhecimento dos cuidadores informais tem impactos nos serviços?</b>
<b>(A.S 1)</b> <i>“Sim, pelo menos há que repensar se os serviços existentes serão os mais indicados para a realidade de envelhecimento dos principais cuidadores.”</i>
<b>(A.S 2)</b> <i>“Sim, sem dúvida. Os cuidadores mais envelhecidos têm mais necessidade de serem apoiados e orientados. No âmbito dos direitos sociais, por exemplo, se é necessário solicitar um complemento, uma inscrição em ERPI, os cuidadores mais velhos necessitam muitas vezes de serem informados e caso pretendam, ajudar a preencher impressos, explicar os procedimentos, como devem fazer para tratar das coisas. Requer um maior trabalho, colaboração e paciência por parte do AS. Também quando os cuidadores são mais envelhecidos nota-se uma certa desresponsabilização por parte destes, ou seja, antes de os familiares entrarem na UCCI são os familiares que se assumem como cuidadores, mas após a sua admissão na UCCI acontece frequentemente afirmarem que “já não o/a posso levar para casa”, “estou tão doente quanto ele/ela” o que dificulta a nossa intervenção e provoca impacto nos serviços pois essa pessoa recusa levar o seu familiar e nós temos que garantir uma alta protegida.”</i>

Neste sentido uma das profissionais considera ser necessário repensar se os serviços que existem são os mais adequados e ajustados à realidade do envelhecimento dos cuidadores e às suas necessidades. De acordo com a segunda profissional, os cuidadores mais envelhecidos carecem de um maior apoio e orientação, exigindo assim um maior trabalho e disponibilidade por parte dos profissionais de Serviço Social, nomeadamente no que se refere à divulgação de informação, explicação de procedimentos a adotar, bem como no apoio ao preenchimento de documentos.

Outro dos impactos que consideram existir refere-se ao facto de cuidadores mais envelhecidos terem uma maior dificuldade em se envolver e participar ativamente em toda a intervenção realizada com a pessoa doente, de forma a poderem representar um suporte essencial e capacitado, sobretudo devido à sua saúde também frágil.

De acordo com as profissionais, outra das grandes dificuldades sentidas, prende-se com o momento da alta, revelando os CI com mais idade maiores obstáculos no que diz respeito ao levar o utente para o domicílio, nomeadamente devido ao estado de saúde de ambas as partes, o que conduz à recusa em retirar o doente da instituição. Esta realidade cria alguns problemas para os serviços, na medida em que o critério fundamental da alta é que esta seja protegida e segura, situação que se complica devido ao facto de não existir disponibilidade por parte das respostas sociais existentes na comunidade para acolher/admitir novos utentes.

- **Aspetos a considerar na melhoria da intervenção**

Por último, no que diz respeito à questão 5, pretendeu-se compreender quais os aspetos que as profissionais de Serviço Social consideram/sugerem ser importantes ter em consideração para colmatar as dificuldades sentidas derivadas do envelhecimento dos cuidadores. Todos os entrevistados responderam à questão, existindo o total de duas respostas, como podemos observar através da tabela 30. As respostas indicam, segundo uma das profissionais inquiridas, que o acompanhamento/sinalização das situações, para que possa existir uma intervenção imediata nas situações-problema pode contribuir para melhorar situações, como as referidas já anteriormente. Outro aspeto importante e também referido centra-se na necessidade e urgência de repensar do modelo atual de auxílio ao cuidador informal.

Outra das profissionais refere que as dificuldades sentidas podem ser colmatadas através das redes de apoio, sendo crucial para isso a reorganização social e familiar, quando existe uma situação de dependência no seio da família. Para além do mencionado a profissional reforça o seu contributo referindo que o cuidador, assim como toda a família devem ser sempre envolvidos em toda a intervenção para que possam ser simultaneamente, com o utente, apoiados pela equipa multidisciplinar. Este trabalho em conjunto torna-se fulcral, pois se o cuidador no momento da alta do elemento dependente, se encontrar empoderado e inserido num contexto familiar marcado por uma forte entreajuda será mais fácil física e psicologicamente para o cuidador prestar os cuidados necessários e adequados às necessidades do doente.

**Tabela 30** – Aspetos a considerar na melhoria da intervenção

<b>Questão 5 - Que aspetos considera pertinentes para melhorar as dificuldades que resultam destas situações?</b>
<b>(A.S 1)</b> <i>“O acompanhamento das situações (sinalização dos casos), para que em caso de necessidade possam ser rapidamente encaminhados para instituições e respostas na comunidade; Repensar o modelo atual de auxílio ao cuidador.”</i>
<b>(A.S 2)</b> <i>“Na minha opinião, estas dificuldades poderiam ser superadas pelas redes de apoio. Sempre que existe uma situação de doença/ dependência é necessária uma reorganização social e familiar. A envolvimento do cuidador e da restante família requer a sua proteção e valorização, devendo existir uma articulação e colaboração com diversos profissionais, área social, da saúde, etc. Quando o utente está internado numa UCCI o cuidador informal recebe apoio das diversas áreas, psicologia, medicina, enfermagem, sociais, etc. Mas após a alta, apesar de se apresentar outras opções, nomeadamente, de apoio social formal (SAD ou CD) as pessoas mostram-se renitentes. Se a pessoa estiver inserida numa rede de apoio é mais fácil para si cuidar da pessoa idosa/dependente que tem a cargo, pois tem orientações e apoios. Basta a pessoa estar a usufruir de uma resposta social de SAD, por exemplo, em que existem visitas domiciliárias por parte de uma AS/ enfermeiro, por exemplo, em que se verifica, para além da pessoa idosa/ dependente, uma preocupação sobre quem cuida, sobre as redes de sociabilidade destas pessoas. Tendo consciência da real situação podemos encaminhar o cuidador para um grupo de autoajuda de forma a partilhar as suas experiências com outras pessoas que se encontram na mesma situação, por exemplo.”</i>

Ao referido pode ainda acrescentar-se a importância da articulação com outras respostas sociais, que podem auxiliar física e psicologicamente os cuidadores, nomeadamente o SAD, ou mesmo a sugestão de outras alternativas também importantes, como por exemplo a disponibilização de informação e o encaminhamento para grupos de autoajuda, de partilha que podem representar um contributo crucial e positivo para a saúde/bem-estar/qualidade de vida dos cuidadores, pois é importante que o CI continue a receber apoio após a alta do utente da UCCI.

## **5. Articulação com ERPIs**

Ainda no que concerne à recolha de dados foi, em três momentos distintos do estágio, estabelecido um contacto com diversas instituições, do distrito de Castelo Branco, nomeadamente na Covilhã, Fundão, Sertã, Vila de Rei, Vila Velha de Rodão, Proença-a-Nova, Idanha-a-Nova, Belmonte e Oleiros; do distrito da Guarda, particularmente nos concelhos de Almeida, Gouveia, Manteigas, Seia e Sabugal e também do distrito de Portalegre, sobretudo dos concelhos do Crato, Nisa e Castelo de Vide, a fim de averiguar a existência de vagas em ERPI. O estabelecimento desta articulação foi promovido pelas assistentes sociais da instituição, com a finalidade de a estagiária desenvolver competências de articulação interinstitucional e averiguar a

existência de vaga em ERPI, de forma a obter respostas alternativas ao domicílio para os utentes próximos da data de alta e impossibilitados de regressar a este.

A presente atividade surgiu posteriormente como um aspeto a considerar na presente monografia na medida em que permitiu recolher informação sobre a inexistência de vagas, a sobrelotação das instituições e por sua vez concluir a incapacidade de responder às necessidades existentes por parte das respostas sociais.

Para além do referido a informação obtida foi importante para a compreensão do acelerado envelhecimento sobretudo da zona interior do país, bem como de zonas periféricas à mesma e os impactos derivados do mesmo, para a qualidade de vida dos CI e dos utentes, pois a incapacidade das respostas sociais auxiliarem o cuidador na prestação de cuidados, potencia o aumento dos níveis de sobrecarga do CI, o que se refletirá na forma como cuida da pessoa idosa dependente.

## **Capítulo 7 – Discussão dos resultados**

### **1. Implicações do envelhecimento dos Cuidadores Informais na qualidade vida destes e das pessoas recetoras de cuidados**

O envelhecimento da população é uma realidade nacional e mundial inquestionável, com repercussões graves quer a nível social, quer ao nível das políticas e do próprio sistema de saúde, verificando-se sobretudo nos países desenvolvidos.

Os dados existentes são claros quanto a esta realidade. De acordo com a Organização das Nações Unidas (ONU) (2007, cit in Seara & Gemito, 2013) o mundo terá em 2050 mais de dois biliões de pessoas com uma idade superior a 60 anos, encontrando-se 80% dessa população em países desenvolvidos. Desses dois biliões de pessoas, a ONU estima que cerca de 400 milhões terá 80 anos, independentemente da sua condição económica, cultural e social, considerando-se que caminhamos para um modelo único de envelhecimento. Ao se analisar a realidade podemos constatar que a sociedade não conseguiu acompanhar e adaptar-se às modificações que foram ocorrendo no seu seio, assim como não teve capacidade para usufruir das oportunidades, resultantes do aumento da esperança média de vida.

A acompanhar as alterações sociais verificadas no decorrer das últimas décadas, podemos constatar com base nas autoras supracitadas que emergiram novas necessidades derivadas do crescente número de situações de fragilidade, incapacidade e dependência, intrinsecamente associadas ao alargamento da longevidade, resultando numa maior prevalência de doenças crónicas e no conseqüente aumento das necessidades de ajuda parcial ou total no que alude às AVD's.

Associada à crescente emergência de situações de dependência, consequência do exacerbado envelhecimento demográfico, surgiu por parte dos sistemas de saúde de proteção social a responsabilização das famílias, no que se refere à prestação de cuidados aos mais velhos sobretudo quando dependentes. Surge a partir daqui a visão de que a família representa um suporte crucial, nos cuidados aos idosos em situação de dependência muito devido às mudanças ocorridas na sociedade e ao reconhecimento do Estado, da sua incapacidade de responder financeiramente às exigências e necessidades da população, nomeadamente a necessidade de cuidados de longa duração.

Devido ao cenário marcado pelo crescente aumento de situações de dependência, surgiu em 2006 a RNCCI, representando esta um contributo fundamental no apoio a estas situações, estando a mesma espalhada ao longo de todo o país e sendo constituída por

diversas Unidades de Cuidados Continuados Integrados. Esta foi uma resposta definida para responder a situações de dependência, independentemente da idade daqueles que nessa situação se encontravam, contudo ao se analisar a realidade no contexto, assim como alguns estudos presentes na literatura, podemos concluir que esta é uma resposta maioritariamente ocupada por pessoas com idades superiores a 60 anos. Esta foi uma resposta bem-sucedida durante os primeiros anos de existência, contudo à medida que foram aumentando o número de pessoas idosas em situação de dependência a RNCCI deixou de ter capacidade para responder às necessidades vigentes.

A questão do envelhecimento tem surgido em Portugal como um dos grandes desafios que se colocam, por um lado à sociedade, pois este é um fenómeno que não afeta apenas os idosos, mas também às suas famílias, e por outro aos profissionais que trabalham com esta população e que pretendem possibilitar à mesma viver o máximo de tempo usufruindo de uma boa qualidade de vida (Lima, 2013).

Foi com base neste cenário que se considerou pertinente a concretização dessa investigação, tendo a mesma como objetivo compreender quais são as implicações do envelhecimento dos CI, na sua própria qualidade de vida e na qualidade de vida da pessoa recetora de cuidados. Para além dos utentes (recetores de cuidado) e dos CI, uma vez que este fenómeno afeta também os profissionais e os próprios serviços, considerou-se pertinente englobar os profissionais de Serviço Social na presente investigação, com o objetivo de perceber qual o contributo que os mesmos podem dar em prol da promoção e defesa da qualidade de vida das partes envolvidas, de forma diminuir os fatores prejudiciais à mesma.

De acordo com a perspetiva de Yves Gineste & Jérôme Pellisier (2007) quando se pretende trabalhar e intervir com uma pessoa em prol da sua melhor qualidade de vida é essencial conhece-la, compreende-la com base no contexto de onde vem, nas suas experiências de vida, bem como ter consciência de que a saúde e a qualidade de vida de cada pessoa, não passa apenas pelos cuidados médicos, mas também pelo meio que envolve a pessoa e as relações que a mesma estabelece. Foi de acordo com esta perspetiva que se considerou importante e enriquecedor para a investigação englobar diversas perceções, pois ao se pretender analisar a qualidade de vida dos utentes, não se pode deixar de lado aqueles que assumem a responsabilidade de prestar cuidados, na medida em que a sua própria qualidade de vida e a forma como prestam os cuidados influenciam a qualidade de vida e bem-estar da pessoa recetora, ou seja, a qualidade de vida do CI vai ter implicações na qualidade de vida da pessoa recetora dos cuidados.

Relativamente aos utentes procurou-se a este nível, numa primeira fase determinar quais as suas características e numa segunda fase dar-lhes voz, para que as suas opiniões, as suas perceções pudessem também ser ouvidas e ser tidas em consideração nos resultados finais, pretendendo-se assim contribuir para a valorização da qualidade de vida dos mesmos, sem desconsiderar aquilo que cada um percebe como sendo a sua qualidade de vida.

Quanto às suas características estas foram analisadas com base em três dimensões, a pessoal, a clínica e a social. Relativamente à dimensão pessoal, é possível determinar que a média de idades ronda os 75,7 anos, sendo a faixa etária predominante a dos 80-99 anos, com uma percentagem de 66% dos utentes, o que reforça a predominância da população idosa nos serviços da RNCCI. Quanto ao género prevalente, conforme outros estudos também concluem é o género feminino aquele que predomina, sendo este o que mais consome serviços de saúde, neste caso na RNCCI. Relativamente ao estado civil preponderante, os dados revelam ser o estado civil viúva aquele que prevalece entre o género feminino, e o de casado entre o género masculino, o que reforça o facto de a maior esperança média de vida se verificar no género feminino, situada nos 79 anos, verificando-se assim uma maior probabilidade de enviuvar, na medida em que a esperança média de vida do género masculino ronda os 72,5 anos (Pinto, 2012).

Este fator, por sua vez aumenta a probabilidade de perda do suporte informal do cônjuge, por parte do género feminino, o que não acontece na maioria dos casos nos utentes masculinos, que por serem maioritariamente casados, apresentam um maior suporte/apoio, pois de acordo com diversos estudos e contributos encontrados sobre a temática em discussão, podemos referir, que o cônjuge assumem frequentemente o papel de cuidador principal, devido à proximidade afetiva que une as duas pessoas e também devido às responsabilidades assumidas através do matrimónio, ao sentimento de reciprocidade e ainda devido às normas e padrões socioculturais, face aos quais existe um sentido de grande obediência (Serra & Gemitto 2013).

Ao nível da dimensão clínica, na qual são apresentadas as principais causas de solicitação de internamento aquela que predomina é a vivência de uma situação de fragilidade, nomeadamente a dependência nas AVD's, verificando-se a sua presença em 30% dos casos, tendo em consideração os dois momentos de recolha de dados sobre o assunto em análise. Outras das causas em destaque é a necessidade de continuidade dos cuidados, nomeadamente de reabilitação, gestão do regime terapêutico e tratamento de úlceras de pressão, verificando-se esta causa em 29% das situações. Também a

necessidade de ensino do doente/cuidador, merece ser enfatizada, por ter uma representatividade de 26%, e dentro da qual se encontra a necessidade de autocuidado, de execução de técnicas e de casos marcados por hábitos de risco.

No que se refere à dimensão social, nomeadamente ao apoio social recebido pelos utentes antes da sua entrada na UCCI pode apurar-se que é o apoio informal prestado por familiares, aquele que é mais referido nos processos individuais dos utentes, verificando-se em 29% dos casos. Quanto ao apoio formal, este é também mencionado, sobretudo na forma de SAD, com uma representatividade de 16 % e em forma de Centro de Dia, em apenas 5 % das situações. Os dados obtidos a este nível são concordantes com a informação produzida por outros estudos, ao demonstrarem que é o apoio informal aquele que predomina, sobretudo quando nos referimos a pessoas idosas dependentes.

Após a análise das principais características dos utentes, chegou o momento de nos debruçarmos sobre os principais indícios retirados das entrevistas realizadas com a amostra constituída por cinco utente.

Neste sentido, as principais ilações retiradas das entrevistas com os utentes são: o apoio recebido é sobretudo proveniente da rede informal, com predominância das filhas; os principais cuidados recebidos são ao nível da higiene pessoal e alimentação, verificando-se situações de múltiplas necessidades de apoio; alguns utentes revelam ter recebido cuidados provenientes de respostas sociais antes de entrarem para a UCCI: SAD, Centro de Dia, Cáritas; os utentes entrevistados demonstram-se satisfeitos com o apoio recebido até ao momento; apenas dois utentes consideram ter boa qualidade de vida; todos os utentes consideram que para ter ou melhorar a sua qualidade de vida necessitam de: ter força e capacidade para fazerem pequenas coisas de que gostavam, saúde, autonomia, alguém que cuide de si e companhia; quando confrontados com a possibilidade de não regressarem ao domicílio e ingressarem numa ERPI, todos os utentes referem querer regressar ao domicílio, colocando apenas dois utentes a hipótese de ingressar para uma ERPI.

Através da presente investigação é possível constatar, ao nível dos utentes, que todos têm perceções diferentes quanto à sua qualidade de vida, bem como necessidades diferentes para alcançar a mesma. Logo ao se tentar compreender a qualidade de vida de uma pessoa, é necessário em primeiro lugar, perceber o que significa para essa pessoa ter qualidade de vida. Após concluído esse passo, pode então iniciar-se uma intervenção no sentido de melhorar e promover a qualidade de vida da pessoa idosa dependente, de acordo com a situação/limitações da mesma, mas tendo também em consideração as suas

potencialidades e interesses, sem nunca cair no erro de reduzir a pessoa à sua situação de dependência.

O aumento do envelhecimento, agravado pelo crescimento das situações de dependência, juntamente com as modificações verificadas em toda a sociedade produziram novos desafios ao nível das necessidades sociais e também um desafio para as próprias respostas sociais, no que se refere à sua organização, exercendo também uma forte influência nas próprias estruturas familiares (Pego, 2013).

A família entendida como o principal suporte informal, é considerada, desde sempre o sistema social primário, no qual a pessoa é cuidada e se desenvolve quer a nível físico, como pessoal e psicológico, desempenhando um papel crucial no que concerne ao acompanhamento e prestação de cuidados aos elementos dependentes, devido a doença e/ou velhice (Melo, Rúa & Santos, 2014).

A necessidade de apoio por parte da família intensificou-se devido à crise presente nos sistemas de saúde e de proteção social que conduziu a uma maior responsabilização das famílias relativamente à prestação de cuidados aos mais idosos (Serra & Gemito, 2013).

Neste sentido considerou-se de extrema importância englobar os CI na presente investigação, uma vez que constituem uma parte fundamental na prestação de apoio e cuidados a idosos em situação de dependência, necessitando, contudo, muitas vezes eles próprios de receber apoio. Mais uma vez considerou-se uma mais-valia ouvir aqueles que sofrem com a situação, aqueles que sentem as necessidades, aqueles que sabem o que realmente necessitam para conseguir concretizar o seu papel o melhor possível, sem, contudo, prejudicarem a sua própria vida e qualidade da mesma.

Relativamente aos CI, procurou-se numa primeira fase recolher e reunir algumas informações sobre o seu perfil, consideradas importantes para o contexto da investigação.

Quanto à caracterização dos CI, com base nos dados recolhidos, podemos constatar que é o género feminino, aquele que prevalece entre os CI, verificando-se a existência de uma diferença de 14% entre o predomínio de cada género. Para além da evidente feminização dos cuidados informais, são também os elementos deste género aqueles, que segundo Dídia Cruz, Hugo Loureiro, Margarida Silva & Mariana Fernandes (2010) apresentam maiores níveis de sobrecarga, 60.1% em detrimento dos CI masculinos, com 3.8%.

Contudo, Jacinta Fernandes (2009, cit in Cruz, Loureiro, Silva & Fernandes, 2010) discorda no que se refere ao facto de a sobrecarga derivar das características

sociodemográficas, defendendo que os maiores níveis de sobrecarga se devem sim, ao grau de dependência da pessoa idosa.

Relativamente à idade dos CI, pode apurar-se que a média de idades ronda os 66,8 anos e que a faixa etária que se distingue é a compreendida entre os 60-79 anos, seguindo-se a dos 80-99 anos, o que remete para um claro envelhecimento dos CI. De acordo com os dados até aqui apresentados podemos referir que são as mulheres as principais cuidadoras, sobretudo mulheres com uma idade também já avançada. Neste sentido pode ainda mencionar-se, que embora sejam as filhas aquelas que mais se assumem como CI, os dados remetem para existência de uma alteração do paradigma dos cuidados, caracterizado pela sua feminização, ao se verificar uma crescente presença também dos filhos, enquanto cuidadores, sendo a diferença entre filhas e filhos de apenas dois casos, na presente investigação.

Parece começar assim a surgir uma alteração do paradigma dos cuidados, pois através da presente investigação, foi possível constatar o aumento do número de cuidadores do género masculino, o que nos parece bastante positivo, pois a participação na prestação de cuidados por parte do género masculino possibilitará a divisão de responsabilidades e sobrecarga entre os membros de ambos os géneros, o que por sua vez permitirá a ambas as partes estar mais libertas para viver a sua vida e também para cuidar de si. A organização familiar surge, neste contexto como um elemento facilitador da prestação de cuidados, que deve ser tido em conta pelas próprias famílias e pelos profissionais, nomeadamente nas suas intervenções dirigidas aos CI, devendo através das mesmas inculcar-lhes o princípio da partilha de responsabilidades e ajuda.

Ainda a este nível verificou-se uma alteração da realidade, durante os dois períodos de recolha de dados, num momento inicial predominavam os cônjuges/esposa e ao longo do tempo verificou-se um decréscimo das mesmas enquanto cuidadoras e o aumento das filhas com essa função. Como justificação destes aspetos pode estar o facto de existir com o avançar da idade, a diminuição natural das capacidades, e o aumento de doenças ao qual está associada a perda de autonomia, pois se temos CI com idade avançada é importante ter em consideração que alguns dos problemas que surgem no elemento dependente podem também começar a surgir nos próprios CI, o que associado ao confronto diário com situações stressantes e desgastantes, inerentes à prestação de cuidados, pode produzir consequências negativas para ambas as partes (Melo, Rua & Santos, 2014).

Sendo o objetivo principal da presente investigação compreender quais as implicações que o envelhecimento dos CI pode ter na sua qualidade de vida e na da pessoa recetora dos cuidados, procurou-se numa segunda etapa perceber se estes entendem que cuidar de uma pessoa idosa em situação de dependência tem consequências para a sua qualidade de vida, bem como a sua opinião e conhecimento sobre os apoios existentes, quais as suas expectativas quanto ao destino pós-alta do utente a seu encargo e por fim entender o que os CI entendem ser necessário para continuar a prestar cuidados sem que isso afete a sua qualidade de vida.

Para alcançar os objetivos definidos, foram realizadas entrevistas a uma amostra de CI, sendo as principais considerações retiradas, as seguintes: a maioria dos CI consideram que cuidar de uma pessoa idosa dependente não tem consequências para a sua qualidade de vida; todos os CI revelam ter abdicado de alguma coisa de que gostavam para prestar apoio; todos os CI, mesmo aqueles que consideram não existir implicações, referem mais do que uma consequência derivada da prestação de cuidados para a sua qualidade de vida, nomeadamente, a necessidade de reorganizar as suas rotinas e atividades quotidianas, a agudização do seu estado de saúde, a prevalência do sentimento de incapacidade para ajudar o utente, a necessidade de cessar atividade profissional, o afastamento dos restantes membros da família para cuidar do elemento em situação de dependência, a diminuição da sua autonomia e o abandono de atividades ocupacionais do seu interesse; a maioria dos CI entrevistados considera receber o apoio necessário para que o utente tenha boa qualidade de vida; todos os entrevistados revelam não possuir conhecimentos sobre os apoios existentes para CI; dos entrevistados aqueles que possuem algum conhecimento sobre os apoios existentes, referem que o adquiriram através das assistentes sociais, dos enfermeiros e também da Segurança Social; a maioria dos CI referem ser da sua vontade levar o utente para o domicílio, ponderando alguns, contudo, o recurso à institucionalização; para continuar a prestar apoio aos utentes os CI revelam necessitar: da autonomia e mobilidade do utente, do auxílio de respostas sociais (SAD, CD), de apoio monetário, de ter condições ao nível da saúde, do apoio da família e de força para cuidar.

Várias foram as ilações retiradas da informação recolhida através das entrevistas e que merecem uma reflexão e discussão.

Primeiro importa abordar o facto de apenas um dos CI entrevistados assumir diretamente que cuidar de uma pessoa dependente tem implicações na sua qualidade de vida, o que demonstra a dificuldade por parte dos mesmos em assumir as suas

necessidades e vulnerabilidades, o que pode ser extremamente prejudicial tanto para o CI, como para a pessoa recetora de cuidados, pois se o CI não assume e se recusa a aceitar ajuda, torna-se extremamente complicado qualquer intervenção no sentido de o apoiar e não sendo apoiado, vai aumentar os níveis de sobrecarga e *stress*, que terão consequências graves, quer para a sua saúde física e psicológica, como para a sua própria vida social, familiar e laboral. Para além dos impactos na sua própria vida, o CI em situação de exaustão não se encontra com capacidades para prestar apoio a uma pessoa idosa em situação de dependência, de forma a que esta consiga, independentemente da sua limitação usufruir de uma boa qualidade de vida.

Outro aspeto que parece surgir, ainda neste sentido é o sentimento de vergonha por parte do CI em assumir que também pode fraquejar, sendo isso notório quando consideram que a sua qualidade de vida não sofre com a prestação de cuidados, porque quando alguém precisa de ser cuidado, a outra pessoa tem simplesmente de cuidar, verifica-se assim através das respostas obtidas a prestação de cuidado muito associada ao dever moral. Porém, quando confrontados com o facto de terem abdicado de alguma coisa na sua vida, as respostas foram imediatas, conseguindo todos mencionar atividades que faziam, no seu quotidiano e se viram obrigados a abandonar, acrescentando que a sua situação de saúde também piorou, pois em alguns casos os próprios CI são também pessoas doentes. Para além do referido os, CI acrescentam que tiveram de reorganizar toda a sua vida em função do cuidar, inclusive em alguns dos casos necessitaram de abandonar o próprio emprego, chegando mesmo a referir que a sua própria autonomia ficou limitada.

É fundamental ter em consideração ao se analisar a temática abordada, que o cuidador ao iniciar a prestação de cuidados se depara com a transição para um novo papel, que para além de ser um processo complexo, envolve inúmeros aspetos que se influenciam mutuamente, nomeadamente o cuidador, a pessoa recetora dos cuidados, e o próprio contexto em que a prestação de cuidados ocorre. Por se tratar de uma transição, e por a mesma afetar os CI, considerou-se pertinente fazer uma breve referência à Teoria das Transições de Meleis. Segundo esta teoria a transição consiste na passagem de um papel para o outro, podendo existir elementos facilitadores ou inibidores de uma transição, como por exemplo o conhecimento e as capacidades de cada pessoa, o significado pessoal, as crenças, a condição socioeconómica e os recursos comunitários e sociais existentes. Ainda de acordo com a referida teoria, os CI vivenciam uma transição de tipo situacional, a qual se refere à experiência de uma situação inesperada na vida que obriga

à reorganização e redefinição dos papéis, sendo fulcral a participação de profissionais, nomeadamente de assistentes sociais, neste processo sobretudo quando começam a surgir necessidades e a ser exigidas mudanças derivadas do assumir do papel de cuidador, para que se possa apoiar os CI na preparação para o desempenhar das funções inerentes à prestação de cuidados, fomentando e incentivando a aquisição de conhecimentos e competências, para que se consigam adaptar o melhor possível à nova situação e prestar os cuidados da forma mais adequada e benéfica para a pessoa dependente (Melo, Rua & Santos, 2014).

São várias as implicações derivadas das necessidades sentidas no decorrer da prestação de cuidados, sobretudo quando os mesmos são de longa duração, para a qualidade de vida dos CI, pois cuidar de uma pessoa idosa em situação de dependência pode tornar-se numa tarefa complexa e pode facilmente comprometer o bem-estar do CI, primeiro porque quando confrontados com a necessidade de prestar cuidados, o CI depara-se com uma situação face à qual não teve opção de escolha e segundo, porque quando a prestação de cuidados ocorre por longos períodos de tempo, pode conduzir a situações conflituosas derivadas das alterações da vida pessoal, familiar, profissional e social dos CI podendo ser producentes de sobrecarga, exaustão e até promotora de situações de depressão. Neste sentido, pode afirmar-se que são várias as dimensões da vida do CI alteradas, ocorrendo manifestações ao nível das relações familiares, no meio laboral, na própria situação financeira, no estado de saúde e nos momentos de lazer, como também defende Cristina Imaginário (2008 cit in Rodrigues, 2011).

Com base no mencionado pode constatar-se, através dos dados recolhidos que existem consequências nas diversas dimensões da vida dos CI, resultantes da prestação de cuidados:

### **Nível físico**

Cuidar de uma pessoa idosa dependentes é bastante exigente do ponto de vista físico, sobretudo devido aos cuidados de higiene e às mobilizações/transferências. Estes aspetos relacionados com a falta de preparação aumenta a sobrecarga física, agravada com o excesso de atividades que o CI necessita de desenvolver, com o esforço físico exigido pelas mesmas e a sua complexidade, bem como a diminuição das horas de sono e a fadiga crónica, potenciam um agravamento preocupante da condição física do CI, o que se piora se este apresentar uma idade avançada e suspender tratamentos para poder prestar cuidados.

As necessidades expostas pelos entrevistados a este nível, passam pela incapacidade dos mesmos em mover a pessoa recetora de cuidados e a incapacidade de concretizar a satisfação de necessidades básicas da mesma, devido à falta de força física por parte dos CI.

### **Nível psicológico**

Para além das complicações físicas, parece ser a nível psicológico que surgem os mais complexos problemas, devido ao confronto diário com situações stressantes e exaustivas, que agravadas pela falta de apoio quer informal, quer formal podem conduzir a situações de depressão e ansiedade, comprometendo sobretudo a saúde mental dos CI, sendo nesta área que os efeitos da prestação de cuidados mais se manifestam, de acordo com Luísa Brito (2002, cit in Martins, 2014).

As implicações a nível psicológico nos entrevistados foram notórias ao longo de toda a entrevista, através do desabafo sobre o facto de não conseguirem e não aguentarem mais manter a situação e prestar cuidados à pessoa dependente no domicílio, chegando a um ponto em que se viram obrigado a pedir apoio formal. A instabilidade emocional dos cuidadores foi também visível ao nível da sua postura ao longo de toda a entrevista, pois embora no início tivéssemos sentido que os CI estavam um pouco introvertidos, à medida que foram expondo as suas perceções, foi óbvia a sua necessidade de falar, de desabafar sobre a situação vivenciada. Para além da sentida necessidade de ser ouvidos, contando alguns dos CI toda a história inerente à situação de dependência, o discurso de todos os CI, exceto de um, foi pautado por momentos de choro, o que evidencia o seu estado de fragilidade emocional e o seu estado de cansaço psicológico.

### **Nível social**

A vida social é outra das dimensões afetadas com a prestação de cuidados, na medida em que é exigido ao cuidador um aumento das tarefas a desenvolver, muitas vezes desprovidas de apoio, o que conduz o CI à necessidade de abdicar de atividades de convívio social e/ou lazer. Esta realidade tem impactos nos próprios sentimentos do CI, despoletando o desejo de se libertar da responsabilidade inerente à prestação de cuidados, juntamente associado a sentimentos de raiva e culpa por considerar que a sua autonomia está limitada.

O comprometimento deste nível, pode prejudicar o sentimento de satisfação com a vida, de autorrealização, importante para o *self* interior do CI, pois como foi referido na presente monografia, o bem-estar e a saúde de um individuo não remetem apenas para a

ausência de doença. O ser humano, é um ser eminentemente social, necessita de interagir, de se relacionar para se desenvolver e para se construir podendo, implicações a este nível contribuir para o agravamento por exemplo do estado psicológico do CI e da sua relação consigo, com a pessoa cuidada e com todo o contexto envolvente.

### **Nível profissional**

A vida profissional do CI sofre também influências graves. De acordo com alguns autores, nomeadamente Sónia Marques (2007 cit in Martins, 2014), o conjunto de sentimentos negativos adquiridos pelo CI devido às exigências da prestação de cuidados reflete-se nas várias dimensões da vida do mesmo, tendo impactos não só nas relações sociais e familiares, mas também na sua vida profissional. O tempo ocupado com o meio laboral é entendido como um refugio aos requisitos do cuidar, como uma forma de socializar com os pares, porém a necessidade de reorganizar a sua vida em função do cuidar produz alterações, ao nível dos horários de trabalho, na capacidade de produção colocando-se por vezes a existência de situações em que o cuidador se vê obrigado a abandonar a sua atividade profissional.

O cuidador chega a este extremo sobretudo, quando não existem estruturas de apoio quer formal, quer informal, no entanto importa ter em consideração que para além das exigências até ao momento mencionadas, a prestação de cuidados é também bastante exigente do ponto de vista monetário, o que se irá agravar se o cuidador tiver de abdicar do seu emprego, pois deixará de ter condições financeiras para suportar as despesas, o que por sua vez aumentará a sobrecarga financeira.

### **Nível financeiro**

A nível financeiro verifica-se também a existência de uma grande sobrecarga para o CI, na medida em que de acordo com o nível de dependência da pessoa idosa, o mesmo terá de adquirir os equipamentos necessários para conseguir prestar os cuidados necessários, nomeadamente, cadeiras de rodas, camas articuladas, cadeiras/ bancos para o duche, de forma a auxiliar a realização da higiene, andarilhos, entre muitos outros equipamentos que exigem alguma capacidade financeira.

Para além da aquisição de equipamentos, os CI vêm-se muitas vezes obrigados a alterar as infraestruturas habitacionais para que a pessoa dependente possa usufruir de melhores condições de vida e para que não existam barreiras arquitetónicas que façam a pessoa sentir-se ainda mais condicionada nas suas AVD's. Este foi um dos aspetos referidos nas entrevistas, na medida em que existiram CI que se viram obrigados a

construir novas divisões, nomeadamente casas de banho ajustadas e a eliminar todas as barreiras arquitetónicas existentes, como por exemplo escadas, para que a pessoa dependente pudesse circular utilizando uma cadeira de rodas.

Esta realidade remete para a necessidade do CI ter condições financeiras, caso contrário os níveis de sobrecarga poderão ser maiores, na medida em que sem suporte financeiro, o CI não terá condições para recorrer a serviços de apoio formal, como por exemplo SAD e Centros de Dia, que apesar de poderem ser serviços comparticipados pela Segurança Social, o valor a pagar pelos mesmos representa um esforço acrescido para o CI, sobretudo quando é apenas este quem financia estas ajudas, que representam um importante contributo para o alívio físico e psicológico do CI.

Sónia Marques (2007, cit in Martins, 2014), concluiu através de um estudo realizado com CI, que aqueles que apresentam um nível socioeconómico menor, apresentam maior sobrecarga financeira, e também menor capacidade de controlo e eficácia, o que conduz ao aumento da sobrecarga global.

A este nível torna-se cada vez mais crucial a existência de medidas de apoio aos CI, conforme existe em países, como a Irlanda, Alemanha, Dinamarca, nos quais é atribuído mensalmente uma prestação monetária aos CI, no sentido de os apoiar a colmatar as despesas associadas ao cuidado. Estas medidas representam uma forma de reconhecimento e valorização do CI, e são igualmente promotoras da continuidade de prestação de cuidados no domicílio, o que se torna urgente no nosso país, uma vez que as respostas existentes na comunidade não conseguem responder às necessidades emergentes e urgentes que surgem diariamente, sendo fundamental a adoção de novas estratégias.

### **Nível familiar**

O nível familiar será influenciado por todos os outros níveis, os seja, as condições, físicas, psicológicas, sociais, profissionais e financeiras iram refletir-se na forma como os elementos da família se interrelacionam. Todos os aspetos mencionados nos diversos níveis, associados ao agravamento da sobrecarga do CI poderão despoletar situações de conflito entre os membros de uma família, o que terá impacto não só na qualidade vida dos mesmos, como na qualidade de vida da pessoa recetora de cuidados.

Neste sentido, a nível familiar surgem dificuldades, sobretudo quando a prestação de cuidados leva à discórdia entre os elementos da mesma, conduzindo à rutura dos laços familiares, o que tem consequências nefastas, dada a importância de existência de apoio

e partilha de funções/responsabilidades quanto à prestação de cuidados entre os diversos elementos da família, para que o CI principal possa diminuir a sobrecarga a que está sujeito

Para além desta questão, a própria relação cuidador-doente pode sofrer algumas ruturas e atingir picos de conflitos, muito devido ao estado emocional frágil do cuidador, e ao cansaço extremo, que se refletirá na forma como cuida da pessoa dependente. Importa ter em consideração que a pessoa idosa dependente, independentemente da sua condição, continua a ser um ser humano e como tal também ela própria se sente revoltada com a situação que está a vivenciar.

A este nível é importante ter em consideração que embora seja a família, quem tradicionalmente assumiu a função do cuidar, a mesma tem sofrido alterações na sua organização e estrutura, devido sobretudo a fatores como a transição de uma sociedade rural para uma sociedade industrial e ainda devido à introdução massiva da mulher no mercado de trabalho. Para além do referido também a crescente liberdade pessoal relativamente à tomada de decisão sobre a celebração do casamento, levou ao surgir de novas formas de família, nomeadamente de famílias unipessoais e de novas famílias caracterizadas por novas formas de conjugalidade, quando verificada. Assim a evolução das estruturas familiares e as alterações a ela associadas poderão conduzir a uma alteração do papel da família na prestação de cuidados ao idoso, sendo assim necessário aquando a definição de estratégias de intervenção com CI ter em consideração as alterações ocorridas no próprio seio da família.

As alterações verificadas a este nível tornam a prestação de cuidados uma função mais complexa, sobretudo para as novas formas de família, pois famílias constituídas apenas por um elemento não podem partilhar tarefas, ficando desta forma sujeitas a assumir por inteiro as responsabilidades inerentes à prestação de cuidados. Em famílias com mais membros a partilha e divisão de tarefas surge como uma estratégia essencial para a redução da sobrecarga do CI e para a promoção da qualidade de vida de todos os envolvidos no processo de cuidar.

Expostas as implicações para a qualidade de vida do CI, verificadas com a presente investigação, em articulação com outros estudos já realizados, importa enfatizar o facto das necessidades e implicações do cuidar, na qualidade de vida dos CI serem agravadas, devido a determinados fatores que foram possíveis detetar como sendo prejudiciais para a qualidade de vida do CI e da pessoa recetora dos cuidados, como são exemplo, o desconhecimento existente por parte dos CI sobre os recursos e benefícios a

que podem recorrer e a incapacidade existente por parte das respostas sociais em responder às crescentes necessidades que vão surgindo entre os CI.

Começando pelo topo do problema/ solução, é crucial que as mudanças ocorram primeiramente por parte do Estado/governos, pois uma possível solução para as dificuldades sentidas na prestação de cuidados, passa pelo país conseguir acompanhar as alterações que ocorrem na sociedade, considerando-se que apenas a partir do momento em que o poder político decidir conhecer a realidade vivenciada fora de quatro paredes, o que seria possível se se disponibilizasse ouvir aqueles que diariamente vivem o problema, conseguirá produzir políticas, que se adaptem e sobretudo respondam às necessidades sentidas pelos CI. Todas as medidas produzidas sem esse conhecimento prévio serão inúteis e não produzirão resultados positivos.

Não se pode, contudo, negar a importância de algumas medidas já criadas e que contribuíram, para a melhoria de alguns aspetos, nomeadamente a criação de respostas como SAD, Centros de Dia e da própria RNCCI, que representou uma mais valia no apoio à prestação de cuidados a pessoas em situação de dependência e que aliviam a sobrecarga dos CI, pois respostas como o SAD que de acordo com a Segurança Social (2016) consiste na prestação de cuidados e serviços a famílias e/ ou pessoas que se encontrem no seu domicílio, em situação de dependência física e ou psíquica e que não possam assegurar, a satisfação das suas necessidades básicas e ou a realização das AVD's, permitem aliviar fisicamente o cuidador, na medida em que profissionais com formação prestam apoio ao nível das necessidades básicas, e como o Centro de Dia, que com base na fonte anteriormente referida, consiste num conjunto de serviços que contribuem para a manutenção da pessoa idosa dependente, no seu meio social e familiar. Esta resposta possibilitará ao CI, conciliar a sua vida profissional e pessoal com a prestação de cuidados, uma vez que a pessoa idosa permanecerá durante o dia numa instituição, o que será benéfico para ambas as partes, pois o CI poderá exercer a sua atividade profissional e cuidar de si, enquanto a pessoa idosa poderá usufruir de atividades estimuladoras física e cognitivamente, bem como interagir com pares, o que contribui para o sentimento de aceitação e para a diminuição do sentimento de incapacidade.

Outra das medidas adotadas foi o lançamento de plataformas de informação sobre cuidados e como executar os mesmos, sobre respostas existentes na comunidade, e até a implementação de uma diversidade de projetos ao longo do país. Contudo deparamo-nos novamente com questões problemáticas, por um lado, devido ao facto de o país não acompanhar as mudanças da sociedade sobretudo a nível político, legislativo, interventivo

e por isso as respostas outrora criadas, devido à expansão do envelhecimento deixaram de ser suficientes e de responder às necessidades que surgem quotidianamente. Por outro lado, é importante ter em consideração que a disponibilização de informação e de cursos direcionados aos CI têm de ultrapassar o contexto digital, na medida em que nem todos os cidadãos têm acesso às novas tecnologias, embora se verifiquem melhorias a esse nível a realidade é que sobretudo em contextos rurais esse acesso é ainda limitado, assim se a informação é dirigida a todos os CI, todos os CI devem ter acesso à mesma.

Merece ainda destaque o facto de se dar preferência aos cursos online em detrimento dos cursos presenciais relativamente à execução dos cuidados. Para além de nos prendermos com o problema anteriormente referido, surge uma outra questão, ficarão os CI efetivamente preparados ao realizarem um curso virtual?

Considera-se que seria uma mais valia existir uma aposta na realização de formações presenciais, onde os CI pudessem treinar, esclarecer dúvidas e construir estratégias que por um lado auxiliassem na prestação de cuidados e na promoção da qualidade de vida da pessoa recetora dos mesmos e por outro que os apoiasse na adoção de medidas facilitadoras e fomentadoras da sua própria qualidade de vida. Deve existir uma aposta real e consistente no *empowerment* dos CI para que estes consigam suprir as suas necessidades e dificuldades, sobretudo no contexto atual marcado pela incapacidade de prestação de apoio das respostas sociais existentes.

Também como problema relativamente às medidas já criadas, não se questionando a sua importância, no que concerne aos projetos aplicados até ao momento, após uma análise das zonas onde os mesmos se desenvolveram foi possível constatar a gigante centralidade que existe quanto a estes, o que por sua vez criará desigualdade de oportunidades.

Após efetuada a verificação das zonas onde os mesmos ocorreram/ocorrem é possível concluir que apesar de o país ser constituído por 18 distritos, em apenas 9 (Porto, Bragança, Aveiro, Coimbra, Lisboa, Santarém, Portalegre, Faro e Évora) se verificou a existência de projetos dirigidos aos CI. Coloca-se perante este cenário uma questão: onde está o interior do país, sendo esta uma das zonas mais afetadas pelo expressivo envelhecimento e consecutivamente pelo elevado número de CI?

Esta questão foi várias vezes colocada no decorrer do estágio, sobretudo quando na prática nos confrontámos com a dificuldade de responder à necessidade dos CI, nomeadamente no que concerne ao destino pós-alta, quando estes não tinham condições

para que o utente regressasse ao domicílio, verificando-se esta situação sobretudo em CI com idades mais avançadas.

No sentido de auxiliar os CI na procura de alternativas, foi em três momentos distintos do estágio estabelecida uma articulação interinstitucional com diversas ERPI, tendo em conta condicionantes como a distância geográfica considerada aceitável pelos CI, e que deve ser tida em consideração na procura de alternativas para o destino pós-alta dos utentes para que as propostas apresentadas possam representar uma solução para o CI e para o utente.

Assim foi estabelecido contacto, inicialmente com ERPI's de dez concelhos do distrito de Castelo Branco, verificando-se o total de 98 ERPIs, com capacidade total para 4306 utentes, conforme dados presentes na Carta Social, no entanto todas se encontravam sem capacidade de resposta. Verificado o exposto, considerou-se urgente expandir para outras zonas do país, passando-se a englobar nas hipóteses de resposta, seis concelhos do distrito da Guarda, totalizando a existência de 86 ERPI's, com capacidade para 3557 utentes e quatro concelhos do distrito de Portalegre, concluindo-se a existência de 6 ERPI's, com capacidade para 1205 utente. Importa referir que apenas no distrito da Guarda foi possível encontrar a existência de duas vagas em ERPI, que puderam auxiliar dois CI a dar resposta à situação, enquanto aguardavam uma vaga geograficamente mais perto da sua zona de residência.

A inexistência de capacidade de resposta por parte das instituições é um outro fator promotor e agravante da sobrecarga para o CI sobretudo daqueles que apresentam idades mais avançadas sendo estes os que expressam mais dificuldades em levar o utente de volta para casa, como já foi referido.

Torna-se neste sentido pertinente afirmar que é urgente o aumento da capacidade de resposta por parte das instituições e a descentralização das medidas definidas, quer no apoio à população idosa, quer aos seus CI, tornando-se fundamental que deixem de existir assimetrias deste calibre dentro de um mesmo território, pois torna-se contraditório querer capacitar uma pessoa e não dar iguais oportunidades para adquirir essas mesmas competências. No sentido de reforçar a presente ideia recorreu-se à perspetiva de Amartya Sen (2005, cit.in Correia, Pereira, & Costa, 2016), que defende que, uma pessoa apenas poderá usufruir de uma vida digna se tiver oportunidades e capacidades para ser e agir com autonomia, na sociedade onde vive, para usufruir dos bens que tem ao seu dispor. Martha Nussbaum (2003 cit.in Correia, Pereira, & Costa, 2016), acrescenta que é crucial existir uma capacidade combinada, ou seja, a capacidade interna da pessoa e condições

externas à mesma para a aplicação dessa capacidade. Para que possa existir esta igualdade de oportunidades é fundamental que o papel do CI, a sua importância, os seus direitos e os deveres sejam definidos e consagrados através de um estatuto específico para CI, como existe em vários países da Europa, o que produz benefícios para o CI e também para a pessoa que recebe os cuidados.

Neste sentido considera-se importante referir que ao analisarmos a realidade de outros países, relativamente a esta temática, podemos verificar a existência de apoios, benefícios dirigidos não só à população idosa como também aos CI, nomeadamente a nível financeiro, no acesso aos serviços e respostas sociais, existindo regalias entre muita outras vertentes, conforme foi abordado no enquadramento teórico da presente monografia, ao nível laboral, no que se refere à flexibilidade de horários laborais, de licenças para a prestação de cuidados, o que não se verifica em Portugal, pois se por exemplo, analisarmos o artigo 252º do Código do Trabalho, o qual se refere às faltas para assistência a membros do agregado familiar, verificamos que no nosso país os trabalhadores apenas têm o direito a faltar ao emprego para assistência ao cônjuge, a parentes em linha reta ascendentes (pais, avós) e a parentes no segundo grau da linha colateral (irmãos) durante quinze dias, devendo posteriormente prestar à entidade empregadora provas de cariz insubstituível da assistência e declarações conforme outros membros do agregado familiar, não faltaram à sua atividade profissional, caso exerçam, pelo mesmo motivo ou como estão impossibilitados de prestar assistência.

Portugal deveria seguir, de forma a evoluir em todas as suas dimensões, os exemplos positivos de outros países da Europa, que valorizam e promovem o bem-estar das suas sociedades, apoiando as mesmas na superação das dificuldades sentidas.

Como forma de terminar a abordagem ao primeiro ponto da discussão dos resultados, intitulado “Implicações do envelhecimento dos CI na qualidade de vida destas e das pessoas recetoras de cuidados”, decidimos recorrer à perspetiva de Érico Pereira, Clarissa Teixeira & Cezarina Santos (2012) que considera que para existir qualidade de vida é fundamental compreender a pessoa sob três dimensões: “ser”, que remete para o campo individual e engloba os níveis físico, psicológico e espiritual, ou seja, tanto o CI, como a pessoa dependente são seres humanos e o resultados das suas capacidades físicas, competências individuais, inteligência, valores e experiências de vida; “pertencer”, que alude para a forma como a pessoa se adapta ao contexto, ou seja, refere-se à relação estabelecida entre os sujeitos e o seu contexto familiar, social e profissional, a capacidade de escolha sobre a sua privacidade, bem como de participação em atividades e programas,

por exemplo de inclusão; e “tornar-se”, o que se refere àquilo que a pessoa faz para alcançar as suas expectativas e objetivos, remetendo para a prática e envolvimento em programas educacionais, atividades relaxantes e oportunidades de desenvolvimento.

Estas dimensões remetem para a necessidade de considerar a pessoa, na sua individualidade, o seu ambiente, assim como as oportunidades e os obstáculos que surgem à sua situação.

É extremamente complexo analisar a qualidade de vida de uma pessoa e como as características podem influenciar a qualidade de vida de outra, porém através da presente investigação foi possível constatar que a qualidade de vida do CI tem implicações diretas na qualidade de vida da pessoa idosa dependente, na medida em que todas as dificuldades, sentimentos negativos, se refletem na forma como o CI desenvolve a prestação de cuidados e na forma como a pessoa idosa recebe esses mesmos cuidados.

Ainda sobre este ponto, a presente investigação permitiu apurar, que não é só o grau de dependência, ou as características como a idade do CI que individualmente produzem consequências para a qualidade de vida do CI e da pessoa idosa. Aquilo que promove a existência de implicações na mesma, é a coexistência desses dois aspetos, juntamente com a agravante de existir uma enorme incapacidade da rede formal para auxiliar e responder às necessidades emergentes.

## **2. O contributo do Serviço Social**

Considerou-se importante para a presente investigação, uma vez que a mesma se desenvolveu no âmbito do mestrado em Serviço Social, compreender qual o contributo que esta área profissional pode representar para a promoção da qualidade de vida quer dos utentes quer dos seus CI, sobretudo daqueles com idades mais avançadas. Neste sentido, foi também numa primeira fase traçado o perfil das profissionais de Serviço Social a exercer funções na UCCI, do qual podemos concluir que é o género feminino o prevalente e que a faixa etária de ambas as profissionais é a dos 30-39 anos.

Após definido o perfil das profissionais procedeu-se à análise da informação obtida através das entrevistas, sendo as principais ilações as seguintes: o envelhecimento dos CI de pessoas idosas dependentes tem consequências para a qualidade de vida de ambas as partes; as consequências são: a desadequação dos cuidados prestados, quando acompanhados por situações de exaustão e o facto de o envelhecimento dificultar o planeamento dos cuidados; por vezes os próprios CI também são doentes – necessidade de apoio mútuo; cuidar requer reorganização familiar, é necessário alterar rotinas e

hábitos de vida, cuidar exige maior disponibilidade, resultando em situações de *stress* no CI e na pessoa cuidada e a dependência de um elemento cria instabilidade individual e coletiva. Também como ilação das entrevistas às assistentes sociais, surge o facto de o papel do Serviço Social passar por: orientar para respostas na comunidade; verificar outras necessidades do CI; ajudar simultaneamente CI e utente, apoiar na antecipação e planeamento de situações, prever dificuldades e necessidades, averiguando a possibilidade do CI cuidar; disponibilizar informação sobre direitos sociais, benefícios e recursos; fomentar a aprendizagem dos CI sobre autocuidados e prevenção de situações prejudiciais e dar a conhecer a modalidade descanso do cuidador.

As maiores dificuldades na intervenção sentidas pelas profissionais são: resistência dos CI e relutância em aceitar que outra pessoa cuide, difícil aceitação do CI da necessidade de cuidar de si, dificuldade do CI em aceitar e admitir que necessita de apoio e dificuldade de aceder a alguns CI. Pode também verificar-se que o envelhecimento dos CI tem impactos nos serviços de serviços, referindo as profissionais: que os CI envelhecidos necessitam de maior apoio e orientação, disponibilização de informação, explicação de procedimentos e apoio no preenchimento de documentos, maior trabalho de colaboração e paciência; que CI envelhecidos tendem a desresponsabilizar-se; que CI envelhecidos têm mais dificuldades em se envolver na intervenção; que CI envelhecidos tendem a recusar tirar o utente da instituição- dificultam alta protegida, sendo assim fulcral repensar a adequação dos serviços.

As sugestões apontadas pelas profissionais para melhorar a situação passam por acompanhar das situações, para rápida intervenção; repensar o modelo atual de apoio ao CI; superação através das redes de apoio; reorganização familiar e social; envolvência do CI na intervenção; articulação entre profissionais; recurso a respostas sociais e encaminhamento para grupos de autoajuda.

Após análise das principais considerações retiradas da colaboração das profissionais de Serviço Social da UCCI da SCMCB, consideramos que o grande contributo e papel do Serviço Social na promoção da qualidade de vida do CI e pessoa recetora de cuidados, no contexto dos Cuidados Continuados Integrados abrange uma multiplicidade de dimensões, não devendo por isso este profissional centrar-se na definição de respostas paliativas, pois o seu contributo pode ir mais além e pode também fazer a diferença na vida daqueles a quem dirige a sua intervenção.

O contributo do Serviço Social é discutido na presente investigação tendo em consideração o seu poder discricionário, importante para a sua intervenção; a contribuição

desta área profissional para a adaptação e humanização dos serviços e políticas; a defesa da justiça social e direitos e o assumir de uma prática mediadora. Estes são os aspetos considerados como os principais contributos, para além daqueles apresentados pelas profissionais nas entrevistas, que o assistente social pode desenvolver para a promoção da qualidade de vida quer dos CI, quer da pessoa recetora dos cuidados, podendo também através destas práticas melhorar a própria dinâmica institucional, social e política.

Neste sentido pode referir-se, com base na perspectiva de Michael Lipsky que o assistente social é considerado como o representante do Estado aos olhos da sociedade e como tal, consideram-se profissionais importantes para o alcance da compreensão das políticas públicas, na medida em que possuem um lugar privilegiado no que diz respeito ao contacto e ao conhecimento tanto em relação à população, como às entidades governativas (Filho,2014).

Michael Lipsky chama à atenção para a existência de três princípios que possibilitam definir o trabalho destes profissionais, situados na primeira linha. Assim pode enunciar-se o facto de as funções serem pautadas pelo constante contacto com a população; o facto de apesar de fazerem parte de uma entidade burocrática (Estado) possuírem liberdade e independência face à mesma, o que lhes confere um poder discricionário, e por fim o facto de as suas decisões face à população/ cidadãos, terem um impacto significativo na vida dos mesmos (Lipsky, 1976 cit. in. Filho,2014).

De acordo com o mesmo autor, estes profissionais são entendidos, como *policy makers*, entendendo-se assim que a sua função consiste em realizar/executar as políticas, na medida em que lidam com estas no seu quotidiano profissional e as aplicam, sendo possível afirmar, que o lugar de charneira que ocupam entre o poder político e a população permite aos assistentes sociais trabalhar em prol da adaptação das políticas sociais às necessidades vivenciadas no contexto, uma vez que este profissional, possui um conhecimento privilegiado sobre as mesmas, mas também sobre os recursos e potencialidades que podem ser reforçadas e utilizadas para melhor responder às exigências e necessidades das pessoas que a si recorrem. A este nível pode referir-se que devido à imprecisão que existe na criação de políticas destinadas ao apoio aos CI, em Portugal, o que evidencia uma falha do próprio sistema, e um desconhecimento da realidade por parte do mesmo, surgem consequências tanto para a prática dos profissionais, como para os cidadãos, na medida em que não são criadas respostas para as suas situações-problema, e quando existem essas respostas ficam afastadas daquilo que realmente é necessário (Oliveira, 2012).

Tendo ainda em consideração o autor anteriormente mencionado, que considera que a discricionariedade que estes profissionais possuem, sofre também limitações por fatores externos a si, como a incoerência e as imprecisões dos objetivos das políticas e das organizações, que apesar de não conhecerem a realidade com que o funcionário trabalha, criam limitações burocráticas aos mesmos e também por fatores internos, como por exemplo os valores do profissional, torna-se possível afirmar que um dos principais contributos que o Serviço Social pode representar para a qualidade de vida, dos CI, dos utentes e dos próprios serviços, é a utilização deste mesmo poder para a adaptação das respostas políticas e sociais existentes, às necessidades reais dos mesmos.

Para além do fácil acesso à população, e o contacto com o poder político, os assistentes sociais ocupam também em várias instituições a direção técnica das mesmas, ou seja, os profissionais de Serviço Social podem representar através do seu papel dentro das instituições, sobretudo quando estes têm destaque, um importante contributo para a humanização dos próprios serviços, referindo-nos neste caso aos serviços de saúde. Para tal é importante que estes profissionais não caiam no racionalismo e tecnicismo profissional e se mantenham atentos a situações violadoras dos direitos dos cidadãos que necessitam da sua intervenção. É importante, mesmo lutando contra todas as adversidades existentes a nível social, económico que por sua vez influenciam o funcionamento das próprias instituições e o agir profissional daqueles que la trabalham, que os assistentes sociais não percam o lado humano tão necessário à profissão, pois ao se trabalhar com pessoas, é preciso primeiramente compreende-las e conhece-las nas diversas dimensões que compõem o ser humanos, é preciso ouvi-las e só depois intervir.

O Serviço Social é uma profissão promotora e valorizadora do ser humano, não devendo em momento algum reduzir o mesmo às suas fragilidades e incapacidades, embora estas devam ser tidas em consideração, o profissional deve centrar-se sobretudo nas competências e capacidades que a pessoa possui para as colmatar, devendo existir uma aposta por parte desta área profissional na capacitação/*empowerment* dos CI, através da promoção de estratégias educativas/formadoras que possibilitem ao mesmo reforçar e construir competências que representarão uma mais-valia, na aceitação da transição para o papel de cuidados, na prestação dos próprios cuidados e na conseqüente redução da sobrecarga aos mesmos associada. Apostar na aquisição de competências, conhecimentos sobre recursos, legislação, equipamentos, possibilitará também ao CI melhorar a sua qualidade de vida, na medida em que se encontrará capacitado para defender os seus direitos e os da pessoa idosa dependente.

Relativamente ao utente, o assistente social pode contribuir para a sua qualidade de vida, trabalhando com este na aceitação da sua nova condição e a valorização das capacidades ainda existentes em detrimento das suas fragilidades.

Outro dos contributos essenciais do Serviço Social para a promoção de qualidade de vida dos CI e da pessoa recetora de cuidados, passa pela defesa da justiça social e dos direitos humanos, valores basilares da profissão.

Os assistentes sociais desenvolvem um trabalho cuja finalidade passa por promover mudanças sociais, tanto na sociedade, de uma forma geral, como nas dimensões mais individuais. Estes profissionais têm um papel fundamental na luta pelo bem-estar, pela realização pessoal de todos os seres humanos, assim como no desenvolvimento dos recursos necessários e indispensáveis para satisfazer as necessidades e as pretensões tanto individuais, como coletivas (ONU,1999).

O valor justiça, remete para aspetos que constituem os alicerces do respeito das sociedades pela dignidade, pela garantia da segurança e integridades dos seus membros. Este valor implica também a satisfação das necessidades humanas através do acesso a serviços fundamentais, bem como a uma distribuição equitativa dos recursos. A justiça surge assim como uma das maiores e mais fortes defesas contra todas as formas de opressão, bem como a base de um desenvolvimento humano equilibrado (ONU,1999 cit in Sousa, 2015).

A este nível o contributo do Serviço Social para a promoção da qualidade de vida dos CI e da pessoa recetora de cuidados, pode passar por assegurar a distribuição equitativa dos recursos ao longo de todo o país, como referido pela autora anterior, pois verificam-se grandes desigualdades no território nacional, quanto à disponibilidade e acesso por exemplos a projetos orientados para os CI. Se não existir igualdade de oportunidade no acesso aos mesmos, existirá a propagação de desigualdades prejudiciais para todas as partes envolvidas no processo de intervenção e de prestação de cuidados. A reforçar esta perspetiva, podemos aludir à teoria de Jonh Rawls, na qual o autor evoca a igualdade de oportunidades como um dos alicerces da justiça social, sendo assim essencial o Serviço Social reforçar a sua intervenção, neste sentido.

Para uma pessoa usufruir de qualidade de vida considera-se necessário, primeiramente possuir capacidades, no que se refere ao agir. Amartya Sen, de acordo com António Costa (2012), reconhece que as pessoas não possuem as mesmas capacidades e as mesmas oportunidades para superar situações de vulnerabilidade, seja essa associada a fatores sociais, económicos, ou mesmo a aspetos como a idade ou doença. Este autor

considera que uma redistribuição equitativa não se refere apenas aos bens materiais, mas também às capacidades de cada um para desenvolver e fortalecer os recursos que possibilitem a cada pessoa viver com dignidade e bem-estar.

Neste sentido a promoção da justiça social requer que se disponibilizem às pessoas os meios, mas também a liberdade de melhorar a sua capacidade (Adesky, 2013).

Assim podemos concluir que o contributo do Serviço Social passa também pela definição de estratégias em conjunto com a sociedade com as instituições públicas que detêm a responsabilidade de reformar as deficiências socioeconómicas e de construir as condições para que os indivíduos tenham capacidade de se empoderar, de agir de aplicar os recursos adquiridos.

Passando a perspetiva defendida pela capacitação dos CI de forma a melhorar a sua prestação enquanto parte cuidadora, então o trabalho desenvolvido, nomeadamente pelo Serviço Social tem de incidir na preparação interna, neste caso do CI e da pessoa cuidada, bem como na externa, ou seja, da sociedade, políticas e instituições de forma a que estas possam responder às necessidades inerentes ao processo de envelhecimento que caracteriza a atualidade.

Como último contributo do Serviço Social, considera-se a prática de mediação como uma mais valia, na intervenção com CI e pessoas idosas dependentes, na medida em que frequentemente surgem conflitos associados à prestação de cuidados.

A família afirma-se como um fator de suporte, quer na dimensão material, como afetiva e social, contudo devido às alterações ocorridas na sociedade, começaram a surgir dificuldades por parte da mesma em concretizar as funções de cuidador informal. Os conflitos começam a surgir a partir daqui, agravando quando se verificam diferentes entre representação sobre o papel da família e quando esta constata que não possui condições para prestar os cuidados necessários, ocorrendo por vezes a recusa por parte da família em prestar apoio ao idoso (Almeida, 2012).

Recorrendo à mesma autora, é possível referir que a mediação surge neste contexto como uma forma de analisar os conflitos e numa forma de agir refletida que possibilita fortificar a dimensão objetiva da qualidade de vida, e afirmar a dimensão subjetiva da mesma. O processo de mediação caracteriza-se pelo seu importante contributo, na medida em que permite reconhecer a importância das partes envolvidas, bem como a construção de alternativas para os conflitos; favorece o estabelecimento ou restabelecimento dos laços sociais; promove o reconhecimento das competências e

direitos de ambas as partes (CI e pessoa cuidada), desenvolvendo-se com base em estratégias dinâmicas englobando o contexto e todos os agentes sociais envolvidos.

Para além dos conflitos que podem surgir entre o CI e pessoa idosa em situação de dependência, também poderão surgir conflitos entre os CI e a rede de suporte formal, o que merece também especial atenção por parte do Serviço Social, de forma a promover união de esforços quanto à prestação de cuidados, o que permitirá, por um lado aliviar a sobrecarga do CI, e por outro a sobrecarga dos serviços formais, sendo assim possível construir uma ligação de complementaridade entre a rede informal e formal.

Podemos concluir que o contributo da estratégia de mediação, utilizada pelo Serviço Social, prende-se sobretudo por se possibilitar dar voz, quer à pessoa idosa, quer ao seu CI, e por sua vez reforçar a mesma junto das respostas existentes na comunidade. Se se valorizar a palavra das pessoas que vivenciam as situações-problemas será possível defender os seus direitos e criar oportunidades inexistentes até ao momento.

São diversos os desafios com que o Serviço Social se depara ao nível do envelhecimento, agravando-se os mesmos, devido ao contexto de crise atual que potencia o aumento das necessidades, os orçamentos escassos e as restrições impostas ao nível das instituições, respondendo estas às necessidades que vão surgindo na população, não de acordo com as suas necessidades, mas sim com base nas possibilidades que as próprias entidades possuem, o que conduz ao racionamento das respostas e conseqüentemente ao aumento das desigualdades (Carvalho, 2011).

Porém compete ao Serviço Social continuar a investir na valorização, na capacitação, quer dos cidadãos, quer das próprias instituições e políticas.

Em jeito de conclusão, tendo por base Helena Almeida (2012), pode referir-se que um dos principais contributos da presente investigação, para além das conclusões retiradas, que reforçaram estudos anteriormente realizados e de outras que acrescentam novos conhecimentos, passa pelo facto de englobar a perceção de todas as partes envolvidas, ou seja, o CI, a pessoa cuidada e os profissionais. A decisão de englobar os três elementos prendeu-se primeiramente, com o facto de se considerar fundamental, perceber e valorizar a opinião de todos daqueles que vivenciam as situações. Seguidamente por se considerar que a mobilização dos sujeitos reforça o seu sentimento de autoestima e de esperança no futuro e por fim, porque ao se reconhecer a relevância de todos os elementos é possível compreender as relações de cada elemento com o exterior, consigo próprio e com os outros, o que por sua permite otimizar a sua

colaboração e envolvimento no processo de procura ativa de alternativas adequadas às suas necessidades e fragilidades, bem como às suas competências e potencialidades.

## CONCLUSÃO

A presente investigação procurou compreender quais as implicações do envelhecimento dos CI de pessoas idosas dependentes, na sua qualidade de vida e na qualidade de vida das pessoas recetoras de cuidados. Para além do referido procurou-se através da presente investigação compreender o contributo que o Serviço Social pode representar no alcance, na promoção e na proteção dessa qualidade de vida, no contexto dos cuidados continuados integrados.

Os resultados obtidos com a presente investigação, demonstram que apesar de a RNCCI ter sido criada com o intuito de dar resposta a pessoas que independentemente da idade se encontrem em situação de dependência, o principal público das instituições pertencentes à Rede, é constituído por pessoas com idade superior a 60 anos, sobretudo do género feminino. Ainda sobre os utentes as informações obtidas através das entrevistas concretizadas com este grupo permitem constatar que são as filhas quem predominantemente se assumem como CI, sendo os principais cuidados prestados, o de alimentação e de higiene pessoal, referindo a maioria dos idosos que se encontra satisfeito com os cuidados recebidos. Relativamente à sua qualidade de vida os utentes entrevistados revelam que poderia ser melhor, se tivessem autonomia, saúde e capacidade para fazer coisas de que gostam e se tivessem companhia. Ainda sobre os utentes podemos mencionar que todos os utentes entrevistados se mostraram relutantes à ideia de ingressar numa ERPI. Podemos a este nível constatar que todos os utentes têm perceções e necessidades diferentes quanto à sua qualidade de vida, devendo por isso cada caso ser analisado de acordo com a sua singularidade e unicidade.

Quanto aos cuidadores informais, os dados obtidos na presente investigação permitem retirar algumas ilações, nomeadamente de que a maioria dos cuidadores apresenta também uma idade já avançada, sendo o género feminino aquele que mais assume o papel de cuidar. Contudo, a presente investigação, possibilitou-nos constatar que começa a existir uma expressividade cada vez mais acentuada do género masculino na prestação de cuidados, representando essa realidade uma importante temática para futuras investigações. Ao nível dos cuidadores informais foi também possível averiguar que existe uma grande dificuldade por parte deste grupo em reconhecer e admitir a necessidade de ajuda. Considera-se fundamental que se desenvolva um trabalho com este grupo, no sentido de compreender a importância da partilha, da solicitação de apoio, para o seu bem-estar físico e sobretudo psicológico. Sendo a família o principal suporte de

apoio da pessoa idosa dependente, considerou-se pertinente englobar a mesma na presente investigação, pois deve existir, não só uma preocupação com o utente, mas também com a pessoa que lhe presta cuidados, que muitas vezes necessita também ela de ser cuidada.

Neste sentido procurou-se compreender a perceção dos CI sobre a prestação de cuidados. Após os dados recolhidos podemos verificar que a vida dos CI sofre implicações em diversos níveis, nomeadamente, a nível físico, psicológico, social, financeiro, profissional e familiar. Importa ainda referir que é possível verificar que estes cuidadores sentem que perderam a sua autonomia, vendo-se alguns obrigados a abandonar a sua atividade profissional e outros a abdicar das suas atividades ocupacionais. Podemos acrescentar que todos os CI se sentiram forçados a reorganizar as suas vidas e rotinas em função da prestação de cuidados e das necessidades da pessoa idosa dependente, o que tem forte impacto negativo no seu percurso de vida e na sua qualidade. Verifica-se ainda ao nível dos CI a existência de um enorme desconhecimento sobre apoios e recursos a que podem recorrer e que possibilitam aliviar a sobrecarga a que estão sujeitos. Por fim, as informações obtidas nas entrevistas revelam que todos os CI demonstram vontade de levar a pessoa a quem prestam cuidados para o domicílio, após a sua alta da UCCI. Porém equacionam a hipótese de recorrer ao apoio de respostas sociais, nomeadamente à ERPI, o que vai contra à vontade da maioria dos utentes.

Após a análise dos dados obtidos sobre e através destes dois grupos-alvo, podemos constatar que existem de facto implicações na qualidade de vida do CI de pessoas idosas dependentes, contudo não são apenas as suas características, nomeadamente a sua idade, a principal promotora das mesmas. A presente investigação possibilitou compreender que existe um conjunto de variáveis que têm uma forte influencia na forma como o CI lida com a prestação de cuidados a uma pessoa idosa dependente, nomeadamente o desconhecimento sobre os recursos existentes na comunidades, o grau de dependência da pessoa idosa, a inadaptação dos serviços de saúde às situações que vão surgindo, a sobrelocação das respostas sociais, tornando-as incapazes de representar um suporte para os CI, a centralidade de projetos e formações em apenas alguns pontos fixos do país, não existindo uma disseminação e a criação de oportunidades para o acesso à formação, que representa uma mais-valia para o CI, pois fomenta a capacitação destes.

É o conjunto de todos estes aspetos e de muitos outros mencionados, ao longo da presente investigação que afetam negativamente a qualidade de vida do CI, e por sua vez a qualidade de vida da pessoa recetora de cuidados, pois a forma como o CI se sente será refletida na forma como age, intervém, cuida da pessoa em situação de dependência.

Neste sentido, torna-se fulcral a intervenção de profissionais, que conheçam tanto a população e os seus problemas, bem como as alternativas, as potencialidades e os recursos existentes. Neste âmbito os profissionais de Serviço Social desempenham um papel de destaque.

O contributo destes profissionais passa pela intervenção com o utente e com a sua família/cuidador na aceitação da nova condição e do novo papel; por um trabalho em prol nos serviços/instituições, através da sua humanização e adaptação às necessidades dos públicos-alvo e ainda ao nível das políticas sociais, contribuindo para a sua adequação à realidade, às necessidades da população e às dificuldades emergentes.

Na nossa opinião a presente investigação permitiu alcançar a generalidade dos objetivos propostos e produzir informações tendo em consideração a perspetiva de todas as partes envolvidas no processo de prestação de cuidados: o utente, o cuidador e os profissionais, nomeadamente os assistentes sociais.

Importa ainda referir que a presente monografia resulta da realização de um estágio inerente ao Mestrado em Serviço Social, tendo o mesmo sido realizado na UCCI da SCMCB, com uma duração de três meses. Esta foi uma experiência enriquecedora, na medida em que possibilitou colocar em prática e consolidar saberes adquiridos ao longo de toda a formação e também adquirir conhecimentos sobre o saber-fazer. O estágio permitiu estabelecer uma ligação entre a teoria e a prática, representando dessa forma um contributo essencial para a construção da identidade profissional da estagiária.

Para além destes importantes aspetos, o contacto com a realidade profissional, institucional, social, com os utentes, com as famílias, como as suas necessidades, possibilitou à estagiária reforçar-se e desenvolver-se pessoal e profissional tornando-a capaz de enfrentar de forma mais estruturada e reflexiva os desafios do quotidiano profissional.

## **Bibliografia**

ACSS (2017). *Monitorização da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados - 2016*. Lisboa: DRS- Departamento de Gestão da Rede de Serviços e Recursos em Saúde. Disponível em: [www.acss.min-saude.pt](http://www.acss.min-saude.pt).

Amaro, F. (2015). Envelhecer no mundo contemporâneo: oportunidades e incerteza. *RBCEH Passo Fundo*, 12, (3), 201-211.

Almeida, H.N. (2012). Envelhecimento, Qualidade de Vida e Mediação social Profissional na Saúde. In M.I. Carvalho (coord.), *Serviço Social na Saúde* (pp 139-178). Lisboa: Pactor.

António, S. (2013). Das políticas sociais da velhice à política social de envelhecimento. In M.I. Carvalho (coord.), *Serviço Social no Envelhecimento* (pp 81-101). Lisboa: Pactor.

Bardin, L. (2008). *Análise de Conteúdo*. Lisboa: Edições 70.

Carvalho, M.I.L.B. (2011). Serviço Social e envelhecimento ativo: teorias, práticas e dilemas profissionais. *Lusíada*, 38, 45-60.

Carvalho, M. I. (2012). Cuidados Continuados Integrados e Serviço Social. In M.I. Carvalho (coord.), *Serviço Social na Saúde* (pp 83-110). Lisboa: Pactor.

Correia, A.F., Pereira, E., & Costa, D. (2016). De que necessitam as pessoas idosas para viver com dignidade em Portugal?. *Análise Social*, 219, 366-401.

Carvalho, M.I. (2015). Cuidados familiares prestados a pessoas idosas. In M.I. Carvalho (coord.), *Serviço Social na Família* (pp 239-248). Lisboa: Pactor.

Costa, A.F. (2012). Desigualdades globais. *Sociologia, problemas e práticas*, 68, 9-32.

Coutinho, C.P. (2016). *Metodologia de Investigação em Ciências Sociais e Humanas: teoria e prática*. Coimbra: Almedina.

Cruz, D.C.M., Loureiro, H.A.M., Silva, M.A.C.G.M.M., & Fernandes, M.M. (2010). As vivências do cuidador informal do idoso dependente. *Revista de Enfermagem Referência, III série*, 2, 127-136.

D´Adesky, J. (2013). Diversidade, direitos Humanos e Justiça Social. *Rev. TST*, 3, (79), 181-191.

Direção-Geral de Saúde. (2006). *Manual de Boas Práticas para os Assistentes Sociais da Saúde na Rede de Cuidados Continuados Integrados*. Disponível em: [www.dgs.pt](http://www.dgs.pt).

Filho, T.P.A. (2014). Burocratas do Nível de Rua: uma análise interacionista sobre a atuação dos burocratas na linha de frente do Estado. *Áskesis*, 1 (3), 45-57.

Fleck, M.P.A. (2000). O instrumento de avaliação de qualidade de vida da Organização Mundial da Saúde (WHOQOL-100): características e perspectivas. *Ciência & Saúde Coletiva*, 5, (1), 33-38.

Gil, A.P. (2013). Voluntariado ou trabalho de cuidados na esfera familiar?: controvérsias em torno do envelhecimento ativo. In M.I. Carvalho (coord.), *Serviço Social no Envelhecimento* (pp 105-121) Lisboa: Pactor.

Gineste, Y., & Pellissier, J. (2007). *Humanidade: compreender a velhice, cuidar dos Homens velhos*. Lisboa: Instituto Piaget.

Grelha, P.A.S.S. (2009). *Qualidade Vida dos Cuidadores Informais de Idosos Dependentes em Contexto Domiciliário*. (Dissertação de Mestrado) Universidade de Lisboa, Lisboa.

Guadalupe, S. (2011). Anotações cronológicas sobre a trajetória do serviço social no sistema da saúde em Portugal. *Revista do Serviço Social & Saúde*, 10, (12), 99-126.

Instituto da Segurança Social, I.P (2016). Disponível em: <http://www.seg-social.pt/idosos>.

Instituto da Segurança Social, I.P (2017). Disponível em: [www.seg-social.pt](http://www.seg-social.pt).

Laranjeira, A.C. (2010). Velhos são os trapos: do positivismo clássico à nova era. *Saúde Soc*. 19 (4), 763-770.

Lima, M.F.M. (2013). *Políticas e respostas sociais de apoio à terceira idade em Portugal: o caso do concelho de Vila Verde* (Dissertação de Mestrado). Instituto de Ciências Sociais do Minho, Minho.

Marconi, M.A. & Lakatos, M.E. (2003). *Fundamentos de Metodologia Científica*. São Paulo: Editora Atlas S.A (5ª edição).

- Martins, O.S.P. (2014). *A família do idoso dependente – Análise das necessidades/dificuldades no cuidar no domicílio*. (Dissertação de Mestrado). Instituto Politécnico de Viana do Castelo, Viana do Castelo.
- Masfret, D.C. (2012). O Serviço Social de Saúde e o Planeamento da Alta para a Continuidade de Cuidados na Comunidade. In M.I. Carvalho (coord.), *Serviço Social na Saúde* (pp 55-80). Lisboa: Pactor.
- Meirinhos, M. & Osório, A. (2010). O estudo de caso como estratégia de investigação em educação. *EDUSER: Revista de educação*, 2 (2), 49-65.
- Melo, R.M.C., Rua, M.S., & Santos, C.S.V.B. (2014). Necessidades do cuidador familiar no cuidado à pessoa dependente: uma revisão integrativa da literatura. *Revista de Enfermagem Referência. Série IV*, 2, 143-151.
- Oliveira, A. (2012). Burocratas de linha de frente: executores e fazedores das políticas públicas. *Revista de Administração Pública*, 46 (6), 1552-1573.
- ONU (1999). *Direitos Humanos e Serviço Social: Manual para escolas e profissionais e Serviço Social*, Lisboa: Departamento Editorial do ISSScoop.
- Pego, M.A.S.S. (2013). *Cuidados Informais: Os Idosos em Situação de Dependência em Portugal*. (Dissertação de Mestrado). Universidade Nova de Lisboa, Lisboa.
- Pereira, H.J.A.R. (2011). Subitamente cuidadores informais! A experiência de transição para o papel de cuidador informal a partir de um evento inesperado. (Tese de Doutoramento). Universidade de Lisboa, Lisboa.
- Pereira, E.F., Teixeira, C.S & Santos, A. (2012). Qualidade de vida: abordagens, conceitos e avaliação. *Rev. bras. Educ. Fís. Esporte*, 2, (26), 241-250.
- Pimentel, L. & Maurício, C. (2015). O olhar dos assistentes sociais sobre o descanso do cuidador na Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados. In M.I. Carvalho (coord.), *Serviço Social na Família*. (pp 251-270) Lisboa: Pactor.
- Pinto, P. (2012). A Crise de Cidadania da Pessoa Idosa: O Imperativo de um Estatuto do Idoso em Portugal. *Interações*, 23, 51-61.

Quintal, C., Lourenço, O., & Ferreira, P. (2012). Utilização de cuidados de saúde pela população idosa portuguesa: uma análise por género e classes latentes. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, 1, (30), 35-46.

Quivy, R. & Campenhoudt, L.V. (2005). *Manual de Investigação em Ciências Sociais: Trajectos*. Lisboa: Gradiva (4ª edição).

Rodrigues, D.A. & Binet, M. (2015). “Não se importa que eu grave?”. Questões éticas e paradoxo do observador nos atendimentos de ação social. *Análise Social*, L, (215), 278-303.

Rodrigues, M.P.G. (2011). *Questionário de avaliação da sobrecarga do cuidador informal – versão reduzida*. (Dissertação de Mestrado). Escola Superior de Enfermagem do Porto, Porto.

Santa Casa da Misericórdia de Castelo Branco (SCMCB). *Relatório de Atividades e Contas 2016*.

Saraiva, D.M.F. (2011). *O olhar dos e pelos cuidadores: Os impactos de cuidar e a importância do apoio ao cuidador*. (Dissertação de Mestrado). Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação da Universidade de Coimbra, Coimbra.

Serra, I. & Gemitto, M.L (2013). Cuidadores informais: Quem quer ou quem pode? in F. Mendes., L. Gemitto., D. Cruz., & M. Lopes. (coord.). *Enfermagem Contemporânea: Dez Temas, Dez Debates*, (pp. 133-148). Évora: Repositório de Universidade de Évora.

Sousa, I. (2015). Serviço Social em debate: que referenciais genéricos?. *Lusíada. Intervenção Social*, 42/45, 11-23.

Teixeira, R.A., et al. (2017). *Medidas de Intervenção junto dos Cuidadores Informais: Documento Enquadrador, Perspetiva Nacional e Internacional*. Disponível em: [https://scholar.google.pt/scholar?hl=ptPT&lr=lang\\_pt&as\\_sdt=0%2C5&as\\_vis=1&q=Medidas+de+Interven%C3%A7%C3%A3o+junto+dos+Cuidadores+Informais%3A+Documento+Enquadrador%2C+Perspetiva+Nacional+e+Internacional.+&btnG](https://scholar.google.pt/scholar?hl=ptPT&lr=lang_pt&as_sdt=0%2C5&as_vis=1&q=Medidas+de+Interven%C3%A7%C3%A3o+junto+dos+Cuidadores+Informais%3A+Documento+Enquadrador%2C+Perspetiva+Nacional+e+Internacional.+&btnG).

UCCI (2014). Guião de acolhimento. Castelo Branco: SCMCB.

UCCI (2014). Regulamento Interno. Castelo Branco: SCMCB.

UMCCI (2011). *Manual do Prestador – Recomendações para a Melhoria Continua*. Disponível em: [www.acss.min-saude.pt](http://www.acss.min-saude.pt).

Yin, R. K. (2001). *Estudo de caso: planeamento e métodos*. São Paulo: Bookman (2ª edição).

### **Legislação**

Código do Trabalho -art. 252 – Falta para assistência a membro do agregado familiar.

Decreto-Lei N.º 101/2006, 6 de junho - É criada, pelo presente decreto-lei, a Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados, no âmbito dos Ministérios da Saúde e do Trabalho e da Solidariedade Social, adiante designada por Rede.

Despacho n.º 19040/2006 - Define a constituição, organização e as condições de funcionamento das equipas que asseguram a coordenação da rede nacional de cuidados continuados integrados, a nível regional e local.

### **Webgrafia**

Administração Central do Sistema de Saúde: [www.acss.min-saude.pt](http://www.acss.min-saude.pt)

Carta Social: <http://www.cartasocial.pt/>

Direção Geral de Saúde: [www.dgs.pt](http://www.dgs.pt)

Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação da Universidade de Coimbra – Relações, Desenvolvimento & Saúde: <http://www.fpce.uc.pt/saude/whoqolbref.htm>

Instituto da Segurança Social, I.P: [www.seg-social.pt](http://www.seg-social.pt)

## **Apêndices**

## **Apêndice 1**

**Tabela 11 - Grelha das atividades desenvolvidas ao longo do estágio**

<b>Grelha das atividades desenvolvidas ao longo do estágio</b>	
<p><b><u>Momentos iniciais do estágio</u></b> <b><u>(18/09/2017-10/10/2017)</u></b></p> <p><b>Enquadramento teórico-concetual</b> (18/09/2017 – início)</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Conhecimento da instituição/profissionais;</li> <li>- Consulta de documentos internos da instituição/bibliografia sobre CCI;</li> <li>- Análise de documentos/formulários inerentes à prática profissional;</li> <li>- Reuniões de equipa;</li> <li>- Observação de reuniões com famílias;</li> <li>- Observação de admissões;</li> <li>- Análise dos processos individuais dos utentes;</li> <li>- Observação do trabalho desenvolvido pelas Fisioterapeutas e Terapeuta Ocupacional;</li> <li>- Participação em atividade de Animação Sociocultural: Dia do Idoso; Sessão de leitura criativa.</li> </ul>
<p><b><u>No decorrer do estágio</u></b> <b><u>(11/10/2017- 30/11/2017)</u></b></p> <p><b>Enquadramento teórico-concetual</b> (24/10/2017- conclusão)</p> <p><b>Enquadramento metodológico</b> <b>Construção dos instrumentos de recolha de dados</b> (25/10/2017 – 17/11/2017)</p> <p><b>Consentimentos para entrevistas</b> (20/11/2017- 21/11/2017)</p> <p><b>Recolha de dados - entrevistas</b> (22/11/2017 – início)</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Observação de admissões;</li> <li>- Observação de reuniões com famílias;</li> <li>- Redação dos relatórios sociais após admissões e reuniões familiares;</li> <li>- Articulação interinstitucional;</li> <li>- Elaboração de tabelas com dados de instituições com ERPI, com base na Carta Social;</li> <li>- Seminário: “III Encontro de Gerontologia – De velho se volta a menino”;</li> <li>- Formação: “Posicionamentos e transferências em pessoas com mobilidade reduzida ”;</li> <li>- Participação em actividades de Animação Sociocultural: magusto, dança; ensaios para a festa de natal; sessão fotográfica de natal.</li> </ul>
<p><b><u>Momentos finais do estágio</u></b> <b><u>(04/12/2017- 22/12/2017)</u></b></p> <p><b>Recolha de dados- entrevistas</b> (12/12/2017- conclusão)</p> <p><b>Transcrição das entrevistas</b> (23/11/2017- 22/12/2017 (continuou até 05/01/2018))</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Reuniões de equipa;</li> <li>- Realização de uma admissão/reunião com familiar do utente, com supervisão;</li> <li>- Observação de reuniões familiares;</li> <li>- Redação dos relatórios sociais após admissões e reuniões familiares e de notas de alta;</li> <li>- Análise dos processos individuais dos utentes;</li> <li>- Participação em actividades de animação sociocultural: festa de natal.</li> </ul>

**Fonte:** Elaboração própria com base no diário de campo construído ao longo do estágio

## Apêndice 2

### **Consentimentos informados: assistentes sociais; cuidadores; utentes**

#### **Consentimento informado**

A presente entrevista enquadra-se numa investigação no âmbito de uma dissertação de Mestrado em Serviço Social, realizada na Faculdade de Psicologia e Ciências da educação da Universidade de Coimbra, com o título “Consequências do envelhecimento dos cuidadores informais de idosos dependentes, na qualidade de vida de ambas as partes. O papel do Serviço Social”. Esta entrevista está autorizada pelo Exm.º Senhor Provedor da Santa Casa da Misericórdia, da qual faz parte a Unidade de Cuidados Continuados Integrados.

Esta investigação tem como objetivos compreender as necessidades e dificuldades sentidas pelos cuidadores informais com uma idade avançada, na prestação de cuidados a uma pessoa idosa dependente, e como tal pode influenciar a qualidade de vida tanto do cuidador como do utente. Pretende-se também entender qual o contributo do Serviço Social no apoio a essa qualidade de vida, no contexto de Cuidados Continuados Integrados.

Para responder aos objetivos definidos torna-se importante a colaboração dos **Assistentes Sociais** da UCCI da SCM CB.

Informo ainda que o presente estudo não resultará em nenhuma despesa ou risco, sendo as informações recolhidas utilizadas apenas para fins académicos, garantindo-se o anonimato dos participantes.

Após a leitura das informações acima referidas declaro que aceito participar nesta pesquisa.

Declaro também que aceito/não aceito a gravação de voz da entrevista.

Assinatura:

---

Data

\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

## ENTREVISTA

A presente entrevista enquadra-se numa investigação no âmbito de uma dissertação de Mestrado em Serviço Social, realizada na Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação da Universidade de Coimbra, com o título “Consequências do envelhecimento dos cuidadores informais de idosos dependentes, na qualidade de vida de ambas as partes. O contributo do Serviço Social”. Esta entrevista está autorizada pelo Exm.º Senhor Provedor da Santa Casa da Misericórdia, da qual faz parte a UCCI sendo dirigida aos Assistentes Sociais da UCCI da SCMCB.

Esta investigação tem como objetivos compreender as necessidades e dificuldades sentidas pelos cuidadores informais com uma idade avançada, na prestação de cuidados a uma pessoa idosa dependente, e como tal pode influenciar a qualidade de vida tanto do cuidador como do utente. Pretende-se também entender qual o contributo do Serviço Social no apoio a essa qualidade de vida, no contexto de Cuidados Continuados Integrados.

Os resultados obtidos serão utilizados apenas com fins académicos, representando as respostas dos inquiridos apenas a sua opinião.

Solicitamos que responda de forma espontânea e sincera a todas as questões colocadas, uma vez que não existem respostas corretas ou erradas.

Obrigada pela colaboração!

### Questões:

1. Considera que o envelhecimento dos cuidadores informais de pessoas idosas dependentes tem consequências na qualidade de vida de ambas as partes? Se sim, quais?
2. Quais considera ser os contributos do assistente social na intervenção com cuidadores informais de idosos dependentes?
3. Quais as maiores dificuldades que sente na intervenção nestas situações?
4. Considera que o envelhecimento dos cuidadores informais tem impactos nos serviços?
5. Que aspetos considera pertinentes para melhorar as dificuldades que resultam destas situações?

**Código da entrevista:** \_\_\_\_\_

**Data:** \_\_/\_\_/\_\_

### Consentimento informado

A presente entrevista enquadra-se numa investigação no âmbito de uma dissertação de Mestrado em Serviço Social, realizada na Faculdade de Psicologia e Ciências da educação da Universidade de Coimbra, com o título “Consequências do envelhecimento dos cuidadores informais de idosos dependentes, na qualidade de vida de ambas as partes. O papel do Serviço Social”. Esta entrevista está autorizada pelo Ex.º Senhor Provedor da Santa Casa da Misericórdia, da qual faz parte a Unidade de Cuidados Continuados Integrados, sendo dirigida aos cuidadores informais dos utentes internados na UCCI da SCMCB.

Esta investigação tem como objetivos compreender as necessidades e dificuldades sentidas pelos cuidadores informais com uma idade avançada, na prestação de cuidados a uma pessoa idosa dependente, e como tal pode influenciar a qualidade de vida tanto do cuidador como do utente. Pretende-se também entender qual o papel que o Serviço Social ocupa no apoio às situações com estas características, no contexto de Cuidados Continuados Integrados.

Para responder aos objetivos definidos torna-se importante a colaboração dos **cuidadores informais** dos utentes internados na UCCI da SCMCB.

Informo ainda que o presente estudo não resultará em nenhuma despesa ou risco, sendo as informações recolhidas utilizadas apenas para fins académicos, garantindo-se o anonimato dos participantes.

Após a leitura das informações acima referidas declaro que aceito participar nesta pesquisa.

Declaro também que aceito/não aceito a gravação de voz da entrevista.

Assinatura:

---

Data

\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

## ENTREVISTA

A presente entrevista enquadra-se numa investigação no âmbito de uma dissertação de Mestrado em Serviço Social, realizada na Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação da Universidade de Coimbra, com o título “Consequências do envelhecimento dos cuidadores informais de idosos dependentes, na qualidade de vida de ambas as partes. O contributo do Serviço Social”. Esta entrevista está autorizada pelo Exm.º Senhor Provedor da Santa Casa da Misericórdia, da qual faz parte a UCCI, sendo dirigida aos Cuidadores Informais dos utentes internados na UCCI da SCMCB.

Esta investigação tem como objetivos compreender as necessidades e dificuldades sentidas pelos cuidadores informais com uma idade avançada, na prestação de cuidados a uma pessoa idosa dependente, e como tal pode influenciar a qualidade de vida tanto do cuidador como do utente. Pretende-se também entender qual o contributo do Serviço Social no apoio a essa qualidade de vida, no contexto de Cuidados Continuados Integrados.

Os resultados obtidos serão utilizados apenas com fins académicos, representando as respostas dos inquiridos apenas a sua opinião.

Solicitamos que responda de forma espontânea e sincera a todas as questões colocadas, uma vez que não existem respostas corretas ou erradas.

Obrigada pela colaboração!

### Questões:

1. Considera que cuidar de uma pessoa idosa dependente tem consequências na sua qualidade de vida? Se sim, quais?
2. Considera que recebe o apoio necessário para prestar cuidados ao seu familiar dependente para que esse tenha uma boa qualidade de vida?
3. Conhece os apoios que existem para os cuidadores de pessoas idosas dependentes? Se sim, como obteve esse conhecimento?
4. Qual pretende que seja o destino pós-alta da pessoa a quem presta cuidado?
5. O que considera necessário para continuar a prestar cuidados sem que isso afecte a sua qualidade de vida, quando o seu familiar tiver alta?

**Código da entrevista:** \_\_\_\_\_

**Data:** \_\_/\_\_/\_\_

### Consentimento informado

A presente entrevista enquadra-se numa investigação no âmbito de uma dissertação de Mestrado em Serviço Social, realizada na Faculdade de Psicologia e Ciências da educação da Universidade de Coimbra, com o título “Consequências do envelhecimento dos cuidadores informais de idosos dependentes, na qualidade de vida de ambas as partes. O contributo do Serviço Social”. Esta entrevista está autorizada pelo Exm.º Senhor Provedor da Santa Casa da Misericórdia, da qual faz parte a Unidade de Cuidados Continuados Integrados.

Esta investigação tem como objetivos compreender as necessidades e dificuldades sentidas pelos cuidadores informais com uma idade avançada, na prestação de cuidados a uma pessoa idosa dependente, e como tal pode influenciar a qualidade de vida tanto do cuidador como do utente. Pretende-se também entender qual o contributo do Serviço Social no apoio a essa qualidade de vida, no contexto de Cuidados Continuados Integrados.

Para responder aos objetivos definidos torna-se importante a colaboração dos **utentes** internados na UCCI da Santa Casa da Misericórdia de Castelo Branco.

Informo ainda que o presente estudo não resultará em nenhuma despesa ou risco, sendo as informações recolhidas utilizadas apenas para fins académicos, garantindo-se o anonimato dos participantes.

Após a leitura das informações acima referidas declaro que aceito participar nesta pesquisa.

Declaro também que aceito/não aceito a gravação de voz da entrevista.

Assinatura:

---

Data

\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

## ENTREVISTA

A presente entrevista enquadra-se numa investigação no âmbito de uma dissertação de Mestrado em Serviço Social, realizada na Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação da Universidade de Coimbra, com o título “Consequências do envelhecimento dos cuidadores informais de idosos dependentes, na qualidade de vida de ambas as partes. O contributo do Serviço Social”. Esta entrevista está autorizada pelo Exm.º Senhor Provedor da Santa Casa da Misericórdia, sendo dirigida aos utentes internados na UCCI da SCMCB.

Esta investigação tem como objetivos compreender as necessidades e dificuldades sentidas pelos cuidadores informais com uma idade avançada, na prestação de cuidados a uma pessoa idosa dependente, e como tal pode influenciar a qualidade de vida tanto do cuidador como do utente. Pretende-se também entender qual o contributo do Serviço Social no apoio a essa qualidade de vida, no contexto de Cuidados Continuados Integrados.

Os resultados obtidos serão utilizados apenas com fins académicos, representando as respostas dos inquiridos apenas a sua opinião.

Solicitamos que responda de forma espontânea e sincera a todas as questões colocadas, uma vez que não existem respostas corretas ou erradas.

Obrigada pela colaboração!

### Questões:

1. Antes de entrar para a UCCI quem lhe prestava cuidados?
2. Que cuidados recebia antes de entrar para a UCCI?
3. O que espera dos cuidados que lhe são prestados?
4. Considera que tem uma boa qualidade de vida? Se não, o que lhe falta?
5. Quando tiver alta da UCCI se não puder ir para casa qual espera que seja a solução?

**Código da entrevista:** \_\_\_\_\_

**Data:** \_\_/\_\_/\_\_

### **Apêndice 3**

#### **Formulário para caracterização da amostra de CI**

##### **Formulário**

O presente formulário enquadra-se numa investigação no âmbito de uma dissertação de Mestrado em Serviço Social, realizada na Faculdade de Psicologia e Ciências da educação da Universidade de Coimbra, com o título “Consequências do envelhecimento dos cuidadores informais de idosos dependentes, na qualidade de vida de ambas as partes. O contributo do Serviço Social”. A entrevista está autorizada pelo Exm.º Senhor Provedor da Santa Casa da Misericórdia, da qual faz parte a Unidade de Cuidados Continuados Integrados.

Esta investigação tem como objetivos compreender as necessidades e dificuldades sentidas pelos cuidadores informais com uma idade avançada, na prestação de cuidados a uma pessoa idosa dependente, e como tal pode influenciar a qualidade de vida tanto do cuidador como do utente. Pretende-se também entender qual o contributo do Serviço Social no apoio a essa qualidade de vida, no contexto de Cuidados Continuados Integrados.

Os dados aqui solicitados têm como objetivo a caracterização dos participantes, sendo a informação recolhida utilizada apenas para fins académicos, garantindo-se o anonimato dos participantes.

**Idade:** \_\_\_\_anos

**Género:**

- Feminino: \_\_\_\_
- Masculino: \_\_\_\_

**Grau de parentesco com o utente internado na UCCI:**

- Cônjuge (marido/esposa): \_\_\_\_
- Filho/a: \_\_\_\_
- Pai: \_\_\_\_
- Mãe: \_\_\_\_
- Irmão/ã: \_\_\_\_
- Avô/Avó: \_\_\_\_
- Neta/o: \_\_\_\_
- Outro: \_\_\_\_ Qual? \_\_\_\_\_

**Código:** \_\_\_\_\_

**Data:** \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

## Apêndice 4

Tabela 15 -Grelha de análise de entrevistas -semelhanças e disparidades

### Análise das entrevistas – utentes

<b>Questão 1: Antes de entrar para a UCCI quem lhe prestava cuidados?</b>					
Respostas	Código das entrevistas				
	Ut1	Ut2	Ut3	Ut4	Ut5
Pai	x				
Cônjuge			x		
Filha			x	x	x
Filho	x				
Instituições/respostas sociais	x	x			

<b>Questão 2: Que cuidados recebia antes de entrar na UCCI?</b>					
Respostas	Código das entrevistas				
	Ut1	Ut2	Ut3	Ut4	Ut5
Alimentação	x	x	x	x	x
Cuidados de higiene	x		x		x
Auxílio no vestir	x		x		
Apoio nas transferências	x				

<b>Questão 3: O que espera dos cuidados que lhe são prestados?</b>					
Respostas	Código das entrevistas				
	Ut1	Ut2	Ut3	Ut4	Ut5
Espera que sejam iguais aos recebidos anteriormente ao internamento	x				x
Espera que sejam bons			x		
Espera recuperar bastante para voltar para casa				x	
Não sabe dizer		x			

<b>Questão 4: Considera que tem uma boa qualidade de vida? Se não, o que lhe falta?</b>					
Respostas	Código das entrevistas				
	Ut1	Ut2	Ut3	Ut4	Ut5
Sim			x		
Não		x			
Sim, tendo em consideração as limitações	x				
Podia ser melhor				x	x
<b>- O que lhe falta?</b>					
Respostas	Código das entrevistas				
	Ut1	Ut2	Ut3	Ut4	Ut5
Aumentar a sua autonomia	x				
Alguém que cuide de si		x			
Saúde		x	x		
Força/capacidade para conseguir fazer o que gosta		x		x	x

<b>Companhia</b>					X
<b>Não falta nada</b>			X		

**Questão 5: Quando tiver alta da UCCI se não puder ir para casa, qual espera que seja solução?**

Respostas	Código das entrevistas				
	Ut1	Ut2	Ut3	Ut4	Ut5
<b>Pretende regressar ao domicílio</b>	X	X	X	X	X
<b>Recusa-se a ingressar ERPI</b>	X				X
<b>Não se importa de ir para uma ERPI, desde que seja bem tratado</b>		X			
<b>Não gostava de ir para uma ERPI, mas se for acompanhada pelo marido aceita</b>			X		
<b>Prefere ir para uma Resposta Social para conviver e não incomodar as filhas</b>				X	
<b>Não quer ir para ERPI, preferindo ficar sozinha na sua casa</b>					X

### Análise das entrevistas – cuidadores informais

**Questão 1: Considera que cuidar de uma pessoa idosa dependente tem consequências na sua qualidade de vida? Se sim, quais?**

Respostas	Código das entrevistas				
	CI1	CI2	CI3	CI4	CI5
<b>Sim</b>	X				
<b>Não</b>		X	X	X	X

**- Quais?; Abdicou de alguma coisa para cuidar?**

Respostas	Código das entrevistas				
	CI1	CI2	CI3	CI4	CI5
<b>Diminuição da autonomia</b>	X				
<b>Reorganização das rotinas/atividades quotidianas</b>	X	X	X		X
<b>Cessaçã o da atividade profissional</b>		X		X	
<b>Abandono de atividades ocupacionais</b>		X			
<b>Complicações ao nível da saúde</b>	X	X	X		X
<b>Afastamento da família</b>				X	X
<b>Sentimento de incapacidade para ajudar</b>			X		X

**Questão 2: Considera que recebe o apoio necessário para prestar cuidados ao seu familiar dependente para que esse tenha uma boa qualidade de vida?**

Respostas	Código das entrevistas				
	CI1	CI2	CI3	CI4	CI5
<b>Sim</b>	X		X	X	X
<b>Não</b>		X			

**Questão 3: Conhece os apoios que existem para os cuidadores de pessoas idosas dependentes? Se sim, como obteve esse conhecimento?**

Respostas	Código das entrevistas				
	CI1	CI2	CI3	CI4	CI5
Sim					
Não	x	x	x	x	x
<b>- Nunca ninguém o/a informou, por exemplo, sobre apoios a que pode recorrer?</b>					
Respostas	Código das entrevistas				
	CI1	CI2	CI3	CI4	CI5
Sim					
Não	x			x	
Os filhos é que tratam do assunto		x			
Em caso de dúvida recorria aos enfermeiros			x		
A assistente social disponibilizou informação, esclareceu e apoiou			x		x
A informação foi disponibilizada por outros profissionais (médicos, psicólogos)					x
A Segurança Social disponibilizou informação					x

<b>Questão 4: Qual pretende que seja o destino pós-alta da pessoa a quem presta cuidado?</b>					
Respostas	Código das entrevistas				
	CI1	CI2	CI3	CI4	CI5
Depende do grau de autonomia	x				
Domicílio	x	x		x	x
Institucionalização	x	x			
RSBE			x		
Depende do apoio que tiver					x

<b>Questão 5: O que considera necessário para continuar a prestar cuidados sem que isso afete a sua qualidade de vida, quando o seu familiar tiver alta?</b>					
Respostas	Código das entrevistas				
	CI1	CI2	CI3	CI4	CI5
Mobilidade/autonomia do utente	x	x			x
Ter condições ao nível da saúde para cuidar	x				
Apoio de respostas sociais (SAD, CD)	x	x			
Força para cuidar		x			
Ajuda de uma pessoa permanentemente				x	
Ajuda monetária			x		
Apoio da família			x		

### Análise das entrevistas - assistentes sociais

**Questão 1: Considera que o envelhecimento dos cuidadores informais de pessoas idosas dependentes tem consequências na qualidade de vida de ambas as partes? Se sim, quais?**

Respostas	Código das entrevistas	
	AS1	AS2
Sim	x	x
Não		
<b>- Se sim, quais?</b>		
Respostas	Código das entrevistas	
	AS1	AS2
O papel do cuidador quando marcado pela exaustão e cansaço pode levar à desadequação dos cuidados prestados.	x	
O envelhecimento dos cuidadores dificulta o planeamento dos cuidados.	x	
Muitas vezes os cuidadores são eles próprios idosos e doentes colocando-se a necessidade de cuidado mútuo.		x
O papel do cuidador requer a reorganização familiar.		x
Prestar cuidados exige uma maior disponibilidade resultando, frequentemente em situações de grande stress/cansaço no cuidador, mas também no doente.	x	x
É necessário alterar-se rotinas e hábitos de vida.		x
O estado do cuidador reflete-se na pessoa recetora de cuidados.		x
A dependência de um elemento da família gera instabilidade individual e coletiva.		x

**Questão 2: Qual considera ser o papel do assistente social na intervenção com cuidadores informais de idosos dependentes?**

Respostas	Código das entrevistas	
	AS1	AS2
Orientar para respostas na comunidade, quando o objetivo passa pela organização pessoal, familiar e social do cuidador	x	
Verificar outras necessidades do cuidador (apoios sociais, ajudas técnicas...)	x	x
Apoiar os utentes sem descuidar dos cuidadores		x
Apoiar os cuidadores na antecipação e planeamento de situações		x
Prever as diversas dificuldades e necessidades que podem surgir e averiguar quais as possibilidades de o cuidador prestar cuidados ao utente		x
Disponibilizar informação sobre direitos sociais, benefícios e recursos a que o cuidador pode recorrer	x	x
Fomentar a aprendizagem dos cuidadores sobre estratégias de autocuidados de forma a prevenir situações prejudiciais para o cuidador e consequentemente para o utente		x

Dar a conhecer a modalidade Descanso do Cuidador e outras respostas que aliviem a carga dos cuidados	x	x
--	---	---

<b>Questão 3: Quais as maiores dificuldades que sente na intervenção nestas situações?</b>		
Respostas	Código das entrevistas	
	AS1	AS2
A resistência dos cuidadores em aceitar que outra pessoa cuide do doente	x	
A relutância dos cuidadores em delegar tarefas associadas ao cuidar	x	
A difícil aceitação do cuidador da máxima “cuidar de si primeiro enquanto nós cuidamos do seu”	x	x
A dificuldade do cuidador em admitir e aceitar que necessita de apoio	x	x
A dificuldade de aceder aos cuidadores que prestam cuidados apenas por se fixarem no modelo tradicional da família (os pais cuidam primeiro dos filhos, depois os filhos têm de cuidar dos pais), nas normas sociais, na pressão social ou na noção de dever moral		x

<b>Questão 4: Considera que o envelhecimento dos cuidadores informais tem impactos nos serviços?</b>		
Respostas	Código das entrevistas	
	AS1	AS2
Sim	x	x
Não		
<b>- Quais os impactos?</b>		
Respostas	Código das entrevistas	
	AS1	AS2
Necessidade de repensar a adequação dos serviços existentes à realidade do envelhecimento dos cuidadores	x	
Cuidadores envelhecidos exigem maior apoio e orientação		x
Cuidadores envelhecidos requer maior divulgação de informação, explicação de procedimentos, apoio no preenchimento de impressos		x
Cuidadores envelhecidos requerem um maior trabalho, colaboração e paciência do profissional		x
Cuidadores mais envelhecidos tendem a desresponsabilizar-se mais no momento da alta		x
Cuidadores envelhecidos têm maior dificuldade em se envolver na intervenção, de forma a representarem um suporte essencial para a alta do utente, devido sobretudo ao seu estado de saúde também vulnerável		x
Cuidadores envelhecidos tende a recusar retirar o utente da instituição, complicando o objetivo de alta protegida		x

**Questão 5: Que aspetos considera pertinentes para melhorar esta situação?**

Respostas	Código das entrevistas	
	AS1	AS2
<b>Acompanhamento das situações (sinalização dos casos para uma rápida intervenção por parte de instituições e respostas na comunidade)</b>	x	
<b>Repensar o modelo atual de auxílio ao cuidador</b>	x	
<b>Superação através das redes de apoio</b>		x
<b>Reorganização familiar e social</b>		x
<b>Envolvência e participação do cuidador e da restante família para sua proteção e valorização</b>		x
<b>Articulação e colaboração dos diversos profissionais</b>		x
<b>Usufruto de respostas sociais, como SAD para alívio da sobrecarga e apoio</b>		x
<b>Encaminhamento para grupos de autoajuda, partilha de experiências entre pessoas que vivenciam ou vivenciaram uma situação semelhante</b>		x

## **Anexos**

## **Anexo 1**

**Tabela 1-** Estrutura demográfica mundial em 2015: proporção dos grupos de idade 0-14 e 60+, em percentagem

Região	0-14 anos	60 ou mais anos
Mundo	26,1	12,3
África	41,4	5,4
Ásia	24,5	11,6
Europa	15,7	23,9
América Latina e Caribe	25,7	11,2
América do Norte	18,7	20,8

**Fonte:** Nações Unidas (2015), cit. in Amaro, 2015.

## **Anexo 2**

**Tabela 2-** Estrutura demográfica em algumas regiões (2013): proporção dos grupos 0-14 anos e 60+, em percentagem

Região/País	0-14 anos	60+ anos
Europa	15,7	23,9
> Portugal	14,1	27,1
América Latina e Caribe	25,7	11,2
> Brasil	23,0	11,7
❖ Rio Grande do Sul	19,6	15,3
América do Norte	18,7	20,8

**Fonte:** Nações Unidas (2015) e FEE (2015), cit.in Amaro, 2015

### **Anexo 3**

**Tabela 3** – Esperança média de vida ao nascer em 5 países: 1990-2012.

País	Homens	Mulheres
Japão	76/80	82/87
Itália	74/80	80/85
Alemanha	72/78	79/83
Portugal	71/77	78/84
Brasil	63/71	70/78

**Fonte:** OMS (2014), cit. in Amaro, 2015

## **Anexo 4**

**Tabela 4:** Medidas dirigidas às pessoas idosas em situação de dependência

<b>Medidas</b>	<b>Tipo de Resposta</b>
<b>Pestações Sociais</b>	Pensão de Velhice
	Pensão Social de Velhice
	Complemento Solidário para Idosos (CSI)
<b>Respostas Sociais</b>	Em serviços:
	Serviço de Apoio Domiciliário
	Apoio Domiciliário Integrado
	Acolhimento Familiar para Pessoas Idosas e Adultas com Deficiência
	Em Equipamentos:
	Lar de Idosos
	Residência
	Centro de Dia
	Centro de Convívio
	Centro de Noite
Unidades de Apoio Integrado (UAI)	
<b>Programas e Medidas</b>	Transversais:
	Programa de Alargamento da Rede de Equipamentos Sociais (PARES)
	Comparticipação direta às famílias
	Linha Nacional de Emergência Social (LNES)
	Rede Social
	Programa para a Inclusão e Desenvolvimento (PROGRIDE)
	Programa Comunitário de Ajuda Alimentar a Carenciados (PCAAC)
	Programa de Cooperação para o Desenvolvimento da Qualidade e Segurança das Respostas Sociais
	Específicas:
	Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI)
	Programa Conforto Habitacional para Pessoas Idosas (PCHI)
Programa ReCriar o Futuro	
Programa de Apoio Integrado a Idosos (PAII)	

**Fonte:** Serviço Social no Envelhecimento, 2013

## Anexo 5

**Tabela 6 - Cobertura Populacional de camas 2015 e 2016**

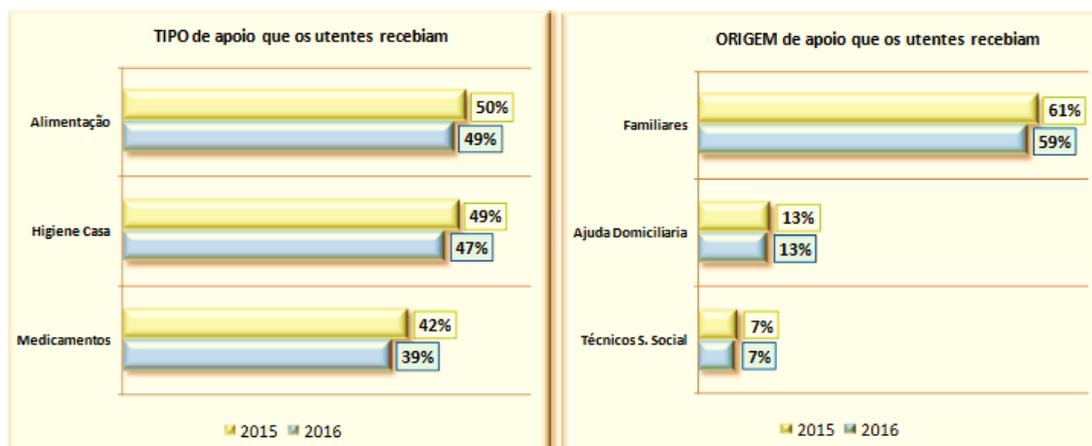
Região	N.º de habitantes com idade ≥ 65 anos	UC				UMDR			
		N.º de camas		N.º camas por 100.000 hab. ≥ de 65anos		N.º de camas		N.º camas por 100.000 hab. ≥ de 65anos	
		2015	2016	2015	2016	2015	2016	2015	2016
Norte	631 439	157	157	25	25	619	737	98	117
Centro	393 338	236	251	60	64	719	775	183	197
LVT	696 815	167	199	24	29	673	720	97	103
Alentejo	128 427	135	135	105	105	186	203	145	158
Algarve	87 769	69	69	79	79	109	143	124	163
<b>TOTAL</b>	<b>1 937 788</b>	<b>764</b>	<b>811</b>	<b>39</b>	<b>42</b>	<b>2 306</b>	<b>2 578</b>	<b>119</b>	<b>133</b>

Região	N.º de habitantes com idade ≥ 65 anos	ULDM			
		N.º de camas		N.º camas por 100.000 hab. ≥ de 65anos	
		2015	2016	2015	2016
Norte	631 439	1360	1534	215	243
Centro	393 338	1247	1332	317	339
LVT	696 815	1041	1119	149	161
Alentejo	128 427	425	431	331	336
Algarve	87 769	338	307	385	350
<b>TOTAL</b>	<b>1 937 788</b>	<b>4 411</b>	<b>4 723</b>	<b>228</b>	<b>244</b>

Fonte: Retirado e adaptado de ACSS, 2017 disponível em [www.acss.min-saude.pt](http://www.acss.min-saude.pt)

## Anexo 6

**Gráfico 3:** Apoios previamente prestados aos utentes



Fonte: Retirado e adaptado de ACSS, 2017 disponível em [www.acss.min-saude.pt](http://www.acss.min-saude.pt)