



UNIVERSIDADE D  
COIMBRA

Filipa Raquel Santana Correia Zacarias

**OFERTA E PROCURA DE CUIDADOS A IDOSOS  
EM PORTUGAL**

**Dissertação no âmbito do Mestrado em Gestão e Economia da Saúde  
orientada pela Professora Doutora Aida Isabel Tavares  
e Professor Doutor Pedro Lopes Ferreira  
apresentada à Faculdade de Economia da Universidade de Coimbra**

Outubro de 2020



Filipa Raquel Santana Correia Zacarias

# Oferta e Procura de Cuidados a Idosos em Portugal

Dissertação no âmbito do Mestrado em Gestão e Economia da Saúde,  
apresentada à Faculdade de Economia da Universidade de Coimbra para obtenção  
do grau de Mestre

Orientadores: Professora Doutora Aida Isabel Tavares e Professor Doutor Pedro Lopes Ferreira

Coimbra, outubro de 2020

Aos meus Pais e Irmão,  
Isabel, António e Nelson  
Pelo amor e apoio incondicional.

## Agradecimentos

Ao finalizar esta dissertação de mestrado, cabe-me agradecer a algumas pessoas que direta ou indiretamente contribuíram de forma positiva em todo o meu percurso académico e especialmente nesta fase final.

À Professor Doutora Aida Isabel Tavares, por todo o conhecimento transmitido durante a realização desta dissertação. Agradeço o seu apoio, disponibilidade, estímulo transmitido durante a execução deste trabalho e pela sua sinceridade demonstrada nas apreciações, mas principalmente nas críticas construtivas, que sem dúvida permitiram o enriquecimento deste trabalho.

Ao Professor Doutor Pedro Lopes Ferreira, pela disponibilidade demonstrada, conhecimento e motivação transmitida ao longo desta etapa, pelas valiosas discussões, sugestões e críticas, que foram úteis não só para a conclusão da dissertação, mas também para o futuro.

A todos os meus colegas de curso, pela amizade, partilha e ajuda incondicional demonstrada durante o meu percurso, sem eles este caminho teria sido bem mais árduo.

A todos os meus amigos, quero agradecer todo o apoio, amizade e até alguma paciência, nomeadamente: Inês Félix, Ana Isabel Graça, Raquel Valente, André Alves, João Saraiva e ao Miguel Rodrigues.

Um obrigado especial à minha amiga de sempre Joana Amorim, por todo o apoio e força ao longo deste percurso.

Ao Gonçalo agradeço toda a compreensão, apoio incondicional, cumplicidade e sinceridade demonstrada nestes últimos meses.

Finalmente resta-me agradecer aos meus pais e ao meu irmão por estarem sempre presentes, pela paciência, confiança depositada em mim e pelo apoio incondicional em todas as minhas escolhas.

A todos, o meu obrigada!

*"The ultimate measure of a man is not where he stands in moments of comfort and convenience, but where he stands at times of challenges and controversy"*

Martin Luther King

## Resumo

O envelhecimento demográfico é uma realidade a nível mundial. A sociedade portuguesa é caracterizada por um envelhecimento progressivo da população e por um aumento das doenças crónicas e incapacitantes, em que a necessidade de apoio às pessoas idosas dependentes emerge como um problema prioritário. Paralelamente a esta problemática, surge o aumento dos familiares que desempenham o papel de cuidadores, e que prestam um conjunto variado de cuidados fundamentais à manutenção das tarefas diárias de um idoso dependente.

O objetivo deste trabalho de investigação foi determinar quais os fatores associados à oferta de cuidados no domicílio, onde se incluem os cuidadores informais, e à procura de cuidados no domicílio, de acordo com dependência nos idosos. Para a realização deste estudo foi utilizado o Inquérito Nacional de Saúde de 2014 e selecionada uma amostra da população portuguesa, que contempla indivíduos com idade superior a 65 anos. A análise estatística utilizada no estudo, é do tipo descritiva e por inferência, e englobou 5701 indivíduos.

Os resultados obtidos demonstraram que: cerca de 55,7% dos idosos recebem ajuda nos cuidados pessoais e 61,7% nas atividades domésticas. Por outro lado, cerca de 32,8% procuram ajuda nos cuidados pessoais e 27,4% nas atividades domésticas. Sendo que são as mulheres, viúvas, com idades compreendidas entre os 75 anos e mais de 85 anos, que residem em áreas pouco povoadas, que mais recebem e que mais precisam de ajuda para satisfazer as suas necessidades. Relativamente à oferta de cuidados, cerca de 9,3% da amostra concede cuidados informais pelo menos uma vez por semana, sendo a maioria dos prestadores do sexo feminino, com idades compreendidas entre os 65 e 69 anos e residem em áreas pouco povoadas. A duração da prestação de cuidados a familiares excede as 20 horas semanais e a não familiares a duração é inferior a 10 horas. A procura de cuidados foi ainda avaliada em função das dificuldades de realização das ABVD e AIVD, verificando-se que alguns indivíduos não identificam que necessitam de ajuda. Isto porque, referem não necessitar de ajuda, mas quando se questiona a

dificuldade na realização das tarefas, existem atividades que não conseguem realizar sem ajuda.

O estudo realizado evidência que a procura excede a oferta de cuidados disponíveis na prestação de cuidados pessoais e nas atividades domésticas; são as mulheres que revelam sentir mais necessidade e ter mais ajuda; é nas regiões menos povoadas que há mais necessidade de ajuda; verificou-se diferença de auto reporte pelos indivíduos entre a necessidade e a existência de ajuda. É ainda possível concluir, que os cuidadores informais são uma parte fundamental na satisfação das necessidades e na caracterização da oferta de cuidados. Com o aumento da população idosa, principalmente em situação de dependência, é fundamental redefinir prioridades e parâmetros para dar resposta às necessidades da população, assegurando a igualdade de acesso, oportunidade de fazer escolhas saudáveis, bem como cumprir de forma plena, o seu potencial de saúde e direito a uma longevidade saudável.

**Palavras-Chave:** Cuidados a idosos, Cuidados no domicílio, Dependência, Oferta de cuidados, Procura de cuidados.

## ABSTRACT

Demographic aging is a reality worldwide. In Portugal, the population is getting progressively older and that is causing an increase in chronic and incapacitating diseases. That means supporting the dependent elderly people is now a priority. There is also an increase in family members who play the role of caregivers, and who provide a wide range of essential care for maintaining the daily tasks of a dependent elderly person.

The objective of this research work was to determine which factors are associated with the provision of home care, including informal caregiving, and the demand in home care, according to the degree of dependence in the elderly. To carry out this study, we used the National Health Survey of 2014 and then selected a sample of the Portuguese population. The population included is composed by people over 65 years. The statistical analysis of this study is descriptive and encompassed 5701 individuals

The results show that about 55,7% of the elderly receive help in personal care and 61,7% in domestic activities. On the other hand, about 32,8% look for help in personal care and 27,4% in domestic activities. The ones that need and get more help to satisfy their needs are women, widows, who are over 75 and live in less populated areas. Regarding the provision of care, about 9,3% of the sample provides informal care at least once a week, with the majority of providers being female, aged between 65 and 69 years old, residing in sparsely populated areas. The duration of care exceeds 20 hours per week when it is given to family members, while it is less than 10 weekly hours for non-family members. It was taken into consideration the difficulties in the realization of the BADL and IADL, and it was possible to conclude that some individuals don't realize they need help - they reply they don't need help, but when asked about some tasks they reply they can't do them without help. In the BADL, about 14% of the respondents say they can't walk 500 meters without help, and in the IADL about 19,9% of the individuals say they can't do heavy domestic tasks.

The study shows that the demand exceeds the supply of care available in both the provision of personal care and domestic activities. Women reveal more need and having



for help. It's in the less populated regions that there is more need for help. It's noticeable the difference between individuals who report their need for help and the supply of it. It is also possible to conclude that the informal caregivers are fundamental in the satisfaction of needs. With the increase of elderly dependent population, there is a need to redefine priorities and parameters to respond to their needs, ensuring equal access, opportunity to make healthy choices as well as fully fulfilling their health potential and the right to healthy longevity.

**Keywords:** Elderly Care, Home care, Dependence, Demand Care, Supply Care.

## Lista de Siglas, Figuras e Tabelas

### Lista de Siglas

ABVD – Atividades Básicas de Vida Diária

AIVD – Atividades Instrumentais de Vida Diária

ACSS-DRS – Administração Central do Sistema de Saúde – Departamento de Gestão da Rede de Serviços e Recursos em Saúde

AVC – Acidente Vascular Cerebral

AVD – Atividades de Vida Diária

CCI – Cuidados Continuados Integrados

DGS – Direção Geral de Saúde

ECCI – Equipas de Cuidados Continuados Integrados

ECL – Equipas de Coordenação Local

ECR – Equipas de Coordenação Regional

EDSCP – Equipa Domiciliária de Suporte em Cuidados Paliativos

EUA – Estados Unidos da América

INE – Instituto Nacional de Estatística

IPSS – Instituições Particulares de Solidariedade Social

LVT – Lisboa e Vale do Tejo

OMS – Organização Mundial de Saúde

OCDE – Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Económico

Ra – Residência Autónoma

RAMa – Residência de Apoio Máximo

RAMo – Residência de Apoio Moderado

RNCCI – Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados

RTA – Residência de Treino de autonomia

RTA/A – Residência de Treino de Autonomia Tipo A

SCM – Santa Casa da Misericórdia

SNS – Serviço Nacional de Saúde

SPMS – Serviços Partilhados do Ministério da Saúde

SPSS – Statistical Package for the Social Sciences

UAP – Unidade Ambulatória Pediátrica

UC – Unidade de Convalescença

UCP – Unidade de Cuidados Paliativos

UE – União Europeia

ULDm – Unidade de Longa Duração e Manutenção

UMDR – Unidade de Média Duração e Reabilitação

UP – Úlceras de Pressão

USO – Unidade Socio-Ocupacional

## Lista de Figuras

<b>Figura 1</b> - Estimativas e projeções da população mundial por faixa etária de 1950 a 2100 .....	9
<b>Figura 2</b> - Pirâmide etária, UE 2018 e 2100.....	11
<b>Figura 3</b> - Proporção de jovens (0 a 14 anos de idade) (%), UE28, 2017 .....	12
<b>Figura 4</b> -Proporção de idoso (mais de 65 anos) (%), UE28, 2017.....	13
<b>Figura 5</b> - Índice de envelhecimento (Nº), Portugal, 1991-2018 (estimativas) e 2019-2080 (projeções).....	14
<b>Figura 6</b> – População residente por grandes grupos etários (milhares), Portugal, 1991-2018 estimativas e 2019-2080 (projeções) .....	16
<b>Figura 7</b> - Utentes a aguardar vagas de cuidados continuados na RNCCI, de 2016 a setembro 2020 .....	44
<b>Figura 8</b> - Utentes a aguardar vagas de cuidados na RNCCI/região de 2016 a setembro 2020 ..	45
<b>Figura 9</b> - Relação entre necessidades, recursos e procura .....	47
<b>Figura 10</b> - Distribuição da densidade populacional.....	59
<b>Figura 11</b> - População com 65 ou mais anos que presta cuidados a familiares e a não familiares .....	64
<b>Figura 12</b> - Dificuldade nas atividades de vida diária (ABVD).....	73
<b>Figura 13</b> - Dificuldade nas atividades instrumentais de vida diária (AIVD) .....	74
<b>Figura 14</b> - Existência e necessidade de ajuda nos cuidados pessoais .....	76
<b>Figura 15</b> - Existência de ajuda nas atividades domésticas e necessidade de ajuda nas atividades domésticas.....	78

## Lista de Tabelas

<b>Tabela 1</b> – População portuguesa residente, média anual: total e por grupo etário.....	15
<b>Tabela 2</b> - Principais implicações biopsissociais do envelhecimento .....	18
<b>Tabela 3</b> - Síntese relatórios monitorização da RNCCI (de 2015 até 2019) .....	34
<b>Tabela 4</b> - Existência de ajuda nos cuidados pessoais por sexo .....	60
<b>Tabela 5</b> - Existência de ajuda nos cuidados pessoais por sexo e por grau de urbanização.....	61
<b>Tabela 6</b> - Existência de ajuda nas atividades domésticas por sexo.....	62
<b>Tabela 7</b> - Existência de ajuda nas atividades domésticas por sexo e grau de urbanização.....	62
<b>Tabela 8</b> - População com 65 ou mais anos prestadora de cuidados informais por sexo .....	64

<b>Tabela 9</b> - Prestação de cuidados informais a familiares por horas semanais de prestação de cuidados e por sexo .....	65
<b>Tabela 10</b> - Prestação de cuidados informais por grau de urbanização e por sexo .....	66
<b>Tabela 11</b> - Número de horas de prestação de cuidados a familiares de acordo com o grau de urbanização .....	67
<b>Tabela 12</b> - Número de horas de prestação de cuidados a não familiares de acordo com o grau de urbanização .....	67
<b>Tabela 13</b> - Caracterização sociodemográfica dos cuidados informais idosos .....	68
<b>Tabela 14</b> - Necessidade de ajuda nos cuidados pessoais por sexo .....	69
<b>Tabela 15</b> - Necessidade de ajuda nos cuidados pessoais por grau de urbanização e por sexo .....	70
<b>Tabela 16</b> - Necessidade de ajuda atividades domésticas por sexo .....	71
<b>Tabela 17</b> - Necessidade de ajuda nos cuidados pessoais e atividades domésticas por grau de urbanização e por sexo .....	71
<b>Tabela 18</b> - Necessidade de ajuda nos cuidados pessoais por dificuldades nas ABVD .....	73
<b>Tabela 19</b> - Necessidade de ajuda nas atividades domésticas por dificuldade nas AIVD .....	75
<b>Tabela 20</b> - Necessidade de ajuda Vs existência de ajuda nos cuidados pessoais .....	76
<b>Tabela 21</b> - Caracterização sociodemográfica da amostra de acordo com a oferta Vs procura de ajuda nos cuidados pessoais .....	77
<b>Tabela 22</b> - Necessidade de ajuda Vs existência de ajuda nas atividades domésticas.....	78
<b>Tabela 23</b> - Caracterização sociodemográfica da amostra de acordo com oferta Vs procura de ajuda nas atividades domésticas .....	79

## Sumário

Agradecimentos.....	iv
Resumo.....	vi
ABSTRACT.....	viii
Lista de Siglas, Figuras e Tabelas .....	x
Lista de Siglas.....	x
Lista de Figuras .....	xii
Lista de Tabelas.....	xii
Introdução.....	1
<b>Parte I – Enquadramento Teórico.....</b>	<b>5</b>
1. Envelhecimento .....	6
1.1 Envelhecimento demográfico .....	8
1.2 Envelhecimento em Portugal e na Europa.....	10
1.3 Fatores biopsicossociais do envelhecimento.....	17
1.4 Implicações do envelhecimento.....	19
1.4.1 Aposentação.....	19
1.4.2 Relações familiares .....	20
1.4.3 Implicações da dependência .....	21
2. Oferta de cuidados a idosos .....	25
2.1 Prestação de cuidados ao idoso .....	25
2.2 Cuidados Continuados .....	27
2.3 Cuidados Formais .....	28
2.4 Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados – RNCCI.....	29
2.4.1 Objetivos .....	31
2.4.2 Capacidade instalada dos cuidados a idosos em Portugal .....	32
2.5 Cuidados Informais.....	36
2.5.1 Cuidadores Informais em Portugal e na Europa.....	40
3. Procura de cuidados pelos idosos .....	43
3.1 Caracterização da Procura de cuidados pelo idoso.....	43
3.2 Modelo da Procura de cuidados pelos idosos.....	45
3.3 Necessidade Vs Procura de cuidados .....	47

<b>Parte II – Análise Empírica .....</b>	<b>51</b>
4. Dados e Amostra.....	52
5. Orientações metodológicas.....	53
5.1. Hipóteses de trabalho.....	55
5.1.1 Caraterização da oferta de cuidados no domicílio .....	55
5.1.2 Caraterização da necessidade/ procura de cuidados no domicílio .....	57
6. Resultados .....	59
6.1 Caraterização da oferta de cuidados a idosos no domicílio.....	60
6.2 Caraterização da necessidade/procura de cuidados por idosos no domicílio .....	69
6.2.1 Necessidade de ajuda em função das dificuldades nas AVD .....	72
6.3 Existência de ajuda e necessidade de ajuda .....	75
7. Discussão dos Resultados .....	81
8. Conclusão .....	87
Referências Bibliográficas .....	89
Anexos.....	97





## Introdução

No limiar do século XXI, o rápido envelhecimento demográfico, as modificações da estrutura etária da população e as mudanças na organização da sociedade constituem importantes desafios para os indivíduos, famílias, comunidades e países no mundo inteiro. Este fenómeno tem-se vindo a acentuar nas últimas décadas e torna-se necessário refletir sobre o seu impacto nas sociedades atuais e futuras.

Nas últimas décadas, registou-se um aumento significativo da esperança média de vida devido, essencialmente, aos progressos da medicina, melhoria dos cuidados de saúde, mais higiene e melhor nutrição. A par do aumento da esperança média de vida assistimos também a um aumento da morbilidade, nomeadamente, como consequência das doenças crónicas e incapacitantes, como a dependência física e mental dos idosos, que resulta num maior grau de dependência em idades mais avançadas, constituindo um motivo de particular preocupação (Gil, 2010).

As necessidades em saúde e proteção social dos idosos dependentes, coexistem com as dificuldades económicas que o país atravessa, bem como pela pressão social que exige mais respostas sociais que satisfaçam as necessidades decorrentes do progressivo aumento de idosos dependentes. Por sua vez, a alteração estrutural das famílias faz com que estas apresentem uma menor capacidade de resposta. O modelo de família numerosa de outros tempos evoluiu para um modelo de família nuclear com predominância do “filho único”. A entrada da mulher no mercado de trabalho e os avanços das ciências médicas que lhe permitem controlar a sua natalidade, são dois fatores relevantes que vieram alterar o papel da mulher na família e na sociedade. A mulher é hoje um elemento produtivo na sociedade, sendo que, o seu papel reprodutivo também foi sofrendo alterações que de certa forma limitam a sua disponibilidade enquanto prestadora de cuidados (Relvas, 2004).

Este conjunto de alterações tem vindo a modificar o panorama dos cuidados, que se traduz numa maior pressão sobre as famílias, que se debatem com uma diminuição do número de familiares disponíveis para cuidar, e por outro lado o aumento do número de idosos a necessitar de apoio. Deste modo, os serviços de apoio formal social e de saúde disponíveis na comunidade têm um papel fundamental no apoio às famílias. No entanto, este apoio

tem-se mostrado insuficiente relativamente às necessidades reais, acarretando uma sobrecarga para quem cuida do idoso dependente, por ter que conciliar a sua vida com a prestação de cuidados à pessoa dependente (OCDE, 2019).

Neste estudo, importa clarificar que se entende por idoso dependente, um indivíduo que têm uma prevalência elevada de problemas de saúde físicos e/ou cognitivos que podem afetar a capacidade de funcionar e desempenhar funções de forma autónoma. Deste modo, o desempenho funcional encontra-se bastante comprometido, podendo ainda ser influenciado por fatores culturais, determinantes socioeconómicos e existência de limitação física, psíquica ou intelectual, que compromete a realização de atividades de vida diária e por isso a necessidade de assistência ou cuidados por parte de terceiros (Figueiredo, 2007; Moore, Moseley & Palmer, 2009).

Assim, um idoso dependente, necessita inevitavelmente de apoio de cuidados formais e/ou informais para satisfazer as suas necessidades de vida diária. Entende-se por necessidade de vida diária a concretização dos cuidados pessoais e atividades domésticas. Os cuidados pessoais englobam as necessidades de apoio ao nível da higiene, alimentação, mobilidade, capacidade para se vestir, e paralelamente a estas dificuldades, se existe dificuldade em ver. Por outro lado, os apoios nas atividades domésticas incluem todas as tarefas domésticas inerentes a uma habitação, capacidade em ir às compras e saber gerir o dinheiro, usar o telefone, preparar refeições e tomar a medicação.

Neste sentido, e tendo em conta o apoio que será necessário oferecer a um idoso dependente, aplica-se a definição de cuidador formal a um indivíduo que tem uma preparação e formação específica para o desempenho da função e que está capacitado para auxiliar os idosos com limitações na realização de atividades e tarefas de vida diária. Estes profissionais são remunerados e/ou voluntários em hospitais, lares bem como instituições comunitárias (Grunfeld et al., 1997; Sequeira, 2018). Por outro lado, o cuidador informal é entendido como o familiar, amigo ou vizinho que presta cuidados à pessoa dependente assegurando total ou parte dos cuidados, não sendo remunerado por quaisquer tipos de serviço prestados (Lage, 2005; Sequeira, 2018).

A população idosa constitui um grupo significativo da população em Portugal e no mundo, pelo que cada vez mais se torna necessário encontrar e desenvolver mecanismos, de forma a equilibrar a relação envelhecimento Vs qualidade de vida. É importante que se associe o

envelhecimento cada vez mais ao prolongamento da vida com qualidade, sendo que para isso é fundamental o aumento da resposta ao nível das infraestruturas e serviços disponíveis, de modo a apoiar a população em situação de dependência.

Este estudo, a nível estrutural encontra-se dividido em duas partes. Na primeira parte será feito o enquadramento teórico através da pesquisa bibliográfica, de modo a enquadrar o problema da temática, e identificação dos temas mais relevantes. Assim, no capítulo 1, começaremos por abordar o que é o envelhecimento, as principais causas, as transformações da composição etária da população que se tem vindo a modificar ao longo dos últimos anos, o aumento da esperança média de vida, o impacto das alterações demográficas da população, as principais questões relacionadas com o envelhecimento; bem como evidências estatísticas relativamente ao posicionamento dos países como Portugal e dos restantes países da Europa no contexto internacional. Seguidamente, serão tratados os dois principais conceitos desta tese, que são: a oferta e a procura. No capítulo 2, a oferta de cuidados irá abordar a prestação de cuidados ao nível da saúde e de apoio social, o que são os cuidados continuados e as diferentes formas prestação de cuidados: cuidados formais e informais. A procura de cuidados será abordada no capítulo 3, onde se tratará a procura de cuidados em função das necessidades, os principais fatores que resultam no crescimento da procura, a relação entre necessidade e procura, e segundo dados do SNS qual o número de utentes que aguardam por vaga na RNCCI.

A segunda parte consiste na conceptualização do estudo empírico, onde se descreveu e justificou a metodologia utilizada. Como instrumento de recolha de dados, utilizámos o INS de 2014. Os resultados da investigação foram descritos e interpretados, sendo que foram destacados e referenciados os mais importantes tendo em conta o objetivo geral. Por fim, na discussão dos resultados, foi realizado um paralelismo entre os resultados empíricos e a literatura científica referenciada.

O presente estudo tem como objetivo geral, realizar uma análise descritiva da oferta e da procura de cuidados a idosos com dependência em Portugal, e que residem no seu próprio domicílio.

Além do objetivo geral, foram delineados os seguintes objetivos específicos: caracterizar sociodemograficamente a pessoa idosa a quem são oferecidos cuidados no domicílio; caracterizar sociodemograficamente a pessoa idosa que procura cuidados no domicílio;

identificar quais as ABVD e as AIVD em que existem mais dificuldades e mais ajudas. Do lado da oferta, relativamente aos cuidados prestados no domicílio, pretende-se averiguar se a existência de ajuda nos cuidados pessoais ou nas atividades domésticas é idêntica entre homens e mulheres, e se é diferenciada entre regiões com diferentes graus de urbanização.

As hipóteses em estudo do lado da oferta de cuidados aos idosos em suas casas são as seguintes: “A existência de ajuda nos cuidados pessoais ou nas atividades domésticas é igual entre homens e mulheres?”; “A existência de ajuda nos cuidados pessoais ou nas atividades domésticas é maior nas áreas pouco povoadas?”; “Será que existe igualdade de género entre os prestadores de cuidados informais?”; “ A prestação de cuidados a familiares é realizada durante mais de 20 horas por semana?”; e “Os prestadores de cuidados informais residem maioritariamente em áreas pouco povoadas?”. Do lado da procura de cuidados cuidados pelos idosos em suas casas as hipóteses em estudo são as seguintes: “A necessidade de ajuda nos cuidados pessoais e atividades domésticas é igual entre homens e mulheres?”; “A necessidade de ajuda nos cuidados pessoais ou nas atividades domésticas é maior nas áreas pouco povoadas?”, “ As dificuldades em atividades diárias mais prevalente resultam da dificuldade em caminhar e as dificuldades instrumentais em atividades diárias mais prevalentes estão relacionadas com atividades domésticas pesadas?”; “A existência de ajuda e a necessidade de ajuda nos cuidados pessoais e atividades domésticas são conceitos independentes?”

Portanto, com a realização deste trabalho de investigação pretendemos, através das respostas dos indivíduos que responderam ao INS determinar: a oferta e a procura de cuidados no domicílio do indivíduo, através de questões que refletem estas variáveis: “existência de ajuda nos cuidados pessoais e atividades domésticas” e “necessidade de ajuda nos cuidados pessoais e atividades domésticas”, que vão ser uma proxy da procura e de oferta de cuidados no domicílio. É objetivo ainda determinar em que regiões existe mais necessidade e mais ajuda; qual dos géneros revela sentir mais necessidades e ter mais ajuda; e qual a discrepância entre a necessidade e a existência de ajuda que é reportada pelos indivíduos.

## Parte I – Enquadramento Teórico

## 1. Envelhecimento

Neste primeiro capítulo, iremos começar por definir o que é o envelhecimento; abordar as principais causas do envelhecimento da população; as questões relacionadas com o envelhecimento, como a transformação da composição etária das populações, o aumento da esperança média de vida, e o desenvolvimento socioeconómico; bem como, o impacto das alterações demográficas na população.

Atualmente, o envelhecimento da população mundial, nomeadamente da população europeia, é um tema muito debatido pela Comissão Europeia, pela OCDE, bem como pela Organização Mundial de Saúde (OMS). A população mundial está a envelhecer e, como consequência, o número de idosos está a aumentar e o número de jovens está gradualmente a diminuir.

Em Portugal e segundo a DGS (2006), o envelhecimento é definido como um processo de mudança progressiva e inevitável da estrutura biológica, mas não única, uma vez que implica modificações somáticas e psicossociais dos indivíduos, que se inicia antes do nascimento e se desenvolve ao longo da vida. De acordo com a OMS (2002), um idoso é uma pessoa com mais de 65 anos, independentemente do sexo ou do estado de saúde aplicável.

As causas do envelhecimento da população estão bem delineadas e incluem: o aumento da longevidade da população; declínio da fertilidade, uma vez que as mulheres têm menos filhos; o envelhecimento das gerações de *baby boom* (Imaginário, 2008; WHO, 2015). As melhorias ao nível da saúde, o aumento da esperança média de vida, o aumento da longevidade, acompanhado pelo acentuado decréscimo da fecundidade e da mortalidade, conduziu a uma transformação na composição etária da população resultando num progressivo envelhecimento da população, e numa redução da população jovem (Nazareth, 2009). Atualmente, o envelhecimento é um fenómeno demográfico que resulta da transição demográfica das sociedades, definido como a passagem de um modelo demográfico de fecundidade e mortalidade elevados para um modelo com níveis baixos. Neste sentido, observa-se um estreitamento da base da pirâmide etária (diminuição da

população jovem) e um alargamento do topo da pirâmide (aumento da população idosa) (Carneiro, 2012).

No entanto, o desenvolvimento socioeconómico dos países têm refletido uma melhoria nas condições de vida, no acesso e cobertura universal de saúde, na prestação de cuidados de qualidade e segurança do doente, nos medicamentos e meios complementares de diagnóstico efetivos, seguros de saúde, na melhoria dos sistemas de informação e na melhoria dos meios de comunicação, através da transformação digital como forma de melhorar a comunicação e proximidade com os cidadãos, sobrevalorizando os seus direitos e deveres (Ministério da Saúde, 2018).

Contudo, o envelhecimento da população, e consequentemente, o aumento da esperança média de vida implica que sejam desenvolvidas novas políticas governamentais. Desta forma, é fundamental, compreender se as populações têm um aumento de esperança média de vida com uma vida saudável ou se por outro lado o aumento da longevidade significa ter problemas de saúde. Se significar ter “boa saúde”, então o envelhecimento estará associado a um recurso humano que é produtivo para a sociedade, resultando numa vida ativa mais duradoura e num maior contributo para a sociedade. Por outro lado, se significar ter “má saúde” implica que serão necessários mais cuidados de saúde e de assistência, que resulta numa menor contribuição para a sociedade (OMS, 2015). A evidência científica mostra que as alterações demográficas têm impacto negativo no estado de saúde da população, verificando-se um aumento de doenças crónicas, que consequentemente, exigem uma maior complexidade de cuidados e de assistência, um aumento de custos de cuidados, maior assistência por parte da família, constituindo assim um dos principais desafios de saúde para a sociedade (Ministério da Saúde, 2018).

Deste modo e tendo em conta a revisão de literatura supracitada, face ao envelhecimento das populações, torna-se urgente o desenvolvimento de políticas inovadoras e serviços públicos personalizados para a pessoa idosa, incluindo medidas direcionadas para a habitação, o emprego, a assistência médica, as infraestruturas, proteção social, entre outras (United Nations Department of Economic and Social Affairs, 2019).

## 1.1 Envelhecimento demográfico

Após definirmos o conceito de envelhecimento, as principais causas do envelhecimento, e as questões referentes ao envelhecimento, neste capítulo iremos abordar o conceito de envelhecimento demográfico, apresentando estimativas e projeções da população a nível mundial, europeu e de Portugal.

O envelhecimento demográfico é caracterizado por um aumento da proporção das pessoas idosas no total da população. A transformação demográfica que o mundo atravessa afeta a grande maioria dos países, como resultado do declínio da mortalidade e diminuição da natalidade. Consequentemente e, de forma significativa, todas as dimensões, económica, social e política são afetadas, bem como, a capacidade de as sociedades proporcionarem uma vida digna aos mais idosos sem sobrecarregar os mais jovens (United Nations Department of Economic and Social Affairs, 2019).

Os avanços da medicina, a adoção de hábitos de vida saudáveis e o controlo de doenças infecciosas vieram influenciar diretamente o aumento da esperança média de vida. O impacto negativo do envelhecimento da população acentua-se ainda mais, na medida em que paralelamente ao aumento da esperança média de vida, sucede-se uma queda substancial do índice de fecundidade (United Nations Department of Economic and Social Affairs, 2019). Os avanços tecnológicos na área da saúde, bem como a melhoria contínua da qualidade dos cuidados prestados, permite um aumento da sobrevivência em populações com doenças crónicas ou incapacitantes por maiores períodos de tempo, contribuindo assim, para uma crescente procura de cuidados (Pereira, 2008).

Segundo a United Nations (2019), esta tendência deverá continuar ao longo das próximas décadas e, gradualmente, irá afetar de forma significativa todo o mundo.

Em média, nos países da OCDE, as pessoas com 65 anos esperam viver mais 19,7 anos, sendo a expectativa de vida para as mulheres de mais 2,5 anos, comparativamente com os homens de igual idade. O número de anos de vida saudável aos 65 anos é de 9,6 anos para as mulheres e de 9,4 anos para os homens, uma diferença muito menor comparativamente com a expectativa de vida geral (OCDE, 2019).

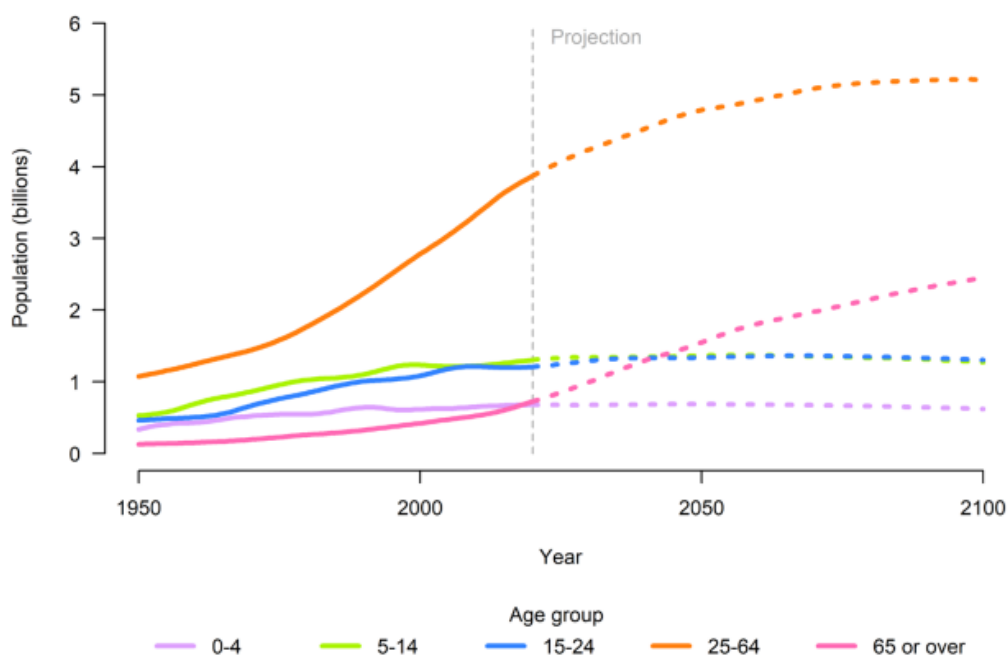


Nas últimas décadas, a população com 65 anos ou mais, em média, quase duplicou nos países da OCDE. A proporção da população com 65 anos ou mais aumentou de 9% em 1960 para 17,4% em 2017. Prevê-se ainda que a população com 65 anos ou mais continue a aumentar nas próximas décadas, passando de 17,4% em 2017 para 27,1% em 2050 (OCDE, 2019).

Globalmente, prevê-se que o número de pessoas com 80 anos ou mais triplique entre 2019 e 2050, passando de 143 milhões para 426 milhões de pessoas (United Nations Department of Economic and Social Affairs, 2019).

Segundo o estudo da United Nations (2019), em 2018, e pela primeira vez, em todo o mundo o número de pessoas com 65 ou mais superou o número de crianças com cinco anos. É ainda expectável que em 2050, 1,5 bilhões de pessoas em todo o mundo tenham 65 anos ou mais, superando o número de adolescentes e jovens entre os 15 e 24 anos (1,3 bilhões). Por outro lado, o número de crianças com idade inferior a cinco anos, irá permanecer relativamente inalterado (figura 1) (United Nations Department of Economic and Social Affairs, 2019).

**Figura 1** - Estimativas e projeções da população mundial por faixa etária de 1950 a 2100



Fonte: United Nations, 2019

De acordo com as projeções e estatísticas a nível mundial referidas neste capítulo, o envelhecimento é uma realidade crescente e transversal a todos os países a nível mundial, que provavelmente conduzirá a uma maior procura por cuidados a idosos (OCDE, 2019).

No próximo capítulo, iremos fazer referência em termos estatísticos ao envelhecimento demográfico que se tem vindo a registar em Portugal comparativamente com os restantes países da Europa, como forma de compreendermos a tendência atual e também futura da dimensão do envelhecimento na população em geral.

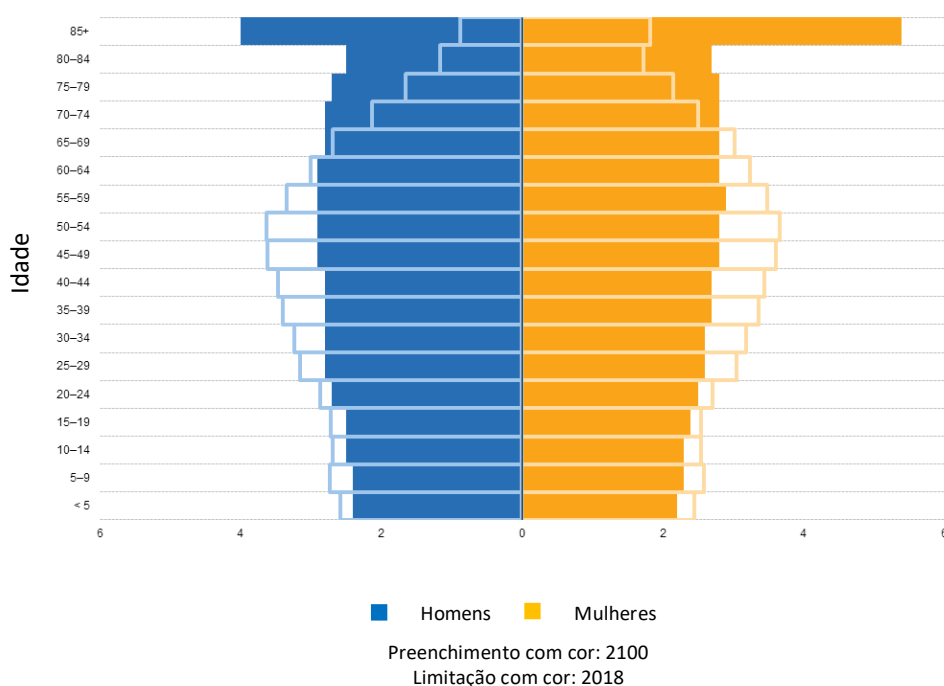
## 1.2 Envelhecimento em Portugal e na Europa

Portugal, à semelhança dos outros países da Europa, tem vindo a registar nas últimas décadas profundas transformações demográficas caracterizadas, entre outros aspetos, pelo aumento da esperança média de vida, aumento da população idosa, declínio da natalidade e da população jovem (Ministério da Saúde, 2018).

Desde o início do século XXI que Portugal, é um dos países da Europa e do mundo com população mais envelhecida, que poderá ter efeitos a nível social e económico, como consequência da diminuição de população ativa (Nazareth, 2009).

Prevê-se que a população da União Europeia (UE) 28 aumente até atingir um pico de 525 milhões em 2040 e que posteriormente sofra uma diminuição gradual, para 492,9 milhões até 2100. Através da análise da figura 2, é possível comparar as pirâmides etárias para 2018 e 2100, e aferir tal como tem sido descrito, que a tendência será do envelhecimento da população. Nas próximas décadas, o número elevado de *baby boomers* vai inflacionar o número de pessoas idosas. No entanto, até 2100, a pirâmide irá apresentar um estreitamento na base e um alargamento no topo, sofrendo um estreitamento no meio (em torno dos 45-54 anos de idade) (Eurostat, 2020).

**Figura 2-** Pirâmide etária, UE 2018 e 2100



**Fonte:** Eurostat, 2020

Atualmente, a população idosa é composta maioritariamente por mulheres, uma vez que apresentam uma esperança média de vida maior comparativamente com os homens. Em 2018, a esperança média de vida à nascença foi de 77,78 anos para homens e 83,43 anos para mulheres (entre 2013 e 2015 foi de 77,36 para homens e 83,23 para mulheres). Comparativamente com outros países europeus, Portugal é um dos países com mais baixa esperança de vida masculina. Relativamente à morbilidade, os indicadores revelam que as mulheres em Portugal vivem durante mais tempo, mas em pior estado de saúde (Eurostat, 2020).

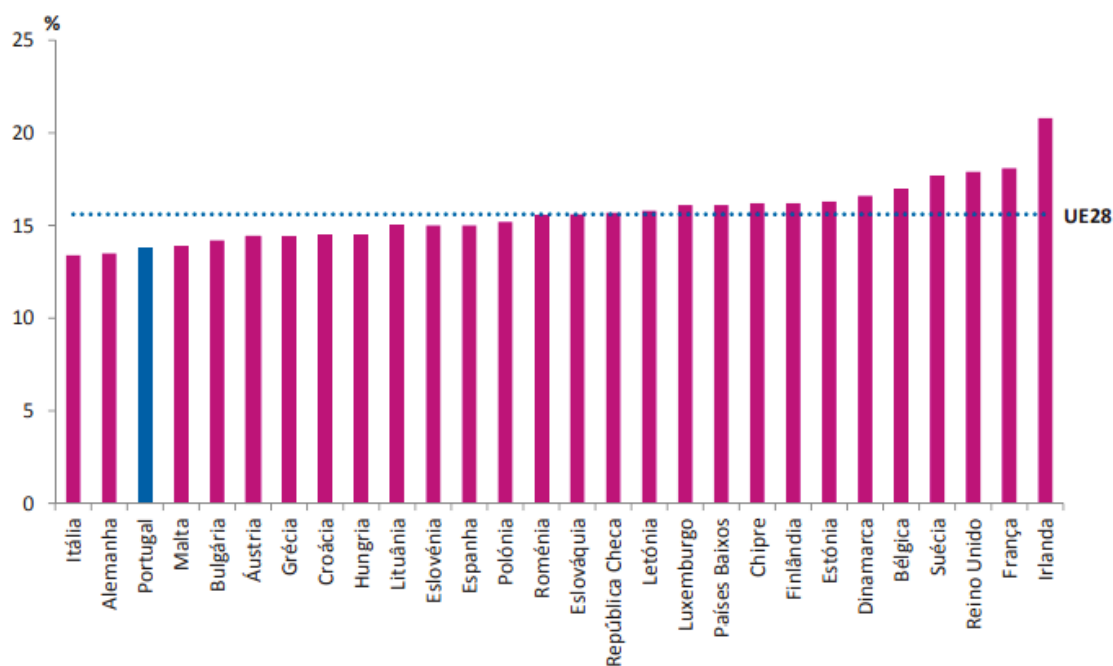
Assim sendo, as mulheres diferem dos homens relativamente à esperança média de vida e em relação às condições de saúde ao longo da vida. Tendo em conta as tendências demográficas, é expectável que este rácio aumente, refletindo um aumento de esperança média de vida dos homens em idades mais avançadas (DGS, 2017; INE, 2017).

Entre 2012 e 2017, no conjunto dos 28 países da UE28, verificou-se um decréscimo da população jovem de 15,7% para 15,6%, um decréscimo de pessoas em idade ativa de 66,1% para 64,7%, e um aumento de idosos de 18,2% para 19,7%. Em 2017, entre os países da

UE28, a Irlanda é o país que apresenta maior proporção de jovens (20,8%), enquanto Itália apresenta a proporção mais baixa (13,4%). Tal como demonstra a figura 3, no conjunto dos 28 países da UE, Portugal encontra-se na 3ª posição como o país com percentagem mais baixa de jovens e com percentagem inferior relativamente à média da UE28.

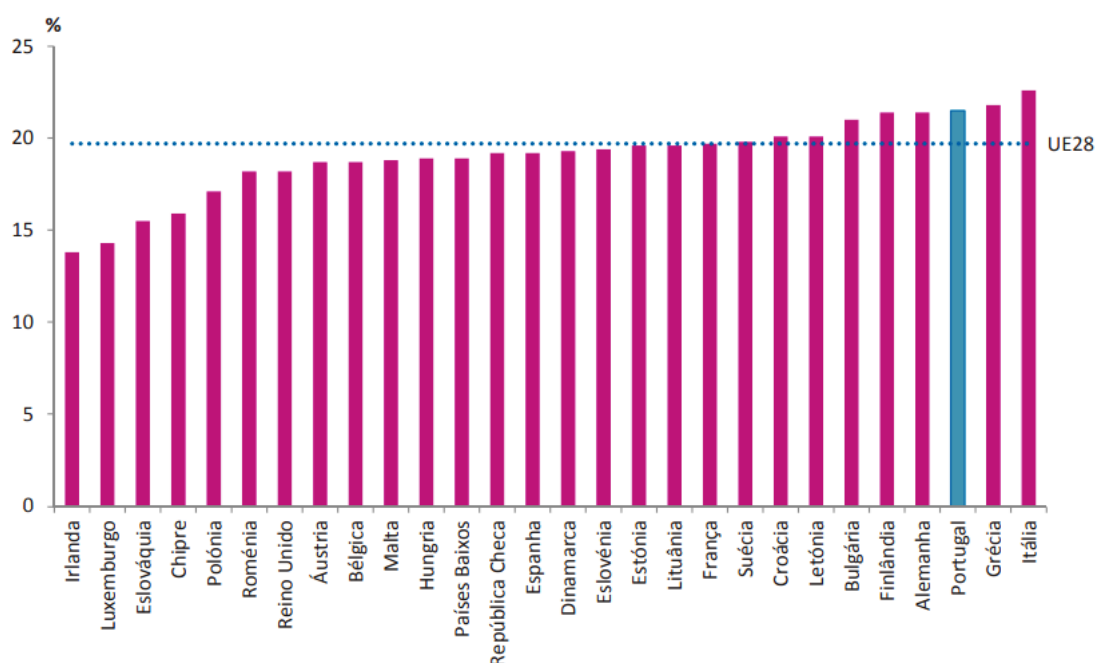
Por outro lado, no que concerne à população idosa, Itália apresenta maior percentagem (22,6%) enquanto a Irlanda apresenta menor percentagem (13,8%). A percentagem de população idosa em Portugal é superior à da UE28, sendo o 3º país com maior percentagem de idosos, apenas ultrapassado pela Grécia e Itália (figura 4).

**Figura 3-** Proporção de jovens (0 a 14 anos de idade) (%), UE28, 2017



**Fonte:** Eurostat, 2018

**Figura 4** -Proporção de idoso (mais de 65 anos) (%), UE28, 2017



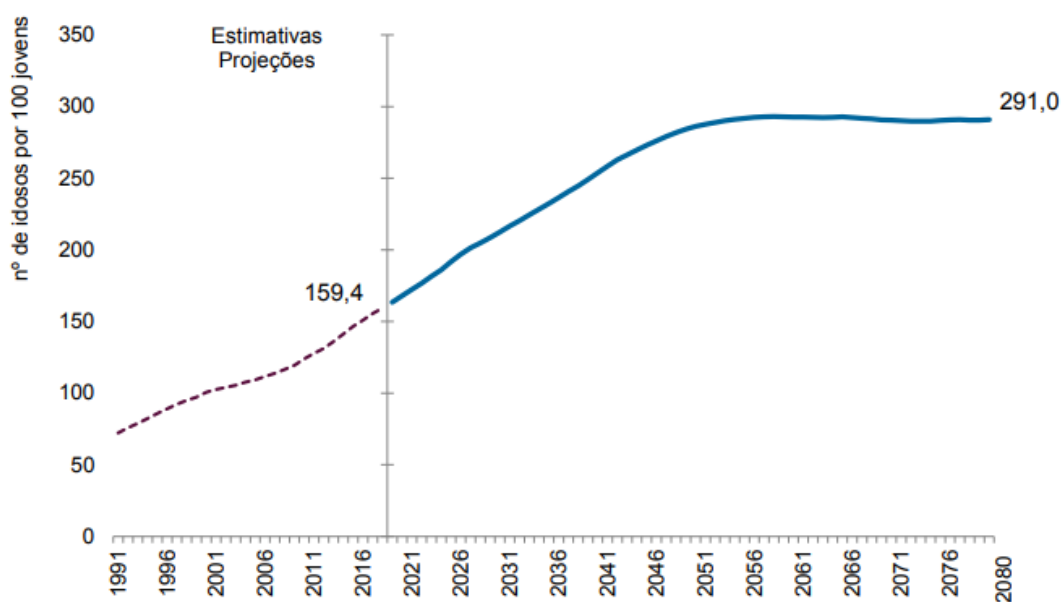
**Fonte:** Eurostat, 2018

A proporção mundial de pessoas com 60 ou mais anos de idade, aumentou de 9,2% em 1990 para 11,7% em 2013 e prevê-se que estes valores continuem a aumentar podendo atingir 21,1% em 2050. As projeções Da United Nations (2019) preveem que as pessoas com mais de 60 anos aumentem para mais do dobro, de 841 milhões em 2013 para mais de 2 mil milhões em 2050, e que pessoas com mais de 80 anos possam triplicar, atingindo valores históricos de 392 milhões em 2050 (INE, 2017).

Pela primeira vez em Portugal, no ano 2000, o número de idosos excedeu o número de jovens, representando um índice de envelhecimento superior ao registado nos anos anteriores. O índice de envelhecimento caracteriza-se pela relação entre o número de idosos e o número de jovens, tendo-se registado um índice de 159,4 idosos por cada 100 jovens no ano de 2018 (figura 5). Também o índice de dependência de idosos, que relaciona o número de idosos e o número de pessoas em idade ativa, poderá duplicar entre 2018 e 2080, passando de 33,9 para 67,8 idosos por 100 pessoas potencialmente ativas. Em termos de dependência total, o número de idosos e jovens por cada 100 pessoas potencialmente ativas, em 2018 foi de 55,1, sendo que em 2080 poderá passar para 91,1 (INE 2018).

Por outro lado, o índice de renovação da população em idade ativa, que relaciona o número de pessoas em idade provável de entrada no mercado de trabalho, entre os 20 e os 30 anos, e o número de pessoas em idade possível de saída do mercado de trabalho, entre os 55 e os 65 anos, tem vindo a registar um decréscimo mais expressivo nos últimos 15 anos, passando de 86,2 em 2013 para 77,7 em 2018 (INE, 2018).

**Figura 5-** Índice de envelhecimento (Nº), Portugal, 1991-2018 (estimativas) e 2019-2080 (projeções)



Fonte: INE, 2018

Através da análise da tabela 1, que representa a média da população portuguesa residente por faixa etária desde 2001 até 2019, é possível afirmar que de década para década, a população jovem entre os 0-14 anos de idade e o grupo etário entre os 15-24 anos de idade sofreram um decréscimo significativo de população. Contrariamente à situação apresentada, surgem os grupos etários entre os 25-64 anos e os 65 ou mais, cuja tendência ao longo dos anos é para um aumento da população (INE, 2017).

**Tabela 1** – População portuguesa residente, média anual: total e por grupo etário

<b>Grupo etário /anos</b>	<b>2001</b>	<b>2009</b>	<b>2013</b>	<b>2018</b>	<b>2019</b>
[0-14]	1.679.192	1.624.490	1.536.028	1.415.732	1.402.277
[15-24]	1.457.162	1.176.947	1.116.982	1.092.326	1.093.608
[25-64]	5.521.097	5.852.463	5.753.063	5.547.079	5.528.057
[65 ou mais [	1.705.275	1.914.351	2.051.226	2.228.751	2.262.326
<b>Total</b>	<b>10.362.726</b>	<b>10.568.247</b>	<b>10.457.299</b>	<b>10.283.828</b>	<b>10.286.268</b>

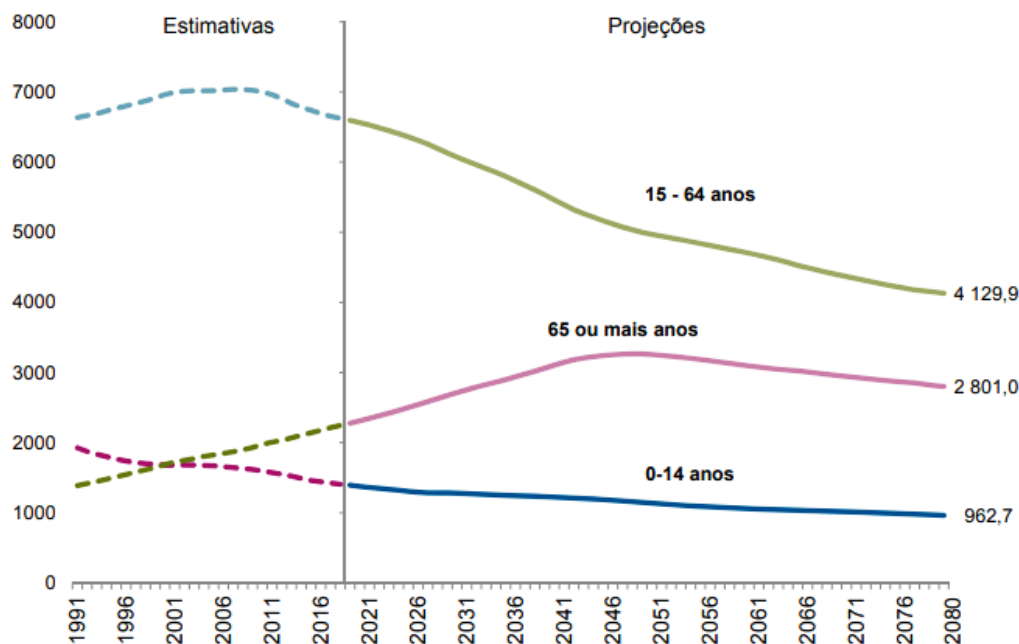
**Fonte:** Adaptado, Pordata, 2020

Em Portugal, entre 2018 e 2080, a população idosa entre os 65 ou mais anos de idade, poderá aumentar de 2,2 para 2,8 milhões de pessoas. À semelhança das projeções a nível mundial, em Portugal e na Europa é também expectável que o número de idosos possa atingir em 2048 o valor mais elevado, começando depois a decrescer. Este cenário deve-se ao facto de entrarem nesta faixa etária gerações nascidas num contexto de níveis de fecundidade abaixo do limiar de substituição das gerações.

Entre 2018 e 2080, a população com idade inferior a 15 anos irá diminuir, passando de 1,4 milhões para menos de 1,0 milhões (962 657 pessoas) em 2080.

Por outro lado, a população jovem ficará abaixo do limiar de 1,4 milhões em 2019 (1 393 513) e do limiar de 1,0 milhão em 2074 (995 647). Prevê-se que a população em idade ativa (entre os 15 e 63 anos) irá diminuir em 2018 de 6,6 milhões para 4,1 milhões em 2080 (figura 6) (INE, 2018).

**Figura 6** – População residente por grandes grupos etários (milhares), Portugal, 1991-2018 estimativas e 2019-2080 (projeções)



Fonte: INE, 2018

Podemos assim concluir, que quer em Portugal quer nos outros países da Europa, se têm registado nas últimas décadas profundas alterações demográficas, como consequência do aumento da esperança média de vida, aumento do número de população idosa, diminuição da taxa de natalidade e diminuição da população jovem, prevendo-se que este cenário se mantenha até 2040. Entre os países membros da UE28, Portugal encontra-se na 3ª posição como o país com maior percentagem de idosos, ultrapassado apenas pela Grécia e Itália.

Seguidamente iremos falar sobre o envelhecimento da população, tendo em conta as alterações psicológicas, biológicas e sociais que resultam num conjunto de alterações para o indivíduo; as questões relativas ao envelhecimento, que incluem: a aposentação, as relações familiares e as implicações da dependência.



### 1.3 Fatores biopsicossociais do envelhecimento

Segundo Sequeira (2007), “as modificações biológicas, sociais e psicossociais interagem de forma interrupta de acordo com a interação humana, onde cada uma afeta e é afetada”. Para a DGS (2006), cada indivíduo tem a sua forma de reagir ao envelhecimento, encara e convive com o avanço da idade de maneira distinta.

O envelhecimento está associado a um conjunto de alterações comuns nos idosos, que conduzem à perda de determinadas capacidades, como por exemplo: a diminuição de saúde e o afastamento do mercado de trabalho. Neste sentido, o idoso procura o apoio nos familiares, nos vizinhos, nos amigos, bem como nas instituições, sendo que a sua qualidade de vida e a forma de encarar a vida, dependem destes laços (Carneiro, 2012; Figueira, 2010). Na grande maioria das vezes, o envelhecimento surge associado a um cenário negativo, isto é, está associado à última fase da vida humana e, como tal, à morte. Nesta fase surgem sentimentos como o desalento, a frustração e a infelicidade, bem como isolamento e solidão. Por outro lado, existe uma visão positiva de valorização própria e o privilégio de chegar a uma idade avançada e de ter a oportunidade de concretizar sonhos que até então não tinham sido concretizados.

Segundo Sequeira (2018), podem considerar-se três vertentes do envelhecimento:

- ◁ Alterações Psicológicas – o envelhecimento psicológico depende de fatores patológicos, genéticos, ambientais, do contexto sociocultural em que se encontra inserido, e a forma como cada um organiza e vivência o seu projeto de vida. Surgem por isso, alterações cognitivas que não permitem o desenvolvimento de competências comportamentais ajustadas às modificações que ocorrem com a idade, tais como: dificuldade em se adaptar a novas mudanças; baixa autoestima; dificuldades ao nível da memória; consciencialização das limitações físicas e de vulnerabilidade relativamente às doenças, bem como inatividade e falta de interesse para desenvolver novos relacionamentos.

- ◁ Alterações Biológicas – ocorrem transformações físicas características do próprio envelhecimento, ao nível da aparência, estrutura física, bem como funcionamento do próprio organismo através da perda de capacidade funcional dos

órgãos. Verifica-se uma diminuição acentuada da capacidade de regeneração das células, desencadeando o envelhecimento dos tecidos.

◁ Alterações Sociais – as sociedades modernas resultam de progressivas alterações, que desencadeiam pensamentos de que são indivíduos inativos e que tem custo e peso para a população ativa, gerando problemas sociais relacionados com a rejeição, internamento, desprezo e isolamento (Maia, 1984). Atualmente, o significado social atribuído à idade está longe do desejado. Existe discriminação para com a classe etária mais idosa relativamente ao seu potencial, à sua sabedoria, bem como à sua utilidade na sociedade.

Augusto *et al*, (2002) reforça ainda que: “(...) este envelhecimento por si só não é doença, contudo as alterações biológicas, psicológicas e fisiológicas daí decorrentes conduzem a uma maior vulnerabilidade do indivíduo (...) e por isso a uma maior probabilidade de adoecer.”

A tabela seguinte esquematiza e resume de forma geral os principais tipos de alterações advindas do envelhecimento, e que contribuem para uma natural alteração da personalidade (Branco, 2010; Maia, 1984).

**Tabela 2** - Principais implicações biopsissociais do envelhecimento

<b>Alterações Psicológicas</b>	<b>Alterações Biológicas</b>	<b>Alterações Sociais</b>
◁ Deterioração Mental;		◁ Reforma;
◁ Perturbações Afetivas;	◁ Perturbações metabólicas	◁ Isolamento;
◁ Reação de Compensação;	◁ Órgãos Ineficientes	◁ Inatividade
◁ Perturbações Comportamentais	◁ Doenças Físicas	◁ Dificuldades Económicas
	◁ Incapacidade Motoras	◁ Dificuldades Habitacionais

**Fonte:** Adaptado, Fernando Maia, 1984

Após termos referido quais as principais alterações biopsicossociais do envelhecimento, seguidamente nos próximos capítulos iremos mencionar quais as questões mais importantes no envelhecimento e que poderão influenciar e/ou agravar o processo de envelhecimento, explicaremos assim a questão da aposentação, as relações familiares e as implicações da dependência.

## 1.4 Implicações do envelhecimento

### 1.4.1 Aposentação

A entrada na reforma desencadeia perturbações no bem-estar psicológico e social dos indivíduos, o indivíduo deixa de ter um papel ativo na sociedade, onde o trabalho assumia o papel central na vida diária. Segundo Fonseca (2006), exercer uma atividade profissional traz benefícios, nomeadamente ao nível de estabelecer uma rotina, bem como no relacionamento com os outros, bem-estar psicológico e social, realização pessoal, concedendo sentido à vida.

Hoje em dia a entrada na reforma significa passagem ao estatuto de idoso, uma vez que representa a transição dos indivíduos ativos para inativos e aposentados (Sousa *et al.*, 2006). Fonseca (2006), menciona várias mudanças que ocorrem com o início da reforma como: diminuição de rendimentos, alteração do convívio social que desencadeia isolamento social; maior disponibilidade de tempo, mas pouca ocupação; e perda de identidade profissional. A partir desta fase é necessária a existência da reorientação de valores, objetivos e energias.

O grande desafio nesta fase da vida é reorganizar o quotidiano e encontrar um papel que garanta o sentido de utilidade, proporcionando uma visão de utilidade e de bem-estar para o indivíduo (Sousa *et al.*, 2006).

De seguida, iremos abordar a questão das relações familiares que diretamente poderão influenciar todo o processo de envelhecimento e, principalmente as implicações que poderá gerar ao nível da prestação de cuidados a um indivíduo que se encontra em situação de dependência.

### 1.4.2 Relações familiares

A evolução das estruturas familiares é um dos fatores relevantes de mudança nas sociedades contemporâneas, colocando novos desafios em termos de necessidades sociais e de organização das respostas públicas e privadas, com vista à promoção do bem-estar individual e coletivo no contexto do processo de envelhecimento (Carneiro, 2012). Em geral, a família desempenha um papel importante por manter um amplo conjunto de apoios, como forma de fazer face às necessidades dos seus membros.

A família, em Portugal, está em profunda mudança. Segundo Carvalho (2012), a estrutura familiar sofreu alterações com a passagem do predomínio das famílias múltiplas e extensas, para as famílias tendencialmente formadas por um só núcleo, o dos pais e dos filhos, e de famílias recompostas de famílias “não convencionais”, como as mulheres com filhos ou pessoas do mesmo sexo com filhos ou pessoas a viverem sós. Estas mudanças poderão ter como consequência a redução do papel das famílias, na manutenção de funções para com os familiares mais idosos. As relações familiares têm ainda sido afetadas pelo aumento de divórcios, observando-se uma reestruturação das relações com menor estabilidade. Esta instabilidade está muitas vezes associada a casos problemáticos de isolamento e de abandono (Carneiro, 2012).

O apoio e o acompanhamento familiar são mais notórios quando se está perante uma situação de doença. Os filhos são a principal fonte de apoio emocional e instrumental dos pais, embora se vejam numa situação que causa constrangimentos pois assumem várias responsabilidades, relacionadas com os próprios filhos e com o emprego (Sousa *et al.*, 2006). Contudo, nesta fase podem surgir conflitos entre pais e filhos especialmente em relação a partilha de bens e heranças, relações com os membros por afinidade, como os genros e noras, bem como conflitos relacionados com o papel de cuidar e de dividir tarefas que acarretam trabalho, dedicação e responsabilidade.

Assim sendo, e apesar do envelhecimento ser compreendido como um processo normal, pode estar associado a situações, que desencadeiam a dependência de outros e a necessidade de apoio parcial ou contínuo de cuidados, como forma de satisfazer as necessidades de vida diária. Deste modo, o capítulo que se apresenta a seguir, tem como

objetivo esclarecer as implicações da dependência, tendo em conta a necessidade de realização das ABVD e das AIVD que são essenciais à manutenção da vida.

### 1.4.3 Implicações da dependência

Ao longo dos anos e com o avanço da idade, as doenças surgem mais frequentemente e habitualmente com maior gravidade, podendo resultar em sequelas irreversíveis, com consequência direta na dependência de um indivíduo (Branco, 2010; Paúl & Ribeiro, 2012). Atualmente nas sociedades modernas, embora exista um aumento da esperança média de vida também existe uma maior prevalência de doenças crónicas, a população já não morre de doenças agudas e infecciosas como acontecia antigamente. Hoje em dia, a medicina tem a capacidade de atenuar a dor, e conseqüente melhorar o bem-estar, o que faz com que as pessoas tenham que se confrontar com a possibilidade de viver com a doença durante um longo período de tempo (Figueiredo, 2007). Perante uma situação de dependência, os cuidadores são confrontados com a necessidade de cuidar dos elementos da família que manifestem dependência nas suas atividades diárias.

Segundo a OMS (2002), o conceito de autonomia refere-se à capacidade percebida para controlar, lidar com as situações e tomar decisões sobre a vida quotidiana de acordo com as próprias regras e preferências. Entende-se por autonomia a capacidade de cada um para cuidar de si, a capacidade de adaptação ao meio e ser responsável pelas suas próprias ações.

Por outro lado, o conceito de dependência está intimamente relacionado com a incapacidade da pessoa de satisfazer as necessidades humanas básicas de vida diária, sem necessitar de ajuda de terceiros (Decreto-Lei nº 101/2006, de 6 de junho; Sequeira, 2018). As necessidades básicas compreendem a execução das tarefas domésticas, alimentação, locomoção e realização dos cuidados de higiene autonomamente (Fonseca, 2006; Sequeira, 2010).

A dependência está assim associada a vários tipos de alterações, frequentemente provocadas por doenças, nomeadamente alterações fisiológicas (diminuição da capacidade física, mental e funcional), alterações sociais e económicas (isolamento social e diminuição

da capacidade económica). Isto implica a transição para uma nova vida, que pode surgir de forma inesperada (por exemplo: AVC ou acidente) ou de forma progressiva, associado a uma diminuição da capacidade das estruturas ou funções do organismo, surgindo muitas vezes associada a pessoas idosas. Esta relação resulta numa maior probabilidade de a partir dos 65 anos ocorrerem perdas físicas, psíquicas e intelectuais que causam dependência comprometendo a capacidade de participação e decisão pessoal (Nicolau, 2018). Uma pessoa dependente necessita de ajuda de terceiros para conseguir sobreviver. Neste sentido, a quantidade de cuidados que cada um necessita difere de pessoa para pessoa e está diretamente relacionado com o grau de dependência, nem todos necessitam dos mesmos cuidados. Quanto maior for a gravidade da doença mais graves serão as sequelas e, conseqüentemente maior é o grau de dependência, refletindo-se ao nível do bem-estar, autonomia e da autoestima. Por conseguinte, é fundamental a criação de medidas que permitam diminuir o período de maior fragilidade, proporcionando maior dignidade, bem-estar e proporcionar melhor qualidade de vida (Branco, 2010).

Por outro lado, as pessoas idosas avaliam a sua função de saúde em detrimento das limitações ao nível das atividades que valorizam, ou seja, quem aprecia ler avalia de forma mais negativa as limitações visuais, por outro lado, quem valoriza caminhar e sair de casa sente-se mais penalizado com as limitações motoras (Berger, 2015). A dependência também pode ser definida pelas atividades que o idoso consegue desempenhar ou não, denominadas por: atividades de vida diária (AVD), que incluem as atividades básicas de vida diária (ABVD) e as atividades instrumentais de vida diária (AIVD).

As AVD constituem a autonomia mínima que possibilita a cooperação nos cuidados pessoais. As ABVD são definidas como atividades que mantêm as pessoas ocupadas no dia-a-dia, são atividades básicas de autocuidado, de forma a manter a independência (OECD, 2008). Nas ABVD são avaliadas dez atividades: tomar banho, vestir, ir à casa de banho, controlo intestinal, controlo vesical, caminhar, subir escadas, comer, transferência da cama para cadeira e deambulação. Quando existem dificuldades na realização destas atividades, refletem situações de dependência que requerem assistência formal ou informal. As limitações e dificuldades ao nível das ABVD correspondem ao nível mais grave de limitação de atividade (Berger, 2015). Neste item, os instrumentos mais utilizados na prática clínica para o diagnóstico de comprometimento na ABVD são: índice de Barthel e índice de Katz.

O índice de Barthel é um instrumento de avaliação das ABVD que possibilita a avaliação da capacidade funcional do idoso, e determina o nível de independência do indivíduo para dez ABVD, que foi descrito e publicado por Mahoney e Barthel em 1965 e validado para a população portuguesa em 2007 (Araujo F., Ribeiro JL., et al, 2007; Mahoney F. & Barthel D., 1965). A principal desvantagem deste índice prende-se pelo facto de não fornecer informação sobre a causa da dependência, não avaliar um maior número de ABVD e não ser suficientemente sensível a pequenas mudanças.

Por sua vez, o índice de Katz, descrito por Sidney Katz, avalia predominantemente a funcionalidade de idosos e de doentes crónicos para as ABVD, de acordo com a gravidade da doença e/ou eficácia de tratamentos (Katz S., Ford A., et al, 1963). O índice de Katz é frequentemente utilizado para a avaliação das ABVD em idosos institucionalizados ou hospitalizados (Sequeira, 2018).

As AIVD são atividades de autocuidado que requerem um pensamento mais complexo e encontram-se relacionadas com a vida independente. As AIVD são importantes para avaliar pessoas com doenças em estado inicial, não contribui apenas para avaliar o nível da doença, mas também como forma de determinar a capacidade da pessoa para cuidar de si mesma. As dificuldades das AIVD compreendem oito tarefas e estão relacionadas com a dificuldade em ir às compras, preparar refeições, gerir os medicamentos, usar o telefone e procurar os números, realizar tarefas domésticas leves e tarefas domésticas pesadas ocasionais, lavar roupa, conduzir ou utilizar transporte público, gestão das suas próprias finanças (Berger, 2015). Neste item é utilizado o índice de Lawton, desenvolvido por Lawton e Brody em 1969, que permite avaliar o nível de independência nas AIVD. O interesse deste instrumento reside na capacidade de avaliação global do idoso e na capacidade de avaliação parcelar, de acordo com cada grupo de atividades (Sequeira, 2018).

Podemos concluir, resumindo que, um idoso dependente é um indivíduo que tem uma prevalência elevada de problemas de saúde físico e/ou cognitivos, comprometendo o desempenho funcional de tarefas diárias ao nível da realização das ABVD e AIVD, necessitando por isso da ajuda de terceiros.

No capítulo que se apresenta de seguida, e após a introdução ao tema do envelhecimento populacional bem como o conhecimento de resultados estatísticos do panorama nacional

e internacional, iremos agora começar por abordar um dos temas principais objetivos desta dissertação: oferta de cuidados a idosos em Portugal.



## 2. Oferta de cuidados a idosos

Tendo em conta o que tem vindo a ser descrito ao longo deste texto, o envelhecimento e as suas implicações ao nível da saúde, da capacidade física e intelectual, podem resultar num conjunto de alterações que comprometem a autonomia de um indivíduo. Assim, um idoso quando se torna dependente, necessita inevitavelmente de apoio para satisfazer as suas necessidades de vida diária.

Neste capítulo iremos fazer referência à oferta de cuidados a idosos em Portugal, esclarecendo o que são os cuidados continuados, diferenciando os cuidados que são prestados nas instituições (cuidados formais) e os cuidados que são prestados no domicílio. Sendo que os cuidados que são prestados no domicílio podem ser de carácter formal ou informal.

### 2.1 Prestação de cuidados ao idoso

A prestação de cuidados, em Portugal, é compreendida como “a conjugação das intervenções de saúde e de apoio social, assentes numa avaliação e planeamento de intervenção conjuntos” (art.3.º do DL n.º 101/2006, de 6 de junho - alínea e).

A prestação de cuidados de saúde é fornecida pelos profissionais de saúde, que consiste na avaliação, manutenção, terapêutica, reeducação, promoção da saúde, prevenção de problemas de saúde e todas as atividades inerentes que auxiliam a manter ou melhorar o estado de saúde (UMCCI, 2011). A prestação de cuidados é organizada por forma a prestar cuidados diferenciados em função das patologias e/ou do grau de dependência de cada um. Tem como objetivo o desenvolvimento de atividades de reabilitação e de manutenção das capacidades motoras e sensoriais de cada indivíduo (Portaria n.º 174/2014, de 10 de setembro).

A prestação de apoio social é fornecida pelos assistentes sociais, que se traduz num conjunto de atos técnicos de estudo, de análise e avaliação diagnóstica da situação individual e/ou familiar de um indivíduo. Tem por base uma plano de intervenção social,

global e participado, dinamizando e mobilizando os recursos dos serviços, da rede formal e informal de proximidade, informado e orientado para os direitos de prestação do Sistema e Segurança Social e/ou de outros serviços, de forma a garantir o apoio e/ou a prestação de cuidados de vida diária (UMCCI, 2011). Esta prestação de apoio social é fornecida em função da gravidade da doença e do grau de autonomia da pessoa. O objetivo é promover a reabilitação, a autonomia e a integração sociofamiliar e profissional através do desenvolvimento de atividades de treino cognitivo, treino de atividades de vida diária, de atividades instrumentais de vida diária, promoção da interação do utente com a família, ou com o cuidador informal, apoio na satisfação das necessidades básicas, nomeadamente alimentação e higiene, realização de atividades culturais e de lazer, tendo em vista a socialização (Carta Social, 2018; Portaria n.º 174/2014, de 10 de setembro). Proporcionar apoio social, ajuda o indivíduo a ganhar confiança à medida que vai recuperando a capacidade funcional (UMCCI, 2011).

As unidades de internamento e de ambulatório, prestam cuidados continuados de saúde e apoio social a pessoas em situação de dependência com carência ou perda de autonomia. Estas unidades prestam auxílio nos cuidados de saúde e de apoio social, como consequência de um episódio agudo de doença ou perante a necessidade de prestação de cuidados na sequência de um agravamento de doença crónica. Estes cuidados visam a reabilitação, readaptação, manutenção, prestação de cuidados paliativos e apoio psicossocial a pessoas que se encontram em situação de dependência, com o objetivo de reintegração sociofamiliar (Portaria n.º 174/2014, de 10 de setembro).

Desta forma, o idoso dependente poderá receber cuidados de saúde e/ou sociais, sendo que estes cuidados podem ser formais, através da RNCCI, ou informais, por parte dos cuidadores informais. Contudo, quer os cuidados formais quer os cuidados informais são característicos do lado da oferta de cuidados.

Nos capítulos seguintes, iremos definir o que são os cuidados continuados; os cuidados formais; e os cuidados informais.

## 2.2 Cuidados Continuados

Nesta secção será abordado o que são os cuidados continuados, qual o seu objetivo e a quem se destinam este tipo de cuidados.

Ao longo dos anos, o estado português tem vindo a definir um conjunto de políticas para a família, para o emprego e para o envelhecimento, com o principal objetivo de proteger os indivíduos em situação de dependência, bem como apoiar os prestadores de cuidados. Durante os anos 80 e 90, o estado, as organizações não-governamentais, as autarquias e os representantes da sociedade, concederam maior enfoque nos prestadores de cuidados com o objetivo de desenvolverem serviços de apoio às famílias prestadoras de cuidados (Joël *et al.*, 2010). Na década de 90, a dependência ganhou maior importância tendo sido considerada com um novo risco social e de saúde, tornou-se uma prioridade política, social e de saúde. Desta forma, foram introduzidas reformas que visam o colmatar destas lacunas.

A OMS (2002) define Cuidados Continuados (CC) como:

“As atividades dirigidas para as pessoas que se encontram em situação de incapacidade para o desenvolvimento autónomo de cuidados básicos de saúde, levadas a cabo, por cuidadores informais (família, amigos e/ou vizinhos), por cuidadores formais, incluindo profissionais de saúde, de apoio social e de outras áreas, por cuidadores tradicionais e voluntários”. (OMS, 2002 p.22).

O objetivo dos cuidados continuados é garantir que um indivíduo em situação de dependência, possa manter a melhor qualidade de vida possível, com o maior grau de independência, autonomia, participação, autorrealização e dignidade humana possíveis (OMS, 2002). Nesta perspetiva, uma política de cuidados continuados deve incluir obrigatoriamente o respeito pelos valores individuais, preferências e necessidades de todos os indivíduos (Carneiro, 2012).

De acordo com o artigo 3º do Decreto-Lei nº 101/2006 de 6 de junho, os Cuidados Continuados Integrados (CCI) são definidos como sendo:

“O conjunto de intervenções sequenciais integradas de saúde e apoio social, decorrente de avaliação conjunta, visando a recuperação global da pessoa 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". (artigo 3º, alínea a)

Nos CCI a pessoa em situação de dependência, independentemente da sua idade, recebe cuidados de saúde e apoio social, de natureza preventiva, reabilitativa ou paliativa, prestados através de unidade de internamento e de ambulatório bem como de equipas hospitalares e domiciliárias, com o intuito de ajudar a pessoa a recuperar ou manter a sua autonomia e maximizar a sua qualidade de vida (Guia Prático CCI, 2018).

Os destinatários dos CCI são pessoas que se encontram em alguma das seguintes situações (Carneiro, 2012):

- ◁ Dependência funcional transitória decorrente de processo de convalescença ou outro;
- ◁ Dependência funcional prolongada;
- ◁ Idosos com critérios de fragilidade;
- ◁ Incapacidade grave, com forte impacte psicossocial;
- ◁ Doença severa, em fase avançada ou terminal.

Agora que já vimos em que consistem a prestação de cuidados de saúde e de apoio social, e qual o objetivo dos cuidados continuados, vamos definir o que são os cuidados formais.

### 2.3 Cuidados Formais

Nos últimos anos têm sido vários os debates em torno do envelhecimento, nomeadamente ao nível de respostas sociais, dos cuidados de saúde e de apoio aos idosos. Com o aumento do número de idosos, que tendencialmente perderão autonomia e, por isso tornar-se-ão dependentes de terceiros, tem gerado motivo de preocupação. Nesta perspetiva prevê-se um aumento da procura social, resultando em sobrecarga dos sistemas de proteção social.

Os cuidados formais, compreendem os cuidados que são prestados por profissionais devidamente qualificados (médicos, enfermeiros, psicólogos e assistentes sociais), uma vez que existe uma preparação e formação específica para o desempenho desta função e que estão integrados no âmbito de uma atividade profissional. Estes profissionais são

remunerados e/ou voluntários em hospitais, lares bem como instituições comunitárias (Sequeira, 2018).

Em Portugal, os cuidados formais têm sido gradualmente implementados, contudo as respostas são ainda escassas tendo em conta o envelhecimento da população. Apesar da cultura portuguesa considerar que é dever familiar cuidar dos idosos dependentes, ao longo dos anos o paradigma tem-se vindo a alterar. Cada vez mais é reconhecido pela sociedade que os serviços externos são indispensáveis no apoio aos doentes e também familiares (Figueiredo, 2007). No entanto, existe uma grande resistência por parte dos cuidadores informais em recorrer a estes serviços. Isto sucede-se por falta de conhecimento, custos associados a estes cuidados, ou mesmo desconforto por parte do cuidador em expor o seu familiar a pessoas desconhecidas (Sequeira, 2018).

O processo de cuidar traz implicações na qualidade de vida do cuidador informal como stress, o cansaço e a dificuldade em lidar com as consequências advindas da prestação de cuidados. Desta forma, é fundamental conhecer o apoio formal disponível na sociedade para se poder solicitar ajuda, através de diversos apoios específicos que são prestados por indivíduos, grupos ou instituições.

A prestação de cuidados difere de país para país, com predomínio dos cuidados informais no Sul da Europa e dos formais nos países Nórdicos, o que pode ser explicado pelo nível de apoio disponibilizado e também pelo facto de a família encarar o apoio à pessoa dependente como um dever de assumir essa responsabilidade (Lyberaki, *et al*, 2013) (Figueiredo, 2007). Entre os países europeus, Portugal é o que tem a maior taxa de cuidadores informais e uma das menores taxas de cobertura de cuidados formais (ERS, 2015).

## 2.4 Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados – RNCCI

Depois de esclarecermos o que são os cuidados formais, é nosso objetivo clarificar o que é a RNCCI, uma vez que constitui uma resposta formal de ação social e de saúde, para pessoas que se encontram em situação de dependência. Assim, pretende-se perceber qual o

objetivo da RNCCI, quais as instituições que constituem a RNCCI e como tem sido o seu crescimento ao longo dos anos, desde que foi fundada a rede até ao ano 2019.

Desde que foi fundado o SNS, em 1979, a criação e implementação da RNCCI foi a reforma mais significativa. A Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI) foi estabelecida em Portugal em março de 2006, pelo Decreto-Lei nº101/2006 de 6 de junho, numa parceria entre os Ministérios da Saúde e da Solidariedade Social, Emprego e Segurança Social, que tem na sua íntegra estratégias e intervenções públicas de situações de dependência, associadas a diferentes patologias e aos efeitos do envelhecimento (Carneiro, 2012).

A RNCCI visou a criação de respostas integradas de ação social e de saúde, com o objetivo primordial de assistência às pessoas que se encontram em situação de dependência temporária ou prolongada, respondendo aos desafios advindos do envelhecimento da sociedade em Portugal (Carneiro, 2012; UMCCI, 2011). De forma a ir de encontro aos objetivos delineados, foi desenvolvido um modelo de prestação de cuidados, inserido no SNS, que é operacionalizado através de uma rede nacional e intersectorial, na medida em que se integram as políticas do sector da Saúde e da Segurança Social, com parcerias com o sector público e privado (UMCCI, 2011).

A prestação formal de cuidados continuados na RNCCI é composta por instituições públicas e privadas. Estas instituições encontram-se organizadas de acordo com duas principais prestações de serviços: i) serviços domiciliários e comunitários e ii) casas de repouso (Lopes *et al.*, 2018). A RNCCI tem sofrido um crescimento ao longo dos anos, devido a diversas alterações no funcionamento do SNS, em simultâneo com a crise económica, e tendo em conta a tendência atual do envelhecimento da população.

Apesar do aumento das respostas ao nível dos cuidados continuados, nas regiões do interior as respostas são ainda insuficientes (Umbelina, 2016). A RNCCI pretende implementar um modelo de prestação de cuidados adaptado às necessidades e com principal foco no doente. Através do desenvolvimento dos seus paradigmas, a RNCCI, estimula a revisão do papel do hospital e reforça o papel dos cuidados primários de saúde, apoiando assim a sua modernização e tendo em conta as necessidades de saúde emergentes, no tempo e nos locais adequados (UMCCI, 2011).

A visita ao domicílio por parte da equipa de cuidados de saúde primários integrada na RNCCI, constitui uma forma de garantir uma melhor acessibilidade aos cuidados, uma vez que permite ir de encontro às reais necessidades de cada indivíduo. Este tipo de serviço é dirigido sobretudo a indivíduos que têm uma doença progressiva e/ou incapacitante, com algum grau de dependência, dificuldade de locomoção, acamados ou com incapacidade temporária (pós-operatórios ou acidentes), que residam na área geográfica da USF e que se encontrem inscritos neste tipo de apoio (Ministério da Saúde, 2018). Desta forma, a visita ao domicílio por parte das USF visa assegurar a vigilância da saúde do indivíduo incapaz de se deslocar, prevenir complicações do estado de saúde, bem como instruir e auxiliar os cuidadores informais na prestação de cuidados.

#### 2.4.1 Objetivos

A RNCCI tem como objetivo geral a prestação de cuidados continuados integrados a pessoas que, independentemente da idade, se encontrem em situação de dependência (Decreto-Lei n.º 101/2006, artigo 4º, n.º 1) A prestação de CCI é assegurada por Unidades de internamento e de ambulatório, bem como por equipas hospitalares e domiciliárias.

O Decreto-Lei n.º 101/2006, de 6 de junho, Art.º 4 determina sete objetivos específicos para a concretização do objetivo geral:

- ◁ Melhoria das condições de vida e de bem-estar das pessoas em situação de dependência, através da prestação de cuidados continuados de saúde ou de apoio social;
- ◁ A manutenção das pessoas com perda de funcionalidade ou em risco de a perder no domicílio, sempre que mediante o apoio domiciliário possam ser garantidos os cuidados terapêuticos e o apoio social que são essências à provisão e manutenção do conforto e qualidade de vida;
- ◁ O apoio, acompanhamento e internamento tecnicamente adequado à respetiva situação;
- ◁ A melhoria contínua da qualidade na prestação de cuidados continuados de saúde e de apoio social;

- ◁ O apoio aos familiares ou prestadores informais, na respetiva qualificação e na prestação de cuidados;
- ◁ A articulação e coordenação em rede dos cuidados em diferentes serviços, setores e níveis de diferenciação;
- ◁ A prevenção de lacunas em serviços e equipamentos, pela progressiva cobertura a nível nacional, das necessidades das pessoas em situação de dependência relativamente a cuidados continuados integrados e de cuidados paliativos (Decreto lei nº101/2006 de 6 de junho).

Estes objetivos foram delineados pelos ministérios anteriormente mencionados de forma a alcançar a meta definida para apoiar pessoas com necessidade de cuidados continuados.

Com o objetivo de apoiar as famílias cuidadoras, a RNCCI também possui uma medida designada por “Descanso do Cuidador” que possibilita o internamento em Unidades de Curta Duração, em situações temporárias, decorrentes de dificuldades de apoio familiar ou necessidade de descanso do cuidador principal. Este internamento contempla períodos máximos de 30 dias que podem ir até 90 dias por ano.

#### 2.4.2 Capacidade instalada dos cuidados a idosos em Portugal

No presente capítulo, após definirmos o que é a RNCCI e quais os seus objetivos, descritos nos capítulos anteriores, vamos abordar a capacidade instalada de cuidados em Portugal, como forma de acompanharmos a tendência de crescimento da RNCCI ao longo dos anos. Foram assim analisados os relatórios da RNCCI publicados entre 2015 e 2019 e foi elaborado um quadro resumo que esquematiza esse crescimento.

A capacidade instalada de cuidados a idosos em Portugal foi avaliada de acordo com os relatórios de monitorização da RNCCI divulgados entre o ano 2015 e 2019. A ACSS-DRS, em colaboração com os Serviços Partilhados do Ministério da Saúde (SPMS), tem vindo a analisar a melhoria e modificação dos relatórios disponíveis no sistema de informação da RNCCI. Os relatórios visam apresentar o panorama nacional e regional. Toda a informação incluída nos relatórios são o resultado de dados disponíveis no Portal da Transparência e de dados obtidos a partir do aplicativo informático da RNCCI (SI RNCCI). Os relatórios



abordam informações relativas às estruturas da RNCCI, lugares de internamento, equipas e lugares domiciliários, acordos estabelecidos, perfil dos utentes constituintes de RNCCI, resultados de intervenção, utentes referenciados e assistidos, taxa de ocupação, demora média, transparências na RNCCI, legislação publicada e execução financeira, entre outros.

A análise detalhada dos relatórios, é importante de forma a apresentar a capacidade de reposta bem como a evolução da RNCCI nos últimos anos. Deste modo, foi elaborada a tabela 3, com o objetivo de esquematizar a evolução da RNCCI entre 2015 e 2019.

O relatório de monitorização da RNCCI relativo a 2019, revela um reforço de crescimento comparativamente ao ano de 2015. No final de 2019, existiam 14.833 lugares na RNCCI, 5.675 de apoio domiciliário e 9.158 de internamento e ambulatório, verificando-se um crescimento de lugares de 2,8% relativamente a 2018. Comparativamente a 2015, o crescimento e lugares na RNCCI foi de 3,3%. Em 2019, o número de utentes referenciados para as diferentes tipologias da RNCCI apresentou um crescimento de 8,5%, comparativamente a 2018 (número de utentes referenciados mais baixo comparativamente aos anos em estudo). As tipologias com maior crescimento foram as unidades de média e longa duração, seguindo-se as unidades de convalescença, onde se verifica uma maior taxa de ocupação (98%, 95% e 89%, respetivamente) O número de utentes assistidos teve um acréscimo de 3,7% em 2019. A tipologia para onde foram referenciados mais utentes a nível nacional foram as Equipas de Cuidados Continuados integrados (ECCI). Sendo o Algarve e o Alentejo as regiões que mais referenciaram a nível nacional. Relativamente aos utentes com mais de 65 anos que aguardam vaga, Lisboa e Vale do Tejo é a região onde os utentes aguardam mais tempo por vaga. As unidades de longa duração e os cuidados continuados integrados são as tipologias com mais tempo de espera para acesso a vaga.

A análise dos relatórios permite concluir que existe um esforço de crescimento do número de camas e de lugares disponíveis na RNCCI. A maioria dos utentes pertence ao sexo feminino (56,2%) e cerca de 81,1% tem idade superior a 80 anos. Ao longo destes 4 anos, o apoio informal teve um crescimento significativo de 20%, que demonstra que cada vez mais as pessoas necessitam de algum tipo de ajuda para a satisfação das necessidades básicas de vida diárias. O apoio formal, prestado através cuidados domiciliários, de saúde e de apoio social também registou um crescimento.

**Tabela 3 - Síntese relatórios monitorização da RNCCI (de 2015 até 2019)**

	<b>2015</b>	<b>2016</b>	<b>2017</b>	<b>2018</b>	<b>2019</b>
<b>Nº de camas</b>	7.759	8.400 (+8,1%)	8.247 (-1,9%)	8.678 (+5,2%)	8.867(+5,6%)
<b>Nº de Lugares</b>	14.344 6.585 Domiciliários; 7.759 – Internamento e ambulatório	14.664 6.264 Domiciliários; 8.400 – Internamento e ambulatório	14.123 5.876 – Domiciliários; 8.247 – Internamento e ambulatório	14.430 5.752 Domiciliários; 8.678 – Internamento e ambulatório	14.833 (+2,8%) 5.675 Domiciliários; 9.158 – Internamento e ambulatório
<b>Utentes com + 65 anos</b>	83,9%	81,6%	82,9%	83,7%	84,4%
<b>Utentes com + 80 anos</b>	47,1%	47,4%	49,4%	50,7%	51,1%
<b>Utentes do sexo feminino</b>	54,9%	54,2%	55,1%	55,9%	56,2%
<b>Utentes do sexo feminino (+ 80 anos)</b>	63,4%	63%	63,5%	65,2%	65,1%
<b>Escolaridade</b>	89% com escolaridade < a 6 anos	89% com escolaridade < a 6 anos	88,3% com escolaridade < a 6 anos	89,1% com escolaridade < a 6 anos	88,4% com escolaridade < a 6 anos
<b>Coabitação: família</b>	71%	70%	69,1%	69,1%	69,7%
<b>Coabitação: vivem sós</b>	24,3%	25,5%	25,2%	26%	25,1%
<b>Apoio prestado por familiares</b>	61%	59%	68%	82%	81%
<b>Apoio domiciliário</b>	13%	13%	16%	20%	20%
<b>Apoio por técnicos do serviço social</b>	7%	7%	8%	12%	13%
<b>Apoio por técnicos de saúde</b>	-----	-----	10%	15%	16%
<b>Apoio prestado</b>	Alimentação 50% Higiene 49% Medicamentos 42%	Alimentação 49% Higiene 47% Medicamentos 39%	Alimentação 59% Higiene 56% Medicamentos 50%	Alimentação 72% Higiene 70% Medicamentos 62%	Alimentação 71% Higiene 68% Medicamentos 61%
<b>Motivo de referência</b>	Dependência AVD 88%; ensino utente/Cuidador informal 91%;	Dependência AVD 90%; ensino/cuidador informal 89%	Dependência AVD e ensino/cuidador informal 90%	Dependência AVD e ensino/cuidador informal 90%	Dependência AVD 90%; ensino utente/cuidador informal 89,5%
<b>Utentes referenciados</b>	44.501	40.407	40.061	43.166	43.750 (+1,4%)
<b>Tipologia para onde foram referenciados mais utentes</b>	ECCI 28% UMDR 25% ULDM 24%	ECCI 27,5% ULDM 26,1% UMDR 25%	UMDR 28,7% ECCI 27,1% UMDL 26,1%	ECCI 29,2% UMDR 27,1% UMDL 25,1%	ECCI 29,5% UMDR 27% UMDL 24,1%

<b>Região que mais referenciou (&gt;65 anos)</b>	Algarve 3,5% Alentejo 3,0% Norte 2,4% Centro 2,3% LVT 1,9%	Algarve 3,7% Alentejo 3% Centro 2,6% Norte 2,4% LVT 2,1%	Algarve 2,9% Alentejo 2,7% Centro 2,4% Norte 2,0% LVT 1,7%	Algarve 3,2% Alentejo 2,9% Centro 2,6% Norte, 2,1% LVT 1,8%	Algarve 3,2% Alentejo e Centro 2,7% Norte 2,2% LVT 1,9%
<b>Utentes que aguardam vaga</b>	LVT 33% Norte 31% Centro 17% Alentejo 16% Algarve 4%	LVT 45% Centro 23% Norte 16% Alentejo 12% Algarve 3%	LVT 35% Centro e Norte 26% Alentejo 10% Algarve 2%	LVT 43,3% Centro 21,5% Norte 16,8% Alentejo 15,7% Algarve 2,7%	LVT 34,4% Norte 27,4% Centro 22,6% Alentejo 11,8% Algarve 3,8%
<b>Nº de utentes assistidos</b>	44.413	45.768	46.525 (+1,7%)	48.677 (+4,6%)	50.473 (+3,7%)
<b>Taxa de ocupação</b>	ULDM 97% UMDR 94% UC e UP 91% ECCI 69%	UMDL 97% UMDR 94% UCP 91% UC 90% ECCI 66%	ULDM 97% UMDR 94% UC 90% ECCI 67%	UAP 99% ULDM 98% UMDR 95% UC 89% ECCI 70%	ULDM 98% UMDR 95% UC 89% UAP 74% ECCI 72%
<b>Demora média</b>	UC 37 dias UMDR 82 dias ULDM 171 dias ECCI 143 dias UCP 36 dias <b>Demora média: 37 dias</b>	UC 39 dias UMDR 87 dias ULDM 219 dias ECCI 166 dias UCP 39 dias <b>Demora média: 39 dias</b>	UC 39 dias UMDR 85 dias UMDL 182 dias ECCI 140 dias <b>Demora média: 39 dias</b>	UC 41 dias UMDR 90 dias ULDM 195 ECCI 129 <b>Demora média: 41 dias</b>	UC 40 dias UMDR 94 dias UMDL 193 dias ECCI 122 dias <b>Demora média: 40 dias</b>
<b>Execução financeira: Saúde</b>	116.692.053,48€	136.064.802,10€	147.030.598, 23€	146.708.349,42€	156.502.884.96€
<b>Valor de funcionamento da RNCCI</b>	115.495.629,34€ (99% da despesa total)	135.768.582,73€ (99,8% da despesa total)	146.936.069,13€ (99% da despesa total)	146.228.403,89€ (99,7% da despesa total)	156.402.884.6(99% da despesa total)

**Fonte:** Elaboração própria com base nos relatórios da ACSS: 2015, 2016, 2017, 2018 e 2019.

*ECCI – Equipas de Cuidados Continuados Integrados; EDSCP – Equipa Domiciliária de Suporte em Cuidados Paliativos; UC – Unidade de Convalescença; ECCI – Equipas de Cuidados Continuados Integrados; ECR – Equipas de Coordenação Regional; ECL – Equipas de Coordenação Local; LVT – Lisboa e Vale do Tejo; UC – Unidade de Convalescença; UAP – Unidade Ambulatória Pediátrica; UCP – Unidade de Cuidados Paliativos; ULDM – Unidade de Longa Duração e Manutenção; UMDR – Unidade de Média Duração e Reabilitação; USO – Unidade Socio-Ocupacional; RNCCI – Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados; Ra – Residência Autónoma; RAMA – Residência de Apoio Máximo RAMo – Residência de Apoio Moderado; RTA – Residência de Treino de autonomia; RTA/A – Residência de Treino de Autonomia Tipo A; SCM – Santa Casa da Misericórdia.*

## 2.5 Cuidados Informais

Depois de esclarecermos o que são os cuidados continuados a idosos que vivem em situação de dependência e em que consiste a prestação de cuidados através dos cuidadores formais, neste capítulo vamos definir a prestação de cuidados realizada pelos cuidadores informais. Assim, iremos focar-nos em definir qual é o papel do cuidador informal, quais as principais necessidades dos cuidadores, bem como, quais as principais funções para cuidar de uma pessoa em situação de dependência. Paralelamente, irão ser apresentadas evidências estatísticas a nível nacional e internacional que nos permitem comparar sociodemograficamente os cuidadores informais.

A forma como o cuidador vivência a transição para o exercício do papel de cuidador é desprovida de planeamento, acontecendo muitas vezes de forma inesperada perante uma necessidade de assumir esse papel. Este é um processo complexo, árduo e dinâmico, que abrange inúmeras variáveis. Tornar-se cuidador informal implica preparação, formação, apoio, acompanhamento, supervisão e orientação técnica, muitas vezes inexistente (Gil, 2007; Sequeira, 2018).

Os cuidadores informais constituem um grupo de extrema importância na prestação de cuidados às pessoas dependentes, que são executados geralmente no domicílio. Segundo Sequeira (2018), a prestação de cuidados informais habitualmente fica sob a responsabilidade dos elementos da família, dos amigos ou de vizinhos, que se responsabilizam diretamente por parte dos cuidados, prestam cuidados de forma sistemática, na ausência de cuidados formais. Os amigos e os vizinhos apenas assumem a responsabilidade de cuidar em situações pontuais, devido à inexistência de família ou quando não existe nenhum elemento capaz de assumir o papel de cuidador (Sequeira, 2018). A OECD (2019) considera que o cuidador informal é a pessoa que presta cuidados a um familiar mais velho, amigo ou vizinho, que pertença ou não ao grupo social da pessoa recetora de cuidados. Em média, nos países da OCDE, cerca de 13% das pessoas com 50 anos ou mais, prestam cuidados informais pelos menos 1 vez por semana, sendo que em Portugal esse valor desce para menos de 10% (OCDE, 2019).

Na maioria das vezes, a prestação informal de cuidados surge como consequência de doenças crónicas e/ou progressivas, sendo que a exigência dos cuidados informais varia de acordo com o grau de incapacidade.

O papel de cuidador informal acarreta consequências, tanto para o próprio indivíduo doente como para a sua família, interferindo na vida pessoal, familiar, profissional e social. Deeken *et al.* (2003), através de um estudo realizado, constatam que um quinto dos familiares de doentes graves foram forçados a abandonar o seu trabalho ou a proceder a uma outra alteração de grande impacto na sua vida, para poderem prestar cuidados ao doente. Sequeira (2010), realça que os cuidadores muitas vezes se deparam com dificuldades ao nível de problemas relacionais, das restrições sociais, das reações ao cuidar e do apoio familiar. Adicionalmente, praticamente um terço reportou a perda de todas as poupanças familiares e 30% a perda da maior fonte de rendimento familiar. Segundo Reinhard *et al.* (2019) por família de cuidadores informais o valor económico dos ganhos perdidos foi de cerca de US \$ 67 bilhões em 2013 e, em média, quase US \$ 7.000 gastos em despesas domésticas, cuidados ao domicílio e transporte.

A função do cuidar tem estado ao longo dos tempos vinculada essencialmente à família (Lage, 2005). A prestação de cuidados é caracterizada por ser um trabalho desgastante e exigente, do ponto de vista físico, psíquico e afetivo.

Para Anderson *et al.*, (2009), os cuidadores informais são vulneráveis ao surgimento de problemas, tanto ao nível da saúde física como mental, manifestando-se muitas vezes lesões nas costas e no pescoço; ansiedade, depressão, aumento de stress e sobrecarga por parte de quem exerce os cuidados, resultando num sentimento de incapacidade em lidar com a prestação de cuidados, que são necessários realizar ao familiar dependente (OCDE, 2019). A prevalência de problemas de saúde mental entre os prestadores de cuidados informais é 20% maior do que nas pessoas que não são prestadoras de cuidados (Eurocarers, 2018-2021). Especialmente, os cuidadores que se encontram a viver em meio rural, estão sujeitos a uma situação de maior vulnerabilidade, uma vez que, nestas regiões, os acessos a serviços de apoio à saúde mental tendem a ser limitados, fracos e reduzidos (Ramsay *et al.*, 2012).

Segundo Melo (2014), as principais necessidades dos cuidadores informais, que podem ser consideradas como condições facilitadoras de todo o processo são: o apoio familiar,

bom relacionamento familiar; o apoio social, evitando o isolamento social; necessidade de dotar os cuidadores das capacidades e conhecimentos que necessitam para desempenharem melhor e com mais segurança o papel de cuidador; apoio por parte dos profissionais de saúde; acesso aos serviços de saúde; apoio emocional e psicológico em todo o processo de transição e na integração do papel de cuidador, importante para gerir melhor os diferentes tipos de reações emocionais, tais como a ansiedade, o medo e a incerteza; apoio económico, ao nível de flexibilidade de horário laboral, para que assim consigam conciliar a prestação de cuidados à pessoa dependente com o emprego e a fonte de rendimento que precisam de manter.

De acordo com a Lei n.º 100/2019, de 6 de setembro:

Considera-se cuidador informal principal o cônjuge ou em unido de facto, parente ou afim até ao 4.º grau da linha reta ou da linha colateral da pessoa cuidada, que acompanha e cuida desta de forma permanente, que com ela vive em comunhão de habitação e que não auferir qualquer remuneração de atividade profissional ou pelos cuidados que presta à pessoa cuidada (artigo 2.º, alínea 2).

Neri & Carvalho (2002), fazem diferenciação entre 3 tipos de cuidador informal: cuidador principal/primário, cuidador secundário e cuidador terciário, sugerindo desta forma, a existência de uma rede de cuidadores, e não apenas um único cuidador (Carvalho, 2012). Os cuidadores primários ou principais estão em contacto direto com o idoso dependente, assumem a prestação da maior parte dos cuidados, de orientar, supervisionar, prestar auxílio, acompanhar e/ou cuidar diretamente a pessoa idosa nos autocuidados, apoiar os idosos nas tarefas e necessidades básicas. Segundo Sequeira (2018), o cuidador primário em muitas situações, cuida de forma sistemática e por vezes solitária sem ajuda direta de outros membros da família, não é remunerada e é sobre quem recai a maior parte dos cuidados. Por outro lado, o cuidador secundário ajuda na prestação de cuidados de forma ocasional ou regular em colaboração com o cuidador principal. Esta colaboração inclui apoio económico, apoio em atividades de lazer e em atividades de âmbito social, podendo substituir o cuidador principal nas suas ausências ou situações de emergências (Neri & Carvalho, 2002). O cuidador terciário é alguém familiar, amigo ou vizinho próximo que ajuda muito esporadicamente ou apenas quando solicitado. Deste modo, assumem o cuidado do idoso em situações de emergência, mas

não possuem qualquer responsabilidade na prestação de cuidados (Sequeira, 2018). A existência de uma rede de cuidadores minimiza a sobrecarga do cuidador principal.

O papel do cuidador informal é complexo, sendo de destacar as seguintes funções: (Sequeira, 2018)

- ◁ Providenciar uma vigilância de saúde adequada e efetuar a ligação entre o idoso com e os serviços de saúde;
- ◁ Promover a autonomia e a independência;
- ◁ Promover um ambiente seguro no domicílio e no exterior;
- ◁ Adaptar o ambiente de modo a prevenir os acidentes;
- ◁ Assegurar um ambiente confortável e um sono adequado;
- ◁ Promover a participação/envolvimento familiar;
- ◁ Supervisionar a atividade do idoso;
- ◁ Promover a comunicação e a socialização;
- ◁ Promover a manutenção ou a estimulação pelo interesse no desenvolvimento de um projeto pessoal, história de vida, religião, etc;
- ◁ Estimular a manutenção de uma ocupação/atividade;
- ◁ Supervisionar/incentivar as atividades físicas (no interior e no exterior da casa);
- ◁ Supervisionar/incentivar as atividades de lazer e sociais;
- ◁ Supervisionar, ajudar ou substituir ao nível das AVD e AIVD;
- ◁ Prestar outros cuidados de acordo com o contexto específico da pessoa dependente e segundo as orientações dos profissionais de saúde que assistem a pessoa dependente.

Relativamente à prestação de cuidados por género, são as mulheres as responsáveis por grande parte dos cuidados. Segundo dados da OCDE (2019), em média nos países da OCDE 61% dos cuidadores informais são mulheres. A Grécia e Portugal apresentam um maior desequilíbrio de género, em que mais de 70% dos cuidadores são mulheres, 34% dos cuidadores encontram-se na faixa etária dos 50-64 anos, 56% destes são casados, 40% encontram-se desempregados e 17% dos cuidadores avaliam a sua saúde como sendo fraca (Hunt *et al.*, 2016). Segundo um estudo realizado por Sequeira (2007), cerca

de 61% dos cuidadores refere que a principal razão da adoção do papel de cuidador é por iniciativa própria.

Desta forma, devido ao complexo e exigente papel do cuidador, é fundamental a adaptação do cuidador, articulando diretamente com os profissionais de saúde, nomeadamente médicos e enfermeiros. Neste sentido, o objetivo é transmitir e preparar os cuidadores para esta nova etapa de modo a garantir a continuidade de cuidados prestados à pessoa dependente. É crucial incentivar os cuidadores para a aquisição de novos conhecimentos, aprendizagens de métodos, e aptidões relacionadas com a situação vivenciada. O objetivo é facilitar todo o processo de cuidador, resultando numa melhor adaptação, minimizando as consequências físicas e psicológicas a que o cuidador está sujeito, de modo a promover a sua saúde e o seu bem-estar (Carneiro, 2012; Melo, 2014).

Os cuidadores informais têm um papel muito importante na prestação de cuidados a pessoas em situação de dependência, estes cuidados são executados de forma sistemática no domicílio e maioritariamente por indivíduos do sexo feminino. Em Portugal, a função de cuidar está vinculado essencialmente à família, contudo os amigos e vizinhos podem ajudar de forma pontual.

No próximo capítulo, serão apresentadas evidências estatísticas que nos permitem caracterizar sociodemograficamente os cuidadores informais a nível nacional e no resto da Europa.

### 2.5.1 Cuidadores Informais em Portugal e na Europa

O aumento da esperança média de vida em Portugal e na Europa, resulta numa maior procura de cuidados em todas as faixas etárias, sendo por isso um grande desafio de sustentabilidade para os sistemas de cuidados.

Nos últimos anos, a prestação de cuidados a idosos dependentes tornou-se uma prioridade para todos os estados membro da UE. Os cuidados domiciliários surgiram como forma de conter os custos dos serviços, ao mesmo tempo que auxiliam as



necessidades dos indivíduos. Como consequência, os cuidadores informais são cada vez mais pressionados na prestação de cuidados à pessoa dependente.

Na Europa, 80% de todos os cuidados são prestados por cuidadores informais, que incluem cuidados pessoais, serviços de limpeza, transporte, cuidado, gestão financeira e suporte emocional (INE, 2017).

Segundo o INE (2017), em Portugal cerca de 12,5% da população concede algum tipo de cuidados informais, 10,7 % cuidados sobretudo a familiares e 1,8% a não familiares. A prestação de cuidados é realizada maioritariamente por mulheres, cerca de 61%, com idade compreendida entre os 25 e os 64 anos. A duração semanal da prestação de cuidados informais é predominantemente menos de 10 horas (57%).

Relativamente ao grau de urbanização, os cuidados informais são prestados sobretudo em áreas densamente povoadas (35%), seguindo-se as áreas mediantemente povoadas (31%) (OCDE 2019). A prestação de cuidados é feita maioritariamente por homens e mulheres, que embora tenham baixas habilitações, encontram-se em idade ativa e tem que conciliar a atividade laboral com a função de cuidador informal (OCDE, 2019).

As projeções na UE apontam para que até 2070, ocorra uma mudança progressiva dos cuidados informais para os formais, que irá implicar um aumento do PIB na prestação de cuidados continuados, em média, 130% (Eurocarers, 2020).

Todavia, o valor dos cuidadores informais na Europa não é apenas uma questão financeira, é importante dar-lhes valor do ponto de vista moral, de modo a que o seu trabalho seja valorizado e reconhecido. Ou seja, é fundamental apoiar o cuidador na prestação de cuidados principalmente em pessoas com doenças crónicas, pessoas com deficiência ou idosos frágeis.

Tendo em conta o envelhecimento demográfico, o aumento da prevalência das doenças crónicas e fragilidades associadas, os cuidadores informais tornaram-se ao longo dos anos uma parte fundamental da satisfação das necessidades de saúde, bem como na sustentabilidade dos sistemas de saúde e de assistência social. O cuidador informal é uma realidade atual em Portugal. Grande parte dos cuidados prestados a pessoas que tem algum tipo de dependência são efetuados por cuidadores informais.

Após fazermos referência à oferta de cuidados a idosos em situação de dependência, quer seja através de cuidados formais ou cuidados informais, no próximo capítulo será abordada a procura de cuidados a idosos em Portugal. Deste modo, com o envelhecimento da população, e conseqüentemente, com o aumento do número de idosos, torna-se imperativo fazer uma análise das necessidades de cuidados que serão imprescindíveis de forma a assegurar a realização das atividades de vida diária.

### 3. Procura de cuidados pelos idosos

Ao longo dos anos, a população tem vindo a envelhecer, como consequência de melhorias nas condições de vida e nos cuidados de saúde, dos avanços tecnológicos, como também aumento da expectativa de quem consome bens e serviços. O aumento do número de idosos está intimamente relacionado com o aumento da procura dos cuidados, uma vez que esta faixa etária da população é portadora de um maior número de doenças crónicas e incapacitantes (Cabrita, 2003).

A necessidade de cuidado pode ser influenciada por fatores sociodemográficos e económicos, pelo sexo, idade, nível de habilitações e rendimento. Esta necessidade pode ser evidenciada quando ocorre comprometimento da capacidade funcional do idoso, ao ponto de impedir o autocuidado, aumentando assim as responsabilidades sobre a família, sistemas de saúde e apoio social (Aires, 2008).

O próximo capítulo tem como objetivo caracterizar a procura de cuidados em função dos registos nacionais de pessoas que aguardam por vaga na RNCCI e avaliar qual a região onde existe maior procura de cuidados. Neste sentido, a procura por cuidados reflete a necessidade de ajuda de um determinado indivíduo.

#### 3.1 Caraterização da Procura de cuidados pelo idoso

Atualmente existe uma preocupação crescente e muitas incertezas relativamente à procura e aos custos associados aos cuidados prestados a idosos dependentes. Para além disso, deparamo-nos com uma diminuição da capacidade das redes de apoio à família na ajuda dos doentes idosos com necessidades de cuidados de saúde, devido a sistemas já sobrecarregados (Worrall & Chausalet, 2014).

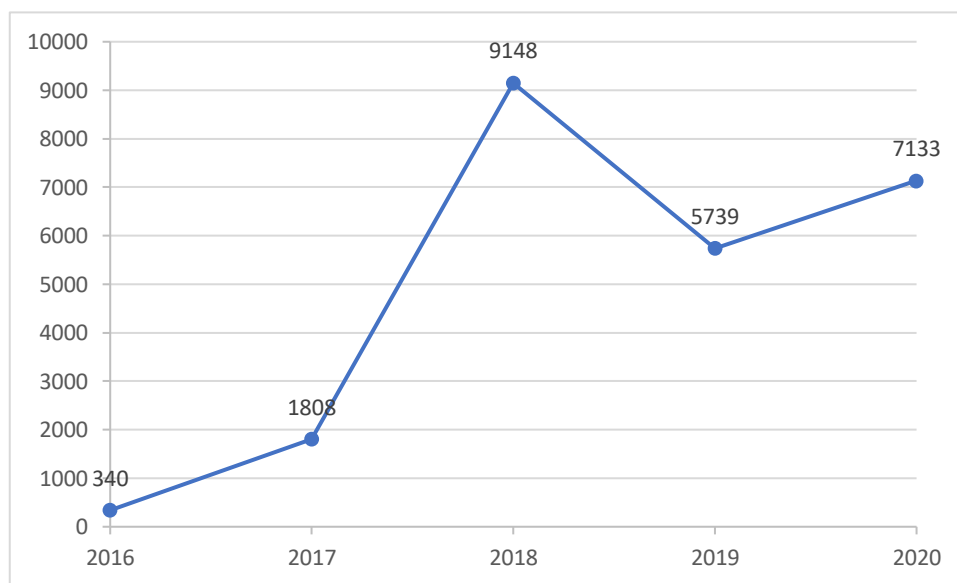
Tal como tem sido descrito ao longo do presente estudo, o fenómeno de envelhecimento demográfico está a registar-se em todo o mundo, contudo existem países em que o envelhecimento é mais rápido. Na Europa, prevê-se que daqui a 50 anos, o número de idosos triplique e que haja apenas 2 pessoas em idade ativa para uma pessoa idosa (+65

anos). Vários investigadores colocam questões em torno da capacidade dos sistemas de cuidados atualmente existentes, tendo em conta o potencial aumento do número de idosos que precisaram de cuidados (Worrall & Chausalet, 2014).

De acordo com o SNS, em Portugal, o número de utentes a aguardar vaga em setembro de 2020 é de 7133 utentes para os cuidados continuados, como demonstra o gráfico da figura 7. Esta situação reflete, portanto, um desequilíbrio entre a procura de cuidados e a oferta de cuidados continuados integrados, com evidência de um excesso de procura.

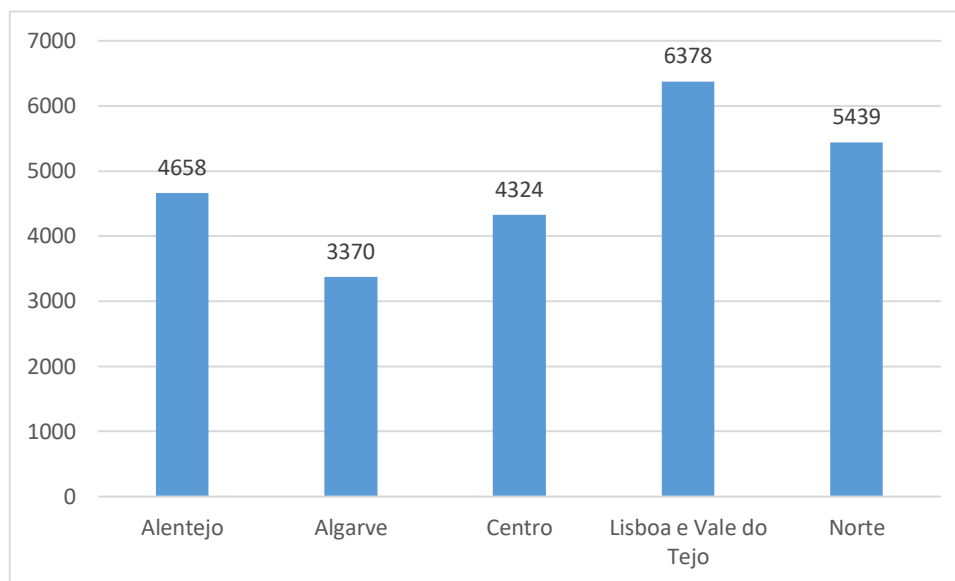
Desde 2016 que é notória a evolução do número de utentes que necessitam de cuidados, sendo expectável que este número continue a aumentar. É na região de Lisboa e Vale do Tejo que existe maior necessidade de cuidados, uma vez que é o local onde mais utentes aguardam por vaga, seguindo-se a região Norte (figura 8).

**Figura 7** - Utentes a aguardar vagas de cuidados continuados na RNCCI, de 2016 a setembro 2020



**Fonte:** SNS, setembro 2020

**Figura 8** - Utentes a aguardar vagas de cuidados na RNCCI/região de 2016 a setembro 2020



**Fonte:** SNS, setembro 2020

Podemos assim concluir que, o número de utentes a aguardar vaga tem vindo a aumentar de forma significativa desde 2016, atingindo-se o pico em 2018, sendo expectável que este número continue a aumentar. É na região de Lisboa e Vale do Tejo que existe maior procura por cuidados, e na região do Algarve onde existe menor procura.

### 3.2 Modelo da Procura de cuidados pelos idosos

De acordo com o que já vimos nos capítulos anteriores, com o aumento do número de idosos, existem cada vez mais indivíduos que procuram ajuda para a satisfação das suas necessidades de vida diária. Desta forma, torna-se relevante analisar quais os principais fatores associados à procura de cuidados, que iremos seguidamente abordar.

Devido ao envelhecimento da população, cada vez mais os idosos desejam e exigem uma oferta de cuidados mais variada de serviços no domicílio, de modo a que possam envelhecer no seu ambiente familiar durante um maior tempo possível. Vários estudos evidenciam que provavelmente a procura por cuidados não reflete adequadamente a realidade, não reflete os serviços que os idosos mais procuram e sobretudo o que mais

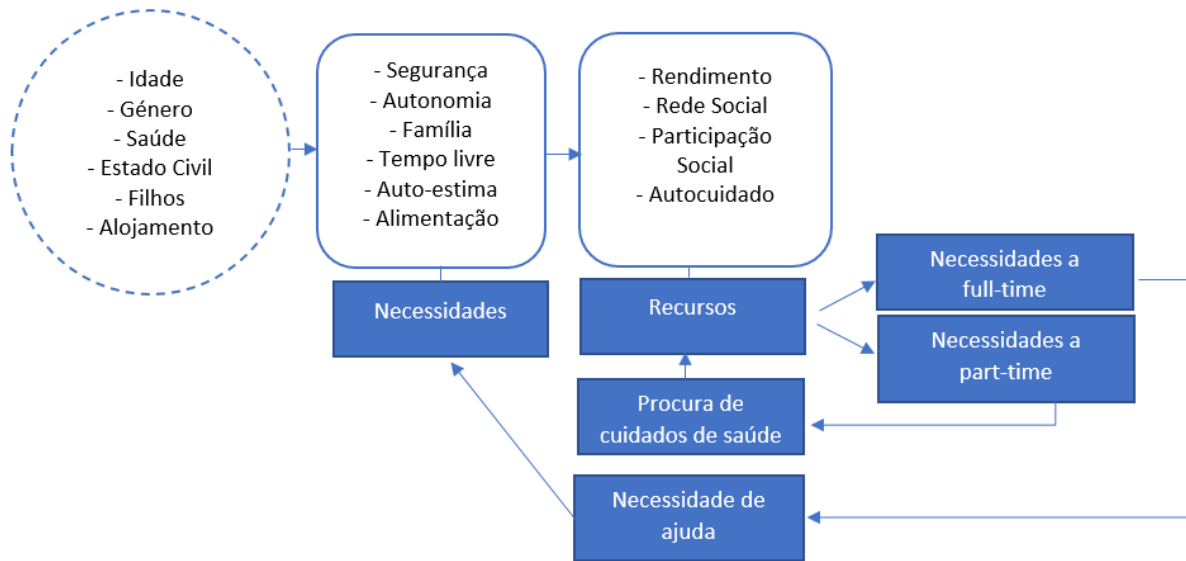
desejam (Bilsen *et al.*, 2006). Consequentemente, é importante esclarecer: quais serão os serviços que devem ser oferecidos de modo a ir de encontro às expectativas de procura na assistência aos idosos. É por isso importante compreender a relação entre as necessidades, os recursos e as expectativas que os idosos têm e precisam na prestação de cuidados.

Segundo o relatório da OMS (2002) os principais fatores para o crescimento da procura são: o desenvolvimento tecnológico, o envelhecimento da população e o aumento das expectativas dos consumidores. Estes fatores influenciam o crescimento da procura de cuidados na medida em que com o envelhecimento populacional, e consequentemente o aumento de doenças crónicas e incapacitantes, os avanços tecnológicos na área da saúde e a melhoria da qualidade dos cuidados, permitem um aumento da sobrevivência dos indivíduos por maiores períodos de tempo, desencadeando assim uma maior procura por cuidados.

Por outro lado e de acordo com o estudo realizado por Bilsen *et al.* (2006), a procura por cuidados é resultado de uma ou mais necessidades sentidas pelo indivíduo: a incapacidade de realizar as atividades de vida diária; indisponibilidade da rede de suporte familiar quer sejam amigos ou família para ajudar no autocuidado; e dificuldade em gerir o dinheiro. O modelo da procura de cuidados pelos idosos tem como objetivo conhecer e analisar os determinantes que estão associados à procura, desempenhando um papel fundamental na previsão da procura de cuidados no domicílio (figura 9).

Assim sendo, estes fatores são não só importantes para compreender o modelo de procura de cuidados, de acordo com as necessidades sentidas pelos indivíduos, como também são fundamentais para o desenvolvimento de serviços de saúde e de apoio social.

**Figura 9** - Relação entre necessidades, recursos e procura



**Fonte:** Bilsen, 2006.

Agora que já vimos os principais determinantes associados a uma maior procura de cuidados, o capítulo que se apresenta de seguida, tem como objetivo diferenciar a necessidade e a procura de cuidados. Iremos ainda relacionar a necessidade sentida pelos indivíduos, com a procura de cuidados e serviços que satisfaçam essas necessidades.

### 3.3 Necessidade VS Procura de cuidados

A necessidade de cuidados, não é considerada como um *status* económico, uma vez que está inerente a um indivíduo e às suas necessidades de satisfação quer ao nível da sobrevivência da espécie quer ao nível do funcionamento da sociedade (Campos, 1969). A necessidade de serviços para uma determinada população depende do *status* cultural, religioso, educacional e social, bem como do comprometimento do bem-estar físico ou mental de cada indivíduo. Como tal estes determinantes são importantes, uma vez que refletem o comportamento do indivíduo, essencial para o estudo económico denominado por procura (Jeffers *et al*, 1971).

O conceito de necessidade em saúde pode ser definido como a quantidade de serviços médicos que a opinião médica especializada acredita que deve ser consumida durante um período de tempo para que os indivíduos permaneçam ou se tornem “saudáveis”. No entanto, em muitos casos, a população pode encarar as suas necessidades de diferente forma dos profissionais. Isto é, a quantidade de serviços que a população deseja e tem necessidade de consumir, pode ser diferente da quantidade de serviços que os profissionais acham que os indivíduos necessitam de consumir. Neste sentido, as necessidades da população em função do que pretendem consumir, pode ser definido como a quantidade de serviços que os indivíduos consideram que deveriam consumir durante um período de tempo, com base nas suas perceções psíquicas das necessidades (Jeffers *et al*, 1971),

Ao mesmo tempo que as necessidades aumentam, e com o desenvolvimento de novos conhecimentos, surgem novas soluções advindas do desenvolvimento tecnológico e da medicina. Cada vez mais é reconhecida a importância da saúde como componente do bem-estar e como fator de desenvolvimento da procura na aquisição, manutenção e melhoria do estado de saúde. A existência de necessidades múltiplas e crescentes, bem como a forma de satisfazer as necessidades, constituem o plano dentro do qual se deve manter o foco. A solução deverá ser racional, eficiente e ter como objetivo, não apenas satisfazer as necessidades das sociedades, mas também contribuir para a obtenção do máximo bem-estar, e ao menor custo (Campos, 1969). Fundamentalmente, a necessidade é um problema da sociedade, que deve ser encarada de acordo com a disponibilidade de recursos e segundo as prioridades (Campos, 1969).

A procura por serviços surge pelo facto de os consumidores tentarem satisfazer as suas necessidades e expectativas psicologicamente formuladas. Como tal, procuram investir monetariamente em troca de bens e serviços que melhorem a sua condição de saúde e bem-estar. No entanto, a maioria dos consumidores possui recursos financeiros limitados e os serviços que necessitam por vezes acarretam custos elevados, não conseguindo desta forma adquirir tudo o que desejam na quantidade que pretendem. Quanto menor o *status* cultural, educacional e social de uma determinada população, mais restritas são em termos de consumo de serviços, e conseqüentemente, maior diferença se verifica entre desejos e necessidades. Desta forma, a quantidade de serviços procurada por uma determinada



população em função da sua necessidade, depende das necessidades coletivas (gostos e preferências) de todos os bens e serviços, preços dos serviços, preço de bens e serviços alternativos, tamanho da população e condições financeiras (Jeffers *et al*, 1971).

Em termos económicos, a procura de uma determinada população por serviços pode ser definida como a relação funcional multivariada entre as quantidades de serviços que os indivíduos desejam consumir durante um período de tempo e determinados níveis de preços de bens e serviços, recursos financeiros, tamanho e necessidades psicológicas da população, que refletem os gostos e preferências do consumidores para bens e serviços (Jeffers *et al*, 1971).

A necessidade de uma determinada população quando tem dor, alguma incapacidade, ou sintomas que perturbam o seu bem-estar, bem como quando ignoram possíveis causas e consequências desses sintomas, resulta na procurar de serviços sem considerar cuidadosamente as consequências económicas que podem resultar dessa ação. Assim, quando se manifestam sintomas agudos tanto a procura como a necessidade aumentam (Jeffers *et al*, 1971). Sendo que a maioria das situações agudas, não envolvem um nível intolerável de dor e sofrimento, portanto é raro quando a procura do consumidor se aproxima ou supera as necessidades (Jeffers *et al*, 1971).

Podemos concluir que, a necessidade de consumir cuidados surge na sequência de uma doença ou incapacidade, existe possibilidade de requerer ajuda de outras pessoas; enquanto que a procura de cuidados se manifesta quando um indivíduo considera ter necessidade e deseja receber essa ajuda. Assim, são conceitos correlacionados, mas não perfeitamente coincidentes, uma vez que pode haver necessidade sem procura e pode haver procura sem necessidade. Nos cuidados pessoais, é mais provável que a necessidade gere procura, mas no caso de cuidados relacionados com tarefas domésticas pode acontecer que haja necessidade que não se manifeste em procura porque a realização de tarefas domésticas não é fator de sobrevivência nem de satisfação de necessidades primárias.

A análise empírica que se segue no próximo capítulo, será assim um indicador explícito da necessidade para os cuidados pessoais e para as atividades domésticas.



## Parte II – Análise Empírica

## 4. Dados e Amostra

A dimensão da amostra do Inquérito Nacional de Saúde (INS) de 2014 é de 22.538 unidades de alojamento, sendo que a população envolvida tem idade superior a 15 anos e no momento da realização do inquérito vive em território nacional. O inquérito foi aplicado entre 10 de setembro e 15 de dezembro de 2014.

O objetivo de analisar os dados que constam no INS prende-se pelo fato de ser um inquérito realizado a nível nacional e por isso inclui dados representativos da população portuguesa. Deste modo, através de diversas perguntas incluídas no relatório vamos pesquisar a nível nacional, e através deste trabalho, fatores associados à oferta e procura de cuidados em Portugal.

Numa primeira fase, a informação foi organizada numa base de dados, exportada e analisada no software estatístico SPSS, na qual foram posteriormente aplicados os critérios de inclusão da amostra pretendida para o estudo.

Foram incluídos na amostra todos os indivíduos com idade superior a 65 anos, perfazendo um total de 5701 indivíduos, e foram selecionadas as variáveis a incluir no estudo. A amostra em estudo, abrange cidadãos residentes em território nacional, incluindo continente e ilhas.

As perguntas chave do INS que serão utilizadas na análise estatística são: “Existência de ajuda nos cuidados pessoais”; “Necessidade de ajuda nos cuidados pessoais”; “Existência de ajuda nas atividades domésticas”; “Necessidade de ajuda nas atividades domésticas”. Contudo, serão ainda utilizadas outras questões incluídas no INS que nos fornecem informação sociodemográfica e de saúde dos indivíduos.

## 5. Orientações metodológicas

O INS tem como objetivo caracterizar a população portuguesa em função de três grandes domínios: estado de saúde; cuidados de saúde e determinantes da saúde relacionados com estilos de vida. É um inquérito harmonizado e regulamentado a nível europeu pelo Regulamento UE nº141/2013, de modo a permitir comparar internacionalmente os resultados. As questões incluídas no INS seguem as diretrizes metodológicas e práticas do Manual metodológico do *European Health Interview Survey (EHIS wave 2) Manual methodological*, quer ao nível da amostra quer ao nível da formulação das questões, que tem como objetivo garantir um elevado nível de harmonização dos resultados do inquérito entre todos os países.

Iremos utilizar questões que foram incluídas do INS para fazer uma análise estatística relativamente ao que se passa ao nível do domicílio. As questões utilizadas, serão uma proxy do que pretendemos analisar que irá refletir a procura e a oferta de cuidados, uma vez que não estamos a medir verdadeiramente estes indicadores.

A análise estatística utilizada no estudo, é do tipo descritiva e por inferência. O objetivo de realizar a estatística do tipo descritiva, é descrever os dados incluídos na nossa amostra, de forma a determinar a frequência absoluta e relativa para as variáveis, que serão apresentados através de gráficos e tabelas. Por outro lado, as estatísticas inferenciadas têm como objetivo testar hipóteses e retirar as respetivas conclusões. Será aplicado sempre que necessário e possível o teste de independência do Qui-quadrado.

De seguida, serão detalhados os passos da análise de dados:

Na caracterização da oferta de cuidados domiciliários foi feita análise descritiva das variáveis: “existência de ajuda nos cuidados pessoais”, “existência de ajuda nas atividades domésticas” de acordo com; “grupo etário”, “sexo”, “grau de urbanização”.

Na caracterização dos cuidadores informais que oferecem cuidados no domicílio a idosos dependentes, foi feita análise descritiva das variáveis: “grupo etário”, “sexo”, “grau de urbanização”, “prestação cuidados a familiares”, “tempo de duração dos cuidados prestados”.

Na caracterização da procura de cuidados no domicílio, foram incluídas as seguintes variáveis: “necessidade de ajuda nos cuidados pessoais”, “necessidade de ajuda nas atividades domésticas”, de acordo com: “grupo etário”, “sexo”, “grau de urbanização”.

A procura de cuidados foi caracterizada tendo em conta as dificuldades do idoso depende em realizar as Atividades Básicas da Vida Diária (ABVD) e Atividades Instrumentais da Vida Diária (AIVD). Desta forma, foi feita a análise descritiva das variáveis referentes às ABVD: “dificuldade em subir ou descer 12 degraus sem ajuda”, “dificuldade em caminhar 500m em terreno plano sem ajuda”, “dificuldade em caminhar 200m em terreno plano sem ajuda”, “dificuldade em ver”, “dificuldade em tomar banho o duche sem ajuda. As variáveis referentes às AIVD são: “dificuldade em realizar tarefas domésticas pesadas ocasionais sem ajuda”, “dificuldade em ir às compras sem ajuda”, “dificuldade em realizar tarefas domésticas ligeiras sem ajuda”, dificuldade em preparar refeições sem ajuda”, “dificuldade em preparar e tomar a medicação sem ajuda”. Nesta secção, foram avaliadas as ABVD e as AIVD com maior percentagem de respostas: “muita dificuldade” e “não consegue de todo”, como forma de relacionar as dificuldades com as necessidades existentes.

O teste de hipóteses utilizado no presente estudo empírico é o teste do Qui-quadrado. Este é um teste não paramétrico, utilizado para verificar a relação entre variáveis nominais, ordinais e intervalos de dados, e avaliar a associação existente entre variáveis qualitativas. Quando estamos perante duas variáveis deste tipo e queremos testar a relação entre elas, utiliza-se o teste Qui-quadrado formulando hipóteses de trabalho:

- ◁ *H0*: As duas variáveis são independentes, ou seja, não existe relação entre as categorias de uma variável e as categorias de outra;
- ◁ *H1*: As duas variáveis apresentam uma relação entre si, ou seja, existe relação entre as categorias de uma variável e as categorias de outra.

O resultado relevante do teste é a significância (valor  $p$ ). Sempre que o valor  $p$  for inferior a 5% ( $p < 0,05$ ), a hipótese nula é rejeitada, logo as duas variáveis estão relacionadas. Por outro lado, caso  $p > 0,05$ , não podemos rejeitar a hipótese nula, de que as variáveis são independentes, conclui-se assim que as variáveis não estão relacionadas.

É ainda relevante mencionar que no presente estudo não serão contempladas respostas denominadas como: “sem resposta” e “não aplicável”.

## 5.1. Hipóteses de trabalho

### 5.1.1 Caraterização da oferta de cuidados no domicílio

Para a caraterização da oferta de cuidados, foram formuladas as seguintes hipóteses de trabalho:

**Hipótese 1:** A existência de ajuda nos cuidados pessoais é igual para os homens e para as mulheres?

Será de esperar que quem recebe mais cuidados pessoais sejam as mulheres uma vez que, e segundo Costa-Junior *et al.* (2009), as mulheres são as que se preocupam mais com os cuidados pessoais ao contrário dos homens que são mais resistentes em procurar ajuda, sendo que só em situações mais graves é que procuram ajuda.

**Hipótese 2:** A existência de ajuda nas atividades domésticas é igual para os homens e para as mulheres?

O resultado previsto, à semelhança da existência de ajuda nos cuidados pessoais, é que sejam as mulheres que recebem mais ajuda nas atividades domésticas comparativamente com os homens. Esta expectativa, poderá ser justificada pelo facto das mulheres se encarregarem mais das tarefas domésticas do que os homens, embora seja crescente o envolvimento dos homens na participação destas atividades (Schouten, 2012).

**Hipótese 3:** A existência de ajuda nos cuidados pessoais é maior nas áreas pouco povoadas?

**Hipótese 4:** A existência de ajuda nas atividades domésticas é maior nas áreas pouco povoadas?

As categorias para a avaliação foram divididas e definidas no INS da seguinte forma:

- < Área muito povoada
- < Área mediantemente povoada
- < Área pouco povoada

Não foram encontradas na literatura referências que justifiquem qual será o resultado expetável nas hipóteses de trabalho 3 e 4.

Mas antecipamos que, nas regiões menos povoadas exista mais ajuda nos cuidados pessoais e atividades domésticas, uma vez que tenderá a haver um ambiente mais familiar e maior relação entre vizinhos e amigos.

### **Cuidadores Informais idosos**

Para a caracterização dos cuidadores informais idosos, ou seja, com mais de 65 anos, foram formuladas as seguintes hipóteses de trabalho:

**Hipótese 5:** Será que existe igualdade de género entre os prestadores de cuidados informais?

Segundo Lage (2017) e Sequeira (2018), o papel de cuidador informal recaí habitualmente no membro da família do sexo feminino. Por outro lado, segundo OCDE (2019), as mulheres são as grandes responsáveis pela prestação de cuidados. Em média, 61% dos cuidadores informais são mulheres, em Portugal esse valor sobe para 70%.

**Hipótese 6:** A prestação de cuidados informais a familiares é realizada durante mais de 20h por semana?

No estudo serão considerados 7 dias/semana de prestação de cuidados informais.

As categorias de resposta foram definidas no INS como sendo:

- < Menos de 10h;
- < Entre 10h e 20h;
- < Mais que 20h.

Segundo o INE (2017), em Portugal cerca de 12,5% da população concede algum tipo de cuidados informais, 10,7 % cuidados sobretudo a familiares e 1,8% a não familiares.

Na literatura não foram encontradas referências que indiquem ao número de horas semanais de prestação de cuidados a familiares dependentes.

**Hipótese 7:** Os prestadores de cuidados informais residem maioritariamente em áreas pouco povoadas?



### 5.1.2 Caraterização da necessidade/ procura de cuidados no domicílio

Para a caraterização da procura de cuidados continuados, foram formuladas as seguintes hipóteses de trabalho:

**Hipótese 8:** Necessidade de ajuda nos cuidados pessoais é igual entre homens e mulheres?

**Hipótese 9:** Necessidade de ajuda nas atividades domésticas é igual entre homens e mulheres?

**Hipótese 10:** Necessidade de ajuda nos cuidados pessoais é maior nas áreas pouco povoadas?

**Hipótese 11:** Necessidade de ajuda nas atividades domésticas é maior nas áreas pouco povoadas?

Na literatura, não foram encontradas referências que caracterizem a população em função das suas necessidades nos cuidados pessoais e atividades domésticas. Mas espera-se que a necessidade de ajuda nos cuidados pessoais e atividades domésticas seja maior para as mulheres, que residem em áreas menos povoadas. Na medida em que são as mulheres que se preocupam mais com a sua saúde e com a realização das tarefas de casa.

**Hipótese 12:** As dificuldades em atividades diárias mais prevalentes resultam da dificuldade em caminhar?

Begate *et al* (2009), referem que de uma forma geral a mobilidade e a capacidade de um indivíduo se deslocar, é uma das principais dificuldades sentidas ao nível da autonomia nos idosos. O comprometimento da função neuromuscular e a diminuição do movimento, geram um conjunto de limitações funcionais que dificultam a execução das atividades de vida diária.

**Hipótese 13:** As dificuldades instrumentais em atividades diárias mais prevalentes estão relacionadas com atividades domésticas pesadas?

Segundo Sousa et al, através de um estudo realizado em 2019, concluem que a principal dificuldade para as atividades instrumentais é a realização de tarefas domésticas pesadas.

**Hipótese 14:** A existência de ajuda e a necessidade de ajuda nos cuidados pessoais são conceitos independentes?

**Hipótese 15:** A existência de ajuda e a necessidade de ajuda nas atividades domésticas são conceitos independentes?

É expetável que se verifique dependência entre a existência e a necessidade de ajuda para os cuidados pessoais e atividades domésticas, uma vez que os dados do SNS apresentados anteriormente evidenciam excesso de procura (SNS, 2020).

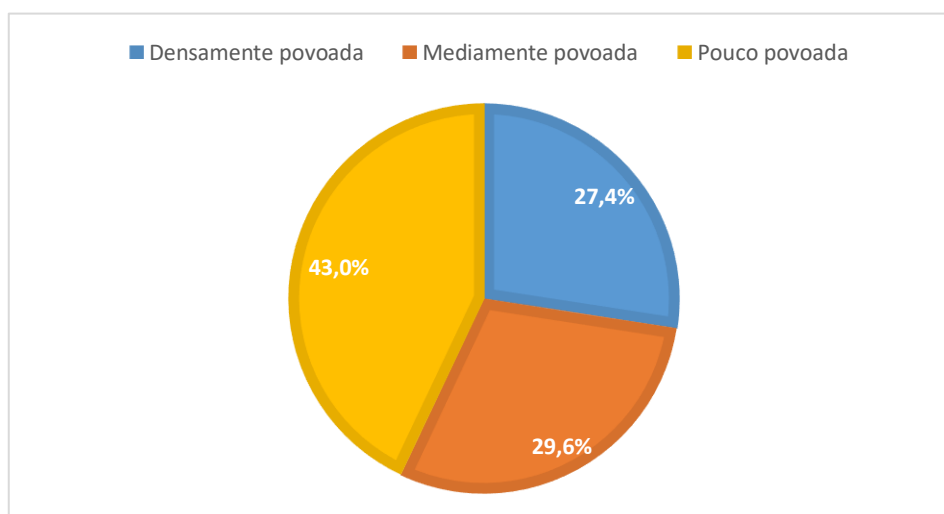
## 6. Resultados

Nas próximas secções, serão apresentados os resultados de acordo as hipóteses de trabalho que foram formuladas. Será feita a caracterização da oferta de cuidados no domicílio, incluindo a caracterização dos cuidadores informais; a procura de cuidados no domicílio, onde serão incluídas as dificuldades na AVD.

Na amostra selecionada de 5701 indivíduos com idade superior a 65 anos, 61% são do sexo feminino e 39% do sexo masculino. Relativamente à distribuição geográfica, 23,7% reside na região Centro, 17,8% na região do Alentejo, 15,3%, na região do Algarve, 10,7% na região de Lisboa e Vale do Tejo, 10,5% na região autónoma da Madeira e 7,9% na região autónoma dos Açores.

Tal como mostra a figura 10, 43,0% pertencem a uma área pouco povoada, que corresponde a densidade populacional igual ou inferior a 100 habitantes/ km<sup>2</sup> e população residente igual ou inferior a 2000 habitantes. Cerca de 27,4% pertence a uma área densamente povoada, que corresponde a uma densidade populacional superior a 500 habitantes/ km<sup>2</sup>; e 29,6% a uma área mediamente povoada com densidade populacional superior a 100 habitantes/ km<sup>2</sup> e inferior ou igual a 500 habitantes por km<sup>2</sup>, sendo a população residente igual ou superior a 2000 habitantes e inferior a 5000 habitantes (INE, 2009). O que significa que quando menos povoada é uma região, maior é o número de população com idade superior a 65 anos.

**Figura 10** - Distribuição da densidade populacional



**Fonte:** Elaboração própria com base nos dados do INS 2014, em SPSS

O estado civil dos integrantes da amostra é constituído sobretudo por população casada e viúva representando 51,1% e 37,4%, respetivamente.

O agregado familiar dos respondentes é composto maioritariamente por 1 e 2 pessoas, que corresponde a 40,9% e 48,2 %, respetivamente. Sendo que cerca de 99% do agregado familiar tem idade igual ou superior a 65 anos.

Relativamente ao rendimento mensal, através da análise constata-se que cerca de 51% da amostra reporta rendimento baixo, equivalente ao 1º e 2º quintil.

Na totalidade da amostra, cerca de 75% auto aprecia o seu estado de saúde como sendo razoável ou mau, o que poderá estar diretamente relacionado com problemas de saúde prolongados que possam existir, e que podem influenciar em cerca de 61% dos indivíduos a limitação geral das suas atividades.

## 6.1 Caraterização da oferta de cuidados a idosos no domicílio

### **Existência de ajuda nos cuidados pessoais**

A nossa hipótese 1 pretende testar se a existência de ajuda nos cuidados pessoais é igual para homens e mulheres.

A tabela 4 mostra que são as mulheres que tem mais ajuda nos cuidados pessoais. Sendo assim, rejeito a hipótese 1.

**Tabela 4** - Existência de ajuda nos cuidados pessoais por sexo

Existência de ajuda cuidados pessoais   Sexo	Sim		Não		Total	
	N	%	N	%	N	%
<b>Homens</b>	192	15,8	138	11,3	330	27,1
<b>Mulheres</b>	487	40,0	401	32,9	888	72,9
<b>Total</b>	679	55,7	539	44,3	1218	100
<b>Teste Qui-Quadrado</b>	$X^2= 3,571; p=0,050$					

**Fonte:** Elaboração própria com base nos dados do INS 2014, em SPSS

Através da formulação da hipótese 3, pretende-se testar se a existência de ajuda nos cuidados pessoais é maior nas áreas pouco povoadas. A tabela 5, indica que os indivíduos que recebem cuidados pessoais, pertencem maioritariamente a áreas pouco povoadas (47,1%). Logo, a hipótese 3 é verdadeira.

**Tabela 5** - Existência de ajuda nos cuidados pessoais por sexo e por grau de urbanização

Existência de ajuda cuidados pessoais   Sexo   grau de urbanização	Área densamente povoada		Área mediamente povoada		Área pouco povoada		Total	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Homens	40	5,9	55	8,1	97	14,3	192	28,3
Mulheres	119	17,5	145	21,4	223	32,8	487	71,7
<b>Total</b>	<b>159</b>	<b>23,4</b>	<b>200</b>	<b>29,5</b>	<b>320</b>	<b>47,1</b>	<b>679</b>	<b>100</b>
<b>Teste Qui-Quadrado</b>	<b>X<sup>2</sup>= 1,476; p=0,478</b>							

**Fonte:** Elaboração própria com base nos dados do INS 2014, em SPSS

Relativamente à caracterização dos indivíduos que responderam receber ajuda nos cuidados pessoais, cerca de 30,9% tem idade superior a 85 anos, 48,9% são viúvos e com rendimento mensal líquido equivalente ao 2º quintil (33,0%) seguindo-se o 1º quintil (32,3%), sendo que a maioria possui nível de habilitações equivalente à pré-escola (55,8%). Grande percentagem dos indivíduos refere que vive sozinho ou com mais 1 pessoa (88,3%), que em 69,7% dos casos possui mais de 65 anos.

Estes indivíduos, auto apreciam o estado de saúde mau (45,9%) ou muito mau (34,8%). Cerca de 61,9% responderam estar severamente limitados e 97,8% dos indivíduos referem ter algum problema de saúde prolongado, sendo as doenças crónicas a principal causa para receberem ajuda. As doenças crónicas que mais incentivam a solicitação de ajuda são as dores lombares e as artroses para os homens e para as mulheres a hipertensão arterial, as dores cervicais, as dores lombares e as artroses.

Contudo e apesar das limitações e problemas de saúde que estão associados à dependência, apenas 33,1% referem ter tido apoio domiciliário por profissionais de saúde ou de ação social nos últimos meses (anexo III).

## Existência de ajuda em atividades domésticas

Na caracterização da amostra que recebe ajuda nas atividades domésticas, e de acordo com a nossa hipótese 2, pretende-se testar se a existência de ajuda nas atividades domésticas é igual para os homens e para as mulheres. A tabela 6 evidencia que são as mulheres que tem mais ajuda nestas atividades, desta forma, rejeito a hipótese 2.

**Tabela 6** - Existência de ajuda nas atividades domésticas por sexo

Existência de ajuda nas atividades domésticas   Sexo	Sim		Não		Total	
	N	%	N	%	N	%
Homens	373	12,4	276	9,2	649	21,6
Mulheres	1485	49,3	877	29,1	2362	78,4
<b>Total</b>	<b>1858</b>	<b>61,7</b>	<b>1153</b>	<b>38,3</b>	<b>3011</b>	<b>100</b>
<b>Teste Qui-Quadrado</b>	<b><math>X^2= 6,277; p=0,012</math></b>					

Fonte: Elaboração própria com base nos dados do INS 2014, em SPSS

À semelhança da oferta de cuidados pessoais, e tendo em conta a hipótese 4, que tem como objetivo testar se a ajuda nas atividades domésticas é maior nas áreas menos povoadas, e tal como demonstra a tabela 7, a oferta de cuidados é recebida maioritariamente nas áreas pouco povoadas. Logo, não rejeito a hipótese 4.

**Tabela 7** - Existência de ajuda nas atividades domésticas por sexo e grau de urbanização

Existência de ajuda nas atividades domésticas   Sexo   grau de urbanização	Área densamente povoada		Área mediamente povoada		Área pouco povoada		Total	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Homens	81	4,4	117	6,3	175	9,4	373	20,1
Mulheres	381	20,5	450	24,2	654	35,2	1485	79,9
<b>Total</b>	<b>462</b>	<b>24,9</b>	<b>567</b>	<b>30,5</b>	<b>829</b>	<b>44,6</b>	<b>1858</b>	<b>100</b>
<b>Teste Qui-Quadrado</b>	<b><math>X^2= 2,525; p=0,283</math></b>							

Fonte: Elaboração própria com base nos dados do INS 2014, em SPSS

Paralelamente à caracterização sociodemográfica realizada para os indivíduos que recebem ajuda nos cuidados pessoais, os indivíduos que referem receber ajuda nas atividades domésticas, 24,1 % tem idades compreendidas entre os 75 e os 79 anos, e 23% tem idades entre os 80 e 84 anos. A maioria dos indivíduos são viúvos (51,7%), existindo mais mulheres viúvas do que homens, 45,2% e 6,5%, respetivamente. Cerca de 62,6% dos indivíduos vivem sozinhos ou com mais 1 pessoas que em 62,6% dos casos tem mais de 65 anos. Cerca de 29,7% da amostra mencionam que o rendimento mensal líquido é equivalente ao 2º quintil e 27,9% refere rendimento equivalente ao 1º quintil, sendo que a maioria possui nível de habilitações equivalente à pré-escola (46,7%).

Os indivíduos que referem ter ajuda nas atividades domésticas, auto apreciam o estado de saúde como sendo razoável (38,2%) ou mau (37,2%). Cerca de 48% mencionam ter alguma limitação e 36,5% referem estar severamente limitados. Os indivíduos incluídos no estudo e que recebem ajuda nas atividades domésticas em 95% dos casos apontam ter algum problema de saúde prolongado, sendo as doenças crónicas a principal causa reportada. As doenças crónicas mais referidas e que talvez incentivem a solicitação de ajuda, são as dores lombares e as artroses para os homens e para as mulheres a hipertensão arterial, as dores cervicais, as dores lombares e as artroses.

Contudo e apesar das limitações e problemas de saúde prolongados que estão associados à dependência, apenas 17,2% refere ter tido apoio domiciliário por profissionais de saúde ou de ação social nos últimos meses (anexo III).

### **Caraterização dos cuidadores informais idosos**

No conjunto da população (5701 indivíduos), 90,7% refere que não concede cuidados informais, e 9,3% referem prestar algum tipo de cuidados ou assistência informal pelo menos uma vez por semana, a pessoas com problemas de saúde ou relacionados com a velhice (tabela 8).

A nossa hipótese 5, pretende testar se existe paridade entre homens e mulheres que prestam cuidados informais. A tabela 8, mostra que são as mulheres que mais prestam cuidados informais a idosos dependentes. Sendo assim, rejeito a hipótese 5.

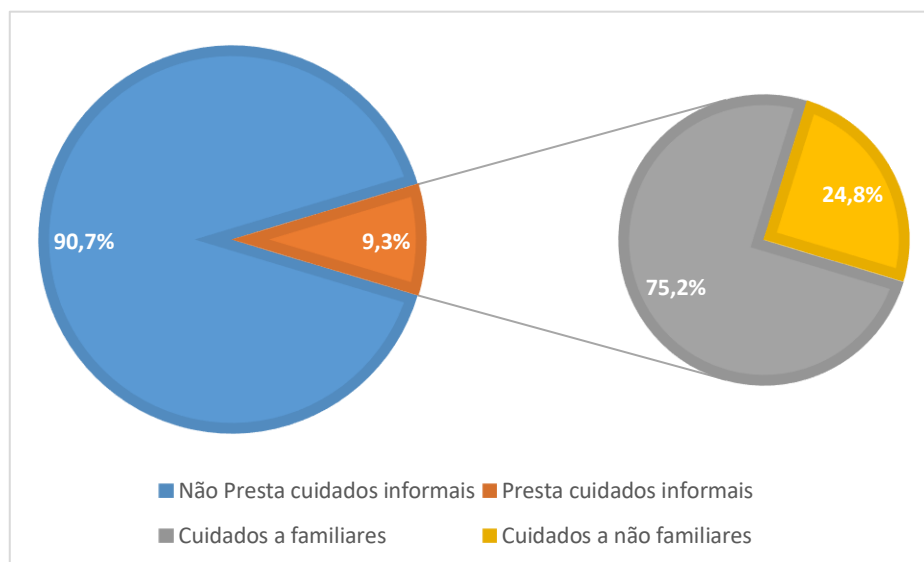
**Tabela 8** - População com 65 ou mais anos prestadora de cuidados informais por sexo

Sexo	Prestadores de cuidados ou assistência informal				Total	
	Sim		Não		N	%
	N	%	N	%		
Homens	174	3,1	2038	35,7	2212	38,8
Mulheres	354	6,2	3130	55	3484	61,2
<b>Total</b>	<b>528</b>	<b>9,3</b>	<b>5168</b>	<b>90,7</b>	<b>5696</b>	<b>100</b>
<b>Teste Qui-Quadrado</b>	<b><math>X^2= 8,470; p=0,004</math></b>					

**Fonte:** Elaboração própria com base nos dados do INS 2014, em SPSS

No que diz respeito à prestação de cuidados ou assistência informal de cuidados, em 75,2% dos casos esse apoio é dado por um familiar e em 24,8% o apoio é prestado a não familiares, conforme demonstra a figura 11.

**Figura 11** - População com 65 ou mais anos que presta cuidados a familiares e a não familiares



**Fonte:** Elaboração própria com base nos dados do INS 2014, em SPSS

De acordo com a análise descritiva realizada e tendo em conta o número total de cuidadores informais incluídos na amostra, 33% são do sexo masculino e 67% do sexo feminino, com idades compreendidas entre os 65 e 69 anos, e 68% dos cuidadores são



casados. Aproximadamente 37,7% dos cuidadores informais residem em áreas pouco povoadas e tem um rendimento mensal baixo, equivalente ao 2º quintil (26,9%). Mais de metade dos cuidadores informais (54%) referem apresentar um baixo nível de escolaridade, equivalente ao ensino básico 1º e 2º ciclo.

Relativamente à amostra em estudo, 56,6% dos cuidadores informais reportaram auto apreciar o seu estado de saúde como sendo razoável e 21,8% como sendo mau. Cerca de 84,4% mencionam ter problemas de saúde prolongados, e 55% indicam que se sentem de certa forma limitados.

Existe ainda uma percentagem significativa de cuidadores informais que apontam sofrer de doenças crónicas, como dores lombares e nas costas, e artroses (60% e 58%, respetivamente). Contudo, e apesar de uma elevada percentagem de indivíduos com problemas de saúde, cerca 34,5% dos cuidadores referem estar satisfeitos, ou mais ou menos satisfeitos com a vida, 23,7%.

A nossa hipótese de trabalho 6, pretende testar se a prestação de cuidados a familiares é realizada durante mais de 20h por semana. Tendo em conta a tabela 9, são as mulheres que mais prestam cuidados informais a familiares. Os cuidados a familiares são prestados durante 20h ou mais. Assim, não rejeito a hipótese 6.

Por outro lado, os cuidados a não familiares tem duração inferior a 10h.

**Tabela 9** - Prestação de cuidados informais a familiares por horas semanais de prestação de cuidados e por sexo

Sexo	Horas semanais da prestação de cuidados a familiares						Total	
	Menos de 10h		Entre 10h e menos de 20h		20h ou mais		N	%
	N	%	N	%	N	%		
Homens	55	13,9	16	4,0	72	18,1	143	36
Mulheres	74	29,1	34	8,6	146	36,8	254	64
<b>Total</b>	<b>129</b>	<b>32,5</b>	<b>50</b>	<b>12,6</b>	<b>218</b>	<b>54,9</b>	<b>397</b>	<b>100</b>
<b>Teste Qui-Quadrado</b>		$X^2= 3,648; p=0,161$						

**Fonte:** Elaboração própria com base nos dados do INS 2014, em SPSS

O grupo etário que contempla maior número de prestadores de cuidados informais, é entre os 65 e 69 anos para o sexo feminino e masculino (36,2%), seguindo-se o grupo entre os 70 e 74 anos (28%) (anexo IV). Cerca de 68,2% são casados, e são as mulheres casadas que concedem maior número de horas de cuidados informais.

A hipótese 7, pretende testar se os cuidadores informais residem em áreas pouco povoadas. A tabela 10, indica que a hipótese é verdadeira, uma vez que os cuidadores residem maioritariamente em áreas pouco povoadas (37,7%). Deste modo, não rejeito a hipótese 7.

**Tabela 10** - Prestação de cuidados informais por grau de urbanização e por sexo

Grau de urbanização   Sexo	Área densamente povoada		Área mediamente povoada		Área pouco povoada		Total	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Homens	45	8,5	64	12,1	65	12,3	174	33,0
Mulheres	109	20,6	111	21,0	134	25,4	354	67,0
<b>Total</b>	154	29,2	175	33,1	199	37,7	528	100
<b>Teste Qui-Quadrado</b>			$X^2 = 2,015; p = 0,365$					

**Fonte:** Elaboração própria com base nos dados do INS 2014, em SPSS

Porém, o grau de urbanização dos cuidadores informais (densamente povoada, mediamente povoada ou pouco povoada), não apresenta influência sobre as horas semanais despendidas nos cuidados, visto que em todos os graus de urbanização, para prestar cuidados a um familiar o número de horas despendidas é predominantemente 20h ou mais. Por outro lado, para prestar cuidados a não familiares o número de horas de prestação de cuidados é inferior a 10h, para todos os tipos de urbanização (tabela 11 e 12).

**Tabela 11** - Número de horas de prestação de cuidados a familiares de acordo com o grau de urbanização

Grau urbanização   Horas prestação de cuidados a familiares	Menos de 10 horas		Entre 10h e menos de 20h		20h ou mais		Total	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Área densamente povoada	37	9,3	16	4,0	61	15,4	114	28,7
Área mediamente povoada	43	10,8	12	3,0	77	19,4	132	33,2
Área pouco povoada	49	12,3	22	5,5	80	20,2	151	38
<b>Total</b>	<b>129</b>	<b>32,5</b>	<b>50</b>	<b>12,6</b>	<b>218</b>	<b>54,9</b>	<b>397</b>	<b>100</b>

**Fonte:** Elaboração própria com base nos dados do INS 2014, em SPSS

**Tabela 12** - Número de horas de prestação de cuidados a não familiares de acordo com o grau de urbanização

Grau urbanização   Horas prestação de cuidados a não familiares	Menos de 10 horas		Entre 10h e menos de 20h		20h ou mais		Total	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Área densamente povoada	33	25,3	4	3,1	3	2,3	40	30,5
Área mediamente povoada	32	24,4	5	3,8	6	4,6	43	32,8
Área pouco povoada	40	30,5	4	3,0	4	3,2	48	36,7
<b>Total</b>	<b>105</b>	<b>80,2</b>	<b>13</b>	<b>9,9</b>	<b>13</b>	<b>9,9</b>	<b>131</b>	<b>100</b>

**Fonte:** Elaboração própria com base nos dados do INS 2014, em SPSS

Cerca de 50% dos cuidadores informais incluídos na amostra, mencionam valores baixos de rendimento mensal líquido, correspondentes ao 1º e 2º quintil de rendimento mensal líquido por adulto equivalente.

A tabela 13, que se apresenta a seguir, esquematiza as características sociodemográficas dos cuidadores informais constituintes da amostra.

**Tabela 13** - Caracterização sociodemográfica dos cuidados informais idosos

<b>Cuidadores Informais idosos</b>		<b>N</b>	<b>%</b>
Género	Masculino	174	33
	Feminino	354	67
Grupo Etário	[65-69]	191	36,2
	[70-74]	148	28,0
	[75-79]	113	21,4
	[80-84]	59	11,2
	[+85[	17	3,2
Grau de Urbanização	Densamente povoada	154	29,2
	Mediamente povoada	175	33,1
	Pouco povoada	199	37,7
Quintis de rendimento	1º quintil	115	21,8
	2º quintil	142	26,9
	3º quintil	110	20,8
	4º quintil	82	15,5
	5º quintil	79	15,0
Estado Civil	Solteiro	37	7,0
	Casado	360	68,2
	Viúvo	106	20,1
	Divorciado	25	4,7
Nível de habilitações	Pré-escola (nenhum)	138	26,1
	Básico 1º e 2º ciclo	285	54,0
	Básico 3º ciclo	41	7,8
	Secundário	19	3,6
	Pós-secundário	1	0,2
	Superior	44	8,3

**Fonte:** Elaboração própria com base nos dados do INS 2014, em SPSS

## 6.2 Caracterização da necessidade/procura de cuidados por idosos no domicílio

### **Necessidade de ajuda nos cuidados pessoais**

A nossa hipótese 8 pretende testar se a necessidade de ajuda nos cuidados pessoais é igual para homens e mulheres. Observando a tabela 14, que representa a necessidade de ajuda nos cuidados pessoais para o sexo masculino e feminino, podemos aferir que a necessidade de ajuda nos cuidados pessoais não é igual nos dois géneros, sendo maior no sexo feminino, logo a hipótese formulada é falsa. Assim, rejeito a hipótese 8.

**Tabela 14** - Necessidade de ajuda nos cuidados pessoais por sexo

Necessidade de ajuda cuidados pessoais   Sexo	Sim		Não		Total	
	N	%	N	%	N	%
Homens	103	8,5	227	18,6	330	27,1
Mulheres	296	24,3	592	48,6	888	72,9
<b>Total</b>	<b>399</b>	<b>32,8</b>	<b>819</b>	<b>67,2</b>	<b>1218</b>	<b>100</b>
<b>Teste Qui-Quadrado</b>	<b><math>\chi^2= 90,563; p&lt;0,001</math></b>					

**Fonte:** Elaboração própria com base nos dados do INS 2014, em SPSS

A hipótese 10, pretende comprovar se a necessidade de ajuda nos cuidados pessoais é maior nas áreas pouco povoadas. Tendo em conta a tabela 15, podemos concluir que os indivíduos que necessitam de mais cuidados pessoais pertencem maioritariamente a áreas pouco povoadas (47,4%). Deste modo, não rejeitamos a hipótese 10.

**Tabela 15** - Necessidade de ajuda nos cuidados pessoais por grau de urbanização e por sexo

Necessidade de ajuda cuidados pessoais   Sexo   grau de urbanização	Área densamente povoada		Área mediamente povoada		Área pouco povoada		Total	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Homens	26	6,5	25	6,3	52	13,0	103	25,8
Mulheres	74	18,5	85	21,3	137	34,4	296	74,2
<b>Total</b>	<b>100</b>	<b>25,1</b>	<b>110</b>	<b>27,6</b>	<b>189</b>	<b>47,4</b>	<b>399</b>	<b>100</b>
<b>Teste Qui-Quadrado</b>	$X^2= 0,834; p=0,659$							

**Fonte:** Elaboração própria com base nos dados do INS 2014, em SPSS

A necessidade de ajuda nos cuidados pessoais é mais significativa no grupo etário entre os 80 e 84 e no grupo etário com idade superior aos 85 anos (anexo V).

Os indivíduos que referem necessidade de ajuda nos cuidados pessoais, detêm um nível de escolaridade equivalente à pré-escola (56,9%), e cerca de 38,4% dispõem de um rendimento mensal líquido equivalente ao 1º quintil e 34,6% equivalente ao 2º quintil.

Aproximadamente 50% dos indivíduos que procuram ajuda nos cuidados pessoais, referem viver sozinhos e cerca de 45,9% auto apreciam o estado de saúde como sendo mau. Cerca de 98,2% dos indivíduos incluídos no estudo referem ter algum problema de saúde prolongado, e mencionam estar severamente limitados em 61,4% dos casos. As doenças crónicas mais reportadas pelos indivíduos que solicitam ajuda nos cuidados pessoais são: as dores lombares e as artroses para os homens e para as mulheres a hipertensão arterial, as dores cervicais, as dores lombares e as artroses.

### **Necessidade de ajuda nas atividades domésticas**

Para a caracterização da amostra que refere necessidade de ajuda nas atividades domésticas, foi formulada a hipótese 9 que pretende testar se a necessidade de ajuda nas atividades domésticas é igual para os homens e para as mulheres. Através da análise da tabela 16, observa-se que são as mulheres que têm maior necessidade de ajuda nas atividades domésticas (22,6%). Assim sendo, rejeito a hipótese 9.

**Tabela 16** - Necessidade de ajuda atividades domésticas por sexo

Necessidade de ajuda nas atividades domésticas   Sexo	Sim		Não		Total	
	N	%	N	%	N	%
Homens	146	4,9	502	16,7	648	21,6
Mulheres	678	22,6	1680	55,9	2358	78,4
<b>Total</b>	<b>824</b>	<b>27,4</b>	<b>2182</b>	<b>72,6</b>	<b>3006</b>	<b>100</b>
<b>Teste Qui-Quadrado</b>	<b><math>X^2= 9,891; p=0,002</math></b>					

Fonte: Elaboração própria com base nos dados do INS 2014, em SPSS

A hipótese 11, pretende testar se a necessidade de ajuda nas atividades domésticas é maior nas áreas pouco povoadas. De acordo com a análise da tabela 17, verifica-se que é nas áreas pouco povoadas que existe maior necessidade nas atividades domésticas. Portanto, não rejeito a hipótese 11.

**Tabela 17** - Necessidade de ajuda nos cuidados pessoais e atividades domésticas por grau de urbanização e por sexo

Necessidade de ajuda nas atividades domésticas   Sexo   grau de urbanização	Área densamente povoada		Área mediamente povoada		Área pouco povoada		Total	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Homens	37	4,5	46	5,6	63	7,6	146	17,7
Mulheres	179	21,7	199	24,2	300	36,4	678	82,3
<b>Total</b>	<b>216</b>	<b>26,2</b>	<b>245</b>	<b>29,7</b>	<b>363</b>	<b>44,1</b>	<b>824</b>	<b>100</b>
<b>Teste Qui-Quadrado</b>	<b><math>X^2= 0,272; p=0,873</math></b>							

Fonte: Elaboração própria com base nos dados do INS 2014, em SPSS

A necessidade de ajuda nas atividades domésticas é maior no grupo etário entre os 75 e 79 anos (anexo VI).

Os indivíduos que indicaram ter necessidade de ajuda na realização das atividades domésticas, referiram ter um nível de escolaridade equivalente à pré-escola (50,5%), e um rendimento mensal líquido equivalente ao 1º e 2º quintil, 37,7% e 32,9%, respetivamente. Cerca de 48,7%, referem viver sozinhos e 41,1% auto apreciam o seu estado de saúde como sendo mau. Por outro lado, 97,5% dos indivíduos incluídos no estudo mencionaram ter algum problema de saúde prolongado, sendo que 48,9% indicam ter alguma limitação e 39,3% encontram-se severamente limitados. As doenças crónicas que predominantemente são mencionadas são as dores lombares e as artroses para os homens e para as mulheres a hipertensão arterial, as dores cervicais, as dores lombares e as artroses.

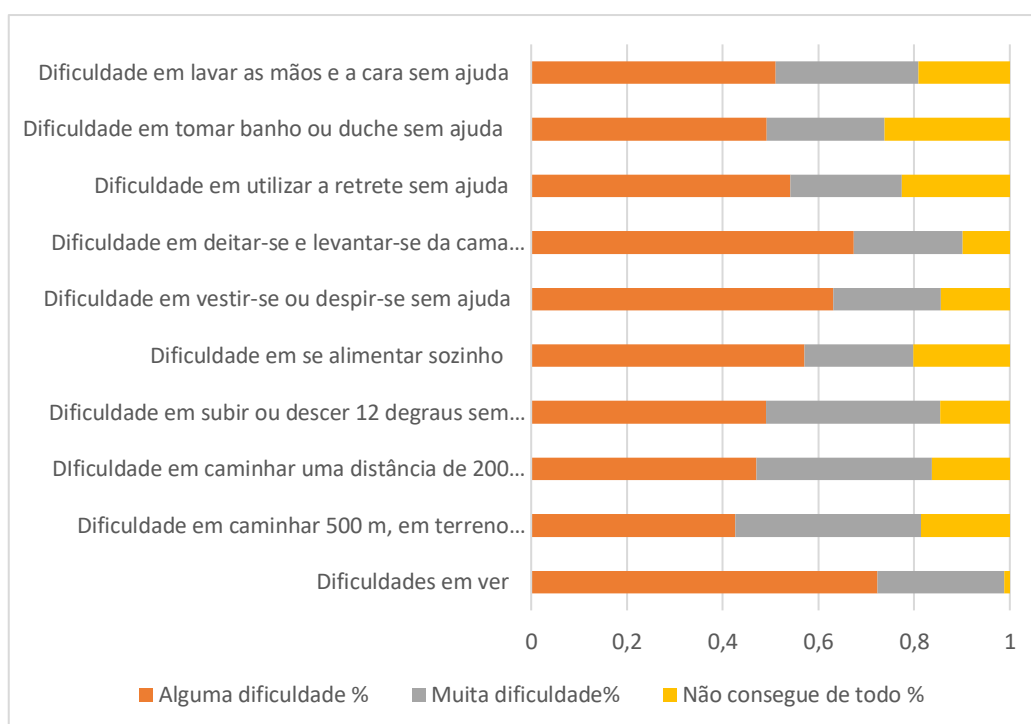
### 6.2.1 Necessidade de ajuda em função das dificuldades nas AVD

A necessidade de procura de cuidados por parte dos indivíduos, foi caracterizada de acordo com as dificuldades na realização das ABVD (figura 12) e das AIVD (figura 13). Desta forma, foram avaliadas as ABVD e as AIVD com maior percentagem de respostas: “muita dificuldade” e “não consegue de todo”.

A figura 12, revela alguma variabilidade no grau de dificuldade das diferentes atividades de vida diária. As atividades em que existe mais dificuldade é tomar banho ou duche e logo de seguida é utilizar a retrete. As atividades em que geram muita, ou mesmo a impossibilidade da sua realização, estão associadas à mobilidade no espaço físico, ou seja, em caminhar a distância de 200 ou 500 metros sem ajuda.



**Figura 12** - Dificuldade nas atividades de vida diária (ABVD)



**Fonte:** Elaboração própria com base nos dados do INS 2014, em SPSS

A nossa hipótese 12, pretende testar se as dificuldades diárias mais prevalentes resultam da dificuldade em caminhar. De acordo com a tabela 18, é possível observar que a dificuldade mais prevalente é caminhar 500 metros sem ajuda. Assim, a hipótese 12 é verdadeira.

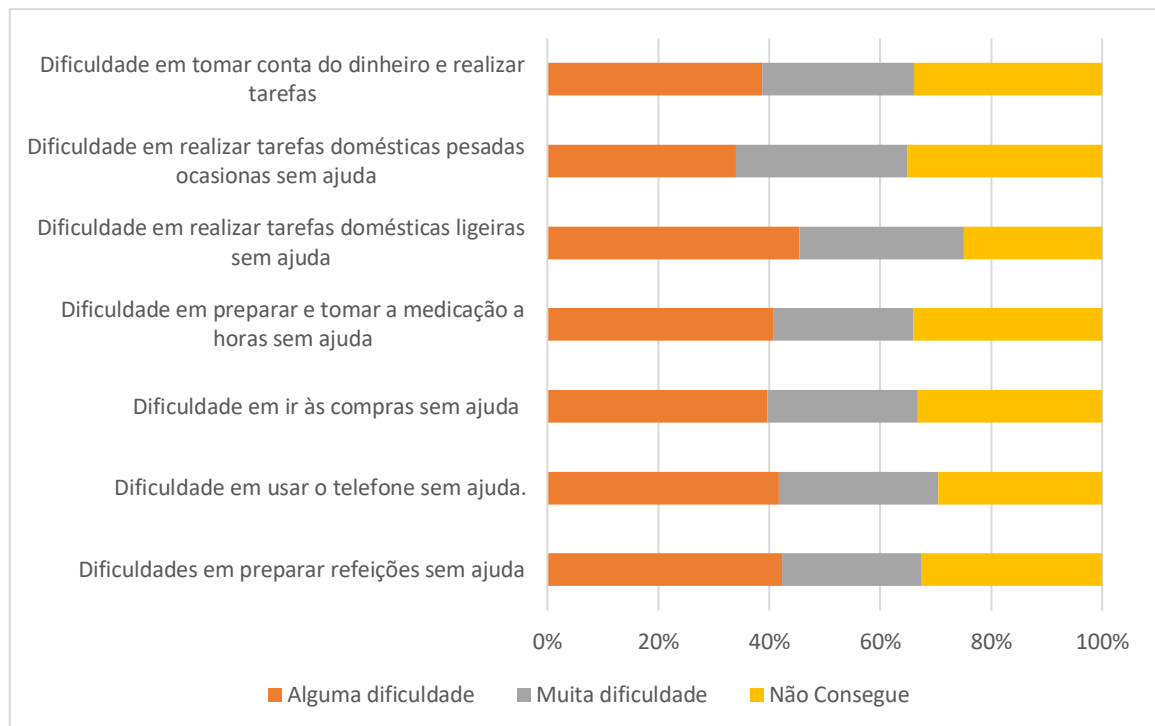
**Tabela 18** - Necessidade de ajuda nos cuidados pessoais por dificuldades nas ABVD

Necessidade de ajuda nos cuidados pessoais   Dificuldades ABVD	Não consegue realizar sem ajuda					
	Dificuldade em caminhar 500m		Dificuldade em tomar banho ou duche		Dificuldade em utilizar a retrete	
	N	%	N	%	N	%
Sim	119	9,8	104	8,5	38	3,1
Não	170	14	125	10,3	41	3,4
<b>Total</b>	<b>289</b>	<b>23,7</b>	<b>229</b>	<b>18,8</b>	<b>79</b>	<b>6,5</b>
<b>Teste Qui-Quadrado</b>	<b><math>X^2= 0,521; p=0,470</math></b>					

**Fonte:** Elaboração própria com base nos dados do INS 2014, em SPSS

Na figura 13, podemos observar que as diferenças percentuais das dificuldades de realização das tarefas instrumentais não são significativas. A atividade que gera menores níveis de dificuldade, é executar tarefas domésticas ligeiras. Em contrapartida, por oposição a estas tarefas, a atividade em que é reportada maior dificuldade é concretizar tarefas domésticas pesadas sem ajuda de outros.

**Figura 13** - Dificuldade nas atividades instrumentais de vida diária (AIVD)



**Fonte:** Elaboração própria com base nos dados do INS 2014, em SPSS

A nossa hipótese 13, pretende testar se as dificuldades instrumentais em atividades diárias mais prevalentes estão relacionadas com as atividades domésticas pesadas. A tabela 19, mostra que a dificuldade mais prevalente é em realizar tarefas domésticas pesadas. Portanto, não rejeito a hipótese 13.

**Tabela 19** - Necessidade de ajuda nas atividades domésticas por dificuldade nas AIVD

Necessidade de ajuda nas atividades domésticas   Dificuldades AIVD	Não consegue realizar sem ajuda					
	Dificuldade em realizar tarefas domésticas pesadas		Dificuldade em ir às compras		Dificuldade em realizar tarefas domésticas ligeiras	
	N	%	N	%	N	%
Sim	312	10,4	166	5,5	109	3,6
Não	599	19,9	295	9,8	171	5,7
<b>Total</b>	<b>911</b>	<b>30,3</b>	<b>461</b>	<b>15,3</b>	<b>280</b>	<b>9,3</b>
<b>Teste Qui-Quadrado</b>	<b><math>\chi^2 = 1,538; p = 0,215</math></b>					

**Fonte:** Elaboração própria com base nos dados do INS 2014, em SPSS

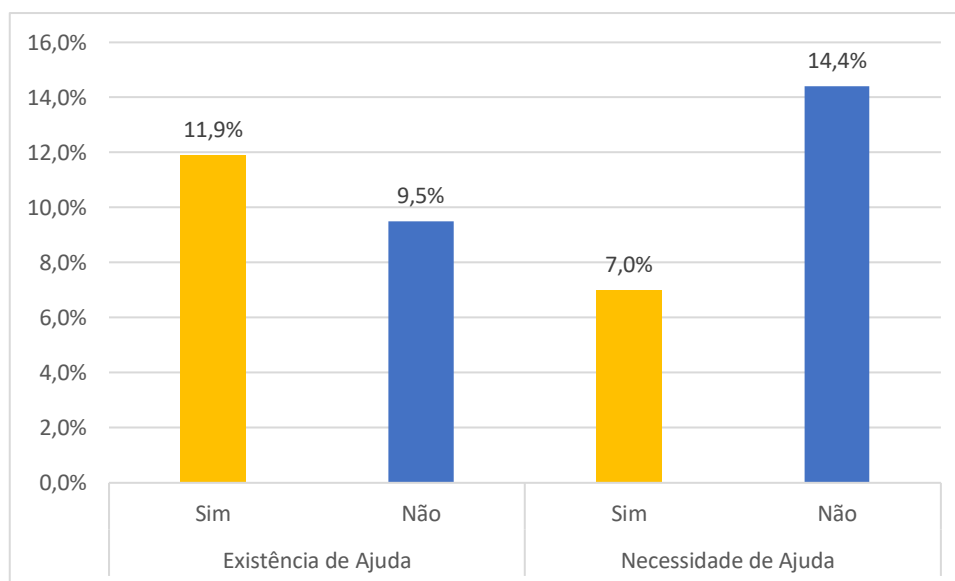
### 6.3 Existência de ajuda e necessidade de ajuda

O objetivo deste capítulo é confrontar os dados referentes à procura de ajuda e à oferta de ajuda nos cuidados pessoais e atividades domésticas.

Desta forma, e de acordo com o gráfico da figura 14, que representa a existência e necessidade de ajuda nos cuidados pessoais, constata-se que apenas 7% da população considera que necessita de ajuda e 14,4% consideram que não necessitam de qualquer tipo de ajuda. A nível da existência de ajuda neste tipo de cuidados, 11,9% referiram ter ajuda nos cuidados pessoais, sendo as mulheres as que têm mais ajuda (8,5%), e 9,5% referem que não tem ajuda nos cuidados pessoais.

De realçar que se verifica uma diferença significativa entre o número de pessoas que refere ter ajuda nos cuidados pessoais, em cerca de 11,9%, comparativamente com o número de pessoas que refere necessitar de ajuda, 7,0%.

**Figura 14 - Existência e necessidade de ajuda nos cuidados pessoais**



**Fonte:** Elaboração própria com base nos dados do INS 2014, em SPSS

A hipótese 14, tem como objetivo testar se a existência de ajuda e a necessidade de ajuda nos cuidados pessoais são conceitos independentes. Através da tabela 20, concluímos que existe dependência entre os indivíduos que sentem necessidade de ajuda e os indivíduos que confirmam a existência de ajuda. Assim, rejeito a hipótese 14.

**Tabela 20 - Necessidade de ajuda Vs existência de ajuda nos cuidados pessoais**

Cuidados Pessoais		Existência de ajuda					
		Sim		Não		Total	
		N	%	N	%	N	%
Necessidade de ajuda	Sim	235	19,3	164	13,5	399	32,8
	Não	444	36,5	375	30,8	819	67,2
	<b>Total</b>	<b>679</b>	<b>55,7</b>	<b>539</b>	<b>44,3</b>	<b>1218</b>	<b>100</b>
<b>Teste Qui-Quadrado</b>		$X^2 = 2,387; p = 0,012$					

**Fonte:** Elaboração própria com base nos dados do INS 2014, em SPSS

Verificámos ainda que 19,7% dos homens e 19,1% das mulheres sentem necessidade de ajuda e recebem ajuda nos cuidados pessoais; cerca de 38,5% dos homens e 14,2% das mulheres sentem necessidade de ajuda e não têm ajuda nos cuidados pessoais; cerca de 38,5% dos homens e 35,7% das mulheres referem não sentir necessidade de ajuda, contudo tem ajuda nos cuidados pessoais (anexo VII ). Por outro lado, é nas áreas

densamente povoadas que os indivíduos sentem maior necessidade e têm mais ajuda nos cuidados (22,1%). Cerca de 14,3% das pessoas que residem em áreas pouco povoadas referem que sentem necessidade de ajuda e não tem ajuda nos cuidados pessoais; cerca de 37% das pessoas que residem em áreas medicamente povoadas e pouco povoadas, não sentem necessidade, mas têm ajuda nos cuidados pessoais (anexo VIII).

A tabela 21, tem como objetivo apresentar a caracterização sociodemográfica de acordo com a necessidade de ajuda e existência de ajuda nos cuidados pessoais, de acordo com o género, grupo etário e grau de urbanização, tendo em conta a amostra selecionada para o estudo.

**Tabela 21** - Caracterização sociodemográfica da amostra de acordo com a oferta Vs procura de ajuda nos cuidados pessoais

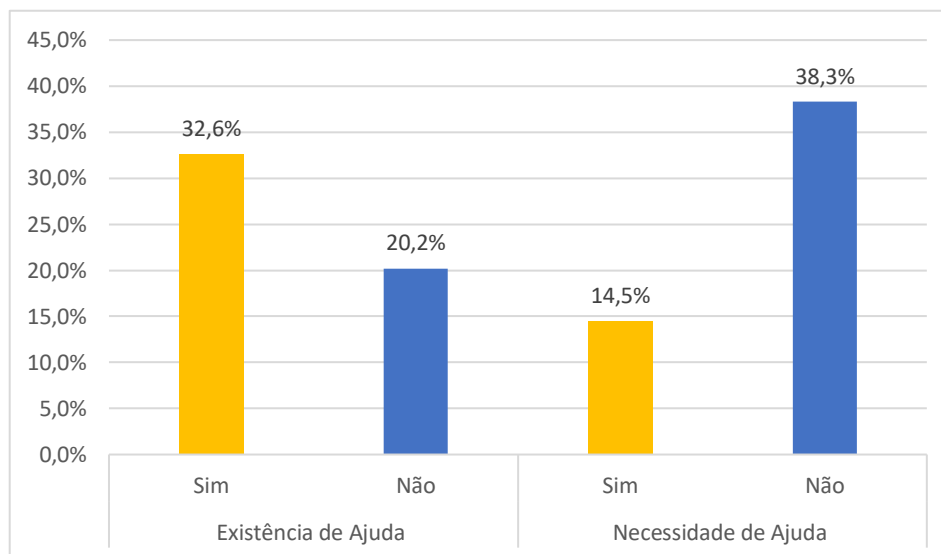
Cuidados pessoais		Necessidade de ajuda		Existência de ajuda	
		Nº	%	Nº	%
Género	Masculino	103	25,8	192	28,3
	Feminino	296	74,2	487	71,7
Grupo Etário	[65-69]	43	10,8	71	10,5
	[70-74]	63	15,8	94	13,8
	[75-79]	93	23,3	141	20,8
	[80-84]	100	25,1	163	24,0
	[+85[	100	25,1	210	30,9
Grau de Urbanização	Densamente povoada	100	25,1	159	23,4
	Mediamente povoada	110	27,6	200	29,5
	Pouco povoada	189	47,4	320	47,1
<b>Total</b>		<b>399</b>	<b>100</b>	<b>679</b>	<b>100</b>

**Fonte:** Elaboração própria com base nos dados do INS 2014, em SPSS

Relativamente à necessidade de ajuda nas atividades domésticas, apenas 14,5% referem necessitar de ajuda, em comparação com 38,3% que refere não necessitar de ajuda. Contudo, e à semelhança do gráfico anterior relativo aos cuidados pessoais, também nas

atividades domésticas, os indivíduos referem não ter necessidade ajuda nas atividades, mas essa ajuda acaba por existir (Figura 15).

**Figura 15** - Existência de ajuda nas atividades domésticas e necessidade de ajuda nas atividades domésticas



**Fonte:** Elaboração própria com base nos dados do INS 2014, em SPSS

A hipótese 15, pretende testar se a existência de ajuda e a necessidade de ajuda nas atividades domésticas são conceitos independentes. Observando a tabela 22, concluímos que se verifica dependência entre os indivíduos que sentem necessidade de ajuda com os indivíduos que confirmam a existência de ajuda. Assim, rejeito a hipótese 15.

**Tabela 22-** Necessidade de ajuda Vs existência de ajuda nas atividades domésticas

Atividades Domésticas		Existência de ajuda					
		Sim		Não		Total	
		N	%	N	%	N	%
Necessidade de ajuda	Sim	435	14,5	389	12,9	824	27,4
	Não	1421	47,3	761	25,3	824	27,4
	<b>Total</b>	<b>1856</b>	<b>61,7</b>	<b>1150</b>	<b>38,3</b>	<b>3006</b>	<b>100</b>
<b>Teste Qui-Quadrado</b>		$X^2 = 38,512; p < 0,001$					

**Fonte:** Elaboração própria com base nos dados do INS 2014, em SPSS

Observámos ainda que 12,7% dos homens e 15% das mulheres sentem necessidade de ajuda e recebem ajuda nos cuidados pessoais; cerca de 32,6% dos homens e 23,3% das mulheres sentem necessidade de ajuda e não têm ajuda nos cuidados pessoais; cerca de 44,9% dos homens e 47,9% das mulheres referem não sentir necessidade de ajuda, contudo tem ajuda nas atividades domésticas (anexo IX ). Por outro lado, é nas áreas pouco povoadas que os indivíduos sentem maior necessidade e têm mais ajuda nos cuidados (14,6%). Cerca de 14,4% das pessoas que residem em áreas densamente povoadas referem que sentem necessidade de ajuda e não tem ajuda nos cuidados pessoais; cerca de 48% das pessoas que residem em áreas mediamente povoadas não sentem necessidade, mas têm ajuda nos cuidados pessoais (anexo X).

A tabela 23, apresentada de seguida, tem como objetivo apresentar a comparação entre a necessidade de ajuda e existência de ajuda nas atividades domésticas em função do género, grupo etário e grau de urbanização, de acordo com a amostra selecionada para o estudo.

**Tabela 23** - Caracterização sociodemográfica da amostra de acordo com oferta Vs procura de ajuda nas atividades domésticas

Atividade Domésticas		Necessidade de ajuda		Existência de ajuda	
		Nº	%	Nº	%
Género	Masculino	146	17,7	373	20,1
	Feminino	678	82,3	1485	79,9
Grupo Etário	[65-69]	128	15,5	275	14,8
	[70-74]	164	19,9	327	17,6
	[75-79]	217	26,3	448	24,1
	[80-84]	183	22,2	428	23,0
	[+85[	132	16,0	380	20,5
Grau de Urbanização	Densamente povoada	216	26,2	462	24,9
	Mediamente povoada	245	29,7	567	30,5
	Pouco povoada	363	44,1	829	44,6
Total		824	100	1858	100

**Fonte:** Elaboração própria com base nos dados do INS 2014, em SPSS





## 7. Discussão dos Resultados

Neste capítulo será feita a análise e reflexão dos resultados obtidos, que serão comparados com as conclusões retiradas ao longo da revisão da literatura.

O presente estudo foi realizado com o objetivo de analisar a oferta e a procura de cuidados a idosos que se encontram de alguma forma em situação de dependência. A análise empírica foi realizada recorrendo aos dados recolhidos do INS 2014.

Primeiramente, foram investigadas as características sociodemográficas de quem recebe cuidados, de quem procura cuidados, bem como de quem oferece cuidados, que neste caso referimo-nos aos cuidadores informais.

Relativamente à caracterização da população incluída no estudo, e de acordo com as hipóteses em estudo relativas à igualdade de género, a maioria dos indivíduos incluídos na amostra que recebem e que procuram ajuda nos cuidados pessoais e atividades domésticas, são do sexo feminino ( $p=0,050$  para a existência de ajuda nos cuidados pessoais;  $p=0,012$  para a existência de ajuda nas atividades domésticas;  $p<0,001$  na necessidade de ajuda nos cuidados pessoais;  $p=0,002$  na necessidade de ajuda nas atividades domésticas).

De acordo com os resultados obtidos, o sexo masculino procura menos ajuda comparativamente com o sexo feminino. Costa-Júnior, *et al.* (2009) referem que os homens apenas em situações mais críticas é que procuram ajuda. Também Nahas (2013), refere que, em geral, os homens são menos interessados por assuntos relacionados com a saúde e são mais resistentes aos cuidados preventivos. Diversos estudos demonstram que os homens procuram menos ações de promoção e prevenção, uma vez que pode significar fraqueza, levando a desconfiar de masculinidade, socialmente instituída (Gomes, 2007).

O resultado obtido de que o sexo feminino refere ter maior necessidade de ajuda nas atividades domésticas, poderá não ser o resultado esperado, uma vez que as mulheres pretendem sempre ser elas próprias a fazer, ao invés de pedir ajuda exterior; por outro lado, por serem mais conscientes e preocupadas relativamente a estas atividades,

comparativamente com os homens, poderão ser mais conscienciosas e exigentes na concretização das tarefas.

O grupo etário que recebe e que procura mais ajuda nos cuidados pessoais tem idade superior a 85 anos, e os indivíduos que recebem e que procuram ajuda nas atividades domésticas tem idades compreendidas entre os 75 e 79 anos. Cerca de metade das pessoas que recebem e que procuram cuidados são viúvas ou vivem com mais uma pessoa que também tem idade superior a 65 anos.

Cerca de 50% dos indivíduos que residem em áreas pouco povoadas tem ajuda nos cuidados pessoais e atividades domésticas, contudo também são os que tem maior necessidade nestas duas valências. Não existem estudos que evidenciem este resultado obtido, não se sabe bem a nível nacional qual serão as necessidades que existem, de acordo com o grau de urbanização. No ambiente rural existem mais apoios a pessoas idosas como por exemplo o “Programa de apoio 65” da GNR que visa o apoio à população mais idosa, desfavorável e/ou vulnerável, que residem em áreas mais afastadas ou isolados dos centros populacionais mais ativos; bem como a existência de respostas sociais dirigidas a pessoas idosas por parte das juntas de freguesias locais e programas de apoios a concelhos, através de visitas domiciliárias e apoio a idosos que vivem sozinhos e em situação desfavorável. Estas medidas de apoio aos idosos adotadas, poderão justificar a existência de mais ajuda nas regiões rurais.

Em aproximadamente 95% das pessoas, a principal causa que talvez possa motivar a procura/necessidade de ajuda, poderá estar relacionada com problemas de saúde prolongados, uma vez que poderão, de certa forma, comprometer e limitar severamente a realização das atividades. De um modo geral, os indivíduos que recebem e que procuram cuidados, reportaram auto apreciar o seu estado de saúde como sendo mau.

A necessidade de ajuda foi ainda analisada e relacionada em função das dificuldades mencionadas ao nível das AVD. Foram mencionadas pelos respondentes as seguintes ABVD como “não consegue de todo realizar sem ajuda”: dificuldade em tomar banho (26,2% não consegue realizar); dificuldade em utilizar a retrete sem ajuda (22,6% não consegue realizar); dificuldade em alimentar-se (20,1% não consegue realizar); dificuldade em lavar

as mãos e a cara sem ajuda (19,1% não consegue realizar); dificuldade em caminhar 500m em terreno plano (18,6% não consegue realizar).

Realizou-se a análise detalhada da informação necessidade de ajuda com as dificuldades nas ABD. Cerca de 14% dos inquiridos não consegue de todo caminhar 500 metros sem ajuda, 10,3% não consegue tomar banho sem ajuda, contudo, quando se pergunta se sentem necessidade de ajuda nos cuidados pessoais, a resposta é: não sentem necessidade de ajuda.

Por outro lado, nas AIVD as principais limitações reportadas como “não consegue de todo realizar sem ajuda”: realizar tarefas domésticas pesadas ocasionais (19,0% não consegue realizar); dificuldade em ir às compras (8,6% não consegue realizar), dificuldade em realizar as tarefas domésticas ligeiras (5,6% não consegue realizar); dificuldade em preparar refeições (4,7% não consegue realizar); dificuldade em tomar conta do dinheiro e realizar tarefas (3,8% não consegue realizar). Cerca de 19,9% dos indivíduos refere não conseguir realizar tarefas domésticas pesadas e 9,8% não consegue ir às compras sem ajuda, embora quando é questionada a necessidade de ajuda nas atividades domésticas, a resposta mencionada é que não tem necessidade de ajuda.

Nesta análise que foi realizada, se todos os indivíduos que não conseguem realizar as AVD mencionassem necessidade de ajuda, talvez os resultados ao nível da procura de cuidados pessoais e atividades domésticas apresentassem percentagens mais elevadas. Por outro lado, os indivíduos avaliam as suas necessidades em detrimento das limitações ao nível das atividades que mais valorizam, ou seja, quem aprecia ler avalia de forma mais negativa as limitações visuais, por outro lado, quem valoriza caminhar e sair de casa sente-se mais penalizado com as limitações motoras (Berger, 2015). Assim, uma pessoa que não valoriza caminhar ou realizar tarefas domésticas, poderá não considerar que tem necessidade de ajuda nessas tarefas.

Deste modo, as dificuldades mencionadas refletem a existência de alguma dependência, embora não reportada, na medida em que são tarefas imprescindíveis para a manutenção de uma vida normal independente e com a melhor qualidade possível.

Segundo Sequeira (2018), existem vários modelos que nos permitem estimar qual a dependência da pessoa, com base na necessidade de cuidados e quantidade/tipo de ajuda

que a pessoa necessita. Contudo esta avaliação, não substitui a avaliação realizada através de instrumentos específicos, como o índice de Barthel para as ABVD e o índice de Lawton para as AIVD.

Assim sendo, a população mais idosa poderá não estar totalmente ciente das suas dificuldades na realização das ABVD e AIVD ou poderão ter um suporte externo que assegura a realização das atividades, por exemplo de um vizinho ou amigo, que é frequente em áreas menos povoadas em que existe maior entreatajuda e onde os vizinhos são considerados como família.

Por outro lado, no que concerne à caracterização sociodemográfica dos cuidadores informais, que no nosso estudo foram incluídos indivíduos com mais de 65 anos, de um modo geral, o perfil encontrado corrobora o que seria previsto. Na análise estatística realizada, cerca de 9,3% da amostra alvo refere ser cuidador informal. Dados da OCDE (2019) referem que cerca de 13% das pessoas com mais de 50 anos presta cuidados informais pelo menos 1 vez por semana e em Portugal esse valor desce para 10%. Por outro lado, segundo o INE (2017), cerca de 12,5% da população presta cuidados informais.

Tendo em conta as hipóteses de trabalho a que nos propusemos, no que concerne à igualdade de género na prestação de cuidadores informais, a hipótese foi rejeitada uma vez que os prestadores são maioritariamente do sexo feminino (67%) ( $p=0,004$ ), sendo a média da OCDE de 60%, segundo as estatísticas do INE (2017), 61% destes cuidados são prestados também por mulheres. Relativamente à prestação de cuidados, 7% dos cuidados são prestados a familiares e 1,3% a não familiares, o que vai de encontro às estatísticas apresentadas pelo INE (2017) em que, 10,7% dos cuidados são prestados a familiares e 1,8% a não familiares. Relativamente à faixa etária que contempla maior número de cuidadores, na nossa análise os prestadores têm predominantemente idades compreendidas entre os 65 e 69 anos. Segundo estudos da OCDE (2019), a faixa etária com maior número de cuidadores é entre os 50 e 64 anos. Deste modo, e devido a estas faixas etárias não terem sido incluídas na nossa amostra, não é possível fazer uma comparação dos resultados.

De acordo com o grau de urbanização onde são prestados mais cuidados, e tendo em conta a hipótese em estudo, é verdadeira a hipótese de que os cuidados são prestados

predominantemente em áreas pouco povoadas (37,7%) ( $p=0,365$ ), seguindo-se as áreas mediamente povoadas (33,1%) e por último as áreas densamente povoadas (29,2%). Este resultado corrobora com a análise referida anteriormente, que os indivíduos que recebem cuidados residem sobretudo em áreas pouco povoadas.

Por outro lado, e tendo em conta a duração da prestação de cuidados, e de modo a fazer uma análise mais detalhada, a amostra foi dividida em cuidados prestados a familiares e não familiares. Os cuidados realizados a familiares em cerca de 55% dos casos tem uma duração superior a 20 horas por semana, por outro lado os cuidados realizados a não familiares em 80% dos casos tem uma duração inferior a 10h por semana. Esta diferença deve-se ao facto de os cuidadores prestarem maioritariamente cuidados a familiares, uma vez que se responsabilizam diretamente pela prestação de cuidados e prestam cuidados de forma sistemática. Lage (2005), afirma que em Portugal a função de cuidar está vinculada essencialmente à família, ainda existe esse dever de cuidar do familiar dependente. Por outro lado, a prestação de cuidados a não familiares, e tal como descreve Sequeira (2018), é realizada por vizinhos e amigos que assumem o papel de cuidador na ausência da família, assumindo a responsabilidade de cuidar em situações pontuais.

Os cuidadores informais incluídos no estudo, auto apreciam o seu estado de saúde como sendo razoável (56,6%) o que poderá de certa forma refletir as consequências da prestação de cuidados, por ser um trabalho exigente e desgastante do ponto de vista psíquico, físico e afetivo. Numa outra perspetiva, os cuidadores colocam em primeiro lugar a prestação de cuidados, deixando para segundo plano as suas próprias necessidades e o seu autocuidado (Veríssimo e Moreira, 2004).

É importante ainda concluir que 33,1% das pessoas que recebem ajuda nos cuidados pessoais referem receber apoio domiciliário uma vez por semana, ou seja, 66,9% dos cuidados é assegurado pelos cuidadores informais. Por outro lado, cerca de 17,2% das pessoas que recebem ajuda nas atividades domésticas referem ter tido apoio domiciliário pelo menos uma vez por semana, sendo que 82,8% da ajuda é assegurada pelos cuidadores informais. Desta forma, a ajuda recebida quer nos cuidados pessoais quer nas atividades domésticas é suportada em grande parte pelos cuidadores informais. Posto isto, os cuidadores informais têm um papel fundamental na oferta de cuidados aos idosos, são

maioritariamente indivíduos do sexo feminino e concedem essencialmente cuidados a familiares, com duração superior a 20h por semana. A duração de prestação de cuidados por parte dos cuidadores informais, reflete a dependência do idoso, uma vez que são necessárias mais horas de prestação de cuidados para satisfazer as suas necessidades. Contudo, é importante que os cuidados formais se tornem cada vez mais presentes de modo a aliviar a prestação de cuidados executada pelos cuidadores informais.

Assim sendo, e de acordo com a análise estatística realizada, cerca de 55,7% das pessoas com mais de 65 anos que responderam ao inquérito recebe ajuda nos cuidados pessoais e 61,7% recebe ajuda nas atividades domésticas. Cerca de 32,8% de pessoas sentem necessidade de ajuda nos cuidados pessoais e 27,4% sentem necessidade de ajuda nas atividades domésticas.

Algumas limitações podem ser apontadas. A amostra utilizada neste estudo diz respeito à população geral, contudo seria importante a realização de estudos direcionados às necessidades de grupos específicos de pessoas idosas e respetivos graus de dependência, por exemplo, através do desenvolvimento de um inquérito nacional direcionado para os cuidados a idosos que visasse o estado de saúde específico para idosos, incluindo questões direcionadas para o cuidador informal medindo ainda o nível de sobrecarga do cuidador informal. Assim, seria possível efetuar abordagens mais seletivas e mais direcionadas para determinadas situações específicas. Por outro lado, as questões selecionadas do INS para o estudo da oferta e da procura/necessidade de cuidados no domicílio, são na realidade uma proxy da oferta e da procura. A observação das necessidades de ajuda e da existência de ajuda no domicílio não medem integralmente a oferta e procura de cuidados a idosos no domicílio. As respostas às questões podem ainda ser influenciadas por fatores culturais e expectativas individuais. Na medida em que a cultura modela todos os aspetos da vida, tais como: a forma como nos comportamos, a expectativa e satisfação perante a vida, e na relação com os outros. A forma como um indivíduo aprende através da sua própria experiência, resulta na idealização das suas próprias expectativas, sobre o que considera ser o desejável para a sua vida. Assim, o que é desejável para um indivíduo, pode não ser para o outro. Desta forma, por mais que esses fatores possam ter um papel menor, quando se trata de explicar diferenças entre grupos dentro de um único país, não se pode excluir totalmente.

## 8. Conclusão

O tema escolhido mostra-se pertinente, tendo em conta o envelhecimento progressivo da população, os avanços tecnológicos, bem como a melhoria contínua da qualidade dos cuidados prestados, que permitem um aumento da sobrevivência das populações. Estas modificações têm um impacto negativo na saúde da população, destacando-se o aumento significativo das doenças crónicas e incapacitantes por maiores períodos de tempo, contribuindo assim, para uma crescente procura de cuidados, e conseqüentemente, tornando-se num dos maiores desafios para a sociedade atual (OMS, 2015; Pereira, 2008).

A European Pillar of Social Rights (2017), defende que com o aumento da esperança média de vida, mais pessoas necessitam de ajuda ao nível da saúde física e mental. O aumento do número de idosos pode resultar em custos demasiados elevados, originando conseqüências negativas para as gerações futuras, bem como eventual falência do sistema de pensões (Carneiro, 2012; PNS, Extensão 2020). Contudo, o aumento das despesas dos cuidados a pessoas dependentes, tenderão a aumentar mais rapidamente do que as despesas com saúde e pensões. Deste modo, o sistema de proteção social terá cada vez mais necessidade de responder de igual forma, com serviços de qualidade e a preços acessíveis, a todos os cidadãos que necessitam de cuidados.

Os objetivos a que nos propusemos foram alcançados, na medida em que se conclui que a procura de cuidados excede a oferta, quando utilizamos as proxys de existência de cuidados e necessidade de cuidados. Após a análise dos dados, os principais resultados indicam que cerca de 55,7% dos indivíduos recebe ajuda nos cuidados pessoais e 61,7% recebe ajuda nas atividades domésticas; cerca de 32,8% de pessoas necessitam de ajuda nos cuidados pessoais e 27,4% necessitam de ajuda nas atividades domésticas.

A maioria das pessoas que recebe cuidados são do sexo feminino, residem em áreas pouco povoadas, apresentam idade compreendida entre os 80 e 85 anos ou mais. Por outro lado, as pessoas que procuram/necessitam de cuidados, são maioritariamente pessoas do sexo feminino, que residem em áreas pouco povoadas, com idades compreendidas entre os 75 e 84 anos.

No presente estudo, verificou-se que a maioria dos cuidadores informais são do sexo feminino, casados, residem em áreas pouco povoadas, tem idades compreendidas entre os 65 e os 69 anos, e prestam cuidados a familiares em média mais de 20 horas e a não familiares menos de 10 horas, durante 7 dias por semana. Neste sentido, a família surge em primeiro plano, como cuidadora do idoso dependente, assumindo a responsabilidade de cuidar. O cuidador informal tem um papel ativo na prestação de cuidados, sendo um alicerce fundamental a quem recebe cuidados. Em Portugal, os decisores políticos e os próprios agregados familiares privilegiam a permanência da pessoa dependente no domicílio, definindo o cuidado informal como a primeira linha de cuidados e um fator de sustentabilidade do sistema de saúde (Teixeira *et al.*, 2017).

A procura de cuidados, é um tema de difícil análise por ser muito subjetiva a sua avaliação. A melhor forma de perceber a procura é através da avaliação do grau de dependência de um indivíduo, não sendo esse o objetivo na presente investigação. Posto isto, e devido à complexidade do tema, é de extrema importância dar continuidade à realização de estudos sobre indicadores de oferta e de procura de cuidados, por constituir uma mais-valia para o conhecimento da realidade que caracteriza a oferta e a procura de cuidados em idosos dependentes.

Investigações neste âmbito são fundamentais, uma vez que os cuidados aos idosos dependentes recaem grande parte sob os cuidados informais, e muitas das vezes esse tipo de assistência é difícil de observar, uma vez que não é registado. Sendo assim, é importante o acompanhamento das condições em que o apoio é prestado, assim como os riscos inerentes quer para o cuidador, quer para a pessoa dependente.

Futuramente, a prestação de cuidados irá exigir novos modelos e/ou a reformas dos sistemas atualmente existentes. Deste modo, as políticas públicas devem ser criadas para avaliar o perfil de quem necessita de cuidados, de forma a responder aos desafios da sociedade.



## Referências Bibliográficas

Aires M.; Paz A. (2008) *Necessidade de cuidados aos idosos no domicílio no contexto da estratégia de saúde da família*. Revista Gaúcha Enfermagem. Porto Alegre.

Anderson, R., Mikuliç, B., Vermeulen, G., Lyly-Yrjänäinen, M., & Zigante, V. (2009). *Second European Quality of Life Survey-Overview*. Luxembourg: Office for Official Publications of the European Communities, 2009.

Andrade, F. (2009). *O Cuidado informal à pessoa idosa dependente em contexto domiciliário: necessidades educativas do cuidador principal*. Minho: Instituto de Educação e Psicologia. Dissertação de Mestrado.

Administração Central do Sistema de Saúde (ACSS) (2015). *Monitorização da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI)*.

Administração Central do Sistema de Saúde (ACSS) (2016). *Monitorização da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI)*.

Administração Central do Sistema de Saúde (ACSS) (2017). *Monitorização da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI)*.

Administração Central do Sistema de Saúde (ACSS) (2018). *Monitorização da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI)*.

Administração Central do Sistema de Saúde (ACSS) (2019-1º semestre). *Monitorização da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI)*.

Araújo F, Ribeiro JL, Oliveira A, Pinto C: *Validação do Índice de Barthel numa amostra de idosos não institucionalizados*. Rev Port Saúde Pública 2007;25:59–66.

Augusto, B., (2002) – *Cuidados continuados: família, Centro de Saúde e Hospital como parceiros no cuidar*. Coimbra: Formasau, 2002.

Begate, P. S., Ricardo, A. C. M., Sawazki, G. (2009) Avaliação do desempenho funcional de idosos institucionalizados e não institucionalizados através do teste de mobilidade timed up and go (TUG). Revista Funcional.

Berger. N., Van Oyen, H., Cambois, E., Fouweather, T., Jagger, C., Nusselder W., & Robine, J. (2015). *Assessing the validity of the Global Activity Limitation Indicator in fourteen European countries*.

Bernard, H. R., & Ryan, G. W. (2010). *Analysing qualitative data: Systematic approaches*. Los Angeles: SAGE.

Bilsen, P., Hamers, J., Groot W., & Spreeuwenberg, C. (2006). *Demand of elderly people for residential care: an exploratory study*.

Branco, N. (2010). *Cuidados Continuados Integrados: Estudo de um Caso*. Lisboa: Instituto Superior de Ciências Sociais e Políticas. Dissertação de Mestrado.

Brito, L. (2002). *A saúde mental dos prestadores de cuidados a familiares idosos*. Coimbra: Quarteto

Cabrita, M. (2003). *O Envelhecimento e os cuidados continuados*. Lisboa: Servir.

Campos, O. (1969). *O estudo da demanda e das necessidades e sua importância para o planejamento de saúde*. São Paulo. Rev. Saúde Pública (vol.3).

Carers UK (2019). *Facts about Carers*. United Kingdom. Policy briefing.

Carneiro, R. (2012). *O envelhecimento da população: Dependência, Ativação e Qualidade*. Centro de estudos dos povos e culturas de expressão portuguesa. Faculdade de Ciências Humanas. Universidade Católica Portuguesa.

Carvalho, M., (2012). *Envelhecimento e Cuidados Domiciliários em Instituições de Solidariedade Social*. Lisboa: Coisas de Ler Edições,

Carta Social (2018). *Rede de Serviços e Equipamentos*. Relatório de 2018. Ministério da Solidariedade e da Segurança Social. Lisboa. Disponível em: <http://www.cartasocial.pt>.

Confederação Nacional das Instituições de Solidariedade (CNIS) (2019). Acedido a 26 de Abril de 2020 no site: <http://www.solidariedade.pt>.

Costa-Júnior, Florêncio M., MAIA, Ana C. B. (2009) *Concepções de Homens Hospitalizados Sobre a Relação entre Gênero e Saúde*. Psicologia: Teoria e Pesquisa.

Decreto-lei nº101/2006 de 6 de junho. *Criação da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados*. Ministério do Trabalho e da Solidariedade Social.

Decreto-Lei n.º 56/2006, de 15 de Março. *Altera a forma de distribuição dos resultados líquidos dos jogos sociais explorados pela Santa Casa da Misericórdia de Lisboa*. Ministério do Trabalho e da Solidariedade Social.

Direção Geral de Saúde (DGS). (2017). *Estratégia Nacional para o Envelhecimento Ativo e Saudável - 2017-2025*.

Deeken, J.F., Taylor, K.L., Mangan, P., Yabroff, K.R. & Ingham J.M. (2003) *Care for the Caregivers: A Review of Self-Report Instruments Developed to Measure the Burden, Needs, and Quality of Life of Informal Caregivers*. Journal of Pain and Symptom Management.

Despacho conjunto do Ministério da Saúde e Ministério do Trabalho e da Solidariedade Social, n.º 407/98, de 18 de junho.

Dias, A. & Santana, S. (2009). *Integrated care: new paradigms in health care*. Revista Portuguesa e Brasileira de Gestão.

Direção Geral da Saúde (2006). Programa Nacional para a Saúde das Pessoas Idosas. Lisboa: Direcção-Geral da Saúde.

Entidade Reguladora da Saúde. (2015). *Acesso, Qualidade e Concorrência nos Cuidados Continuados e Paliativos*. Porto.

European Commission (2010). *Caring and post caring in Europe – overview report*. Brussels: European Commission. Directorate-General for Employment, Social Affairs and Equal Opportunities.

Eurocarers (2018-2021). *The European Pillar of Social Rights. What does it all mean for carers across Europe?* European Association.

Eurostat (2020). Population structure and ageing. Obtido a 15 de Março de 2020, de: [https://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php/Population\\_structure\\_and\\_ageing](https://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php/Population_structure_and_ageing)

Ferreira, F. (1988). *Sistemas de Saúde e seu funcionamento*. Lisboa. Fundação Calouste Gulbenkian.

Ferrer, L. (2015). *Engaging patients, carers and communities for the provision of coordinated/integrated health services: strategies and tools*. Organização Mundial de Saúde.

Figueiredo, D., (2007). *Cuidados familiares ao idoso dependente*. Lisboa: Climepsi editores.

Fonseca, A., (2006). *O envelhecimento. Uma abordagem psicológica*. Lisboa: Universidade Católica Portuguesa.

Freitas, R. (2015). *Risco em Saúde e Políticas Sociais: A Intervenção de Serviço Social Local na promoção do Acesso à Saúde*. Lisboa. Instituto Superior de Ciências Sociais e Políticas.

Glendinning, C., Arksey, H., Tjadens, F., Morée, M., Moran, N., & Nies, H. (2009). Care provision with in families and its socio-economic impact on care providers across the European Union. *Research Works*, 5.

Guia Prático Rede Nacional De Cuidados Continuados Integrados (2018). Instituto Da Segurança Social, I.P.

Grunfeld, E.; Glossop, R.; McDowell, I.; Danbrook, C. (1997) *Caring for elderly people at home: the consequences to caregivers*, CMAJ.

Imaginário, C. (2008). *O idoso dependente em contexto familiar: uma análise da visão da família e do cuidador principal* (2ª ed.). Coimbra: Formasau.

INE (2014). Instituto Nacional de Estatística - *Projeções de População Residente 2012-2060 – Informação à comunicação Social*.

INE (2017). Instituto Nacional de Estatística - *Projeções de População Residente 2015-2080*. Destaque Instituto Nacional de Estatística, (2015), 1–19.

JACKSON, Richard; HOWE, Neil; NAKASHIMA, Keisuke - The Global Aging Preparedness Index. Center for Startegic and International Studies. 2013) 76

Jeffer, J., Bognanno, M. & Barlett, J. (1971) *On the Demand versus Need for Medical Services and the Concept of "Shortage"*. *Medical Services – Demand versus Need*. Vol. 61.

Joël, M. E., Dufour-Kippelen, S. & Samitca, S. (2010), *Long-term care in Portugal: Some elements of context*. European Network of Economic Policy Research Institute. Research Report nº 84.

Katz S, Ford A, Moskowitz R, Jackson B, Jaffe M: *Studies of illness in the aged. The index of ADL: a standardized measure of biological and psychosocial function*. JAMA 1963;21: 914–919

Lage, I. (2005). *Cuidados familiares a idosos*. In: C. Paúl e A. Fonseca. *Envelhecer me Portugal*. Lisboa: Climepsi editors.

Lawton, M. P., & Brody, M. H. (1969). *Assessment of older people: Self-maintaining and instrumental activities of daily living*. *The Gerontologist*, 9 (3), 179-186.

Life After Care Project (2010). *Overview Report – Caring and Post Caring in Europe*. Lifelong Learning Programme Grundtvig.

- Lyberaki, A., Tinios, P., Mimis, A. & Georgiadis, T. (2013). *Mapping population aging in Europe: how are similar needs in different countries met by different family structures?* Journal of Maps, Vol 9. Pages 4-9.
- Ma, H., Lu, H., Xiong, X., Yao, J., & Yang, Z. (2014). *The investigation of care burden and coping style in caregivers of spinal cord injury patients.* International Journal of Nursing Sciences, Vol 1. Pages 185-190.
- Maia, F. (1984); *O Fenómeno do Envelhecimento Demográfico e a Proteção Social da População Idosa.* Lisboa. Instituto Superior de Ciências Sociais e Políticas.
- Mahoney F, Barthel D: *Functional evaluation: the Barthel Index.* Md State Med.
- Melo, R., Rua, M., & Santos, C. (2014). *Necessidades do cuidador familiar no cuidado à pessoa dependente: uma revisão integrativa da literatura.* Revista de Enfermagem Referência – IV – nº2.
- Ministério da Saúde (2018). *Retrato da Saúde 2018.* Portugal.
- Moore, D., Moseley, S. & Palmer, B. (2009). *Utilidade clínica das avaliações baseadas no desempenho do funcionamento diário nos adultos idosos.* Geriatrics.
- National Alliance for Caregiving & Evercare (2007). *Family Caregivers – What They Spend, what They Sacrifice: The personal financial toll of caring for a loved One.* Minnetonka: Evercare & Bethesda.
- Nazareth, J. M. (2009). *Crescer e envelhecer - Constrangimentos e Oportunidades do Envelhecimento Demográfico.* Lisboa: Editorial Presença.
- Neri, A. & Carvalho, V. (2002). *O bem-estar do cuidador: aspetos psicossociais.* Tratado de geriatria e Gerontologia. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan.
- Nicolau A. (2018). *O cuidador Informal. Estratégias vividas pelo Cuidador Informal da Pessoa Idosa Dependente.* Lisboa: Instituto Universitário de Lisboa.
- OECD (2017). *Health at a Glance 2017: OECD Indicators.* Paris.
- OCDE (2019) - *Organization for Economic Co-operation and Development – Health at a Glance 2019.* OCDE Indicators.
- OMS (1974). *Relatório de Planeamento e Organização dos Serviços Geriátrico.* Genebra.
- OMS (2002). *Active Ageing, A Policy Framework.* Genebra.

OMS (2010). *World Health Statistics*. França.

Paúl, C. & Ribeiro, O., (2012). *Manual de Gerontologia. Aspetos biocomportamentais, psicológicos e sociais do envelhecimento*. Lisboa-Porto: Lidel

Pereirinha, J. (2008). *Política social: formas de atuação no contexto europeu*. Lisboa: Universidade Aberta.

Pereira, P. (2008). *Estudo de Caso: Viabilidade Económico-Financeira do Projeto da Unidade de Cuidados Continuados Integrados de Longa Duração e Manutenção da Fundação COI*. Lisboa: Escola Nacional de Saúde Pública da Universidade Nova de Lisboa.

Plano de Desenvolvimento da RNCCI (2016-2019).

Plano Nacional de Saúde (PNS) (Extensão a 2020).

Portaria nº 326/2010, de 16 de junho. *Fixa os preços dos cuidados de saúde e de apoio social prestados nas unidades de internamento e ambulatório da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI), a praticar no ano de 2010*.

Portaria nº 1087-A/2007, de 5 de setembro. *Fixa os preços dos cuidados de saúde e de apoio social prestados nas unidades de internamento e ambulatório da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI), previstas no artigo 12.º do Decreto-Lei n.º 101/2006, de 6 de junho*.

Portaria n.º 174/2014, de 10 de setembro. *Define as condições de instalação e funcionamento a que devem obedecer as unidades de internamento e de ambulatório e as condições de funcionamento das equipas de gestão de altas e as equipas de cuidados continuados integrados da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados*.

Pordata (2016). *Retrato de Portugal*. Edição 2016. Lisboa.

Pordata (2018). *População residente, média anual: total e por grupo etário*. Obtido a 10 de Dezembro de 2019, de: <https://www.pordata.pt/Portugal/Popula%C3%A7%C3%A3o+residente++m%C3%A9dia+anual+total+e+por+grupo+et%C3%A1rio-10>.

Ramsay, C., Walker, E., Ramsay, R., Compton, M. & Thompson, N. (2012). *Exploration of Perceptions of Possible Depression Prevention Services for Caregivers of Elderly or Chronically Ill Adults in Rural Georgia*. *Community Mental Health Journal*, 48(2), 167-178.

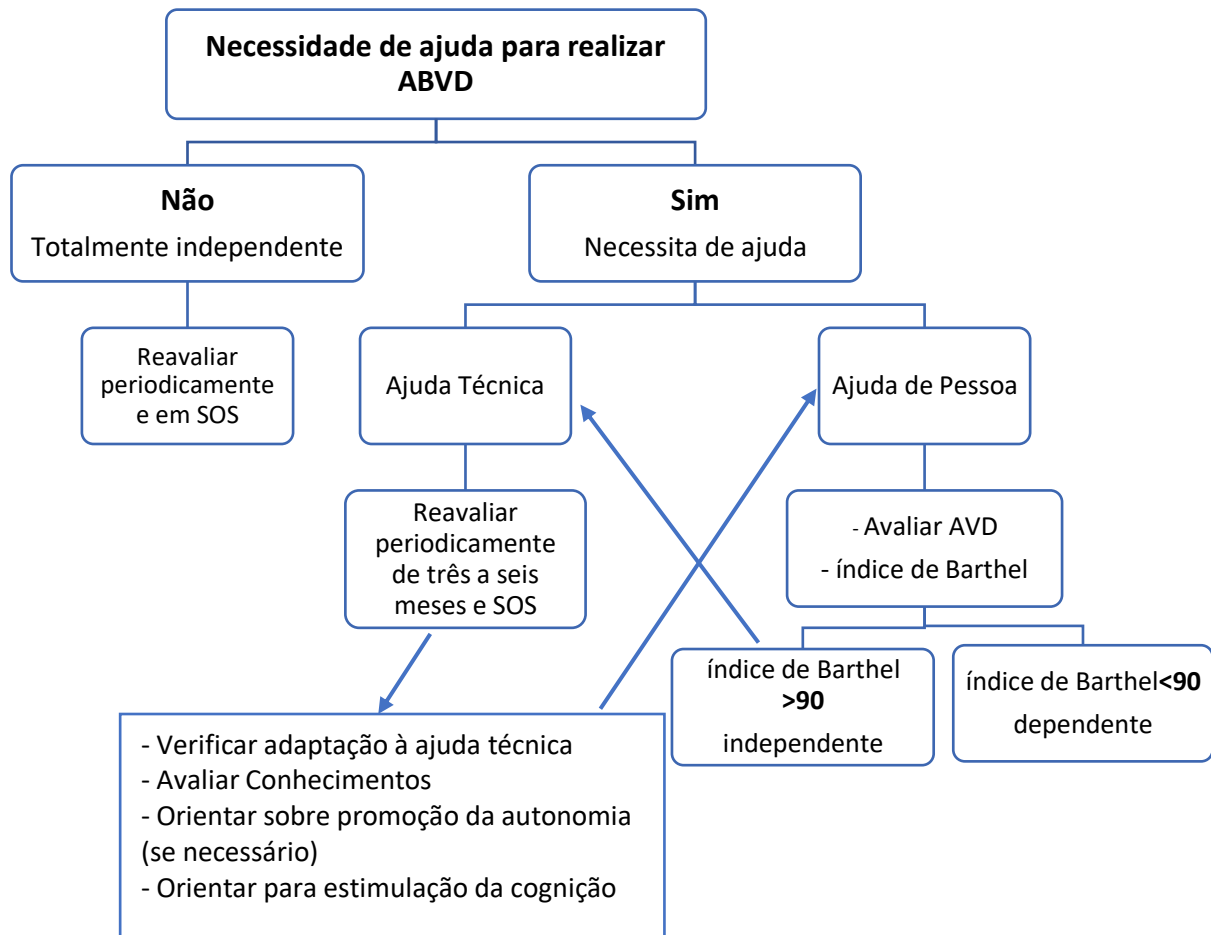
- Reinhard, S., Feinber, L., Houser, A., Choula, R. & Evans, M. (2019) *Valuing the Invaluable: 2019 Update. Charting a Path Forward*. AARP Public Policy Institute.
- Relvas, A. P. (2004). *O ciclo vital da família - Perspectiva sistémica*. 4ª Edição. Porto: Edições Afrontamento.
- Rosa, M., (2012). *O envelhecimento da sociedade portuguesa*. Lisboa: Fundação Francisco Manuel dos Santos.
- Sequeira, C. (2007). *Cuidar de idosos dependentes*. Coimbra: Quarteto Editora.
- Sequeira, C. (2018). *Cuidar de idosos com dependência física e mental*. Lousã: Lidel.
- Schouten, M. (2012) *Tempo e tecnologia: uma abordagem de género para o contexto português*. Universidade da Beira Interior, Minho, 2012. Relatório Final do Projeto.
- Sousa, H. A., Moura, B. M., Hunior, E. O., Rezende, F. A., Brito, T. R., Neto, L. S., ..., Nunes, D.P. (2019) *Functional Limitation in Daily Life Activities in Elderly of the University of Maturity*. Revista Humanidades e Inovação V6, n11.
- Sousa, L., Figueiredo, D., Cerqueira, M., (2006). *Envelhecer em família. Os cuidados familiares na velhice*. Porto: Ambar.
- Umbelina (2016). *Cuidados Continuados. Saúde e Apoio Social*. Lisboa: Universidade Atlântica.
- Unidade de Missão para os Cuidados Continuados Integrados (UMCCI) (2011). *Manual do Prestador: Recomendações para melhoria contínua, RNCCI*. Ministério da Saúde.
- United Nations, Department of Economic and Social Affairs, Population Division (2019). *World Population Prospects 2019: Highlights*.
- Veríssimo, C. & Moreira, I. (2004). *Os cuidadores Familiares/informais. Cuidar do doente idoso dependente em domicílio*. Pensar Enfermagem, 1(8), 60-65.





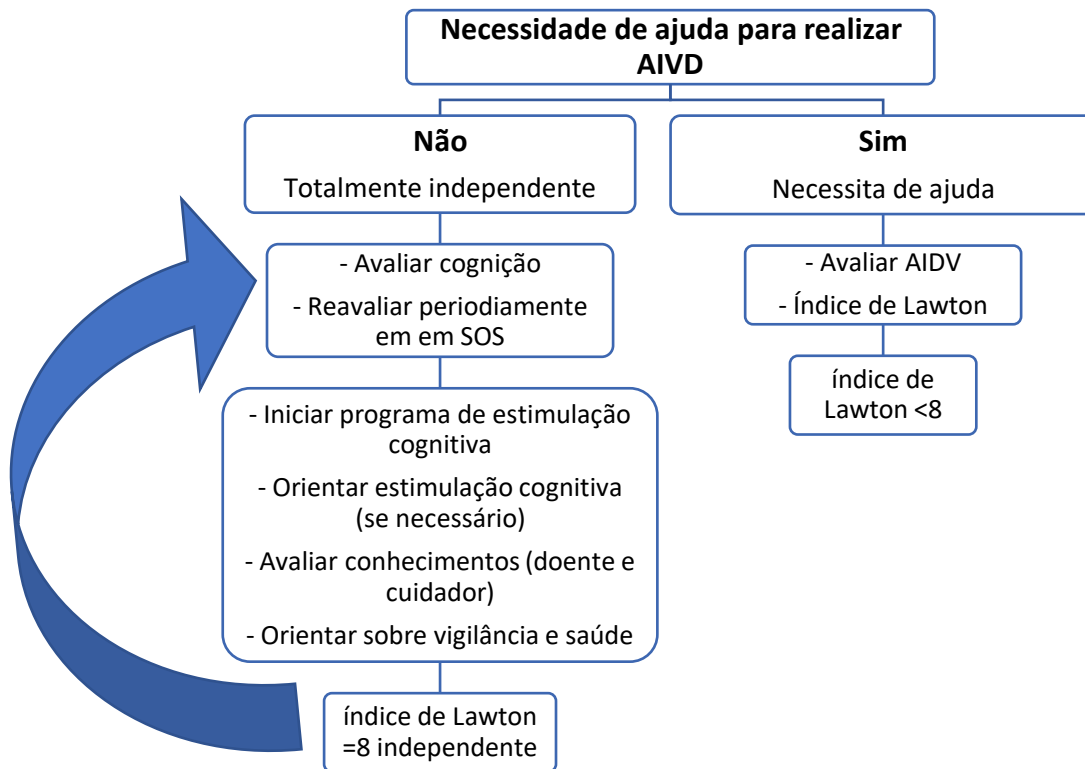
## Anexos

**Anexo I:** Algoritmo de decisão: dependência nas ABVD



**Fonte:** Sequeira, 2018

**Anexo II:** Algoritmo de decisão: dependência nas AIVD



Fonte: Sequeira, 2018.

**Anexo III:** Apoio domiciliário recebido nos últimos anos

Oferta de cuidados   Apoio domiciliário		Existência de ajuda			
		Cuidados Pessoais		Atividades Domésticas	
		N	%	N	%
Apoio Domiciliário	Sim	225	33,1	319	17,2
	Não	454	66,9	1538	82,8
<b>Total</b>		<b>679</b>	<b>100</b>	<b>1858</b>	<b>100</b>

Fonte: Elaboração própria com base nos dados do INS 2014, em SPSS

**Anexo IV:** Prestação de cuidados informais por grupo etário e por sexo

Grupo etário   Sexo	65-69		70-74		75-79		80-84		85+		Total	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Homens	58	11,0	40	7,6	39	7,4	26	4,9	11	2,1	174	33,0
Mulheres	133	25,2	108	20,5	74	14,0	33	6,3	6	1,1	354	67,0
<b>Total</b>	<b>191</b>	<b>36,2</b>	<b>148</b>	<b>28,0</b>	<b>113</b>	<b>21,4</b>	<b>59</b>	<b>11,2</b>	<b>17</b>	<b>3,2</b>	<b>528</b>	<b>100</b>

Fonte: Elaboração própria com base nos dados do INS 2014, em SPSS

**Anexo V:** Necessidade de ajuda nos cuidados pessoais por faixa etária e por sexo

Necessidade de ajuda cuidados pessoais   Sexo   grupo etário	65-69		70-74		75-79		80-84		85+		Total	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Homens	12	3,0	14	3,5	21	5,3	26	7,5	30	7,5	103	25,8
Mulheres	31	7,8	49	16,6	72	18,0	74	18,5	70	17,5	296	74,2
<b>Total</b>	<b>43</b>	<b>10,8</b>	<b>63</b>	<b>15,8</b>	<b>93</b>	<b>23,3</b>	<b>100</b>	<b>25,1</b>	<b>100</b>	<b>25,1</b>	<b>300</b>	<b>100</b>

Fonte: Elaboração própria com base nos dados do INS 2014, em SPSS

**Anexo VI:** - Necessidade de ajuda nas atividades domésticas por faixa etária e por sexo

Necessidade de ajuda atividade domésticas   Sexo   grupo etário	65-69		70-74		75-79		80-84		85+		Total	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Homens	19	2,3	25	3,0	33	4,0	34	4,1	35	4,2	146	17,7
Mulheres	109	13,2	139	16,9	184	22,3	149	18,1	97	11,8	678	82,3
<b>Total</b>	<b>128</b>	<b>15,5</b>	<b>164</b>	<b>19,9</b>	<b>217</b>	<b>26,3</b>	<b>183</b>	<b>22,2</b>	<b>132</b>	<b>15,0</b>	<b>824</b>	<b>100</b>

**Fonte:** Elaboração própria com base nos dados do INS 2014, em SPSS

**Anexo VII:** - Necessidade de ajuda Vs existência de ajuda nos cuidados pessoais por sexo

Cuidados Pessoais   sexo			Existência de ajuda					
			Sim		Não		Total	
			N	%	N	%	N	%
Necessidade de ajuda	Homens	Sim	65	19,7	127	38,5	103	31,2
		Não	127	38,5	100	30,3	227	68,8
	Mulheres	Sim	170	19,1	126	14,2	296	33,3
		Não	317	35,7	275	31	592	66,7
<b>Total</b>			<b>679</b>	<b>55,7</b>	<b>539</b>	<b>44,3</b>	<b>1218</b>	<b>100</b>

**Fonte:** Elaboração própria com base nos dados do INS 2014, em SPSS

**Anexo VIII:** - Necessidade de ajuda Vs existência de ajuda nos cuidados pessoais por grau de urbanização

Cuidados Pessoais   área de urbanização			Existência de ajuda					
			Sim		Não		Total	
			N	%	N	%	N	%
Necessidade de ajuda	Área densamente povoada	Sim	63	22,1	37	13,0	100	35,1
		Não	96	33,7	89	31,2	185	64,9
	Área mediamente povoada	Sim	65	18,1	45	12,5	110	30,6
		Não	135	37,6	114	31,8	249	69,4
	Área pouco povoada	Sim	107	18,6	82	14,3	189	32,9
		Não	213	37,1	172	30	385	67,1
<b>Total</b>			<b>679</b>	<b>55,7</b>	<b>539</b>	<b>44,3</b>	<b>1218</b>	<b>100</b>

**Fonte:** Elaboração própria com base nos dados do INS 2014, em SPSS

**Anexo IX:** - Necessidade de ajuda Vs existência de ajuda nas atividades domésticas por sexo

Atividades Domésticas   sexo			Existência de ajuda					
			Sim		Não		Total	
			N	%	N	%	N	%
Necessidade de ajuda	Homens	Sim	82	12,7	64	9,9	146	22,5
		Não	291	44,9	211	32,6	502	77,5
	Mulheres	Sim	353	15	325	13,8	678	28,8
		Não	1130	47,9	550	23,3	1680	71,2
<b>Total</b>			<b>1856</b>	<b>61,7</b>	<b>1150</b>	<b>38,3</b>	<b>3006</b>	<b>100</b>

**Fonte:** Elaboração própria com base nos dados do INS 2014, em SPSS

**Anexo X:** - Necessidade de ajuda Vs existência de ajuda nas atividades domésticas por grau de urbanização

Atividades Domésticas   área de urbanização			Existência de ajuda					
			Sim		Não		Total	
			N	%	N	%	N	%
Necessidade de ajuda	Área densamente povoada	Sim	108	14,4	108	14,4	216	28,8
		Não	352	46,9	182	24,3	534	71,2
	Área mediamente povoada	Sim	131	14,4	114	12,5	245	27
		Não	436	48	228	25,1	664	73
	Área pouco povoada	Sim	196	14,6	167	12,4	363	26,9
		Não	633	47	351	26,1	984	73,1
<b>Total</b>			<b>1856</b>	<b>61,7</b>	<b>1150</b>	<b>38,3</b>	<b>3006</b>	<b>100</b>

**Fonte:** Elaboração própria com base nos dados do INS 2014, em SPSS

