

## Resiliência em cuidadores informais familiares de idosos dependentes Resilience of informal family caregivers of elderly dependents

**Maria do Nascimento Mateus**  
Instituto Politécnico de Bragança  
[mmateus@ipb.pt](mailto:mmateus@ipb.pt)

**Sandra Cristina Bento Fernandes**  
Santa Casa da Misericórdia de Bragança  
[sandra.bento@gmail.com](mailto:sandra.bento@gmail.com)

### Resumo

Este estudo visa compreender a capacidade adaptativa dos cuidadores informais familiares (CIFs) face às dificuldades do dia-a-dia, através do conceito de resiliência. Formulado o problema, *Qual a capacidade de resiliência do CIF de idosos dependentes face às dificuldades resultantes do ato de cuidar?*, foram definidos os objetivos: *compreender as dificuldades associadas ao ato de cuidar; verificar quais os constrangimentos sentidos na vida pessoal do CIF e avaliar o seu nível de resiliência*. A metodologia utilizada foi quantitativa/qualitativa, os instrumentos de recolha de dados foram um inquérito por questionário, uma entrevista semiestruturada e a aplicação da Escala Breve de *Coping* Resiliente. Foi selecionada uma amostra por conveniência, 20 CIFs, 10 do meio urbano e 10 do meio rural. Os resultados permitiram verificar uma capacidade de resiliência superior quando são os filhos os cuidadores. As dificuldades estão relacionadas com o desgaste físico, emocional/psicológico, sendo a limitação da liberdade e a alteração da dinâmica familiar os maiores constrangimentos da vida pessoal.

**Palavras-chave:** *resiliência; ato de cuidar; cuidador informal familiar; idoso dependente.*

### Abstract

The study aims to understand the adaptive capacity of informal family caregivers (IFCs) faced with the difficulties experienced daily, through the concept of resilience. Formulated the problem, *What is the resiliency capacity of IFC of dependent elderly given the difficulties resulting from caring?*, were defined the objectives: *to understand the difficulties associated with the act of caring, to check the constraints felt in the personal life of IFC and to evaluate his level of resilience*. The methodology used was quantitative and qualitative, the instruments of collect of data were a questionnaire, a semi-structured interview and the application of the Resilient Coping Brief Scale. The sample was selected for convenience, 20 IFC, 10 of de urban environment and 10 of rural environment. The results allowed to verify a higher resilience when their sons are the caregivers. The difficulties are related to the physical and emotional / psychological exhaustion, the limitation of freedom and the alteration of the family dynamics are the great constraints in personal life.

**Keywords:** *resilience; caregiving; informal caregiver family; dependent elderly.*

### Introdução

O envelhecimento da população em Portugal é uma realidade revelada pela queda da natalidade e aumento da longevidade, o que segundo as estimativas do Instituto Nacional de Estatística (INE) (2017a), entre 2015 e 2080, a população com 65 ou mais anos de idade poderá passar de 2,1 para 2,8 milhões de pessoas.

O envelhecimento humano tem de ser considerado ao nível biopsicossocial, com consequências e implicações a diversos níveis, nomeadamente no âmbito da prestação de cuidados, pois a oferta de respostas sociais formais revelam-se insuficientes.

Muitas famílias são obrigadas a manter os idosos em casa por questões de natureza económica, mas outras fazem-no por sentimento de dever. Os CIFs são fundamentais na prestação dos cuidados à pessoa dependente, assumindo um papel que lhes causa desgaste físico e emocional para o qual podem não estar preparados. Torna-se fundamental conhecer as dificuldades, os constrangimentos e a capacidade de resiliência para transformar problemas em oportunidades, no sentido de melhor definir estratégias de intervenção ao nível do apoio ao CIF.

Partindo da questão problema - *Qual a capacidade de resiliência do cuidador informal familiar de idosos dependentes, face às dificuldades resultantes do ato de cuidar?*, foram definidos os seguintes objetivos:

- *Compreender as dificuldades associadas ao ato de cuidar;*
- *Verificar quais os constrangimentos sentidos na vida pessoal dos CIFs;*
- *Avaliar o nível de resiliência dos CIFs.*

Foi selecionada uma amostra por conveniência, não probabilística, constituída por 20 CIFs, 10 do meio rural (CIFR) e 10 do meio urbano (CIFU). A metodologia utilizada foi de natureza mista, quantitativa e qualitativa. A análise dos dados obtidos teve como base a aplicação de um inquérito por questionário que nos permitiu fazer a caracterização sociodemográfica da amostra, uma entrevista semiestruturada, com análise de conteúdo das respostas dos entrevistados e a aplicação da Escala Breve de *Coping* Resiliente (EBCR) que, autorizada para o efeito, permitiu avaliar os níveis de resiliência dos CIFs.

Como resultados podemos considerar, entre outros, que o desgaste físico e emocional/psicológico é a principal dificuldade associada ao ato de cuidar e que a limitação da liberdade, a alteração da dinâmica familiar e das rotinas diárias são os maiores constrangimentos sentidos na vida pessoal, pese embora o fortalecimento de relações afetivas. A resiliência mostra-se mais elevada quando os filhos são os cuidadores e os participantes neste estudo apresentam uma capacidade de resiliência média.

### **Conceptualização do envelhecimento e velhice**

Segundo Fontaine (2000) o envelhecimento assume-se como um processo que se inicia à nascença do ser humano e que se desenvolve durante o percurso de vida, enquanto a velhice é considerada uma condição ou um período no qual se evidenciam características de um grupo de indivíduos com particularidades genuínas.

Na perspetiva de Silva (2006) a velhice surge constantemente ligada à idade avançada, pressupondo uma menor capacidade de execução de determinadas tarefas devido ao desgaste físico e psicológico, e por isso, ela é essencialmente biológica, mas também de natureza social e cultural pelas suas implicações e consequências.

As primeiras abordagens sobre envelhecimento conceptualizavam-no como um processo de declínio progressivo, colocando os indivíduos meramente em situação de perdas sucessivas. Este modelo inicial é, de acordo com Alves (2015), desenvolvido a partir da biologia e da medicina e caracteriza o envelhecimento como um processo universal, progressivo e irreversível.

De acordo com o INE (2015) o processo de envelhecimento é cada vez mais considerado como um problema social, podendo ser analisado do ponto de vista demográfico e do ponto de vista individual ou humano.

### **Envelhecimento demográfico em Portugal**

O envelhecimento da população constitui um fenómeno à escala mundial, em especial nos países desenvolvidos, para o qual Jaques (2004) afirma que *a sociedade não se preparou*, com repercussões na perceção do envelhecimento como fenómeno individual e social, passando pelo impacto na sociedade e no sistema de saúde (p. 34).

De acordo com Rosa (2012) e Bandeira (2014) um dos traços mais evidentes na evolução demográfica em Portugal tem sido o envelhecimento da população, em resultado da conjugação de variáveis demográficas, como o aumento da proporção de idosos na população total, em detrimento da população jovem e/ou em idade ativa.

Na verdade, segundo Cabral (2013), trata-se de um envelhecimento na base provocado pela regressão da natalidade e da fecundidade e no topo pelo aumento da esperança média de vida. A crescente longevidade da população tem um impacto negativo na capacidade de renovação de gerações e a diminuição da população em idade ativa coloca desafios a nível social, a nível do mercado de trabalho, do sistema de proteção social e da própria organização familiar. A relação entre estes diferentes planos assume um cariz de interdependência que não é somente funcional, mas também inter - geracional.

Em Portugal, os municípios mais envelhecidos localizam-se, de acordo com o INE (2017b), *na faixa interior das regiões Norte e Centro e do Alto Alentejo, com particular diferenciação face às áreas metropolitanas e respetivas zonas limítrofes e face às regiões autónomas* (p. 95). Também o índice de dependência de idosos tem aumentado e é mais elevado em municípios localizados no Interior.

Para Sequeira (2010) o aumento da longevidade coloca novos desafios no domínio da saúde, pois para o idoso ter um envelhecimento bem - sucedido terá de ter uma prestação de cuidados

adequada às suas necessidades, dado o seu grau de dependência. Para o autor o conceito de dependência está relacionado com *a incapacidade da pessoa para a satisfação das necessidades humanas básicas (...) da ajuda de terceiros para sobreviver e a limitação na sua atividade não pode ser compensada na totalidade por uma ajuda técnica, pelo que necessita de ser compensada com a ajuda de outra pessoa* (pp. 4-5). De acordo com o autor, as necessidades de cuidados a prestar têm aumentado dado haver um *crescimento acentuado dos idosos com mais de 80 anos, (...) “quarta idade” (...), maior longevidade; os progressos da medicina (...) e as dificuldades de apoio informal em função da alteração dos modelos de família e da incorporação da mulher no mercado de trabalho* (p. 6).

Quando o idoso apresenta alguma doença que o torna dependente, cabe à família apoiá-lo e assumir o seu cuidado. Cuidar de idosos significa um processo coletivo e individual de compreensão e aceitação do envelhecimento como algo inerente ao processo existencial (Duarte *et al.*, 2008).

### **Envelhecimento individual ou humano**

Fontaine (2000) considera que o envelhecimento individual pode ter ritmos diferentes e ocorrer em períodos cronológicos distintos. Apesar de ser um imperativo da vida, processa-se de formas decorrentes das características pessoais e biológicas dos sujeitos, bem como das especificidades individuais relacionadas com a personalidade, sempre em interação com o meio que o rodeia.

Sequeira (2010) afirma que é particularmente no idoso que *as características do envelhecimento do corpo se tornam mais evidentes. (...) ao qual se associa uma lentidão do funcionamento dos sistemas corporais* e refere ainda que *o envelhecimento psicológico depende de fatores patológicos, genéticos, ambientais, do contexto sociocultural em que se encontra inserido e da forma como cada um organiza e vivencia o seu projeto de vida* (pp. 21 -23). Desta forma, a manutenção de um certo número de atividades constitui um fator de estabilidade por excelência.

As mudanças físicas no idoso têm repercussões psicológicas, que se traduzem em alterações de atitudes e comportamentos, pois o envelhecimento é um processo dinâmico e complexo. Para Farinha (2013) o envelhecimento psicológico depende muito da capacidade que o ser humano tem de se autoconhecer e como organiza a sua vida.

Pode desencadear efeitos negativos, contudo, existem fatores que, segundo Alves (2015), podem *atenuar o envelhecimento psicológico como a existência de atitudes otimistas e a procura de sentido para a própria vida* (p. 7).

Para Paúl (2005) o envelhecimento social refere-se *aos papéis e hábitos que o indivíduo assume na sociedade (...)* (p. 12). De forma a evitar o envelhecimento social é essencial que o indivíduo

conviva em sociedade, adotando comportamentos socioculturais no contexto em que está inserido, definindo objetivos e rotinas que lhe permitam o sentimento de pertença a esse contexto.

Na perspetiva de Zimmerman (2000) com o envelhecimento social podem surgir crises de identidade, que podem traduzir-se na diminuição da autoestima. É natural que existam ganhos e perdas associadas a esta etapa de vida, no entanto, para Alves (2015) *é imprescindível que os idosos consigam equilibrar os papéis que desempenham na sociedade e no seio da família de modo a sentirem-se integrados e a evitarem, assim, o envelhecimento social* (p. 8).

### Respostas sociais

Para dar suporte às dificuldades sentidas pelas famílias, na assistência ao idoso, foram criadas diversas respostas sociais que vieram colmatar lacunas ao nível do apoio social. As necessidades de cuidados extrapolam, muitas vezes, a capacidade das famílias e cresce a necessidade de um cuidador com capacitação profissional (Arruda *et al.*, 2008).

Normalmente, quem cuida é um familiar, *o que justifica a necessidade de maiores investimentos no preparo dessas pessoas para conseguirem realizar o cuidado mais adequado dentro de suas possibilidades* (Gaiola *et al.*, 2012, p. 151). Diante de uma intensa sobrecarga é importante a sociedade encontrar alternativas para os CIFs, já que, do ponto de vista de Lopes e Massinelli (2013), estão frequentemente *em tempo integral com os pacientes, adiando ou em muitas vezes desistindo definitivamente dos seus objetivos, planeados com cuidado no percurso de suas vidas* (p. 136).

As respostas sociais de apoio têm sofrido uma evolução ao longo do tempo, passando dos remotos asilos para a criação de serviços de apoio domiciliário (SAD) e para o acolhimento familiar, pois o dever de cuidar do idoso passou a ser encarado como uma responsabilidade do Estado, sendo o SAD a resposta social que se destaca em termos de maior oferta nacional, levando os cuidados a casa dos clientes, permitindo a manutenção no seio familiar e evitando ou retardando a institucionalização.

Segundo Figueiredo (2007) o ato de prestar cuidados tem um cariz psicológico, ético, social e demográfico, não descurando as dimensões clínicas, técnicas e comunitárias. Imaginário (2008) constatou existir um sentimento generalizado de que a tarefa de cuidar do idoso dependente é um dever familiar e que o seu ambiente é o lugar idóneo para ele estar e receber cuidados, assumindo que os melhores cuidadores são os familiares.

Cuidar é um conceito complexo e multidisciplinar. Collière (1989, citada por Pereira 2011) afirma que cuidar pode assumir a forma do *autocuidado* e *o cuidado com o outro*, definindo o autocuidado como *ato individual que se presta a si próprio quando se tem autonomia, mas também como um*

*ato de reciprocidade que se presta a toda a pessoa que temporária ou definitivamente necessite de ajuda para a satisfação das suas necessidades básicas* (p. 32).

Na perspetiva de Gimeno (2003) a família apresenta-se como o melhor meio para cultivar os afetos, dar apoio e segurança, o que faz com que assumam como valores prioritário a entrega, dar sem receber ou sofrer para o bem da mesma.

De facto, a tradição cultural portuguesa *atribui às famílias, particularmente aos seus membros do sexo feminino, a responsabilidade de cuidar dos elementos mais idosos e com laços mais chegados* (Sousa *et al.*, 2006, p. 61).

Assim, cuidar de idosos, apresenta-se, segundo Sousa (2011), *como uma extensão dos papéis normais da família, o que, aliado à hostilidade para com as instituições pressiona a família, no sentido de manter esse papel* (p. 50), sem questionar as exigências e as necessidades que estão associadas.

Paúl (s/d) define as redes de suporte informal como estruturas da rede social de um indivíduo, quer seja pelos laços de sanguinidade ou pelo apoio emocional. As redes familiares são consideradas involuntárias dado que existe uma espécie de obrigatoriedade de cuidar, já as redes de amigos e vizinhos são consideradas escolhas voluntárias.

## **Perfil, competências, resiliência e sobrecarga do cuidador informal**

A prestação informal de cuidados a idosos é executada por não-profissionais que, segundo Parente (2017) é feita no domicílio, *a partir do momento em que não consegue satisfazer as suas necessidades de forma autónoma e eficaz, necessita da ajuda de um cuidador*” (p. 8).

O conceito de CI tem ganho relevância como rede social de apoio que presta cuidados regulares, não remunerados, na ausência de um vínculo formal ou estatutário e os cônjuges emergem na primeira linha como a principal fonte de assistência ao idoso dependente (Sousa *et al.*, 2006).

Desempenhar o papel de CI gera mudanças, sobrecarga, stresse, interferindo no seu quotidiano. Desta forma, Lopes e Massinelli (2013) indicam que o CI pode *também sentir a angústia decorrente da sobrecarga física e emocional, já que muitas vezes dedica a própria vida unicamente ao paciente* (p. 135). Mas, nem todos os cuidadores se tornam insatisfeitos com a tarefa de cuidar, podendo tal ser explicado *com a utilização de diferentes estratégias individuais para lidar com as situações consideradas desgastantes* (Gaioli, *et al.*, 2012, p. 151).

A necessidade de qualificações e dotação de competências levou, segundo Neves (2016), à criação de programas direcionados ao CI com vista *à atribuição de maior capacidade cognitiva, gestão de emoções, desenvolvimento de atitudes saudáveis e positivas face às perdas e estratégias de coping nas vivências inerentes ao cuidar* (p. 16).

Tavares (2001) contribui com outro enfoque ao afirmar que o desenvolvimento de capacidades de resiliência nos sujeitos passa por *Ajudar as pessoas a descobrir as suas capacidades, aceitá-las e confirmá-las positiva e incondicionalmente (...)* p. 52).

A resiliência não pode ser considerada um escudo protetor que fará com que nenhum problema atinja a pessoa tornando-a rígida e resistente a todas as adversidades. Contudo,

(...) não existe uma pessoa que É resiliente, mas sim a que ESTÁ resiliente. Esse é um processo dinâmico, e as influências do ambiente e do indivíduo relacionam-se de maneira recíproca, fazendo com que o indivíduo identifique qual a melhor atitude a ser tomada em determinado contexto (Pinheiro, 2004, Pesce *et al.*, 2006, p. 71).

Angst (2009) refere que *pessoas resilientes apresentam características básicas como autoestima positiva, habilidades de dar e receber em relações humanas, disciplina, responsabilidade, receptividade, interesse, tolerância ao sofrimento e muitas outras* (p. 255).

A sobrecarga da tarefa de cuidar pode precipitar o aparecimento de sintomas depressivos e ser cuidador não é um trabalho de fácil aceitação. Para Gaioli (2010), na maioria das vezes, o cuidador assume outras funções dentro e fora do lar, *como cuidar da casa e/ou trabalhar fora, além de cuidar do idoso, o que pode acarretar a sua institucionalização* (p. 28).

No intuito de amenizar a sobrecarga física e emocional, o CI necessita desenvolver atitudes positivas, que o ajude a suportar a gama de fatores negativos e nocivos à saúde advinda do processo de cuidar. Independentemente do cuidador ser ou não ser da família, com o passar do tempo, a sobrecarga de trabalho trará fadiga, stresse e depressão, pelo que este também necessitará de cuidados.

Para se compreender a capacidade de resiliência do indivíduo temos de compreender o significado de *coping* (enfrentamento). Para Wagnild e Young (2009), o *coping* é a resposta a um momento, uma solução de uma determinada situação, mas nem sempre a soma desses enfrentamentos torna a pessoa resiliente. Uma característica fundamental das estratégias de *coping* é o facto de que elas são conscientes e intencionais, o que leva a entender o *coping* como tática e não como estilo de personalidade do indivíduo, focando a atenção na ação da pessoa em determinado momento.

### **Seleção, caracterização sociodemográfica da amostra e procedimentos utilizados**

A amostra utilizada constitui-se como não probabilística, com sentido intencional, com 10 CIFRs e 10 CIFUs que aceitaram participar de forma livre e informada.

Doze em vinte cuidadores são do género feminino (5 CIFRs e 7 CIFUs), o que está em acordo com Pereira (2013) que diz que a prestação de cuidados a pessoas adultas dependentes é assegurada, em larga percentagem, por mulheres. No entanto, nos CIFRs o número de cuidadores femininos é igual ao masculino (5 em cada). A idade média é de 58 anos para os CIFRs e de 73 anos para os CIFUs, contrariando estes o que sustenta Barber (1999) que diz terem uma idade média que varia entre 45 - 60 anos, o que poderá ser explicado pelo aumento da esperança média de vida, pois existem idosos a cuidar de idosos, com uma média de idade superior aos 65 anos (Gaioli *et al.*, 2012).

São cuidadores casados, 9 CIFRs e 8 CIFUs, que constituem o maior número dos que prestam cuidados, tal como é perspectivado por Sousa *et al.*, (2006).

As habilitações académicas dos CIFs de mais baixo nível de escolaridade correspondem aos que apresentam uma idade superior a 60 anos, com 1.º ciclo do ensino básico (1.º CEB) quer nos CIFRs quer nos CIFUs e apenas um é licenciado nos CIFRs e dois nos CIFUs, o que pode estar relacionado com o facto de nestas gerações, nesta região, predominar uma cultura paternalista e fracos recursos económicos em que as crianças não frequentavam a escola, ou abandonavam precocemente os estudos para ajudar nos trabalhos do campo ou para cuidar dos irmãos mais novos.

O número de aposentados é muito maior nos CIFUs (9), o que vai ao encontro do que afirma LeBris (1994) sobre a acumulação de uma carreira profissional com a tarefa de prestação informal de cuidados, que, segundo o autor, não constitui o modelo predominante da União Europeia. Em contrapartida, há 7 CIFRs e 1 CIFU ainda a trabalhar.

A grande maioria dos CIFs reside em casa própria, tendo apenas dois CIFUs declarado que vivem em habitações cedidas, sendo que o estado de conservação é considerado bom para a maioria dos participantes (12).

Os filhos emergem na primeira linha como a principal fonte de assistência ao familiar (6 CIFRs e 5 CIFUs). Os cônjuges constituem a segunda procedência de cuidados a prestar, apesar de haver apenas uma esposa CIFR e duas esposas e dois maridos CIFUs. No nosso estudo são 16 os CIFs que vivem juntamente com o idoso (7 CIFRs e 9 CIFUS). A coabitação é mais evidente quando se trata de cônjuges e filhos, sendo que na mesma residência podem ainda viver outras pessoas.

No nosso estudo, 10% dos CIFRs e 25% dos CIFUS prestam cuidados entre um a cinco anos, 20% dos CIFRS e 15% dos CIFUs entre seis a dez anos e 20% dos CIFRs e 10% dos CIFUs há mais de 10 anos, o que não está na linha do preconizado por LeBris (1994) que

sustenta que cerca de 40% a 50% das pessoas que prestam cuidados fazem-no há apenas cinco anos, sendo no caso presente de 35%.

O valor mais baixo do rendimento médio mensal (250 a 500 euros) do agregado familiar verifica-se em um CIFU, e o valor mais elevado (1000 euros) verifica-se em sete CIFUs e em quatro CIFRs.

## Metodologia e instrumentos de recolha de dados

A metodologia utilizada foi de natureza mista, qualitativa e quantitativa.

A caracterização sociodemográfica da amostra foi obtida através da aplicação do inquérito por questionário (após pré-teste), aplicado por administração direta, integra 14 questões, de resposta fechada e de múltipla escolha e foi lavrado consentimento livre e informado.

A entrevista semiestruturada (validada e lavrado consentimento livre e informado) foi a escolhida porque para Amado (20017) (...) *é um dos mais poderosos meios para se chegar ao entendimento dos seres humanos e para a obtenção de informações (...) as questões derivam de um plano prévio, um guião (...)* (pp. 209 - 210). Enquadrou uma única categoria *O/A cuidador/a informal familiar de idosos/as*, com três subcategorias criadas de acordo com o enquadramento teórico e os objetivos da investigação: *A1. Dificuldades associadas ao ato de cuidar; A2. Constrangimentos na vida pessoal do/a cuidador/a informal familiar; A3. Nível de resiliência do cuidador informal.*

Foi feita análise de conteúdo, identificadas as unidades de registo, com excertos das respostas às questões, onde foram incluídos os testemunhos mais relevantes, através do agrupamento de elementos com características comuns.

A Escala Breve de *Coping* Resiliente (EBCR), de Sinclair e Wallston (2003) (a quem foi solicitada autorização), foi aplicada para avaliar os níveis de resiliência dos CIFs. Para a adaptação da escala à população e cultura portuguesa, a variável resiliência foi avaliada com base nos quatro itens da escala original, que permitem perceber a capacidade do indivíduo para lidar com o stress de forma adaptativa, apresentando as seguintes afirmações:

- Procuo formas criativas de superar situações;
- Independentemente do que me possa acontecer, acredito que consigo controlar as minhas reações;
- Acredito que posso crescer positivamente lidando com situações difíceis;
- Procuo ativamente formas de substituir as perdas que encontro na vida (Ribeiro & Morais, 2010, p. 8)

A resposta aos itens é dada através de uma escala ordinal, segundo o formato de *Likert*, com cinco opções, sendo que ao número cinco corresponde “quase sempre” e ao número um “quase nunca”. Os valores de resposta, que transmitem a capacidade do indivíduo para lidar com o

stress de uma forma adaptativa podem variar entre 4 e 20. Neste instrumento não existem itens cuja cotação se processe pela ordem invertida. Salienta-se, ainda, que é um instrumento de autorresposta e unidimensional.

Segundo a EBCR consideram-se com baixa capacidade de resiliência os sujeitos que obtêm uma pontuação inferior a 13 valores e, por outro lado, com resiliência forte os que atingem uma pontuação superior a 17 valores.

A recolha de informação procurou reger-se pelos princípios éticos de investigação que estabelecem normas e diretrizes subjacentes a pesquisas que envolvem seres humanos.

## Apresentação e análise dos resultados

### Análise da subcategoria A1. Dificuldades associadas ao ato de cuidar

A privação da liberdade é apontada como uma das dificuldades sentidas pelos cuidadores, como dizem o CIFR8 (...) *isto é como uma prisão porque não a posso deixar de maneira nenhuma* e o CIFU9 *é muito trabalho, são muitas noites sem dormir, (...) é muito cansativo para a nossa cabeça*. O CIFR2 considera tarefas que implicam força física, evidente no seu testemunho ao realçar que *a principal dificuldade são os pesos, porque o resto lá vou fazendo*.

O esgotamento físico é uma evidência como se constata nas afirmações do CIFR2 (...) *existem dias que fico completamente esgotada ao ponto de depois do almoço ter de me deitar no sofá*, do CIFU6 *ele está sempre a chamar por mim (...)*, do CIFU7 (...) *bá dias que não me deixa dormir porque grita* e do CIFU10 (...) *ando sempre atrás dela com medo que fuja*.

O esgotamento emocional e psicológico é evidenciado por CIFR7 (...) *estar metida dentro de uma casa 24 horas por dia não é fácil*, por CIFR1 (...) *por vezes sinto uma grande frustração por não conseguir resolver alguns problemas*. O CIFU8 considera ser *muito complicado vê-la sofrer e às vezes não saber como agir*.

Outros CIFs evidenciam este esgotamento emocional referindo o recurso a medicação, como o CIFR4 (...) *tenho noites que passo muito mal, com perturbações do sono e tenho de recorrer a medicação* e o CIFU9 (...) *nas fases em que descompensa tenho de tomar medicação para dormir*.

A maioria dos CIFs considera que as dificuldades se devem mais a eles próprios do que à falta de meios e de condições, pois o CIFR5 diz *já vou perdendo algumas capacidades e forças* e o CIFR7 (...) *esta situação também me afeta psicologicamente*. O mesmo acontece com o CIFU8 *já estou velho para isto, eu já precisava quem tratasse de mim* e com o CIFU4 (...) *já são muitos anos nisto*.

Para ultrapassar os problemas e obstáculos com que se confrontam recorrem a diversos tipos de estratégias como o CIFR3 que afirma (...) *se não consigo resolver sozinho, procuro ajuda*, o CIFU6

*dedico-me à pintura para distrair, o CIFU4 (...) desabafo com as colegas e com o marido e o CIFU8 (...) ir até ao café um bocadinho e jogo às cartas com os amigos e vizinhos para distrair um pouco.*

Além disso, salientam que é fundamental procurar alívio mental como é o caso do CIFR2 que diz *rezar a Deus para que me ajude e que me dê forças*, do CIFR5 (...) *faço voluntariado e isso faz-me muito bem (...) porque alívio muito*. O CIFR8 refere *às vezes, quando estou mais em baixo, vou dar uma volta pela aldeia, vou à igreja e a coisa passa*.

Apesar de admitirem esgotamento físico consideram que a exaustão emocional e psicológica é mais expressiva. De acordo com Lopes e Massinelli (2013) surge o sentimento de angústia decorrente da sobrecarga física e emocional. Para ultrapassar estes obstáculos, é necessária a utilização de estratégias individuais para lidar com as situações consideradas desgastantes (Gaioli et al., 2012).

### **Análise da subcategoria A2. Constrangimentos na vida pessoal do/a cuidador/a informal familiar**

Tanto os CIFRs como os CIFUs admitem que o facto de se terem tornado cuidadores lhes causou constrangimentos na sua vida pessoal e profissional, pois estão mais condicionados a uma vida em casa e a uma sobrecarga de trabalho, o que podemos concluir das palavras do CIFR7 (...) *é uma vida um bocado presa*, do CIFU8 *nunca mais vivi, porque se quiser ir para qualquer lado não posso*. O CIFR9 refere *podia ganhar outro salário, porque antes exercia outras funções*, o CIFR6 *algumas situações de ansiedade são geradoras de instabilidade que é cada vez mais difícil superar* e o CIFU6 fala em *cansaço, mas também já é devido à idade*.

Quando questionados se têm o tempo que desejam para eles próprios, as opiniões dividem-se. O CIFU4 é perentório ao afirmar *é impossível*, o CIFR5 *o meu tempo não é meu*, o CIFU9 *quando vou à cidade a fazer compras ou a tratar de assuntos vou sempre a correr*. Mas o CIFR3 considera *não causa muito transtorno* e o CIFU3 *não me posso queixar porque consigo gerir bem o tempo*.

Em relação ao tempo disponível para dedicar a outras pessoas está bem explícito nas respostas a seguir transcritas:

- *A minha filha teve de ir viver para a cidade porque ela não aguentava isto tudo (CIFR9);*
- *De vez em quando vou a Lisboa ver a situação dos filhos mas poderia ir lá muitas mais vezes se os meus pais não estivessem aqui (CIFU3);*
- *Pena não me poder dedicar mais aos netos (CIFR5).*

Os CIFs que afirmam ter maior disponibilidade para a restante família sentem-se condicionados dado a família mais próxima habitar em outros locais, pelo que referem que isso só acontece *Quando vêm aqui a casa, sair para fora é impossível (CIFR7 e CIFU5)*.

Relativamente à organização de férias, a maioria dos CIFs refere não poder usufruir desse tempo de lazer, pois admitem não poder ter férias, pois têm de cuidar dos familiares (CIFR2, CIFR7, CIFR8, CIFU1 e CIFU8). O CIFU6, que sempre frequentou termas, admite que (...) *este ano já não vai ser possível porque ele não está em condições de ir.*

Situação semelhante acontece com a organização da vida social, como revela o CIFU3 *é cada vez menos intensa* e o CIFU6 (...) *agora é só casa e televisão.* Já o CIFR5 justifica (...) *não me sinto bem em deixar o meu marido na cama e eu ir para um convívio qualquer* e o CIFR8 *não a quero deixar sozinha porque fico sempre com a sensação que ela precisa de alguma coisa*, o CIFR9 conta que *Não posso combinar nada com ninguém porque não é certo que consiga ir.*

O CIFR2 diz que para ir a alguns eventos procura alternativas, pois *para ir ao batizado e comunhão dos meus netos tive de deixar a minha mãe num lar* e o CIFU7 *quando o meu neto se casou tive de deixar aqui uma senhora a cuidar dele.*

Grande parte dos CIFRs aponta as questões familiares como o principal constrangimento, pois o CIFR2 comenta *tenho consultas regulares no Porto e para poder ir tenho de arranjar alguém que fique aqui com ela e pagar.* Para o CIFR6 e o CIFR9 são importantes *as questões relacionadas com a logística familiar.*

Para a maioria dos CIFRs não é fácil conciliar a vida pessoal e profissional com as tarefas de cuidador, como é o caso do CIFR6 (...) *cada vez mais surgem questões repentinas e começa a ser difícil conciliar a dedicação a tudo e todos*, do CIFR9 *ir trabalhar é um alívio, é como ir à praia.* No entanto, o CIFU2 assegura que concilia *perfeitamente*, tal como o CIFU5 *concilio perfeitamente porque estou aposentado* e o CIFU9 realça que *não é um pesadelo.*

O facto da assunção das funções de cuidadores originou limitação de liberdade e de prejuízos causados ao nível profissional e estas obrigações do ato de cuidar implicam alterações na dinâmica familiar.

Os CIFs mostram-se divididos no que diz respeito ao tempo que dedicam a si próprios e a outros elementos da família, referindo que só conseguem estar com os filhos ou os netos quando são visitados em casa. Não conseguem gozar férias nem desfrutar de uma vida social, pois não têm possibilidades de se fazer acompanhar do idoso cuidado nem de o deixar sozinho. Por vezes, vêem-se obrigados a recorrer à ajuda de terceiros.

### **Análise da classificação da Escala Breve de Coping Resiliente**

A capacidade de resiliência manifestada pelos CIFRs varia entre os 11 e os 18 valores, apresentando uma média de 14 valores, o que corresponde a uma capacidade média. Os

resultados permitem-nos verificar que seis participantes revelam um nível de resiliência médio, enquanto três apresentam um nível baixo e apenas um alcança o nível forte.

Os três CIFRs que revelam uma capacidade de resiliência baixa são dois homens com as idades incluídas no grupo entre os 63 e 75 anos. Possuem um baixo nível de escolaridade (1.ºCEB), bem como um baixo rendimento mensal (500-750 euros) e prestam cuidados há mais de 10 anos.

Uma capacidade de resiliência média é revelada por quatro mulheres CIFRs, com idades entre os 44 e os 69 anos e possuem um nível de escolaridade mais elevado do que o grupo anterior, havendo uma com grau de licenciatura, duas com ES, uma com o 2.º CEB. O rendimento médio mensal é mais elevado, havendo quatro CIFRs a declarar um valor superior aos 1000 euros e prestam cuidados entre seis e dez anos.

A capacidade de resiliência forte pertence a um CIFR do género masculino, solteiro, com 52 anos de idade. Apresenta um nível de escolaridade baixo (2.ºCEB) e presta cuidados entre um e cinco anos. O rendimento médio do seu agregado familiar varia entre os 750 e os 1000 euros mensais.

A capacidade de resiliência manifestada pelos CIFUs varia entre os 14 e os 20 valores, apresentando uma média de 16 valores, o que corresponde a uma capacidade média. Oito revelam um nível de resiliência médio, dois apresentam um nível forte.

A resiliência média pertence a seis mulheres, com idades entre os 59 e os 89 anos, com baixo nível de escolaridade, pois cinco apresentam o 1.º CEB. Em relação ao rendimento médio mensal declararam um valor entre os 750 e os 1000 e quanto ao tempo de prestação de cuidados, três fazem- no há cinco anos, uma entre seis e dez anos e duas há mais de dez anos.

Um CIFU do sexo masculino, com 68 anos de idade e divorciado e uma CIFU com 84 anos de idade, casada, revelam uma capacidade de resiliência forte. Apresentam um nível de escolaridade médio (ES e 3.º CEB, respetivamente), sendo que ambos estão a prestar cuidados entre um e cinco anos e auferem de um rendimento médio mensal superior a 1000 euros.

## Conclusão

A realização deste estudo *Resiliência em cuidadores informais familiares de idosos dependentes* permitiu dar resposta ao problema aos objetivos que nortearam esta investigação.

Através da recolha de informação foi possível compreender as dificuldades do ato de cuidar e os constrangimentos da vida pessoal dos CIFs, bem como avaliar o seu nível de resiliência.

O desgaste físico e emocional/psicológico são apontados como a principal dificuldade com que os cuidadores se deparam no desempenho do seu papel. Apesar da limitação da liberdade,

da alteração das dinâmicas familiares e das rotinas diárias, os CIFs manifestam regozijo pelo fortalecimento de relações afetivas com o idoso.

A sua capacidade de resiliência é média, embora os CIFUs revelem níveis superiores em relação aos CIFRs. Os cuidados continuam, na maioria dos casos, a cargo das mulheres mas não existem diferenças significativas em relação ao nível de resiliência entre os cuidadores do género feminino e masculino. Os que apresentam uma capacidade de resiliência superior são os cuidadores filhos e cônjuges, que se encontram já aposentados, enquanto os profissionalmente ativos revelam um nível mais baixo de resiliência. Com o passar do tempo a sobrecarga de trabalho traz fadiga, stresse e depressão.

Considerando a complexidade do ato de cuidar entende-se que existem diversos aspetos que devem ser alvo de uma reflexão e intervenção no apoio aos cuidadores. Neste contexto, faremos algumas sugestões que poderão contribuir para minimizar o desgaste sentido e consequentemente melhorar a qualidade dos cuidados prestados, de forma a garantir dignidade, conforto e bem-estar em final de vida.

É importante conhecer os níveis de resiliência dos cuidadores, pois são um indicador da capacidade de resolução de problemas, acentuando que o dependente pode ser mais beneficiado quando o cuidador é mais resiliente.

Sendo a amostra utilizada uma amostra reduzida, os resultados não podem ser generalizados uma vez que são representativos de um universo muito específico, o que consideramos uma limitação da presente investigação. Dada a relevância do tema, seria importante desenvolver novas pesquisas, mais alargadas e de âmbito nacional, que permitissem conhecer melhor esta realidade por forma a delinear estratégias de intervenção nesta área.

Defendemos que é importante a atuação de um educador social junto dos CIFs com o objetivo de conhecer as suas dificuldades e encontrar estratégias que proporcionem maior orientação e apoio, que podem passar pelo desenvolvimento de programas de competências pessoais relacionados com a prestação de cuidados, promoção de grupos de entreajuda que podem envolver cuidadores e profissionais da área social e da saúde. Cabe ao educador social, de acordo com [Mateus \(2012\)](#), *saber lidar com o sofrimento humano e construir respostas eficazes ou pontes socioeducativas que permitam a resolução pronta e eficaz dos problemas*, pois este profissional *tem de valorizar a proximidade com as pessoas e o carácter único das situações de forma a pôr em prática a multiplicidade de técnicas e de estratégias que ajudem a encontrar caminhos mais profícuos* (pp. 69 - 70).

A intervenção deve direcionar-se no sentido de minimizar situações de stresse e de sobrecarga emocional, melhorando a qualidade de vida dos cuidadores, sendo fundamental o apoio psicológico e que poderá passar pela criação de uma linha de apoio permanente.

Consideramos, ainda, que cabe ao Estado reconhecer a realidade vivida pelos CIFs e criar e implementar políticas públicas de apoio que reforcem a rede de respostas sociais direcionadas à prestação de cuidados no domicílio. São também necessárias medidas de proteção dos cuidadores que em alguns casos abandonam a vida profissional para cuidar dos familiares. Para tal, urge regulamentar o Estatuto de Cuidador Informal, prevendo benefícios e apoios para colmatar a diminuição de rendimentos, quando o cuidador tem de optar pelo trabalho a tempo parcial, através do reconhecimento da carreira contributiva do cuidador.

## Referências

- Alves, T. (2015). *Perceções sobre o envelhecimento e prestação de cuidados na velhice*. Dissertação de Mestrado em Educação Social. Bragança: Instituto Politécnico de Bragança
- Amado, J. (2017). *Manual de investigação qualitativa em educação*. Coimbra: Imprensa da Universidade de Coimbra.
- Angst, R. (2009). Psicologia e resiliência: uma revisão da literatura. *Psicologia, Argumento*, 27 (58), 253 -260.
- Arruda, M.; Alvarez, A.; & Gonçalves, L. (2008). O familiar cuidador de portador de doença de Alzheimer participante de um grupo de ajuda mútua. *Ciências Cuidados Saúde*, 7 (3), 339-345.  
<http://www.periodicos.uem.br/ojs/index.php/CiencCuidSaude/article/view/6505>  
(Acedido em 02/12/2017).
- Bandeira, M. (2014). *Dinâmicas demográficas e envelhecimento da população portuguesa*. Lisboa: Fundação Francisco Manuel dos Santos.
- Barber, C. (1999). *Family caregiver characteristics*.  
[www.ext.colostate.edu/pubs/consumer/10231.pdf](http://www.ext.colostate.edu/pubs/consumer/10231.pdf) (Acedido em 02/02/2018).
- Cabral, M. (2013). *Processos de envelhecimento em Portugal: usos do tempo, redes sociais e condições de vida*. Lisboa: Fundação Francisco Manuel dos Santos.
- Duarte J.; Melo R.; & Azevedo R. (2008). Cuidando do cuidador. In: Moraes EN *Princípios Básicos de Geriatria e Gerontologia* (v.1, cap. 26). Belo Horizonte: Coopmed, 371-379.
- Collière, M. (1989). *Promover a vida – da prática das mulheres de virtude aos cuidados de enfermagem*. Lisboa: Sindicato dos Enfermeiros Portugueses. Edições Técnicas.

- Farinha, V. (2013). *Identidade na velhice: Um jogo de espelhos*. Dissertação de Mestrado em Gerontologia Social. Lisboa: Universidade Lusófona de Humanidades e Tecnologias.
- Figueiredo, D. (2007). *Cuidados familiares ao idoso dependente*. Lisboa: Climepsi.
- Fontaine, R. (2000). *Psicologia do Envelhecimento*. Lisboa: Climepsi.
- Gaioli, C.; Furegato, A.; & Santos, J. (2012). Perfil de cuidadores de idosos com doença de Alzheimer associado à Resiliência. *Texto Contexto Enferm*, 21 (1), 150 - 157. <http://www.scielo.br/pdf/tce/v21n1/a17v21n1.pdf> (Acedido em 15/11/2017).
- Gimeno, C. (2003). *A família: o desafio da diversidade*. Lisboa: Instituto Piaget.
- Imaginário, C. (2008). *O idoso dependente em contexto familiar: Uma análise da visão da família e do cuidador principal*. Coimbra: Formasau.
- Instituto Nacional de Estatística (2015). *Envelhecimento da população residente em Portugal e na União Europeia*. Lisboa: INE.
- Instituto Nacional de Estatística (2017a). *Projeções de População Residente, 2015-2080*. Lisboa: INE.
- Instituto Nacional de Estatística (2017b). *Retrato territorial de Portugal*. Lisboa: INE.
- Jaques, M. (2004). *Ser idoso: abordagem psicossomática no contexto institucional e familiar*. Coimbra: Edição Formasau.
- LeBris, H. (1994). *Responsabilidade familiar pelos dependentes idosos nos países das comunidades europeias*. Lisboa: Conselho Económico e Social.
- Lopes, S.; & Massinelli, C. (2013). Perfil e nível de resiliência dos cuidadores informais de idoso com Alzheimer. *Aletheia*, 40, 134-145. [http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S141303942013000100012](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S141303942013000100012) (Acedido em 03/01/2018).
- Mateus, M. (2012). O educador social na construção de pontes socioeducativas contextualizadas. *EduSer: Revista de Educação*, Vol 4 (1), 60 – 71. <https://bibliotecadigital.ipb.pt/handle/10198/7726> (Acedido em 25/05/2018).
- Neves, S. (2016). *A sobrecarga do cuidador informal do doente de Alzheimer*. Dissertação de Mestrado em Psicologia Clínica. Coimbra: Instituto Superior Miguel Torga.
- Parente, I. (2017). *Um olhar sobre quem cuida: dificuldades e resiliência do cuidador informal*. Dissertação de Mestrado em Cuidados Continuados. Bragança: Instituto Politécnico de Bragança.
- Paúl, C. (s/d). *Envelhecimento activo e redes de suporte social*. Porto: ICBAS-UP.
- Paúl, C. (2005). *A construção de um modelo de envelhecimento humano*. Lisboa: Climepsi.
- Pereira, H. (2013). *Subitamente cuidadores informais! Dando voz (es) às experiências vividas*. Loures: Lusociência - Edições Técnicas e Científicas, Lda.

- Pesce, R.; Assis, S.; Avanci, J.; Santos, N.; Malaquias, J.; & Carvalhaes, R. (2006). Adaptação transcultural, confiabilidade e validade da escala de resiliência. *Caderno de Saúde Pública*, 21 (2), 436 - 448.
- Ribeiro, P.; & Morais, R. (2010). Adaptação portuguesa da Escala Breve de Coping Resiliente. *Psicologia, Saúde e Doenças*, 11 (1), 5-13. <http://www.scielo.mec.pt/pdf/psd/v11n1/v11n1a01.pdf> (Acedido em 23/11/2017).
- Rosa, M. (2012). *O Envelhecimento da Sociedade Portuguesa*. Lisboa: Fundação Francisco Manuel dos Santos.
- Sequeira, C. (2010). *Cuidar de idosos com dependência física e mental*. Lisboa: Lidel.
- Silva, J. (2006). *Quando a vida chegar ao fim. Expectativas do idoso hospitalizado e família*. Loures: Lusociência.
- Sinclair, V.; & Wallston, K. (2003). The development and psychometric evaluation of the Brief Resilient Coping Scale. *Assessment*, 11 (1), 94-101.
- Sousa, A. (2011). *Quando o cuidador é idoso: impacto físico, emocional e social d cuidador informal idoso*. Dissertação de Mestrado em Gerontologia Social Aplicada. Braga: Universidade Católica Portuguesa.
- Sousa, L.; Figueiredo, D.; & Cerqueira, M. (2006). *Envelhecer em família*. Porto: Âmbar.
- Tavares, J. (2001). A resiliência na sociedade emergente. In J. Tavares. (Org.), *Resiliência e educação*. São Paulo: Cortez, 43 - 76.
- Wagnild, G.; & Young, H . (2009). A Review of the Resilience Scale. *Journal of Nursing Measurement*, 17(2), 5 - 14. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19711709> (Acedido em 26/04/2018).
- Zimmerman, G. (2000). *Velhice: aspectos biopsicossociais*. Porto Alegre: Artes Médicas Sul.