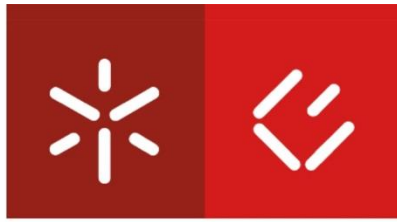




Universidade do Minho
Escola de Economia e Gestão

Cláudia Alexandra Ferreira da Silva

**Relação entre cuidadores formais e
informais de idosos dependentes**



Universidade do Minho
Escola de Economia e Gestão

Cláudia Alexandra Ferreira da Silva

**Relação entre cuidadores formais e
informais de idosos dependentes**

Dissertação do Mestrado
em Economia Social

Trabalho efetuado sob a orientação da
Professora Sílvia Cristina Conduto Sousa

DIREITOS DE AUTOR E CONDIÇÕES DE UTILIZAÇÃO DO TRABALHO POR TERCEIROS

Este é um trabalho académico que pode ser utilizado por terceiros desde que respeitadas as regras e boas práticas internacionalmente aceites, no que concerne aos direitos de autor e direitos conexos.

Assim, o presente trabalho pode ser utilizado nos termos previstos na licença abaixo indicada.

Caso o utilizador necessite de permissão para poder fazer um uso do trabalho em condições não previstas no licenciamento indicado, deverá contactar o autor, através do RepositóriUM da Universidade do Minho.



Atribuição-NãoComercial-SemDerivações

CC BY-NC-ND

<https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>

AGRADECIMENTOS

É com a maior alegria que dou por concluída esta etapa, não podendo deixar de agradecer o apoio de algumas pessoas às quais estarei eternamente grata.

Primeiramente à minha orientadora, Professora Sílvia, pela partilha, acompanhamento, conhecimento e sobretudo pela sua disponibilidade. O meu muito obrigada pois o seu contributo foi muito enriquecedor.

Aos meus sobrinhos Angélica, Leia e Lucas que, mesmo estando do outro lado do planeta, estão sempre no meu coração.

Aos meus afilhados, Salvador e Vicente, que são a alegria da casa e a minha maior motivação.

À minha família mais próxima, sobretudo à Mommy e à Lela que sempre me incentivaram a ir mais além e são o meu maior exemplo de força e esperança, tudo por vocês. Ao meu Manu, pela calma que transmite mesmo em dias de tempestade e, ao meu mano mais velho de quem as saudades apertam.

A todos os meus amigos, especialmente aos mais próximos Jonas, Ju, Nocas e Carla que desde sempre me acompanham.

DECLARAÇÃO DE INTEGRIDADE

Declaro ter atuado com integridade na elaboração do presente trabalho académico e confirmo que não recorri à prática de plágio nem a qualquer forma de utilização indevida ou falsificação de informações ou resultados em nenhuma das etapas conducentes à sua elaboração.

Mais declaro que conheço e que respeitei o Código de Conduta Ética da Universidade do Minho.

Relação entre cuidadores formais e informais de idosos dependentes

RESUMO

Os cuidadores informais têm ganho destaque ao longo dos últimos tempos sobretudo pela aprovação do Estatuto do Cuidador Informal. Existe, portanto, a necessidade de analisar o seu alcance e perceber de que forma poder-se-á melhorar o quotidiano dos cuidadores e, conseqüentemente, dos idosos.

A presente dissertação procura perceber o tipo de relação existente entre cuidadores formais e informais bem como a percepção que os cuidadores têm da mesma. Questionaram-se cuidadores formais de instituições, domicílios, cuidadores informais e também alguns responsáveis de respostas sociais como Lar, Centro de dia e Domicílio. Os resultados obtidos sugerem que os cuidadores formais e informais mantêm uma relação de complementaridade e, no limite estes se substituem.

Palavras-chave: Cuidadores Formais; Cuidadores Informais; Instituições; Domicílio; Respostas Sociais

Relationship between formal and informal caregivers of dependent elderly

ABSTRACT

Informal caregivers have been very important over the last few years, mainly due to the approval of the Informal Caregiver statute. With its approval, there is a need to analyze its scope and understand how it can improve the daily lives of caregivers and, consequently, of their elderly people. This dissertation tries to understand the nature of the relationship between formal and informal caregivers as well as their perception of it. Formal caregivers from institutions, households, informal caregivers and some responsible for social responses were questioned as Old People's Home, Day Centres for the Elderly and Home Care. The results obtained suggest that formal and informal caregivers maintain a complementary relationship and, at the limit, they replace each other.

Keywords: Formal Caregivers; Informal caregivers; Institutions; Home Care; Social Responses

ÍNDICE

AGRADECIMENTOS	iii
RESUMO.....	v
ABSTRACT.....	vi
ÍNDICE DE TABELAS.....	ix
ÍNDICE DE FIGURAS	ix
Capítulo 1 - Introdução	1
1.1. Considerações iniciais	1
1.2. Relevância, propósito e abordagem da investigação	2
1.3. Estrutura da dissertação	3
Capítulo 2 – Cuidado ao Idoso	4
2.1. Cuidado Formal.....	4
2.2. Cuidados Continuados.....	5
2.3. Cuidados Paliativos.....	6
2.4. Cuidado Informal.....	7
2.4.1. Estatuto Do Cuidador Informal (ECI)	7
2.4.1.2. Requisitos	8
2.4.1.3. Grupos-Alvo.....	9
2.4.1.4 Dificuldades	10
2.4.1.5. Recursos.....	10
2.4.1.6. Projetos-Piloto	10
2.5. Cuidadores Portugal	14
2.6. Caracterização do Setor dos Cuidados de Longo Prazo:	14
2.6.1. Recrutamento e Retenção.....	15
2.6.2. Desafios.....	16
2.6.3. Tarefas.....	17
2.6.4. Políticas	17
Capítulo 3 - Metodologia de Investigação.....	21
3.1. Questão de Partida.....	21
3.2. Objetivos de estudo	21
3.3. Instrumentos e Procedimentos de Recolha de Dados	21
3.4. Caracterização da amostra	22
Capítulo 4 - Análise dos dados	23
4.1. Relação e formação.....	23
4.2. Ser Cuidador.....	26

4.3. Pandemia.....	28
4.4. FRAGILIDADES	28
Capítulo 5 - Conclusão	32
Referências Bibliográficas	35
Legislação	37
APÊNDICES	38
Apêndice 1 - Consentimento para gravação de entrevista	38
Apêndice 2 - Guiões das entrevistas	39

ÍNDICE DE TABELAS

Tabela 1 - N° de requerimentos entrados, deferidos e indeferidos a nível nacional e nos projetos-piloto	12
Tabela 2 - N° de requerimentos de subsídio entrados, deferidos e indeferidos nos projeto-piloto	12
Tabela 3 - Perfil CFI	25
Tabela 4 - Caraterização Sociodemográfica.....	30

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1 - Caraterísticas para ser Cuidador:.....	24
----------------------------------------------------------	----

4 - Lista de Abreviaturas

CDPG - Complemento por Dependência de Primeiro Grau

CDSG - Complemento por Dependência de Segundo Grau

CF - Cuidador Formal

CI - Cuidador Informal

ECl - Estatuto de Cuidador Informal

ERPI - Estrutura Residencial para Pessoas Idosas

OCDE - Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Económico

RNCCI - Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados

SNS - Serviço Nacional de Saúde

CLP - Cuidados de Longo Prazo

CP - Cuidados Paliativos

RNCP - Rede Nacional de Cuidados Paliativos

PEDCP - Planos de Estratégia e Desenvolvimento dos Cuidados Paliativos

SAD - Serviço de Apoio Domiciliário

SS - Segurança Social

SATP - Subsídio por Assistência de Terceira Pessoa

Capítulo 1 - Introdução

1.1. CONSIDERAÇÕES INICIAIS

Com os avanços na medicina, foi possível fazer decrescer os níveis de mortalidade e, com o reajustamento da sociedade ao nível do trabalho e do papel da mulher, o planeamento familiar passou a ser uma constante, levando à queda da fecundidade (Moreira *et al*, 2014). Como sabemos, atualmente, vivemos um período de constantes e rápidas mudanças sociais. Portugal não tem passado ao lado desta realidade e, entre 2013 e 2018, a proporção de jovens - população com menos de 15 anos de idade - em relação ao total de população residente, passou de 14,6% para 13,7%, assim como também diminuiu a proporção de pessoas em idade ativa - população de 15 a 64 anos de idade - de 65,6% para 64,5%. Em contrapartida, a proporção de pessoas idosas - população com 65 ou mais anos de idade - aumentou 1,9 p.p. (de 19,9% para 21,8%) (INE, 2018). Em consequência, o índice de envelhecimento passou de 136,0% para 161,3%, pessoas idosas por cada 100 jovens. Porém, o envelhecimento não pode ser visto de forma unidimensional pois existem inúmeras assimetrias territoriais, que devem ser tidas em consideração (Estevens, 2015).

Por outro lado, o envelhecimento exprime o sucesso da nossa sociedade na luta contra a morte prematura, sendo consequência dos progressos no campo da alimentação, saúde e habitação, sendo necessário ter sempre em conta a organização de políticas públicas, a economia e a distribuição de riqueza. (Fernando *et al*, 2021). A melhoria das condições de vida e do acesso aos cuidados de saúde têm permitido uma maior longevidade. Por isso, a questão que hoje se coloca já não é tanto quantos anos se pode esperar viver, mas quantos anos poderemos viver sem problemas de saúde moderados ou graves, uma vez que esses anos podem significar uma maior procura de cuidados de saúde e um aumento de doenças crónicas (Moreira, 2020). Com isto, as principais respostas dirigidas à população idosa têm registado um desenvolvimento acentuado desde 1998, traduzindo um aumento superior a 3400 novas respostas (Carta Social, 2018). Ainda assim, Leuschner (2006) relata que existe, em Portugal, uma falta de cuidados adequados à população idosa, sobretudo pela escassez de meios e serviços técnicos especializados, resultando num aumento de sobrecarga para os cuidadores e na institucionalização desajustada. A economia e a sociedade devem-se adaptar de forma constante e o Estado tem obrigações para com os cidadãos em qualquer fase da vida.

1.2. RELEVÂNCIA, PROPÓSITO E ABORDAGEM DA INVESTIGAÇÃO

Esta dissertação foi realizada tendo como pano de fundo as relações entre os diferentes tipos de cuidadores de idosos dependentes, procurando entender o percurso de cada cuidador, as dificuldades e os desafios que enfrentam diariamente, os apoios de que dispõem, assim como as (des)vantagens das respostas sociais correspondentes, uma vez que, o cuidado resulta sempre em impactos na vida do cuidador. Tendo em vista este objetivo, procurou-se conhecer de forma mais específica a formação destes cuidadores, o que os levou a ingressar no setor dos cuidados, as suas tarefas, as limitações das pessoas cuidadas e, no caso dos cuidadores informais, perceber até que ponto conheciam os seus direitos, nomeadamente o Estatuto de Cuidador Informal.

Neste estudo privilegiou-se uma metodologia qualitativa através de entrevistas estruturadas realizadas junto de cuidadores formais, informais e de responsáveis por respostas sociais: lar, centro de dia e domicílio. Esta metodologia foi a mais indicada para compreender o seu quotidiano, o esforço árduo que enfrentam, bem como os impactos nas suas vidas pessoais, sociais e afetivas, assim como no trabalho. Partindo do conhecimento teórico e empírico acerca do cuidado ao idoso dependente, enunciaram-se duas hipóteses. A primeira hipótese questiona a natureza da relação entre cuidadores formais e informais: complementaridade ou substituição. A segunda hipótese prende-se com a falta de respostas formais direcionadas para a população dependente e o papel da família, na prestação de cuidados, uma vez que, os cuidadores têm dificuldade em conciliar o papel de cuidador com a sua vida privada. Será a escassez ou a falta de respostas sociais que leva estas pessoas a tornarem-se cuidadores informais? Temos o dever de garantir que qualquer idoso dependente viva com o máximo de dignidade, assim como os seus cuidadores que têm enfrentado desafios acrescidos nos últimos tempos e têm sido postos à prova, constantemente. Condições precárias, falta de proteção no emprego e na carreira contributiva, falta de descanso, de apoios e de reconhecimento e, acima de tudo, escassez de respostas públicas para os idosos são alguns dos principais desafios enfrentados. Nos últimos tempos, esta situação tem-se agravado com a pandemia. Os cuidadores têm sido obrigados, ainda mais, a privarem-se das suas vidas pessoais e sociais de forma a evitar e controlar infeções por COVID-19, protegendo a vida e integridade dos idosos. Tem sido nos idosos que a pandemia tem apresentado os seus efeitos mais nefastos, assim como pessoas com problemas de saúde complexos, com deficiência, dependentes, pobres, desfavorecidos e os privados de direitos (Comas-Herrera *et al*, 2020). São visitas que se perdem, atividades que encerram e uma solidão que cresce dia após dia, evidenciando-se assim a sua vulnerabilidade. Se o século XX foi marcado pelo crescimento populacional, o século XXI deverá ficar marcado pelo envelhecimento global da população (Wilson, 2006).

1.3. ESTRUTURA DA DISSERTAÇÃO

A presente dissertação está dividida da forma como se segue. Após a introdução que integra a primeira parte da dissertação e onde constam as considerações iniciais, relevância, propósito e abordagem da investigação, procede-se a uma revisão da literatura relevante, abordando o Cuidado Formal, Cuidados Continuados, Cuidados Paliativos, Cuidado Informal, Cuidadores de Portugal, Caracterização do setor dos Cuidados de Longo Prazo. O terceiro ponto centra-se na metodologia de investigação utilizada, processo de seleção da amostra e na apresentação, análise e discussão dos resultados. Por último, enunciam-se as conclusões, as limitações e sugestões para futuras investigações.

Capítulo 2 – Cuidado ao Idoso

Tendo em conta a longevidade acrescida da população, há uma maior necessidade de prestar cuidados cada vez mais especializados. É imperativo repensar o modelo de prestação de cuidados tendo em conta alternativas de formação dos cuidadores e a sua proteção social, uma vez que, estes são duas faces da mesma moeda, não devendo ser tratados como opostos ou independentes. O cuidado é transversal a toda a gente, mas ainda assim existe uma dificuldade em estabelecer uma definição de cuidado que seja consensual, separando-o sempre na via formal e informal (European Commission, 2010).

A nível formal, os cuidadores são profissionais de diferentes áreas, qualificados como auxiliares, ajudantes, assistentes operacionais, entre outros, remunerados pelo seu serviço com direito a férias e dias de descanso (European Commission, 2010). Apesar de prestarem cuidados, não se integram numa profissão reconhecida socialmente. Possuem qualificações baixas ou apenas experiência, auferem de salários baixos e têm poucas ou nenhuma perspectiva de progressão de carreira. O mesmo acontece a nível informal, ainda que estes nem tenham assinado qualquer contrato de trabalho, pois o cuidado dá-se pelos laços existentes entre o cuidador e a pessoa cuidada. Embora haja esta dicotomia, na prática, o apoio a alguém dependente envolve sempre cuidado formal e informal, ainda que os cuidados prestados sejam diferentes. (Alves, 2016).

2.1. CUIDADO FORMAL

Na história portuguesa das instituições de apoio aos idosos, os espaços residenciais surgiram como locais para a extinção da mendicidade. O seu foco era recolher todos os mendigos e oferecer socorro, educação ou trabalho (Sá, 2002).

O aumento da força de trabalho no setor dos cuidados de longo prazo tem sido ultrapassado pelo envelhecimento da população na maioria dos países da OCDE. Metade dos adultos com idade igual ou superior a 65 anos dizem-se limitados na capacidade de lidar com tarefas do dia-a-dia. Isto, tem aumentado a procura pelo setor: por um lado, pelo aumento da população idosa e, por outro, pela diminuição da população ativa. No Japão, por exemplo, espera-se que em 2050 a população com mais de 80 anos (8%) duplique. Da mesma forma, estima-se que o número de trabalhadores no setor até 2040 precisará de aumentar 60% nos países da OCDE de forma a manter o rácio de trabalhadores por idosos. Em 2040, em Portugal, mesmo que se aumente a produtividade, estima-se que iremos precisar de um aumento de cerca de 20% de trabalhadores. Se esta produtividade não se verificar, este número pode mesmo chegar aos 60%. A média da OCDE são cinco cuidadores por cem pessoas com idade

acima dos 65 anos. Portugal era, em 2016, o terceiro país da OCDE com menos cuidadores formais (CF) (OCDE, 2020).

Neste contexto de envelhecimento das sociedades, um desafio fundamental é fornecer serviços formais de cuidados de longo prazo adequados, acessíveis e baratos (Social Protection Committee & European Commission, 2021).

Entre as barreiras para garantir acesso igual a cuidados de longo prazo adequados estão os custos elevados, a falta de proteção social ou cobertura de seguro privado, disparidades geográficas ou mesmo escassez de oferta, falta de informação, procedimentos administrativos complexos e falta de apoio aos cuidadores informais. Estudos mostram que, mesmo para necessidades de cuidados moderados, o custo dos cuidados de longo prazo pode exceder o rendimento de uma pessoa em grande parte dos países da União Europeia (Social Protection Committee & European Commission, 2021).

O acesso, a disponibilidade e a qualidade dos cuidados dependem de uma força de trabalho adequada e de boas condições de trabalho.

2.2. CUIDADOS CONTINUADOS

Segundo a Organização Mundial de Saúde, os cuidados continuados incluem atividades para pessoas que não são totalmente capazes de autocuidado e, são realizadas por cuidadores informais (família e amigos), por cuidadores formais, incluindo profissionais de saúde, do setor social e voluntários. (WHO, 2002).

Assim, tendo em conta o crescente envelhecimento da população em Portugal e, para fazer face a carências ao nível dos cuidados de longa duração e paliativos, decorrentes do aumento da prevalência de pessoas com doenças crónicas incapacitantes, em 2006 é criada a Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI). Esta rede surge como resposta à pressão da população idosa no Serviço Nacional de Saúde (SNS) através do Decreto-Lei n.º 101/2006, resultado de uma parceria entre o Ministério da Saúde e o Ministério do Trabalho e da Solidariedade Social. Tem como objetivo o tratamento das pessoas com perda de funcionalidade ou em risco de a perder, no domicílio, sempre que possível. Por outro lado, assenta também no apoio aos cuidadores informais (CI), com foco na família. Esta rede veio também dar resposta à insuficiência de meios para satisfazer as necessidades do doente e, ao tempo desnecessário de internamento em unidades hospitalares de cuidados agudos (Simões *et al*, 2008). Mais recentemente, surgiu o Plano de desenvolvimento da RNCCI para 2016-2019 com uma reformulação a nível da domiciliação de cuidados e de CI. Estes cuidados podem ser realizados em unidades de internamento ou através de recurso às equipas domiciliárias disponibilizadas

pela rede. São vários os serviços oferecidos pela rede: de internamento, com várias unidades de convalescença, de média duração e reabilitação, de longa duração e manutenção, de cuidados paliativos e respostas domiciliárias, com equipas de cuidados continuados integrados e equipas comunitárias de suporte em cuidados paliativos. A RNCCI tem, assim, um carácter preventivo e de reabilitação, contribuindo para um SNS mais eficiente, ao encaminhar os doentes do hospital para a rede, reduzindo a sua permanência, libertando as camas para o internamento de casos agudos e ao ser uma opção mais económica. A sua coordenação é a nível nacional, regional e local de forma hierarquizada através de um modelo que prevê a articulação e integração de diferentes tipos de unidades de internamento e equipas que prestam cuidados integrados aos níveis social e de saúde, formando uma estrutura descentralizada (Lei n.º 136/2015, de 28 de julho). Por fim, através do Decreto-Lei n.º 8/2010, houve a integração da saúde mental na área dos cuidados continuados integrados. A RNCC é, portanto, um projeto de valor acrescentado no âmbito das políticas sociais, assente num conjunto de parcerias públicas, sociais e privadas, que prestam cuidados continuados de saúde e de apoio social. Esta foi a maior reforma na saúde que fez com que o número de camas em instituições públicas mais do que quadruplicasse, preenchendo a falha de cobertura dos cuidados de longo prazo (CLP), criando diferentes tipos de cuidados e libertando os hospitais (OCDE, 2020).

2.3. CUIDADOS PALIATIVOS

Dadas as mudanças sociodemográficas supramencionadas (Capítulo 2.1 e 2.2) surge, assim, a Lei de Bases dos Cuidados Paliativos (Lei n.º 52/2012, de 5 de setembro) com o intuito de assegurar o direito e a regulação do acesso dos cidadãos aos cuidados paliativos (CP), criando-se a Rede Nacional de Cuidados Paliativos (RNCP). A Lei de Bases dos Cuidados Paliativos define CP como: “Cuidados ativos, coordenados e globais, prestados por unidades e equipas específicas, em internamento ou no domicílio, a doentes em situação de sofrimento decorrente de doença incurável ou grave, em fase avançada e progressiva, assim como às suas famílias, com o principal objetivo de promover o seu bem-estar e a sua qualidade de vida, através da prevenção e alívio do sofrimento físico, psicológico, social e espiritual, com base na identificação precoce e no tratamento rigoroso da dor e outros sintomas físicos, mas também psicossociais e espirituais”. De forma a dar uma resposta mais ajustada à realidade, a RNCC teve a necessidade de se ir reajustando, através de Planos de Estratégia e Desenvolvimento dos Cuidados Paliativos (PEDCP). Por sua vez, passaram a integrar os Cuidados Paliativos Pediátricos (CPP), após o início do PEDCP 2017-2018. A tendência que se tem verificado ao longo dos anos é que mais de metade

das respostas sociais são dirigidas à População Idosa (50,4%) e 37,5% à Infância e Juventude, o que manifesta a preocupação com estas áreas em termos de política social.

Com a pandemia Covid 19, os CLP evidenciaram-se pelos piores motivos, o que veio demonstrar a falta de staff existente e a pobre qualidade de trabalho no setor. Estimativas indicam que cerca de 40% das mortes ocorridas em Portugal, pelo novo coronavírus, foram de idosos residentes em lares (Comas-Herrera *et al*, 2020).

2.4. CUIDADO INFORMAL

Os CI fornecem mais de 80% de todos os cuidados na Europa, com as mulheres prestando aproximadamente dois terços dos cuidados, principalmente como filhas, esposas e companheiras (Eurocarers, s.d.).

Os valores familiares, o dever, a responsabilidade, a obrigação de “cuidar dos seus” e a parentalidade são tão importantes para percebermos os fatores que levam as pessoas a cuidarem de alguém, assim como a conjuntura política e económica onde os apoios se processam. Parte da nossa moral e da nossa própria vida permanece nesta atmosfera da dádiva, da obrigação e ao mesmo tempo da liberdade. Felizmente, nem tudo está ainda classificado exclusivamente em termos de compra e venda. As coisas têm ainda um valor de sentimento para além do seu valor venal (Mauss, 2008).

O cuidado informal surge, assim, em relações de parentesco e de proximidade. Sustentado por laços afetivos, e pela obrigação de “cuidar dos seus”, as responsabilidades do cuidado não são contratualizadas.

2.4.1. ESTATUTO DO CUIDADOR INFORMAL (ECI)

O papel da família, em especial do CI, na prestação de cuidados tornou-se fundamental para promover o bem-estar e qualidade de vida das pessoas em situação de dependência. A Lei n.º 100/2019, de 6 de setembro, aprovou o ECI, que regula os direitos e os deveres do cuidador e da pessoa cuidada. Para uma melhor interpretação são apresentadas as definições de CI, CI principal e não principal e redes sociais de suporte.

CI- cônjuge ou unido de facto, parente ou afim até ao 4.º grau da linha reta ou da linha colateral da pessoa cuidada, que acompanha e cuida desta, cumprindo os deveres referidos no artigo 6.º do ECI;

CI principal - CI que acompanha e cuida a pessoa cuidada de forma permanente, que com ela vive em comunhão de habitação e que não aufer qualquer remuneração de atividade profissional ou pelos cuidados que presta à pessoa cuidada;

CI não principal - CI que acompanha e cuida da pessoa cuidada de forma regular, mas não permanente, podendo auferir ou não remuneração de atividade profissional ou pelos cuidados que presta à pessoa cuidada;

Redes sociais de suporte - recursos humanos e serviços que representam a totalidade das relações que a pessoa cuidada e o CI podem dispor e que podem prestar apoio em contexto domiciliário e comunitário.

2.4.1.2. REQUISITOS

São requisitos genéricos do CI (Portaria nº2/2020, de 10 de janeiro, art.º 4º):

- 1) Residência legal em território nacional;
- 2) Idade superior a 18 anos;
- 3) Apresentar condições físicas e psicológicas adequadas aos cuidados a prestar à pessoa cuidada;
- 4) Ser cônjuge ou unido de facto, parente ou afim até ao 4.º grau da linha reta ou da linha colateral da pessoa cuidada.

Por outro lado, são requisitos específicos para o reconhecimento de CI principal (Portaria nº2/2020, de 10 de janeiro, art.º 5º):

- 1) Viver em comunhão de habitação com a pessoa cuidada;
- 2) Prestar cuidados de forma permanente;
- 3) Não exercer atividade profissional remunerada ou outro tipo de atividade incompatível com a prestação de cuidados permanentes à pessoa cuidada;
- 4) Não se encontrar a receber prestações de desemprego;
- 5) Não auferir remuneração pelos cuidados que presta à pessoa cuidada.

Relativamente aos requisitos da pessoa cuidada temos (Portaria nº2/2020, de 10 de janeiro, art.º 6º):

- 1) Encontrar-se numa situação de dependência de terceiros e necessitar de cuidados permanentes;
- 2) Não se encontrar acolhida em resposta social ou de saúde, pública ou privada, em regime residencial;
- 3) A pessoa cuidada deve ainda ser titular de uma das seguintes prestações: a) Subsídio por Assistência de Terceira Pessoa; b) Complemento por Dependência de Segundo Grau; c) Complemento por Dependência de Primeiro Grau (depende de avaliação específica do sistema de verificação de incapacidades permanentes do ISS, I. P)., desde que, transitoriamente, se encontre acamado ou a necessitar de cuidados permanentes;

- 4) O consentimento informado da pessoa cuidada (Portaria nº2/2020, de 10 de janeiro, art.º 7º) que pode ser manifestado de forma diferenciada, em função da pessoa cuidada ser capaz de manifestar a sua vontade inequívoca por si só ou, não o podendo fazer, ser suprida por um representante legal para o efeito.

O reconhecimento do ECI não se resume à atribuição de uma prestação pecuniária, pois incorpora medidas de apoio como: identificação do profissional de referência da área da Saúde e da Segurança Social (SS) , de acordo com as necessidades da pessoa cuidada; apoio psicossocial, em articulação com o profissional da área da saúde de referência, quando seja necessário; aconselhamento, informação, acompanhamento e orientação, tendo em conta os direitos e responsabilidades do CI e da pessoa cuidada, por parte dos serviços e encaminhamento da pessoa cuidada para serviços e estabelecimentos de apoio social, designadamente Estrutura Residencial para Pessoas Idosas ou lar residencial, para permitir o descanso do cuidador. Com o ECI pode-se contar também com a (re)integração no mercado de trabalho através da apresentação de ofertas de emprego disponíveis, do encaminhamento para os centros “Qualifica”, entre outros. (Comissão de Acompanhamento, Monitorização e Avaliação Intersetorial, 2020).

2.4.1.3. GRUPOS-ALVO

O ECI tem como alvo dois grupos de pessoas cuidadas:

- 1) Titulares de Subsídio por Assistência de Terceira Pessoa (SATP) ou Complemento por Dependência de Segundo Grau (CDSG) que não beneficiem de respostas sociais. O total nacional deste alvo são 31290 pessoas e a nível de projetos piloto 3585.
- 2) Titulares de Complemento por Dependência de Primeiro Grau (CDPG) que não beneficiem de respostas sociais, em que o total nacional equivale a 110038 pessoas e nos projetos piloto 13249.

Posto isto, foram criados gabinetes de acolhimento ao cuidador em cada centro distrital da Segurança Social, assim como um SharePoint visando a troca de informação entre os profissionais de referência da Saúde e da SS (Comissão de Acompanhamento, Monitorização e Avaliação Intersetorial, 2020).

2.4.1.4 DIFICULDADES

Diversos constrangimentos foram já identificados quer relativamente ao reconhecimento do ECI, quer à implementação da medida, destacando-se:

- O conceito de pessoa cuidada e a prova da situação de dependência;
- Burocracia do processo, exigindo a organização de muita documentação prévia à entrega do requerimento;
- Garantia inequívoca de manifestação de vontade da pessoa cuidada quanto ao cuidador;
- Necessidade de formação e supervisão;
- Insuficiência de recursos (Comissão de Acompanhamento, Monitorização e Avaliação Intersetorial, 2020).

2.4.1.5. RECURSOS

Os profissionais devem mobilizar os recursos disponíveis assegurando os apoios e serviços de forma a responder às necessidades dos CI quer ao nível de cuidados de saúde quer de apoio social. Por exemplo, através de grupos de autoajuda, melhorias habitacionais, sessões de informação e ações de formação profissional, transporte para consultas, disponibilização de medicação ou bens de primeira necessidade, entre outros. Deverão assim conhecer as respostas sociais disponíveis na comunidade para que possam ser complementares ao apoio prestado pelo CI ou para que disponibilizem uma resposta de alívio como Serviço de Apoio Domiciliário (SAD), ERPI e RNCCI.

No que diz respeito aos recursos financeiros, estes são financiados através de uma transferência específica do Orçamento do Estado. O montante orçamentado para a SS foi de sete milhões e quinhentos mil euros, sendo que, nem 1% do orçamento foi utilizado no primeiro trimestre e pouco mais de 3% no segundo trimestre (Comissão de Acompanhamento, Monitorização e Avaliação Intersetorial, 2020).

Desde 1 de julho de 2020 que o reconhecimento do ECI ficou disponível para as pessoas de todo o país.

2.4.1.6. PROJETOS-PILOTO

A Lei n.º 100/2019, de 6 de setembro prevê o desenvolvimento de projetos-piloto que apliquem de forma experimental as medidas de apoio ao CI, enquadrados nas condições previstas no Estatuto, definindo a Portaria n.º 64/2020, de 10 de março, os termos e as condições de implementação dos projetos-pilotos previstos no ECI, bem como os territórios a abranger. Surgem tendo em conta a necessidade de obter uma amostra que reflita uma simetria regional, com diversos níveis de fragilidade social.

Os projetos-piloto têm a duração de 12 meses e pressupõem:

- “a) O desenvolvimento de um programa de enquadramento e acompanhamento pelo Instituto da Segurança Social (ISS, I. P.), e pela Administração Central do Sistema de Saúde, I. P. (ACSS, I. P.), que contemple os termos da operacionalização dos projetos no território, designadamente os recursos disponíveis e a forma de articulação entre as áreas envolvidas;
- b) O apoio ao cuidador, mediante a definição e implementação de um plano de intervenção específico (PIE) ao CI e atribuição das medidas de apoio identificadas no artigo 7.º do ECI adequadas a cada situação” (Portaria n.º 64/2020 de 10 de março).

Assim que terminarem, será possível reajustar e definir medidas de apoio social como subsídios, acesso à carreira contributiva, direito ao descanso dos cuidadores, entre outras. A atribuição do subsídio depende da apresentação de requerimento em modelo próprio, disponível na página da SS, junto dos serviços do ISS, I. P., ou através da SS direta (Comissão de Acompanhamento, Monitorização e Avaliação Intersetorial, 2020).

Dispõem do subsídio indivíduos que reúnam as seguintes condições:

- Tenham idade entre os 18 anos e a idade legal de acesso à pensão de velhice;
- Cumpram a condição de recursos: os rendimentos de referência do agregado familiar do CI principal têm que ser inferiores a 526,57 €.

De acordo com o primeiro Relatório de Acompanhamento Trimestral da Implementação das Medidas de Apoio ao Cuidador Informal, nos concelhos abrangidos pelos projetos-piloto, foram entregues 415 requerimentos - 88% foram para CI principal e 12% para CI não principal. Nestes requerimentos existem 374 pessoas cuidadas (87%) que recebem uma prestação, geralmente pagas pela SS (97%). Destes, 133 recebem o CDPG, 127 CDSG e 114 recebem SATP (Comissão de Acompanhamento, Monitorização e Avaliação Intersetorial, 2020). Estes valores referem-se ao período entre 1 de junho a 31 de agosto de 2020. Relativamente ao segundo trimestre os requerimentos aumentaram (1.38 p.p.) tendo sido alcançado um total de 988 requerimentos. Destes, 90% foram para CI principal, sendo que, 869 das pessoas cuidadas (83%) recebem prestação da SS. Assim, ainda que se verifique um ligeiro aumento do primeiro para o segundo trimestre, estes ainda são valores aquém das expectativas.

Parte dos requerimentos (317) encontra-se a aguardar documentos (32% dos requerimentos entregues) valor que caiu dos 53% do período anterior. Já foram deferidos 344 (35%) requerimentos, valor que disparou relativamente aos 18% do primeiro trimestre, e indeferidos 219 (24%). Estão 54 em análise

(5%), 20 estão já analisados para indeferimento (2%), 8 para deferimento, 3 propostos para indeferimento e outros 3 propostos para deferimento. Dos 344 requerimentos deferidos nos concelhos piloto, apenas 139 recebem subsídio de apoio ao cuidador informal principal. Até 30 de novembro foram efetuados pagamentos no valor de cerca de duzentos e vinte e cinco mil euros referentes ao período de abril a novembro de 2020. Este valor salta à vista quando comparado com o inicial de cerca de trinta e um mil e quinhentos euros, ainda que esteja bastante longe do montante orçamentado de sete milhões e quinhentos mil euros. O montante médio atribuído foi de trezentos e vinte euros (Comissão de Acompanhamento, Monitorização e Avaliação Intersetorial, 2020).

De acordo com os requerimentos entregues diferidos e com processamento, até 31 de agosto de 2020, obtemos que:

Tabela 1 - N° de requerimentos entrados, deferidos e indeferidos a nível nacional e nos projetos-piloto

Requerimentos Estatuto	1º TRIMESTRE		2º TRIMESTRE	
	Total Nacional	Total Projetos-piloto	Total Nacional	Total Projetos-piloto
Entrados	1340	415	3447	988
Deferidos	138 (10%)	74 (18%)	890	344
Indeferidos	59	27	839	239

Fonte: ISS, I.P.

Tabela 2 - N° de requerimentos de subsídio entrados, deferidos e indeferidos nos projeto-piloto

Requerimentos Subsídio	1º SEMESTRE	2º SEMESTRE
	Projetos-piloto	Projetos-piloto
Entrados	309	792
Deferidos	32 (10.35%)	174 (21.97%)
Processados	32	139
Indeferidos	16	251

Fonte: ISS, I.P.

Os principais motivos de indeferimento do estatuto alteraram um pouco em relação ao primeiro trimestre. Inicialmente o principal motivo era o facto de o cuidador não viver em comunhão de habitação com a(s) pessoa(s) cuidada(s) (48%) e a pessoa cuidada não ser titular de Complemento por Dependência de 1.º grau ou sendo titular não se encontrar acamada ou a necessitar de cuidados permanentes (44%), passando estes valores a serem de 16.59% e 52.84% respetivamente. Por outro lado, os indeferimentos do subsídio verificam-se porque o cuidador não reúne condições para retroagir o subsídio (1º Trimestre= 44%; 2ºTrimestre= 6.99%), porque a pessoa cuidada não é titular de Subsídio por Assistência de Terceira Pessoa nem de Complemento por Dependência (1º Trimestre= 7%; 2ºTrimestre= 35.37%), entre outros.

Considerando os principais motivos de indeferimento do subsídio temos que o rendimento de referência do agregado familiar do CI principal é igual ou superior a 526,57€, correspondente a 1,2 do valor do Indexante dos Apoios Sociais (1º Trimestre= 38%; 2ºTrimestre= 17.93%), que não foi reconhecido o ECI principal ao requerente (1º Trimestre= 6%; 2ºTrimestre= 51.79%), entre outros. (Comissão de Acompanhamento, Monitorização e Avaliação Intersetorial, 2020).

No que concerne à caracterização do Requerente a CI verifica-se a mesma tendência quer nos concelhos piloto quer nos restantes concelhos:

- Sexo feminino (85%);
- Faixa etária dos 50 a 59 anos de idade
- Média idade de 54 anos.
- 120 requerimentos a cuidador foram efetuados por maiores de 65 anos de idade

Nos concelhos abrangidos pelos projetos-piloto, o CI pede o reconhecimento, em primeiro lugar, para cuidar dos seus ascendentes diretos, Pai/Mãe (35%), seguido dos Filhos (32%). Em 88% dos casos existe apenas uma pessoa cuidada para um cuidador. A pessoa cuidada é mulher (55%) e tem, em média, 59 anos de idade. Das pessoas cuidadas nos concelhos piloto, 54% são maiores de 65 anos. (Comissão de Acompanhamento, Monitorização e Avaliação Intersetorial, 2020).

Estes cuidadores, no âmbito dos países da OCDE, têm mais 20% de prevalência de problemas de saúde mental do que aqueles que não fornecem cuidados e, também tendem a ter pior saúde física (Brimblecombe *et al*, 2018).

Assim, os cuidadores informais são um pilar na sustentabilidade dos sistemas sociais e de saúde e a continuação do seu papel é fundamental tendo em consideração os desafios demográficos de Portugal e os custos associados com os cuidados continuados (Teixeira *et al*, 2017).

2.5. CUIDADORES PORTUGAL

A nível nacional contamos com uma rede de profissionais que colaboram com parceiros e organizações, representando os cuidadores de Portugal. Tentam, assim, influenciar as políticas quer a nível nacional quer na União Europeia. Desde a consultoria ao desenvolvimento de serviços de apoio para a promoção da saúde e qualidade de vida ajudam, também, nas necessidades de saúde da pessoa cuidada. Visam o reconhecimento do contributo dos CI para a sociedade, sistema de saúde, serviço social e economia do país. Inclusão, inovação social, o desenvolvimento de novas tecnologias e de instrumentos financeiros são também alguns dos seus objetivos ¹.

Paralelamente, surgiu o “Movimento Cuidar dos Cuidadores Informais” levando à discussão política em torno de “uma das dimensões mais importantes do trabalho reprodutivo não remunerado” (Soeiro *et al*, 2020). Este movimento surgiu em 2016 através do 1º Encontro Nacional de Cuidadores Informais de Alzheimer e Demências Similares, em Lisboa. Daqui, surgiu uma petição pública que foi entregue na Assembleia da República e, que mais tarde levou à aprovação por unanimidade do Estatuto do Cuidador Informal.

2.6. CARATERIZAÇÃO DO SETOR DOS CUIDADOS DE LONGO PRAZO:

O cuidado informal é predominante em todos os países da OCDE. Em Portugal, entre 2011 e 2016, o número de cuidadores aumentou quer em instituições quer ao domicílio. Ainda assim, é um país caracterizado por poucos cuidadores, falta de financiamento e longas listas de espera. Entre 2011 e 2016 foi o país com mais aumento de despesa em internados (5.82%) e com maior diminuição de despesa nos domicílios (-5.82%) (OCDE, 2020).

Ainda que muitas coisas se tenham alterado no setor, o perfil dos cuidadores tem-se mantido constante: maioria são mulheres - 90% - de meia-idade - 45 anos. No caso da Estónia temos mesmo que todos os cuidadores são do sexo feminino e, Portugal ocupa a 4ª posição da OCDE com 95% de cuidadores do sexo feminino (OCDE, 2020).

Assim, as despesas públicas com cuidados de longa duração deverão aumentar de 1,7% do PIB em 2019 para 2,5% em 2050 em toda a União Europeia. O aumento projetado, no entanto, não inclui a maior parte do custo dos cuidados informais. (Social Protection Committee & European Commission, 2021)

¹ Disponível em <http://www.cuidadoresportugal.pt/>

2.6.1. RECRUTAMENTO E RETENÇÃO

O setor dos cuidados tem ainda muito enraizada a precariedade seja através de salários baixos, desproteção social, falta de direitos a férias ou de apoio em caso de doença, ou seja, através do número excessivo de horas de trabalho (ILO, 2018). Este problema gera lacunas no recrutamento, excessiva rotatividade, maior incidência de problemas de saúde e de *burnout* laboral, levando ao abandono precoce da profissão (Colombo *et al*, 2011). Verifica-se também que não há um padrão específico de trabalho: turnos, part-time, trabalho temporário e full time. Isto leva a que haja esta falta de proteção social, insegurança, falta de perspetivas de carreira, o que faz com que os trabalhadores não ofereçam cuidados de qualidade aos idosos. Para além disto há elevados custos associados gerando períodos com falta de pessoal.

Requer-se do cuidador uma boa compreensão e expressão oral aliadas à sensibilidade, uma vez que, baixos níveis de competência podem ser problemáticos quando há a necessidade de identificar riscos e reduzir perigos. Promover o contacto de perto com outros cuidadores pode ser importante para desenvolver algumas competências. A título exemplificativo, em Portugal, existem os centros “Qualifica” orientados para adultos pouco qualificados, acompanhando-os nos processos de reconhecimentos das suas capacidades. Na Dinamarca, por outro lado, cuidadores com mais experiência podem exercer cuidados mais avançados (OCDE, 2020). Menos de metade dos países da OCDE, requer um nível mínimo de escolaridade. Este nível pode variar desde formação vocacional na Hungria, ao secundário na Bélgica ou até mesmo um curso técnico depois do secundário, no caso do Canadá. A grande maioria dos cuidadores tem qualificações educacionais médias (63%), seguindo-se dos que têm qualificações superiores (21%). Portugal é o 2º país da OCDE em que os cuidadores têm a menor escolaridade e cerca de 60% dos trabalhadores diz trabalhar por turnos, pouco acima da média da OCDE de 50%. Têm, também, mais probabilidade de trabalhar aos fins-de-semana comparando com outras profissões. Poucos são os países que certificam os cuidadores de forma a garantir que receberam formação suficiente. (OCDE, 2020).

O trabalho não declarado também é uma preocupação e, geralmente, está relacionado com migrantes em situação irregular contratados diretamente pelas famílias. Em Israel, cerca de 70% dos cuidadores são estrangeiros (OCDE, 2020). A escassez da mão de obra para fazer face a estas necessidades têm suscitado na Europa múltiplas reflexões sobre o papel dos migrantes no sector dos cuidados, passando por articular as políticas de formação, migração e emprego (ILO, 2018) e a qualidade do emprego emerge como foco a seguir.

Burocracias, falta de conhecimento das necessidades específicas do doente, falta de suporte por parte de superiores, salários pouco competitivos e falta de equilíbrio entre a vida pessoal e profissional podem explicar parte da baixa retenção de trabalhadores (OCDE, 2020).

2.6.2. DESAFIOS

Um dos maiores desafios no setor é a idade dos cuidadores que leva a dois problemas:

1. A dificuldade de atrair jovens;
2. A dificuldade de manter cuidadores com mais de 50 anos, uma vez que, estão mais expostos a problemas de saúde, não realizando, por vezes, as tarefas da melhor forma.

Mais de 60% dos cuidadores, nos países da OCDE, dizem já ter estado expostos a fatores de risco físico no trabalho e, quase metade - 46% - a fatores de risco mental. Este primeiro valor em Portugal ronda os 80%, sendo que 40% reportou estar exposto a riscos para o bem-estar mental, abaixo da média da OCDE. A Holanda, por exemplo, tem programas de gestão de stress e o Japão, serviços de aconselhamento como forma de auxílio aos seus cuidadores. Problemas de saúde e acidentes no trabalho tendem a estar relacionados. O que torna este valor acentuado é a natureza das tarefas executadas no dia-a-dia. De todos os problemas físicos, o mais comum é a dor de costas. Reportam, também, que nem sempre têm a autonomia para conhecer as necessidades dos doentes e têm imensos requisitos administrativos. (OCDE, 2020).

Violência, intimidação, humilhação, abuso verbal e físico são situações a que estão sujeitos os cuidadores. Isto leva a um aumento, por exemplo, do stress ou de depressões (Fasanya & Dada, 2016). Muitas vezes, os cuidadores, não denunciam estas situações com medo de sofrer retaliações e/ou perder o emprego. Isto verifica-se mais em cuidados feitos ao domicílio onde há uma menor supervisão (Perrin *et al*, 2015). A criação de padrões de segurança e a proteção dos trabalhadores são a chave para a sua retenção (OCDE, 2020).

No que diz respeito ao salário, os cuidadores recebem o equivalente ao salário mínimo nacional o que tem implicações na igualdade de género, uma vez que o setor é predominantemente feminino. Esta dificuldade em resolver problemas de sub pagamento explicam a elevada rotatividade de pessoal no setor (OCDE, 2020).

Assim, há acima de tudo uma dificuldade em conciliar os cuidados aos idosos com a rotina pessoal de cada cuidador.

2.6.3. TAREFAS

As atividades do dia-a-dia como dar banho, tirar/virar da cama e alimentar, são as que representam a maior fatia dos cuidados prestados. Participam também em tarefas como monitorizar a condição de saúde do doente, implementar planos de saúde e responder com o devido tratamento. Tarefas de comunicação como o apoio psicológico também são outras das tarefas executadas pelos mesmos (OCDE, 2016).

A OMS propôs uma abordagem, centrada na pessoa idosa, desenvolvendo um serviço contínuo desde a prevenção à reabilitação, incluindo tomadas de decisão partilhadas, definição de objetivos ou equipas multidisciplinares (OCDE, 2016).

2.6.4. POLÍTICAS

Os países da OCDE avaliam a coordenação entre trabalhadores da saúde e sociais como a política mais importante, mas apenas 1/3 têm em prática políticas deste género. Segue-se a coordenação entre CF e CI onde é necessária uma melhor integração dos CI, assim como um melhor apoio e compensação. Também esta tem sido pouco posta em prática, pois apenas 45% dos países têm medidas implementadas (OCDE, 2020).

Evidências mostram que equipas de saúde e sociais integradas levam, em alguns casos, a uma redução da necessidade de cuidados de emergência e conseqüente diminuição de custos (World Bank, 2016).

Em Portugal, uma trabalhadora do setor social da equipa de cuidados faz uma avaliação da casa do doente e avalia a disponibilidade de um CI. Uma vez em casa, é seguido por enfermeiros e cuidadores que fazem parte do centro de saúde de cuidados primários que coordenam o trabalho juntamente com o hospital. Por outro lado, na Austrália, os CI têm acesso a ferramentas de cuidados partilhadas com CF (OCDE, 2016).

As folgas/pausas também são muitas vezes citadas como importantes, mas ainda poucos países consideram-nas como um direito aos CI. Podem ser colmatadas com serviços prestados pelos municípios, organizações comunitárias ou serviços de cuidados em casa. As pausas habilitam 50% dos cuidadores a ter mais tempo para eles próprios e que a saúde deles sem acesso às mesmas se deterioraria mais rapidamente (Yeandle & Wigfield, 2012).

Relativamente a licenças para cuidar, estas são raramente usadas dada a falta de conhecimento e o medo de mostrar sinais negativos aos empregadores. Preferem usar férias, baixas médicas ou fazer ajustes pessoais com a entidade patronal. O problema surge quando as responsabilidades se prolongam em que os cuidadores ficam períodos sem ordenados. Em Portugal, um CI tem direito a 15 dias por

ano, mas estes não são pagos nem têm créditos para as pensões. Na Suécia, por exemplo, este valor é de 100 dias e pago a 80%, mas também não contribui para as pensões. Na Alemanha, o valor depende do tipo de cuidado e pode atingir os 100% do salário médio contribuindo para as suas pensões (OCDE, 2020).

Os profissionais de saúde estão na vanguarda do apoio aos cuidadores e devem ser postas em prática medidas para informá-los sobre os cuidados informais e treiná-los para identificar, apoiar e cooperar com os cuidadores (Eurocarers, s.d.)

O financiamento de cursos também é uma opção de política eficaz, assim como políticas para atrair desempregados. Na Bulgária, na universidade de Veliko Tarnovo, criou-se um curso de mestrado de trabalho social dos CLP. Incentivar a entrada de homens também pode ser promissor dado que estes tendem a trabalhar por mais tempo e mais horas que as mulheres, quebrando estereótipos de empregos femininos ou masculinos. Aumentar os salários de entrada e oferecer oportunidades de progressão de carreira ajuda a motivar a permanência dos trabalhadores no setor. Há evidência que mostra que os aumentos salariais têm levado a uma maior empregabilidade e, por mais tempo (OCDE, 2016).

Na ótica de Hackmann (2017), salários elevados levam a um aumento de trabalhadores com maiores e melhores capacidades contribuindo para mais valor de consumo.

2.6.4.1. TECNOLOGIA

Há cada vez mais evidências de que os serviços e dispositivos tecnológicos melhoram a independência dos idosos em casa e aumentam a produtividade dos cuidadores (Carretero, 2015).

Podem variar de tecnologias simples e de fácil acesso a dispositivos mais complexos. Há 4 categorias de tecnologias disponíveis para ajudar os cuidadores:

- 1) Tecnologias de assistência - ex.: Estónia - serviço de botão de alarme pessoal criado pelo governo para que os idosos se sintam mais seguros em casa. Permitem a comunicação entre equipas hospitalares/ institucionais e ajudam na autonomia do idoso;
- 2) Cuidados remotos - ex.: Austrália - software (Helix) que permite aos profissionais ter acesso a dados, pagamentos, consultas, entre outros;
- 3) Tecnologias de autogestão - ex.: Canadá - criaram uma aplicação que permite aos idosos ter desafios de forma a prevenir ou atrasar a necessidade de cuidados;
- 4) Tecnologias sociais – ex.: Austrália - telessaúde para ajudar os idosos (OCDE, 2020).

Com a pandemia Covid 19, a Telessaúde foi rápida e amplamente utilizada pelos profissionais de saúde (Francisco *et al*, 2020), reduzindo o risco de contaminação e libertando vagas de atendimento hospitalar em favor de pacientes infetados (Caetano *et al*, 2020). Também existem tecnologias mais complexas como robots (“Pepper e Paro”) que conseguem ler e responder a interações humanas/emoções, enviar emails, etc. podendo ajudar a evitar a solidão. (Pandey *et al*, 2018).

Apesar disto, um estudo da OCDE mostra que mais de 50% da população adulta nestes países conseguem apenas desempenhar tarefas básicas nos computadores (OCDE, 2016), sendo por isso uma necessidade melhorar estas capacidades na força de trabalho do setor.

Posto isto, três categorias principais de políticas têm sido seguidas de forma a melhorar a oferta de cuidados:

- 1) Atrair novos trabalhadores;
- 2) Melhorar a retenção através de melhores condições de trabalho e formação;
- 3) Aumentar a eficácia do serviço através do uso de tecnologias e da coordenação de cuidados (OCDE, 2016).

A nível europeu já está a ser criada uma plataforma para desenvolver um conjunto de serviços inovadores a pacientes com Parkinson, Alzheimer e outras demências como também para profissionais de saúde e cuidadores informais através do Projeto da Federação Europeia de Hospitais e Cuidados de Saúde - ICT4Life - Services for Life Improvement for the Elderly. ²

2.6.4.2. PROJETOS DE APOIO

Os cuidadores ainda constituem uma força de trabalho amplamente invisível e subvalorizada em muitos estados-membros da UE (Eurocarers, s.d.). De forma a dar respostas aos CI foi criada uma rede a nível europeu promovendo a partilha de informações, experiências, conhecimentos e boas práticas para os cuidadores. Conta com uma plataforma de informação – InformCare - que disponibiliza conteúdos relacionados ao “cuidar” comuns aos diversos países e também aspetos particulares a cada um, essencialmente no que diz respeito ao acesso aos cuidados de saúde, direitos sociais, leis e apoios para os cuidadores, bem como informações para profissionais de saúde e empregadores. A Eurocarers recebe o apoio da União Europeia através do programa “Emprego e Inovação Social” (Eurocarers, s.d.). A nível nacional também alguns projetos têm ganhado visibilidade alargando, assim, as respostas sociais para idosos. A título exemplificativo, Porto4Ageing é um projeto que promove o envelhecimento ativo e

² Disponível em: <https://cordis.europa.eu/project/id/690090>

saudável reunindo mais de 90 organizações, sobretudo na Área Metropolitana do Porto. A sua finalidade é fomentar a convergência local e melhorar o ecossistema de inovação em saúde, reduzindo e superando os estrangulamentos existentes através do trabalho conjunto, facilitando a troca de conhecimento e a melhoria dos resultados. Mais a centro de Portugal, em Cantanhede, tem sido implementado o Projeto 'Cuidin' através do Centro de Estudos e Investigação em Saúde da Universidade de Coimbra, do Município de Cantanhede e da Biocant – Associação de Transferência de Tecnologia e Centro de Estudos e Desenvolvimento em Cuidados Continuados e Paliativos. Emergiu com o programa Iniciativa de Empreendedorismo e Inovação Social (IIES), beneficiando de cofinanciamento do Fundo Social Europeu. Surgiu da necessidade de dignificar, apoiar e capacitar o CI, através de uma rede integrada de capacitação e qualificação suportada numa rede de apoio social e interdisciplinar geradora de impacto social. Visa a redução dos níveis de sobrecarga, garantindo assim a satisfação no cuidar do CI, com impacto nos doentes, nas suas famílias e na comunidade, de forma mais eficaz e eficiente, complementando as respostas sociais existentes. Já em Lisboa nasceu o Projeto Radar em parceria com a Santa Casa da Misericórdia de Lisboa, Câmara Municipal de Lisboa, SS, Polícia de Segurança Pública e Rede Social de Lisboa. Centrado na intervenção da comunidade na identificação da população idosa em Lisboa, o seu objetivo passa por conhecer as carências sobretudo nos idosos, verificando situações de risco prevenindo e, ou diminuindo o risco de isolamento e solidão. O projeto passa por constituir Radares de base comunitária (voluntários/as, vizinhos/as e comércio local) de modo a detetar situações de risco e agilizar uma intervenção ajustada a cada situação. Qualquer pessoa pode ser um Radar desde que esteja atenta ao dia-a-dia das pessoas na parcela dos 65 ou mais anos de idade que conhece ou que vivem perto de si detetando mudanças no dia-a-dia, no comportamento, na aparência ou na sua ausência.

Capítulo 3 - Metodologia de Investigação

3.1. QUESTÃO DE PARTIDA

Segundo Quivy & Campenhoudt (2003), a melhor forma de começar um trabalho de investigação consiste em anunciar uma pergunta de partida, para que o investigador exprima exatamente aquilo que procura saber, elucidar e compreender melhor. A pergunta de partida servirá de primeiro fio condutor da investigação, sendo que para isso deve apresentar qualidade de clareza, de exequibilidade e de pertinência.

Dessa forma, assumiu-se com questão de partida: Qual a natureza da relação entre cuidadores formais e informais de idosos dependentes?

3.2. OBJETIVOS DE ESTUDO

De acordo com Quivy & Campenhoudt (2003) “uma investigação (...) é um caminhar para um melhor conhecimento e deve ser aceite como tal”.

A sustentabilidade dos sistemas de cuidados continuados tem estado em debate na maioria dos países europeus (Mosca *et al*, 2016), constituindo os cuidados domiciliários e os cuidadores informais as principais apostas das políticas europeias, implementadas e a implementar.

Na opinião de Fortin (2009), o objetivo de investigação deve indicar de forma clara qual é o fim que o investigador persegue, sendo que uma investigação deve conter um objetivo geral e objetivos específicos. Assim, o objetivo geral do estudo passa por entender o dia-a-dia dos cuidadores, bem como a sua relação com outros cuidadores.

Relativamente aos objetivos específicos, estes são mais concretos pois identificam de forma mais precisa aquilo que se pretende alcançar. Posto isto, são objetivos específicos, identificar:

- Perfil do cuidador formal e informal a nível sociodemográfico;
- Formação;
- Tarefas;
- Vantagens;
- Desafios.

3.3. INSTRUMENTOS E PROCEDIMENTOS DE RECOLHA DE DADOS

A metodologia de investigação adequada ao presente estudo é uma metodologia qualitativa. Segundo Bogdan & Biklen (1994), as investigações desta natureza refletem um diálogo em que o entrevistador

estabelece estratégias e procedimentos que lhe facilitem compreender as experiências e opiniões do ponto de vista do entrevistado. Flick (2009), refere que a vantagem em utilizar esta metodologia está relacionada com o facto de os entrevistados terem mais liberdade para se expressar e expor o que realmente importa. Bertaux (2020) considera que a melhor forma de extrair valor é simplesmente pedir aos “habitantes” deste ou daquele mundo social para partilharem connosco as suas experiências vividas. “Basta pedir-lhes para nos contarem o que viveram, para darem o testemunho das suas experiências nesse mundo social que conhecem por dentro. Regra geral, terão todo o gosto em fazê-lo; não com o objetivo de dar a conhecer mais amplamente a sua história pessoal, isso não lhes ocorre, mas mais modestamente porque eles/elas pensam que “poderia ser útil a outros...”. (Bertaux, 2020). A desvantagem é que as análises requerem muito tempo. Para Fortin(2009), a entrevista é o principal método de recolha de dados nas investigações qualitativas. Esta é um modo particular de comunicação verbal entre duas pessoas, um entrevistador que recolhe dados e um respondente que fornece a informação. Apesar de se tratar de um trabalho de natureza qualitativa, houve a preocupação constante de manter o máximo de imparcialidade e objetividade (Ritchie *et al*, 2013). De salientar, ainda, que a intenção não é generalização. (Dworkin, 2012). Posto isto, o instrumento de recolha de dados é a entrevista estruturada aplicada a cuidadores de idosos dependentes. “Entrevista é uma das mais comuns e poderosas maneiras que utilizamos para tentar compreender a nossa condição humana” - dizem Fontana & Frey (1994). Quivy & Campenhoudt (2003) defendem que o sucesso da entrevista depende da qualidade das perguntas e da habilidade do entrevistador, sendo que “o investigador fará esforço para reencaminhar a entrevista para os objetivos cada vez que o entrevistado deles se afastar e por colocar perguntas às quais o entrevistado não chega por si próprio de forma tão natural quanto possível”. Devemos, assim, criar categorias obtidas através dos dados e, assim, analisar relações entre categorias” (Charmaz, 1990). Yin (2005), defende que existem seis fontes de evidência: (1) documentação; (2) registos em arquivos; (3) entrevistas; (4) observações diretas; (5) observação participante; e (6) do meio. Considerando os objetivos de estudo, o único instrumento a ser utilizado é a entrevista estruturada composta por duas partes: uma primeira parte com um conjunto de questões relacionadas à temática de estudo e uma segunda parte com a caracterização sociodemográfica.

3.4. CARACTERIZAÇÃO DA AMOSTRA

Esta dissertação analisa três grupos de entrevistados diferenciados: Cuidadores Informais, Cuidadores Formais e Responsáveis por Respostas Sociais. Ainda que tivessem sido feitos alguns contactos, a

maioria dos entrevistados surgiu em “bola de neve”. Foram contactadas uma vizinha e uma tia que fizeram com que aparecessem novas pessoas para entrevistar e assim sucessivamente.

As vinte entrevistas realizadas responderam sobretudo a critérios geográficos e sociais. A nível geográfico, esta pesquisa centrou-se em Braga. A nível social, como mencionado anteriormente, foi definida como população-alvo: cuidadores de idosos em estado de dependência. Embora tenha sido definida esta população-alvo, uma das entrevistadas foi uma mãe de um jovem a necessitar de cuidados paliativos. Foram todas entrevistas individuais e uma destas estando programada para uma filha de um idoso transformou-se numa entrevista à sua neta. O local das entrevistas, à exceção de uma que foi feita de forma remota, foi sempre nas casas dos cuidadores. Esta experiência foi bastante enriquecedora, uma vez que foram observadas algumas das reais necessidades dos cuidadores, nomeadamente a falta de condições em algumas casas, bem como algumas das suas relações. Verificou-se que, na grande maioria, são pessoas que pouco convivem para além da família próxima pois nem tempo têm para elas próprias. Sentia-se que, sobretudo os cuidadores informais, apesar de manifestarem uma espécie de revolta à medida que decorria o tempo, viam a entrevista como um desafogo. Primeiramente, à exceção de uma pessoa, foram todas recetivas, queridas e falaram tanto durante a entrevista como depois em off. A única entrevista que não correu tão bem foi a de um senhor que num dia de chuva intensa nem o portão abriu tendo a entrevista decorrido na rua ao frio. Sentia-se o senhor revoltado pela situação em que vivia e, sobretudo, com falta de esperança naquilo que são as respostas sociais existentes.

O tempo de duração médio das entrevistas foi de 40 minutos e foram realizadas durante os meses de fevereiro e março de 2021.

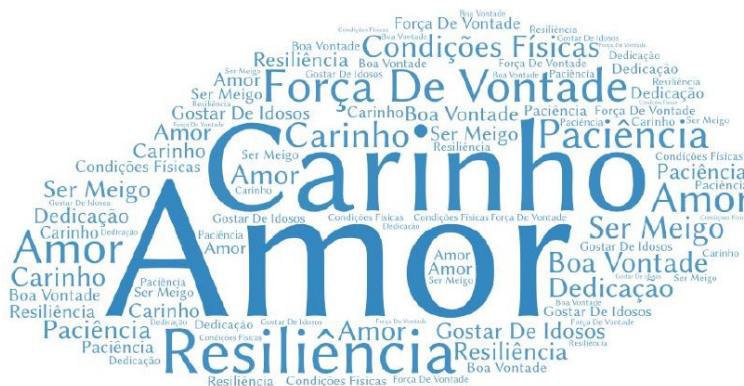
Capítulo 4 - Análise dos dados

4.1. RELAÇÃO E FORMAÇÃO

A análise das entrevistas revela que os cuidadores informais tanto mantêm uma relação complementar como de substituição com outros cuidadores, mas maioritariamente consideram que esta se deveria complementar, sempre que possível. O Cuidador 1, com 61 anos, mostra exatamente o oposto. Cuida da mulher com demência e afirma mesmo “ Não tenho nenhuma relação com ninguém nem quero pois enquanto me for possível irei ser eu a cuidar da minha esposa. Não acho que deva ser complementado com ninguém enquanto eu puder”. A Cuidadora 2, com 65 anos, que cuida da mãe com 101 anos, também afirma que “há coisas que apenas me competem a mim e ninguém me pode substituir”. Se por um lado, existem estes testemunhos, por outro lado aparece a Cuidadora 3, com 2 filhos deficientes

(um deles 100% dependente) que “preferia que me ajudassem que estou a trabalhar sozinha”. Não conta com qualquer tipo de resposta social pois confessou que quando pediu auxílio a um lar para fazer a higiene ao filho as CF apenas “passavam umas toalhas e tinha de ser eu com o meu marido a pô-lo na banheira antes que elas chegassem” de forma a quase que as obrigar a dar um banho completo. O Cuidador 4, um dos dois CI homens entrevistados e, o mais novo de todos, com 38 anos, assume que o apoio domiciliário o ajuda a “ter mais liberdade psicológica” a ele e ao pai de quem cuida. A Cuidadora 5 considera que “há muita falta de conhecimento, mas também há um estigma muito grande com os CI pois são associados à falta de formação”. Os testemunhos de duas das três pessoas responsáveis por Respostas sociais entrevistadas podem suportar isto quando afirmam “aqui o pessoal está preparado para cuidar dos idosos”. Estes, também têm uma opinião unânime afirmando que as relações alteram com a valência da instituição em causa, sendo maior nos centros de dia e domicílios.

Figura 1 - Características para ser Cuidador:



Fonte: Elaboração Própria

Como já foi acima enunciado, as motivações dos cuidadores informais prendem-se sobretudo às relações que estes têm com o idoso, seja por considerarem que têm o dever e obrigação seja porque idosos, como os pais da Cuidadora 6, de 59 anos, “não queriam ir para um lar nem ter ninguém de fora a cuidar deles”.

Dos 10 CI entrevistados, apenas o Cuidador 4 possui um curso de primeiros socorros. Relatam que o que sabem é sobretudo com o que observam na proximidade com outros cuidadores e, no caso da Cuidadora 7, de 69 anos, a cuidar da mãe com 100 anos, vai-se “desenrascando”. É evidente que há um confronto entre a capacidade técnica e a perspetiva da proximidade relacional. No caso da Cuidadora 3, apesar de não ter qualquer formação, considera que por vezes sabe melhor do que aqueles que têm formação. A Cuidadora 5, considera que seria pertinente uma formação relacionada com a parte física, uma vez que, a mãe apenas se desloca de cadeira de rodas e lhe causa imenso desgaste. As tarefas

destes cuidadores passam sobretudo pela alimentação, higiene e medicação. A Cuidadora 8, com a mãe como doente paliativa há 12 anos, ainda tem de a aspirar e posicionar. De notar que, esta cuidadora tem 40 anos e desde os 28 anos que acompanha a mãe a tempo inteiro considerando, num tom cabisbaixo, que “foi uma imposição da vida”.

Paralelamente, averiguou-se que as CF, todas mulheres, tomaram esta opção sobretudo pela falta de emprego, mas ao mesmo tempo pelo gosto por idosos. À exceção da Cuidadora 9 que trabalha num centro de dia e não possui qualquer tipo de formação, as CF têm sobretudo formação em geriatria. A Cuidadora 10, faz parte de uma equipa de domicílio e, ainda que não tenha formação na área, possui um curso de primeiros socorros, bem como de animadora sociocultural. Destas CF, apenas a Cuidadora 11 não trabalha numa instituição, pois é na sua casa que cuida de 5 idosos. Verifica-se que as suas tarefas, na generalidade, são as mesmas, mas que no CF há atividades para animar os idosos, o que não foi relatado por nenhum dos CI.

Relativamente aos responsáveis pelas 3 respostas sociais entrevistados verificamos pela tabela abaixo que o padrão dos Cuidadores se mantém: Mulheres, meia-idade, casadas, escolaridade mínima obrigatória e a receberem o salário mínimo.

Tabela 3 - Perfil CFI

	Lar	Centro de Dia	Domicílio
Nº cuidadores	9	4	4
% Mulheres	100%	100%	100%
Média de idades	40 anos	40 anos	40 anos
Estado civil predominante	Casadas	Casadas	Casadas
Média de escolaridades	9º - 12º	12º	12º

Fonte: Elaboração Própria

De referir que apenas o lar tem uma política de horas extra aplicada.

4.2. SER CUIDADOR

Os CI reconhecem que o seu quotidiano mudou assim que ficaram responsáveis pelos seus familiares. A Cuidadora 3, com o filho a necessitar de cuidados permanentes, confessa mesmo: “eu nem duas horas consigo ter. Vou a correr às compras e venho”. O Cuidador 1 quando precisa de ir a algum lado leva sempre a esposa consigo. Ainda assim, defendem que em casa os doentes têm mais atenção, disponibilidade, não têm horários e estão no seio familiar. A Cuidadora 6, a título exemplificativo, faz sempre a comida que a mãe mais gosta. Quando questionados sobre as principais limitações que enfrentam, o desgaste físico e o psicológico saltam à vista. A Cuidadora 8 ainda acrescenta “é difícil ter vida social, arranjar emprego e tenho imensos gastos”. A Cuidadora 2 realça que “as noites são muito complicadas” e tem de estar sempre atenta pois relata que foi durante a noite que apanhou o maior susto com a mãe. Também a Cuidadora 5 conta que no início deste ano a mãe caiu durante a noite ao tentar ir à casa de banho e abriu a cabeça: “A sorte é que eu tenho um sono leve e apercebi-me logo. Ponho-lhe uma fralda à noite, mas ela insiste em pôr-se a pé, com o andarilho, para ir à casa de banho”. A mãe desta senhora, ainda que dependente fisicamente, encontra-se em boas condições psicológicas o que leva a uma “dificuldade em aceitar as suas necessidades”, correndo, por vezes, riscos elevados. Para minimizar estas dificuldades, tentam recorrer à família, o que nem sempre é fácil, pois “parece que toda a gente foge quando é para cuidar de alguém” (Cuidador 4). A Cuidadora 2 encontra no sótão o seu refúgio onde lê um pouco.

Cenário diferente é relatado pelos cuidadores formais. A Cuidadora 11, considera mesmo “o cuidador informal, muitas vezes, não sabe lidar com o idoso porque não tem formação”. De notar que, é a única cuidadora formal a prestar cuidados permanentes sozinha aos seus idosos e não dispõe de férias nem folgas. A sua maior dificuldade é “caso fique doente”.

Para a Cuidadora 12, a principal vantagem de estar numa instituição é que “não é tão desgastante psicologicamente” pois têm “mais recursos e trabalha-se em equipa”. A Cuidadora 10, super motivada, considera que socializa imenso e os desafios que enfrenta são sobretudo “cativar os idosos a tomar banho, pô-los à vontade para se despirem e as condições das casas. Algumas nem chuveiro têm”. Cuidadora 13, afirma: “No fim do trabalho vamos para casa e temos o nosso tempo e espaço”, mas considera que o desgaste psicológico está muito patente no seu dia-a-dia no lar. Exemplificando: “alguns idosos com demências lembram-se que querem ir embora, no outro dia um senhor com demência queria ir ao alfaiate durante a noite. Temos de estar sempre a repetir o mesmo e a arranjar estratégias para os acalmar”. A Cuidadora 14, responsável pelo lar, ainda que considere um leque de vantagens na institucionalização, também afirma: “os idosos não são muito dados a mudanças, gostam mais de

rotinas e perderem o seu espaço é, sem dúvida, uma das nossas desvantagens”. E, se por um lado os CI consideram que não ter horários é uma vantagem face a trabalhar numa instituição, por outro temos o facto dos CF considerarem que ter horários é, em si, uma vantagem. Consta-se que estes recorrem a outros tipos de estratégia para ultrapassar os seus desafios. Consultas de osteopatia e fisioterapia, ainda que pagas pelas próprias cuidadoras, são o mais comum, passando por atividades socioculturais como o rancho, no caso da Cuidadora 11 que “é a forma de libertar o desgaste psicológico”.

Quando questionados os responsáveis de lar, centro de dia e domicílio sobre o tipo de resposta que têm para os seus funcionários, apenas a responsável do lar afirmou que têm uma psicóloga disponível, mas que esta tem como foco os idosos e não os cuidadores, ainda que estes possam recorrer à mesma. À parte disto, “o lar está a tentar criar parcerias com empresas para dar vouchers, ou algo parecido a nível de fisioterapia”. Verifica-se, assim, que mesmo no setor institucional, ainda que a carga física e psicológica possa ser menor, os cuidadores também têm pouco apoio.

Relativamente às limitações das pessoas cuidadas, estas passam pela dificuldade em andar, sobretudo os que estão sob cuidado informal. Alzheimer, Demência, Esquizofrenia e Parkinson são as doenças que predominam. É importante salientar que nem todos os idosos em instituições têm alguma doença ou limitação pois alguns recorrem aos mesmos simplesmente para combater a solidão, conviverem, ou até mesmo porque não têm família.

A burocratização para aceder a apoios, a falta de recursos humanos para responder às necessidades da pessoa a cuidar, e o estigma social são fatores que tornam os quotidianos das pessoas entrevistadas mais difíceis. Isto transmite-se nos pedidos de requerimento do ECI: em 10 entrevistados apenas a Cuidadora 8 requereu e, inclusive foi-lhe concedido o estatuto. Ainda assim, considera que “não cumpre com os requisitos e com aquilo que nos foi dito”. Na realidade, quando questionados sobre se têm conhecimento do mesmo, à exceção das Cuidadoras 15 e 16 que nem sequer sabiam da sua existência, todos os outros cuidadores referiram que “ouviam falar” (Cuidador 1). A Cuidadora 7, considera mesmo que não tem “necessidade de estar a requerer nada para cuidar”. Já o Cuidador 1 não requer, pois “isso não dá em nada e é só teoria. Não me parece que valha a pena”. Da mesma opinião partilha a Cuidadora 2: “não há nada do que eles dizem. Só se a minha mãe um dia precisar de materiais como uma cama articulada ou assim”. Note-se que a Cuidadora 2 foi das cuidadoras que mais se queixou de estar privada de tudo e das CI que nem sequer requereu o estatuto. Cuidadora 3 apenas não requereu por causa da pandemia, uma vez que, só há atendimento por marcação e o marido não consegue ir no horário estipulado e “se ele não for eu também não posso ir porque não posso deixar o meu filho”.

Em jeito de conclusão, na generalidade, estes Cuidadores têm imenso desgaste físico e psicológico, mas apenas uma da CI requereu o ECI. Isto leva a questionar a informação ou falta dela nos cuidadores.

4.3. PANDEMIA

Como mencionado anteriormente, foi nos idosos que a pandemia teve os seus efeitos mais nefastos. Ainda assim, não podemos esquecer o trabalho feito pelos cuidadores em prol destes, bem como os desafios acrescidos que os têm acompanhado. Muitas foram as mudanças que ocorreram. No caso da esposa do Cuidador 1, que frequentava um centro de dia, com o seu encerramento passou a depender do marido 24h por dia. Resposta diferente deu o Centro de dia onde a Cuidadora 9 trabalha pois fechou, “mas passamos a fazer apoio domiciliário aos nossos idosos, desde refeições a banhos apoiamos em tudo aquilo que lhes faz falta”. A Cuidadora 11 considera que “o mais difícil foi ter de explicar aos seus idosos que” não podiam receber visitas da família, que não podiam ir à rua, à ginástica nem à animação que frequentavam todas as sextas-feiras. Isto refletiu-se logo neles fisicamente”. Para as Cuidadoras 10 e 12 dar banhos e manter o distanciamento não era concebível por muito que tentassem e “ainda por cima de viseira é muito difícil devido ao vapor” (Cuidadora 10). “Gostávamos de dar um abraço e agora vemos os idosos ali sozinhos” (Cuidadora 12). A Cuidadora 17, num tom entristecido, diz que a parte mais difícil foi, para além de estar isolada da própria família mais de 3 meses, chegar ao lar depois da sua quarentena e verificar que alguns idosos tinham falecido. As Cuidadoras 3 e 7 foram as únicas que não privaram as pessoas de quem cuidam de nada. A Cuidadora 13, na sua instituição sentiu os idosos mais revoltados, cansados e desgastados com a quebra de rotinas pois “no pico da pandemia estiveram um em cada quarto fechados e regrediram imenso a nível físico. Alguns deixaram de andar e começaram a dar banho no leito porque já não aguentavam as pernas. Deixaram de fazer as suas pequenas caminhadas e tudo isto influenciou”. Em jeito de conclusão a Cuidadora 11 considera que “os idosos devem ser tratados com dignidade. Infelizmente vivemos num país onde ainda existe muito abandono. E deixo outro apelo à família: entregar os idosos sim, ter confiança na pessoa que está a cuidar, mas ir vigiando porque detrás das paredes ocorre muita coisa, é terrível”.

4.4. FRAGILIDADES

A Cuidadora 12, cujo domicílio onde trabalha “ainda não tem o apoio da Segurança Social” considera que é necessário mais apoio a nível financeiro, mas também a nível de recursos como oxímetros pois para medirem as tensões aos utentes levam os aparelhos de casa. O Cuidador 4 repudia o tempo de

resposta da Segurança Social, assim como a Cuidadora 7 que está “à espera de um colchão e de uma cadeira de rodas para o filho há mais de um ano e meio”. A Cuidadora 5 diz que são necessárias respostas mais aceleradas, seja através de esclarecimentos com juntas de freguesia, seja no terreno com os centros de saúde, por exemplo. A par disto, os CI apelam a mais e acima de tudo melhores apoios a nível monetário. A Cuidadora 9, considera imprescindível o incentivo à entrada de jovens no setor, mas sobretudo à sua permanência pois “vão, mas não ficam”. A Cuidadora 13, partilhando da mesma opinião acrescenta que “são muito poucos cuidadores para tantos cuidados que são precisos prestar”, assim como Gabriela que menciona que “há sempre falta de pessoal”. A Cuidadora 18 conclui que os idosos “precisavam que nós estivéssemos mais tempo com eles”. Em oposição, o responsável pelo centro de dia entrevistado alega que no seu caso não há falta de pessoal, “antes pelo contrário”. A Cuidadora 14, à parte da falta de apoios nos lares, frisou os custos acrescidos com a pandemia. Saliu também o facto das mensalidades serem elevadas para as baixas reformas dos idosos e a falta de vagas sociais.

Quando questionados os responsáveis pelas 3 diferentes respostas sociais acerca da formação promovida aos cuidadores constata-se que a de primeiros socorros é comum a todas. O Centro de Dia promove esta formação, assim como, a de geriatria. Quanto ao domicílio, quando contratam pessoal é um requisito terem algum tipo de formação na área. De forma mais abrangente aparece o lar que trabalha em paralelo com a Die Apfel garantindo formação aos cuidadores durante todo o ano.

Tabela 4 - Caracterização Sociodemográfica

	Apoios c/pandemia	Sexo	Idade	Escolaridade	Estado Civil	Rendimento mensal (€)
Cuidador 1	Não	M	61	4º	Casado	-
Cuidador 2	Não	F	65	4º	Solteira	-
Cuidador 3	Não	F	58	4º	Casada	100 (subsídio por assistência de terceira pessoa)
Cuidador 4	Não	M	38	12º	Solteiro	-
Cuidador 5	Não	F	60	9º	Casada	800
Cuidador 6	Não	F	59	7º	Casada	-
Cuidador 7	Não	F	69	4º	Solteira	-
Cuidador 8	Não	F	40	12º	Casada	-
Cuidador 9	Não	F	45	6º	Divorciada	650
Cuidador 10	Não	F	28	12º	Casada	650
Cuidador 11	Não	F	47	9º	Casada	750
Cuidador 12	Não	F	44	12º	Solteira	650
Cuidador 13	Não	F	27	Mestrado	Solteira	950
Cuidador 14	Não	F	35	Mestrado	Casada	1200
Cuidador 15	Não	F	47	6º	Casada	-
Cuidador 16	Não	F	58	4º	Viúva	-
Cuidador 17	Não	F	59	9º	Divorciada	-
Cuidador 18	Não	F	58	9º	Viúva	-

Fonte: Elaboração Própria

Na tabela acima foram extraídos alguns dados sociodemográficos dos cuidadores, excluindo dois dos três responsáveis pelas respostas sociais - Centro de dia e domicílio-pois o seu foco diário é a parte administrativa e não o Cuidado propriamente dito. Por outro lado, no lar temos que a sua responsável executa diariamente tarefas de Cuidadora.

Primeiramente verifica-se que há uma rigidez no que diz respeito aos seus rendimentos, sendo que a Cuidadora 13 é a cuidadora mais nova e é quem aufer o maior valor juntamente com a cuidadora 14. Também são as cuidadoras que têm uma maior formação. A Cuidadora 3 é a que aufer a um rendimento menor. Nenhum destes cuidadores recebeu qualquer apoio adicional com a pandemia. Em 17 cuidadores apenas 2 são homens, sendo a média de idades de 51 anos. O estado civil predominante é “casado” e a escolaridade é o 4º ano. Estes dados vão de encontro à revisão de literatura evidenciando-se a pobreza e falta de conhecimento enraizada no setor.

Capítulo 5 - Conclusão

Neste capítulo, a título da reflexão final, é feita uma referência aos pontos principais desta investigação, assim como algumas considerações que complementam os principais pontos mencionados nos capítulos anteriores. Além disso, também são referidas algumas limitações do estudo, bem como sugestões para futuras investigações.

Ser cuidador de alguém dependente exige uma imensidão de esforços, com impacto negativo a nível físico, psicológico, social e económico quer na vida do cuidador, como da pessoa cuidada. É, assim, urgente e necessário cuidar de quem cuida. São precisos cuidados mais integrados e mais centrados na pessoa, maiores e melhores redes de apoio, bem como uma melhoria das condições de trabalho, seja através do reconhecimento da experiência a nível salarial, seja através de mais e melhor formação. Também a consciencialização para a um envelhecimento saudável deve ser tida em conta quer a nível político quer a nível da sociedade, assim como a eficiência no setor por meio da prevenção e do uso de tecnologia.

Uma das hipóteses assentes nesta dissertação é a de que os cuidadores formais e informais devem manter uma relação de complementaridade e, no limite, se substituírem, o que foi confirmado pelas entrevistas realizadas, à exceção de três cuidadores cujos idosos são praticamente autónomos. No entanto, parte dos cuidadores apesar de considerarem que esta relação deva estar assente na complementaridade, não mantêm qualquer relação com outro tipo de cuidadores.

No que concerne à hipótese da falta de respostas formais direcionadas para a população dependente, verifica-se que estas existem, no entanto, há falta de repostas públicas o que leva os próprios familiares, muitas vezes, a serem cuidadores dada a escassez de vagas no setor privado e os custos associados. Este *gap* na provisão pública leva também a que haja respostas sem qualquer qualidade, inclusive ilegais.

Uma proteção social adequada é crucial para tornar os cuidados de longa duração acessíveis, assim como um financiamento sustentável de forma a garantir que os cuidados prestados sejam adequados. As estimativas mostram que 75,1-76,2% das pessoas idosas com necessidades de cuidados de longa duração estariam abaixo do limiar de pobreza se tivessem de pagar os cuidados domiciliários com base nos seus rendimentos (Social Protection Committee & European Commission, 2021).

Assim, os familiares são imprescindíveis na prestação de cuidados, mas quando se tornam cuidadores acresce-lhes a dificuldade em conciliar o papel de cuidadores com as suas vidas privadas. Aproximadamente 80% dos Cuidados a pessoas dependentes são feitos por pessoas próximas à pessoa

cuidada (OCDE,2020). Sem o trabalho não remunerado destes cuidadores, o sistema formal de cuidados seria insustentável e muitas necessidades ficariam sem atendimento. Maioritariamente, estes cuidadores não querem ser substituídos nas funções que desempenham, mas carecem sobretudo de apoio e reconhecimento pelo exímio trabalho que realizam. As políticas para os apoiar, ainda que em desenvolvimento, estão longe de ser adequadas. No que diz respeito ao ECI ainda há muito caminho a percorrer, nomeadamente na rapidez, eficácia e simplificação dos processos dada a falta de literacia de muitos cuidadores. Espelho disto são as pessoas entrevistadas no âmbito desta dissertação em que apenas uma cuidadora requereu o estatuto e, mesmo assim considera insuficiente. Ainda assim, o montante gasto com o ECI foi de apenas cerca de 0,03% do montante orçamentado.

A força de trabalho tanto no setor formal como no setor informal, tem uma forte dimensão de género, uma vez que, a maioria dos cuidadores são mulheres. (Social Protection Committee & European Commission, 2021). Estes dados verificaram-se, também, na amostra deste estudo, sendo que em vinte entrevistados apenas três cuidadores eram do sexo masculino.

Por outro lado, a análise do apoio formal dá conta sobretudo da falta de pessoal, bem como da elevada rotatividade do mesmo, o que tem levado alguns países a realizarem reformas com o objetivo de melhorar a situação destes profissionais. Melhores salários e condições de trabalho têm sido as principais preocupações, mas embora estas reformas sejam um passo importante, na sua maioria têm ocorrido em países com setores de cuidados já bem desenvolvidos (Social Protection Committee & European Commission, 2021). Garavan *et al* (2012) reforçam esta ideia, acrescentando que as organizações devem proporcionar formações aos colaboradores para que estes possam desenvolver e adquirir competências, de forma a manterem-se competitivos e ajudarem a organização a evoluir.

Para chegar a estas conclusões foi importante contextualizar as mudanças demográficas a que temos vindo a assistir, compreender o caminho percorrido no setor dos cuidados de longo prazo, analisar as estratégias implementadas, caracterizar os principais intervenientes deste processo e refletir sobre as políticas que têm vindo a ser implementadas. Ir para o terreno entrevistar estes cuidadores foi uma oportunidade sobretudo para identificar as suas tarefas e condições, compreender o seu quotidiano, as suas relações, bem como algumas das suas fragilidades e desafios que acarretam, permitindo alcançar os objetivos de estudo propostos.

Este estudo apresenta algumas limitações, nomeadamente a seleção dos indivíduos com base na localização geográfica da autora, a escassez de responsáveis por respostas sociais e a aplicação das entrevistas apenas a cuidadores de idosos. Estudos futuros podem ter em conta, todo o tipo de cuidadores, inclusive aqueles que mantêm um emprego à parte do cuidado, de forma a entender como

conseguem este equilíbrio. Também seria interessante entrevistar as próprias pessoas cuidadas, quando possível.

Ainda assim, os resultados sugerem que a nível de recomendação de medidas de política seria importante promover uma campanha de informação relativamente ao ECI, assim como um programa de formação para cuidadores, em particular, cuidadores informais que permitisse fornecer-lhes um conjunto de instrumentos para realizar mais facilmente algumas das tarefas e, no caso dos cuidadores formais, contribuisse para aumentar as suas competências e para uma maior valorização do seu trabalho, traduzida num incremento dos seus salários.

Referências Bibliográficas

- Alves, J. (2016), *Cuidar e Ser Cuidado - Uma análise do quotidiano, permanente e de longa duração*
- Bertaux, D. (2020), *As Narrativas de Vida*.
- Bogdan, R.; Biklen, S. (1994), *Investigação Qualitativa em Educação: uma introdução à teoria e aos métodos*.
- Brimblecombe, N.; Fernandez, L.; Knapp, M.; Rehill, A; Wittenberg, R. (2018), *Review of the international evidence on support for unpaid carers*.
- Caetano, R.; Silva, A.; Guedes, A. Paiva, C.; Ribeiro, G.; Santos, D.; Silva, R. (2020), *Desafios e oportunidades para telessaúde em tempos da pandemia pela COVID-19: uma reflexão sobre os espaços e iniciativas no contexto brasileiro*.
- Carretero, S. (2015), *Technology-enabled Services for Older People Living at Home Independently: Lessons for public long-term care authorities in the EU Member States*.
- Charmaz, K. (1990), *'Discovering' chronic illness: Using grounded*.
- Colombo, F.; Nozel, A.; Mercier, J.; Tjadens, F. (2011), *Help wanted ? Providing and paying for long-term care*.
- Comas-Herrera, A.;Zalakain, J.; Lemmon, E.; Henderson, D.; Litwin, C.; Hsu, A.; Schmidt, A.;Arling E.; Fernández, J. (2020), *Mortality associated with COVID19 outbreaks in care homes: Early international evidence*.
- Comissão de Acompanhamento, Monitorização e Avaliação Intersectorial (2020), *Estatuto do Cuidador Informal – Relatório de Acompanhamento Trimestral – Primeiro Trimestre*.
- Comissão de Acompanhamento, Monitorização e Avaliação Intersectorial (2020), *Estatuto do Cuidador Informal – Relatório de Acompanhamento Trimestral – Segundo Trimestre*.
- Dworkin, S. (2012), *Sample size policy for qualitative studies using in-depth interviews*.
- Estevens, J. (2015), *Envelhecimento e despesa em saúde: o caso português (1970-2014)*.
- EUROCARERS (s.d.), *ENABLING CARERS TO CARE An EU Strategy to support and empower informal Carers* Acedido a 05 de Abril de 2021 em <https://eurocarers.org/about/> .
- European Commission (2010), *Caring and post caring in Europe*. Brussels: European Commission. Directorate-General for Employment, Social Affairs and Equal Opportunities.
- Fasanya, B.; Dada, E. (2016), *Workplace violence and safety issues in long-term medical care facilities: nurses' perspectives*.

- Fernando, D.; Palos A.; Rodrigues, C.; Pereira, E.; Ribeiro, F.; Branco F.; Trevisan G.; Fernandes L.; Silva, O.; Perista, P.; Amaro, I.; (2021), *A pobreza em Portugal - Trajetos e quotidianos*.
- Flick, U. (2009), *Introdução à Metodologia de Pesquisa – Um Guia para Iniciantes*.
- Fontana, A.; Frey, James H. (1994), *Interviewing: the art of science*.
- Fortin, F. (2009), *Fundamentos e etapas do processo de investigação*.
- Francisco, C. Manso, M.; Tobase, L. (2020), *Tecnologias em saúde como aliada no atendimento em tempos de pandemia por Covid-19*.
- Gabinete de Estratégia e Planeamento; Ministério do Trabalho, Solidariedade e Segurança Social (2018). *CARTA SOCIAL – REDE DE SERVIÇOS E EQUIPAMENTOS 2018*.
- Garavan, T. Carbery, R. (2012), *Mapping talent development: definition, scope and architecture. European Journal of Training and Development*.
- Hackmann, M. (2017), *Incentivizing Better Quality of Care: The Role of Medicaid and Competition in the Nursing Home Industry*.
- INE (2018), *Estatísticas Demográficas. Edição 2019*. International Labour Office (2018). *Care work and care jobs for the future of decent work*.
- LEUSCNER, A. (2006), *Aspectos Organizacionais –Psicogeriatría*.
- Mauss, M. (2008), *Ensaio sobre a dádiva*.
- Moreira, G.; Henriques, C. (2014), *Mudanças demográficas e estado de saúde em Portugal entre 1970 e 2013*.
- Moreira, M. (2020), *Como Envelhecem os Portugueses – envelhecimento, saúde, idadeismo*.
- Mosca, I.; Wees, P.; Mot, E.; Wammes, J.; Jeurissen P. (2016), *Sustainability of Long-term Care: Puzzling Tasks Ahead for Policy-Makers*.
- OCDE (2016), *Skills for a Digital World, Policy brief on the future of work Ministerial Meeting on the Digital Economy Background Report*.
- OCDE (2020), *Who Cares? Attracting and Retaining Care Workers for the Elderly, OECD Health Policy Studies, OECD Publishing, Paris, <https://doi.org/10.1787/92c0ef68-en>*.
- Pandey A.K., Gelin R. (2018), *Pepper: The First Machine of Its Kind - A Mass-Produced Sociable Humanoid Robot*.
- Hanson, G.; Perrin, N.; Moss, H.; Laharnar, N.; Glass, N. (2015), *Workplace violence against homecare workers and its relationship with workers health outcomes: a cross-sectional study*.
- Quivy, R.; Van Campenhoutd, L. (2003), *Manual de Investigação em Ciências Sociais. Lisboa: Gradiva*.
- Ritchie, J.; Lewis, J.; Nicholls, C.; Ormston, R. (2013), *Qualitative research practice: A guide for social science students and researchers. Sage*.

- Sá, I. (2002), *As Misericórdias. Da fundação à União Dinástica*.
- Simões, J. Barros, P. & Pereira, J. (2008), *A Sustentabilidade Financeira do Serviço Nacional de Saúde, 1ª Ed. Lisboa: Ministério da Saúde - Secretaria Geral*.
- Social Protection Committee & the European Commission (2021), *2021 Long-Term Care Report - Trends, challenges and opportunities in an ageing society*
- Soeiro J.; Araújo M. (2020), *Rompendo uma clandestinidade legal - Génese e evolução do movimento dos cuidadores e das cuidadoras informais em Portugal*.
- WHO. (2002), *Lessons for Long-Term Care Policy*.
- World Bank (2016), *Deepening Health Reform in China: Building High-Quality and Value-Based Service Delivery*.
- Yeandle, S. & Wigfield, A. (2012), *Training and Supporting Carers: The National Evaluation of the Caring with Confidence Programme, CIRCLE*.
- Yin, K. (2005), *Estudo de caso: planeamento e métodos*.

LEGISLAÇÃO

- Decreto-Lei n.º 52/2012, de 5 de setembro. Diário da República n.º 172/2012, Série I de 2012-09-05.
Acedido a 17 de abril de 2020 em <https://dre.pt/application/conteudo/174841>.
- Decreto-Lei n.º 136/2015, de 28 de julho. Diário da República n.º 145/2015, Série I de 2015-07-28.
Acedido a 17 de abril de 2020 em <https://dre.pt/application/conteudo/69879425>.
- Portaria n.º 2/2020, de 10 janeiro, aprovado em anexo à Lei n.º 100/2019, de 6 de setembro. Diário da República n.º 7/2020, Série I de 2020-01-10. Acedido a 03 de fevereiro de 2021 em <https://data.dre.pt/eli/port/2/2020/01/10/p/dre>.
- Portaria n.º 64/2020, de 10 de março, aprovado em anexo à Lei n.º 100/2019, de 6 de setembro. Diário da República n.º 49/2020, Série I de 2020-03-10. Acedido a 03 de fevereiro de 2021 em <https://data.dre.pt/eli/port/64/2020/03/10/p/dre>.

APÊNDICES

APÊNDICE 1 - CONSENTIMENTO PARA GRAVAÇÃO DE ENTREVISTA

O meu nome é Cláudia Alexandra Ferreira da Silva e esta entrevista surge no âmbito do Mestrado em Economia Social, na Universidade do Minho. Tem como finalidade a perceção da relação entre cuidadores formais e informais de idosos dependentes.

Apesar do uso de dispositivos de gravação, todas as informações fornecidas por si são confidenciais e os dados recolhidos serão usados exclusivamente para esta investigação. Não existem respostas certas ou erradas, contudo gostaria de ouvir o seu ponto de vista. Para uma maior validação das respostas desejo que seja o mais honesto possível.

APÊNDICE 2 - GUIÕES DAS ENTREVISTAS

1- Guião das Entrevistas a Cuidadores Formais de Instituições

Categoria	Objetivos	Questões
Relação	Identificar a perceção de um cuidador em relação a outro, assim como, as principais características	<p>Gostaria de começar por perguntar como vê a relação entre os diferentes tipos de cuidado - formal e informal?</p> <p>E como considera que esta relação deveria ser - mais centrada na substituíbilidade ou na complementaridade? Porquê?</p> <p>Quais são, na sua opinião, as 3 principais características para ser cuidador?</p>
Formação	Identificar se os cuidadores possuem algum tipo de formação específica	<p>O que é que o levou a ser Cuidador?</p> <p>Possui algum curso/formação específica?</p> <p>Se sim:</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Em que área e em que medida considera que foi útil? <p>Se não:</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Que formação lhe poderia ser útil de forma a facilitar o seu trabalho? <p>Quais as principais tarefas no seu dia-a-dia?</p>
Ser Cuidador	Perceber em medida divergem os cuidados formais e informais	<p>Quais as vantagens de ser cuidador formal em instituições face ao cuidador formal que toma conta da pessoa dependente em casa?</p> <p>E face ao cuidador informal?</p> <p>E quais as limitações?</p> <p>Quais os principais desafios do cuidador (desgaste físico, psicológico, etc.)?</p> <p>Tem algum tipo de apoio ou de estratégia para ultrapassar esses desafios?</p> <p>Quantos idosos têm a cargo?</p> <p>Quais as principais limitações dos idosos?</p>
Covid-19	Identificar alterações provenientes da pandemia	<p>Em relação à atual circunstância quais os desafios acrescidos?</p> <p>Recebeu algum apoio?</p>

<p>Caraterização Socioeconómica</p>	<p>Percecionar o perfil do cuidador entrevistado</p>	<p>Dados pessoais:</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Sexo ● Escolaridade ● Estado Civil <p>Filhos menores de 12 anos</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Idade <p>Qual a sua remuneração média?</p> <p>Que alterações propunha para melhorar a oferta de cuidados?</p> <p>Gostaria de acrescentar algo?</p>
--------------------------------------------	------------------------------------------------------	-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

2- Guião da Entrevista a Cuidador Formal

Categoria	Objetivos	Questões
Relação	Identificar a perceção de um cuidador em relação a outro, assim como, as principais características	Gostaria de começar por perguntar como vê a relação entre os diferentes tipos de cuidado - formal e informal? E como considera que esta relação deveria ser - mais centrada na substituíbilidade ou na complementaridade? Porquê? Quais são, na sua opinião, as 3 principais características para ser cuidador?
Formação	Identificar se os cuidadores possuem algum tipo de formação específica	O que é que o levou a ser Cuidador? Possui algum curso/formação específica? Se sim: <ul style="list-style-type: none"> • Em que área e em que medida considera que foi útil? Se não: <ul style="list-style-type: none"> • Que formação lhe poderia ser útil de forma a facilitar o seu trabalho? Quais as principais tarefas no seu dia-a-dia?
Ser Cuidador	Perceber em medida divergem os cuidados formais e informais	Quais as vantagens de ser cuidador formal em instituições face ao cuidador formal que toma conta da pessoa dependente em casa? E face ao cuidador informal? E quais as limitações? Dispõe de folgas? E férias? Qual o seu grau de parentesco com a pessoa cuidada? E quais as limitações da pessoa cuidada? Se adoecer, com quem a/o deixa? Quais os principais desafios do cuidador (desgaste físico, psicológico, etc.)? Tem algum tipo de apoio ou de estratégia para ultrapassar esses desafios?
Covid-19	Identificar alterações provenientes da pandemia	Em relação à atual circunstância quais os desafios acrescidos? Recebeu algum apoio?
Caraterização Socioeconómica	Percecionar o perfil do cuidador entrevistado	Dados pessoais: <ul style="list-style-type: none"> • Sexo • Escolaridade • Estado Civil

		<ul style="list-style-type: none">• Filhos menores de 12 anos• Idade <p>Qual a sua remuneração média?</p> <p>Que alterações propunha para melhorar a oferta de cuidados?</p> <p>Gostaria de acrescentar algo?</p>
--	--	------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

3- Guião das Entrevistas a Cuidadores Informais

Categoria	Objetivos	Questões
Relação	Identificar a perceção de um cuidador em relação a outro, assim como, as principais características	<p>Gostaria de começar por perguntar como vê a relação entre os diferentes tipos de cuidado - formal e informal?</p> <p>E como considera que esta relação deveria ser - mais centrada na substituíbilidade ou na complementaridade? Porquê?</p> <p>Quais são, na sua opinião, as 3 principais características para ser cuidador?</p>
Formação	Identificar se os cuidadores possuem algum tipo de formação específica	<p>O que é que o levou a ser Cuidador?</p> <p>Possui algum curso/formação específica?</p> <p>Se sim:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Em que área e em que medida considera que foi útil? <p>Se não:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Que formação lhe poderia ser útil de forma a facilitar o seu trabalho? <p>Quais as principais tarefas no seu dia-a-dia?</p>
Ser Cuidador	Perceber em que medida divergem os cuidados formais e informais	<p>Quais as vantagens de ser cuidador informal face ao cuidador formal em instituições?</p> <p>E face ao cuidador formal que toma conta da pessoa dependente em casa?</p> <p>E quais as limitações?</p> <p>Dispõe de folgas? E férias?</p> <p>Qual o seu grau de parentesco com a pessoa cuidada?</p> <p>Quais as limitações da pessoa cuidada?</p> <p>Se adoecer, com quem a/o deixa?</p> <p>Quais os principais desafios do cuidador (desgaste físico, psicológico, etc.)?</p> <p>Tem algum tipo de apoio ou de estratégia para ultrapassar esses desafios?</p>
Estatuto Cuidador Informal	Perceber se há impedimentos para obter o estatuto e o que leva algumas pessoas a não pedir o mesmo.	<p>Está familiarizado com as regras do Estatuto do Cuidador Informal?</p> <p>Já requereu o mesmo?</p> <p>Se sim:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Já lhe foi aceite ou teve alguns impedimentos? • Em que medida tem sido benéfico? <p>Se não:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Porquê?
Covid-19	Identificar alterações provenientes da pandemia	<p>Em relação à atual circunstância quais os desafios acrescidos?</p> <p>Recebeu algum apoio?</p>

<p>Caraterização Socioeconómica</p>	<p>Percecionar o perfil do cuidador entrevistado</p>	<p>Dados pessoais:</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Sexo ● Escolaridade ● Estado Civil ● Filhos menores de 12 anos ● Idade <p>Qual a sua remuneração média?</p> <p>Que alterações propunha para melhorar a oferta de cuidados?</p> <p>Gostaria de acrescentar algo?</p>
--------------------------------------------	------------------------------------------------------	------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

4- Guião das Entrevistas a Responsáveis por Respostas Sociais

Categoria	Objetivos	Questões
Caraterização Socioeconómica	Identificar o perfil do cuidador empregado na instituição	<p>Gostaria de começar por perguntar como perceciona a relação entre os diferentes tipos de cuidado - formal e informal?</p> <p>E como considera que esta relação deveria ser - mais centrada na substituíbilidade ou na complementaridade? Porquê?</p> <p>Considera que a mesma se altera com o tipo de valência em causa?</p> <p>Quais são, na sua opinião, as 3 principais características para ser cuidador?</p> <p>Relativamente aos cuidadores da instituição:</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Quantos cuidadores têm? ● Qual a proporção de mulheres? ● Qual a média de idades? ● Quantos cuidadores têm filhos menores de 12 anos? ● Qual o estado civil predominante? ● Qual a média de escolaridades? <p>Qual a remuneração média de um cuidador?</p> <p>É imposta alguma política de salário (horas extra, fins de semana, etc.)?</p>
Formação	Identificar se as instituições promovem algum tipo de formação	<p>A instituição promove aos cuidadores algum tipo de formação específica?</p> <p>Se sim:</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Em que áreas? <p>Se não:</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Porquê? ● Em que áreas considera que poderia haver formação?
Valências	Perceber o papel do cuidador nas diferentes valências de respostas sociais ao idoso	<p>Quais as vantagens/ desvantagens da institucionalização?</p> <p>Quais os principais desafios do cuidador (desgaste físico, psicológico, etc.)?</p> <p>Têm algum tipo de resposta a esse nível?</p> <p>Quais as valências desta instituição? (Lar, centro de dia, equipas domiciliárias...)?</p> <p>Enumere as principais causas de procura desta resposta social (por valência)</p> <p>Considera benéfico que as pessoas sejam tratadas em casa? Porquê?</p>
Covid-19	Identificar alterações provenientes da pandemia	<p>Em relação à atual circunstância quais os desafios acrescidos em termos de recursos?</p> <p>Receberam algum apoio institucional?</p> <p>Que alterações propunha para melhorar a oferta de cuidados?</p> <p>Gostaria de acrescentar algo?</p>