



UNIVERSIDADE DA BEIRA INTERIOR
Ciências Sociais e Humanas

Geração *Sandwich*: um estudo qualitativo para a compreensão da experiência afetiva e seus desafios

Brunna Emmanuelle Vila Nova Bezerra Targino

Dissertação para obtenção do Grau de Mestre em
Psicologia Clínica e da Saúde
(2º ciclo de estudos)

Orientadora: Professora Doutora Rosa Marina Lopes Brás Martins Afonso
Coorientadora: Professora Doutora Maria Luísa Frazão Rodrigues Branco

Covilhã, junho de 2019

Agradecimentos

Primeiramente agradeço a Deus, por guiar meus passos, sempre se fazer presente em minha vida e me conduzir a este momento. A Ele toda a honra e toda a glória!

Ao meu marido Carlos Alexandre, meu parceiro de vida e que sempre me apoiou e incentivou em todas as decisões. Sem ele, não teria conseguido.

Ao meu filho, Erick, inspiração de todas as minhas manhãs e que me impulsiona a buscar dias melhores.

À minha amada mãe Lídia, meu passaporte para vida e pilar incondicional.

Ao meu amado pai Raimundo Targino, que não se encontra mais no plano terrestre, mas sempre ressaltou a importância do estudo contínuo - “envelheça estudando”, dizia ele. Obrigada pai, por sempre confiar em mim.

Sem palavras para agradecer minha orientadora professora Doutora Rosa Marina Lopes Brás Martins Afonso, não só pela competência, mas pelo ser humano extraordinário que é. Meu muito obrigado pelo incentivo, paciência, consideração, ponderações e carinho demonstrado durante todo o nosso contacto nessa investigação.

À minha coorientadora professora Doutora Maria Luísa Frazão Rodrigues Branco, que aceitou de imediato em nos ajudar. Muito obrigada pelo seu valioso apoio e orientação.

Não poderia deixar de agradecer aos amigos que me apoiaram e as pessoas que aceitaram participar deste estudo, pois foram fundamentais para que ele ocorresse.

Gratidão e muito carinho a todos.

Resumo

Este estudo teve como objetivo geral explorar as experiências afetivas de mulheres, cuidadoras informais, pertencentes a geração *sandwich* (GS) do Brasil e de Portugal. Os objetivos específicos buscaram compreender e descrever as implicações que exercer o papel de cuidadora multigeracional tem nas várias esferas de suas vidas. Utilizou-se uma abordagem qualitativa pautado por uma análise de conteúdo de entrevistas semi-estruturadas, com recolha de dados por meio da realização de entrevistas individuais. Para tal, a amostra foi composta por 8 mulheres pertencentes a GS, sendo 4 portuguesas e 4 brasileiras. Depois do tratamento e análise dos dados recolhidos, o foco abrangeu 8 categorias principais: (1) saúde; (2) cuidados prestados aos filhos; (3) cuidados prestados aos(s) idoso(s); (4) experiência afetiva; (5) implicações do papel de cuidadora; (6) ganhos do cuidado multigeracional; (7) dificuldades do cuidado multigeracional e (8) estratégias de *coping* . Esses dados forneceram importantes indicadores das dificuldades e desafios diários enfrentados por essas mulheres, bem como as habilidades que desenvolveram para lidar com esse papel. Mostrou também que apesar das diferenças culturais entre Brasil e Portugal, há muitas experiências similares, dando assim importantes indicadores para o trabalho dentro do contexto clínico e a necessidade de desenvolver programas de apoio para a saúde da cuidadora, da família e do receptor de cuidados.

Palavras-chave

Geração *Sandwich*; cuidadores informais; mulheres; transcultural.

Abstract

The general objective of this study was to explore the affective experiences of women, informal caregivers, belonging to the sandwich generation (GS) in Brazil and Portugal. The specific objectives sought to understand and describe the implications that exercising the role of multigenerational caregiver has in the various spheres of their lives. We used a qualitative approach based on a content analysis of semi-structured interviews, with data collection through individual interviews. To this end, the sample consisted of 8 women belonging to the SG, 4 Portuguese and 4 Brazilian. After the treatment and analysis of the collected data, the focus was on 8 main categories: (1) health; (2) care provided to children; (3) care provided to the elderly; (4) affective experience; (5) implications of the caregiver's role; (6) gains from multigenerational care; (7) difficulties in multigenerational care and (8) coping strategies. These data provided important indicators of the difficulties and daily challenges faced by these women, as well as the skills they developed to deal with this role. It also showed that despite the cultural differences between Brazil and Portugal, there are many similar experiences, thus giving important indicators for the work within the clinical context and the need to develop support programs for the health of the caregiver, the family and the care recipient.

Keywords

Sandwich Generation; informal caregivers; women; cross-cultural

Índice

Introdução.....	1
Capítulo 1: Enquadramento Teórico.....	2
1. Envelhecimento da população	2
1.1. Envelhecimento no mundo.....	2
1.2. Envelhecimento no Brasil	3
1.3. Envelhecimento em Portugal.....	4
2. Envelhecimento e dependência.....	5
2.1. O cuidador informal.....	6
3. Surgimento da Geração <i>Sandwich</i>	7
3.1. Geração <i>baby boomers</i>	8
3.2. Configuração da geração <i>Sandwich</i>	9
4. A mulher GS e seus múltiplos papéis.....	10
5. Fatores de risco associados aos cuidadores.....	11
5.1. O impacto da situação econômica	13
6. Desafios e as estratégias adotadas pelos cuidadores	13
6.1. A Família como fonte de apoio	14
6.2. Fatores relacionados a sobrecarga do cuidador da GS.....	15
6.3. O ato de cuidar e seus benefícios.....	16
7. Estudos com a GS.....	17
7.1. Estudos Quantitativos sobre a GS	17
7.2. Estudos Qualitativos sobre a GS.....	23
Capítulo 2: Metodologia	25
1. Questões de investigação e tipo de estudo	25
1.2. Amostra.....	26
1.3. Instrumentos.....	27
1.4. Procedimentos de coleta e análise de dados.....	29
Capítulo 3: Resultados	32
Capítulo 4: Discussão / Conclusões.....	47
Bibliografia.....	57
Anexos	63

Lista de Tabelas

Tabela 1 - Fatores de sobrecarga dos cuidadores

Tabela 2 - Estudos quantitativos sobre a GS

Tabela 3 - Estudos qualitativos sobre a GS

Tabela 4 - Síntese sociodemográfica da amostra

Tabela 5 - Guião de entrevista

Tabela 6 - Saúde

Tabela 7 - Cuidados prestados aos filhos

Tabela 8 - Cuidados prestados ao(s) idoso(s)

Tabela 9 - Experiência Afetiva

Tabela 10 - Implicações do papel de cuidadora

Tabela 11 - Ganhos do cuidado multigeracional

Tabela 12 - Dificuldades do cuidado multigeracional

Tabela 13 - Estratégias de *Coping*

Tabela 14 - Convergências e especificidades de cuidadoras GS brasileiras e portuguesas

Lista de Acrónimos

IBGE - INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA

NAC - NATIONAL ALLIANCE FOR CAREGIVING

ONU - ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS

PORDATA - BASE DE DADOS PORTUGAL CONTEMPORÂNEO

WHO - WORLD HEALTH ORGANIZATION

Introdução

De tempos em tempos a humanidade dá saltos de desenvolvimento que ao mesmo tempo em que avançam tecnologicamente, os vieses de causas sociais mudam de forma extraordinária e até mesmo imprevisíveis. Quem diria que com o avançar científico a humanidade teria um recuo em termos de natalidade? As necessidades das pessoas modificam-se o tempo todo e as implicações sociais vão surgindo e em muitas vezes, sem sinalização de recuo.

Atualmente, embora os estudos e projeções da ONU - Organização das Nações Unidas apontem para um aumento na taxa de fertilidade, a de natalidade diminuiu e com ela, o aumento da expectativa de vida, principalmente nos países mais desenvolvidos (ONU, 2017). Dessa forma, o envelhecimento da população tem sido preocupação das políticas públicas e sociais em todo o mundo. As limitações funcionais decorrentes do próprio processo de envelhecimento, aliados ao surgimento de doenças que por vezes, se cronificam, culminam na dependência de um grupo de pessoas. Grande parte dos cuidadores desses indivíduos são informais, compostos em sua maioria por familiares (Sinha, 2012).

A geração de indivíduos que estão cuidando simultaneamente de seus pais e filhos é conhecida como a Geração *Sandwich* (Miller, 1981). As responsabilidades desses cuidadores são paralelas para com seus filhos, pais, cônjuges, no trabalho e consigo mesmos. Essas demandas, em muitos casos, exigem um suporte maior do que aquele que o cuidador (a) realmente possui, podendo levá-lo a um processo de exaustão e impactando significativamente em sua vida (Evans et al., 2016).

O objetivo desse estudo é compreender a experiência afetiva dessa Geração *Sandwich*, os principais problemas associados, como vivenciam e gerenciam esse suporte, que impactos essas múltiplas responsabilidades têm em suas vidas e assim, ser possível apreender que tipos de estratégias essas pessoas utilizam para tentar lidar com essas exigências, melhorando seu dia a dia e, conseqüentemente, daqueles que recebem seus cuidados. O intuito desse estudo é investigar a vivência dessas cuidadoras informais, independente do recebedor de seus cuidados terem ou não comprometimento cognitivo. Atualmente, há uma escassez na literatura com foco nos papéis dos cuidadores de geração *sandwich* (Steiner & Fletcher, 2017), sobretudo nos estudos qualitativos que abordem esse tema.

As dificuldades rotineiras e formas de superação das cuidadoras são o foco central aqui. O estudo também tem uma característica transcultural, uma vez que, as entrevistas foram realizadas com cuidadoras informais brasileiras e portuguesas, sendo possível fazer um viés comparativo entre as duas culturas, bem como (inter) relacionar a informação e conhecimento de ambas.

Capítulo 1: Enquadramento Teórico

1. Envelhecimento da população

Nas últimas décadas o comportamento social ganhou contornos diferenciados no que se refere a sua organização social e familiar. Isso advém de mudanças relacionadas a larga ocupação feminina nos postos de trabalho, exigindo dela mais tempo no investimento de sua qualificação profissional e educacional (Ramos, Faria, Oliveira, & Silva, 2012). Isso acaba tendo um impacto significativo na sua postergação da maternidade, no casamento e, conseqüentemente, no número de filhos (Kalache, Veras, & Ramos, 1987). A independência feminina e assunção de novos papéis na sociedade traz consigo reverberações sociais e mais especificamente, no processo de envelhecimento da população (Ramos et al., 2012). Os valores tradicionais foram substituídos, a família antes grande, deu espaço a uma família com número de membros reduzido - somente os pais e poucos filhos. Até mesmo o conhecimento acumulado foi desvalorizado em detrimento ao conhecimento técnico. O crescente número de mulheres assumindo posições no trabalho fora de casa mudou as expectativas das mesmas. Com o crescimento da população idosa aumentando, os gastos sociais para a manutenção dessa população economicamente improdutiva também aumentou (Kalache et al., 1987).

1.1. Envelhecimento no mundo

Dentre os fatores responsáveis pelo envelhecimento global, destaca-se a taxa de fecundidade, esta deve ser entendida como o número médio de filhos que tem cada mulher. De acordo com dados da Organização das Nações Unidas - ONU (2017), a taxa de fertilidade global (número de nascimentos projetados por mulher) desde 1990, segue a seguinte média e projeções: entre os anos 1990 -1995 a média de nascimentos por mulher era de 3, nos anos de 2010 - 2015 era de 2,5, a projeção para os anos entre 2045 - 2050 é de 2,2 e entre os anos de 2095 - 2100 é de 2. Observa-se uma diminuição com o passar dos anos, uma queda geral no número de nascimentos em todo o mundo. As baixas taxas de fertilidade de países mais desenvolvidos, como por exemplo, os países europeus, estão resultando em um envelhecimento da população global. No Brasil, a taxa de fecundidade está em queda acentuada, em um intervalo entre os anos de 2000 a 2005, a taxa de fecundidade caiu de 2,39 para 1,72 respectivamente, ficando abaixo até mesmo das projeções globais (IBGE, 2019).

Porém, o relatório informa que, apesar de estar ocorrendo uma queda mundial na natalidade (número de nados-vivos), há uma taxa de fertilidade relativamente alta nos países em

desenvolvimento, como por exemplo, os países africanos. Afirmam ainda que, mesmo com esse contraste, espera-se que a tendência de ascensão em tamanho da população continue (ONU, 2017). Atualmente a cada ano há um aumento mundial de 83 milhões de pessoas. Ocorre que, a expectativa de vida da população também aumentou, e os dados publicados pela ONU (2017) desde 1995 e suas futuras projeções para a expectativa global de vida são: entre os anos de 1990 - 1995 a expectativa era de 65 anos de idade. Entre os anos de 2010 - 2015 era de 71 anos de idade, e as projeções para os anos entre 2045 - 2050 é de 77 anos e entre os anos de 2095 - 2100 será de 83 anos de idade (ONU, 2017).

Para se entender o envelhecimento da população nos países europeus, é preciso perceber a seguinte dinâmica: houve nas últimas décadas altas taxas de natalidade no primeiro quarto do século associadas a taxas decrescentes de mortalidades em todos os grupos etários. Logo em seguida as taxas de natalidade decaíram, fazendo com que a proporção de adultos progressivamente aumentasse. Dessa forma, para que uma população envelheça é necessário primeiro que nasçam muitas crianças, segundo que as mesmas sobrevivam até idades avançadas e que, simultaneamente, o número de nascimentos diminua. Com isso a entrada de jovens na população decresce, e a proporção daqueles que sobreviveram até idades mais avançadas passa a crescer (Kalache et al., 1987).

Em suma, o quadro global de fertilidade mais baixa, aliado ao aumento da expectativa de vida, configura esse cenário de uma população com maior longevidade e conseqüentemente, mais envelhecida. Os avanços científicos e tecnológicos aumentam a qualidade de vida, diminuindo a mortalidade infantil e contribuindo para o aumento da esperança média de vida. O envelhecimento da população tem feito com que novas demandas sejam criadas do ponto de vista social para dar suporte a essas pessoas. Nos países mais desenvolvidos, muitas políticas públicas e de saúde tem sido alvo e pauta de discussões nessa área.

1.2. Envelhecimento no Brasil

Conforme acima apontado pelos dados da ONU, esse fenômeno de envelhecimento é global. Em países em desenvolvimento como o Brasil, um estudo sobre envelhecimento (Miranda, Mendes & Silva, 2016) da década de 70 até os dias atuais, refere que a população que era predominantemente jovem, passou a ter um contingente considerável de pessoas acima de 60 anos. Esse estudo afirma ainda que, por já ter um significativo número de idosos, enfrentar o envelhecimento no Brasil é urgente, necessitando se reorganizar e inovar tomando por base a experiência de países que já vivenciaram esse processo. Para isso será necessário o investimento em serviços públicos especializados, planejamento e políticas sociais para atender essa demanda.

Se o Estado não se preparar, a sociedade pagará o alto custo da crescente assistência à população idosa.

De acordo com o site do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatísticas (IBGE, 2017) a população brasileira manteve a tendência de envelhecimento dos últimos anos e ganhou 4,8 milhões de idosos desde 2012, superando a marca dos 30,2 milhões em 2017. Em 2012, a população com 60 anos ou mais era de 25,4 milhões. Os 4,8 milhões de novos idosos em cinco anos correspondem a um crescimento de 18% desse grupo etário, que tem se tornado cada vez mais representativo no Brasil. As mulheres são maioria expressiva nesse grupo, com 16,9 milhões (56% dos idosos), enquanto os homens idosos são 13,3 milhões (44% do grupo). “No Brasil, o número de idosos (≥ 60 anos de idade) passou de 3 milhões em 1960, para 7 milhões em 1975, e 14 milhões em 2002 (um aumento de 500% em quarenta anos) e deverá alcançar 32 milhões em 2020” (Veras & Oliveira, 2018). Esse quadro parece assim, ser um fato crescente e irreversível, não só no momento presente, mas também se acentuando no futuro.

A população idosa cresce a passos largos no Brasil e, atualmente, adota o conceito da Organização Mundial da Saúde de idoso como a pessoa acima de sessenta anos de idade. Com o crescimento de idosos em relação à população jovem, estima-se que em 2040 haverá uma proporção de cento e cinquenta e três idosos para cada cem pessoas menores de quinze anos (Miranda, Mendes & Silva, 2016). A idade média das mães no Brasil, ao nascimento do primeiro filho, é de 20 a 24 anos de acordo com o Censos Demográficos de 1991 e de 2000 (IBGE, 2005).

1.3. Envelhecimento em Portugal

Já em Portugal, ao ser analisado sua situação específica, a consulta às informações atuais da Base de Dados Portugal Contemporâneo (PORDATA), corrobora ainda mais essa mudança na vertente sociodemográfica que vem ocorrendo. De acordo com os dados de 2017 do PORDATA, a idade média que as mães estão tendo seus filhos é de 32 anos, ao passo que, há dezassete anos atrás, em 1990, essa idade era de 27 anos. A taxa de fecundidade da mulher portuguesa caiu drasticamente - em 1965 era de 95,7% e em 2017 foi para 37,2%. No que se refere a taxa de mortalidade bruta, permanece estável, com uma variação insignificante, em 1960 era 10,7% e em 2017 é de 10,6%. Já a taxa de mortalidade infantil, em 1960 era de 77,5% e caiu para 2,6% em 2017. A taxa de natalidade foi de 24,1% em 1960 para 8,4% em 2017. Analisando esses dados, pode-se afirmar que Portugal caminha para uma população cada vez mais envelhecida e com menor renovação geracional.

Os comportamentos demográficos (mortalidade e fecundidade) alteraram-se significativamente, gerando uma mudança no perfil da sociedade, havendo já quem a caracterize como a sociedade «4-2-1», (quatro avós, dois pais e um filho) em substituição da sociedade passada,

apelidada de «1-2-4» (Rosa, 2012, p.32). Isso significa que as famílias estão menores e a faixa etária entre netos e avós é maior do que antes (DeRigne & Ferrante, 2012). Para (Oliveira, 2005, citado por Almeida, 2013), não são apenas fatores como a melhoria das condições de saúde que influenciaram no aumento da população idosa, a inversão na base da pirâmide demográfica, que deveria ser composta maioritariamente por jovens, e não está ocorrendo. Ele credita isso às mudanças sociais, económicas e de valores, em que imperam o individualismo, as maiores exigências profissionais, o casamento tardio e o controlo de natalidade.

As políticas públicas têm atuado no sentido de incentivar cada vez mais o envelhecimento ativo. Embora seja de suma importância esse assunto, o foco do presente estudo está relacionado aos idosos que possuem graus variados de dependência. Dessa forma, os dados aqui trazidos serão direcionados a essa parte da população em especial.

2. Envelhecimento e dependência

O processo de envelhecimento exige adaptações e readaptações que vão adquirindo necessidades não só sociais, mas físicos e pessoais. O envelhecimento traz consigo a perda de algumas funcionalidades, muitas vezes concomitante ao aparecimento de doenças que podem ser pontuais ou crônicas (Caldas, 2003).

O conceito de envelhecimento tem diferentes nuances, apresentadas por diferentes autores. Para Ferreira, Santos e Maia (2012) o envelhecimento humano faz parte de um processo do ciclo evolutivo, mas que pode trazer riscos ao bem-estar psicológico e à qualidade de vida, uma vez que é acompanhado por perdas significativas. Para Lima (2010 p.10), a velhice além de ser um fenómeno complexo e multideterminado, também é um processo biológico no sentido deletério, e acrescenta que, envelhecer é um processo constante e previsível. Para Fontaine (2000), o envelhecimento não é um estado, mas sim um processo de degradação progressiva e diferencial. Ele a define como natural e inerente a todos os seres vivos, sendo assim, a morte do organismo. Prever o seu início torna-se quase impossível, pois ele pode se situar nos níveis: biológico, psicológico ou sociológico, variando sua gravidade e velocidade diferentemente em cada indivíduo.

Todas as definições de envelhecimento incluem o desgaste físico inerente ao tempo, assim, o declínio orgânico é um fato, bem como o funcional. Porém, essas perdas podem se tornar maiores ou menores de acordo com a característica de cada um, com as suas condições de vida, seu suporte social e emocional.

A capacidade funcional do idoso é um fator fundamental no processo de envelhecimento (Franchi et al., 2008). Ela está intimamente ligada as questões da qualidade de vida e determinará

o êxito no desempenho das suas atividades diárias. Em contraponto, o declínio dessa capacidade funcional intensifica o surgimento de problemas, gerando dependência. A capacidade funcional pode ser definida como a autonomia da pessoa para a realização de tarefas que fazem parte do cotidiano de vida assegurando-lhe a possibilidade viver sozinho em seu domicílio (Caldas, 2003). Para que um idoso seja considerado independente do ponto de vista funcional, precisa desempenhar sozinho, sem a ajuda de outras pessoas, atividades básicas (ABVDs), atividades instrumentais (AIVDs) e atividades avançadas de vida diária (AAVDs). De acordo com (Alves, Leite, & Machado, 2008) a primeira é relacionada ao autocuidado e as atividades básicas da vida diária, a segunda está relacionada a habilidades para interagir com a comunidade e o meio ambiente para manter sua independência e a terceira seriam aquelas que permitem ao indivíduo a participação em atividades de âmbito recreativo e de trabalho.

Alguns exemplos da atividade básica diária (ABVD): alimentar-se, ir à casa de banho, escolher o que vestir, fazer a higiene sozinho, tomar banho e vestir-se, controlo dos esfíncteres, subir e descer escadas, transferir-se da cadeira para a cama e deambular.

Como exemplo das atividades instrumentais (AIVD) podem ser citados: capacidade de gerenciar as finanças, dirigir ou utilizar o transporte público, fazer compras, preparar refeições, usar o telefone ou outros meios de comunicação, gerenciar as medicações, limpar e fazer a manutenção das tarefas domésticas da casa (Alves et al., 2008). Como exemplo das atividades avançadas da vida diária (AAVD) pode-se destacar: prestar algum trabalho voluntariado ou remunerado, realização de atividades físicas, desenvolver trabalhos manuais, envolver-se em jogos de passatempo e tabuleiros, cuidar de animais, participar de cursos, ler e fazer palavras cruzadas dentre outros (Alves et al., 2008).

As atividades acima elencadas, quando comprometidas, ou seja, quando o idoso não tem mais autonomia para executá-las, o coloca em uma situação de dependência, que pode variar em termos de grau, como mais avançado ou não. E são nesses casos que o cuidador entra como figura essencial na vida dele.

2.1. O cuidador informal

Quando boa parte das funcionalidades do idoso estão comprometidas, geralmente é necessário a intervenção ou ajuda de outras pessoas, designado cuidadores, que podem ser formais e informais. Os primeiros referem-se aos profissionais que são remunerados para cuidar do idoso e os segundos são geralmente amigos ou familiares. Muitos são os casos em que o indivíduo assume a responsabilidade de ser um cuidador informal de idoso em circunstância da relação familiar e/ou de proximidade, e não em decorrência de uma decisão livre e consciente (Mónico et al., 2017).

Os cuidadores informais, que frequentemente são os familiares, são aqueles que atendem às necessidades de autocuidado de indivíduos com algum grau de dependência. Ele irá garantir que essas pessoas tenham suas necessidades diárias assistidas, assumindo assim, uma responsabilidade que poderá se prolongar até a morte do assistido (D'Elboux & Oliveira, 2012).

Podem haver algumas divergências de definição entre os estudos, decorrente da variabilidade de fatores relacionados ao cuidado (Roth, Fredman, & Haley, 2015). Dentre esses fatores destacam-se, a relação entre o cuidador e o seu beneficiário (pai, cônjuge, filho, familiar ou amigo), se é co-residente ou não com o beneficiário, qual o tipo de apoio prestado (primário ou mais secundário), as condições clínicas do beneficiário (demência, problemas de mobilidade física etc.) e frequência dos cuidados (regulares, ocasionais ou de rotina). Os indicadores sobre os tipos de cuidadores serão definidos de acordo com a perspectiva política pública e de estudo (Roth et al., 2015).

Na situação de dependência, de maneira geral é a família quem acolhe a pessoa idosa (Pope, Giger, Lee, & Ely, 2017). Os cuidadores podem estar envolvidos na prestação dos cuidados "práticos" ou também na organização dos cuidados prestados por outros, por vezes à distância (Goodhead & McDonald, 2007). O cuidado informal encontra-se intrinsecamente relacionado com as noções de família e está sujeito às mudanças demográficas que afetam as mesmas, resultando, em parte, das expectativas sociais da família e das obrigações dos membros da família uns com os outros (Goodhead & McDonald, 2007).

Entender os cuidadores informais é necessário, uma vez que, não só sua vida e saúde mental são importantes para si, mas também para quem recebe seus cuidados (Do, Norton, Stearns, & Van Houtven, 2015). Um dos focos no estudo de cuidadores, são os pertencentes à denominada geração *sandwich*.

3. Surgimento da Geração *Sandwich*

Em 1981, Doroty Miller descreveu um segmento da população entre 45 e 65 anos de idade que seriam filhos de idosos e, simultaneamente, tinham filhos, denominando-os como geração *sandwich* (GS). Essas pessoas eram responsáveis pela tomada de decisão na sociedade e possuíam uma posição de destaque na família, dado a uma junção nas famílias nucleares com um estado de dependência parcial, havendo uma troca de serviços (Miller, 1981). Segundo a autora, essa posição dos filhos em relação aos seus pais, filhos e até netos, deixa-os expostos a um conjunto de tensões no qual a doação de recursos e serviços é desigual em relação ao recebimento ou troca deles. A GS é aquela que precisa enfrentar a perda de sua própria juventude, reconhecendo em si seus próprios

processos de envelhecimento. Essa também é uma fase em relativo equilíbrio da situação econômica, do casamento e dos seus relacionamentos pessoais. Também é durante esse período que descobrem que seus filhos estão crescendo para tornarem-se independentes ao passo que, seus pais estão fazendo o caminho inverso - da autonomia para a dependência (Miller, 1981).

Na GS, as pessoas precisam equilibrar as responsabilidades de cuidar duplamente, tanto das crianças como dos membros da família que estão envelhecendo (DeRigne & Ferrante, 2012). O foco de pesquisa da GS é na chamada geração do *baby boom*, composta por pessoas com idades compreendidas entre 45 e 55 anos. Porém, pode também englobar outras pessoas de qualquer geração, que acumulam várias funções em diferentes gerações. O *sanduíche* real ocorre quando as pessoas gerenciam as demandas de muitas responsabilidades e papéis diferentes em suas vidas (Keene & Prokos, 2007, citado por DeRigne & Ferrante, 2012). As pessoas que precisam cuidar de seus filhos, bem como de uma pessoa idosa, geralmente um dos pais, necessitando equilibrar também o trabalho, as tarefas de casa e o planejamento familiar são integrantes da GS (Williams, 2004).

Falar em GS requer a compreensão de como surgiram. Pois a contextualização sócio-histórico irá se refletir no perfil dessa geração, seus comportamentos e posições dentro da sociedade.

3.1. Geração *baby boomers*

A denominação geração *baby boomers* refere-se as crianças que nasceram no período pós-guerra, compreendido entre 1946 e 1964. Nessa época, houve uma grande explosão demográfica - nascendo 78 milhões de pessoas - por isso a expressão "*baby boom*". A taxa anual de natalidade alcançou níveis altíssimos e até os dias de hoje, nunca mais foi registrado uma situação como essa, pois a taxa de natalidade só tem decrescido (Kotler & Armstrong, 2003).

Segundo (Botelho, Souza, Ferreira & Siqueira, 2018), nessa geração destacam-se como características o facto de serem pessoas motivadas, otimistas e *workaholics*. Considera-se que, por terem nascido num período de crescimento econômico, no final da segunda Guerra Mundial, idealizavam atuar na reconstrução de um novo mundo pós-guerra. Ao longo de suas trajetórias, essa geração, foi educada para competir, trazida com muita disciplina, ordem e respeito pelos outros. Paralelamente a esse período, pode-se destacar as conquistas femininas adentrando cada vez mais no mercado de trabalho, buscando sua estabilidade financeira e familiar, tendo que se dividir assim, entre ambos (Botelho et al., 2018).

Os *baby boomers* mais jovens estão na faixa dos 40 anos, começando a experimentar as angústias da meia-idade, repensando o valor e o propósito de seu trabalho, suas responsabilidades

e seus relacionamentos (Kotler & Armstrong, 2003). São essas pessoas que irão compor a configuração da GS. As modificações sociais (movimento das mulheres, revolução sexual, aumento das oportunidades educacionais), moldaram os laços familiares dos *baby boomers* (Fingerman, Pillemer, Silverstein, & Suito, 2012). Eles entraram na meia idade com as responsabilidades do trabalho, prestação de assistência aos pais e aos filhos que demandam de uma educação mais prolongada e conseqüentemente, uma transição mais lenta para a vida adulta. Essa divisão intergeracional entre ajudar os filhos e os pais é que os colocam em uma posição de *sanduíche* (Fingerman et al., 2012).

3.2. Configuração da geração Sandwich

Não há um consenso entre os autores sobre o perfil do cuidador GS. Dorothy Miller em 1981, utilizou o termo pela primeira vez e referia-se as mulheres na faixa de 40 anos de idade com responsabilidades de cuidar de seus filhos pequenos, e ao mesmo tempo, de seus pais idosos entre 60 e 70 anos de idade. A faixa etária dessa geração sofreu alterações, com as mudanças sociodemográficas e sociais.

Em seu estudo acerca da GS (Nichols & Junk, 1997), traçaram o perfil desses cuidadores como sendo indivíduos imprensados que estivessem fornecendo apoio financeiro a uma criança, e prestando apoio a um dos pais ou cônjuge ou aos pais do parceiro, nesse estudo em particular, a maioria era do sexo masculino, com idade variando entre 40 e 60 anos e casados. De acordo com um estudo americano (Taylor & Parker, 2013), a GS é composta em sua maioria por pessoas de meia-idade, estando entre 40 e 59 anos, casadas, que trabalham ou possuem alguma ocupação, dão suporte físico ou emocional a um ou mais idosos, tem filhos menores de 18 anos ou fornecem apoio financeiro a uma criança adulta de 18 anos ou mais (Taylor e Parker, 2013). No Canadá, uma pesquisa retratando o perfil dos cuidadores GS foi conduzido por (Sinha, 2012) e apontou que as mulheres representavam a maior parte dos cuidadores, em sua maioria tinham trabalho remunerado, cuidavam dos pais ou de parentes, com filhos não necessariamente menores de 18 anos, mas que requeriam ainda algum tipo de suporte. Independente dos detalhes que os divergem, são estas características que irão exigir responsabilidades geracionais múltiplas.

A GS é composta por homens e mulheres e ambos possuem a mesma probabilidade de serem membros da GS (Taylor e Parker, 2013), apesar de, na revisão da literatura efetuada no âmbito desta dissertação, as mulheres aparecerem mais do que os homens (World Health Organization, 2015; Sinha, 2012). O relatório de estudos dos Estados Unidos da National Alliance for Caregiving (NAC) de 2009, também informa que aproximadamente 66% dos cuidadores familiares são mulheres, e com uma idade média de 49 anos. No entanto, é cada vez mais comum encontrar homens assumindo responsabilidades de cuidadores dentro da família (Kowk, 2006 citado por Young, 2017).

4. A mulher GS e seus múltiplos papéis

Tal como foi mencionado, a maioria dos cuidadores informais são mulheres, que ocupam uma posição de destaque dentro da família na gestão e cuidados voltados aos receptores de cuidados, bem como na dinâmica familiar (Goodhead & McDonald, 2007).

As mulheres desempenham vários papéis - mãe, filha, profissional, esposa, dentre outros. E enquanto cuidadora, há fortes evidências de que as mulheres, geralmente, são as cuidadoras primárias, gastando mais tempo no ato de cuidar e, sendo assim, mais envolvidas no cuidado do que os homens (Goodhead & McDonald, 2007). Todos esses papéis precisam ser desempenhados simultaneamente, sendo difícil desvincular-se de um e abster-se do outro.

A percepção de um elevado número de papéis pode ter uma influência negativa sobre o cuidador, influenciando o seu bem-estar (Young, 2017). Todavia, quando esses papéis estão claros e suas expectativas em relação a cada um são bem compreendidas e percebidas, a tensão vivenciada, tende a ser moderada (Young, 2017). Assim, a separação do que cada papel representa para a cuidadora é importante para que a mesma consiga equilibrar-se emocionalmente no seu dia a dia.

Para equilibrar-se face os múltiplos papéis, a cuidadora da GS precisa ser flexível nessa troca, para que dê conta de suprir as demandas familiares (Osborne & Felderhoff, 2014). Um exemplo dessa transição de papéis é, dentro da relação parental, a filha ter de assumir a posição materna, face aos cuidados que um de seus pais podem exigir em virtude de uma doença. Ela deixa temporariamente o papel de filha, para exercer o papel de “mãe”, isso indica a complexidade no papel de cuidador (Steiner & Fletcher, 2017). Essa flexibilidade quando bem aplicada, também pode funcionar como um mecanismo de proteção emocional (Osborne & Felderhoff, 2014).

A maioria das mulheres da geração sanduíche relatam que no desempenho de seus papéis enquanto cuidadoras, sempre ocorre a prestação de cuidados físicos e atividades instrumentais da vida diária (AIVDs) e nos casos em que o idoso(a) tem algum tipo de dificuldade, atividades básicas da vida diária (ABVDs) também ocorrem (Steiner & Fletcher, 2017). As mulheres são significativamente mais propensas a ajudar os pais com limpeza e compras (DeRigne & Ferrante, 2012). Os papéis também envolvem um nível de cuidado emocional, fornecendo apoio aos seus beneficiários em mudanças relacionadas à idade, na superação de problemas médicos, mudanças conjugais e lutos (Steiner & Fletcher, 2017).

O papel de cuidadora envolve um grande comprometimento físico e mental e para o desempenho dos vários papéis (mãe, trabalho, cônjuge, cuidadora), exige-se um verdadeiro

“malabarismo”, sentem-se frequentemente, em conflito por ter que restringir seu tempo com a família e com outras pessoas de sua vida social (Steiner & Fletcher, 2017).

Em relação aos filhos, o estudo de (Steiner & Fletcher, 2017) sobre cuidadores da GS, apontou resultados em que as participantes acreditam que o papel de cuidadora dos filhos implica em uma sobreposição de papéis, em que o cuidar dos filhos consiste em cuidar em um nível mais emocional e também em dar assistência nas tarefas em que não conseguem realizar sozinhas. Elas também experienciaram mudanças ou transições em seus papéis de cuidadores no momento em que os pais ou sogros mudaram rapidamente ao terem a saúde declinada, constatando-se que a intensidade do papel de cuidadora varia dependendo do tipo de ajuda que o beneficiário requer (Steiner & Fletcher, 2017).

5. Fatores de risco associados aos cuidadores

As responsabilidades que um cuidador assume se fundem com todas as outras áreas de sua vida, uma vez que, é necessário gerir o tempo, planejar e direcionar suas atividades não só para sua vida pessoal, mas também para àquele que recebe seus cuidados (Diniz et al., 2018). Essas demandas, podem afetar a saúde física e mental do cuidador (Chassin, Macy, Seo, Presson & Sherman, 2010) .

Segundo uma pesquisa feita sobre cuidadores no Reino Unido (Cares UK,2017), os cuidadores estão atingindo o “ponto de ruptura”, pois muitas vezes precisam lutar para conseguir tirar pelo menos um dia das responsabilidades de cuidador por anos a fio. Acrescenta ainda, que, 40%, ou seja, 4 em cada 10 cuidadores informais não tiveram uma pausa em mais de um ano e que 1 em cada 4 cuidador (25%), não recebeu nenhum dia de cuidado ao longo de cinco anos. (Cares UK, 2017). Os cuidadores também enfrentam dificuldades, quando procuram serviços para si mesmos. Na maioria dos países subdesenvolvidos e emergentes, nenhum serviço de apoio está rotineiramente disponível para cuidadores familiares. Mesmo em muitos países de alta renda, existem barreiras ao acesso e à aceitação, incluindo a falta de reconhecimento do papel de cuidador (WHO, 2015).

A grande dedicação e esforço do cuidador, pode levar à um processo de exaustão, levando-o até mesmo a desconsiderar suas próprias necessidades, deixando de viver sua vida e interesses e voltando-se apenas ao idoso (Diniz et al., 2018). Isso pode acarretar em sentimentos de solidão e isolamento social, tristeza, tensão, ansiedade, preocupação e problemas de sono (Diniz et al., 2018). O aumento de responsabilidade percebido pelo cuidador da GS desempenha um papel em afetar negativamente o seu bem-estar (Young, 2017). Cuidadores informais relataram sentir-se

sobrecarregados e conseqüentemente, com um desconforto emocional maior (Diniz et al, 2018). Apesar do estresse percebido, os cuidadores associam o autocuidado diretamente ao bem estar emocional e à saúde em geral (Pope et al., 2017). As mulheres tendem a reagir ao cuidado sentindo-se mais sobrecarregadas, podendo tornar-se mais deprimidas, é o que sugerem algumas evidências (Goodhead & Mcdonald, 2007).

Alguns outros aspetos parecem influenciar a qualidade do apoio prestado pelo cuidador. Um deles está relacionado a distância que o cuidador vive ou mora em relação à pessoa recetora dos seus cuidados e de seus irmãos, que podem auxiliar no apoio (Young, 2017). Quanto mais próximo morarem os irmãos do cuidador principal, maiores as chances de o mesmo receber assistência e apoio para os cuidados que realiza. Já a distância que o cuidador vive daquele que recebe seus cuidados, pode influenciar a tensão no emprego, as despesas de renda, o tempo e na qualidade do relacionamento conjugal (Young, 2017).

A idade dos filhos também é um fator que faz diferença na tarefa do cuidador. Filhos mais novos necessitam de cuidados e responsabilidades maiores, exigindo assim, mais tempo do cuidador, podendo até mesmo ocasionar uma disputa entre os familiares e o cuidador principal (Steiner e Fletcher, 2017).

A saúde emocional do cuidador é importante tanto para o próprio, como para os familiares e para o assistido de seus cuidados. O papel de cuidador exige disponibilidade e todos os cuidados afetam a alocação de tempo e atenção entre os membros da família, reduzindo o tempo de atividades sociais entre eles (Goodhead & Mcdonald, 2007). Isso pode se tornar um problema em muitas famílias, trazendo desgaste entre todos os membros do núcleo familiar. Conflitos familiares podem surgir quando o cuidador percebe a tarefa como altamente desgastante (Diniz et al. 2018).

Ao se falar em tempo gasto por parte dos cuidadores, avaliações relativas ao atendimento dos indivíduos da GS mostram diferenças entre o cuidado prestado em um dia somente ao idoso e cuidados em que se necessitou dar suporte também à criança, mostrando que o segundo, envolve cargas temporais bem maiores, confirmando que fornecer cuidados em *sanduíche*, requer um tempo maior (Suh, 2016) . Observou-se também que mulheres entre 45 - 64 anos dedicam mais tempo em média a essa forma de cuidado duplo, sobrecarregando-as significativamente (Suh, 2016).

Nos casos de pessoas dependentes com doenças mentais, a relação entre o cuidador e o recetor podem exigir adaptação contínua devido a flutuações no estado psicológico do recetor (Goodhead & Mcdonald, 2007).

5.1. O impacto da situação econômica

De acordo com estudos relatados por Young (2017), a renda familiar é um fator que pode influenciar significativamente no apoio prestado pelo cuidador. Os múltiplos papéis que a GS assume, pode fazer com que o emprego fique afetado, uma vez que implica equilibrar não só as exigências do trabalho e família, mas, também, o tempo e os recursos financeiros. Caso o cuidador seja a única e ou principal fonte de renda, essa responsabilidade se intensifica, pois além do trabalho remunerado, há a segunda carreira dele que é a de cuidador(a). Caso não seja a fonte de renda principal da família, muitas vezes precisam trabalhar apenas meio período ou até mesmo, abdicarem de sua carreira e emprego (Young, 2017). No Canadá, cerca de 43% dos empregados que são cuidadores precisam interromper suas rotinas de trabalho para prestar cuidados ao familiar doente, precisando sair mais cedo ou ausentando-se totalmente durante o dia (Sinha, 2012).

O número de crianças e a situação financeira interferem também no autocuidado, quanto menor os recursos econômicos, mais dispendioso se torna para o cuidador (Do, Cohen & Brown, 2014). O apoio financeiro dos cuidadores da GS aos pais é muito mais comum do que outras formas de assistência, mas a assistência financeira aos filhos é maior do que para os pais, pois além das despesas domésticas, de alimentação e saúde, há os gastos educacionais (Pierret, 2006). Nas famílias com baixa renda, para compensar a falta de dinheiro, os filhos utilizam-se da ajuda da comunidade e oferecem ajuda não monetária (Nichols & Junk, 1997).

6. Desafios e as estratégias adotadas pelos cuidadores

Por ser uma tarefa altamente desgastante não só do ponto de vista físico, mas psicológico também, esses cuidadores devem desenvolver mecanismos de resiliência para lidar com as multitarefas do dia a dia (Wingham, Frost, & Britten, 2017). A resiliência é entendida aqui como um fenômeno da superação do estresse ou adversidade, tendo um resultado relativamente bom ao sujeito, mesmo apesar de sua experiência em situações adversas (Rutter, 1999).

Ter um companheiro foi relatado pelos cuidadores como uma forma de suporte (Diniz et al. 2018). Saúde do cuidador, redes e apoio social e religiosidade também são apontados como fatores de proteção para os cuidadores de idosos da GS. Estudos realizados com GS de cuidadores de veteranos de guerra com algum tipo de comprometimento cognitivo degenerativo, sugerem que o cuidador precisa de planejamento diário, ajuda e envolvimento de toda a família para garantir um cuidado com conforto e segurança ao idoso e que isso também é importante para a autoeficácia dos papéis que precisam desempenhar, condizendo com os estágios da vida (Osborne & Felderhoff, 2014). Algumas características pessoais podem contribuir para o aumento da resiliência, tais como:

comprometimento pessoal, otimismo, desenvoltura e capacidade de ressignificar desafios como oportunidades (Pope et al., 2017).

A idade atua como um diferencial no enfrentamento das situações adversas relacionadas a família, é o que sugere o estudo de Staudinger e Bluck (2001). Na perspectiva teórica desses autores, na meia-idade, os indivíduos possuem níveis elevados de recursos externos e internos que podem competir entre si, de acordo com o excesso de responsabilidades e múltiplos papéis que podem ser demandados dos mesmos, obrigando-os a fazer escolhas de onde deve priorizar o foco de seus recursos (Staudinger & Bluck, 2001).

Cuidadores que recebem assistência para o apoio e alívio de papel reduzem potencialmente o estresse, melhorando sua qualidade de vida (Collins & Swartz, 2011). Também é importante que os cuidadores tentem identificar as melhores estratégias para atender suas necessidades específicas (Pope et al. 2017), isso permitirá manter suas estruturas de apoio e melhorar seu autocuidado.

6.1. A Família como fonte de apoio

Ter uma família unida, que ofereça ajuda, permite ao cuidador da GS uma melhor capacidade de gerenciar e se organizar no cuidado prestado. Uma rede de apoio constituída de amigos e familiares é necessário para cuidadores da GS (Ward & Spitze, 1998).

Cada família tem sua dinâmica própria, e, havendo uma comunicação disfuncional, tem um efeito prejudicial na qualidade do relacionamento (Young, 2017). De acordo com Barber e Pasley (1995), as mulheres tendem a experimentar maior tensão nas relações familiares e declínio na saúde do que os homens.

Um estudo com foco nos papéis dos cuidadores GS indicou diferenças de gênero na execução das tarefas familiares constatando-se que as mulheres se envolvem mais no cuidado ao idoso, enquanto os homens geralmente se dedicam mais ao cuidado dos filhos, auxiliam no transporte e em questões relacionadas a finanças (Steiner & Fletcher, 2017), isso vale também para os cônjuges das cuidadoras GS, indicando que os mesmos acabam por cumprir um papel importante no auxílio as suas esposas (Steiner & Fletcher, 2017).

Sinha (2012) relatou que, embora as mulheres sejam mais propensas do que os homens a prestarem cuidados relacionados ao trabalho doméstico, como o preparo de refeições, rotinas de higiene e ajuda com tratamentos médicos, por outro lado, as tarefas que envolvem a manutenção da casa ou algum trabalho que necessite ser feito ao ar livre, são mais frequentemente realizados pelos homens (Sinha, 2012).

Quando as mulheres GS sentem-se satisfeitas com seus empregos, felizes em seus casamentos e têm uma sensação de proximidade familiar, os relatos de sofrimento psicológico são menores (DeRigne & Ferrante, 2012). Ou seja, a satisfação com outras áreas da vida é um fator moderador do impacto psicológico que a tarefa de cuidadora exige. De maneira geral, independente do gênero, os cuidadores são mais positivos quando recebem a ajuda dos outros (Goodhead & Mcdonald, 2007).

A prestação de apoio familiar aos pais advém das experiências familiares precoces de apego e reciprocidade. Isso implica que, os indivíduos que tiveram investimento afetivo e financeiro em suas infâncias, na idade adulta, se houver necessidade, retribuirão aos seus pais amparando-os na velhice (Kohli, 2004).

Cuidadores de familiares com demência, possuem maiores propensões a desenvolverem transtornos de ansiedade, adoecerem e terem uma maior taxa de mortalidade comparado com a população em geral (WHO, 2015). Sem o apoio adequado, pode ser necessário prestar cuidados em tempo integral, tendo que reduzir o trabalho ou até mesmo, deixá-lo (WHO, 2015). De acordo com Stoller e Cutler (1993), embora tenha ocorrido um ligeiro aumento de homens como cuidadores primários, eles são mais tendenciosos a buscar ajuda com os cuidados formais.

6.2. Fatores relacionados a sobrecarga do cuidador da GS

Embora muitas pesquisas relacionadas aos cuidados informais tenham como foco a saúde e os cuidados de saúde do idoso, o cuidado informal também pode ter sua saúde afetada negativamente, podendo ser exemplificado em tarefas que envolvem o esforço físico como ter que levantar um idoso diariamente, isso pode levar à dores físicas por parte do cuidador, demandando até mesmo, o uso de medicação (Do, Norton, Stearns & Van Houtven, 2015). Quando as demandas de cuidado excedem os recursos psicológicos ou sociais para lidar com o estresse a ele associado, podem ocorrer rupturas imunológicas e neuroendócrinas que aumentam os risco de declínio da saúde (Roth et al., 2015).

A fase inicial da prestação de suporte pode acarretar maiores efeitos na saúde do cuidador, conforme apontado por (Do et al., 2015), segundo esses autores, isso decorre das mudanças que os novos cuidadores podem experienciar em suas vidas. Mas ressaltam também que, da mesma forma, o cuidado a longo prazo também pode impactar desfavoravelmente na saúde dos cuidadores.

Os cuidadores familiares são negligenciados pelos sistemas de saúde e de cuidados a longo prazo (Shaji & Reddy, 2012). A falta de tempo para si, pode levá-los a negligenciar sua saúde, deixando de fazer exames, acabam não evitando problemas de saúde (Shaji & Reddy, 2012). Muitos cuidadores informais relatam sintomas físicos e emocionais como depressão, alteração da

autoestima, *stress*, constrangimento, frustração, fadiga, tensão e redução de convívio, resultando assim, em crises que podem afetar tanto o bem-estar do doente quanto o do cuidador (George & Gwyther, 1986).

A tabela 1 contém o resumo de alguns fatores que podem influenciar na sobrecarga dos cuidadores.

Tabela 1. Fatores de Sobrecarga dos Cuidadores

Fatores	Consequências	Autores/estudos
Limitações funcionais altas do recetor de cuidados nas AIVDs e ABVDs.	O cuidado informal prolongado a idosos com quadros de demência e dificuldades nas tarefas do dia a dia, tem efeitos adversos na saúde do cuidador.	Do, Norton, Stearns & Van Houtven (2015)
Recetores de cuidados com doença física ou doença mental	Cuidar de um parente com doença psicológica, aumenta a probabilidade do cuidador desenvolver um transtorno de ansiedade. Fatores sociodemográficos podem influenciar no desenvolvimento dos sintomas.	Markey (2015)
Estilos de vida considerados pouco saudáveis por parte dos cuidadores	A ausência de práticas de estilo de vida saudáveis, como comer regularmente, dormir e falta de práticas de desporto por parte dos cuidadores, aumentam os riscos da saúde física e mental.	NiKora et al. (2004)
Multiplicidade de tarefas	A multiplicidade de tarefas diárias no apoio ao familiar dependente, acarreta elevada sobrecarga ao cuidador, afetando negativamente os cuidados prestados, a relação interpessoal e a perceção da autoeficácia dos cuidados prestados.	Mónico et al. (2017)

6.3. O ato de cuidar e seus benefícios

Estudos sobre a prestação de cuidados multigeracionais da GS indicam que também podem existir implicações positivas, nomeadamente quando as relações com os pais idosos e os filhos pequenos são boas, que se traduzem, por exemplo, em relatos de bem-estar conjugal (Ward & Spitze, 1998).

A qualidade da relação prévia entre o idoso e seus cuidadores influenciam na forma como os cuidadores fazem a perceção positiva ou negativa desse papel (Goodhead & Mcdonald, 2007). Os aspetos positivos são concebidos como ganhos subjetivos e não objetivos, como por exemplo: a perceção de que o recetor do cuidado é feliz; aumento da relação de proximidade e companheirismo; aumento da coesão familiar e cooperação mútua; aquisição de novas habilidades, crescimento pessoal e amadurecimento com o ato de cuidar; ter a sensação de cumprimento de

um dever estando de acordo com seus princípios éticos e religiosos (Boll & Ferring, 2016). Assim, cuidar de um familiar dependente, significa, poder retribuir emocionalmente a quem também já foi um cuidador, traduzindo assim, não só o cumprimento de uma “obrigação moral”, mas também a demonstração de respeito e afeto profundo por ele (Martins, Ribeiro, & Garret, 2003).

7. Estudos com a GS

Dado o crescente interesse nos estudos com a GS, diversas pesquisas qualitativas e quantitativas com variáveis bem diversificadas já foram feitas. Segundo a revisão efetuada no âmbito desta dissertação, as pesquisas qualitativas são mais escassas, mas não menos importantes.

7.1. Estudos Quantitativos sobre a GS

No que concerne aos estudos quantitativos, foi realizado um estudo por (Do, Cohen & Brown, 2014) para avaliar se a associação entre o cuidado e a saúde autorreferida do cuidador informal da GS variava de acordo alguns fatores, por exemplo: ter de cuidar de filhos pequenos, a etnia e seu status econômico. Essa pesquisa realizada nos Estados Unidos da América, utilizou uma base de dados extraída do Sistema de Vigilância de Fatores de Risco Comportamentais (BRFSS), em que foi selecionado uma amostragem com as variáveis de idade, sexo, IMC, ruralidade, emprego, raça/etnia, renda e número de filhos. A análise estatística foi feita usando o software PROC SURVEYFREQ no SAS (versão 9.3; SAS Institute, Cary, NC). Foi aplicado então, um questionário com escala tipo Likert, para analisar a percepção que cada um tinha de sua saúde. O total da amostragem final, com os dados completos, foi de 292.813 pessoas. Os resultados indicaram a existência de uma associação entre cuidado informal e saúde que varia de acordo com o fato do cuidador ser ou não da GS, sua renda, raça/etnia. Observou-se que a associação entre cuidado e saúde ruim geralmente aumenta com o número de crianças presentes dentro de um lar, podendo haver aumento de estresse para os cuidadores GS (Do, Cohen & Brown, 2014). Em relação as diferenças por raça, houve uma associação significativa entre cuidado e saúde entre os brancos. A mesma não foi observada para os negros, asiáticos e hispânicos, indicando que diferenças culturais podem influenciar nessa percepção. No fator renda, houve uma associação negativa da saúde com o cuidar para aqueles que tinham no mínimo 2 filhos e uma renda e menor recursos econômicos. A etnia também pode influenciar as percepções de cuidado, uma vez que há diferenças culturais e estas se relacionam com a forma com que o sujeito se disponibiliza e usa estratégias de enfrentamento para gerenciar suas situações. Fatores como espiritualidade, expectativas culturais, identidade e funcionamento familiar podem explicar essas diferenças. Os autores destacam assim, a importância

de desenvolverem políticas e programas para melhorar a saúde dos cuidadores, levando em consideração essas diferenças sociodemográficas.

Segundo o estudo desenvolvido por (Suh, 2016) com americanos cuidadores da GS, os atendimentos efetuados pelas pessoas da GS demandam um tempo diário que é gasto na assistência prestada, seja com o idoso (a) ou com seus filhos. De acordo com a pesquisadora, é difícil mensurar com precisão esse tempo, devido à dificuldade em distinguir os tipos de cuidados, que podem ou não envolver interação pessoal. Para coleta de dados desse estudo foi utilizado uma base de dados da American Time Use Survey 2003-2012 (ATUS) com indivíduos não institucionalizados e também entrevistas. Participou um total de 3669 mulheres e 1819 homens que passaram algum tempo cuidando de crianças e adultos. O estudo apontou que em relação aos cuidados infantis, as mulheres eram mais propensas a prestar cuidados do que os homens. Contudo, os homens nos grupos etários de 25-44 e 45-64 eram tão propensos quanto as mulheres a prestar cuidados a adultos. Quanto à avaliação da carga temporal, quando se inclui tanto o cuidado de supervisão quanto o interativo, as taxas de participação foram igualmente maiores para os homens e as mulheres de todas as faixas etárias. A média de horas para cada grupo, exceto para aqueles com 65 anos ou mais, foi de mais de 6 horas por dia. Isto implica uma média semanal de mais de 40 horas por semana, isto é, mais do que um emprego a tempo inteiro, conforme convencionalmente definido (Suh, 2016). Esse estudo mostra quão desgastante pode ser para os cuidadores a dedicação diária de cuidados prestados.

Pope et al. (2017) alertam que o tempo gasto pelos cuidadores informais nas tarefas com os seus recetores de cuidados, podem impactar no seu próprio autocuidado, deixando de lado suas necessidades emocionais, sociais, físicas e psicológicas. Os autores conduziram um estudo com 106 adultos cuidadores da GS em que analisaram as práticas de autocuidado dos mesmos, bem como as relações entre autocuidado pessoal e estado de saúde, estresse percebido e outras variáveis de saúde. Os dados foram coletados por pesquisas administradas na internet usando o Qualtrics Survey Software e plataformas de rede social. Para a variável do domínio de saúde (incluindo o funcionamento físico, funcionamento social e domínio da dor), foi utilizado a escala SF - 36 e suas sub-escalas, o estresse foi medido pela Escala de Estresse Percebida e o autocuidado foi medido pela Escala de Práticas de Autocuidado (SCPS). Os resultados indicaram que embora os estresse e as limitações de saúde entre os participantes fossem comuns, a maioria tinha um autocuidado moderado. O autocuidado pessoal foi inversamente associado ao estresse e à dor percebidos e diretamente associado ao bem-estar e saúde em geral (Pope et al., 2017).

Nichols e Junk (1997) realizaram um estudo com as famílias ensanduichadas, descrevendo as situações de vida e dependência dos pais idosos ou dos pais dos cônjuges e parceiros e a assistência fornecida aos mesmos por aqueles que também são responsáveis por crianças dependentes. A amostra desse estudo foi composta de 1466 pessoas com idades entre 40 e 65 anos,

porém, apenas 218 dentro do perfil de dar suporte a um idoso e ter filhos financeiramente dependentes (Nichols & Junk, 1997). Os resultados mostraram que os perfis participantes da GS eram de pessoas com idade na faixa de quarenta e poucos anos e casadas. Quanto maior a percepção de dependência dos pais, maior a propensão a fornecer assistência ao mesmo (transporte, preparo de refeição e higiene pessoal); os entrevistados com níveis de renda mais baixo, tendem a ajudar mais com a limpeza da casa e preparo das refeições. O fornecimento de assistência financeira não apresenta uma relação estatisticamente significativa com dependência dos pais. Embora a proximidade facilite o fornecimento de assistência prática, a distância a que os pais vivem, não tem uma relação significativa com a prestação de assistência. Tanto no fornecimento de assistência financeira quanto na tarefa, as mulheres são mais propensas a antecipar ajudar um pai idoso do que os homens (Nichols & Junk, 1997).

Grundy e Henretta (2006) desenvolveram um estudo com 3.543 mulheres entre 55 a 69 anos da Grã-Bretanha e dos Estados Unidos em que estudos transversais com mulheres em situação *sandwich*, indicaram a existência de uma troca intergeracional positiva entre ajudar os pais e as crianças. Segundo (Grundy & Henretta, 2006) a solidariedade familiar de três gerações influencia substancialmente as transferências de ajuda, constatando-se que algumas famílias estão mais envolvidas na troca intergeracional do que outras. Os resultados indicaram que embora o número de filhos possa interferir na probabilidade do fornecimento de ajuda aos pais, entre as mulheres em idade média dos dois países, o fornecimento de ajuda a um ou mais filhos adultos aumentou a probabilidade de também dar ajuda a pais ou parentes idosos, e vice-versa.

Segundo Künemund (2007), a questão da sobrecarga das pessoas da GS deve ser tratada com extrema cautela. O autor considera que, o termo GS não descreve apropriadamente essa faixa geracional, uma vez que não há indicação de que a situação de *sanduíche* esteja necessariamente associada a uma carga ou sobrecarga de papéis. Acrescenta ainda, que, embora os sentimentos de responsabilidade e preocupação com os membros da família possam ser um fenômeno generalizado do ponto de vista psicológico, levando em conta atividades, um fardo múltiplo, o termo geração *sandwich* parece ser uma experiência bastante rara, não uma situação típica de toda a geração média (Künemund, 2007). Esse autor realizou um estudo na Alemanha com 2.787 pessoas que estavam prestando assistência a algum familiar e que tinham a responsabilidade de cuidar de filhos. Para a coleta de dados, utilizou questionários autoadministrados - Satisfação com a Escala de Vida (SWLS) e Positivo e Negativo Affect Schedule (PANAS). A análise dos dados foi feita por meio de regressões OLS para identificar as relações entre os itens. De acordo com os resultados, cuidar de um familiar idoso e ter filhos em casa (ou cuidar dos netos), e mesmo ter todas essas responsabilidades e participar adicionalmente da força de trabalho, não diminui a satisfação com a vida; os membros mais jovens da família também podem ser uma fonte de ajuda na prestação de cuidados aos idosos, não necessariamente um fardo adicional, podendo também

amortecer os impactos do trabalho. Os afetos negativos estão associados exclusivamente à problemas de saúde (Künemund, 2007).

Os resultados acima descritos corroboram os de uma pesquisa realizada no Brasil, onde observou-se que apenas 11% das mulheres sob o risco de “ensanduchamento” estavam de fato em tal situação (Jesus & Wajnman, 2016). Para caracterizar essa geração, foram entrevistadas 391.868 mulheres entre 15 e 69 anos, utilizando-se como base de dados a Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD). Foram feitos vários recortes para adequar a amostra ao conceito de geração sanduiche, conforme a utilização dos critérios utilizados na literatura sobre o tema e aplicados ao caso do Brasil. A análise deu-se por meio de modelos de regressões logísticas múltiplas. Desse modo, os resultados apontaram que geração sandwich no Brasil seria composta pelo grupo de mulheres de 40 a 49 anos, que possuem, no domicílio, a geração de mãe com dificuldades de realizar atividades do dia a dia e filhos jovens, com 14 anos ou menos (Jesus & Wajnman, 2016).

Um estudo longitudinal com pessoas da GS, revelou achados importantes relacionados aos comportamentos de saúde dos cuidadores da GS (Chassin et al., 2010). O estudo utilizou uma amostra de 4.943 pessoas com idades compreendidas entre 30 e 60 anos de idade e comparou com outros grupos cuidadores e de não-cuidadores. Cinco comportamentos foram analisados: comprar alimentos baseando-se pelos valores nutricionais dos rótulos, escolher os alimentos, usar cinto de segurança, exercitar-se regularmente e fumar cigarros. Os dados foram coletados por meio de questionários e a análise estatística deu-se por meio de regressões logísticas usando os SAS Versão 9.1.3 (Chassin et al., 2010). Os resultados revelaram que para aqueles que forneceram ajuda não remunerada, os comportamentos de saúde foram significativamente diminuídos, principalmente para aqueles que demandavam ajuda nas tarefas do dia a dia e cuidados pessoais para várias gerações. Eles também eram menos propensos do que todos os outros grupos a verificar o rótulo do ingrediente ao comprar alimentos e tomar decisões sobre o que comer com base no valor nutricional. Em relação aos não-cuidadores e aqueles que cuidavam apenas de crianças, eram menos propensos a usar cintos de segurança, e fumavam um pouco mais de cigarros por dia do que os não-cuidadores. Os indivíduos da GS eram menos propensos a fazer exercício regularmente do que os não-cuidadores ou aqueles que cuidavam apenas dos pais. Dessa forma, observou-se que os cuidadores da GS apresentavam menos comportamentos saudáveis (Chassin et al., 2010).

Norton, Stephens, Martire, Townsend e Gupta (2002) analisaram os quatro papéis sociais das mulheres da GS (cuidadora de pais, mãe, esposa e empregada) tendo constatado que a centralidade do papel social pode mudar com o tempo em resposta a experiência de papéis estressantes e recompensatórias. Essa centralidade é entendida como a fonte de identidade da pessoa, caracterizada pela qualidade das experiências que a envolvem. Os resultados mostraram que as recompensas de papel eram preditores mais fortes de mudança na centralidade do que o estresse do papel. A amostra foi composta por 182 mulheres. O estudo foi feito com a aplicação de

duas entrevistas com intervalo de um ano. Ambas foram conduzidas usando um software de entrevista assistida por computador. A análise foi feita por meio de estatística descritiva e regressão múltipla hierárquica (Norton et al., 2002).

Um estudo longitudinal desenvolvido por Pierret (2006) envolveu 5.159 mulheres americanas entre 45 e 56 anos de idade, para descrever o perfil das mulheres *sandwich*, mas apenas 9% apoiavam simultaneamente seus pais e filhos. Os resultados indicaram que as mesmas são maioritariamente casadas, com maiores recursos financeiros e mais propensas a saírem do mercado de trabalho do que as outras mulheres da mesma idade. Essas duas características permitem darem um suporte aos familiares. O envolvimento na vida dos filhos e dos pais é mais profundo, tendem a dar apoio financeiro aos filhos e prestar cuidados domésticos e pessoais aos pais. Os dados foram coletados por meio do questionário NLSYW - que forneceu dados sobre transferências de tempo e dinheiro para pais e filhos de um grupo representativo de mulheres americanas de meia-idade. A análise foi feita por meio de regressões logísticas (Pierret, 2006).

Tabela 2. Estudos Quantitativos sobre a GS

Autor(es)/Ano	Amostra (N)	Instrumentos	Análise de dados	Principais conclusões
Do, Cohen e Brown (2014)	292813: 74135 cuidadores e 216652 não cuidadores.	Questionários do tipo Likert.	Análise estatística com software PROC SURVEYFREQ no SAS	A Associação entre cuidado informal e saúde variam de acordo com renda, raça/etnia e o fato do cuidador ser da GS. Essas variáveis devem ser consideradas no desenvolvimento de políticas e programas.
Suh (2016)	5488 pessoas: 1819 homens e 3669 mulheres Base de dados American Time Use Survey	Entrevistas	Análise estatística e questionários Health and Retirement Survey	Embora se faça necessário algumas divisões conceituais para análise da mensuração da carga temporal dos cuidadores da GS, a média de tempo despendida para ambos os grupos é de 6 horas diárias.
Pope et al. (2017)	106 adultos cuidadores	Escalas Short From Health Study (SF-36); Perceived Stress Scale e Self-Care Practices Scale	Análise estatística com o SPSS versão 22.	O estudo indicou que a maioria tem um autocuidado moderado e este é inversamente associado ao estresse e à dor percebidos e diretamente associado ao bem-estar emocional e à saúde em geral.
Nichols e Junk (1997)	1466 pessoas entre 45 e 65 anos	Questionários e escalas tipo Likert	Análise estatística descritiva paramétrica e não paramétrica com o SPSS	Quanto maior a percepção de dependência, maior a assistência prestada; O fornecimento de assistência financeira não está relacionado a dependência; A distância que os pais vivem não tem relação significativa com a prestação de assistência.
Grundy e Henretta (2006)	2304 americanas e 352 britânicas com idades entre 55 e 69 anos	Questionários sociodemográficos	Regressão logística multinomial	Quando uma assistência está sendo fornecida para uma geração, há grande probabilidade de que seja fornecida para outra geração também.
Künemund (2007)	2.787 pessoas	Satisfação com a Escala de Vida (SWLS) e Positivo e Negativo Affect Schedule (PANAS)	Análise por meio de Regressões OLS.	Cuidar de um familiar idoso e ter filhos em casa, não diminui a satisfação com a vida. A sobrecarga associada à geração sandwich parece ser uma experiência rara.
Jesus e Wajnman (2016)	391.868 mulheres	Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD)	Análise por meio de Modelos Regressões Logísticas	No Brasil, a GS é composta pelo grupo de mulheres com idade entre 40 a 49 anos que residem com a mãe com alguma demanda e com filhos até 14 anos. Observou-se que apenas 11% estavam de fato sob o risco de “ensanduchamento”.
Chassin et al. (2010)	4.943 adultos entre 30 e 60 anos	Questionários	Regressão logística sequencial - SAS	Significativa redução dos comportamentos de saúde dos cuidadores da geração sandwich. Menor propensão a escolher alimentos com base no valor de saúde, a usar cintos de segurança a se exercitarem regularmente. Aumento no comportamento de fumar.
Norton et al. (2002)	182 mulheres	Entrevistas através de software	Análise de regressão múltipla hierárquica	Cuidadores experimentam recompensas, bem como estresse de executar vários papéis de cuidado.
Pierret (2006)	5.159 mulheres americanas entre 45 e 56 anos	Base de dados National Longitudinal Survey of Young Women	Modelos Regressões Logísticas	Apenas 9% das mulheres da amostra inicial cuidavam simultaneamente dos pais e dos filhos. Apesar de serem mais propensas a deixar o mercado de trabalho, tendem a ter um nível financeiro melhor comparado a outras mulheres da mesma faixa etária.

7.2. Estudos Qualitativos sobre a GS

No que concerne aos estudos qualitativos, podemos destacar dois estudos importantes para a compreensão de diversos fatores relacionados a experiência de pessoas que estão dentro da GS. A síntese encontra-se na tabela 3.

O estudo desenvolvido por Steiner e Fletcher (2017) analisa o papel das mulheres da GS no cuidado multigeracional explorando a vivência das mesmas e a influencia do facto de prestarem cuidados nos comportamentos de saúde. Nove mulheres participaram desse estudo, todas pertencentes à GS, e com filhos menores de 18 anos. Foram aplicados questionários de antecedentes para coletar informações demográficas e depois, foram realizadas entrevistas semi-estruturadas. As perguntas reportavam-se à saúde e sentimentos sobre o papel de cuidadora bem como a percepção de seus efeitos sobre seus filhos. O estudo indicou que todas as participantes tiveram experiências semelhantes, envolvendo 4 temas principais: cuidados físicos, aspetos emocionais do cuidado, tempo e transição de papéis. Os achados relacionados ao cuidado físico, revelaram que as atividades de assistência AIVDs e ABVDs, exigem uma boa quantidade de tempo; quando as mulheres encontram-se muito envolvidas nos cuidados com os adultos, os maridos auxiliam mais nos cuidados com os filhos (Steiner & Fletcher, 2017). Nos aspetos emocionais, as participantes, cuidadoras GS, sentiram que o apoio emocional que prestam é tão importante quanto os cuidados físicos. A quantidade de tempo que precisam despendar, foi apontada como um limitador, principalmente para desempenhar todos os papéis. Os papéis multigeracionais envolvem transições de papéis, alterando as relações com os destinatários de assistência. Por exemplo: as demandas de saúde da mãe, fizeram com que passasse de filha para cuidadora. O papel de cuidadora torna-se mais desafiadora com o tempo, bem como o aumento das demandas e as responsabilidades variam de acordo com as demandas dos recetores de cuidados e também com a idade dos filhos. Ter que assumir inesperadamente o papel de cuidadora foi percebida como um grande desafio, causando mais estresse (Steiner & Fletcher, 2017).

Para se obter uma melhor compreensão de como as mulheres da GS alcançam e mantêm o equilíbrio de papéis, um estudo qualitativo foi realizado por Evans et al. (2016), que se centrou na análise das experiências dentro e entre os papéis. O equilíbrio dentro do papel foi explorado em relação à participação na atividade, valores, interesses, competência percebida e hábitos dentro de cada função. O equilíbrio entre papéis foi explorado em relação às interações conflitantes e enriquecedoras entre os papéis. A metodologia envolveu entrevistas semi-estruturadas, com uma amostra de dezoito mulheres trabalhadoras que tinham responsabilidades duplas de cuidar de seus filhos e membros da geração parental. A idade variou de 32 a 55 anos. Todas as mulheres

fornececeram ao seu recetor de cuidados parentais apoio emocional e assistência com atividades instrumentais da vida diária. A análise de dados foi realizada em cinco etapas. Na primeira foi utilizada a técnica de análise do framework com a ajuda do software QSR NVivo 10. A segunda etapa envolveu a identificação de uma estrutura temática, que incluiu conceitos-chave do Modelo de Ocupações de Malabarismo. A terceira etapa envolveu a indexação dos dados em relação a essa estrutura temática. A quarta etapa envolveu o mapeamento das descobertas resumidas em uma matriz de participantes e temas emergentes. O quinto passo mapeou e interpretou os dados holisticamente para responder à questão de pesquisa, como resultado de comparar, contrastar e combinar as descobertas de etapas anteriores. Os resultados indicaram que as mulheres descreviam de forma consistente seis estratégias de equilíbrio dentro do papel, que lhes permitiu organizar efetivamente seus hábitos e rotinas de acordo com seus fatores motivacionais: viver com integridade, ser o melhor que puder, procurar amar o que faz, lembrar as razões subjacentes à prestação de cuidados e buscar sinais de sucesso. Em relação as estratégias de equilíbrio entre papéis que atuam minimizando esse conflito e maximizando o enriquecimento entre os papéis, seis estratégias apareceram: manter a saúde e o bem-estar, reprimir o perfeccionismo, administrar o tempo e a energia, liberar a responsabilidade, fomentar a conexão social e retribuir. Esses resultados são importantes indicadores do que se pode trabalhar nas intervenções com mulheres da GS (Evans et al., 2016).

Tabela 3. Estudos Qualitativos sobre a GS

Autor(es)/Ano	Amostra (N)	Medidas/Instrumentos	Estratégias	Principais conclusões
Steiner e Fletcher (2017)	9 mulheres	Questionários e entrevistas semi-estruturadas.	Análise fenomenológica	O tempo é um limitador para que a mulher consiga desempenhar todos os papéis. O apoio emocional é tão importante quanto o físico. Os desafios de ser cuidadora SG variam de acordo com a idade dos filhos. Assumir inesperadamente um papel de cuidadora pode levar a um aumento do estresse.
Evans et al. (2016)	18 mulheres com idade entre 32 a 55 anos	Entrevistas semi-estruturadas	Análise de framework com software QSR NVivo 10; Identificação temática com o Modelo de Ocupações de Malabarismos. Mapeamento e interpretação holística dos dados.	Identificação de 6 estratégias de equilíbrio dentro do papel: viver com integridade, ser o melhor que você pode, fazer o que ama, amar o que faz, lembrar o porquê e buscar sinais de sucesso. Identificação de 6 estratégias de equilíbrio entre os papéis: manter a saúde e o bem-estar, reprimir o perfeccionismo, administrar o tempo e a energia, liberar a responsabilidade, fomentar a conexão social e retribuir.

Capítulo 2: Metodologia

1. Questões de investigação e tipo de estudo

Este estudo tem como objetivo principal descrever, compreender e analisar comparativamente a experiência afetiva das cuidadoras GS de dois países distintos - Brasil e Portugal. Deste modo, são as questões de investigação as seguintes:

- 1 - Qual o perfil das cuidadoras GS?
- 2 - Como as cuidadoras GS percebem e cuidam da sua saúde?
- 3 - Como é que as cuidadoras GS vivenciam e gerenciam o suporte recebido e prestado?
- 4 - Que impacto tem na vida das cuidadoras GS o facto de cuidarem em simultâneo de pessoas de gerações diferentes?
- 5 - Que tipo de estratégias utilizam para lidar com essas exigências?
- 6 - Que dificuldades e vantagens percebem do facto de serem cuidadoras?

Optou-se por um estudo de natureza qualitativa, pois possibilita compreensão dos fenómenos e das relações, a partir do que expressam os participantes e dos significados que atribuem (Chizzotti, 2003). Permite captar também, sentimentos, percepções, vivências particulares e reflexões que podem escapar às lentes do pesquisador em uma análise quantitativa. (Chizzoti, 2003).

A análise qualitativa tem como foco principal a qualidade da experiência e não a identificação das relações de causa e efeito, objetivando descrever e, possivelmente, explicar eventos e experiências, mas nunca prever (Willig, 2008). A interpretação dos participantes (e dos pesquisadores) dos eventos em si, contribui para o processo de exploração da experiência vivida e dos significados atribuídos pelos participantes (Willig, 2008).

A investigação qualitativa fundamenta-se em um paradigma construtivista (Bishop, 2015). As epistemologias construcionistas ou interpretativas consideram que o mundo é apenas cognoscível através das estruturas conceituais que podem diferir entre os indivíduos e as culturas e, por isso, o conhecimento deve ser contextualizado e buscado através de meios inerentemente subjetivos (Bishop, 2015).

Este estudo, tendo em conta a amostra selecionada, ele é comparativo e transcultural. No tocante a investigação das experiências humanas, a cultura e o contexto social são aspetos importantes. De acordo com (Brislin, 2007), a análise transcultural permite descrever o comportamento em qualquer cultura, ressaltando o que os sujeitos consideram como mais significativo, assim, explora-se as diferenças e similaridades individuais nas diferentes culturas. Analisar o comportamento humano em diferentes contextos possibilita entender as diferentes reações que as pessoas podem ter, diante de uma situação similar, mas em contextos diferentes (Shirayev & Levy, 2016) tal como proposto neste estudo. A análise comparativa entre cuidadoras GS brasileiras e portuguesas permitirá analisar as variações dos mecanismos psicológicos face a uma mesma problemática.

1.2. Amostra

Participaram neste estudo 8 mulheres (4 brasileiras e 4 portuguesas) pertencentes à GS. Adotaram-se os seguintes critérios de inclusão: (1) mulher com idade igual ou superior a 40 anos de idade; (2) estar casa; (3) ser profissionalmente ativa; (4) ter filho(s) até 18 anos de idade e (5) que preste suporte /assistência a idoso(s) no mínimo três vezes por semana.

A tabela 4 apresenta uma síntese dos dados sociodemográficos das participantes.

Tabela 4. Síntese sociodemográfica da amostra (N = 8)

Nacionalidade	Idade	Habilitação literária	Profissão	Idade filhos	Idade Idosos
PT1-Portuguesa	47	9º Ano	Serviços de Limpeza	23 e 17 anos	81
PT2-Portuguesa	50	12º Ano	Secretária	15 anos	85
PT3-Portuguesa	48	12º ano	Assistente Operacional	18 anos	86
PT4-Portuguesa	48	Mestrado	Assistente Técnica	13 e 11 anos	76
BR1-Brasileira	51	Licenciatura	Acupunturista	15 anos	75
BR2-Brasileira	49	Pós Graduada	Administradora	17 anos	82
BR3-Brasileira	41	12º Ano	Pesquisadora de campo	21 e 17 anos	65
BR4-Brasileira	51	Não alfabetizada	Faxineira	18,12 e 6 anos	86

1.3. Instrumentos

O instrumento de pesquisa utilizado foi a entrevista individual com roteiro semiestruturado. Esse instrumento foi escolhido porque permite que a entrevista seja orientada por tópicos, e outros podem ser introduzidos pelo pesquisador, permitindo que a entrevista flua como uma conversa. A entrevista semiestruturada é uma técnica de coleta de dados que oferece perspectivas possíveis para facilitar a espontaneidade do participante, favorecendo a investigação e propiciando uma maior riqueza de dados nas respostas do sujeito (Chizzotti, 2003).

A entrevista baseia-se numa concepção construtivista do comportamento humano: o ser humano enquanto pessoa que constrói sentidos e significados a partir dos quais entende, interpreta e maneja a realidade (Aires, 2015). A entrevista surge da necessidade de se conhecer o sentido que os sujeitos atribuem aos seus atos e o acesso a esse conhecimento profundo e complexo é proporcionado através dos discursos dos participantes na entrevista. Não se trata somente de obter informação sobre o que o sujeito pensa, sobre o assunto que investigamos, mas sobre a sua forma de atuação face a esse assunto (Aires, 2015).

A elaboração do guião de entrevista utilizado no âmbito desta dissertação para recolha dos dados relativos aos cuidadores informais pertencentes à GS, baseou-se na revisão da literatura científica relacionado ao tema. Buscou-se utilizar uma triângulação de múltiplos estudos, em que os temas relacionados à GS fossem o foco de pesquisa. O guião foi adaptado e baseado em dados de estudos já aceites e publicados cientificamente, nomeadamente: (Steiner & Fletcher, 2017; Evans et al., 2016; Do, Norton, Stearns & Van Houtven, 2015; Goodhead & McDonald, 2007; Nichols & Junk, 1997; Pope et al., 2017 e Ward & Spitze, 1998).

A entrevista é um instrumento que proporciona um encontro entre entrevistador e entrevistado, que prevê a troca de um conjunto de informações prévias mínimas a serem partilhados por ambos. A riqueza da entrevista semi-estruturada se dá na possibilidade de redefinição do sentido do discurso, da flexibilidade em inserir ou alterar as perguntas de acordo com a pertinência do assunto abordado (Aires, 2015). Dessa forma, ela é de fundamental importância na investigação qualitativa, uma vez que, somente por meio da análise do discurso idiossincrático é possível extrair os significados imbuídos em cada palavra ou expressão.

A Tabela 5 apresenta o guião de entrevista construído e aplicado no âmbito deste estudo.

Tabela 5. Guião de Entrevista

Caracterização sociodemográfica do cuidador pertencente à GS

1. Qual a sua idade?
2. Que tipo de trabalho realiza?
3. Quantas horas trabalha por dia?
4. Qual a sua escolaridade?

Hábitos de saúde (Descrever a percepção que tem da saúde e seus hábitos para a manutenção da mesma)

5. Tem diagnóstico de alguma doença? Qual?
6. Como considera que é a sua saúde atualmente?
7. Pratica algum tipo de desporto?

Cuidados prestados aos filhos (Descrever o tipo de suporte aos filhos, ajuda recebida, fatores que auxiliam ou não nesse cuidado)

8. Qual a idade de seu(s) filho(s)?
9. Tem algum tipo de ajuda no cuidado com ele(s)? Se sim, ela é formal ou informal?
10. Quantas horas por dia você gasta em média no acompanhamento e tarefas com seu(s) filho(s)?
11. Como é a divisão de responsabilidades dos cuidados com filhos entre você e seu cônjuge?
12. Que tipo de apoio você costuma dar aos seus filho(s)? Que tipos de tarefas ou ajuda costuma realizar?

Cuidados prestados ao idoso (Descrever o tipo de ajuda prestado, fatores que auxiliam ou não nesse cuidado)

13. Qual a idade do idoso(a) que você dá suporte?
14. Qual é seu tipo de vínculo com ele(a)?
15. Ele(a) possui algum tipo de diagnóstico médico de doença física ou mental? Qual?
16. Como você avalia a qualidade da relação que já tinha antes começar a ajudá-lo(a)? E depois, mudou alguma coisa?
17. Como você avalia o grau de dependência dele(a)? Vou dar exemplos e gostaria que para cada tipo, você classificasse nos graus: pouca, média ou alta dependência.
18. Em relação as atividades básicas - (ex.: comer, vestir, tomar banho, se locomover em casa, ir ao wc...)
19. Em relação as atividades instrumentais - (ex.: preparar a comida, fazer compras, gerir as finanças, a medicação, pegar transportes públicos...)
20. Que tipo de suporte ou apoio você costuma dar? Que tipos de tarefas ou ajuda costuma realizar?
21. Há quanto tempo você presta esses cuidados?
22. Quantas vezes na semana você presta esse suporte a ele(a)?
23. Quantas horas por dia você gasta em média no acompanhamento e prestação de cuidados com ele(a)?
24. Você recebe ou tem algum tipo de ajuda no cuidado com ele(a)? Se sim, é formal ou informal? Quem ajuda?
25. Há divisão de responsabilidades nesse suporte ao idoso(a) com seu cônjuge? Se sim, como é essa divisão?

Experiência Afetiva (Descrever os sentimentos relacionados ao papel de cuidadora, bem com o as implicações do cuidado multigeracional nas várias esferas da vida)

26. Como você se sente nesse papel de cuidadora?
27. Você presta cuidados simultâneos para duas gerações muito diferentes. Eu gostaria de saber as implicações (sejam elas positivas ou negativas) que isso tem em algumas áreas da sua vida. Vou perguntando as áreas, que estarão sempre relacionadas a esse contexto.
28. Que implicações essa prestação de cuidados (como mãe, cuidadora de idoso e esposa) tem para si, como pessoa?
29. Como concilia o facto de ser cuidadora com a sua vida conjugal?
30. Quais as implicações de ser cuidadora na sua vida profissional?
31. Que implicações tem o facto de cuidar de pessoa(s) idosa(s) na sua relação com seu(s) filho(s)?
32. Que implicações tem em termos económicos?

33. Que implicações tem na sua vida social?

Sobrecarga, recursos e desafios (identificar os ganhos, dificuldades e estratégias associados ao papel de cuidador GS)

34. Gostaria de saber se de alguma forma, você se sente ou não sobrecarregada ou com demasiado trabalho?

35. Consegue encontrar tempo para si? De que forma?

36. Que ganhos ou mais valia considera que tem pelo facto de prestar cuidados multigeracionais (tanto para jovens quanto para idosos)?

37. Há algum tipo de dificuldade na prestação de cuidados multigeracionais? Se sim, poderia descrever?

38. Como você gere o seu tempo entre (filhos, trabalho, cônjuge e idoso)?

39. Que recursos pessoais você considera ter para lidar com a situação de cuidar de pessoas mais velhas e crianças/jovens?

40. E quais os recursos que você não tem e gostaria de ter para lidar com a situação de cuidar em simultâneo de familiares idosos e jovens?

41. Acha que exercer esse papel de cuidadora tem ou dá algum sentido ou significado à sua vida?

42. Você gostaria de acrescentar algo que considera importante ou relevante dentro dessa temática que conversamos?

1.4. Procedimentos de coleta e análise de dados

No primeiro momento, foi realizada uma pesquisa bibliográfica para se efetuar uma revisão da literatura e, ter uma visão mais alargada e fundamentada dos achados mais recentes. Esse procedimento permitiu a elaboração do estado da arte e a identificação de um conjunto de tópicos centrais à temática e que orientou a construção do guião de entrevistas.

Na segunda fase, iniciou-se a procura, através da rede social informal, de pessoas que reunissem os critérios de inclusão estabelecidos para participar no estudo. Num primeiro contacto foi feita a apresentação do estudo e foram garantidas as questões de privacidade e confidencialidade das informações e esclarecimento de que os resultados seriam utilizados exclusivamente para fins científicos. Após os esclarecimentos, foi apresentado o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (anexo 1), tendo as participantes declarado que aceitavam participar. Foi feito um registro áudio das entrevistas e essas decorreram em um ambiente confortável e silencioso, garantindo-se assim, a privacidade e que as participantes se sentissem à vontade e livres para responderem as questões.

Para todas as entrevistadas foi explicado que não existiam respostas “certas” ou “erradas”, uma vez que o objetivo era captar a vivência de cada uma e suas percepções acerca dos temas abordados. Foram utilizados letras e números para a identificação e as codificações estão presentes na análise dos dados e nas entrevistas transcritas (anexo 2). As entrevistadas brasileiras e portuguesas são distinguidas pelas iniciais de seus respectivos países e número (BRx e PTx).

Todas as entrevistas foram transcritas de forma literal, para serem sistematizadas e analisadas. Os dados foram submetidos a uma análise de conteúdo proposta por Moraes (1999). De acordo com este autor, a análise de conteúdo é aplicada a discursos em várias classes de documentos. Ela permite uma descrição sistemática qualitativa e quantitativa, amplificando assim, a compreensão e a técnica de análise de dados. Na análise de conteúdo, a indução e inferência são as estratégias mais utilizadas para que se consiga acessar e compreender os significados dos fenômenos a que se propõe investigar (Moraes, 1999).

Para a análise e interpretação dos dados, foram seguidos os seguintes passos:

- Preparação das informações - realizado através da transcrição e leitura do material, tendo-se iniciado uma visão geral do material coletado, verificando se efetivamente estavam de acordo com os objetivos da pesquisa.

- Classificação dos dados - feito através da releitura exaustiva dos dados para identificação das categorias elaboradas. Esta tarefa incluiu a marcação e destaque de frases recorrentes e declarações-chave. A criação de categorias foi empregada para estabelecer classificações, agrupando ideias ou expressões comuns que se relacionam entre si (Minayo, 1994). Para tal, foi elaborado uma grelha de categorização (anexo 3). Nela, encontram-se colunas com as categorias gerais baseadas nas questões orientadoras deste trabalho, as subcategorias emergidas das categorias, os indicadores das características de cada subcategoria e por fim, as unidades de sentido, que trazem fragmentos das entrevistas, contextualizando toda a categoria e suas subunidades (subcategorias e indicadores). Vale ressaltar que esse processo de fragmentação do texto, parte da informação do material se perde, sendo a leitura sempre uma perspectiva do pesquisador. Tal perda se justifica pelo aprofundamento e compreensão que a análise possibilita (Moraes, 1999).

- Descrição dos resultados - após a definição das categorias, subcategorias, indicadores e unidades de sentido, os dados foram descritos por meio de textos, sintetizando os significados presentes nas diversas unidades de sentido.

- Interpretação - Momento em que se estabelece articulações entre os dados e os referenciais teóricos da pesquisa, respondendo às questões da pesquisa com base no objetivo proposto. Através da análise de conteúdo, procurou-se encontrar respostas para as questões formuladas, explorando a análise das unidades de sentido presentes nas entrevistas. Essas unidades se referem aos elementos obtidos através da decomposição do conjunto da mensagem (Minayo, 1994) e o tratamento desse material é o que possibilita a sua interpretação. Na articulação desses dados e do referencial teórico, buscou-se a compreensão das experiências vividas pelas mulheres cuidadoras pertencentes a GS, bem como os aspectos comuns e específicos das portuguesas e das brasileiras.

O processo de análise e categorização das entrevistas foi realizada inicialmente por uma investigadora e posteriormente discutido com outras duas investigadoras, para tentar minimizar os efeitos subjetivos da interpretação. Tal procedimento tem por finalidade conferir maior credibilidade na pesquisa. A triangulação investigativa reside na cooperação de diferentes investigadores no mesmo estudo, para que se obtenha discussões sob óticas variadas, reduzindo assim, interpretações enviesadas (Denzin citado por Ullrich, Oliveira, Basso & Visentini, 2012). Essa é uma das técnicas utilizadas em investigações qualitativas para aumentar a cientificidade da investigação.

Capítulo 3: Resultados

Os resultados a serem apresentados, descrevem a forma como as mulheres cuidadoras GS sentem-se em seus papéis, bem como suas rotinas, dificuldades e estratégias. Os dados são categorizados de acordo com os tópicos temáticos abordados no guião de entrevistas. A partir das categorias, são descritas e analisadas as subcategorias e os indicadores emergidos de cada uma.

Saúde

Esta categoria refere-se a aos hábitos de saúde das cuidadoras GS e ao modo como percebem sua saúde. Constataram-se distintas, respostas tendo-se criado duas subcategorias: bem-estar e hábitos e rotinas relacionadas com a saúde. A análise detalhada das mesmas é descrita a seguir. A Tabela 6 (anexo 3) contém as todas expressões das participantes.

. Bem-estar

Nesta subcategoria, a percepção do autocuidado e a avaliação da saúde de uma maneira geral é relatado pelas cuidadoras. Aqui emergiram dois indicadores - percepção de saúde positiva e problemas de saúde. Três cuidadoras (2 portuguesas e 1 brasileira) relataram como percebem sua saúde, essas participantes acreditam, que, de maneira geral, a saúde está bem, denotando uma percepção positiva, como é o caso de PT2 quando declara, *“No geral, me sinto bem”*, e BR2 *“Fico um pouco cansada, mas me sinto bem”*.

Quatro cuidadoras (2 portuguesas e 2 brasileiras) relataram apresentar problemas de saúde e fizeram uma avaliação ruim da mesma. Caso de BR4 *“(…) Eu tenho diabetes (…) Não muito é boa”* e de PT1 *“(…) sou hipertensa. Em termos de saúde física não estou muito bem. Em termos de saúde mental, estou bem”*. De uma maneira geral, as portuguesas mesmo as que apresentaram algum tipo de problema de saúde, possuem uma percepção mais positiva em relação a mesma, distinguindo entre bem-estar físico e psicológico e referindo encontra-se bem pelo menos numa destas dimensões.

. Hábitos e rotinas relacionadas com a saúde

Nesta subcategoria a análise dos dados revelou alguns hábitos e rotinas que envolvem o cuidado das entrevistadas com a saúde, tendo emergido três indicadores - baixos cuidados médicos, pouca ou nenhuma prática desportiva e prática frequente de desporto. A análise revelou que duas cuidadoras portuguesas frequentam pouco o médico, mesmo precisando, tal como referido por PT1 *“Eu vou muito pouco ao médico (…) em termos de saúde física, não estou muito bem”* e PT2 *“Eu sei que tenho anemia (…) não tive muito tempo para voltar a fazer exames e ver como está”*.

No caso das práticas desportivas, dois tipos de respostas apareceram, quatro participantes (3 portuguesas e 1 brasileira) referiram pouca ou nenhuma prática desportiva, como manifestado por PT3 “(...) *faço ginásio (...) quando calha*”, PT4 “*Às vezes faço uma caminhada, uma vez por semana*” (PT4) e BR4 “*Nunca fiz exercícios na minha vida*”. Quatro participantes afirmaram praticar regularmente atividades físicas (1 portuguesa e 3 brasileiras), conforme expresso por PT2 “*Caminho todo fim de semana*” e BR1 “*Eu frequento academia, pelo menos três vezes na semana*”. Apesar de as portuguesas também praticarem desporto, a regularidade foi maior entre as brasileiras.

Cuidados prestados aos filhos

Relativamente à categoria dos cuidados prestados aos filhos, as cuidadoras expressam opiniões relacionadas às ajudas que recebem, as tarefas e suportes que prestam aos filhos. Para melhor entendimento, procedeu-se a análise dividindo-a em duas subcategorias: participação do cônjuge e suporte aos/dos filhos. De seguida o detalhamento abordado em cada uma delas. A Tabela 7 (anexo 3) contém as todas expressões das participantes.

. Participação do cônjuge

As cuidadoras descrevem a ajuda que recebem de seus cônjuges de diferentes formas, o que remeteu para dois indicadores para essa subcategoria - pouca ajuda do cônjuge e divisão igualitária. No que refere às respostas de pouca ajuda do cônjuge, cinco participantes (4 portuguesas e 1 brasileira) reconhecem a ajuda do marido, sendo esta mais relacionada a pequenos afazeres, ligado principalmente a deslocamento / transporte. Tal como declarado por PT1 “*praticamente eu que faço tudo (...) basicamente ele vai buscar a filha na escola*” e PT2 “*Para andar na rua, lá está, para levar a algum sítio é mais o meu marido, dentro de casa sou mais eu*”. O apoio dos cônjuges das entrevistadas portuguesas são de pequenos afazeres e transporte.

Algumas cuidadoras (3 brasileiras) reconhecem o suporte do cônjuge, com a perceção do apoio e divisão de tarefas de forma mais igualitária, as como expresso por BR1 “*Ele está sempre presente (...) quando não faço a refeição para ela e que não estou em casa, ele prepara a refeição. É bem dividido*” e BR4 “*(...) ele ajuda, faz comida, faz arrumação, colocas as crianças pra toma banho*”. O apoio dos cônjuges das brasileiras é mais igualitário.

. Suporte aos/dos Filhos

De acordo com as cuidadoras entrevistadas existem diversos fatores que envolvem a sua tarefa de cuidado aos filhos, tendo sido divididos em três indicadores: apoio emocional, sobrecarga e ajuda mútua.

O apoio emocional foi o tipo descrito por quatro entrevistadas (2 portuguesas e 2 brasileiras). Ele pode ser compreendido como diálogo, proximidade e orientação, como é o caso de

PT2 quando declara *“É só mais o conversar, nós falamos, nós conversamos o que aconteceu durante o dia”* e também de BR3 *“(…) eu costumo sempre estar orientando, incentivando a estudarem”*. O suporte emocional foi apontado tanto por brasileiras quanto por portuguesas.

Uma entrevistada portuguesa expressou muito desagrado ao descrever o tipo de apoio prestado à filha. A multiplicidade de tarefas relatada denotou sobrecarga por parte da cuidadora, que ficou bem evidenciado em sua afirmação: *“Eu tenho que fazer tudo em casa, (…) sou uma criada tola”* (PT1).

Quatro participantes (2 portuguesas e 2 brasileiras) relataram não precisar mais desempenhar tantas tarefas no suporte e ajuda diária aos filhos e alguns inclusive já as auxiliam nas tarefas do dia a dia. Tal como afirmaram por PT3 *“(…) ela é quem já me ajuda nas lidas da casa”*, BR3 *“(…) a gente divide a tarefa doméstica”* e BR4 *“A mais velha também ajuda quando está em casa”*.

Cuidados prestados ao(s) idoso(s)

Esta categoria, reporta-se às formas e tipos de suporte nos cuidados prestados ao idoso, a qualidade do relacionamento interpessoal do cuidador com o idoso, os tipos de apoio que os cuidadores recebem de seus familiares para auxiliá-los nas tarefas de cuidado. Dentro desta temática, houve a divisão em três subcategorias: impacto na relação, suporte prestado e apoios recebidos. De seguida, será detalhada cada uma. A Tabela 8 (anexo 3) contém as todas expressões das participantes.

. Impacto na Relação

A qualidade da relação foi apreciada pelas cuidadoras de formas bem distintas. Esta subcategoria refere-se a como ficou a relação interpessoal do cuidador com o idoso com o passar do tempo, com a rotina do dia a dia na prestação de cuidados. Ela gerou três tipos de indicadores - desgaste, melhoria da relação e inversão de papéis.

Relativamente ao desgaste, foi descrito por três cuidadoras (1 portuguesa e 2 brasileiras) que a qualidade da relação se modificou. De acordo com as participantes, isso ocorreu após a prestação de cuidados contínuos e diários junto ao idoso. Tal como se encontra descrito por PT3 *“Mudou. Eu no início não soube como lidar com a doença dela”* e BR2 *“(…) a gente acaba perdendo um pouco carinho, o cuidado não, mas o carinho sim”*. As brasileiras relataram um desgaste maior.

Da mesma forma que houve respostas retratando o desgaste ocorrido na relação (PT3, BR2 e BR3), surgiram também respostas que evidenciam a percepção contrária, em que três participantes (2 portuguesas e 1 brasileira) relataram ter ocorrido uma maior aproximação e/ou fortalecimento do vínculo junto ao idoso com o apoio prestado no dia a dia. Conforme referido por PT4 *“Nunca me*

dei bem com o meu pai. E desde a doença, que isso mudou completamente. Somos muito mais próximos, somos muito mais amigos, muito mais confidentes” e BR4 *“Hoje somos mais próximos”*. As portuguesas relataram uma maior aproximação com a prestação de suporte.

Duas cuidadoras (1 portuguesa e 1 brasileira) referiram a inversão de papéis - que ocorre na rotina da prestação de cuidados ao idoso, geralmente quando este é pai ou mãe. Elas assumem a posição de mães ao invés de filhas. Tal como afirmaram em, *“É a tal coisa, de cuidada você passa a ser cuidadora e isso é assustador. Porque as duas figuras que a gente tem tanta referência na vida, a quem a gente pede auxílio quando é preciso, os papéis ficam completamente trocados”* (PT4) e *“É como eu já tinha falado, essa inversão de papéis não é fácil. De cuidada, você passa a cuidadora (...) a gente como mãe, e agora cuidadora filha, que passa a ser mãe, mãe de duas”* (BR1).

. Suporte Prestado

Esta subcategoria refere-se aos tipos de apoio e suporte prestados. O suporte físico foi descrito pelas oito cuidadoras (4 portuguesas e 4 brasileiras) como o tipo de ajuda que mais prestam. Ou seja, as tarefas de suporte foram descritas basicamente como cuidados físicos que precisam executar no dia a dia com o idoso. Tal pode ser confirmado nas descrições de PT2 *“(...) tenho que colocar a roupa para lavar, passar (...) tenho sempre que dar um jeito nas casas de banho, ir ao médico com minha mãe”*, PT3 *“(...) dou a medicação, a comida (...) sou eu que tenho que dar banho”*, BR2 *“(...) tudo o que você imaginar é comigo, de comprar remédio, de levar para médico, levar no dentista, de comprar roupa”* e BR4 *“Comer, vestir, tomar banho, ir no banheiro, andar dentro de casa, tudo”*. Todas as entrevistadas dão apoio que se caracterizam maioritariamente em suportes do tipo físico.

. Apoios Recebidos

Apesar de serem responsáveis pelos cuidados a maior parte do tempo, as cuidadoras entrevistadas relataram receber alguma ajuda, que, embora reduzida, para algumas auxilia em suas rotinas. Essa ajuda vem de diferentes membros da família, mas em alguns casos, também foi expressa a ausência total de ajuda ou apoio familiar. Para um melhor detalhamento, foi feita a divisão em dois indicadores - apoio familiar e sem ou com pouca ajuda do cônjuge.

Três cuidadoras portuguesas revelaram que reconhecem o recebimento da ajuda de um familiar, caso de PT1 *“Quem lava a roupa dele é a minha irmã. Dar-lhe a comida e ir ao médico sou mais eu (...)”*. Nalguns relatos, fica evidente o entendimento de ser pouco apoio face as diversas tarefas que precisam desempenhar como evidenciado por PT3 *“De vez em quando a minha filha e o marido, só que ela também não os quer”* e PT2 *“Ele (o irmão) não faz aquilo que eu referi*

que eu faço (...) mas ele vai por exemplo, as compras, o que é bom, facilita para mim". As entrevistadas portuguesas relataram receber mais ajuda dos familiares do que as brasileiras.

A ajuda do cônjuge também apareceu como uma fonte de apoio pequena e em alguns casos, inexistente. Os relatos de seis participantes (3 portuguesas e 3 brasileiras) mostram que a ajuda dada pelos maridos está ligada a pequenas tarefas e muito a questões de deslocamento e transporte. Tal como pode ser conferido na afirmação de PT1 *"Só se for para levar ao hospital, se precisar ou algo assim"*. Nalguns casos, como já foi referido, é mesmo nula como apontado por PT2 *"Ele não tem qualquer interferência ou responsabilidade"*. E no caso de BR4, a inexistência de ajuda é total, *"Ele não ajuda a cuidar dele. Não ajuda em nada"*. Portuguesas e brasileiras referiram receber pouca ou nenhuma ajuda do cônjuge no suporte ao idoso.

Experiência Afetiva

Nesta categoria a cuidadoras relatam os sentimentos relacionados ao desempenho do papel de cuidadora. Para uma melhor descrição, foi dividida em duas subcategorias: impressões emocionais e privação. A Tabela 9 (anexo 3) contém as todas expressões das participantes.

. Impressões emocionais

Esta subcategoria descreve as impressões mais significativas que apareceram nos relatos das cuidadoras no exercício do suporte multigeracional. Três indicadores surgiram: exaustão, revolta e perda de paciência.

O sentimento de exaustão atribuído ao papel de cuidadora foi referido por seis cuidadoras (3 portuguesas e 3 brasileiras). Mesmo gostando de ajudar, elas descreveram a exaustão que o cuidado multigeracional causa a nível psicológico, associando este cuidado a um peso muito grande e desgastante, como é o caso de PT4 quando relata *"Olha, eu tou cansada. Triste, é triste ver alguém próximo assim, como está (...) mas tranquila porque sei que estou a dar o meu melhor"* e BR1 *"(...) porque eu sempre gostei dessa coisa de cuidar do outro, eu gosto dessa função. Mas às vezes eu me sinto sobrecarregada"*. O sentimento de exaustão no papel de cuidadora é comum para brasileiras e portuguesas.

O sentimento de revolta foi atribuído por uma das cuidadoras portuguesas e está relacionado à imprevisibilidade com a qual teve que assumir o papel de cuidadora. A mesma descreve esse sentimento na seguinte afirmação *"Um misto de pena, revolta, uma mistura (...) Tem alturas que eu estou a me perguntar, mas porquê? O que é que eu fiz a para merecer isso? (...) Nunca tinha previsto passar por isso, realmente não"* (PT3).

Quatro participantes (3 portuguesas e 1 brasileira) descreveram a perda da paciência como uma das consequências associadas ao exercício do papel de cuidadora. Elas apontaram a perda de

paciência com outros membros da família, decorrente do estresse do dia a dia. Tal como apontado nos relatos de PT3 *“E chega um ponto que eu arrebento e quando arrebento, a filha e o marido é que levam a bomba toda, muitas vezes sem culpa, mas eu tenho que arrebentar para algum lado”* e BR2 *“No estresse do dia a dia eu acabo perdendo a paciência com outras situações, pelo estresse com ela, eu acabo perdendo a paciência com o meu filho, com meu esposo”*. As portuguesas apontaram sentir a perda de paciência com maior intensidade do que as brasileiras.

. Privação

Esta subcategoria refere-se à sensação de “perda” que uma participante brasileira relatou, onde o indicador - falta de liberdade foi apontado. Ser cuidadora requer um tempo na rotina da pessoa e também restrições, sentir-se privada de sua liberdade ficou evidenciado no relato de BR3 *“Acho que você fica limitado, você fica presa. Mexe toda a sua rotina, porque antes, você tinha uma liberdade que agora você não tem”*.

Implicações do papel de cuidadora

Desempenhar o papel de cuidador multigeracional tem reflexos em várias áreas da vida da cuidadora, esta categoria traz alguns impactos que as entrevistadas perceberam nas diversas esferas de suas vidas. Para descrever detalhadamente, foi dividida em seis subcategorias nomeadamente - implicações pessoais, implicações profissionais, implicações conjugais, relação com os filhos, implicações financeiras e vida social. A Tabela 10 (anexo 3) contém as todas expressões das participantes.

. Implicações pessoais

Esta subcategoria retrata o impacto percebido pela cuidadora com maior intensidade e que afeta seu dia a dia. O indicador aqui foi a falta de tempo para a própria. Essa sensação foi relatada por três participantes portuguesas, onde acreditam ter pouco tempo para si e que precisam de mais tempo para conseguir fazer tudo o que precisam, tal como pode ser visto nas afirmações de PT2 *“(...) não tenho tempo para ver como é que está os meus exames e tratar de mim”* (PT2), e PT3 *“Para mim como pessoa, muitas vezes fico frustrada, porque não tenho tempo (...) vejo que não tenho tempo, eu precisava de mais horas por dia, precisava de mais tempo”*.

. Implicações Profissionais

Nesta subcategoria, as entrevistadas relataram de que forma a tarefa de cuidadora pode afetar a vida profissional. As respostas foram divididas em três indicadores - absentismo, carga laboral menor e baixa concentração para o trabalho.

O absentismo aparece como uma consequência direta de demandas principalmente de ordem da saúde. Os cuidados médicos imprevistos podem requerer que a cuidadora se ausente do

trabalho para poder acompanhar o ente doente. É o que afirmou uma entrevistada portuguesa “*Às vezes tenho que faltar, isso faz com que o meu trabalho se acumule*” (PT2).

Em outros casos, duas cuidadoras brasileiras relataram ter que diminuir a carga laboral para poderem prestar suporte ao idoso. Tal como as mesmas manifestam nas suas afirmações “*(...) não é tarefa fácil não. Eu até trabalho pouco, tenho poucos pacientes por conta disso*” (BR1) e “*(...) deixo de ganhar um dinheiro a mais para poder cuidar dele (...) deixo de pegar trabalho para ajudar ele, aí acabo ganhando pouco*” (BR4).

Em consequência da preocupação e problemas relacionados aos familiares a quem dá o suporte, uma cuidadora portuguesa relatou que vai para o trabalho com dificuldades para se concentrar, tal como pode ser conferido na sua afirmação “*Muitas vezes vou para o trabalho com a cabeça desfeita (...) eu estou a olhar para as coisas e não estou a ver*” (PT3). De um modo mais geral, quer as portuguesas, quer as brasileiras revelam ser afetadas no trabalho em algum nível.

. Implicações conjugais

A vida conjugal tem um peso considerável na rotina das cuidadoras e os reflexos dos cuidados prestados aos idosos foram apontados como tendo alguma interferência na dinâmica do casal. Esta subcategoria foi dividida em três indicadores - compreensão do cônjuge, discussões e dificuldades na gestão do tempo.

O apoio do cônjuge é importante para a manutenção da rotina da cuidadora e mesmo demandando tempo das mesmas, três delas (1 portuguesa e 2 brasileiras) relataram que a compreensão e consciência do cônjuge da importância da ajuda da prestação de suporte para o ente querido faz diferença na vida conjugal. Tal como explicitado na afirmações de PT2 “*(...) o meu marido é... tem consciência que as coisas têm que ser assim. Ele tem a apreciação que a minha mãe sem estes cuidados, não conseguiria avançar*” e BR1 “*No início do relacionamento, surgiram alguns problemas em relação a isso. Mas a pessoa é muito parceira, depois que a gente sentou e conversou, ele conseguiu entender que eu tinha algumas prioridades*” (BR1).

Situações de discórdia também foram relatadas por uma participante portuguesa, “*É muito difícil, muitas vezes... difícil. Porque muitas vezes eu discuto com o meu marido por causa da mãe*” (PT3).

O tempo do casal juntos também é afetado, foi o que relataram três cuidadoras (1 portuguesa e 2 brasileiras). As reclamações são diferentes, mas todas relacionadas com falta de tempo ou o pouco tempo que possuem, devido às responsabilidades assumidas junto ao idoso. Tal como manifestado na afirmação de PT4 “*Fica um bocadinho apertado. Às vezes há conversas que ficam para depois, às vezes se calhar nem acontecem. Só aos sábados fazemos coisas que um casal*

normalmente faz durante a semana” e BR3 “É, eu perdi também um pouco da liberdade que eu tinha com o meu marido. (...) quando chega no final de semana, a gente tinha mais liberdade e agora com a minha mãe lá em casa, ficou um pouco mais difícil”.

. Relação com os filhos

Também ao nível das implicações da relação com os filhos fica evidenciado que por vezes, ocorrem consequências negativas advindas do ato de cuidar tanto deles, quanto do idoso. Surgiram dois indicadores para essa subcategoria - conflitos e ausência.

Duas cuidadoras (1 brasileira e 1 portuguesa) relataram que conflitos com os filhos também ocorrem, devido ao suporte prestado ao idoso. São casos diferentes, mas ambos geram discussão entre mãe e filhos em função do convívio e suporte ao idoso. Tal como pode ser conferido nas afirmativas de PT3 *“(...) as vezes acabamos a discutir também as duas. Porque eu quero que ela tenha mais calma com a avó, que ela às vezes não entende tão bem. É muito complicado”* e BR3 *“Bom, assim, só o desgaste às vezes. Porque o idoso se mete um pouco na criação, você as vezes está chamando a atenção do seu filho e aí por ela agora estar mais lá em casa, ela quer se meter”.*

Apenas uma cuidadora brasileira referiu que a principal implicação dos cuidados multigeracionais na relação com os filhos é o pouco tempo com eles em função das diversas responsabilidades com o idoso, ficando assim, bem ausente. Ela expressa essa situação na afirmativa, *“Eu acho que acabo dedicando muito tempo ao meu pai e pouco aos meus filhos (...) acho que fico pouco tempo com eles”* (BR4).

. Implicações Financeiras

Relativamente aos impactos que podem ocorrer na vida financeira da cuidadora em função do suporte prestado, surgiram dois indicadores - sem implicações financeiras e custos elevados.

Quatro cuidadoras GS (3 portuguesas e 1 brasileira) relataram não possuir qualquer tipo de prejuízo ou acréscimo em suas despesas em função do suporte prestado ao idoso. Observa-se que o facto de os pais serem reformados, ajuda bastante nessa questão. Isso é expressado nomeadamente por PT3 *“(...) nenhuma. Porque como ela trabalhou toda a vida nos lanifícios, toda a medicação dela é paga”* e PT4 *“(...) felizmente não sentimos (...) felizmente é tudo isso participado 100% no estado. Felizmente minha mãe e meu pai trabalharam. Então, não é nada que nos faça assim, tanta diferença”.*

Paralelamente, ocorrem situações contrárias, descritas por duas brasileiras, em que há um aumento no orçamento familiar, e em grande parte, por questões médicas e necessidade de compra de medicamentos. Tal como é relatado nas afirmações de BR2 *“Implica em ter que abdicar de algumas coisas para comprar a medicação, pagar o local onde ela fica, alimentação (...) realmente,*

onera um pouco o orçamento” e BR3 “Em termos económicos é complicado (...) E aí tem que comprar aqueles medicamentos todo o mês, alguns a gente consegue pelo governo, outros não. E aí você fica um pouco... totalmente apertada”. As portuguesas apresentam menor impacto negativo na vida financeira, ao passo que as brasileiras relataram aumento em seus custos.

. Vida Social

Das oito entrevistadas, seis (3 portuguesas e 3 brasileiras) relataram ter a vida social prejudicada pelas responsabilidades assumidas com a prestação de suporte ao idoso. Em geral, a vida social é fraca ou abdicam de ir a lugares devido ao apoio prestado ao idoso. Tais situações são expressas quando relatadas em, *“Normalmente não saio porque ela não consegue andar (...) eu não a deixo sozinha, portanto, não saio”* (PT2), *“Eu deixei de ter vida social (...) amanhã eu tenho um jantar e só vou se eu puder levar, porque senão, eu não posso ir”* (PT3) e *“(...) amanhã eu tenho uma festa, ela está querendo ir. Se eu for, eu tenho que levar ela, então eu fico em casa”* (BR3). As restrições na vida social são comuns para brasileiras e portuguesas.

Ganhos do cuidado multigeracional

Os aspetos positivos associados ao cuidado multigeracional também são descritos pelas entrevistadas. Não são apenas os fatores negativos que são percebidos pelas mesmas. Elas avaliaram dentro de uma ótica mais introspetiva. Duas subcategorias são descritas - benefícios pessoais e benefício em termos das novas gerações. A Tabela 11 (anexo 3) contém as todas expressões das participantes.

. Benefícios Pessoais

As cuidadoras relatam suas percepções acerca dos benefícios em ser uma cuidadora GS. As respostas convergiram para uma opinião mais ao nível de benefício pessoal, que deram origem a quatro indicadores - aprendizagem, satisfação própria, não arrependimento futuro e reciprocidade. Quatro cuidadoras (2 portuguesas e 2 brasileiras) referiram que a aprendizagem é um dos maiores ganhos que se recebe ao ser uma cuidadora GS. Tal como manifestado por PT2 *“Os ganhos é uma aprendizagem (...)”* e BR4 *“Porque às vezes a gente pensa que um problema vai abalar a gente e a gente cresce com isso”.*

A satisfação própria está presente no relato de quatro entrevistadas (1 portuguesa e 3 brasileiras), onde fica expresso esse sentimento de contentamento resultante do apoio e suporte realizados. As entrevistadas enfatizam o sentimento de dever cumprido que as leva a estar bem consigo mesmas e com a sua consciência, caso de PT2 *“(...) o ganho é precisamente o prazer de estar bem comigo mesma e saber que estou a ajudar a minha mãe, que também estou a ajudar a minha filha. E é mais uma satisfação pessoal, acho também que um enriquecimento pessoal (...) deixa-me bem comigo mesma, satisfeita com a minha prestação, deixa-me com a minha*

consciência tranquila” (PT2). Sobressai também a noção de completude de ciclo de vida, evidenciado no relato de BR1 “(...) *eu sinto prazer em fazer isso. Não é nem só prazer, eu fico com o coração em paz, com a cabeça em paz (...) sensação do dever cumprido é isso*”.

Duas entrevistadas (1 portuguesa e 1 brasileira) apontaram que um dos ganhos em ser cuidadora se dá ao facto de considerarem que não sentirão arrependimento futuramente. Tal é demonstrado a partir das suas expressões, “*E é apaziguador para mim, porque sei que no fim não vou me arrepender de nada, de não ter feito nada (...) Não quero nunca arrepender-me de não ter feito isso, o que eu ganho com isso é ficar em paz interior*” (PT4) e “*Porque a pior coisa que tem é você se arrepender do que não fez (...)*” (BR3).

O reconhecimento do auxílio e cuidado que recebeu dos pais bem como poder retribuir no momento em que mais precisam é o que faz sentido para três cuidadoras (1 portuguesa e 2 brasileiras). Dessa forma, elas relatam que a reciprocidade faz todo o significado no suporte que dão, como é o caso de PT4 quando declara “(...) *porque faço com todo o gosto, eles também fizeram por mim quando eu nasci*” e de BR2 ao relatar “(...) *papel de missão cumprida. De retribuir aquilo que ela fez mim quando ela podia*”. As percepções de brasileiras e portuguesas relacionadas aos ganhos adquiridos com o cuidado multigeracional foram todos de ordem subjetiva e o sentimento de reciprocidade foi mais apontado pelas brasileiras.

. Benefícios em termos das novas gerações

Para além dos benefícios pessoais, as participantes perceberam que eles podem ser extensivos aos filhos. Assim, dois indicadores emergiram - cuidar como exemplo e expectativa de retorno.

Na percepção de cinco entrevistadas (2 portuguesas e 3 brasileiras), o ato cuidar de uma pessoa idosa que necessita de ajuda, gera o exemplo dentro de casa. As participantes consideram que isso influenciará seus filhos, sendo esta uma implicação positiva. Tal é evidenciada pelas nos relatos de PT2 “*Eu acho que realmente é positivo porque ela vê... eu consigo transmitir para ela o carinho que eu tenho à minha mãe (...) acho que passo essa mensagem de que temos que cuidar quem precisa ser cuidado*”, no relato de PT4 “*Eu espero que isso seja um exemplo para as minhas filhas, para a vida delas, sobretudo, isso*” e de BR1 “*a minha filha hoje tem esse olhar de cuidado também com a minha mãe (...) vejo ela tendo atitudes com a minha mãe que ela via eu fazendo (...) filhos não seguem conselhos, seguem exemplos*”. Servir de exemplo para os filhos é percebido tanto por participantes, cuidadoras GS, brasileiras quanto por portuguesas como importante dentro desse contexto de ser cuidadora.

Para além de ser um exemplo para os filhos, duas cuidadoras GS (uma brasileira e uma portuguesa) acreditam e esperam que eles tenham a mesma atitude com elas, caso precisem.

É o que fica evidenciado nas seguintes afirmações, *“Eu espero que as minhas filhas aprendam, que um dia mais tarde, eu também vou precisar delas”* (PT4) e *“(…) cuido também dos meus filhos para um dia eles cuidarem de mim, na minha velhice”* (BR4).

Dificuldades do cuidado multigeracional

Associadas à execução do papel de cuidador multigeracional existem as dificuldades intrínsecas e extrínsecas a cada pessoa. As participantes descreveram dois tipos situações que podem impossibilitar ou atrapalhar a prestação de suporte multigeracional, pelo que criámos subcategorias - a nível de recursos pessoais e a nível de recursos externos. De seguida, o detalhamento de cada uma delas. A Tabela 12 (anexo 3) contém as todas expressões das participantes.

. A nível de recursos pessoais

Esta subcategoria retrata as dificuldades intrínsecas às participantes, ou seja, as dificuldades internas que dificultam seu dia a dia na prestação do suporte multigeracional. Esta subcategoria foi dividida em quatro indicadores para uma melhor compreensão, nomeadamente - falta de conhecimentos para cuidar, descontrole emocional, dificuldades de comunicação e cansaço.

Ter que repentinamente responsabilizar-se por uma pessoa, exige adaptações iniciais que podem demandar um conhecimento prévio, seja da doença, seja de como ter que dar esse suporte. A falta de conhecimentos foi relatada por duas entrevistadas (1 portuguesa e 1 brasileira) como uma dificuldade, conforme evidenciado nos relatos, *“(…) eu não entendia algumas coisas ao início e achava que não iria conseguir lidar com a situação da minha mãe estar a perder mobilidade, estar a perder capacidades (...) portanto ao início é que foi mais difícil”* (PT2) e *“(…) no começo foi mais difícil de eu ter que aceitar aquela dependência (...) eu tive que lidar com as situações e aprender como lidar, sozinha”* (BR2).

Nem todas as cuidadoras conseguem manter um equilíbrio emocional com as exigências da tarefa de cuidados multigeracionais. Três delas (2 portuguesas e 1 brasileira) relataram perder o controle e por vezes, até descontar nos familiares, tal como afirmado por PT3 em *“Minha dificuldade é quando... acho que fico mesmo toda queimadinha e dispero em todas as direções. Calma, coisa que eu não tenho e gostaria de ter e paciência, principalmente”* e também por PT4 quando relata *“A dificuldade é minha porque eu comecei a perder muita paciência. Há dias em que já não faço as coisas com tanta calma, com tanto cuidado e acho que é por aí.*

Problemas relacionados com a comunicação também foram apontados por três entrevistadas brasileiras como um dos fatores que dificultam nos cuidados multigeracionais, não só

com os idosos, mas também com os filhos. Tal como manifestado por BR2 *“Acho que uma das maiores dificuldades está na comunicação, com os dois lados”* e BR3 *“A falta de comunicação. Você quer conversar, as vezes a solução do problema não está só em você querer, o outro lado tem que querer também”*.

Um das maiores queixas reside no sentimento de cansaço relatado pelas cuidadoras sendo em casos, atribuído por elas como exclusivamente físico, não havendo exaustão psicológica. Talvez em função da preocupação e multiplicidade de tarefas que precisam executar. Essa sensação está pode ser confirmada nas afirmações de PT2 *“É o cansaço, ter que abdicar das minhas coisas. É sempre físico, porque não sinto que psicologicamente esteja sobrecarregada, que esteja deprimida, não. Não sinto nada disso”*, PT4 *“(…) o cansaço é muito, o sono o tempo todo interrompido”* e BR4 *“Gosto de ajudar, mas ter que fazer tudo é muito pesado, muito difícil. Dependência total”*. O cansaço físico é comum a brasileiras e portuguesas. A dificuldade na comunicação foi mais apontada pelas brasileiras ao passo que tentar manter um controle emocional foi relatado pelas portuguesas como sendo o mais difícil.

. A nível de recursos externos

As dificuldades que são extrínsecas às participantes, são relatadas nesta subcategoria. Trata-se de situações rotineiras que não dependem delas, e que prejudicam a prestação do suporte multigeracional. Esta subcategoria foi dividida em três indicadores - pouco apoio governamental, falta de recursos financeiros e falta de apoio familiar.

A falta de um apoio maior por parte do governo, foi indicado por três entrevistadas (2 portuguesas e 1 brasileira) como um fator que dificulta tanto o cuidado ao idoso quanto o apoio ao cuidador em si, que também pode necessitar de ajuda. A cuidadora BR4 expressa dificuldades a este nível em *“Eu queria poder ter uma ajuda maior do governo”*, *“(…) e também a entrevistada PT2 ao declarar: “Gostava que os apoios aos idosos fossem maiores, os apoios à terceira idade não fossem tão, tão burocráticos e os velinhos tivessem uma vida mais facilitada”*.

As cuidadoras GS (1 portuguesa e 2 brasileiras) consideram que não ter uma condição económica melhor é uma dificuldade no apoio tanto ao idoso quanto aos filhos, pois a falta de recursos económicos limita a ajuda que poderiam dar. É o que referem nas seguintes afirmações as cuidadoras BR3 *“Eu gostaria de ter condição financeira. De pagar a faculdade da minha filha, queria ter condições financeiras da minha mãe fazer um tratamento (…)”* e a cuidadora BR4 *“Queria ter mais dinheiro. Assim não precisaria trabalhar e poderia cuidar mais tempo dele (… gostaria de dar as coisas para meus filhos, mais conforto”*.

A falta de ajuda no seio familiar é considerada por duas participantes (1 portuguesa e 1 brasileira) como um fator de grande dificuldade na prestação de suporte, principalmente no que

se refere ao cuidado ao idoso. Tal como referido pelas mesmas em “*Às vezes ter mais um cadinho de atenção do meu marido (...) mais no sentido do meu pai (...)*” (PT1) e “*O recurso mais dos meus irmãos. Porque poderia ter uma divisão de cuidados e não tem. Não existe nenhuma divisão*” (BR2).

Estratégias de Coping

Para lidar com os desafios da tarefa de cuidadora multigeracional é preciso desenvolver estratégias de enfrentamento. Isso envolve diferentes aspetos que variam de acordo com as características inerentes a cada participante. Com base nas diferentes estratégias recolhidas, foram criadas as seguintes subcategorias - gestão da rotina, arrumando tempo para si e recursos pessoais optimizadores. A Tabela 13 (anexo 3) contém as todas expressões das participantes.

. Gestão da rotina

O gerenciamento da rotina da cuidadora GS é descrita como sendo importante para lidar com as diversas demandas que o papel exige. Esta subcategoria originou dois tipos de indicadores - planeamento e não planeamento.

Algumas cuidadoras (4 portuguesas e 2 brasileiras) utilizam como principal ferramenta o planeamento das tarefas para conseguirem executar todas as demandas do dia a dia. Elas seguem uma organização prévia, conforme pode-se observar nos relatos de PT3 “*Levantando às cinco da manhã. Tudo planeado. Mas a minha vida é toda planeada, mesmo*”, PT4 “*Está tudo cronometrado (...) sempre com um foco*” e BR2 “*Eu trabalho muito com planeamento, até no meu dia a dia mesmo. (...) tudo é cronometrado para dar tempo para mim*”.

Duas participantes (1 brasileira e 1 portuguesa) relataram não seguir necessariamente um planeamento, apenas seguem a rotina diária, com certa imprevisibilidade, conforme registrado nas expressões, “*Faço as coisas normal. Vou trabalhar, quando chego à casa, vou limpar a casa de banho, ver a comida... vou levando*” (PT1) e “*(...) eu acordo todo dia, e penso no quê que tem que fazer hoje, isso, isso, aquilo e vou fazendo. E no final acaba dando certo*” (BR1). Portuguesas costumam ter um planeamento maior do que as brasileiras para gerir a rotina.

. Arrumando tempo para si

Além da gestão do tempo como um todo, também precisam desenvolver formas de terem um tempo somente para si. De acordo com os dados recolhidos, três indicadores emergiram desta subcategoria, nomeadamente - estabelecimento prioridades, praticando desporto e buscando auxílio profissional.

Além da organização, para duas participantes (1 portuguesa e 1 brasileira), também é preciso estabelecer prioridades como forma de conseguir arrumar tempo para cuidar de si, conforme afirmado por PT2 “*Para eu arranjar o tempo é mesmo só depois de todas as tarefas*

realizadas, de tudo aquilo que eu acho que tem que ser feito” (PT2) e por BR1 “(...) *fazendo essa lista de prioridades*”.

A prática de desporto também foi apontada como um componente importante no que se refere a encontrar tempo para si, deixando-as inclusive, com maior disposição. Quatro cuidadoras (2 portuguesas e 2 brasileiras) discorreram sobre isso, tal como afirmado por BR3 em “(...) *eu estou me refugiado nisso. Vou para academia na intenção de me encontrar (...) eu realmente senti uma melhora, tanto no meu estado físico e emocional*” (BR3) e por PT3 na afirmação: “(...) *quando vou ginásio*”.

Apenas duas cuidadoras (1 portuguesa e 1 brasileira) relataram recorrer a profissionais. Em ambos os casos, o impacto está ligado diretamente no tempo que acabam tendo para si, tal como pode ser confirmado em “(...) *só comecei a saber como lidar mais, quando eu fui a um psicólogo*” (PT3) e “(...) *eu coloquei ela em um lugar que eu chamo de creche (...) é chamado de Centro de Integração Para a Pessoa Idosa (...) ela passa 3 dias na semana, ela passa 3 manhãs lá e já almoça lá*” (BR2). Brasileiras e portuguesas recorrem à prática de desporto como estratégia para arrumar tempo para si.

. Recursos pessoais otimizadores

Esta subcategoria diz respeito às características pessoais que a cuidadora refere ter e que a ajudam nos desafios do papel de cuidadora. Aqui, foram encontradas algumas características pessoais que deram margem a três indicadores - controle emocional, altruísmo, religiosidade e otimismo/resiliência.

Ter e buscar o equilíbrio emocional é uma característica que para três cuidadoras (1 portuguesa e 2 brasileiras) ajuda nos desafios inerentes a tarefa. Tal como referido por PT2 em “*É calma e tentar ser mais bem disposta possível*” e também por BR2 em “(...) *o equilíbrio emocional, eu tenho que equilibrar isso*”.

De acordo com o relato de três cuidadoras (1 portuguesa e 2 brasileiras), o altruísmo também se revelou uma importante característica pessoal que auxilia a quem precisa prestar suporte à outra pessoa. É o que se pode observar nas seguintes afirmações, “*Assim, eu acho que o ser humano ele todo vem a esta vida para ajudar o outro, senão, não faz sentido a palavra humano*” (PT4) e “*Eu acho que a vontade de ajudar o próximo (...) faço isso com o maior prazer, cuidar, para mim é muito bom. Eu prefiro cuidar do que ser cuidada*” (BR1).

A religiosidade foi referida por duas participantes brasileiras como sendo um recurso muito importante em suas vidas, funcionando como um apoio nas dificuldades, tal como expresso em “*A Deus mesmo, eu recorro muito a ele para me dar forças*” (BR2) e “*O apoio e o recurso que eu tenho, eu busco em Deus*” (BR3).

Por fim, o otimismo e a resiliência são traços pessoais que quatro participantes (2 portuguesas e 2 brasileiras) destacaram como sendo fatores que as influenciam positivamente para suportar as demandas que uma cuidadora GS tem. O que fica facilmente percebido através das expressões de PT3 em *“Força, acho que é o meu recurso mais natural (...) sou daquelas que cai, mas não quebra”*, relato de PT4 em *“(...) sou uma pessoa muito positiva, sou resiliente, otimista e devo ter umas costas muito grandes e largas, eu aguento bem”* e na afirmação de BR2: *“Focar na solução e não no problema, eu sou muito determinada (...) vejo situações de pessoas que têm o mesmo tipo de doença dela que é pior. Então eu me conformo”*. Apenas as brasileiras utilizam a religiosidade como recurso de enfrentamento. O otimismo e a resiliência são características pessoais presente em brasileiras e portuguesas e que ajudam nos desafios do papel de ser uma cuidadora GS.

Capítulo 4: Discussão / Conclusões

O presente estudo procurou analisar e interpretar os resultados obtidos nas entrevistas, com base na fundamentação teórica dos autores pesquisados. Para tal efeito, a discussão será orientada pela resposta as questões de investigação anteriormente colocadas, com o intuito de realizar uma síntese e apreciação crítica dos resultados que se consideram mais relevantes, de modo a evidenciar seus significados e implicações.

Acerca do perfil das cuidadoras da GS, todas as participantes (brasileiras e portuguesas) vão ao encontro dos critérios enquadrados por (Nichols & Junk, 1997; Taylor & Parker, 2013 e Sinha, 2012), ou seja, pessoas acima de 40 anos, casadas, que trabalhem ou tenham alguma ocupação, que dê suporte físico ou emocional a um ou mais idosos, que tenham filhos menores de 18 anos ou fornecem apoio financeiro a uma criança adulta de 18 anos ou mais. E mostra que, de fato, o perfil cunhado por Miller em 1981 sofreu algumas alterações, uma vez que a mesma considerou inicialmente somente as mulheres, que tivessem filhos pequenos e cuidassem em simultâneo dos pais. Embora os dados desta pesquisa sejam apenas de mulheres, a literatura mostra que um cuidador GS pode ser homem ou mulher (Taylor & Parker, 2013), os filhos não precisam ser menores, mas dependentes, seja física, emocional ou financeiramente. Com o cenário atual, em que a organização familiar mudou, onde homens e mulheres buscam cada vez mais igualdade de direitos em todas as áreas, as responsabilidades também são igualmente cobradas, conforme afirmado por Ramos et al. (2012). Essa geração que buscou sua independência financeira e estabilidade familiar, acabou tendo que assumir também a tarefa de cuidar e dar suporte aos seus familiares idosos, paralelamente à responsabilidade de cuidar dos seus próprios filhos tal como descrito por Kalache et al. (1987). E junto com essa responsabilidade, acompanha também os problemas inerentes a cada filho, de acordo com a fase ou idade em que estejam fazendo parte as exigências não só do suporte emocional, mas também do suporte financeiro.

Relativamente aos cuidados físicos e hábitos de saúde, os resultados apontaram que cuidadoras que possuem diagnóstico de alguma doença, não fazem o acompanhamento médico como deveriam, protelam, não dando assim, a devida importância ao assunto, tal como afirmou Diniz et al. (2018), onde salientaram que a dedicação do cuidador poderia levá-lo a desconsiderar suas próprias necessidades. As portuguesas apontaram uma dificuldade maior em ir ao médico, talvez justificado pela avaliação mais otimista do que as brasileiras no que se refere a saúde em geral.

A falta de tempo e a sobrecarga do dia a dia também são argumentos utilizados pelas cuidadoras para a falta da prática de atividades físicas, que corrobora por exemplo, Chassin et al.

(2010) em que cuidadores informais são menos propensos a fazer exercícios regularmente e apresentam comportamentos pouco saudáveis. Porém, a prática frequente de desporto faz da parte da rotina de metade das cuidadoras entrevistadas, sendo as entrevistadas brasileiras as que mais apresentaram esse hábito. Há de se considerar aqui, os fatores ambientais e climáticos que podem influenciar essa particularidade, uma vez que, sendo o Brasil um país de clima predominantemente tropical, não há invernos rigorosos que possam impedir as pessoas de saírem para exercitar-se.

Mais da metade das entrevistadas tiveram uma percepção e avaliação positiva em relação à saúde no geral, mesmo algumas apresentando o diagnóstico de doença crónica, corroborando assim, o estudo de Pope et al. (2017) em que os cuidadores informais associam o autocuidado diretamente ao bem-estar emocional e à saúde em geral. Ou seja, não é apenas a saúde física ou a falta dela que define a avaliação que o sujeito faz, estando os aspetos emocionais intrinsecamente relacionados a essa percepção. As portuguesas foram mais otimistas nessa questão.

No que concerne ao apoio prestado aos filhos, o suporte emocional foi o tipo mais expresso pelas participantes brasileiras e portuguesas, o que pode ter sido em função de a maioria dos filhos das mesmas já estarem na adolescência, não demandando, assim, tantos cuidados físicos. Assim, a sobreposição de papéis apontada por Steiner e Fletcher (2017), não foi sentida da forma como esses autores descreveram, uma vez que, a mesma ocorre quando há uma intensa permuta entre o suporte físico e emocional. Há de se considerar que, no caso de filhos com mais tenra idade, as demandas e exigências seriam outras. Os dados mostram que, sendo os filhos mais autónomos, muitos deles já auxiliam as mães cuidadoras nas tarefas domiciliárias, retirando assim, um pouco da sobrecarga da rotina, tal como indicado por Künemund (2007) acrescentando que, essa ajuda de membros mais jovens da família, pode até mesmo minimizar os impactos do trabalho. Pode-se inferir que a idade dos filhos é fator preponderante na ajuda que as cuidadoras podem ter dos mesmos e assim, minimizar a possível sobrecarga de uma cuidadora GS, o que pode ser observado pela pouca associação que fizeram em relação aos cuidados prestados aos filhos. Em relação aos apoios que recebem de seus cônjuges no suporte aos filhos, as entrevistadas portuguesas referiram receber pouca ajuda, ficando esta mais relacionada a tarefas externas e de transporte, tal como os achados de Steiner e Fletcher (2017) e Sinha (2012), resultado este, divergente das entrevistadas brasileiras, que relataram haver uma divisão de tarefas mais igualitária com seus cônjuges. O que pode ser explicado pelas distinções culturais conforme aponta os estudos de Do, Cohen & Brown (2014) em que afirmaram que as diferenças culturais e étnicas influenciam a forma como os sujeitos se utilizam de estratégias para gerenciar as situações.

No que diz respeito aos cuidados direcionados aos idosos, os resultados mostraram que o tipo de suporte prestado está predominantemente relacionado aos cuidados das atividades básicas (ABVDs) e atividades instrumentais (AIVDs) descritos por Caldas (2003), Alves et al. (2008), Steiner e Fletcher (2017) e Nichols & Junk (1997) ou seja, tarefas que auxiliam no dia a dia, como higiene

pessoal, refeições, ajuda com as finanças, cuidados com a saúde como compra de medicamentos e levar a consultas médicas, limpeza da casa etc. Esses resultados foram igualmente descritos por portuguesas e brasileiras. As atividades avançadas de vida diária (AAVDs) quase não apareceram nos resultados. Os suportes que seriam de cunho afetivo e lazer foram pouco mencionados, as cuidadoras tendem a associar os cuidados aos idosos mais às necessidades físicas, contrastando assim, com o tipo de percepção que descreveram em relação aos filhos, que foi mais ao nível emocional. Essa diferenciação vai ao encontro do que afirmou Pierret (2006), destacando que os cuidadores tendem a envolver-se mais emocionalmente e financeiramente na vida dos filhos, sendo os cuidados domésticos e pessoais mais voltados para os pais a quem dão suporte. O facto de serem essas mulheres profissionalmente ativas e terem múltiplas responsabilidades, acaba por diminuir o tempo, ser um impeditivo para que as cuidadoras possam dedicar-se mais ao apoio emocional, e, podendo até mesmo, trazer diferentes implicações na relação com o idoso, conforme veremos mais à frente.

A ajuda que as cuidadoras recebem para dar suporte aos idosos diferem dos que recebem com relação aos filhos. Há uma rede de apoio maior, que inclui irmãos, marido, os próprios filhos e ajuda formal, porém, essas ajudas são pequenas quando comparadas às tarefas que precisam desempenhar junto ao idoso, nesse item, portuguesas relataram receber mais apoios do que as brasileiras. O apoio do cônjuge também é bem menor quando comparado à ajuda aos filhos, e em sua maioria, restringem-se a assistências com locomoção. Esse resultado é válido para portuguesas e brasileiras. Steiner e Fletcher (2017) também afirmaram que nas tarefas familiares, as mulheres envolvem-se mais no cuidado ao idoso, enquanto os homens tendem a dedicar-se mais aos filhos. De fato, esse achado corresponde ao que foi encontrado nesta pesquisa. Os cuidados diários também acabam impactando nas relações interpessoais junto aos idosos, podendo ter implicações positivas ou negativas. Para Goodhead e Macdonald (2007) a qualidade prévia da relação tem influência nessa percepção. Os resultados das entrevistas indicaram que, não há como prever isso em função da relação prévia. Pois houve casos em que a qualidade era boa e piorou e casos em que a qualidade era ruim e os laços se fortaleceram. Brasileiras apresentaram maior desgaste, ao passo que, portuguesas apresentaram maior qualidade no vínculo. O facto de portuguesas terem maior apoio familiar no suporte aos idosos, pode ser uma atenuante no desgaste junto ao idoso. Em alguns relatos, pode-se constatar que a inversão de papéis descrita por Osborne e Felderhoff (2014) e Steiner e Fletcher (2017) ocorre em diversas situações na prestação de cuidados, em que a cuidadora- filha vira filha-mãe, necessitando equilibrar-se nessa troca de papéis o tempo todo. Tanto brasileiras quanto portuguesas relataram essa inversão.

Exercer o papel de cuidadora traz consigo impressões emocionais que foram percebidas de diferentes formas pelas entrevistadas. A exaustão foi relatada pela maioria, brasileiras e portuguesas, o que já era esperado, pois grande parte dos estudos com cuidadoras GS retratam

esse esgotamento, como relatado por Diniz et al. (2018), Evans et al. (2016) e Mónico et al. (2017). Revolta, a perda de paciência (mais relatada pelas portuguesas) e falta de liberdade foram apontados e surgiram em paralelo aos sentimentos de exaustão, não sendo este, o único sentimento associado ao papel de cuidadora. Os relatos indicaram isso como efeito do suporte por um longo período de tempo, bem como a multiplicidade de tarefas que precisam dar conta. Tal facto é oposto às pesquisas de Künemund (2007), que considera que a situação de *sanduíche* não está associada a uma sobrecarga de papéis. Essa exaustão física dos cuidados multigeracionais deve ser somada às responsabilidades profissionais, a disposição física que, por estarem acima dos 40 anos de idade, também impactam significativamente no cansaço físico e é inerente ao próprio processo de envelhecimento.

Dentre as implicações nas diversas esferas da vida das cuidadoras, alguns pontos convergiram com estudos anteriores. Em relação às implicações pessoais, a falta de tempo, mais apontada pelas portuguesas, é condizente com os achados de Steiner e Fletcher (2017) em que relatam este como um limitador para as cuidadoras GS. Dentre as implicações profissionais, destaca-se a necessidade de ter que faltar ao trabalho, pegar cargas laborais menores e ficar desconcentrada no trabalho em decorrência de problemas geralmente mais associados à saúde do idoso ao qual dá suporte, tal como descrito por Young (2017) e Sinha (2012). Esses problemas foram apontados por brasileiras e portuguesas. No que tange as implicações conjugais, os resultados apontaram para uma maior compreensão do cônjuge da brasileira em relação as tarefas que a cuidadora GS precisa desempenhar, resultado este que pode ser influenciado pela divisão de tarefa mais igualitária nos cuidados junto aos filhos, mas que também trazem repercussões de dificuldade na gestão do tempo somente para o casal. Do ponto de vista financeiro, para a maioria das portuguesas entrevistadas, prestar esse suporte ao idoso não tem implicações financeiras, mas para a maioria das entrevistadas brasileiras sim. Provavelmente a realidade político-social de cada país tem grande impacto nessa percepção. Apesar de a literatura consultada reportar que fatores como número de filhos, e a baixa renda das famílias serem os fatores que mais impactam (Do, Cohen & Brown, 2014), a assistência financeira aos pais é comum, mas não é o maior gasto, os filhos contabilizam as maiores despesas de acordo com Pierret (2006).

Os resultados relativos às implicações nas relações com os filhos, mostraram a ocorrência de conflitos e diminuição no tempo de convivência com os mesmos em virtude de ter que dispor de mais tempo no cuidado junto ao idoso. Não foram encontrados muitos achados sobre esse assunto, apenas que o papel de cuidadora exige tempo e atenção de todos os membros da família, diminuindo o tempo de convivência social entre eles (Goodhead & McDonald, 2007) e que podem ocorrer desgastes e conflitos entre os membros do núcleo familiar (Diniz et al. 2018). Brasileiras e portuguesas relataram essas dificuldades.

Relativamente à vida social, em sua maioria, fica restrita devido as responsabilidades assumidas junto ao idoso, havendo até mesmo abdicação total em alguns casos, tal como apontado nos estudos de Steiner e Flecher (2017) e Diniz et al. (2018). Esse impacto na vida social, ficou bem evidenciado tanto nas portuguesas quanto nas brasileiras.

Tal como defendido por Boll e Ferring (2013) e Pope et al. (2017), os ganhos com o ato de cuidar são percebidos como subjetivos e não objetivos, tais como aquisição de novas habilidades, crescimento pessoal, ter a sensação do cumprimento de um dever. Do mesmo modo, as cuidadoras entrevistadas descreveram esses ganhos como sendo aquisições de benefício pessoal em que são ressaltados sentimentos como aprendizagem, satisfação própria, não arrependimento do futuro e reciprocidade. O não arrependimento do futuro, deve ser interpretado como não se sentir culpado, servindo, até mesmo, como um mecanismo de proteção para não sentir a dor de uma escolha equivocada. Há o sentimento de reciprocidade, relatado por Martins, Ribeiro e Garret (2003), em que as entrevistadas demonstram poder retribuir todo o cuidado que já receberam e terem a sensação de “missão cumprida”. Isso pode ser decorrente do que Kohli (2004) discorreu, afirmando que filhos que tiveram investimento afetivo e financeiro em suas infâncias, retribuirão da mesma maneira caso os pais precisem. Esses sentimentos estão bem distribuídos e equilibrados entre portuguesas e brasileiras.

Essas percepções das mais valias adquiridas com o cuidado multigeracional, estendem-se às gerações futuras. Havendo destaque na crença por parte das cuidadoras de servirem como exemplo para os filhos e, conseqüentemente, trazem uma expectativa de que, futuramente, caso precisem, seus filhos possam fazer por elas, o mesmo que atualmente elas fazem pelos idosos aos quais ajudam. Brasileiras e portuguesas apresentaram esses resultados.

Quanto às dificuldades do cuidado multigeracional, assim como relatado em George e Gwyther (1986), fatores externos e internos podem afectar o o bem-estar do cuidador e do receptor de cuidados. A nível de recursos pessoais, as cuidadoras relataram que a falta de conhecimento prévio da doença do idoso, e as fases iniciais da prestação cuidados são fatores de grande dificuldade e que impactaram significativamente em suas vidas. Essa dificuldade da fase inicial também foi apontada por Do, Norton, Stearns & Van Houtven (2015), que alertaram para os efeitos que isso pode ter na saúde do cuidador. Young (2017) afirmou que uma comunicação disfuncional tem efeito na qualidade do relacionamento, as dificuldades de comunicação tanto com os idosos quanto com filhos foram manifestadas pelas entrevistadas, ressalta-se aqui a necessidade de adaptação de uma linguagem diferenciada para as diferentes faixas etárias. O cansaço físico, comum a todas as entrevistadas, atua como um dificultador no suporte multigeracional. Tal como já apontado por Diniz et al. (2018), Goodhead e Macdonald (2007) e Young (2017), o cansaço afeta negativamente o bem-estar da cuidadora, podendo levar a um processo de exaustão e deixá-la deprimida. Dessa forma, é preciso estar em alerta quanto a isso, uma vez que pode vir

acompanhado do descontrole emocional narrado pelas entrevistadas, fazendo parte dos sintomas de *stress*.

Quanto ao nível dos recursos externos que dificultam os cuidados multigeracionais, os pontos destacados pelas cuidadoras foram similares aos já encontrados em outros estudos, entre os quais foram destacados, o pouco apoio recebido junto aos governos de ambos os países, Brasil e Portugal. Shaji e Reddy (2012) alegaram que os cuidadores familiares, de uma maneira geral, são negligenciados pelos sistemas de saúde. Ressalta-se que a falta de apoio citada pelas cuidadoras diz respeito não só a si, mas também aos próprios idosos. A falta de recursos financeiros tal como assinalada por Do, Cohen e Brown (2014) e Young (2017) é também citada como um obstáculo para a prestação do suporte multigeracional, afetando o apoio aos filhos como por exemplo, custear uma universidade e aos idosos impedindo-os de pagarem tratamentos médicos melhores. Porém, a falta dele, não é impeditivo da ajuda prestada, pois conforme registrado por Ward e Spitze (1998), na falta de dinheiro, a ajuda é não monetária. A falta de apoio familiar também foi apresentada como um elemento que dificulta o suporte prestado. Ward e Spitze (1998) afirmaram que ter uma família que ajude, melhora a capacidade de organização e gerenciamento no cuidado prestado. Assim, pode-se supor que a falta dela, acaba por dificultar a rotina da cuidadora, causando também uma sobrecarga.

Para lidar com todas as dificuldades inerentes ao suporte multigeracional, as entrevistadas desenvolveram também estratégias de *coping*. Os resultados apontaram que gerir a rotina é fundamental para que se consiga executar todas tarefas do dia a dia da cuidadora, isso é feito em grande parte com um planejamento prévio, Osborne e Felderhoff (2014) já haviam constatado isso em seus estudos com cuidadores de veteranos de guerra. O não planejamento é menos relatado, porém, também pode ser uma forma mais rápida para conseguir lidar com imprevistos. Além da gestão da rotina do dia, destacou-se a necessidade de a cuidadora ter um tempo somente para si. Para tal, os subterfúgios utilizados são, a prática de desporto, a busca de auxílio profissional para si (ex: terapia psicológica) e para o receptor de cuidados (ex: centro de atividades para idosos) e o estabelecimento de prioridades. Este último, na perspectiva de Staudinger e Bluck (2001) deve-se em grande parte à idade das cuidadoras, no caso, estarem na meia-idade, pois o excesso de responsabilidades acaba por obrigá-las a estabelecerem um foco e priorizá-lo.

No tocante aos recursos pessoais que colaboram nessa difícil tarefa de prestar cuidados multigeracionais, os resultados obtidos neste estudo possibilitam destacar o controle emocional, o altruísmo, a religiosidade, o otimismo e a resiliência. Características como por exemplo, a religiosidade é considerada por Diniz et al. (2018) como um fator de proteção. Ter algumas dessas características também propicia suportar, resolver e enfrentar as dificuldades. Pope et al. (2017) afirmaram que é importante que os cuidadores identifiquem as melhores estratégias para atender suas necessidades específicas. Para além, disso, acrescenta-se aqui uma máxima proferida pelo

filósofo grego Sócrates: “conhece-te a ti mesmo”, se permitir identificar, conhecer e explorar as próprias potencialidades talvez seja um dos principais caminhos para poder estar bem para si e para o outro.

Há aspectos que são transversais em termos culturais e outros que são mais específicos de cada cultura. A tabela mostra uma breve síntese com pontos convergentes e divergentes entre portuguesas e brasileiras na forma como vivenciam o papel de cuidadora pertencente a GS.

Tabela 14 - Convergências e especificidades de cuidadoras GS brasileiras e portuguesas

Categorias	Comuns	Brasileiras	Portuguesas
Hábitos de saúde	Possuem problemas de saúde. (PT1, PT3, BR1, BR4)	Praticam atividades físicas de forma mais sistemática. (BR1, BR2, BR3)	Possuem uma percepção mais positiva da saúde (PT1, PT2, PT3, PT4)
Apoio do cônjuge no suporte aos filhos		Mais igualitário na divisão de tarefas. (BR1, BR2, BR3)	Apoio em pequenos afazeres e ajuda com transporte. (PT1, PT2, PT3, PT4)
Suporte aos filhos	- Dão um suporte mais emocional (PT2, PT4, BR2, BR3). - Recebem ajuda dos filhos em casa (PT2, PT3, BR3, BR4)		
Impactos na relação interpessoal com o idoso	Apontaram a inversão papéis como consequência. (PT4, BR1)	Relataram maior desgaste na relação com o idoso. (BR2, BR3)	Relataram maior aproximação com o suporte prestado. (PT2, PT4)
Suporte prestado ao idoso	O tipo de suporte prestado ao idoso é mais ao nível físico. (PT1, PT2, PT3, PT4, BR1, BR2, BR3, BR4)		

Apoio no suporte ao idoso	Recebem pouco apoio do cônjuge no suporte aos idosos. (PT1, PT2, PT3, BR1, BR3, BR4)		Recebem mais ajuda da família no cuidado ao idoso. (PT1, PT2, PT3)
Sentimentos suscitados no papel de cuidadora	A exaustão é um dos sentimentos mais descritos por ambas. (PT1, PT3, PT4, BR1, BR2, BR3)	Sentem que precisam retribuir o que fizeram por elas. (BR2, BR3)	Portuguesas sentem que possuem pouco tempo para si e uma diminuição da paciência. (PT1, PT2, PT3, PT4).
Impacto no trabalho	O trabalho é afetado em algum nível. (PT2, PT3, BR1, BR4)		
Impacto na relação com os filhos	Percecionam o impacto positivo de servirem como exemplo para os filhos. (PT2, PT4, BR1, BR3, BR4)		
Impacto na situação económica		Relataram maior aumento nos gastos (BR2, BR3)	Apresentaram menor dificuldade financeira na ajuda ao idoso. (PT1, PT3, PT4)
Vida Social	Enfrentam restrições na vida social. (PT2, PT3, PT4, BR1, BR2, BR3)		
Ganhos percecionados	Perceção de ganhos mais subjetivos com o cuidado multigeracional prestado. (PT1, PT2, PT3, PT4, BR1, BR2, BR3, BR4)		
Dificuldades associadas aos cuidados	Apontaram o cansaço físico como uma das maiores dificuldades.	Apontaram maior dificuldade na comunicação. (BR1, BR2, BR3)	Apontam o descontrole emocional como uma dificuldade. (PT3, PT4)

(PT2, PT3, PT4, BR1,
BR2, BR4)

Estratégias de Coping	- Recorrem ao desporto como forma de arrumar tempo para si. (BR3, BR2, PT2, PT3) - Possuem como característica o otimismo e a resiliência. (PT3, PT4, BR2, BR3)	Recorrem mais a religiosidade. (BR2, BR3)	- Planeiam mais suas rotinas. (PT1, PT2, PT3, PT4)
------------------------------	--	---	--

Este estudo teve um carácter eminentemente descritivo e exploratório, onde buscou-se aprofundar as experiências e vivências das cuidadoras pertencentes a GS. Embora haja algumas diferenças entre mulheres cuidadoras GS brasileiras e portuguesas no modo de vivenciar a experiência, observam-se muitos pontos em comum. Preparar e amparar essas pessoas é fundamental para a saúde das próprias cuidadoras, dos familiares e de todos os envolvidos, garantindo uma qualidade de vida melhor, bem como proporcionar que a convivência multigeracional possa ser aproveitada da melhor forma possível, respaldada pelo respeito entre jovens e velhos e, principalmente, pela ajuda mútua.

A revisão da literatura efetuada no âmbito desta dissertação evidencia a necessidade de mais pesquisas sobre a GS. Dada as mudanças sociais que vem ocorrendo, haverá a necessidade de mais pesquisas para a compreensão do fenómeno do ensanduchamento nas novas gerações. Isso abre potencialidades para mais estudos tanto no Brasil como em Portugal para este grupo com elevadas exigências, pouco estudados e pouco apoiados. Negligenciar esse grupo pode ter implicações na sua saúde, na funcionalidade familiar (qualidade da relação do casal e com os filhos) e qualidade dos cuidados prestados (a filhos e idosos), impactando também o sistema de saúde. O facto deste estudo poder comparar dois países é um importante contributo para os profissionais de ambas as culturas, nomeadamente para se identificarem recursos e desenvolverem estratégias de melhoria da qualidade de vida. A vantagem de ser uma investigação qualitativa, permite explorar e compreender a experiência psicológica em que se pode apreender as ressignificações que fazem de suas vivências.

Em termos de limitações, destaca-se a dificuldade em encontrar cuidadoras GS com disponibilidade para responderem as questões de investigação, podendo a amostra ter sido maior. As diferenças de idade entre os filhos das participantes, também foi um limitador na homogeneidade das condições da amostra (havendo diferenças grandes nos grupos etários). O

cruzamento de informações como a percepção dos recetores de cuidados e a família nuclear também poderiam robustecer os dados da pesquisa.

A possibilidade de realizar estudos transculturais, permite transformar os dados de diferentes culturas em novas formas de informação, a troca de conhecimento é e sempre será a melhor forma de se gerar novos aprendizados, abrir novos questionamentos e tentar novos caminhos. Em um âmbito mais específico, o presente trabalho busca sensibilizar os profissionais da psicologia clínica, para as dificuldades que pessoas pertencentes à GS podem enfrentar, mostrar seus diferentes modos de subjetivação, apontar indicadores do que se pode trabalhar em uma intervenção, com uma escuta mais ativa, calcada na empatia e no acolhimento. Também é importante para outros profissionais, nomeadamente da área da saúde e social, além da sociedade como um todo e comunidades. Pois essas pessoas estão inseridas em todos os lugares. Espera-se que o futuro científico esteja sempre otimista e aberto a buscar desafios e encontrar resultados diferentes, pois é a relatividade que impulsiona a ciência a não se fechar em uma só teoria.

“Só quando tomamos consciência do nosso papel, por mais pequeno que ele seja, é que podemos ser felizes, viver e morrer em paz porque o que dá sentido à vida dá sentido à morte.”

O Pequeno Príncipe – Saint-Exupéry

Bibliografia

- Aires, L. (2015). *Paradigma qualitativo e Práticas de Investigação Educacional*. Acedido em [https://repositorioaberto.uab.pt/bitstream/10400.2/2028/4/Paradigma_Qualitativo%281a edição_atualizada%29.pdf](https://repositorioaberto.uab.pt/bitstream/10400.2/2028/4/Paradigma_Qualitativo%281a%20edição_atualizada%29.pdf)
- Almeida, C. I. F. M. (2013). *Sociedade <<4,2,1>> - Impacto das políticas de envelhecimento ativo promovidas pela Câmara Municipal de Aveiro junto da população idosa, não institucionalizada, do concelho*. (Dissertação de Mestrado apresentada à faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade de Coimbra). Acedido em <https://estudogeral.sib.uc.pt/handle/10316/25392>
- Alves, L. C., Leite, I. da C., & Machado, C. J. (2008). Conceituando e mensurando a incapacidade funcional da população idosa: uma revisão de literatura. *Ciência & Saúde Coletiva*, 13(4), 1199-1207. DOI: [10.1590/s1413-81232008000400016](https://doi.org/10.1590/s1413-81232008000400016)
- Barber, C. E., & Pasley, B. K. (1995). Family care of Alzheimer's patients: the role of gender and generational relationship on caregiver outcomes. *The Journal of Applied Gerontology*, 14 (2), 172-192.
- Boll, T. & Ferring, D. (2013). Family caregiving for older people from a life-span developmental point of view. In Albert, I., & Ferring, D. (Eds.), *Intergenerational relations: European perspectives in family and society* (pp. 223-240). Bristol, UK: Policy Press.
- Botelho, M.P., Souza, E.F., Ferreira, L.F. & Siqueira, R. N. (2018). Geração X, Y, e Baby Boomers: Um desafio atual para uma Organização do Segmento Tecnológico. *Revista Estudos e Pesquisas em Administração*, 2(1), 106-117.
- Brislin, R. W. (2007). Comparative Research Methodology: Cross-cultural Studies. *International Journal of Psychology*, 11(3), 215-229. DOI: [10.1080/00207597608247359](https://doi.org/10.1080/00207597608247359)
- Caldas, C. P. (2003). Envelhecimento com dependência: responsabilidades e demandas da família. *Cad Saúde Pública.*, 19(3), 773-781. DOI: [10.1590/S0102-311X2003000300009](https://doi.org/10.1590/S0102-311X2003000300009)
- Cares UK (2017). State of Caring 2017. Acedido em <https://www.carersuk.org/for-professionals/policy/policy-library/state-of-caring-report-2017>

- Chassin, L., Macy, J. T., Seo, D., Presson, C. C., & Shreman, S. J. (2010). The association between membership in the sandwich generation and health behaviors: A longitudinal study. *Journal of Developmental Psychology*, 31(1), 38-46. DOI: [10.1016/j.appdev.2009.06.001](https://doi.org/10.1016/j.appdev.2009.06.001)
- Chizzotti, A. (2003). A pesquisa qualitativa em ciências humanas e sociais: evolução e desafios. *Revista Portuguesa de Educação*, 16(2), 221-236.
- Collins, L. G., & Swartz, K. (2011). Caregiver Care. *American Family Physician*, 83(11), 1309-1317.
- D'Elboux, M. J., & Oliveira, D. C. (2012). Estudos nacionais sobre cuidadores familiares de idosos: revisão integrativa. *Revista Brasileira de Enfermagem - REBEn*, 65 (5), 829-38.
- DeRigne, L., & Ferrante, S. (2012). The sandwich generation: a review of the literature. *Florida Public Health Review*, 9, 95-104. DOI: [10.4137/cmamd.s8797](https://doi.org/10.4137/cmamd.s8797)
- Diniz, M. A. A., Melo, B. R. de S., Neri, K. H., Casemiro, F. G., Figueiredo, L. C., Gaioli, C. C. L. de O., & Gratão, A. C. M. (2018). Estudo Comparativo entre cuidadores formais e informais de idosos. *Ciência & Saúde Coletiva*, 23(11), 3789-3798. DOI: [10.1590/1413-812320182311.16932016](https://doi.org/10.1590/1413-812320182311.16932016)
- Do, E.k., Cohen, S. A., & Brown, M. J. (2014). Socioeconomic and demographic factors modify the association between informal caregiving and health in the Sandwich Generation. *BMC Public Health*, 14 (362), 2-8.
- Do, Y. K., Norton, E. C., Stearns, S. C., & Van Houtven, C. H. (2015). Informal care and caregiver's health. *Health Economics*, 24(2), 224-237. DOI: [10.1002/hec.3012](https://doi.org/10.1002/hec.3012)
- Evans, K. L., Millsteed, J., Richmond, J. E., Falkmer, M., Falkmer, T., & Girdler, S. J., (2016). Working Sandwich Generation Women Utilize Strategies within and between Roles to Achieve Role Balance. *Plos One*, 11(6), e0157469. DOI:[10,137/journal.pone.0157469](https://doi.org/10.1371/journal.pone.0157469)
- Ferreira, C. L., Santos, M. O. S., & Maia, E. M. C. (2012) Resiliência em idosos atendidos na Rede de Atenção Básica de saúde em município do nordeste brasileiro. *Revista da Escola de Enfermagem USP*, 46(2), 328-34.
- Fingerman, K. L., Pillemer, K. A., Silverstein, M., & Suiitor, J. J. (2012). The Baby Boomers' intergenerational relationships. *The Gerontologist*, 52(2), 199-209. DOI: [10.1093/geront/gnr139](https://doi.org/10.1093/geront/gnr139)
- Fontaine, Roger (2000) - *Psicologia do Envelhecimento*, Lisboa: Climepsi Editores.

- Franchi, K. M. B., Monteiro, L. Z., Almeida, S. B., Pinheiro, M. H. N. P., Medeiros, A. I. A., Montenegro, R. M., & Júnior, R. M. M. (2008). Capacidade funcional e atividade física de idosos com diabetes tipo 2. *Revista Brasileira de Atividade Física & Saúde*, 13(3), 158-166.
- George, L. K., & Gwyther, L. P. (1986). Caregiver Weil-Being: A Multidimensional Examination of Family Caregivers of Demented Adults. *The Gerontologist*, 26(3), 253-259. DOI: [10.1093/geront/26.3.253](https://doi.org/10.1093/geront/26.3.253)
- Goodhead, A., & McDonald, J. (2007). Informal caregivers literature review: a report prepared for the national Health Committee. *Health Services Research Centre, Victoria University of Wellington*. Acedido em [http://www.moh.govt.nz/notebook/nbbooks.nsf/0/fb327285c9043995cc25734500069193/\\$FILE/informal-caregivers-literature-review.pdf](http://www.moh.govt.nz/notebook/nbbooks.nsf/0/fb327285c9043995cc25734500069193/$FILE/informal-caregivers-literature-review.pdf)
- Grundy, E., & Henretta, J. C. (2006). Between elderly parents and adult children: A new look at the intergenerational care provided by the “sandwich generation.” *Ageing and Society*, 26(5), 707-722. DOI: [10.1017/S0144686X06004934](https://doi.org/10.1017/S0144686X06004934)
- IBGE. (2005). IBGE divulga perfil das mães que tiveram o primeiro filho na adolescência e na meia idade. Acedido em: <https://agenciadenoticias.ibge.gov.br/agencia-sala-de-imprensa/2013-agencia-de-noticias/releases/12931-asi-ibge-divulga-perfil-das-maes-que-tiveram-o-primeiro-filho-na-adolescencia-e-na-meia-idade>
- IBGE. (2017). Número de idosos cresce 18% em 5 anos e ultrapassa 30 milhões em 2017. Acedido em: <https://agenciadenoticias.ibge.gov.br/agencia-noticias/2012-agencia-de-noticias/noticias/20980-numero-de-idosos-cresce-18-em-5-anos-e-ultrapassa-30-milhoes-em-2017>
- IBGE. (2019). Taxas de fecundidade total - Brasil. Acedido em: <https://brasilemsintese.ibge.gov.br/populacao/taxas-de-fecundidade-total.html>
- Jesus, J. C., & Wajnman, S. (2016). Geração sanduíche no Brasil : realidade ou mito? *Revista Latino Americana Población*, 10(18), 43-61.
- Kalache, A., Vera, R. P., & Ramos, L. R. (1987). O envelhecimento da população mundial. Um desafio novo. *Revista Saúde Pública*, 21(3), 200-210. DOI: [10.1590/S0034-89101987000300005](https://doi.org/10.1590/S0034-89101987000300005)
- Kohli, M. (2004). Intergenerational Transfers and Inheritance: A Comparative View. *Annual Review of Gerontology and Geriatrics*, 24(1000), 266-289.
- Kotler, P. & Armstrong, G. (2003). *Princípios de Marketing*. São Paulo, Ed: Prentice Hall, 9a ed.

- Künemund, H. (2007). Changing Welfare States and the “Sandwich Generation” : Increasing Burden for the Next Generation? *International Journal of Ageing and Later Life*, 1(2), 11-29. DOI: [10.3384/ijal.1652-8670.061211](https://doi.org/10.3384/ijal.1652-8670.061211)
- Lima, M. P. (2010). *Envelhecimento(s)*. Coimbra: Imprensa da Universidade de Coimbra.
- Martins, T., Ribeiro, J. P., & Garret, C. (2003). Estudo de validação do questionário de avaliação da sobrecarga para cuidadores informais. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 4(1), 131-148.
- Miller, D. A. (1981). The “sandwich” generation: adult children of aging. *Oxford University Press*, 26(5), Acedido em: <https://jstor.org/stable/23712207>
- Minayo, M. C. S. (org). (1994). *Pesquisa Social: teoria, método e criatividade*. Petrópolis - RJ: Editora Vozes.
- Miranda, G. M. D., Mendes, A. C. G., & Silva, A. L. A. (2016). O envelhecimento populacional brasileiro: desafios e consequências sociais atuais e futuras. *Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia*, 19(3), 507-519. DOI: [10.1590/1809-98232016019.150140](https://doi.org/10.1590/1809-98232016019.150140)
- Mónico, L. S. M., Custódio, J. R. A., Frazão, A. A., Parreira, P., Correia, S., & Fonseca, C. (2017). A família no cuidado aos seus idosos: gestão da sobrecarga e estratégias para enfrentar dificuldades. *Revista Ibero-Americana de Saúde e Envelhecimento*, 3(2), 982-998.
- Moraes, R. (1999). Análise de Conteúdo. *Revista Educação*, 22(37), 7-32.
- National Alliance for Caregiving and the AARP Public Policy Institute (2009). *Caregiving in the U.S. 2009*. Acedido em https://www.aarp.org/research/topics/care/info-2014/caregiving_09.html
- Nichols, L. S., & Junk, V. W. (1997). The sandwich generation: Dependency, proximity, and task assistance needs of parents. *Journal of Family and Economic Issues*, 18(3), 299-326. DOI: [10.1023/A:1024978930126](https://doi.org/10.1023/A:1024978930126)
- Norton, T. R., Stephens, M. A. P., Martire, L. M., Townsend, A. L., & Gupta, A. (2002). Change in the Centrality of Women’s Multiple Roles: Effects of Role Stress and Rewards. *Journal of Gerontology*, 57(1), S52-S62. DOI: [10.1093/geronb/57.1.s52](https://doi.org/10.1093/geronb/57.1.s52)
- Organização das Nações Unidas (2017). *Apesar da baixa fertilidade, mundo terá 9,8 bilhões de pessoas em 2050*. Acedido em <https://nacoesunidas.org/apesar-de-baixa-fertilidade-mundo-tera-98-bilhoes-de-pessoas-em-2050/>
- Osborne, A. S. & Felderhoff, B. (2014). Veterans’ Informal Caregivers in the “Sandwich Generation”: A Systematic Review Toward a Resilience Model. *Journal of Gerontological Social Work*, 57(6-7), 556-584. DOI: [10.1080/01634372.2014.880101](https://doi.org/10.1080/01634372.2014.880101)

- Pierret, C. R. (2006). The “sandwich generation”: women caring for parents and children. *Monthly Labor Review*, 129(9), 3-9.
- Pope, N., Giger, J., Lee, J., & Ely, G. (2017). Predicting personal self-care in informal caregivers. *Social Work in Health Care*, 56(9), 822-839. DOI: [10.1080/00981389.2017.1344755](https://doi.org/10.1080/00981389.2017.1344755)
- Base de Dados Portugal Contemporâneo (2017). Acedido em: <https://www.pordata.pt/Home>
- Ramos, S., Faria, N., Oliveira, E. A., & Silva, I. S. (2012). O ajustamento materno na gravidez tardia: contributos para a prática de enfermagem tardia. *Revista de Ciências da Saúde ESSCVP*, 4(6).
- Rosa, M. (2012). *O envelhecimento da sociedade portuguesa*. Lisboa: Fundação Francisco Manuel dos Santos.
- Roth, D. L., Fredman, L., & Haley, W. E. (2015). Informal Caregiving and Its Impact on Health: A Reappraisal From Population-Based Studies. *The Gerontologist*, 55(2), 309-319. DOI: [10.1093/geront/gnu177](https://doi.org/10.1093/geront/gnu177)
- Rutter, M. (1999). Resilience concepts and findings: implications for family therapy. *Journal of Family Therapy*, 21(2), 119-144. DOI: [10.1111/1467-6427.00108](https://doi.org/10.1111/1467-6427.00108)
- Shaji, K. S., & Reddy, M. S. (2012). Caregiving: A Public Health Priority. *Indian Journal of Psychological Medicine*, 34(4), 303-305. DOI: [10.4103/0253-7176.108191](https://doi.org/10.4103/0253-7176.108191)
- Shiraev, E. B., & Levy, D. (2016). *Cross-cultural psychology: Critical thinking and contemporary applications*. New York, NY: Routledge.
- Sinha, M. (2012). Portrait of caregivers, 2012. Statistics Canada, (89), 1-21. DOI: [10.1162/ISEC](https://doi.org/10.1162/ISEC)
- Staudinger, U. M., & Bluck, S. (2001). A view on midlife development from life-span theory. *Handbook of Midlife Development*, 3-39.
- Steiner, A. M., & Fletcher, P. C. (2017). Sandwich Generation Caregiving: A complex and Dynamic Role. *Journal of Adult Development*, 24(2), 133-143. DOI: [10.1007/s10804-016-9252-7](https://doi.org/10.1007/s10804-016-9252-7)
- Stoller, E.P., & Cutler, S.J. (1993). Predictors of use of paid help among older people living in the community. *Gerontologist*, 33(1), 31-40.
- Suh, J. (2016). Measuring the “Sandwich”: Care for Children and Adults in the American Time Use Survey 2003-2012. *Journal of Family and Economic Issues*, 37(2), 197-211. DOI: [10.1007/s10834-016-9483-6](https://doi.org/10.1007/s10834-016-9483-6)
- Taylor, P., & Parker, K. (2013). The sandwich generation: Rising financial burdens for middle-aged Americans. *Pew Research Center*, (202), 1-29.

- Ullrich, D. R., Oliveira, J. S., Basso, K., & Visentini, M. S. (2012). Reflexões teóricas sobre a confiabilidade em pesquisas qualitativas: em direção à reflexividade analítica. *Análise Revista de Administração da PUCRS*, 23(1), 19-30.
- Veras, R. P., & Oliveira, M. (2018). Envelhecer no Brasil: a construção de um modelo de cuidado. *Ciência & Saúde Coletiva*, 23(6), 1929-1936. DOI: [10.1590/1413-81232018236.04722018](https://doi.org/10.1590/1413-81232018236.04722018)
- Ward, R. A., & Spitze, G. (1998). Sandwiched marriages: The implications of child and parent relations for marital quality in midlife. *Social Forces*, 77(2), 647-666. DOI: [10.2307/3005542](https://doi.org/10.2307/3005542)
- Williams, C. (2004). The Sandwich Generation. *Perspective on Labor and Income*, 16(4), 5-12. DOI: [10.1111/j.1532-5415.2010.03135.x](https://doi.org/10.1111/j.1532-5415.2010.03135.x)
- Willig, C. (2008). *Introducing Qualitative Research in Psychology*. Berkshire e Nova York: Open University Press.
- Wingham, J., Frost, J., & Britten, N. (2017). Behind the smile: Qualitative study of caregivers' anguish and management responses while caring for someone living with heart failure. *BMJ Open*, 7(7), 1-9. DOI: [10.1136/bmjopen-2016-014126](https://doi.org/10.1136/bmjopen-2016-014126)
- World Health Organization (2015). *Supporting Informal Caregivers of People Living With Dementia Key Messages*, 1-4. Acedido em http://www.who.int/mental_health/neurology/dementia/en/
- Young, S. M. (2017). *Investigation of Sandwich Generation Caregiver Perceptions and Factors of Caregiving Strain*. (Masters Theses, Eastern Illinois University). Acedido em <http://thekeep.eiu.edu/theses/2711>

Anexos

Anexo 1 - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido



TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Esse questionário é parte de uma tese de mestrado em Psicologia Clínica e da Saúde, da Universidade Beira Interior, sobre a Geração *Sandwich*: um estudo qualitativo para compreensão da experiência afetiva e seus desafios.

A sua participação é de fundamental importância para a realização desse trabalho, e consiste em responder uma entrevista cujo tempo médio é de 30 minutos. Sua participação será sigilosa e voluntária, seguindo os preceitos éticos de pesquisa. Você tem liberdade para abandonar a pesquisa a qualquer momento, sem precisar de justificativa, assim como solicitar a exclusão de seus dados, retirando seu consentimento sem qualquer penalização ou prejuízo. Há duas vias desse termo e a segunda é sua e ficará no seu registro.

Por uma questão prática, gostaria de solicitar sua autorização para gravar em formato de áudio esta entrevista, tendo sempre presente que é garantida a confidencialidade das participantes e dos dados recolhidos.

Acredito ter sido suficientemente informado (a) a respeito das informações que li e compreendi a natureza e objetivo do estudo para o qual fui convidado a participar. Entendi que sou livre para interromper minha participação no estudo a qualquer momento. Concordo em participar desta da pesquisa.

Assinatura do participante

Pesquisadora responsável
(Brunna Emmanuelle. V. N. B. Targino)

Covilhã, ___/___/___.

Nome do participante:

Bilhete de identidade nº:

Anexo 2 - Entrevistas Transcritas

ENTREVISTADA PORTUGUESA 1 - PT1

1. *Qual a sua idade?*

PT1: Eu tenho 47 anos.

2. *Que tipo de trabalho você realiza?*

PT1: Sou empregada, trabalho com limpeza.

3. *Quantas horas por dia você trabalha?*

PT1: São 7 horas.

4. *Qual a sua escolaridade?*

PT1: Tenho o nono ano.

5. *Tem diagnóstico de alguma doença?*

PT1: Sou hipertensa só.

6. *Como você considera que é a sua saúde atualmente?*

PT1: Eu vou muito pouco ao médico. Agora é que tenho ido por causa dessa situação... dos braços, tenho muitas dores nas mãos e nos braços, enfim... então procurei um médico de família. Em termos de saúde física, não estou muito bem. Em termos de saúde mental, estou bem. Agora estou em casa e não tenho me cansado psicologicamente, a cabeça.

7. *Você pratica algum tipo de desporto?*

PT1: Não faço.

8. *Qual a idade de seus filhos?*

PT1: O meu filho tem 23 anos e a minha filha tem 17.

9. *Tem algum tipo de ajuda no cuidado com ele(s)? Se sim, ela é formal ou informal?*

PT1: O João de 23 anos já está a viver com a namorada. E a minha filha, pronto... é o meu marido.

10. *Quantas horas por dia você gasta em média no acompanhamento e tarefas com seu(s) filho(s)?*

PT1: Hoje, quase nada. Eu chego em casa e quero ir direto para a cama.

11. *Como é a divisão de responsabilidades dos cuidados com filhos entre você e seu cônjuge?*

PT1: Praticamente eu que faço tudo. Basicamente ele vai buscar a filha na escola e enfim... e também acho que... também chega as cinco horas e para ganhar mais algum dinheiro, fica a trabalhar, chega em casa as oito horas e pronto.

12. *Que tipo de apoio você costuma dar aos seus filho(s)? Que tipos de tarefas ou ajuda costuma realizar?*

PT1: Eu acho que ela (minha filha) já é entendida, ela faz tudo. Não sei responder muito bem...

13. *Seriam coisas que você precisa fazer para dar algum tipo de apoio ou suporte para ela.*

PT1: Ela é muito preguiçosa. Eu é que tenho que fazer tudo em casa, arrumar a cama, arrumar tudo, o quarto. É nesse sentido... ela é muito preguiçosa. Tudo eu tenho que pedir para ela me ajudar, dar apoio em casa, pôr a mesa, limpar a loiça da máquina, eu tenho que brigar com ela. Estender uma máquina de roupa, assim... eu as vezes vejo essa inscrição, parece que tem escrito na minha camisola: “criada”, sou uma criada tola.

14. *Qual a idade do idoso(a) que você dá suporte?*

PT1: É o meu pai. Tem 81 anos.

15. *Ele(a) possui algum tipo de diagnóstico médico de doença física ou mental? Qual?*

PT1: Ele sofre de tudo um pouco. Ele tem alguns problemas, toma 14 ou 15 comprimidos. É hipertenso, é diabético, é ácido úrico, tem arritmia, tem o colesterol alto....

16. *Ele mora com você?*

PT1: Não, perto. Ele mora pertinho.

17. *Quantas vezes na semana você presta esse suporte a ele?*

PT1: Praticamente todo dia. Por exemplo, de manhã quando vou pra o trabalho, nove e meia ou 10 horas ligo para saber se ele está bem. Quando dá quatro e meia hora de pegar o autocarro, também ligo, saber onde é que ele está, como é que ele está. Mas nesta altura no inverno... no verão já está mais em nossa casa, assim, como está o tempo mais quentinho... mas na altura do inverno, mete-se muito em casa.

18. *Há quanto tempo você presta esses cuidados?*

PT1: Há uma média de dez anos para cá. Sempre dei apoio, mas tem sido mais frequente agora, ultimamente.

19. *Como você avalia a qualidade da relação que já tinha antes começar a ajudá-lo(a)? E depois, mudou alguma coisa?*

PT1: Acho que é igual. Meu pai sempre foi muito difícil. Muito antiquado, tudo está mal para ele e as vezes não agradece o bem que lhe fazem. Acho que se sente revoltado com a vida por ser uma pessoa que nunca dependeu de ninguém e agora se sente debilitado.

20. *Mas especificamente, em relação a você, acha que a sua relação com ele era boa, teve alguma alteração depois que você passou a dar suporte a ele?*

PT1: Não sei se vou saber responder bem. Às vezes ele falava: “eu não preciso de agradar a ninguém”, não gosta de depender dos outros e ele já precisa mesmo depender dos outros. Ele sempre foi muito difícil. Por vezes ele ainda está pior, revoltado com a vida. Minha mãe morreu com ele muito novo, tinha 55 anos e ela tinha 50. Morreu nos braços dele... não sei se aquilo é um trauma, não sei explicar.

21. *Como você avalia o grau de dependência dele? Vou dar exemplos e gostaria que para cada tipo, você classificasse nos graus: pouca, média ou alta dependência. Em relação as atividades básicas - (ex: comer, vestir, tomar banho, se locomover em casa, ir ao wc...)?*

PT1: Média.

22. *Em relação as atividades instrumentais - (ex: preparar a comida, fazer compras, gerir as finanças, a medicação, pegar transportes públicos...)*

PT1: Também médio. Ele já não tem tanta noção das coisas.

23. *Que tipo de suporte ou apoio você costuma dar? Que tipos de tarefas ou ajuda costuma realizar?*

PT1: Ir com ele ao médico, ajudá-lo a vestir, pronto, quando as vezes ele não consegue. Muitas vezes peço para ele ficar na minha casa, mas já não quer, gosta do cantinho dele, porque muitas vezes tem dificuldades de manhã em calçar as meias, ele muitas vezes cai no chão e tem dificuldade de se levantar sozinho. Meto a medicação dele separada em uma caixinha em cima da mesa, muitas vezes ele vem comer aqui em casa.

24. *Quantas horas por dia você gasta em média no acompanhamento e prestação de cuidados com ele(a)?*

PT1: Não é muito tempo. Se eu chego a casa as cinco e dez e ele já lá está, não perco muito tempo em ter que ir vê-lo, ele lá já está conosco para ter o que quiser e fica lá sentado no sofá. Se eu for à casa dele para limpar, geralmente é um dia de trabalho, 8 ou 7 horas de trabalho, ele é muito desorganizado, mas geralmente só vou fazer isso de 15 em 15 dias. Como eu já trabalho com limpar, limpar, limpar, na terça-feira que é meu dia de folga, eu geralmente limpo a minha casa... as vezes eu digo que minha vida é uma vida de limpeza, passo a vida a limpar.

25. *Você recebe ou tem algum tipo de ajuda no cuidado com ele(a)? Se sim, é formal ou informal? Quem ajuda?*

PT1: Quem lava a roupa dele é a minha irmã. Dar-lhe a comida e ir ao médico sou mais eu, por que ela tem problemas de audição, não adianta ela ir ao médico com meu pai, ela não ouve praticamente nada.

26. *Há divisão de responsabilidades nesse suporte ao idoso(a) com seu cônjuge? Se sim, como é essa divisão?*

PT1: Não. Só se for para levar ao hospital, se precisar ou algo assim.

27. *Como você se sente nesse papel de cuidadora?*

PT 1: Às vezes como uma escrava (risos).

28. *Você presta cuidados simultâneos para duas gerações muito diferentes. Eu gostaria de saber as implicações (sejam elas positivas ou negativas) que isso tem em algumas áreas da sua vida. Vou perguntando as áreas, que estarão sempre relacionadas a esse contexto. Que implicações essa prestação de cuidados (como mãe, cuidadora de idoso e esposa) tem para si, como pessoa?*

PT1: As vezes tenho a impressão que a vida não vai bem, tenho pouco tempo pra mim, sei lá... fecho-me em casa.

29. *Como concilia o facto de ser cuidadora com a sua vida conjugal?*

PT1: Tem sempre aquela preocupação, mas não é algo que afete o dia a dia. Não sei explicar muito bem.

30. *Quais as implicações de ser cuidadora na sua vida profissional?*

PT1: Acho que nenhuma.

31. *Que implicações tem o facto de cuidar de pessoa(s) idosa(s) na sua relação com seu(s) filho(s)?*

PT1: Não tem nenhuma. É tranquilo.

32. *Que implicações tem em termos económicos?*

PT1: Não sou nada prejudicada, nem pensar.

33. *Que implicações tem na sua vida social?*

PT1: Deixar de ir algum lugar por causa dele? Não, não, a gente vai.

34. *Gostaria de saber se de alguma forma, você se sente ou não sobrecarregada ou com demasiado trabalho?*

PT1: Há alturas que sim e outras que não. Por agora, as vezes fico aborrecida porque tenho coisas para fazer e não consigo, por causa da cirurgia na mão. O meu trabalho é cansativo, mas eu tento viver a minha vida normal.

34. *Consegue encontrar tempo para si? De que forma?*

PT1: Às vezes nem tenho tempo para mim. Com o tempo, a gente concilia né?!

35. *Que ganhos ou mais valia considera que tem pelo facto de prestar cuidados multigeracionais (tanto para jovens quanto para idosos)?*

PT1: Não sei bem responder... acho que a aprendizagem.

36. *Há algum tipo de dificuldade na prestação de cuidados multigeracionais? Se sim, poderia descrever?*

PT1: A minha filha... a minha filha tem um problema, não sei se cheguei a lhe dizer, a minha filha... ela leva um medicamento, uma injeção. Eu não consigo usar esse medicamento, tem que ser sempre o pai. Então eu fico dependente do pai, o pai é que tem sempre que dar esse medicamento. Como é a picada, então eu não consigo.

37. *Como você gere o seu tempo entre (filhos, trabalho, cônjuge e idoso)?*

PT1: Faço as coisas normal. Vou trabalhar, quando chego à casa, vou limpar a casa de banho, ver a comida... vou levando.

38. *Que recursos pessoais você considera ter para lidar com a situação de cuidar de pessoas mais velhas e crianças/jovens?*

PT1: Acho que sou uma pessoa organizada.

39. *E quais os recursos que você não tem e gostaria de ter para lidar com a situação de cuidar em simultâneo de familiares idosos e jovens?*

PT1: Às vezes ter mais um cadinho de atenção do meu marido. Mais no sentido do meu pai, porque no sentido da minha filha, o pai ajuda.

40. *Acha que exercer esse papel de cuidadora tem ou dá algum sentido ou significado à sua vida?*

PT1: Sim, dá. Às vezes quando eu tô... As vezes quando eu é.... Respondo torto ou com mais falas, eu fico triste.

41. *Você gostaria de acrescentar algo que considera importante ou relevante dentro dessa temática que conversamos?*

PT 1: Não, é só isso mesmo. É a vida né?!

ENTREVISTADA PORTUGUESA 2 - PT2

1. *Qual a sua idade?*

PT2: Eu tenho 50 anos.

2. *Que tipo de trabalho você realiza?*

PT2: Eu sou secretaria de um departamento e eu também dou apoio a presidência.

3. *Quantas horas por dia você trabalha?*

PT2: Aqui na universidade, 8 horas. Trabalho num bocadinho mais, mas porque quero.

4. *Qual a sua escolaridade?*

PT2: Décimo Segundo.

5. *Tem diagnóstico de alguma doença?*

PT2: Não.

6. *Como você considera que é a sua saúde atualmente?*

PT2: Como não tenho tempo para fazer, é assim, eu... eu... eu tenho anemia. Eu sei que tenho anemia e já por exemplo, o ano passado, foi me diagnosticado, eu fiz um tratamento, mas, entretanto, não tive muito tempo para voltar a fazer uns exames e ver novamente como é que está a minha anemia. No geral, me sinto muito bem. Há dias em que me sinto um cadinho cansada, mas não tenho sintomas de doença, pronto. Não tenho dores, não tenho nada.

7. *Você pratica algum tipo de esporte?*

PT2: Não, só caminhada. Caminho todo fim de semana. No verão às vezes caminho durante a semana, às vezes obrigo-me depois do jantar e vou fazer avenida, mas mais ao final de semana.

8. *Qual a idade de seus filhos?*

PT2: Tenho a B. Ela tem 15 anos.

9. *Tem algum tipo de ajuda no cuidado com ela? Se sim, ela é formal ou informal?*

PT2: O meu marido. Portanto, o meu marido apoia-me e ela também por exemplo, ontem foi sozinha ao dentista e por acaso foi atropelada. Eu disse: “olha filha, não pode estar andando

sozinha”. O carro bateu-lhe na perna e ela caiu, esfolou a perna, mas correu tudo bem. Pronto, mas isto também para dizer que ela já tem autonomia para ir sozinha ao médico ou a um sítio, neste caso, como ela tem um aparelho à boca, foi fazer manutenção do aparelho. Mas meu marido perguntou se era preciso ir com ela e ela não quis. Porque ele é trabalhador independente e ele tem mais facilidade no horário do que eu, então ela foi sozinha, pronto.

10. *Quantas horas por dia você gasta em média no acompanhamento e tarefas com ela?*

PT2: Vamos lá ver, a B. já gere muito bem o tempo dela, mas é óbvio que as vezes pede uma ajuda para estudar. Antes era mais, por exemplo, quando ela estava no preparatório, eu estudava com ela muito mais tempo. Agora não, mas às vezes ainda pede para estudar ou para ver se a matéria que ela está a estudar... quer conversar sobre a matéria que é para ver se é preciso ainda mais alguma coisa. Também converso com ela quase todos os dias, por norma é antes ou depois do jantar. Mas isso eu faço todos os dias é verdade...

11. *Quantas horas por dia você gasta em média no acompanhamento e tarefas com ela?*

PT2: Era isso que eu ia falar, hora e meia duas horas no máximo. Isso acontece todo dia. **12. *Como é a divisão de responsabilidades dos cuidados com ela entre você e seu cônjuge?***

PT2: Não há assim bem uma divisão. Se bem que para estudar, ela pede sempre a mim. Para andar na rua, lá está, para levar a algum sítio é mais o meu marido. Para andar na rua é mais o meu marido, dentro de casa sou mais eu. É mais por aí.

13. *Que tipo de apoio você costuma dar para ela? Que tipos de tarefas ou ajuda costuma realizar?*

PT2: Agora neste momento não preciso de desempenhar quase nada. É só mais o conversar, nós falamos, nós conversamos o quê que aconteceu durante o dia. Não é só dela que a gente fala, fala dos amigos dela, fala da escola, fala de como é que ela se relacionou com uma determinada situação, é mais isso. Ela não precisa muito da minha ajuda para as tarefas dela do dia a dia. É mais para conversar. Fora isso, o que é rotineiro são as refeições, lavar as casas de banho todos os dias, dia sim, dia não, tenho que ver se tem roupa estendida e dobrar, apesar de não passar... No dia a dia é dar um jeito a casa, a questão da alimentação e pronto é isso.

14. *Qual a idade do idoso(a) que você dá suporte?*

PT2: 85 anos.

15. *Qual é o seu tipo vínculo com ele?*

PT2: É a minha mãe.

16. *Ela possui algum tipo de diagnóstico médico de doença física ou mental? Qual?*

PT2: Sim, minha mãe também é anêmica. E tem dores, portanto, ela tem artrose em todas as articulações, portanto, tem fraca mobilidade. Por exemplo, ontem fez xixi na cama porque não se conseguiu levantar a tempo. Essa parte que falamos antes é a minha parte da noite e agora vou falar da minha parte da hora do almoço. Eu saio ao meio-dia e meio, vou para a casa dos meus pais, nesse caso, e nesta hora do almoço eu tenho que ver, se houver roupa para lavar, eu tenho que colocar a roupa a lavar, se houver roupa para passar, depois também o levo. Tenho que neste caso, fazer a cama do lavado, tenho que dar um jeito sempre na casa de banho os dias. Depois tem uma pessoa que normalmente vai lá aspirar, aspira ou que limpa o pó. Mas essas coisas eu faço, tenho que ir ao médico com a minha mãe, mas não vou diariamente, estou falando de coisas diárias, né?! Isto na hora do meu almoço, depois eu almoço e depois venho.

17. *Então você tem dois momentos: uma na hora do almoço e uma depois, à noite, correto?*

PT2: Sim. Uma vez que a minha mãe nem sempre está na minha casa. Muitas vezes ela está na minha casa, por exemplo, semana passada, ela teve toda a semana na minha casa, mas ela volta também para casa dela. Por exemplo, se ela está mais em baixo, ela vai para a minha casa. Se ela está um bocadinho melhor, ela quer ir para casa dela.

18. *A casa dela é muito distante da sua?*

PT2: É um bocado.

19. *Como você avalia a qualidade da relação que já tinha antes começar a ajudá-la?*

PT2: Igual. Era bom, era muito bom.

20. *Você acha que pode ter tido algum tipo de alteração depois que você começou a dar um suporte diário maior para ela?*

PT2: A única coisa que pode ter alterado é que agora eu tenho mais ternura por ela. Acho que até a minha filha também, por ter que cuidar dela. Mas o meu amor por ela é igual ao que tinha antes, não alterou nada.

21. *Como você avalia o grau de dependência dela? Vou dar exemplos e gostaria que para cada tipo, você classificasse nos graus: pouca, média ou alta dependência. Em relação as atividades básicas - (ex: comer, vestir, tomar banho, se locomover em casa, ir ao wc...)?*

PT2: Ah! Ela faz tudo. Mas tomar banho não, tem que ajudar.

22. *Em relação as atividades instrumentais - (ex: preparar a comida, fazer compras, gerir as finanças, a medicação, pegar transportes públicos...)*

PT2: Isso aí ela é muito dependente. Isso aí sou eu que faço tudo. Ou eu ou meu irmão, que eu tenho um irmão.

23. *Teu irmão ajuda também?*

PT2: Sim. Ele não faz aquilo que eu referi que eu faço, portanto, ele não faz a limpeza, não faz a higiene a minha mãe, não faz por exemplo, mudar a cama... mas ele vai por exemplo, as compras, o que é bom para mim, facilita. O tipo de suporte que costumo dar ela é mais pessoal do dia a dia, ir ao médico, refeições, banho...

24. *Há quanto tempo você presta esses cuidados?*

PT2: Desde mais ou menos há 2 anos.

25. *Quantas horas por dia você gasta em média no acompanhamento e prestação de cuidados com ela?*

PT2: Duas horas. Se somar com coisas que tem que resolver fora, umas 4 horas.

26. *Você me disse que recebe então ajuda do seu irmão com ela né?*

PT2: Sim. Por exemplo, com as compras e para ir ao posto médico buscar as receitas para os medicamentos. Geralmente tudo o que é fora de casa.

27. Há divisão de responsabilidades nesse suporte ao idoso(a) com seu cônjuge? Se sim, como é essa divisão?

PT2: Não. Ele não tem qualquer interferência ou responsabilidade.

28. Como você se sente nesse papel de cuidadora?

PT2: Bem. Não sinto nada de especial.

29. Você presta cuidados simultâneos para duas gerações muito diferentes. Eu gostaria de saber as implicações (sejam elas positivas ou negativas) que isso tem em algumas áreas da sua vida. Vou perguntando as áreas, que estarão sempre relacionadas a esse contexto. Que implicações essa prestação de cuidados (como mãe, cuidadora de idoso e esposa) tem para si, como pessoa?

PT2: As implicações são o cansaço né, o não cuidar de mim, porque está... não tenho tempo para ver como é que está os meus exames tratar de mim e... É isso, é basicamente isso. É o cansaço, ter que abdicar das minhas coisas... tem que abdicar se não a gente não chega né. Se eu me sinto bem e eles precisam de mim, eu tenho que fazer para eles.

30. Como concilia o facto de ser cuidadora com a sua vida conjugal?

PT2: Bem, o meu marido é... tem consciência que as coisas têm que ser assim. Eu tenho que prestar um auxílio neste caso, fora de casa, que é o auxílio a minha mãe e até mesmo quando ela está lá em casa é como se fosse uma criança. É igual, não se abandona uma criança. Ele tem a apreciação que a minha mãe sem estes cuidados, não conseguiria avançar.

31. Quais as implicações de ser cuidadora na sua vida profissional?

PT2: Às vezes tenho que faltar, isso faz com que o meu trabalho se acumule. E como tenho depois mais trabalho, tenho mais cansaço, mais *stress* e não é agradável também chegar e as pessoas não sabem porque é que eu faltei e pedirem-me as coisas que estão atrasadas...

32. Que implicações tem o facto de cuidar de pessoa(s) idosa(s) na sua relação com seu(s) filho(s)?

PT2: Isso aí eu acho que é positivo. Eu acho que realmente é positivo porque ela vê... eu consigo transmitir para ela o carinho que eu tenho à minha mãe. E ela também tem um grande afeto à avó, acho que porque vê. Por que nós em casa, tratamos bem a avó, que a avó tem que ser cuidada e tem que ser mimada e ajudada. E acho que isso é bom porque passa... acho que passo essa mensagem de que temos que cuidar quem precisa ser cuidado, que neste caso é a avó, que tem 85 anos.

33. Que implicações tem em termos económicos?

PT2: Sim... as vezes tenho despesas acrescidas e pronto, temos que esticar, não dá para tudo e temos que nos ajudar uns aos outros. Porque a minha mãe, se às vezes precisa de algo que tem que ser eu a disponibilizar, eu disponibilizo. Se bem que ela também me ajuda, mas às vezes tem que ser mesmo eu a avançar com dinheiro para comprar isto ou para aquilo.

34. Que implicações tem na sua vida social?

PT2: Deixar de sair, deixar de estar nos sítios, deixo de conviver. Por exemplo, quando tenho a minha mãe é impossível sair, porque ela não fica sozinha em casa, não a deixo sozinha em casa. Então pronto, se tenho lá a minha mãe, sei que é para ficar ali com ela e acabou. Normalmente

não saio porque ela não consegue andar e se ela não consegue andar é muito complicado deslocar. E eu não a deixo sozinha, portanto, não saio.

35. *Gostaria de saber se de alguma forma, você se sente ou não sobrecarregada ou com demasiado trabalho?*

PT2: Não. Não é que eu sinta isso. O peso psicológico, o peso de pensar que eu estou sobrecarregada, eu não sinto isso. Não sinto mesmo isso. É óbvio que sinto-me cansada, há alturas em que eu chego a casa e a última coisa que eu quero é fazer jantar, ou chego ao pé da noite e a única coisa que quero é dormir. É sempre físico, porque não sinto que psicologicamente esteja sobrecarregada, que esteja deprimida, não. Não sinto nada disso. Aliás, gosto de cuidar da minha mãe, não tenho nenhuma pressão em relação a isso. É mais físico, chega a um ponto em que vejo-me querendo o tempo todo dormir e não me apetece fazer mais nada, inclusive cuidar de mim, né!

36. *Consegue encontrar tempo para si? De que forma?*

PT2: Pois lá está, por exemplo, se a minha mãe não está lá no fim de semana, eu tento sempre ir caminhar. Por exemplo, ao fim do jantar vou caminhar, ou por exemplo, se não vou caminhar, vou ver o meu filme. É sempre ao fim da noite, durante o dia tenho o meu tempo todo ocupado. Mas ao fim da noite, tenho esse tempinho para mim. E às vezes quando preciso ir ao cabeleireiro, não vou. Quando tem que ir, tem que ser antes do jantar, porque as coisas estão abertas antes do jantar, e depois eu sei que se me atraso para o jantar, há coisas que vão ficar para trás. Para eu arranjar o tempo é mesmo só depois de todas as tarefas realizadas, de tudo aquilo que eu acho que tem que ser feito, aí depois eu arranjo esse tempinho para mim.

37. *Que ganhos ou mais valia considera que tem pelo facto de prestar cuidados multigeracionais (tanto para jovens quanto para idosos)?*

PT2: Os ganhos é uma aprendizagem... saber lidar... quer dizer, nem é saber lidar... que isto ao fim, acaba que a gente não aprende... ou se sente ou não se sente né?! O que eu acho que o ganho é precisamente o prazer de estar bem comigo mesma e saber que estou a ajudar a minha mãe, que também estou a ajudar a minha filha. E é mais uma satisfação pessoal, acho também que um enriquecimento pessoal... mas acho que me faz bem... eu gosto de fazer isso. Não sinto qualquer peso, acho que é bom para mim, sinto-me bem em fazer isso.

38. *Há algum tipo de dificuldade na prestação de cuidados multigeracionais? Se sim, poderia descrever?*

PT2: Ao início foi mais difícil do que agora, no caso da minha mãe. Porque eu não entendia algumas coisas ao início e achava que não iria conseguir lidar com a situação da minha mãe estar a perder mobilidade, estar a perder capacidades. E até que eu conseguisse perceber... agora eu acho que é tudo normal e antes não achava. Foi adaptação e mentalização, porque eu acho que eu não estava a pensar que um dia a minha mãe iria ficar assim. A gente acha sempre que não vai acontecer, e isso foi difícil no início realmente. E aí sim, fica estressada, nessa altura achava que eu era incapaz, não ia conseguir e depois as coisas foram surgindo, e o dia a dia foi passando e eu comecei... e pronto. Acho que agora é normal e acho normal eles terem as suas limitações e a gente ajudar. Portanto ao início é que foi mais difícil.

39. *Como você gere o seu tempo entre (filhos, trabalho, cônjuge e idoso)?*

PT2: Tudo está esquematizado. Quando alguma coisa foge é complicado. Lá está, eu de manhã vou trabalhar, depois a hora do almoço eu saio e ao meio-dia e meio vou para casa da minha mãe, entro meio-dia e meio e as duas eu tenho lá que desempenhar tarefas e ver como ela está, e depois eu venho outra vez trabalhar e quando saio daqui, tenho a minha casa e a minha filha para cuidar, pronto. É claro que há sempre situações que infelizmente alteram esta rotina, às vezes eu chego lá e minha mãe não está bem. Quantas vezes já aconteceu eu chamo o INEM ou vai no carro, vai para o hospital, eu já não venho trabalhar, não faço jantar e a minha filha já tem que ficar aos cuidados do meu marido. Tudo se altera né, mas a minha rotina é normal e para gerir é assim: de manhã saio de casa, venho trabalhar, duas horas depois em casa de minha mãe, nessas duas horas eu faço o que tem que fazer, às vezes não almoço pra estar a fazer coisas que precisam ser feitas, e depois venho trabalhar e a noite, tenho as tarefas com a minha família e a minha casa.

40. *Que recursos pessoais você considera ter para lidar com a situação de cuidar de pessoas mais velhas e crianças/jovens?*

PT2: É calma e tentar ser mais bem disposta possível.

41. *E quais os recursos que você não tem e gostaria de ter para lidar com a situação de cuidar em simultâneo de familiares idosos e jovens?*

PT2: Mais dinheiro. Quem não tem dinheiro, morre na praia.

42. *Acha que exercer esse papel de cuidadora tem ou dá algum sentido ou significado à sua vida?*

PT2: Sim, claro que sim. É importante para mim estar perto da minha mãe, saber que ela está bem estando perto de mim, porque eu sinto que ela também se sente segura perto de mim. Para mim é bom e enriquece-me. Deixa-me tranquila, deixa-me bem comigo mesma, satisfeita com a minha prestação, deixa-me com a minha consciência tranquila.

43. *Você gostaria de acrescentar algo que considera importante ou relevante dentro dessa temática que conversamos?*

PT2: Gostava que os apoios aos idosos fossem maiores, os apoios à terceira idade não fossem tão, tão burocráticos e os velhinhos tivessem uma vida mais facilitada. Que é muito complicado.

ENTREVISTADA PORTUGUESA 3 - PT3

1. *Qual a sua idade?*

PT3: Tenho 48 anos.

2. *Que tipo de trabalho realiza?*

PT3: Sou assistente operacional na universidade.

3. *Quantas horas por dia trabalha?*

PT3: Por dia, sete. Trinca e cinco por semana.

4. *Qual a sua escolaridade?*

PT3: Décimo segundo.

5. *Tem diagnóstico de alguma doença? Qual?*

PT3: Não.

6. Como considera que é a sua saúde atualmente?

PT3: Tirando o sistema nervoso, ótima. Eu ando sendo acompanhada por um neurologista.

7. Você toma algum tipo de medicação? Algum ansiolítico?

PT3: Tomo, não é bem um ansiolítico. Porque aquela medicação não é bem assim... eu tomo ele à noite, quando ponho-me a dormir e depois tomo eles de manhã, para me darem energia.

8. Mas qual que é o diagnóstico?

PT3: Ah, o diagnóstico é síndrome de *burnout* de cuidador.

9. Pratica algum tipo de desporto?

PT3: Sim, ginásio. Geralmente é três vezes por semana, geralmente...quando calha.

10. Qual a idade dos seus filhos?

PT3: Eu tenho uma filha de 18 anos.

11. Apesar dela já estar grande, você tem algum tipo de ajuda no cuidado com ela?

PT3: Não.

12. Você precisa gastar alguma hora por dia em algum tipo de acompanhamento ou tarefa com ela?

PT3: Não, não. Ela é quem já me ajuda nas lidas da casa.

13. Apesar dela já não requerer tantos cuidados, como é a divisão de responsabilidades entre você e seu cônjuge nos cuidados relacionados a ela?

PT3: Ele ajuda com as lidas da casa, mas com ela é mais com transporte, ele ajuda quando ela precisa ir ao médico.

14. Qual o tipo de vínculo que você tem com o idoso que você dá suporte?

PT3: É minha sogra.

15. Qual a idade dela?

PT3: 86 anos.

16. Ela possui algum tipo de diagnóstico médico de doença física ou mental? Qual?

PT3: Sim, ela tem *Alzheimer*.

17. Como você avalia a qualidade da relação que já tinha antes começar a ajudá-la?

PT3: Muito boa.

18. E depois? Mudou alguma coisa?

PT3: Mudou. Eu no início não soube como lidar com a doença dela. Até eu ir ao neurologista com ela, eu não soube lidar mesmo, e só comecei a saber como lidar mais, quando eu fui a um psicólogo. Pronto, aí é que eu perguntava alguns pormenores, que eu perguntava porquê e depois obtive as respostas.

19. Quanto tempo tem que você começou a precisar dar um suporte para ela?

PT3: Tem de 1 ano e meio a 2 anos. De um ano para cá é que ela piorou muito. Porque que até aí, ainda eram aquelas coisas suaves, que a gente nem dava... achava que era da idade e depois a gente começou a ver outros sintomas que a gente muitas vezes pensava: será que é da idade a pessoa está a ficar mais mázinha? É doença? O que é que é? Eu me desesperava completamente.

20. Como é que você avalia o grau de dependência dela? Eu vou dar alguns exemplos e gostaria que para cada tipo, você classificação nos graus: pouca, média ou alta dependência. Em relação às atividades básicas - (ex: comer, vestir, tomar banho, se locomover em casa, ir ao WC...)

PT3: No banheiro tem alta, para tomar banho principalmente, sou eu que tenho que dar banho. Agora, no resto, ainda está independente. Só para tomar banho é que já tem que ser eu.

21. Em relação às atividades instrumentais - (ex: preparar a comida, fazer compras, gerir as finanças, a medicação, pegar transportes públicos...)

PT3: Ela não faz nada. Essa parte já está completamente dependente. Aliás, ela passa o dia atrás de mim.

22. Qual o tipo de suporte o apoio que você costuma dar? Que tipo de tarefas ou ajuda costuma realizar?

PT3: Portanto, fazer a comida, mandá-la vestir o pijama senão ela passa... aliás, ela passa o dia com o pijaminha vestido, depois veste a roupinha de andar para a casa, mas quando chega a hora, eu dou a medicação, comida, dar-lhe a comida no prato, porque senão ela passa o dia todo a comer, ela não tem noção. Ela não tem noção que já comeu, está sempre a dizer que está com fome, ela não lembra que comeu.

23. Quantas horas por dia você gasta em média no acompanhamento e prestação de cuidados com ela?

PT3: Eu acho que de 5 a 6 horas por dia.

24. Você recebe algum tipo de ajuda no cuidado com ela?

PT3: De vez em quando a minha filha e o marido, só que ela também não os quer.

25. Há divisão de responsabilidades nesse suporte a ela com o seu cônjuge?

PT3: Não. Não porque como eu disse, ela só quer a mim. Mais no pequeno-almoço que eu estou a trabalhar, o marido é quem dá. Ele auxilia em pequenas coisas, porque nas outras coisas, ela só quer a mim.

26. Como você se sente nesse papel de cuidadora?

PT3: Um misto de pena, revolta, uma mistura.

27. Você poderia me dizer um pouquinho mais sobre essa revolta, como é que ela se dá?

PT3: Sim. Se calhar, talvez por ela ser minha sogra, que eu gosto muito dela, se não, não estava a cuidar dela, não é?! E os meus pais nunca terem... portanto, eu tenho meu pai em um lar, a minha mãe já faleceu há 6 anos, nunca me terem dado... nunca tiveram dependentes, nunca tive que cuidar deles e agora estou completamente presa, sufocada por esta situação, aí vem a minha revolta. Apesar de eu não passar isso com os meus pais, que tem o meu pai em um lar, estou a

passar isso com minha sogra. Não é que eu não goste dela, gosto muito dela. Mas é uma revolta... ninguém consegue entender. Por exemplo, férias acabou, às vezes deixo minha filha de lado porque tenho que ficar em casa, vai ali ao pai, eu já não os posso acompanhá-lo. Ou então vou eu e tem que ficar o filho, mas geralmente fica sempre eu, porque ela consome-se. Como diz o neurologista: " Eu tenho uma nova filha, com 4 anos e hiperatividade", ela voltou a criança com hiperatividade. Coisa que a minha filha foi a criança mais calma desse mundo. Tem alturas que eu estou a me perguntar, mas porquê? O que é que eu fiz a para merecer isso? Aliás e com isso, eu fiquei com a síndrome de *burnout* com isso tudo. Nunca tinha previsto passar por isso, realmente não.

28. *Você presta cuidados simultâneos para duas gerações muito diferentes. Eu gostaria de saber as implicações que isso tem em algumas áreas da sua vida. Vou perguntando as áreas, que estarão sempre relacionadas a esse contexto. Que implicações essa prestação de cuidados (como mãe, cuidadora de idoso e esposa) tem para si, como pessoa?*

PT3: Em relação à filha, não tem preocupações nenhuma. Porque que é uma miúda que não dá rigorosamente, preocupações nenhuma. Para mim como pessoa, muitas vezes fico frustrada, porquê não tenho tempo nem para "matar", não consigo. Eu sou uma pessoa que me meto em mil e uma atividades. Porque eu estava habituada a isso, acho que daí veio também o meu sufoco. E chega um ponto que eu arrebento e quando arrebento, a filha e o marido é que levam a bomba toda, muitas vezes sem culpa, mas eu tenho que arrebentar para algum lado. Com ela não vou fazer isso, embora às vezes eu também arrebentou um bocadinho, porque não aguento. É mais esse... é muito, muito, muito frustrada. Fiquei muito insegura.

29. *Como assim? Em relação à que?*

PT3: As minhas capacidades. Porque vejo que não tenho tempo, eu precisava de mais horas por dia, precisava de mais tempo. Eu sinto-me cansada, sinto-me esgotada, eu tenho alturas em que me sinto uma velha. Eu sinto-me extremamente cansada de tudo.

30. *Como você consegue conciliar esse trabalho de cuidadora com a sua vida conjugal?*

PT3: É muito difícil, muitas vezes... difícil. Porque muitas vezes eu dou uma discutida com o meu marido por causa da mãe. Muitas vezes eu digo a mãe é tua e eu é que estou a passar por isso. Ele não liga, deixa-me falar. Porque ele sabe que tudo isso é da boca para fora, porque depois quando ele ralha com a mãe, eu sou a primeira a ralhar com ele. E depois eu ainda acabo por dizer: "você não viram que ela ainda não entende"? É muito difícil, há coisas que nem eu mesma consigo explicar.

31. *Quais as implicações de ser cuidadora na sua vida profissional?*

PT3: Muitas vezes vou para o trabalho com a cabeça desfeita. E às vezes há consequências, porque sou assistente operacional, então há a consequências porque às vezes estou a fazer o meu trabalho, eu estou a olhar para as coisas e não estou a ver. A minha cabeça está completamente desfeita.

32. *Que implicações tem o facto de cuidar de pessoas idosas na sua relação com a sua filha?*

PT3: Assim, as vezes acabamos a discutir também as duas. Porque eu quero que ela tenha mais calma com a avó, que ela às vezes não entende tão bem. É muito complicado. Por exemplo, já tive situações de eu entrar de tal descontrolo emocional, desde a faltar - me o ar, desde querer tirar... para mim, se tirasse a vida naquele momento, não se perdia nada... já me dei com essas situações.

A minha fuga são nos trabalhos *part-time* que eu tenho. Eu não me sinto realizada no meu trabalho, eu detesto o meu trabalho. Mas eu adoro fazer os trabalhos de artesanato, fazer salgados, adoro... isto é o que me deixa realizada.

33. *Que implicações tem em termos econômicos?*

PT3: Ah, não! Para já, nenhuma. Porque como ela trabalhou toda a vida nos lanifícios, toda a medicação dela é paga.

34. *Quais são as implicações que tem na sua vida social?*

PT3: Ah, é tanta! Eu deixei de ter vida social. Por exemplo, amanhã eu tenho um jantar e só vou se eu puder levar, porque senão, eu não posso ir. Portanto, vida social, quase nenhuma.

35. *Gostaria de saber embora você já tenha me falado um pouco sobre isso, se de alguma forma você se sente ou não sobrecarregada ou com demasiado trabalho?*

PT3: Completamente. Mas também porque quero. Além dos cuidados dela, também porque quero. O que me deixa mais descontrolada é que, por exemplo, eu vou chegar a casa agora e ainda vou fazer bolos. Eu tenho para fazer e ela mete-se na cozinha sempre, e o que é que eu faço? Eu digo para ela também fazer e ela diz que não sabe, mas fica o tempo todo inquieta, eu fecho a porta da cozinha e ela continua lá, me chamando o tempo todo. Eu não consigo me concentrar, porque há medidas, pesos e eu não consigo me concentrar.

36. *Como você consegue encontrar tempo para si?*

PT3: Não tenho. Só quando vou as minhas aulas de costura, que ao sábados e quinta-feira um bocadinho à tarde, quando vou ginásio, fica com a minha filha.

37. *Que ganhos ou mais valia considera que tem pelo facto de prestar cuidados multigeracionais?*

PT3: Ai, que acho que nenhum, sinceramente... só se um dia merecer o céu.

38. *Acha que tem algum tipo de dificuldade na prestação desses cuidados multigeracionais?*

PT3: Tenho. Minha dificuldade é quando... acho que fico mesmo toda queimadinha e disparo em todas as direções. Todas as direções, a quem apanho pela frente. E às vezes muito injustamente.

39. *Como você gere seu tempo entre (filha trabalho, cônjuge e idoso)?*

PT3: Levantando às cinco da manhã. Tudo planejado. Mas a minha vida é toda planejada, mesmo. Eu estou aqui a planear por exemplo, amanhã é o meu dia. Quando desmanda, eu viro a macaca.

40. *Que recursos você considera ter para lidar com a situação de cuidar de pessoas mais velhas e jovens?*

PT3: Força, acho que é o meu recurso mais natural. Quando estou a cair, a cair, a cair, eu digo não, não posso cair. Eu tenho que ser mais forte do que isso, porque eu tenho... como costumo dizer, eu tenho um ego forte. Eu sou daquelas que cai, mas não quebra. E quando acaba a força, eu me vou a lágrimas.

41. *E quais são os recursos que você não tem e gostaria de ter para lidar com a situação de cuidar em simultâneo de familiares idosos e jovens?*

PT3: Calma, coisa que eu não tenho e gostaria de ter e paciência, principalmente. São coisas que eu não tenho no meu dicionário. Eu gostava de ter mais paciência com ela, sou sincera. Porque

muitas vezes depois quando tenho essas crises, eu choro porque tenho pena dela, muita pena. Mas ela sabe que eu falo da boca para fora e que eu gosto dela, senão, não estava a cuidar dela e já tinha metido ela qualquer sítio. E é coisa que eu não tenho coragem, eu... até o meu pai foi tão difícil...

42. *Acha que exercer esse papel de cuidadora tem ou dá algum sentido ou significado a sua vida?*

PT3: Significado é capaz de futuramente dar, sim. Porque sinto que fui útil, fui mãe, fui nora de minha sogra.

43. *Você gostaria de acrescentar algo que considera importante ou relevante dentro dessa temática para conversarmos?*

PT3: Não, acho que disse basicamente tudo. Não me recordo de nada agora.

ENTREVISTADA PORTUGUESA 4 - PT4

1. *Qual a sua idade?*

PT4: Tenho 48 anos.

2. *Que tipo de trabalho realiza?*

PT4: Sou assistente técnica no hospital da Covilhã.

3. *Quantas horas por dia trabalha?*

PT4: Oito.

4. *Qual a sua escolaridade?*

PT4: Tenho mestrado em psicologia clínica, mas não exerço.

5. *Tem diagnóstico de alguma doença? Qual?*

PT4: Eu não. Que eu saiba, sou saudável.

6. *Como considera que é a sua saúde atualmente?*

PT4: Está bem, fisicamente e psicologicamente também.

7. *Você pratica algum tipo de desporto?*

PT4: Não. Às vezes faço uma caminhada, uma vez por semana, mas acho que isso não conta.

8. *Qual a idade dos seus filhos?*

PT4: Tenho duas meninas, de 13 e 11.

9. *Tem algum tipo de ajuda no cuidado com elas? Se sim, ela é formal ou informal?*

PT4: Não, porque elas já estão assim mais crescidas. A minha mãe dá assim uma ajudita às vezes, se for preciso.

10. *Quantas horas por dia você gasta em média no acompanhamento e tarefas com suas filhas?*

PT4: Com a mais velha que tem diagnóstico de diabetes tipo 1, é preciso uma série de cuidados com alimentação e pronto. Mas ela também é uma menina inteligente e tem que fazer muitas contas para contar os hidratos de carbono, depois transformar em unidades de insulina, mudança dos cateteres, rebobinação da máquina, essas coisas assim. No total, devo gastar umas duas horas, talvez. E também com tarefas a nível escolar, da mais velha e da mais pequenina.

11. Como é a divisão de responsabilidades dos cuidados das suas filhas entre você e seu cônjuge?

PT4: É assim, fica quase tudo ao meu encargo porque o meu marido só está em casa ao fim de semana. Durante a semana não está, trabalha em Lisboa. E pronto, é tudo para mim.

12. Que tipo de apoio você costuma dar para suas filhas? Que tipos de tarefas ou ajuda costuma realizar?

PT4: Emocional, sobretudo à mais velha, devido ao diagnóstico que tem. E o apoio é um apoio mais físico para estar presente com a pequenina, porque ela requer sempre muita atenção na parte escolar. As duas meninas são realmente muito terríveis (risos), tem sempre histórias para contar, para resolver e tem que estar sempre presente.

13. Qual o tipo de vínculo que você tem com idoso que você dá suporte?

PT4: É o meu pai e a minha mãe.

14. Os dois moram com você?

PT4: Não. Moram ao lado, na casa ao lado.

15. E os dois necessitam de suporte seja ele físico ou emocional?

PT4: Assim, a minha mãe é muito independente, mas a minha mãe está a cuidar do meu pai que tem diagnóstico de tumor há 3 anos, e que já está a ficar muito dependente. Eu ajudo a minha mãe a ajudar o meu pai, e ajudo a minha mãe porque já começo a ver que está com muito cansaço, e ela já começa a denotar algumas falhas a nível de memória. A ajuda que eu dou à minha mãe é mais emocional e a ajuda ao meu pai é mais fisicamente.

16. Qual é a idade deles?

PT4: 76 o meu pai e 74 a minha mãe.

17. Nós fomos focar um pouquinho mais no seu pai, que requer um suporte maior, porque a sua mãe ainda conserva uma boa parte de autonomia. Como você avalia o grau da relação que você tinha com o seu pai antes de começar a ajudá-lo? Houve alguma mudança depois?

PT4: Nunca me dei bem com o meu pai. Gosto muito do meu pai, meu pai gosta muito de mim, não há dúvidas, mas sempre discutimos muito. E desde a doença, que isso mudou completamente. Somos muito mais próximos, somos muito mais amigos, muito mais confiantes e portanto, tem mesmo que ser e é com gosto. Acho que o meu pai se sente agradecido, não tem do quê, não é? Mas acho que ele se sente agradecido de eu não ter lhe virado às costas nesse momento que ele precisa da ajuda de toda a gente. Sim, estamos próximos, muito próximos, sim.

18. Como você avalia o grau de dependência dele? Vou dar exemplos e gostaria que para cada tipo, e gostaria que você classificasse nos graus: pouca, média ou alta dependência. Em relação às atividades básicas - (comer, vestir, tomar banho, se locomover em casa, ir ao WC...)

PT4: Alto. Não é total, mas é alto. Ele come sozinho, mas não toma banho sozinho. Ele vai à cozinha, à casa de banho, ao jardim, mas a minha mãe sempre vai atrás. Cai, já caiu várias vezes, na estrada inclusive, mas ele pensa que não, que está ótimo. Já recusou um cadinho, acho que é inerente ao ser humano recusa aceitar que precisa de uma outra pessoa para ir com ele na rua. Mas é alta, a dependência já começa a ser alta.

19. *Em relação às atividades instrumentais - (ex: preparar a comida, fazer compras, gerir as finanças, a medicação, pegar transportes públicos...)*

PT4: Alta. Sair de casa sozinho eu não deixo, ele ainda conduz porque é teimoso. Se dependesse de mim, não conduziria. A medicação é a minha mãe quem faz, se bem que a minha mãe também já está a começar a baralhar. As despesas estão todas a serem pagas através do banco, já não vai à rua fazer pagamentos, está tudo por transferência bancária. Chama sempre o filho ou o genro... porque meu irmão está a 300 quilômetros, não mora cá. Chama sempre o filho ou o genro para resolver coisas que ele sempre resolveu sem precisar da... pronto esta parte é um cadinho triste, coisas básicas.

20. *Que tipo de apoio ou suporte você costuma dar? Que tipos de tarefas ou ajuda costuma realizar?*

PT4: O que eles precisarem. Eu todo dia saio do trabalho e vou para casa deles. Seja lá o que for. Neste final de semana eu cheguei lá e tinha avariado a caldeira, se fosse em outra altura, ele já teria tratado de tudo. Então é o que ele precisar, seja para conversar, qualquer coisa. Sou eu que vou à farmácia, sou eu que levo aos tratamentos de 15 em 15 dias, pronto.

21. *Há quanto tempo você presta esses cuidados?*

PT4: Há 3 anos.

22. *Quantas vezes na semana você presta esse suporte?*

PT4: Todos os dias.

23. *Quantas horas por dia você gasta em média no acompanhamento e prestação de cuidados com ele?*

PT4: Uma hora e meia pelo menos eles ficam lá em casa, todos os dias.

24. *Você recebe algum tipo de ajuda no cuidado com eles? Seja formal ou informal?*

PT4: Não. Só mesmo eu.

25. *Há divisão de responsabilidades nesse suporte a eles com o seu cônjuge?*

PT4: Sim. Quando cá está, ele ajuda. Seja podar-lhe as árvores, seja cortar as ervas do jardim, sim. Ele faz tudo quando está.

26. *Como você se sente nesse papel de cuidadora?*

PT4: Olha, eu tô cansada. Triste, é triste ver alguém próximo assim, como está. Por que conhecemos antes, mas tranquila porque sei que estou a dar o meu melhor.

27. *Presta cuidados simultâneos para duas gerações muito diferentes. Eu gostaria de saber as implicações que isso tem em algumas áreas da sua vida. Vou perguntando as áreas que estarão*

sempre relacionadas a esse contexto. Que implicações essa prestação de cuidados (como mãe, cuidadora de idoso e esposa) tem para si, como pessoa?

PT4: Nada. Há uma transformação do eu... eu nem penso muito nisso.

28. Como concilia o facto de ser cuidadora com a sua vida conjugal?

PT4: Fica um bocadinho apertado. Às vezes há conversas que ficam para depois, às vezes se calhar nem acontecem. Porque quando não é de um lado é de outro, depois, o meu pai está numa fase muito complicada. Tem sido semanas horríveis, acordar às três horas da manhã é chamar o INEM, levá-lo para urgência, não há descanso. Por outro lado, a minha filha mais velha precisa de medicações de 3 em 3 horas durante a noite, o cansaço é muito, o sono o tempo todo interrompido. Quando chega ao final de semana é fazer tudo para a casa, por exemplo ir às compras, meu marido está à espera para irmos às compras. Só aos sábados fazemos coisas que um casal normalmente faz durante a semana, assim supostamente o que um casal faz durante a semana, eu só tenho 2 dias para fazer. E essas são situações que estão sempre presente.

29. Quais as implicações de ser cuidadora na sua vida profissional?

PT4: Assim, aí eu não noto muito. Só se acontecer algum episódio, mas não noto muito porque já trabalho no hospital e meu pai é lá tratado. Se acontecer alguma coisa é para lá que ele vai. Então eu nunca tive problema em ausentar-se. Então não noto, talvez por já estar no hospital.

30. Que implicações tem o facto de cuidar de pessoas idosas na sua relação com suas filhas?

PT4: Houve um momento em que eu tive que lhes explicar, porque elas foram crescendo ao longo desses 3 anos né?! Eu tive que lhes explicar o que queria ir acontecer no futuro, se calhar num futuro muito próximo, ao avô. E elas mudaram também um cadinho a atitude delas com os avós. São gerações diferentes, não é? E elas deram-se conta muito cedo que tinham que passar mais tempo com o avô e aproveitar mais tempo com o avô. Se calhar não é justo para duas crianças preocuparem-se com isso. Elas sempre gostaram dos avós, aliás, elas gostam mais de estar em casa dos avós do que da mãe do pai, mas a gente tem medo do que lhe façam nesse momento por saberem o que poderá acontecer em breve. Não é que seja negativo, mas também não é positivo. Acho que isso me doeu um bocadinho, a conversa que tive que ter com elas que mudou a maneira de estar delas com eles. Ficaram mais conscientes das coisas, da finitude da vida e eu não queria.

31. Que implicações tem em termos económicos?

PT4: Assim, felizmente não sentimos. Quer dizer, eu agora fui comprar 5 caixas de comprimidos e a minha mãe pagou 60 €. Mas o grosso mesmo da medicação do meu pai é co-participada 100% pelo estado. Ou seja, meu pai está colostomizado, o tumor dele foi no intestino, tiveram que lhe fechar o ânus, ver uma colostomia. Pronto, ele tem saco de colostomia isso é caríssimo. Felizmente é tudo isso coparticipado 100% no estado. Mas numa primeira fase da doença foi tudo muito complicado, tivemos que fazer exames fora... pegando opiniões de tudo o que podemos e essa parte aí é cara. Hoje em dia não fazemos mais. Felizmente minha mãe e meu pai trabalharam. Então, não é nada que nos faça assim, tanta diferença.

32. Que implicações tem na sua vida social?

PT4: Vida social não há. Se a minha melhor amiga vier à Covilhã, aí eu saio. Mas tipo, ela vem uma ou duas vezes por ano. Se eu pedir a minha mãe que ela fique com as meninas para eu ir em algum lugar, ela fica. Mas é rapidinho.

33. *Gostaria de saber se de alguma forma, você se sente ou não sobrecarregada ou com muito trabalho?*

PT4: Sim, sinto. É a tal coisa, de cuidada você passa a ser cuidadora e isso é assustador. Porque as duas figuras que a gente tem tanta referência na vida, a quem a gente pede auxílio quando é preciso, os papéis ficam completamente trocados. Essa parte é assustadora. E é claro que é mais uma sobrecarga, não ponho um sentido pejorativo na palavra, porque faço com todo o gosto, eles também fizeram por mim quando eu nasci. Mas sim, não é fácil.

34. *Como consegue encontrar tempo para si?*

PT4: Isso deixou de existir. Mas eu não me sinto chateada e nem aborrecida com isso e nem sinto falta disto. Mas no momento é assim, não há tempo para mim. Sei lá, se tiver meia hora sozinha na casa de banho (risos)... a vida transformou-se. Neste momento é assim, e se eu não souber aceitar aí sim a sobrecarga vai ser muito grande e muito pesada. Mas tem que se aceitar, não há nada a fazer. E se a gente aceitar a gente fala com... de outra maneira.

35. *Que ganhos ou mais valia você considera que tem pelo facto de prestar cuidados multigeracionais?*

PT4: Eu espero que as minhas filhas aprendam, que um dia mais tarde eu também vou precisar delas (risos). Mas você sabe que as crianças aprendem por imitação e é verdade, eu constato isso. Elas chegam a ralar uma com a outra às vezes no mesmo tom que eu ralho com elas. Isto é mesmo verdade. Eu espero que isso seja um exemplo para as minhas filhas, para a vida delas, sobretudo, isso. E é apaziguador para mim, porquê sei que no fim não vou me arrepender de nada, de não ter feito nada. Parece até que estou a falar de interesse próprio, mas não é. Porque também não posso fazer mais nada pelo meu pai, a única coisa que posso fazer é dar-lhe conforto e a minha presença, Não posso fazer mais nada. Não quero nunca arrepender-me de não ter feito isso, o que eu ganho com isso é ficar em paz interior.

36. *Há algum tipo de dificuldade na prestação de cuidados multigeracionais?*

PT4: A dificuldade é minha porque eu comecei a perder muita paciência. Há dias em que já não faço as coisas com tanta calma, com tanto cuidado e acho que é por aí. Por exemplo, no início da semana estou mais tranquila, mas com o passar do tempo fica mais difícil.

37. *Como você gere seu tempo entre (filhas, trabalho, cônjuge e idoso)?*

PT4: Está tudo cronometrado. Quase ao minuto e é feito tudo um bocadinho a correr, sempre com um foco.

38. *Que recursos você considera ter para lidar com a situação de cuidar de pessoas mais velhas e crianças?*

PT4: Eu acho que sou uma pessoa muito positiva, sou resiliente, otimista e devo ter umas costas muito grandes e largas, eu aguento bem.

39. *Quais os recursos que você não tem e gostaria de ter para lidar com a situação de cuidar em simultâneo de familiares idosos e jovens?*

PT4: Ai, eu adorava ter tirado medicina. Há 4 anos que foi quando a minha filha foi diagnosticada, eu tive esta conversa com o pediatra dela, diga-se por sinal, que falta-lhe muito de humanidade... que quando lhe fiz uma pergunta, acusou-me e disse-me: "tu não estás logo a ver?" Eu respondi-lhe: "mas o senhor é médico e sabe, eu não sou". Então se eu fosse médica agora, levava isso a

brincar, tanto para a minha filha quanto para ele. Saberia tudo, não entrava estresse... gostava de ter esse recurso.

40. *Acha que exercer esse papel de cuidadora tem ou dá algum sentido ou significado a sua vida?*

PT4: Assim, eu acho que o ser humano ele todo vem a esta vida para ajudar o outro senão, não faz sentido a palavra humano. Acho eu... será isso? Não sei... nunca pensei muito nisso, mas acho que cá viemos nós para nos ajudarmos uns aos outros. E é isso que eu faço.

41. *Você gostaria de acrescentar algo que considera importante ou relevante dentro dessa temática que conversamos?*

PT4: É muito fácil um cuidador informal entrar em depressões, acho que todos deveriam pedir ajuda ao menor sinal de cansaço, de falta de recursos. Porque felizmente não é tudo mal em nosso país e há algumas ajudas. A segurança social pode não ser muito, mas há. E para os cuidadores que tenham lutado muito não é... para que agora sejam considerados e subsidiados que não conseguirem, não é?... mas que peçam ajuda sempre se não estão bem. Não é fácil, não é não.

ENTREVISTADA BRASILEIRA 1 - BR1

1. *Qual a sua idade?*

BR1: 51 anos.

2. *Que tipo de trabalho realiza?*

BR1: Acupuntura.

3. *Quantas horas por dia trabalha?*

BR1: Uma média de 5 horas.

4. *Qual a sua escolaridade?*

BR1: Superior.

5. *Tem diagnóstico de alguma doença? Qual?*

BR1: Sim, tenho lúpus.

6. *Como considera que é a sua saúde atualmente?*

BR1: Não é muito boa, não. Até porque no momento, a doença está entrando em atividade.

7. *Você pratica algum tipo de esporte?*

BR1: Eu frequento academia, pelo menos três vezes na semana.

8. *Qual a idade dos seus filhos?*

BR1: Tenho uma filha de 15.

9. *Tem algum tipo de ajuda no cuidado com ela?*

BR1: Não. Eu cuido sozinha.

10. *Quantas horas por dia você gasta em média no acompanhamento e tarefas com ela?*

BR1: Pelo menos, 5 horas. Mesmo não estando presente, esse controle por telefone, WhatsApp, essas coisas assim.

11. *Como é a divisão de responsabilidades dos cuidados com ela entre você e o seu cônjuge?*

BR1: Bom, a pessoa com quem eu convivo me ajuda bastante com ela. Quando eu não posso estar presente, alguma coisa de escola que eu tenho que levar ou buscar, ele está sempre presente. Quando eu não faço refeição para ela e que eu não estou em casa, ele prepara a refeição. É bem dividido.

12. *Que tipo de apoio costuma dar a ela? Que tipo de tarefas ou ajuda costuma realizar?*

BR1: Em termos de escola eu estou sempre presente, eu estou sempre vendo o que está estudando, o que não está. Se vai para casa de alguma colega, eu procuro conhecer a família, tá junto, trazer as colegas dela aqui para dentro de casa, sempre procuro dar essa assistência. Agora ela está de férias, mas quando está estudando, ela passa o dia todo na escola e eu preparo marmitta um dia antes para ela levar para escola. De manhã, eu acordo cedo e preparo o café da manhã para ela.

13. *Qual a idade do idoso que você dá suporte?*

BR1: 75.

14. *Qual o seu vínculo com o idoso que você costuma dar suporte?*

BR1: Minha mãe.

15. *Ela tem algum tipo de diagnóstico médico de doença física ou mental?*

BR1: Ela é diabética e hipertensa.

16. *Como você avalia a qualidade da relação que já tinha antes de começar a ajudá-la?*

BR1: Sempre foi tranquila.

17. *E depois, continuou a mesma coisa?*

BR1: Hoje em dia, até por conta da correria, do estresse do dia a dia, o cuidado maior que tenho que ter com ela agora, às vezes eu fico meio estressada, eu acho que é normal. Mas no geral é tranquilo, é bom.

18. *Como você avalia o grau de dependência dela? Vou dar alguns exemplos e gostaria que para cada tipo você classificasse nos graus: pouca, média, ou alta dependência. Em relação às atividades básicas - (comer, vestir, tomar banho, se locomover em casa, ir ao WC...)*

BR1: Nesses aí ela não tem nenhum grau de dependência.

19. *Em relação às atividades instrumentais - (preparar a comida, fazer compras, gerir as finanças, a medicação, pegar transportes públicos...)*

BR1: Moderado. Eu digo moderado, porque em alguns que você citou aí, ela é totalmente independente, mas em outros ela é dependente.

20. *Que tipo de suporte ao apoio você costuma dar? Que tipos de tarefas ou ajuda costuma realizar?*

BR1: Fazer compras, como ela anda meio cansada, eu deixo de fazer algumas coisas aqui para mim, no meu momento e encaixo de levar ela ao mercado, consultas, marcar consultas, às vezes ela marca e esquece, aí eu tenho que lá ir remarcar. Essas coisas assim, entendeu?! Levar ao médico, às vezes ela vai ao médico sozinha e quando vejo que algumas explicações estão meio truncadas, na próxima consulta eu procuro ir. Sempre estou observando quando é medicação nova, procuro olhar as medicações, ler bula para ver a reação, tenho anotado os remédios que ela toma com horário, essas coisas assim.

21. Há quanto tempo você presta esses cuidados?

BR1: Agora direto com ela, tem 2 anos.

22. Quantas vezes na semana você costuma dar esse suporte para ela?

BR1: Umas 6 vezes na semana.

23. Quantas horas por dia você gasta em média na acompanhamento e prestação de cuidados com ela?

BR1: Deve dar mais ou menos de umas 3 a 4 horas. Porque assim, mesmo quando não tem nada de consulta ou essas coisas de médico, mesmo quando não tem nada lá para resolver, eu procuro estar presente. Saio daqui da minha casa e vou lá para tomar um café com ela, aí fico lá assistindo televisão com ela, entendeu?! Para que ela não se sinta tão sozinha.

24. Você tem algum tipo de ajuda no cuidado com ela?

BR1: A pessoa que mora comigo me ajuda também. Se eu precisar e eu pedir, ele me auxilia.

25. Como você se sente desse papel de cuidadora?

BR1: Eu faço o que tem que fazer. E entendo assim, que já foi feito tanto por mim, que é a minha vez de retribuir. Mas confesso que não é fácil essa inversão de papéis da filha passar a ser a mãe. Não é muito fácil não, às vezes é muito cansativo.

26. Você presta cuidado simultâneos para duas gerações muito diferentes. Gostaria de saber as implicações que isso tem algumas áreas da sua vida. Vou perguntar nas áreas, que estarão sempre relacionadas a esse contexto. Que implicações essa prestação de cuidados (como mãe, cuidadora de idoso é esposa) tem para você, como pessoa?

BR1: De certa forma é prazeroso o cuidar. Porque eu sempre gostei dessa coisa de cuidar do outro, eu gosto dessa função. Mas às vezes eu me sinto sobrecarregada. Não sei se por conta da minha natureza mesmo, porque eu sou muito preocupada em ver que tá tudo bem, que realmente estão bem, às vezes eu me sinto sobrecarregada.

27. Como consegue conciliar ao facto de ser cuidadora com a sua vida profissional?

BR1: É... não é tarefa fácil não. Eu até trabalho pouco, tenho poucos pacientes por conta disso, por conta mesmo de horário, porque não tem. Porque eu fiz a opção de cuidar dela primeiro, principalmente a minha mãe que está mais precisando no momento. Não que minha filha não precise, mas em questão de saúde, essas coisas né... então eu tive que abrir mão de algumas coisas da minha vida para dar atendimento a ela.

28. Como conciliar o facto de ser cuidadora com a sua vida conjugal?

BR1: No início do relacionamento, surgiram alguns problemas em relação a isso. Mas a pessoa é muito parceira, depois que a gente sentou e conversou, ele conseguiu entender que eu tinha algumas prioridades. Porque a partir do momento que eu entendi que eu tinha que fazer uma lista de prioridades, porque antes eu queria abraçar tudo ao mesmo tempo, eu não estava dando conta, eu estava pirando. Aí ele entendeu que a partir do momento que eu botei uma lista de prioridades, não que quem estava no final da lista era menos importante, mas que quem está no primeiro da lista, é quem está necessitando mais.

29. Que implicações tem o facto de cuidar de uma pessoa idosa na sua relação com a sua filha?

BR1: Como antes de cuidar da minha mãe eu cuidei quase 10 anos do meu pai, a minha filha hoje tem esse olhar de cuidado também com a minha mãe, entendeu? Às vezes a gente está lá e eu vejo ela tendo atitudes com a minha mãe que ela via eu fazendo.

30. Que implicações que teria em termos econômicos?

BR1: Olha em termos econômicos, eu sempre tive a ajuda deles financeira, tanto do meu pai quanto da minha mãe. Então financeiramente, nunca implicou em nada de eu ter que dispor de uma verba minha para ajudá-los.

31. Que implicações que tem na sua vida social?

BR1: Com a minha mãe nem tanto, porque ela não necessita de uma assistência 24 horas. Mas em momentos em que ela está doente, aí a minha vida social fica meio de canto. Até mesmo porque quando eu venho de lá, que eu já dei assistência, eu quero ficar em casa, deitada para descansar mesmo.

32. Gostaria de saber se de alguma forma você se sente ou não sobrecarregada ou com demasiado trabalho?

BR1: As vezes sim. É como eu já tinha falado, essa inversão de papéis não é fácil. De cuidada, você passa a cuidadora.

33. Como você consegue encontrar tempo para você?

BR1: Fazendo essa lista de prioridades. Mas mesmo assim o tempo para mim é um tanto reduzido. Eu me culpo muito, por exemplo, agora mesmo, eu acabei de chegar do atendimento. À tarde, eu tenho uma confraternização para ir. O que eu vou fazer? Eu só parei aqui agora para falar com você, porque eu vou lá agora, vou lá na minha mãe agora para ver se está tudo bem, para depois vim fazer a minha parte. Ou seja, o meu está ficando sempre em segundo plano, entendeu? Mas isso é cobrança minha. Eu mesma é quem me cobro isso. Eu acho que se eu não for lá, pode estar acontecendo alguma coisa, se eu não for lá, estar presente todo dia, minha mãe pode achar que está sendo abandonada.

34. Que ganhos ou mais valia considera que tem pelo facto de prestar cuidados multigeracionais?

BR1: Apesar do cansaço e do estresse que causam, eu sinto prazer em fazer isso. Não é nem só prazer, eu fico com o coração em paz, com a cabeça em paz. Eu acho que eu estou fazendo a minha parte. Bem ou mal, não sei, algumas pessoas podem julgar que eu não faço direito. Mas eu me sinto com a consciência tranquila, dever cumprido. Sensação do dever cumprido é isso.

35. Há algum tipo de dificuldade na prestação de cuidados multigeracionais?

BR1: No caso da minha filha não, porque eu me dou muito bem com essa geração adolescente. No caso da minha mãe, às vezes surgem algumas dificuldades por ela não aceitar que hoje, ela já não é mais tão independente. Aí quer fazer algumas coisas que fogem, meio sem lógica, que oferecem algum risco para ela, entendeu? Aí para eu chegar para ela e falar: "mãe, não faz isso", tem que ser com cuidado, não pode chegar assim tão direto. Um exemplo, nunca gostou de tapetinho na porta, agora que ela está na idade que tá, toda porta tem um tapete. Aí eu não falo para tirar, porque eu conversei uma vez e ela não gostou. Então eu vou tirando e escondendo os tapetes, eu vou fazendo assim...

36. Como você gere seu tempo entre (filha, trabalho, cônjuge, idoso)?

BR1: Eu nem sei se faço esse negócio, sabia?! Ah... eu vou indo, eu acordo todo dia, e penso no quê que tem que fazer hoje, isso, isso, aquilo e vou fazendo. E no final acaba dando certo. Porque se eu parar para pensar direitinho: "eu tenho tantas horas para estar em tal lugar"...eu piro, porque eu vejo que 24 horas não vai dá.

37. Que recursos você considera ter para lidar com a situação de cuidar de pessoas mais velhas e jovens?

BR1: Eu acho que a vontade de ajudar o próximo. Eu sempre tive isso comigo, eu gosto muito de ajudar. Uma vez falaram para mim, que eu sou assim para esquecer dos meus problemas, aí eu cuido do problema dos outros. Mas eu faço isso com o maior prazer, cuidar, para mim, é muito bom. Eu prefiro cuidar do que ser cuidada.

38. E quais os recursos que você não tem e gostaria de ter para lidar com a situação de cuidar em simultâneo de familiares idosos e jovens?

BR1: Eu queria ter mais paciência. A tal da paciência...eu não entrei nessa fila não. Eu quero tudo para ontem. Eu enxergo que uma coisa não vai dar certo, eu aviso a pessoa que não vai dar certo, ela vai lá e faz e não dá certo. Nossa, o mundo acaba para mim.

39. Você acha que exercer o papel de cuidadora tem ou dá algum sentido ou significado à sua vida?

BR1: Todo. Porque mesmo antes de eu cuidar do meu pai, eu tinha já cuidados com a minha filha. Então assim, tudo o que você vai fazer, tudo o que eu ia fazer era em prol dela, para o bem dela. Se hoje eu estou em uma outra faculdade pensando em cuidar, eu escolhi fazer fisioterapia para poder cuidar dos mais velhos, entendeu? Faz todo o sentido.

40. Gostaria de saber se você gostaria de acrescentar algo que considera importante ou relevante dentro dessa temática que conversamos?

BR1: Eu achei bem interessante esse tema que você está abordando sobre o cuidado de gerações diferentes. Porque tipo assim, o meu comportamento com a minha filha não pode ser o mesmo com a minha mãe, até mesmo os termos de linguagem, imposição de algumas coisas que são necessários às vezes, nos impor... é bem interessante isso. E outra coisa também, essa coisa que eu falei da minha filha, de ela seguir, filhos não seguem conselhos, seguem exemplos. O comportamento dela hoje, foi assim com o meu pai e está sendo com a minha mãe. Acho isso bem interessante. A gente como mãe, e agora cuidadora filha, que passa a ser mãe, mãe de duas, é bem legal você ver que está dando o exemplo bom. E isso é o que traz o prazer, parece que você está no caminho certo, dando certo.

ENTREVISTADA BRASILEIRA 2 - BR2

1. *Qual a sua idade?*

BR2: A minha idade, eu tenho 49 anos.

2. *Qual tipo de trabalho você realiza?*

BR2: Sou administradora de uma clínica. Nessa Clínica tem várias especialidades.

3. *Quantas horas por dia trabalha?*

BR2: Uma média de 9 horas por dia.

4. *Qual a sua escolaridade?*

BR2: Formada em engenharia civil, pós-graduada em Administração da Qualidade e tenho MBA em Gestão Empresarial.

5. *Tem diagnóstico de alguma doença?*

BR2: Não. Graças à Deus, não.

5. *Como considera que é a sua saúde atualmente?*

BR2: Tranquila. Até pelo ritmo de trabalho e tudo, né... é claro que a gente não tem a mesma disponibilidade física que eu tinha há 10 anos atrás. Fico um pouco mais cansada mas me sinto bem. Graças à Deus, faço os meus check-up anualmente. Então é tranquilo, graças à Deus, não tem dado nada de anormal.

6. *Pratica algum tipo de esporte?*

BR2: Eu faço pilates, por conta da coluna, eu preciso fazer o fortalecimento. Então isso me deixa mais disposta e quando é possível, eu faço uma caminhada. Mas o pilates, eu faço duas vezes por semana.

7. *Qual a idade dos seus filhos?*

BR2: Eu tenho um filho que daqui há uma semana, completa 17 anos.

8. *Você tem algum tipo de ajuda no cuidado com ele?*

BR2: Como o meu esposo tem uma gráfica mas tá com 2 anos que ele passou a ter o escritório aqui na minha casa, na nossa casa, ele passou a trabalhar aqui em casa. Eu tenho também a ajuda de uma senhora, ela está há 18 anos comigo. Os dois são meu porto seguro para me dar tranquilidade de trabalhar, de fazer as atividades normais. Então eu tenho eles dois, que realmente me ajudam bastante.

9. *Quantas horas por dia você gasta em média no acompanhamento e tarefas com seu filho?*

BR2: Antes, quando eu não tinha minha mãe, porque hoje ela mora comigo, mas até uns 2 anos atrás, a minha dedicação com ele era maior. Apesar do tempo de trabalho, eu fui muito presente na vida dele, de ensinar tarefa, de passar o final de semana dedicado inteiro. Levar para diversão, tarefa, coisas da escola, tudo. Como agora ele já está mais independente, a minha dedicação está em torno de uma hora por dia. Porque eles não querem mais ficar no nosso quarto, quer ficar no quarto dele, quer jogar, quer estudar. Então eles querem ficar menos com a gente. No final de

semana eu procuro estar mais próxima dele, chamo alguém para cá. Agora quando terminar nossa entrevista, eu vou levar ele para o cinema. Eu sempre tenho que estar mais próxima, deixar no local, buscar no local, porque esse é o momento que a gente vai e volta conversando. No quarto, às vezes eu entro para conversar um pouquinho e ele fala: "sai mãe, que eu estou jogando". Mas eu procuro sempre estar em torno. Na semana eu não consigo muito porque também quando eu chego, ele está estudando e depois vai dormir. Então na semana é em torno de uma a duas horas. No final de semana é em torno de 3 horas mais ou menos. Mas o pai também divide muito isso, na semana ele vai buscar na escola, ele vai deixar, então a gente sempre está se revezando nesse sentido, para estar mais próximo dele. Porque é justamente nesse momento que a gente tenta conversar com ele sobre algum determinado assunto, porque sentar na mesa, na sala, no quarto, para conversar determinado assunto, eles não gostam muito.

9. Como é a divisão de responsabilidades dos cuidados como seu filho entre você e seu cônjuge?

BR2: A gente divide muito. Não dá para os dois deixá-lo em algum local juntos, até mesmo porque eu tenho a minha mãe. Então ele vai deixar ou eu vou buscar. Ele como tem essa flexibilidade de trabalhar em casa, ele também está muito presente, né. Isso sempre foi, ele sempre foi. Se precisar ir à praia levar ou buscar, sempre vai deixar na escola, entra no quarto, conversa um pouquinho. Por exemplo, na próxima semana, eles já vão viajar juntos para visitar o meu sogro. Como eu estou no trabalho, eu não tenho como ir junto. Então eu acho importante esse momento também deles juntos, sozinhos. Então tem essa divisão também, às vezes o momento dos três juntos, mas também divididos pelo fato do meu trabalho e minha mãe.

10. Você poderia falar um pouquinho mais sobre o tipo de apoio que você costuma dar ao seu filho? Que tipos de tarefas ou ajuda costuma realizar?

BR2: Muito na questão da escola, sempre fiquei muito focada nisso dele, as tarefas eu sempre acompanhei e ensinei. Atualmente não é mais necessário, por conta dele ser um adolescente, mas eu tô sempre acompanhando. Tem a questão emocional também né, de amigos, dando conselho, chamo amigos para cá para ficar junto com ele e eu tentar conhecer com quem ele tem amizade todos os dias, na escola. Então chamo amigos para cá, marco alguma coisa com os pais dos amigos, para poder eu estar apoiando ele. Porque são nesses momentos que eu consigo saber alguma coisa do dia a dia dele, como ele conversa pouco, é através dos amigos que eu vou entendendo e aconselhando ele. Então quando ele chega com algum assunto: "Ah mãe, aconteceu a situação tal...", então eu vou puxando aos poucos e dando alguns conselhos. Por exemplo, ele começou a namorar com uma garota, a menina maravilhosa, mas precisou ir fazer um intercâmbio. Então eu estava sempre apoiando eles e o que eu fiz, coloquei ele em uma psicóloga, até para ele poder conversar com ela alguma coisa que ele não conversa comigo. Porque como ele é um pouquinho fechado, pode ser que ele se sinta mais à vontade conversando com ela. E ele está adorando. Mas eu estou sempre conversando com ele, vou devagar para não estar invadindo.

11. Qual a idade da idosa que você dá suporte?

BR2: 82.

12. Ela possui algum tipo de diagnóstico médico de doença física ou mental?

BR2: Tem. Ela tem a demência com *Alzheimer*.

13. Qual é o seu tipo de vínculo com ela?

BR2: Ela é a minha mãe. Tem uns 3 anos que ela mora comigo. Ela morava só, meus pais se separaram há alguns anos atrás, só que eu sempre fui a filha mais próxima, de buscá-la no final de semana, de quando viajar levar, de levar para o médico, hospital, sempre fui mais próxima.

14. Como você avalia a qualidade da relação que já tinha antes de começar a ajudá-la?

BR2: Era diferente. Porque apesar de vez em quando ela reclamar, brigar comigo e eu brigar com ela, era coisa passageira. Depois que ela passou a morar aqui, no dia a dia, até pela própria característica da doença de às vezes ter agressividade, falar coisas que na verdade não procedem, tudo... a gente acaba perdendo um pouco carinho, o cuidado não, mas o carinho sim. Eu tenho mais 2 irmãos, mas a minha família é toda de Natal, minhas tias, meus primos, não tem ninguém aqui. Só tenho aqui a minha irmã, meu irmão, mas são afastados dela. Então praticamente todo o cuidado é meu, tudo que você pode imaginar é meu. Então há um desgaste no dia-a-dia, né, porque a pessoa que tem *Alzheimer* muitas vezes é agressiva e grosseira, então você vai perdendo um pouco de carinho né, não de amor, mas a minha dedicação é assim... tudo o que você imaginar é comigo, de comprar remédio, de levar para médico, levar no dentista, de comprar roupa, tudo que a pessoa fazia antes e não faz mais, alimentação, tudo, tudo. No final é uma criança, né. Então com relação ao relacionamento, o carinho diminuiu. Meu né, no caso, o meu. O desgaste do dia a dia, as obrigações é um sufoco, todo dia para tomar banho é um desgaste, fazer a higiene é um desgaste, tomar um remédio é um desgaste, tem que estar reclamando, brigando... e isso vai te deixando com um pouco menos de carinho, porque as obrigações acabam provocando isso.

15. Como você avalia o grau de dependência dela? Vou dar exemplos e gostaria que para cada tipo, você classifique nos graus: pouca, média ou alta dependência. Em relação às atividades básicas - (comer, tomar banho, se locomover em casa, ir ao WC...)

BR2: Baixa. Porém, com uma certa observação nossa, porque não faz da forma correta, a higienização, essas coisas.

16. Em relação às atividades instrumentais - (ex: preparar a comida, fazer compras, gerir as finanças, a medicação, pegar transportes públicos...)

BR2: É alta. Porque por exemplo, fazer a comida sozinha, ela já chegou a deixar o fogo ligado. Então quando não tem ninguém aqui perto, a gente desliga a tomada do gás. A medicação também, são 11 comprimidos por dia e não tem como ela fazer a gestão disso. Dinheiro também ela não administra, porque ela não sabe onde coloca ou perde a noção do que fez. O *Alzheimer* dela está muito voltado para o presente, o passado ela até lembra, mas o esquecimento dela é muito do presente. Se ela comeu, esquece que comeu, ela não tem como administrar alimentação, porque ela comeu, daqui a pouco quer comer de novo. Então, tudo isso precisa ser administrado.

17. Que tipo de suporte ou apoio você costuma dar? Que tipo de tarefas ou ajuda costuma realizar?

BR2: Tem 2 anos que eu coloquei ela em um lugar que eu chamo de creche, na verdade é um local onde os idosos vão, que tem terapia ocupacional. Tem terapia ocupacional, tem atividades físicas, então lá ela se relaciona também com outras pessoas idosas. Então funciona como uma creche para pessoas idosas que é chamado de Centro de Integração Para a Pessoa Idosa. Então tem fisioterapeuta, tem terapeuta ocupacional, tem fonoaudióloga... então ela passa 3 dias na semana, ela passa 3 manhãs lá e já almoça lá. Eu levo ela três dias nesse local para ela ter relacionamento com outras pessoas, outros idosos, para não ficar somente aqui em casa. E lá também ela faz exercícios para o corpo. O objetivo é ela não passar as manhãs dentro de casa e fazer atividades que possam não piorar a demência que ela tem.

18. *Há quanto tempo você presta esses cuidados?*

BR2: Esse cuidado maior, por volta de 6 anos.

19. *Você recebe ou tem algum tipo de ajuda no cuidado com ela?*

BR2: Eu tenho apoio hoje do meu filho, do meu esposo, dessa senhora que me ajuda e do local onde ela faz a terapia ocupacional, a creche.

20. *Como é a divisão de responsabilidades no suporte a ela entre você e seu cônjuge?*

BR2: Ele ajuda muito, muito mesmo. Porque quando eu não estou em casa, e nem a minha funcionária também está é ele que cuida dela. É ele que faz o jantar dela, da medicação dela, ele que olha ela, ele que manda ela tomar banho. Como nós somos casados há muitos anos, ele tem 51 anos e a gente se conhece desde os 14 anos, então ele é o mesmo que ser filho também. Então ele dá apoio muito, sempre deu. Ele que cuida muito dela e às vezes tem até mais paciência do que eu.

21. *Quantas horas por dia você gasta em média no acompanhamento e prestação de cuidados com ela?*

BR2: Duas horas por dia.

22. *Como você se sente nesse papel de cuidadora?*

BR2: Eu não me incomodo muito com o fato de cuidar. É um pouco cansativo, mas é como eu lhe disse, eu acho que a gente tem uma missão na vida e se essa é a minha, eu aceitei. Então, como eu sempre fui já um pouco cuidadora dela, isso só me tornou mais forte. No começo, quando eu percebi que teria que assumir aquilo ali total, eu confesso que me senti um pouco triste e preocupada. Porque é uma dependência total, então nos primeiros dias, quando caiu a ficha, eu fiquei pensando em como é que eu iria fazer. Porque eu trabalho, tenho filho e pelo fato de eu também não ter apoio da minha família, dos meus irmãos, né. Eu não tenho apoio nenhum, eles são afastados totalmente. Então é como se tivesse nascido uma criança que fosse depender de mim totalmente, que tivesse nascido naquela hora. Então no começo foi mais difícil de eu ter que aceitar aquela dependência.

23. *Você presta cuidados simultâneos para duas gerações muito diferentes. Eu gostaria de saber as implicações que isso tem em algumas áreas da sua vida. Vou perguntando as áreas, que estarão sempre relacionadas a esse contexto. Que implicações que essa prestação de cuidados (como mãe, cuidadora de idoso e esposa) tem para si, como pessoa?*

BR2: Pelo estresse do dia a dia, vou dizer pontos negativos e pontos positivos. No estresse do dia a dia eu acabo perdendo a paciência com outras situações, pelo estresse com ela, eu acabo perdendo a paciência com o meu filho, com meu esposo. Ou seja, às vezes a gente está em um nível em que realmente fica muito nervosa pelo desgaste. Por outro lado, eu também coloco para o meu filho de que é necessário as vezes, ser mais dura com ela. De que ela é uma pessoa que está assim, que está diferente por conta da doença, ela mudou. Mas eu também mostro pelo exemplo, de que ela é minha mãe, ela quem me cuidou e eu tenho realmente a obrigação de fazer isso por ela.

24. *Como concilia o facto de ser cuidadora com a sua vida conjugal?*

BR2: Pelo facto do meu esposo ser uma pessoa extremamente compreensível e ser praticamente um filho... tem momentos que ele não quer levá-la em certo local. Ele fala:" pelo amor de Deus,

vamos dar um tempo também...". Daí eu tento não levar, apesar de, no início, ficar me sentindo muito culpada por deixá-la em casa e não levá-la. Mas só que depois eu fiquei pensando que preciso estar bem, eu preciso sair, eu preciso sair com meu esposo e estar bem mentalmente para recuperar o fôlego e continuar. Então no começo, eu me sentia realmente culpada, eu consegui administrar isso daí. Então eu fico procurando alternativas para melhorar a situação. Por exemplo, às vezes, trocar o dia de folga da minha funcionária aos domingos, para ela poder ficar com minha mãe e eu sair só com ele.

25. *Que implicações tem o fato de cuidar dela na sua relação com o seu filho?*

BR2: Procuo não deixar afetar muito. Como ele já está em uma fase que sai muito com os amigos dele e por ela já está aqui, tudo... não afeta muito a minha saída com ele. Não interfere muito. Às vezes ele fica com receio de trazer os amigos para cá, porque às vezes ela se estressa e ele fica com medo dela se estressar com os amigos dele aqui. Então eu explico para ele, que a gente tem que entender, que todo mundo pode ter alguém assim na família. E aí tem dado certo. Mas ele não aceita muito, ele é muito afastado dela. Ele faz alguma coisa porque eu peço, ele não interfere em nada. Mas ele não tem carinho nem nada, ele é muito afastado dela. Ele não briga com ela e nem maltrata, mas não tem nenhum carinho. Eu percebo que ele não gosta, acho que pelo facto de ele ver as coisas que ela fica falando e tudo, ele é totalmente apático com relação a ela.

26. *Quais as implicações de ser cuidadora na sua vida profissional?*

BR2: Não interfere. Mesmo tendo estresse com ela, porque todo dia de manhã tem um estresse para tomar banho e tal. Mesmo assim, eu não deixo que isso interfira no meu trabalho, eu tento manter esse equilíbrio.

27. *Que implicações tem em termos econômicos?*

BR2: Apesar de ela ter um valor "x" que ela recebe, não é muito. Implica em ter que abdicar de algumas coisas para comprar a medicação, pagar o local onde ela fica, alimentação pelo facto de ela ser diabética, a alimentação é diferente, a medicação é diferente. Então realmente, onera um pouco o orçamento. Mas eu priorizo muito isso para ela, o conforto para ela.

28. *Que implicações tem na sua vida social?*

BR2: Me restringe um pouco algumas saídas. Eu só posso ir para um local onde eu posso levá-la. Eu tenho um sobrinho que de vez em quando, sei lá, a cada 2 meses, eu peço para ele passar o fim de semana com ela. Levo ela para casa dele e depois pego. Então, em algum momento raro que eu não possa levá-la, eu deixo com ele. Mas é raro, eu só vou para locais que eu possa levá-la. Se for um passeio muito distante, eu não vou. Então eu abdicó de algumas saídas por causa dela, para não ficar estressante ao invés de prazeroso.

29. *Gostaria de saber se de alguma forma você se sente ou não sobrecarregada ou com demasiado trabalho?*

BR2: Eu fico um pouco sobrecarregada mesmo. Mas eu penso positivo também, certo?! Porque para levar para o médico, alimentação, para tudo, para comprar medicação, levar para terapia ocupacional, tudo é comigo. Então é uma sobrecarga mesmo. Eu tento ver a situação de outras pessoas pior, eu vejo situações de pessoas que têm o mesmo tipo de doença dela que é pior. Então eu meio que me conformo com o momento. Por que? Porque ela anda, ela fala, ela come sozinha, ela está sempre com os exames bons, então por exemplo, praticamente estacionou a doença

dela. Então eu não reclamo muito. Todos os dias eu agradeço pelo facto de eu ter forças para fazer isso.

30. Como consegue encontrar tempo para si?

BR2: Eu trabalho muito com planeamento, até no meu dia a dia mesmo. Então é tudo cronometrado assim: de manhã eu vou deixar ela num canto, vou pegar tal hora, almoço tal hora, tudo é cronometrado para dar tempo para mim. Quando não dá tempo, paciência.

31. Que tipo de ganhos ou mais valia considera que tem pelo facto de prestar cuidados multigeracionais?

BR2: É um aprendizado e o sentimento de missão cumprida, isso é gratificante. Eu acho que há sempre ganhos na nossa vida, a gente está aqui para ajudar o outro. Se eu tiver que ser recompensada no futuro, Deus é quem sabe.

32. Há algum tipo de dificuldade na prestação de cuidados multigeracionais?

BR2: Acho que uma das maiores dificuldades está na comunicação, com os dois lados. Meu filho, que está na adolescência e já fala pouco, nessa fase então... quer ficar mais isolado, no quarto, com os amigos. E a minha mãe, que muitas vezes não entende certas coisas que não pode mais fazer e ainda tem a questão do humor, da agressividade por conta da doença. Isso é bem difícil de lidar.

33. Como você gere o seu tempo entre (filho, trabalho, cônjuge e idosa)?

BR2: Trabalhando com planeamento.

34. Que recurso você considera ter para lidar com a situação de cuidar de pessoas mais velhas e jovens?

BR2: O equilíbrio emocional, eu tenho que equilibrar isso. À Deus mesmo, eu recorro muito a ele para me dar forças. Procuo "fazer do limão uma limonada" e achar que as coisas sempre têm uma solução. Focar na solução e não no problema, eu sou muito determinada.

35. E quais os recursos que você não tem e gostaria de ter para lidar com a situação de cuidar em simultâneo de familiares idosos e jovens?

BR2: O recurso mais dos meus irmãos. Porque poderia ter uma divisão de cuidados e não tem. Não existe nenhuma divisão. Há alguns anos atrás, no início, eu ficava angustiada e quando eu vi que essa angústia mais me atrapalhava do que me colocava para frente, então eu deixei de lado. Então eu acho que a falta do apoio da família é o que eu sinto falta.

36. Acha que exercer esse papel de cuidadora tem ou dá algum sentido ou significado à sua vida?

BR2: É como eu te falei né, o papel de missão cumprida. De retribuir aquilo que ela fez mim quando ela podia. De qualquer forma ela, foi uma pessoa que me apoiou muito, me ajudou muito, me criou. Mesmo depois de casada, sempre me apoiou. Ela tem os defeitos, mas sempre mais me apoiou do que criou alguma dificuldade, então é isso.

37. Você gostaria de acrescentar algo que considera importante ou relevante dentro dessa temática que conversamos?

BR2: Eu acho muito importante o apoio das pessoas da própria casa e o apoio da família, esse revezamento. Porque é algo que realmente é muito desgastante, que mexe muito com o psicológico

da gente, quem cuida no dia a dia. Então o revezamento, o acompanhamento dessa pessoa que cuida de alguém, que possa assim... estar orientando o que é necessário, de como lidar com aquela situação. Porque que eu tive que lidar com as situações e aprender como lidar, sozinha. A minha observação é isso, que todas as pessoas que cuidam de idosos que tenha um momento de revezamento com a família. Porque realmente é onde você vai perdendo o amor e passa a ser muito dura com a idosa, não porque queira, mas porque o dia-a-dia te deixa dura com relação a isso. Então é o apoio da família.

ENTREVISTADA BRASILEIRA 3 - BR3

1. *Qual a sua idade?*

BR3: Tenho 41 anos.

2. *Que tipo de trabalho realiza?*

BR3: Sou pesquisadora de campo.

3. *Quantas horas por dia trabalha?*

BR3: 8 horas por dia.

4. *Qual a sua escolaridade?*

BR3: Ensino médio completo.

5. *Tem diagnóstico de alguma doença?*

BR3: Não.

6. *Como considera que é a sua saúde atualmente?*

BR3: Boa.

7. *Pratica algum tipo de desporto?*

BR3: Pratico academia, ergometria e musculação.

8. *Qual a idade de seus filhos?*

BR3: 21 e 17, duas meninas.

9. *Tem algum tipo de ajuda no cuidado com elas?*

BR3: Eu tenho a ajuda do meu marido.

10. *Quantas horas por dia você gasta em média no acompanhamento e tarefas com suas filhas?*

BR3: No máximo, duas horas. Eu trabalho durante o dia e só estou em casa à noite.

11. *Como é a divisão de responsabilidade dos cuidados com suas filhas entre você e seu cônjuge?*

BR3: Na medida do possível quando ele pode, ele presta assistência. Porque ele está em casa à noite também, no mesmo tempo que eu.

12. *Que tipo de apoio você costuma dar as suas filhas? Que tipos de tarefas ou ajuda costuma realizar?*

BR3: Eu costumo sempre estar orientando, incentivando elas a estudarem. Também praticam esportes e a gente divide a tarefa doméstica.

13. *Qual a idade do idoso que você está suporte?*

BR3: A minha mãe tem 65 anos.

14. *Ela possui algum tipo de diagnóstico médico de doença física ou mental?*

BR3: Recentemente ela sofreu um AVC em consequência do diabetes alta e a pressão arterial. E ela foi diagnosticada recentemente com herpes também, e sofreu um problema cardíaco também.

15. *Como você avalia a qualidade da relação que já tinha antes de começar a ajudá-la?*

BR3: Era boa. Mas o dia a dia desgasta um pouco.

16. *Como você avalia o grau de dependência dela? Vou dar alguns exemplos e gostaria que para cada tipo, você classifique nos graus: pouca, média ou alta dependência. Em relação às atividades básicas - (ex: comer, vestir, tomar banho, se locomover em casa, ir ao WC...)*

BR3: Hoje atualmente, as condições da minha mãe é média. Ela consegue ir ao banheiro, se alimentar, só que ela precisa de um acompanhamento. Ela não tem condições de viver sozinha, porque a mente dela está embaralhada. Mas a minha mãe quando sofreu AVC, ela ficou acamada, usando fralda descartável.

17. *Em relação às atividades instrumentais - (ex: preparar a comida, fazer compras, gerir as finanças, a medicação, pegar transportes públicos...)*

BR3: A minha mãe só enxerga com 40% do olho esquerdo, o diabetes afetou a sua vista do olho direito e ela não enxerga mais. E ela não tem mais condições de fazer compras sozinha, tem dificuldade para andar, a mente fica embaralhada, às vezes ela esquece aonde está e não tem mais condições de viver sozinha. Então nesses casos, eu considero que é alta.

18. *Que tipo de suporte e apoio você costuma dar? Que tipos de tarefas ou ajuda costuma realizar?*

BR3: Eu presto assistência na situação: ela toma insulina injetável, então tem que colocar na seringa para ela se aplicar. E os medicamentos tem que ser tomado no horário certo, por ela não enxergar, ela está com pouca visão e para não fazer confusão com os remédios, ela precisa da ajuda de alguém. Quando eu não estou em casa, quem ajuda é a minha irmã ou a minha filha.

19. *Há quanto tempo você presta esses cuidados?*

BR3: Ela sofreu o AVC foi no ano passado, tem um ano.

20. *Quantas vezes na semana você presta esse suporte a ela?*

BR3: Praticamente todo dia.

21. *Quantas horas por dia você gasta em média no acompanhamento e prestação de cuidados com ela?*

BR3: Umas quatro horas, tem dias que é mais. Em alguns dias eu alterno com a minha filha e com a minha irmã.

22. *Você recebe ou tem algum tipo de ajuda no cuidado com ela?*

BR3: Tenho da minha irmã e da minha filha.

23. *Há divisão de responsabilidades nesse suporte a ela como seu marido?*

BR3: Ele ajuda quando é possível, ela gosta de ir para a igreja, ele leva, quando ela quer ir fazer compras, ele também leva. É a ajuda que está ao alcance dele.

24. *Como você se sente nesse papel de cuidadora?*

BR3: Eu me sinto assim... às vezes, eu gostaria de poder fazer mais por ela. Mas eu não me encontro em condições financeiras e nem psicológicas. Porque às vezes eu estou tão cansada e desgastada que até para aconselhar, tentar incentivar ela a fazer dieta é difícil.

25. *Você presta cuidados simultâneos para duas gerações muito diferentes. Eu gostaria de saber as implicações que isso tem em algumas áreas da sua vida. Vou perguntando as áreas, que estarão sempre relacionadas a esse contexto. Que implicações essa prestação de cuidados (como mãe, cuidadora de idosa esposa) tem para si, como pessoa?*

BR3: Acho que você fica limitado, você fica presa. Mexe toda a sua rotina, porque antes, você tinha uma liberdade que agora você não tem. Tudo o que você for fazer agora, você tem que incluir uma pessoa que precisa de cuidados. Até para você fazer uma viagem, fazer uma festa, você tem que ter aquele cuidado: “Não, tem uma pessoa aqui que ela não pode se alimentar de determinadas coisas”, até para visitar outra pessoa é difícil, você tem que levar os medicamentos, tem que levar todo o aparato junto.

26. *Como concilia o facto de ser cuidadora com a sua vida conjugal?*

BR3: É, eu perdi também um pouco da liberdade que eu tinha com o meu marido. Porque eu trabalho de segunda a sexta, quando chega no final de semana, a gente tinha mais liberdade e agora com a minha mãe lá em casa, ficou um pouco mais difícil. Eu levanto às 5:30h da manhã, porque ela levanta cedo e tem que tomar o café, tenho que dar à insulina. Porque ela só pode tomar o café da manhã depois que aplicar a insulina. Então ela acorda cedo, às 5:30h da manhã, eu tenho que levantar cedo e às vezes tô cansada. Então ela anda a casa toda durante a noite e dorme de dia.

27. *Quais as implicações de ser cuidadora na sua vida profissional?*

BR3: Na minha vida profissional, graças a Deus ainda não tem afetado nada, eu tenho conseguido trabalhar. Mas eu chego em casa cansada e tem ela lá, me esperando para tomar o medicamento.

28. *Que implicações tem o facto de cuidar de pessoas idosas na sua relação com suas filhas?*

BR3: Bom, assim, só o desgaste às vezes. Porque o idoso se mete um pouco na criação, você às vezes está chamando a atenção do seu filho e aí por ela agora estar mais lá em casa, ela quer se meter. Escuta as coisas atrás da porta, o que escutou ali, chega na casa das outras pessoas e fala, aí dá confusão.

29. *Que implicações tem em termos económicos?*

BR3: Em termos económicos é complicado, porque ela só tem um salário. E aí tem que comprar aqueles medicamentos todo o mês, alguns a gente consegue pelo governo, outros não. E aí você fica um pouco... totalmente apertada, né. Quando ela sofreu AVC, a gente não tinha nem para

onde correr, ela ficou acamada e foi difícil para caramba. Mas graças a Deus, agora a gente tem conseguido contornar as coisas.

30. *Que implicações tem na sua vida social?*

BR3: Desde que ela sofreu AVC eu não saí para lugar nenhum mais. Agora ficou difícil porque tem que levar ela e ela não se controla, ela vê os outros comendo e quer comer também. Aí a gente fala que não pode, é um desgaste para mim e aí eu prefiro não ir. Por exemplo, amanhã eu tenho uma festa, ela está querendo ir. Se eu for, eu tenho que levar ela, então eu fico em casa. É assim que acontece.

31. *Gostaria de saber se de alguma forma, você se sente ou não sobrecarregada ou com demasiado trabalho?*

BR3: Eu me sinto atualmente, muito estressada. Eu até procurei um cardiologista e pedi um conselho e foi aí que eu entrei para academia, ele falou: "você precisa praticar o esporte físico, que isso vai te ajudar", e realmente eu senti uma melhora. Mas eu ainda continuo sobrecarregada.

32. *Consegue encontrar tempo para si? De que forma?*

BR3: Então, eu estou me refugiado nisso. Vou para academia na intenção de me encontrar, e confesso que, no começo foi muito difícil. Mas eu realmente senti uma melhora, tanto no meu estado físico e emocional. Eu tenho me sentido mais disposta, conseguido dormir a noite toda, antes eu não conseguia e consegui emagrecer 10 quilos. Então para mim, já foi positivo.

33. *Que ganhos ou mais valia considera que tem pelo facto de prestar cuidados multigeracionais?*

BR3: O lado positivo é: "é melhor ajudar do que ser ajudado". Se Deus tem dado força até hoje, eu acho que é benéfico, é para mim bom, porque eu me sinto forte. Porque às vezes a gente pensa que um problema vai abalar a gente e a gente cresce com isso. Eu não gostaria de ver a minha mãe nessa situação, mas pelo menos ela está viva, as coisas podiam ser pior, ela está aqui do meu lado. Ela pode até vir a partir, mas eu sempre penso de um lado que... penso de um jeito que... ela pode vir até a morrer, mas não será por falta de ajuda, assim... do que eu puder fazer. Porque a pior coisa que tem é você se arrepender do que não fez. E eu, o que eu puder fazer por ela e pela minha filha, eu vou fazer. E eu falo sempre isso para elas: "minha filha, procura sempre fazer o melhor, procura sempre andar no certo". E é isso, tenho procurado sobreviver no meio disso tudo e Deus tem me dado força para isso.

34. *Há algum tipo de dificuldade na prestação de cuidados multigeracionais?*

BR3: A falta de comunicação. Você quer conversar, as vezes a solução do problema não está só em você querer, o outro lado tem que querer também. Você chega, conversa, aconselha, mas se a pessoa não quer ouvir o conselho, aí fica difícil. Eu quero ajudar a minha mãe, mas ela não quer se ajudar, então não tem muita coisa que eu possa fazer. É a mesma coisa com a minha filha, eu converso, aconselho: "Não faz isso, faça aquilo". Mas a última decisão é dela, então eu falo para ela que ela vai colher o que ela plantar. Se você procurar fazer sempre o melhor, lá na frente você vai ver os seus frutos. A minha mãe precisa fazer a dieta, mas se ela não se esforça em fazer a dieta, todo o sacrifício que eu faço de acordar cedo, de dar o medicamento é em vão. O remédio ajuda, mas você também tem que fazer por onde, não comer nada que não possa.

35. *Como você gere o seu tempo entre (filhas, trabalho, cônjuge e idosa)?*

BR3: Eu tenho que ser mãe, eu tenho que ser esposa e eu tenho que ser filha. Só que às vezes é difícil... as vezes você tem vontade de correr. Eu falo: "não, vou me mudar, vou sumir". Mas aí você para e pensa, vai sumir para quê? Se onde você for, o seu coração vai estar ali... então você estaciona em terra de novo, e começa tudo de novo, respira fundo, conta até 10.

36. *Que recursos você considera ter para lidar com a situação de cuidar de pessoas mais velhas e jovens?*

BR3: O apoio e o recurso que eu tenho, eu busco em Deus. Eu não tenho para onde correr, mesmo porque, eu acho que ninguém tem melhor solução os meus problemas do que ele. Quando eu vejo que eu não consigo resolver por mim mesma, eu peço ajuda a Ele. E Ele ajuda na medida do possível, porque sabe o que é melhor. Eu não sei, tem horas que eu não tenho condições nem de decidir. Tem vezes que as minhas filhas chegam e falam para mim: "E agora, mãe? O que é que a gente vai fazer?", aí eu falo: "vamos pedir ajuda a Deus". Você conversa de Deus lá na sua cama, converso na minha e vamos esperar para ver o que é que ele faz.

37. *E quais os recursos que você não tem e gostaria de ter para lidar com a situação de cuidar em simultâneo de familiares idosos e jovens?*

BR3: Eu gostaria de ter condição financeira. De pagar a faculdade da minha filha, queria ter condições financeiras da minha mãe fazer um tratamento com o especialista, porque a gente fica dependendo do SUS para tudo. Ela está com uma série de exames lá para fazer e não consegue um endocrinologista, um nutricionista é a coisa mais difícil do mundo, então isso torna as coisas mais difícil. Porque você vai fazer um exame e só consegue marcar para 6 meses depois, você vai fazer o acompanhamento clínico, no caso, ela tinha que ir no endócrino de três em três meses e ela não consegue. E ela não tem recursos financeiros para pagar uma consulta, eu queria ter dinheiro para pagar e fazer as coisas que ela precisa fazer no intuito de pelo menos de travar a doença e das coisas não se agravar.

38. *Acha que exercer esse papel de cuidadora tem ou dá algum sentido ou significado a sua vida?*

BR3: Não sei. Eu não escolhi ser cuidadora, foi uma situação dada para mim. A sua mãe está doente, ou você ampara ou não ampara. Ela me gerou, então nada mais justo do que... ela não me acolheu quando eu era pequena? Então agora estou retribuindo que me foi dado, apenas isso.

39. *Você gostaria de acrescentar algo que considera importante ou relevante dentro dessa temática que conversamos?*

BR3: Bom, o que eu quero dizer é que a vida passa muito rápido. A gente não sabe o dia de amanhã e seria interessante as pessoas lembrarem da gente, de algo bom que a gente fez. Eu peço a Deus nunca passar por essa situação que a minha mãe está passando. Mesmo porque, eu olho para o semblante dela e vejo a infelicidade que ela está passando de hoje ter que depender de alguém. E ela tem essa preocupação: "minha filha, não quero te dar trabalho, minha filha pode sair, não deixa de fazer as suas coisas". Eu gostaria de ver a minha mãe feliz hoje e infelizmente não está ao meu alcance. Eu acho que as pessoas têm que procurar fazer sempre o melhor. Às vezes a gente fica preocupado em ter dinheiro, ter as coisas, e as vezes a felicidade da gente não está naquilo.

ENTREVISTADA BRASILEIRA 4 - BR4

1. *Qual a sua idade?*

BR4: 46 anos.

2. *Que tipo de trabalho realiza?*

BR4: Serviços Gerais.

3. *Quantas horas por dia trabalha?*

BR4: 8 horas por dia.

4. *Qual a sua escolaridade?*

BR4: Não sou alfabetizada.

5. *Tem diagnóstico de alguma doença? Qual?*

BR4: Sim. Eu tenho diabetes.

6. *Como considera que é a sua saúde atualmente?*

BR4: Não muito boa. Após o diagnóstico da diabetes, me senti muito mais frágil.

7. *Pratica algum tipo de desporto?*

BR4: Não. Nunca fiz exercícios na minha vida. Meu tempo sempre foi para trabalhar.

8. *Qual a idade de seus filhos?*

BR4: Eu tenho duas meninas e um menino. As meninas, uma tem 18 e a outra 12. E o meu filho pequeno tem 6.

9. *Tem algum tipo de ajuda no cuidado com elas?*

BR4: Não. Sou só eu e o pai deles.

10. *Quantas horas por dia você gasta em média no acompanhamento e tarefas com suas filhas?*

BR4: Acho que umas duas horas. Eu trabalho praticamente o dia todo, só chego em casa à noite. O tempo é mais pra fazer a comida deles e ajeitar alguma coisa em casa.

11. *Como é a divisão de responsabilidade dos cuidados com suas filhas entre você e seu cônjuge?*

BR4: Ele trabalha como pedreiro. Quando está sem serviço e fica em casa, ele ajuda, faz comida, faz arrumação, coloca as crianças para tomar banho. Mas quando está de serviço, praticamente eu que tenho que fazer tudo.

12. *Que tipo de apoio você costuma dar as suas filhas? Que tipos de tarefas ou ajuda costuma realizar?*

BR4: Levo os pequenos na escola, faço a comida deles, arrumo as roupas e faço arrumação da casa. A mais velha também ajuda, quando está em casa.

13. *Qual a idade do idoso que você está suporta?*

BR4: Tem 86 anos.

14. *Qual é o seu tipo de vínculo com o idoso que você dá suporte?*

BR4: Ele é o meu pai.

15. *Ele possui algum tipo de diagnóstico médico de doença física ou mental?*

BR4: Ele tem demência, não sei falar direito o nome da doença - “Alzheimer” - não sei falar direito... e ele enxerga pouco e não anda mais.

16. *Como você avalia a qualidade da relação que já tinha antes de começar a ajudá-lo?*

BR4: A gente era afastado. Mas depois dessa doença e esses problemas aí, tive que ajudar a minha irmã, porque ela mora com ele, mas trabalha por escala. Então, tenho que ajuda ela quando ela está trabalhando.

17. *E você acha que alterou alguma coisa na relação de vocês, depois que você começou a ajudá-lo?*

BR4: Sim. Hoje somos mais próximos.

18. *Como você avalia o grau de dependência dele? Vou dar alguns exemplos e gostaria que para cada tipo, você classificação nos graus: pouca, média ou alta dependência. Em relação às atividades básicas - (ex: comer, vestir, tomar banho, se locomover em casa, ir ao WC...)*

BR4: É alta. Como ele não anda e nem enxerga, a gente tem que ajudar ele em tudo isso aí que você falou. Ele não faz nada sozinho, só come. Mas eu também ajudo nisso.

19. *Em relação às atividades instrumentais - (ex: preparar a comida, fazer compras, gerir as finanças, a medicação, pegar transportes públicos...)*

BR4: É alta também, ele não faz nada.

20. *Que tipo de suporte e apoio você costuma dar? Que tipos de tarefas ou ajuda costuma realizar?*

BR4: Tudo. Comer, vestir, tomar banho, ir no banheiro, andar dentro de casa, tudo.

21. *Há quanto tempo você presta esses cuidados?*

BR4: Têm 3 anos.

22. *Quantas vezes na semana você presta esse suporte a ele?*

BR4: Pelo menos três vezes, as vezes mais. Depende do trabalho da minha irmã.

23. *Quantas horas por dia você gasta em média no acompanhamento e prestação de cuidados com ele?*

BR4: Quando vou para lá, fico o dia todo, até minha irmã chegar do trabalho. Eu chego lá 8 h e saio umas 7h da noite.

24. *Você recebe ou tem algum tipo de ajuda no cuidado com ele?*

BR4: Sou só eu e minha irmã. A gente não tem ajuda de mais ninguém.

25. *Há divisão de responsabilidades nesse suporte a ele como seu marido?*

BR4: Não. Ele não ajuda a cuidar dele. Não ajuda em nada.

26. *Como você se sente nesse papel de cuidadora?*

BR4: Me sinto bem em poder ajudar. Tenho muita pena dele.

27. *Você presta cuidados simultâneos para duas gerações muito diferentes. Eu gostaria de saber as implicações que isso tem em algumas áreas da sua vida. Vou perguntando as áreas, que estarão sempre relacionadas a esse contexto. Que implicações essa prestação de cuidados (como mãe, cuidadora de idosa esposa) tem para si, como pessoa?*

BR4: Eu fico satisfeita, me sinto muito feliz em poder ajudar em alguma coisa. Eu não tenho dinheiro para ajudar, mas tenho meu esforço e trabalho. Mas as vezes me sinto cansada.

28. *Como concilia o facto de ser cuidadora com a sua vida conjugal?*

BR4: O meu marido não reclama, porque ele sabe que o pai é doente e necessita de cuidado. Como ele sabe que é só eu e a minha irmã para as coisas, ele não ajuda, mas também não atrapalha.

29. *Quais as implicações de ser cuidadora na sua vida profissional?*

BR4: Eu só posso pegar as faxinas pra fazer quando não preciso ficar com o pai. O que me atrapalha é isso. Deixo de ganhar um dinheiro a mais para poder cuidar dele.

30. *Que implicações tem o facto de cuidar de pessoas idosas na sua relação com seus filhos?*

BR4: Não sei o que responder... acho que fico pouco tempo com eles, não sei se falei certo. Acho que é isso.

31. *Que implicações tem em termos econômicos?*

BR4: A minha irmã é que paga as despesas dele. Ele tem o aposento dele, mas não dá para muita coisa. Eu não tenho salário fixo para ajudar. E como falei, deixo de pegar trabalho para ajudar ele, aí acabo ganhando pouco.

32. *Que implicações tem na sua vida social?*

BR4: Eu não saio muito. Não tenho muitas amigas e minha família mora toda no interior. Eu não tenho dinheiro para ficar saindo, então, não afeta muita coisa.

33. *Gostaria de saber se de alguma forma, você se sente ou não sobrecarregada ou com demasiado trabalho?*

BR4: Muito sobrecarregada. Gosto de ajudar, mas ter que fazer tudo é muito pesado, muito difícil. Dependência total.

34. *Consegue encontrar tempo para si? De que forma?*

BR4: Muito difícil. Consigo mas pouco, às vezes vou no shopping, levo meus filhos no parque nos finais de semana que dá.

35. *Que ganhos ou mais valia considera que tem pelo facto de prestar cuidados multigeracionais?*

BR4: Acho que ser reconhecida como alguém importante na vida dele. Cuido dele também para meus filhos verem... cuido também dos meus filhos para um dia eles cuidarem de mim, na minha velhice.

36. *Há algum tipo de dificuldade na prestação de cuidados multigeracionais?*

BR4: Acho que o cansaço mesmo. Eu acho que acabo dedicando muito tempo ao meu pai e pouco aos meus filhos.

37. *Como você gere o seu tempo entre (filhas, trabalho, cônjuge e idosa)?*

BR4: Bem, eu separo e organizo as minhas horas no dia. Aproveito para tentar descansar aos domingos com minha família, quando não tenho que ficar com meu pai.

38. *Que recursos você considera ter para lidar com a situação de cuidar de pessoas mais velhas e jovens?*

BR4: Muita paciência, muito cuidado e muita dedicação.

39. *E quais os recursos que você não tem e gostaria de ter para lidar com a situação de cuidar em simultâneo de familiares idosos e jovens?*

BR4: Queria ter mais dinheiro. Assim não precisaria trabalhar e poderia cuidar mais tempo dele, minha irmã diz que ele fica triste quando não estou lá. Também gostaria de dar as coisas para meus filhos, mais conforto.

40. *Acha que exercer esse papel de cuidadora tem ou dá algum sentido ou significado a sua vida?*

BR4: Significado de poder ser uma boa mãe e uma boa filha. Poder ajudar o próximo.

41. *Você gostaria de acrescentar algo que considera importante ou relevante dentro dessa temática que conversamos?*

BR4: Eu queria poder ter uma ajuda maior do governo. É muito difícil levar ele para o hospital, pras consultas.

Anexo 3 - Grelha de Categorias

Tabela 6.

Categoria - Saúde (percepção, problemas e estilo de vida)		
Subcategorias	Indicadores	Unidades de sentido
Bem-estar	Percepção de saúde positiva Problemas de saúde	PT2: <i>“No geral, me sinto bem”</i> . PT4: <i>“(…) bem fisicamente e psicologicamente”</i> . BR2: <i>“Fico um pouco cansada, mas me sinto bem”</i> PT1: <i>“(…) sou hipertensa. Em termos de saúde física não estou muito bem. Em termos de saúde mental, estou bem”</i> . PT3: <i>“Tirando o sistema nervoso, ótima. Eu ando sendo acompanhada por um neurologista (….) o diagnóstico é síndrome de burnout de cuidador”</i> . BR1: <i>“(…) tenho lúpus (….) Não é muito boa não”</i> . BR4: <i>“(…) eu tenho diabetes (….) Não é muito boa”</i> .
Hábitos e rotinas relacionadas com a saúde	Baixo cuidados médicos Pouca ou nenhuma prática desportiva Prática frequente de desporto	PT1: <i>“Eu vou muito pouco ao médico (….) em termos de saúde física, não estou muito bem”</i> . PT2: <i>“Eu sei que tenho anemia (….) não tive muito tempo para voltar a fazer exames e ver como está”</i> PT1: <i>“Não faço”</i> . PT3: <i>“(…) faço ginásio (….) quando calha”</i> . PT4: <i>“Às vezes faço uma caminhada, uma vez por semana”</i> . BR4: <i>“Nunca fiz exercícios na minha vida”</i> PT2: <i>“Caminho todo fim de semana”</i> . BR1: <i>“Eu frequento academia, pelo menos três vezes na semana”</i> . BR2: <i>“(…) quando é possível, eu faço uma caminhada. Mas o pilates, eu faço duas vezes por semana”</i> . BR3: <i>“Pratico academia, ergometria e musculação”</i> .

Tabela 7.

Categoria - Cuidados prestados aos filhos (tipo de ajuda recebida e descrição dos cuidados prestados)		
Subcategorias	Indicadores	Unidades de sentido
Participação do cônjuge	<p>Pouca ajuda do cônjuge</p> <p>.....</p> <p>Divisão Iguitária</p>	<p>PT1: “<i>praticamente eu que faço tudo (...) basicamente ele vai buscar a filha na escola</i>”.</p> <p>PT2: “<i>Para andar na rua, lá está, pera levar a algum sítio é mais o meu marido, dentro de casa sou mais eu</i>”.</p> <p>PT3: “<i>(...) com ela, é mais com transporte, ele ajuda quando ela precisa ir ao médico</i>”.</p> <p>PT4: “<i>(...) fica quase tudo ao meu encargo (...) pronto, é tudo para mim</i>”.</p> <p>BR3: “<i>(...) na medida do possível, quando ele pode, ele presta assistência</i>”.</p> <p>.....</p> <p>BR1: “<i>Ele está sempre presente (...) quando não faço a refeição para ela e que não estou em casa, ele prepara a refeição. É bem dividido</i>”.</p> <p>BR2: “<i>(...) ele passou a trabalhar aqui em casa (...) tenho ajuda também de uma senhora (...) os dois são meu porto seguro (...) realmente me ajudam bastante</i>”.</p> <p>BR4: “<i>(...) ele ajuda, faz comida, faz arrumação, colocas as crianças pra toma banho</i>”.</p>
Suporte aos/dos filhos	<p>Apoio Emocional</p> <p>.....</p> <p>Sobrecarga</p> <p>.....</p>	<p>PT2: “<i>É só mais o conversar, nós falamos, nós conversamos o que aconteceu durante o dia</i>”.</p> <p>PT4: “<i>(...) emocional, sobretudo à mais velha</i>”.</p> <p>BR2: “<i>(...) procuro sempre estar em torno (...) sempre tenho que estar mais próxima, deixar no local, buscar no local, porque esse é o momento que a gente vai e volta conversando</i>”.</p> <p>BR3: “<i>(...) eu costumo sempre estar orientando, incentivando a estudarem</i>”.</p> <p>.....</p> <p>PT1: “<i>Eu tenho que fazer tudo em casa, (...) sou uma criada tola</i>”.</p>

	Ajuda Mútua	<p>.....</p> <p>PT2: “Neste momento não preciso mais desempenhar quase nada (...) ela não precisa muito da minha ajuda nas tarefas do dia a dia”.</p> <p>PT3: “(...) ela é quem já me ajuda nas lidas da casa”.</p> <p>BR3: “(...) a gente divide a tarefa doméstica”.</p> <p>BR4: “A mais velha também ajuda quando está em casa”.</p>
--	-------------	---

Tabela 8.

Categoria - Cuidados prestados ao(s) idoso(s) (tipo de ajuda prestado, apoios que recebem e relação interpessoal)		
Subcategorias	Indicadores	Unidades de Sentido
Impacto na relação	Desgaste	<p>PT3: “Mudou. Eu no início não soube como lidar com a doença dela”.</p> <p>BR2: “(...) a gente acaba perdendo um pouco carinho, o cuidado não, mas o carinho sim”.</p> <p>BR3: “(...) o dia a dia desgasta um pouco”.</p>
	..... Melhoria da relação	<p>.....</p> <p>PT2: “(...) agora eu tenho mais ternura por ela”.</p> <p>PT4: “Nunca me dei bem com o meu pai. E desde a doença, que isso mudou completamente. Somos muito mais próximos, somos muito mais amigos, muito mais confidentes”.</p> <p>BR4: “Hoje somos mais próximos”.</p>
	..... Inversão de papéis	<p>.....</p> <p>PT4: “É a tal coisa, de cuidada você passa a ser cuidadora e isso é assustador. Porque as duas figuras que a gente tem tanta referência na vida, a quem a gente pede auxílio quando é preciso, os papéis ficam completamente trocados”.</p> <p>BR1: “É como eu já tinha falado, essa inversão de papéis não é fácil. De cuidada, você passa a cuidadora (...) a gente como mãe, e agora cuidadora filha, que passa a ser mãe, mãe de duas”.</p>

		<p>BR1: “(...) se eu precisar e eu pedir, ele me auxilia”.</p> <p>BR3: “Ele ajuda quando é possível, ela gosta de ir para a igreja, ele leva, quando ela quer ir fazer compras, ele também leva”.</p> <p>BR4: “Ele não ajuda a cuidar dele. Não ajuda em nada”.</p>
--	--	---

Tabela 9.

Categoria - Experiência Afetiva (percepção das emoções suscitadas pelo exercício do papel de cuidadora a idosos e filhos em simultâneo)		
Subcategoria	Indicadores	Unidades de sentido
Impressões emocionais	Exaustão	<p>PT1: “Às vezes me sinto como uma escrava (...) tenho a impressão que a vida não vai bem (...) fecho-me em casa”.</p> <p>PT3: “Eu sinto-me cansada, sinto-me esgotada, eu tenho alturas em que me sinto uma velha. Eu sinto-me extremamente cansada de tudo (...) é mais uma sobrecarga, não ponho um sentido pejorativo (...) mas sim, não é fácil”.</p> <p>PT4: “Olha, eu tou cansada. Triste, é triste ver alguém próximo assim, como está (...) mas tranquila porque sei que estou a dar o meu melhor”.</p> <p>BR1: “(...) porque eu sempre gostei dessa coisa de cuidar do outro, eu gosto dessa função. Mas às vezes eu me sinto sobrecarregada”.</p> <p>BR2: “Eu não me incomodo muito com o fato de cuidar. É um pouco cansativo”.</p> <p>BR3: “Eu me sinto atualmente, muito estressada (...) às vezes eu estou tão cansada e desgastada”.</p> <p>.....</p> <p>PT3: “Um misto de pena, revolta, uma mistura (...) Tem alturas que eu estou a me perguntar, mas porquê? O que é que eu fiz a para merecer isso? (...) Nunca tinha previsto passar por isso, realmente não”.</p> <p>.....</p>
	..... Revolta	<p>.....</p> <p>PT1: “As vezes quando eu é... respondo torto ou com mais falas, eu fico triste”.</p> <p>PT3: “E chega um ponto que eu arrebento e quando arrebento, a filha e o marido é que levam a bomba toda,</p>
	..... Perda de paciência	

		<p><i>muitas vezes sem culpa, mas eu tenho que arrebitar para algum lado”.</i></p> <p>PT4: “(...) eu comecei a perder muita paciência. Há dias em que já não faço as coisas com tanta calma”.</p> <p>BR2: “No estresse do dia a dia eu acabo perdendo a paciência com outras situações, pelo estresse com ela, eu acabo perdendo a paciência com o meu filho, com meu esposo”.</p>
Privação	Falta de Liberdade	BR3: “Acho que você fica limitado, você fica presa. Mexe toda a sua rotina, porque antes, você tinha uma liberdade que agora você não tem”.

Tabela 10.

Categoria - Implicações do papel de cuidadora (impacto do cuidar nas várias dimensões da vida das participantes)		
Subcategorias	Indicadores	Unidades de sentido
Implicações Pessoais	Falta de tempo para a própria	<p>PT1: “(...) tenho pouco tempo pra mim”.</p> <p>PT2: “(...) não tenho tempo para ver como é que está os meus exames tratar de mim”.</p> <p>PT3: “(...) porque não tenho tempo (...) vejo que não tenho tempo, eu precisava de mais horas por dia, precisava de mais tempo”.</p>
Implicações Profissionais	<p>Absentismo</p> <p>.....</p> <p>Carga laboral menor</p> <p>.....</p> <p>Baixa Concentração para o trabalho</p>	<p>PT2: “Às vezes tenho que faltar, isso faz com que o meu trabalho se acumule”.</p> <p>.....</p> <p>BR1: “(...) não é tarefa fácil não. Eu até trabalho pouco, tenho poucos pacientes por conta disso”.</p> <p>BR4: “(...) deixo de ganhar um dinheiro a mais para poder cuidar dele (...) deixo de pegar trabalho para ajudar ele, aí acabo ganhando pouco”.</p> <p>.....</p> <p>PT3: “Muitas vezes vou para o trabalho com a cabeça desfeita (...) eu estou a olhar para as coisas e não estou a ver”.</p>

<p>Implicações Conjugais</p>	<p>Compreensão do cônjuge</p> <p>.....</p> <p>Discussões</p> <p>.....</p> <p>Dificuldades na gestão do tempo</p>	<p>PT2: “(...) o meu marido é... tem consciência que as coisas têm que ser assim. Ele tem a apreciação que a minha mãe sem estes cuidados, não conseguiria avançar”.</p> <p>BR1: “No início do relacionamento, surgiram alguns problemas em relação a isso. Mas a pessoa é muito parceira, depois que a gente sentou e conversou, ele conseguiu entender que eu tinha algumas prioridades”.</p> <p>BR4: “O meu marido não reclama, porque ele sabe que o pai é doente e necessita de cuidado”.</p> <p>.....</p> <p>PT3: “É muito difícil, muitas vezes... difícil. Porque muitas vezes eu discuto com o meu marido por causa da mãe”.</p> <p>.....</p> <p>PT4: “Fica um bocadinho apertado. Às vezes há conversas que ficam para depois, às vezes se calhar nem acontecem. Só aos sábados fazemos coisas que um casal normalmente faz durante a semana”.</p> <p>BR2: “(...) preciso sair, eu preciso sair com meu esposo e estar bem mentalmente para recuperar o fôlego e continuar”.</p> <p>BR3: “É, eu perdi também um pouco da liberdade que eu tinha com o meu marido. (...) quando chega no final de semana, a gente tinha mais liberdade e agora com a minha mãe lá em casa, ficou um pouco mais difícil”.</p>
<p>Relação com os filhos</p>	<p>Conflitos</p> <p>.....</p> <p>Ausência</p>	<p>PT3: “(...) as vezes acabamos a discutir também as duas. Porque eu quero que ela tenha mais calma com a avó, que ela às vezes não entende tão bem. É muito complicado”.</p> <p>BR3: “Bom, assim, só o desgaste às vezes. Porque o idoso se mete um pouco na criação, você as vezes está chamando a atenção do seu filho e aí por ela agora estar mais lá em casa, ela quer se meter”.</p> <p>.....</p> <p>BR4: “Eu acho que acabo dedicando muito tempo ao meu pai e pouco aos meus filhos (...) acho que fico pouco tempo com eles”.</p>

<p>Implicações Financeiras</p>	<p>Sem implicações financeiras</p> <p>.....</p> <p>Custos elevados</p>	<p>PT1: <i>“Não sou nada prejudicada, nem pensar”.</i></p> <p>PT3: <i>“(...) nenhuma. Porque como ela trabalhou toda a vida nos lanifícios, toda a medicação dela é paga”.</i></p> <p>PT4: <i>“(...) felizmente não sentimos (...) felizmente é tudo isso compartilhado 100% no estado. Felizmente minha mãe e meu pai trabalharam. Então, não é nada que nos faça assim, tanta diferença”.</i></p> <p>BR1: <i>“(...) financeiramente, nunca implicou em nada de eu ter que dispor de uma verba minha para ajudá-los”.</i></p> <p>.....</p> <p>BR2: <i>“Implica em ter que abdicar de algumas coisas para comprar a medicação, pagar o local onde ela fica, alimentação (...) realmente, onera um pouco o orçamento”.</i></p> <p>BR3: <i>“Em termos económicos é complicado (...) E aí tem que comprar aqueles medicamentos todo o mês, alguns a gente consegue pelo governo, outros não. E aí você fica um pouco... totalmente apertada”.</i></p>
<p>Vida social</p>	<p>Restrições</p>	<p>PT2: <i>“Normalmente não saio porque ela não consegue andar (...) eu não a deixo sozinha, portanto, não saio”.</i></p> <p>PT3: <i>“Eu deixei de ter vida social (...) amanhã eu tenho um jantar e só vou se eu puder levar, porque senão, eu não posso ir”.</i></p> <p>PT4: <i>“Vida social não há. Se eu pedir a minha mãe que ela fique com as meninas para eu ir em algum lugar, ela fica. Mas é rapidinho”.</i></p> <p>BR1: <i>“em momentos em que ela está doente, aí a minha vida social fica meio de canto”.</i></p> <p>BR2: <i>“Se for um passeio muito distante, eu não vou. Então eu abdicó de algumas saídas por causa dela, para não ficar estressante ao invés de prazeroso”.</i></p> <p>BR3: <i>“(...) amanhã eu tenho uma festa, ela está querendo ir. Se eu for, eu tenho que levar ela, então eu fico em casa”.</i></p>

Tabela 11.

Categoria - Ganhos do cuidado multigeracional (percepção das mais valias adquiridas com a prática do suporte)		
Subcategoria	Indicadores	Unidades de Sentido
Benefícios Pessoais	Aprendizagem	PT1: <i>“Acho que a aprendizagem”</i> . PT2: <i>“Os ganhos é uma aprendizagem (...)”</i> . BR2: <i>“É um aprendizado (...)”</i> . BR4: <i>“Porque às vezes a gente pensa que um problema vai abalar a gente e a gente cresce com isso”</i> .
	..... Satisfação própria	..... PT2: <i>“(...) o ganho é precisamente o prazer de estar bem comigo mesma e saber que estou a ajudar a minha mãe, que também estou a ajudar a minha filha. E é mais uma satisfação pessoal, acho também que um enriquecimento pessoal (...) deixa-me bem comigo mesma, satisfeita com a minha prestação, deixa-me com a minha consciência tranquila”</i> . PT3: <i>“(...) sinto que fui útil, fui mãe, fui nora de minha sogra”</i> . BR1: <i>“(...) eu sinto prazer em fazer isso. Não é nem só prazer, eu fico com o coração em paz, com a cabeça em paz (...) sensação do dever cumprido é isso”</i> . BR2: <i>“(...) o sentimento de missão cumprida, isso é gratificante”</i> . BR4: <i>“Significado de poder ser uma boa mãe e uma boa filha”</i> .
	..... Não arrependimento futuro	..... PT4: <i>“E é apaziguador para mim, porque sei que no fim não vou me arrepender de nada, de não ter feito nada (...) Não quero nunca arrepender-me de não ter feito isso, o que eu ganho com isso é ficar em paz interior”</i> . BR3: <i>“Porque a pior coisa que tem é você se arrepender do que não fez (...)”</i> .
	..... Reciprocidade	..... PT4: <i>“(...) porque faço com todo o gosto, eles também fizeram por mim quando eu nasci”</i> . BR2: <i>“(...) papel de missão cumprida. De retribuir aquilo que ela fez mim quando ela podia”</i> .

		BR3: “(...) agora estou retribuindo que me foi dado, apenas isso”.
Benefício em termos das novas gerações	Cuidar como exemplo	PT2: “Eu acho que realmente é positivo porque ela vê... eu consigo transmitir para ela o carinho que eu tenho à minha mãe. (...) acho que passo essa mensagem de que temos que cuidar quem precisa ser cuidado”. PT4: “Eu espero que isso seja um exemplo para as minhas filhas, para a vida delas, sobretudo, isso”. BR1: “a minha filha hoje tem esse olhar de cuidado também com a minha mãe (...) vejo ela tendo atitudes com a minha mãe que ela via eu fazendo (...) filhos não seguem conselhos, seguem exemplos”. BR3: “E eu falo sempre isso para elas: “minha filha, procura sempre fazer o melhor, procura sempre andar no certo” BR4: “Cuido dele também para meus filhos verem”.
	..... Expectativa de retorno	..... PT4: “Eu espero que as minhas filhas aprendam, que um dia mais tarde, eu também vou precisar delas”. BR4: “(...) cuido também dos meus filhos para um dia eles cuidarem de mim, na minha velhice”.

Tabela 12.

Categoria - Dificuldades do Cuidado Multigeracional (percepção dos fatores que atrapalham na prestação de cuidados)		
Subcategoria	Indicadores	Unidades de Sentido
A nível de recursos pessoais	Falta de conhecimentos para cuidar	PT2: “(...) eu não entendia algumas coisas ao início e achava que não iria conseguir lidar com a situação da minha mãe estar a perder mobilidade, estar a perder capacidades (...) portanto ao início é que foi mais difícil”. BR2: “(...) no começo foi mais difícil de eu ter que aceitar aquela dependência (...) eu tive que lidar com as situações e aprender como lidar, sozinha”.
	..... Descontrole emocional	..... PT3: “Minha dificuldade é quando... acho que fico mesmo toda queimadinha e disparo em todas as

	<p>..... Dificuldades de comunicação</p> <p>..... Cansaço</p>	<p><i>direções. Calma, coisa que eu não tenho e gostaria de ter e paciência, principalmente”.</i></p> <p>PT4: <i>“A dificuldade é minha porque eu comecei a perder muita paciência. Há dias em que já não faço as coisas com tanta calma, com tanto cuidado e acho que é por aí”.</i></p> <p>BR1: <i>“Eu queria ter mais paciência. Eu quero tudo para ontem”.</i></p> <p>.....</p> <p>BR1: <i>“No caso da minha mãe, às vezes surgem algumas dificuldades por ela não aceitar que hoje, ela já não é mais tão independente (...) o meu comportamento com a minha filha não pode ser o mesmo com a minha mãe, até mesmo os termos de linguagem, imposição de algumas coisas que são necessários às vezes, nos impor”.</i></p> <p>BR2: <i>“Acho que uma das maiores dificuldades está na comunicação, com os dois lados”.</i></p> <p>BR3: <i>“A falta de comunicação. Você quer conversar, as vezes a solução do problema não está só em você querer, o outro lado tem que querer também”.</i></p> <p>.....</p> <p>PT2: <i>“É o cansaço, ter que abdicar das minhas coisas. É sempre físico, porque não sinto que psicologicamente esteja sobrecarregada, que esteja deprimida, não. Não sinto nada disso”.</i></p> <p>PT3: <i>“Eu sinto-me extremamente cansada de tudo”.</i></p> <p>PT4: <i>“(...) o cansaço é muito, o sono o tempo todo interrompido”.</i></p> <p>BR1: <i>“Não é muito fácil não, às vezes é muito cansativo”.</i></p> <p>BR2: <i>“(...) porque para levar para o médico, alimentação, para tudo, para comprar medicação, levar para terapia ocupacional, tudo é comigo. Então é uma sobrecarga mesmo”.</i></p> <p>BR4: <i>“Acho que o cansaço mesmo (...) muito sobrecarregada. Gosto de ajudar, mas ter que fazer tudo é muito pesado, muito difícil. Dependência total”.</i></p>
--	---	--

A nível de recursos externos	Pouco apoio governamental	BR4: <i>“Eu queria poder ter uma ajuda maior do governo”</i> . PT4: <i>“(…), acho que todos deveriam pedir ajuda ao menor sinal de cansaço, de falta de recursos. A segurança social pode não ser muito, mas há”</i> . PT2: <i>“Gostava que os apoios aos idosos fossem maiores, os apoios à terceira idade não fossem tão, tão burocráticos e os velhinhos tivessem uma vida mais facilitada”</i> .
	Falta de recursos financeiros	PT2: <i>“Mais dinheiro. Quem não tem dinheiro, morre na praia”</i> . BR3: <i>“Eu gostaria de ter condição financeira. De pagar a faculdade da minha filha, queria ter condições financeiras da minha mãe fazer um tratamento (...)”</i> . BR4: <i>“Queria ter mais dinheiro. Assim não precisaria trabalhar e poderia cuidar mais tempo dele (...) gostaria de dar as coisas para meus filhos, mais conforto”</i> .
	Falta de apoio familiar	PT1: <i>“Às vezes ter mais um cadinho de atenção do meu marido (...) mais no sentido do meu pai (...)”</i> . BR2: <i>“O recurso mais dos meus irmãos. Porque poderia ter uma divisão de cuidados e não tem. Não existe nenhuma divisão”</i> .

Tabela 13.

Categoria - Estratégias de Coping (desafios e métodos de enfrentamento)		
Subcategoria	Indicadores	Unidades de sentido
Gestão da Rotina	Planeamento	PT1: <i>“Acho que sou uma pessoa organizada”</i> . PT2: <i>“Tudo está esquematizado”</i> . PT3: <i>“Levantando às cinco da manhã. Tudo planeado. Mas a minha vida é toda planeada, mesmo”</i> . PT4: <i>“Está tudo cronometrado (...) sempre com um foco”</i> . BR4: <i>“Bem, eu separo e organizo as minhas horas no dia”</i> .

	<p>..... Não planejamento</p>	<p>BR2: <i>“Eu trabalho muito com planejamento, até no meu dia a dia mesmo. (...) tudo é cronometrado para dar tempo para mim”.</i></p> <p>.....</p> <p>PT1: <i>“Faço as coisas normal. Vou trabalhar, quando chego à casa, vou limpar a casa de banho, ver a comida... vou levando”.</i></p> <p>BR1: <i>“(...) eu acordo todo dia, e penso no quê que tem que fazer hoje, isso, isso, aquilo e vou fazendo. E no final acaba dando certo”.</i></p>
<p>Arrumando tempo para si</p>	<p>Estabelecimento de prioridades</p> <p>.....</p> <p>Praticando desporto</p> <p>.....</p> <p>Buscando auxílio profissional</p>	<p>PT2: <i>“Para eu arranjar o tempo é mesmo só depois de todas as tarefas realizadas, de tudo aquilo que eu acho que tem que ser feito”.</i></p> <p>BR1: <i>“Fazendo essa lista de prioridades”.</i></p> <p>.....</p> <p>BR3: <i>“(...) eu estou me refugiado nisso. Vou para academia na intenção de me encontrar (...) eu realmente senti uma melhora, tanto no meu estado físico e emocional”.</i></p> <p>BR2: <i>“Eu faço pilates (...) isso me deixa mais disposta e quando é possível, eu faço uma caminhada”.</i></p> <p>PT2: <i>“(...) ao fim do jantar vou caminhar”.</i></p> <p>PT3: <i>“(...) quando vou ginásio”.</i></p> <p>.....</p> <p>PT3: <i>“(...) só comecei a saber como lidar mais, quando eu fui a um psicólogo”.</i></p> <p>BR2: <i>“(...) eu coloquei ela em um lugar que eu chamo de creche (...) é chamado de Centro de Integração Para a Pessoa Idosa (...) ela passa 3 dias na semana, ela passa 3 manhãs lá e já almoça lá (...)”.</i></p>
<p>Recursos pessoais otimizadores</p>	<p>Controle emocional</p> <p>.....</p> <p>Altruísmo</p>	<p>PT2: <i>“É calma e tentar ser mais bem disposta possível”.</i></p> <p>BR2: <i>“O equilíbrio emocional, eu tenho que equilibrar isso”.</i></p> <p>BR4: <i>“Muita paciência, muito cuidado e muita dedicação”.</i></p> <p>.....</p>

	<p>..... Religiosidade</p> <p>..... Otimismo / Resiliência</p>	<p>PT4: <i>“Assim, eu acho que o ser humano ele todo vem a esta vida para ajudar o outro senão, não faz sentido a palavra humano”.</i></p> <p>BR1: <i>“Eu acho que a vontade de ajudar o próximo (...) faço isso com o maior prazer, cuidar, para mim, é muito bom. Eu prefiro cuidar do que ser cuidada”.</i></p> <p>BR3: <i>“(...) é melhor ajudar do que ser ajudado”.</i></p> <p>.....</p> <p>BR2: <i>“A Deus mesmo, eu recorro muito a ele para me dar forças”.</i></p> <p>BR3: <i>“O apoio e o recurso que eu tenho, eu busco em Deus”.</i></p> <p>.....</p> <p>PT3: <i>“Força, acho que é o meu recurso mais natural (...) sou daquelas que cai, mas não quebra”.</i></p> <p>PT4: <i>“(...) sou uma pessoa muito positiva, sou resiliente, otimista e devo ter umas costas muito grandes e largas, eu aguento bem”.</i></p> <p>BR2: <i>“Focar na solução e não no problema, eu sou muito determinada (...) vejo situações de pessoas que têm o mesmo tipo de doença dela que é pior. Então eu meio que me conformo”.</i></p> <p>BR3: <i>“(...) pelo menos ela está viva, as coisas podiam ser pior, ela está aqui do meu lado”.</i></p>
--	--	--