



Universidade do Minho

Instituto de Educação e Psicologia

Fernanda Maria Mendes de Andrade

**O Cuidado Informal à Pessoa Idosa
Dependente em Contexto Domiciliário:
Necessidades Educativas do Cuidador
Principal**

Março de 2009



Universidade do Minho

Instituto de Educação e Psicologia

Fernanda Maria Mendes de Andrade

**O Cuidado Informal à Pessoa Idosa
Dependente em Contexto Domiciliário:
Necessidades Educativas do Cuidador
Principal**

Mestrado em Ciências da Educação,
Área de Especialização em Educação para a Saúde

Trabalho efectuado sob a orientação da
Professora Doutora Maria da Conceição Pinto Antunes

Março de 2009

Ao Luís, pelo seu amor e dedicação incondicional.

À minha irmã e aos meus pais, pelo afecto e coragem transmitida.

AGRADECIMENTOS

À nossa orientadora, Professora Doutora Maria da Conceição Pinto Antunes da Universidade do Minho pelo apoio e observações pertinentes efectuadas ao longo do percurso do estudo.

À nossa família, sem o apoio da qual não seria possível a sua concretização.

À enfermeira chefe Fernanda Fernandes pelo apoio para a realização do estudo e a todos os colegas da equipa de enfermagem, na pessoa da enfermeira Anabela Santa pela colaboração na realização e aplicação dos instrumentos de recolha de dados.

Às funcionárias da biblioteca da Escola Superior de Enfermagem de Vila Real, na pessoa da Cláudia Madureira pelo apoio na pesquisa bibliográfica.

A todas as pessoas que contribuíram para que este trabalho fosse uma realidade, em especial à amiga Ana Paula Torre.

A todos os cuidadores que partilhando connosco as suas vivências tornaram possível a efectivação do estudo.

O CUIDADO INFORMAL À PESSOA IDOSA DEPENDENTE EM CONTEXTO DOMICILIÁRIO: NECESSIDADES EDUCATIVAS DO CUIDADOR PRINCIPAL

RESUMO

Numa sociedade cada vez mais envelhecida, em que o aumento da necessidade de apoio às pessoas idosas dependentes emerge como um problema prioritário, interrogamo-nos sobre a necessidade de dar mais atenção à prestação de cuidados informais à pessoa idosa dependente em contexto domiciliário.

Assim, o presente estudo visa identificar as necessidades educativas do cuidador principal na prestação de cuidados informais à pessoa idosa dependente no domicílio. Para a sua realização enveredamos por um Estudo de caso, seleccionando catorze cuidadores de pessoas idosas dependentes inscritas na sede de um Centro de Saúde pertencente à SRSVR.

Como instrumento de recolha de dados utilizamos a entrevista semi-estruturada que aplicamos aos cuidadores principais. Paralelamente e como complemento, aplicamos um questionário de “administração indirecta” ao cuidador e três escalas para avaliar a capacidade funcional da pessoa idosa dependente (Escala de Barthel, Índice de Lawton y Brody e Escala de Pfeiffer, sendo as duas primeiras aplicadas ao cuidador e a terceira aplicada à pessoa idosa dependente).

Os cuidadores referiram construir diariamente o seu processo formativo para cuidar, desenvolvendo capacidades pessoais através da experiência quotidiana, nomeadamente: a construção dum suporte social de apoio formal e/ou informal, a construção de um meio físico seguro para prestar cuidados, o conhecimento acumulado/perícia adquirida, o desenvolvimento da capacidade pessoal física e da capacidade pessoal emocional. Para além disso, os cuidadores aprendem por educação informal (com os vizinhos e familiares) e educação não-formal (através dos profissionais de saúde e/ou sociais), não sendo alvo dum processo de educação formalizado.

Os cuidadores deixam antever necessidades em aprender a conhecer (quando invocam necessidades de informação/formação); em aprender a fazer (quando referem dificuldades na prestação de cuidados) e em aprender a viver junto e aprender a ser (quando se referem às dificuldades emocionais que advêm da prestação de cuidados).

Relativamente ao contributo dos enfermeiros na sua preparação para cuidar da pessoa idosa dependente, os cuidadores enaltecem os domínios técnico e relacional do cuidado prestado, deixando transparecer que não existe uma relação pedagógica.

THE INFORMAL CARE GIVEN TO THE DEPENDENT ELDERLY IN A HOME CONTEXT: THE EDUCATIONAL NEED OF THE MAIN CARE GIVER.

ABSTRACT

In a Society which is getting older everyday and where the need in supporting the dependent elderly increases as priority, we question the need in giving more attention regarding informal care given to the elder at their home.

Therefore, this study aims to identify the principal care giver's educational needs in the informal care given to the dependent elder at their home. For the studies' achievement we underwent a case study, selecting fourteen dependent elderly care givers unrolled in a Health Centre belonging to the Sub-Region of Vila Real (SRSVR).

As gathering data tools we used the semi-structured interview applied to the main care givers. Parallel and as a complement, we applied to a three scale care giver a questionnaire of "indirect administration", to evaluate the functional capacity of the dependent elderly person (Barthel's Scale, Lawton and Brody's Index and Pfeiffer's Scale, being the first two applied to the care giver and the third to the dependent elderly person).

The care givers referred as daily constructing its formative process to care, developing personal capacities through a daily experience, namely: the construction of a formal/informal social support, the construction of a social space to give or minister care, the acquired knowledge / acquired expertise, the development of the physical personal capacity and of the emotional personal capacity. Furthermore, the care givers learn through informal education (with neighbours and family) and non formal education (with health and/or social professionals) not being the target of a formal educational process.

The care givers predict necessities in learning and knowing (when they invoke information/training necessities); in learning and doing (when difficulties are referred in care giving) and in learning how to live together and learning how to be (when emotional difficulties are referred which come from the care provided).

Regarding the nurse's contribution in its preparation to care for the dependent elder, the care givers magnify their relational and technical domains of the care provided, making clear that there is no pedagogical relation.

ÍNDICE

INTRODUÇÃO	1
PARTE I – ENQUADRAMENTO TEÓRICO	7
CAPÍTULO I – ENVELHECIMENTO E DEPENDÊNCIA	8
1 – ENVELHECIMENTO DEMOGRÁFICO	9
2 – ENVELHECIMENTO INDIVIDUAL	18
2.1 – Processo de envelhecimento: uma abordagem multidimensional	21
2.2 – A pessoa idosa dependente	28
2.2.1 – Avaliação da capacidade funcional da pessoa idosa dependente	35
CAPÍTULO II – O CUIDADO INFORMAL E A PESSOA IDOSA DEPENDENTE	39
1 – RELAÇÃO ENTRE AS REDES SOCIAIS DE APOIO DAS PESSOAS IDOSAS E PRESTAÇÃO DE CUIDADOS	40
1.1 – Prestação de cuidados informais à pessoa idosa dependente no domicílio	45
1.1.1 – O cuidador principal	49
1.1.1.1 – Consequências da prestação de cuidados no cuidador principal	58
1.1.1.2 – Necessidades/Dificuldades do cuidador principal na prestação de cuidados	65
1.2 – Apoios informais e formais de que dispõem a pessoa idosa dependente e o cuidador principal	70
CAPÍTULO III – O PAPEL DOS PROFISSIONAIS DE ENFERMAGEM NA EDUCAÇÃO DA DÍADE PESSOA IDOSA DEPENDENTE- CUIDADOR PRINCIPAL	76
1 – EDUCAÇÃO PARA A SAÚDE/PROMOÇÃO DA SAÚDE	77
1.1 – Educar para a saúde: uma estratégia de promoção da saúde	84
1.2 – O papel da equipa interprofissional	92
1.2.1 – O papel dos profissionais de enfermagem numa perspectiva de continuidade de cuidados	95

1.2.1.1 – Contexto institucional	99
1.2.1.2 – Contexto domiciliário	105
PARTE II – ESTUDO EMPÍRICO	115
CAPÍTULO I – METODOLOGIA	116
1 – PROBLEMÁTICA E OBJECTIVOS DO ESTUDO: QUESTÕES ORIENTADORAS	117
2 - OPÇÕES METODOLÓGICAS	120
2.1 – Terreno de pesquisa: selecção dos participantes em estudo	121
2.2 – Estratégias de recolha de dados	123
2.2.1 – Instrumentos de recolha de dados	123
2.2.2 – Recolha de dados	127
3 – TRATAMENTO E ANÁLISE DOS DADOS	129
CAPÍTULO II – RESULTADOS E DISCUSSÃO	131
1 – APRESENTAÇÃO, INTERPRETAÇÃO E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS	132
1.1 – A pessoa idosa dependente no domicílio	133
1.1.1 – Caracterização sócio-demográfica e económica da pessoa idosa dependente	133
1.1.2 – Nível e grau de dependência da pessoa idosa dependente	141
1.2 – O cuidador principal da pessoa idosa dependente	153
1.2.1 – Caracterização sócio-demográfica dos cuidadores principais	154
1.2.2 – Tomada de decisão para a aquisição do papel de cuidador	164
1.2.3 – Cuidados prestados pelos cuidadores à pessoa idosa dependente	172
1.2.4 – Repercussões que advêm para os cuidadores principais da tarefa de cuidar da pessoa idosa dependente	185
1.2.5 – Necessidades/dificuldades dos cuidadores principais e apoios de que dispõem os cuidadores principais e as pessoas idosas dependentes	208
1.2.6 – Percepção dos cuidadores principais acerca do domicílio como lugar de preferência para cuidar da pessoa idosa dependente	230

1.2.7 – Processo de formação dos cuidadores principais para cuidar da pessoa idosa dependente no domicílio	238
1.2.7.1 – Contributo dos enfermeiros em contexto institucional na preparação dos cuidadores para cuidar da pessoa idosa dependente no domicílio	247
1.2.7.2 – Contributo dos enfermeiros em contexto domiciliário na preparação dos cuidadores para cuidar da pessoa idosa dependente no domicílio	267
1.2.8 – Percepção dos cuidadores principais acerca da sua capacidade para cuidar	290
CONCLUSÕES	296
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	311
ANEXOS	324
ANEXO 1 – Questionário	325
ANEXO 2 – Guião de Entrevista	331
ANEXO 3 – Escala de Barthel	334
ANEXO 4 – Índice de Lawton y Brody	337
ANEXO 5 – Escala de Pfeiffer	340
ANEXO 6 – Pedido de autorização ao Sr. Coordenador da Sub-Região de Saúde de Vila Real para a realização do estudo	342
ANEXO 7 – Pedido de Consentimento Informado aos cuidadores principais	344

SIGLAS, ABREVIATURAS E SÍMBOLOS

AIVD – Actividades Instrumentais de Vida Diária

AVC – Acidente Vascular Cerebral

AVD – Actividades de Vida Diária

CIF- Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde

DGS – Direcção Geral da Saúde

DHHS – Department of Health and Human Services

DR – Diário da República

INE – Instituto Nacional de Estatística

INSERSO – Instituto Nacional dos Serviços Sociais, Madrid: Ministério dos Assuntos Sociais

IPSS – Instituições Particulares de Solidariedade Social

OMS – Organização Mundial da Saúde

ONSA – Observatório Nacional de Saúde

SRSVR – Sub-Região de Saúde de Vila Real

UE – União Europeia

UNESCO – Organização das Nações Unidas para a Educação, a Ciência e a Cultura

cf – confere

ed. – edição

Ex^a - Excelência

Exmo - Excelentíssimo

n^o – número

p.- página

pp.- páginas

s/ página – sem página

Sr. – Senhor

Trad. – Tradução

Vol. – volume

% – percentagem

ÍNDICE DE QUADROS

Quadro I – Estruturas etárias (%) da população residente em Portugal, 1960-2001	12
Quadro II – Índices da população residente em Portugal, 1960-2001	14
Quadro III – Índice de envelhecimento por regiões (Nº), em Portugal, em 2001	15
Quadro IV – Distribuição das pessoas idosas dependentes pelas categorias etárias e pelo sexo	134
Quadro V – Distribuição das pessoas idosas dependentes pelas variáveis sócio-demográficas: situação conjugal, actividade profissional anterior, habilitações académicas e tipo de família	136
Quadro VI – Grau de dependência nas AVD por grupo etário e sexo	143
Quadro VII – Grau de dependência em cada actividade de vida diária por grupo etário e sexo	145
Quadro VIII – Grau de dependência nas AIVD por grupo etário e sexo	150
Quadro IX – Grau de dependência na função cognitiva por grupo etário e sexo	152
Quadro X – Caracterização sócio-demográfica dos cuidadores principais	154
Quadro XI – Temas, sub-temas, categorias e subcategorias identificadas a partir da análise de conteúdo das respostas às perguntas 1, 2, 3, 5 e 7 da entrevista	161
Quadro XII – Temas, sub-temas, categorias e subcategorias identificadas a partir da análise de conteúdo das respostas às perguntas 4, 6 e 8 da entrevista	236

ÍNDICE DE GRÁFICOS

Gráfico nº 1 – Fonte de rendimentos principal das pessoas idosas dependentes	139
Gráfico nº 2 – Tipos de apoios de que dispõem as pessoas idosas dependentes	140
Gráfico nº 3 – Causas da dependência nas pessoas idosas segundo a Classificação Internacional de Cuidados Primários- ICPC-2	142
Gráfico nº 4 – Distribuição dos cuidadores principais pelo número de anos de prestação de cuidados	159

ÍNDICE DE TABELAS

Tabela nº 1 – Factores que influenciaram a aquisição do papel de cuidador	165
Tabela nº 2 – Significado atribuído pelo cuidador ao papel que desempenha	169
Tabela nº 3 – Tipo de cuidados prestados pelos cuidadores à pessoa idosa dependente	173
Tabela nº 4 – Cuidados que são mais valorizados pelo cuidador na prestação de cuidados	177
Tabela nº 5 – Situação de envolvimento da pessoa idosa dependente na prestação de cuidados pelo cuidador principal	180
Tabela nº 6 – Repercussões negativas que advêm para os cuidadores principais da tarefa de cuidar da pessoa idosa dependente	186
Tabela nº 7 – Factores de sobrecarga dos cuidadores principais	192
Tabela nº 8 – Factores de alívio dos cuidadores principais	200
Tabela nº 9 – Benefícios que advêm para os cuidadores principais da tarefa de cuidar da pessoa idosa dependente	205
Tabela nº 10 – Dificuldades sentidas pelos cuidadores principais na prestação de cuidados à pessoa idosa dependente no domicílio	209
Tabela nº 11 – Necessidades sentidas pelos cuidadores principais na prestação de cuidados à pessoa idosa dependente no domicílio	217
Tabela nº 12 – Apoios informais de que dispõem as pessoas idosas dependentes e os cuidadores principais	222
Tabela nº 13 – Serviços e tipos de apoios formais de que dispõem as pessoas idosas dependentes e os cuidadores principais	227
Tabela nº 14 – Percepção dos cuidadores principais acerca do domicílio como lugar de preferência para cuidar da pessoa idosa dependente	231
Tabela nº 15 – Construção do processo de formação dos cuidadores principais para cuidar da pessoa idosa dependente no domicílio	240
Tabela nº 16 – Percepção dos cuidadores principais acerca do contributo dos enfermeiros em contexto institucional, na sua preparação para cuidar da pessoa idosa dependente no domicílio	249
Tabela nº 17 – Percepção dos cuidadores principais acerca das intervenções de enfermagem, em contexto institucional, que facilitaram a sua tarefa	256

de cuidar da pessoa idosa dependente no domicílio

Tabela nº 18 – Percepção dos cuidadores principais acerca das intervenções de enfermagem, em contexto institucional, que constrangeram a sua tarefa de cuidar da pessoa idosa dependente no domicílio	261
Tabela nº 19 – Percepção dos cuidadores principais acerca das visitas domiciliárias realizadas pelos enfermeiros	268
Tabela nº 20 – Percepção dos cuidadores principais acerca do contributo dos enfermeiros em contexto domiciliário, na sua preparação para cuidar da pessoa idosa dependente no domicílio	273
Tabela nº 21 – Percepção dos cuidadores principais acerca das intervenções de enfermagem, em contexto domiciliário, que facilitaram a sua tarefa de cuidar da pessoa idosa dependente no domicílio	281
Tabela nº 22 – Percepção dos cuidadores principais acerca das intervenções de enfermagem, em contexto domiciliário, que constrangeram a sua tarefa de cuidar da pessoa idosa dependente no domicílio	287
Tabela nº 23 – Percepção dos cuidadores principais acerca da sua capacidade para cuidar da pessoa idosa dependente no domicílio	291

INTRODUÇÃO

O envelhecimento da população é um fenómeno universal, e além de fenómeno colectivo é também um fenómeno individualizado, que decorre desde o nascer e ao qual se juntam alterações fisiológicas, psicológicas e comportamentais. Sendo o envelhecimento um processo gradual, corroboramos Pimentel (2001), quando afirma que a definição de uma categoria específica que inclua as pessoas idosas, resulta sempre de uma construção abstracta e normativa.

De facto, uma das primeiras necessidades a ter em conta quando se pretende estudar o fenómeno do envelhecimento, é de carácter cronológico, sendo pertinente interrogar se será possível estabelecer uma idade a partir da qual a pessoa se torna idosa, dada a complexidade do fenómeno. No entanto, por uma questão de clarificação adoptamos uma das convenções existentes considerando, neste trabalho, pessoa idosa todo o indivíduo com 65 e mais anos¹.

O envelhecimento pode ser analisado sob duas grandes perspectivas, a demográfica e a individual. O envelhecimento demográfico diz respeito ao aumento da proporção das pessoas idosas na população total.

A realidade do século XXI é a de que, quer os países desenvolvidos, quer os países em desenvolvimento estão cada vez mais envelhecidos e apresentam uma tendência progressiva, estando esta tendência relacionada com o grau de industrialização do mundo. As projecções das Nações Unidas para a população mundial referem que a proporção de jovens está a diminuir progressivamente, podendo alcançar os 21% do total da população em 2050, enquanto que a população idosa está a crescer, aumentando para 15,6% no mesmo ano (INE, 2002b).

A estrutura demográfica de Portugal, tal como dos restantes estados membros da União Europeia caracteriza-se pelo envelhecimento da população. Em 2004, a proporção da população idosa já atingia os 17%, ultrapassando a média estimada para a União Europeia (16,5%) referente ao mesmo ano (INE, 2006).

¹ A Organização das Nações Unidas para definir a população idosa adopta os 60 e mais anos, mas já nos cálculos dos indicadores de dependência considera idosa a população com 65 e mais anos (INE, 1999). No Conselho da Europa, bem como na Organização de Cooperação e Desenvolvimento Económico (OCDE), o conceito de população idosa utilizado nos diversos indicadores demográficos é o conjunto de indivíduos com 65 e mais anos (*ibid.*).

Individualmente o envelhecimento assenta na maior longevidade dos indivíduos, ou seja, no aumento da esperança média de vida. Contudo, o processo de envelhecimento não pode ser definido apenas por critérios cronológicos, mas sim segundo uma abordagem holística que tenha em conta a análise do conjunto das condições físicas, funcionais, mentais e de saúde de cada indivíduo.

Embora a maioria das pessoas idosas não seja nem doente, nem dependente, a verdade é que as transformações bio-psico-sociais pelas quais todas as pessoas idosas passam levam ao aparecimento de algumas deficiências e ao aumento da predisposição à doença. A este respeito a Direcção Geral de Saúde refere que os últimos anos de vida são acompanhados de situações de doença e incapacidade, susceptíveis de prevenção (DGS, 2004).

Ao aumento do número de pessoas idosas dependentes corresponde uma necessidade crescente de cuidados de saúde e assistência que são prestados pelas redes sociais de apoio formal e informal.

Desde sempre as famílias são reconhecidas como o principal contexto para a promoção e manutenção da independência e saúde dos seus membros e, como a principal entidade prestadora de cuidados informais aos indivíduos na última fase da sua vida, quando as suas capacidades funcionais diminuem e a autonomia não é mais possível.

Apesar das mudanças estruturais na família evidenciadas nos últimos anos em Portugal, esta continua a ser a principal fonte de apoio nos cuidados directos, no apoio psicológico e nos contactos sociais à pessoa idosa dependente (Pimentel, 2001 e Paúl, 1997).

Uma das formas da família proporcionar esse apoio consiste na adjudicação de um cuidador principal. Culturalmente, o papel de cuidador principal já está previamente atribuído a determinados membros, cujo perfil, maioritariamente, é uma filha adulta, solteira e, em alguns casos a esposa também ela idosa, a coabitar com a pessoa idosa, com um nível de instrução baixo, economicamente desfavorecida, sem profissão ou reformada (Lage, 2005b; Martín, 2005; Brito, 2002 e Paúl, 1997). O cuidador principal é aquela pessoa sobre a qual recai a responsabilidade pela prestação da maioria dos cuidados ligados às funções de manutenção e continuidade da vida da pessoa idosa dependente e que não é remunerada pelo que faz, nem possui formação específica.

“Cuidar de idosos não é distinto de outras situações de cuidados familiares, sendo frequentemente a continuação de uma relação anterior de cuidados [...]” (Lage, 2005b:

206), logo, os cuidadores possuem um sentimento generalizado de que a tarefa de cuidar do doente dependente é um dever familiar (Almeida, Miranda, Rodrigues e Monteiro, 2005).

Contudo, os cuidadores principais não cuidam apenas por questões ideológicas, como sentimentos de obrigação, mas também por questões espirituais, uma vez que o seu trabalho é desvalorizado e mal remunerado (Lage, 2007). O resultado destas crenças é, muitas vezes, a enorme sobrecarga das mulheres, em virtude da sobreposição das múltiplas exigências do trabalho e da família, a desvalorização das actividades de cuidar (falta de reconhecimento social) e a falta de políticas de suporte ao cuidador informal (Cancian e Olikier, 2000 citados por Lage, 2007).

Os cuidadores principais realizam tarefas muito variadas, que vão desde a vigilância e acompanhamento até à administração da medicação e à prestação directa de cuidados “quase profissionais”, que se desenvolvem num horário ininterrupto, sem limite de tempo. Por sua vez esta prestação contínua de cuidados pode produzir uma sobrecarga intensa no cuidador, acabando por comprometer a sua saúde; vida social/familiar, nomeadamente a relação com outros membros da família e o lazer; a disponibilidade financeira; a rotina doméstica e o desempenho profissional. A falta de um cuidador substituto, a falta de conhecimentos sobre a evolução do estado de saúde da pessoa idosa e sobre as técnicas cuidativas, e a preocupação de quanto tempo vai durar a situação são alguns problemas que agravam a sobrecarga do cuidador.

Os serviços de apoio formal das áreas social e de saúde disponíveis na comunidade deverão ter um papel fundamental no alívio da sobrecarga do cuidador.

Quando o cuidador principal se sente acompanhado, dividindo as tarefas com outros que garantam o essencial durante o dia, é possível manter a pessoa idosa no domicílio até ao fim da vida e, o cuidador poderá mais facilmente sentir satisfação pelo cuidado prestado, que poderá originar sentimentos de prazer e de conforto. Para isso, é fundamental criarem-se soluções de âmbito estatal ou privado e fazer crescer o número de instituições de solidariedade social com papel cada vez mais activo e de complementariedade com os cuidadores informais.

A nível estatal, o Estado deverá assegurar a função de promoção e bem-estar da idade pessoa idosa dependente-cuidador principal. Em 2006, os Ministérios da Saúde e do Trabalho e da Solidariedade Social criaram a Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados que assenta num modelo de intervenção integrado e/ou articulado da saúde e da

segurança social, de natureza preventiva, recuperadora e paliativa, envolvendo a participação e colaboração de diversos parceiros sociais, a sociedade civil e o Estado como principal incentivador (Ministérios da Saúde e do Trabalho e da Solidariedade Social, 2006).

Esta rede situa-se ao nível intermediário de cuidados de saúde e de apoio social, entre os de base comunitária e os de internamento hospitalar e tem como objectivos, entre outros: a manutenção das pessoas com perda de funcionalidade ou em risco de a perder no domicílio, sempre que lhe possam ser garantidos os cuidados terapêuticos e o apoio social necessários à provisão e manutenção de conforto e qualidade de vida e, o apoio aos familiares ou prestadores informais, na respectiva qualificação e prestação de cuidados (*ibid.*).

Podemos concluir que as políticas de saúde vão no sentido de privilegiar o domicílio como local de eleição para a prestação de cuidados às pessoas dependentes, onde uma grande parte são pessoas idosas, responsabilizando as famílias/cuidadores informais pela prestação desses cuidados, desde que apoiados pelos profissionais de saúde e da área social. Esse apoio pretende assegurar, entre outros aspectos, a informação e formação aos familiares/cuidadores informais que lhes permita implementar os cuidados às pessoas dependentes em contexto domiciliário.

Sendo a saúde o resultado dos cuidados que cada um dispensa a si mesmo e aos demais (OMS, 1986), e a educação em Cuidados de Saúde Primários uma das medidas privilegiadas para os cidadãos prevenirem e controlarem a sua saúde (OMS, 1978), é fundamental que os profissionais de saúde capacitem as pessoas para aprenderem durante toda a vida, preparando-as para todos os estádios do seu desenvolvimento e para lutarem contra as doenças crónicas e incapacidades (OMS, 1986).

Este processo de promoção da saúde “[...] que permite às populações exercerem um controlo muito maior sobre a sua saúde e melhorá-la” (OMS, 1986: 2), exige uma reorganização dos serviços de saúde, no sentido de estes se orientarem para a promoção da saúde das populações, para além das suas responsabilidades na prestação de cuidados clínicos e curativos (OMS, 1986). Nesta perspectiva, os profissionais de saúde devem funcionar como mediadores entre os utentes e as administrações, constituindo-se como defensores das populações, elaborando em conjunto com elas programas e estratégias adaptadas às suas necessidades em termos de saúde (*ibid.*).

De entre esses profissionais de saúde, os enfermeiros são os que estão em melhores condições para desempenhar o papel de educadores para a saúde da díade pessoa idosa dependente-cuidador principal, porque conhecem bem a problemática de ambos, pois lidam diariamente com eles e são muitas vezes vistos como o primeiro recurso dos cuidadores em situações de necessidade de cuidados de saúde à pessoa idosa dependente.

De entre as funções dos enfermeiros faz parte a execução de cuidados de enfermagem que integram processos educativos que promovam o autocuidado ao utente (Ministério da Saúde, 1991- artigo 7, alínea c) do Decreto-lei nº 437/91).

Assim, todo o enfermeiro é um educador para a saúde dos seus utentes. Estando uma das investigadoras a desempenhar funções de enfermagem em Cuidados de Saúde Primários num Centro de Saúde pertencente à Sub-Região de Saúde de Vila Real (SRSVR), torna-se pertinente identificar as necessidades educativas do cuidador principal na prestação de cuidados informais à pessoa idosa dependente no domicílio, afim de melhorar a qualidade do seu próprio desempenho e da restante equipa de enfermagem.

Para o desenvolvimento deste estudo traçamos os seguintes objectivos:

- Caracterizar sócio-demograficamente a pessoa idosa dependente e o cuidador principal;
- Caracterizar a pessoa idosa dependente quanto ao nível e grau de dependência;
- Conhecer as razões do cuidador principal para assumir o cuidar da pessoa idosa dependente;
- Analisar o tipo de cuidados que o cuidador principal presta à pessoa idosa dependente;
- Analisar as repercussões da prestação de cuidados no cuidador principal;
- Conhecer o processo de formação do cuidador principal para cuidar da pessoa idosa dependente;
- Identificar as dificuldades/necessidades do cuidador principal;
- Conhecer a opinião do cuidador principal acerca do apoio prestado pela equipa de enfermagem na sua preparação para cuidar da pessoa idosa dependente no domicílio.

Para a realização deste estudo seleccionamos catorze cuidadores de pessoas idosas dependentes inscritas na sede de um Centro de Saúde pertencente à SRSVR e previamente identificadas pela equipa de enfermagem.

Em termos metodológicos, partimos duma abordagem por triangulação, privilegiando o modelo qualitativo que nos permitirá obter uma compreensão abrangente do contexto da prestação de cuidados informais à pessoa idosa dependente, relatado pelo cuidador principal. Neste sentido, iremos enveredar por um Estudo de caso através do qual procuraremos entender o significado do sistema próprio dos entrevistados.

Tendo em conta os objectivos e as características do estudo iremos enveredar por um estudo de nível I- exploratório descritivo.

Recorremos a vários instrumentos de recolha de dados: a entrevista semi-estruturada, o questionário, a Escala de Barthel, o Índice de Lawton y Brody e a Escala de Pfeiffer.

Este estudo está dividido em duas partes fundamentais, cada uma contendo diversos capítulos. A primeira parte visa enquadrar teoricamente o problema de pesquisa, dedicando um primeiro capítulo ao envelhecimento e dependência, no qual abordaremos os aspectos demográficos e individuais do envelhecimento. Num segundo capítulo abordaremos o cuidado informal e a pessoa idosa dependente, enfatizando a prestação de cuidados informais à pessoa idosa dependente, nomeadamente através do cuidador principal e os apoios informais e formais de que dispõem a pessoa idosa dependente e o cuidador principal.

Finalmente, fecharemos a primeira parte com o terceiro capítulo dedicado ao papel dos profissionais de enfermagem na educação da díade pessoa idosa dependente-cuidador principal, apoiando-nos nas concepções actuais de saúde e de Educação para a Saúde/Promoção da Saúde.

A segunda parte encontra-se dividida em dois capítulos que visam conceptualizar o estudo empírico. O primeiro capítulo centrar-se-á na metodologia adoptada, justificando a nossa opção pelo tipo de estudo, assim como as estratégias de recolha e tratamento dos dados. O segundo capítulo consta de apresentação, interpretação e discussão dos resultados obtidos pelo questionário e pela entrevista semi-estruturada.

Por último, apresentaremos as conclusões onde exporemos os resultados mais evidentes, complementando os dados mais descritivos dos questionários com os dados mais explicativos das entrevistas.

Pensamos que este estudo, poderá ser um contributo para a melhoria do desempenho das práticas de educação para a saúde dos enfermeiros que trabalham com pessoas idosas dependentes e seus cuidadores.

PARTE I- ENQUADRAMENTO TEÓRICO

CAPÍTULO I – ENVELHECIMENTO E DEPENDÊNCIA

1- ENVELHECIMENTO DEMOGRÁFICO

O envelhecimento demográfico diz respeito ao aumento da proporção das pessoas idosas na população total.

Do ponto de vista histórico, o envelhecimento da população e o aumento da longevidade dos indivíduos são fenómenos novos que emergiram nas sociedades desenvolvidas sobretudo a partir da segunda metade do século XX. A este respeito Fernandes (1997: 34), diz que “O envelhecimento demográfico é uma realidade nova na história das populações das sociedades industrializadas e as projecções indicam, com alguma certeza que, no mundo civilizado, a tendência para o envelhecimento é acentuada”.

O aumento da população idosa resulta da chamada transição demográfica que é definida como a passagem de um modelo demográfico de fecundidade e de mortalidade elevados, para um modelo em que ambos os fenómenos atingem níveis baixos (Rafart, 2001). As causas desta transição estão associadas aos substanciais progressos humanos atingidos no século XX, nomeadamente a diminuição da mortalidade infantil e de crianças e uma esperança de vida mais elevada, melhor nutrição, educação e melhores cuidados de saúde, com acesso ao planeamento familiar.

O aumento progressivo da longevidade, observado tanto nas nações desenvolvidas² quanto naquelas em desenvolvimento³, acompanhado de uma acentuada queda na fecundidade e na mortalidade geral, conduziu a uma mudança nítida na composição etária da população, aumentando substancialmente o número de pessoas com idade acima de sessenta anos, assim como as de idade superior a oitenta anos e os centenários. Assim, a longevidade aumenta e a designação da pessoa idosa problematiza-se, dando origem a duas gerações: uns de 3ª idade, já na reforma, mas autónomos, e outros de 4ª idade mais dependentes (Jaques, 2004). A este respeito a Comissão das Comunidades Europeias ao analisar as respostas de um questionário europeu que decorreu em 1992 sobre “Idade e Atitudes”, refere a necessidade de alteração do significado da expressão “terceira idade” devido à sua desadequação, em consequência do aumento da esperança de vida à

² Segundo a classificação das Nações Unidas, compreendem a Europa, a América do Norte, a Austrália/Nova Zelândia e o Japão (INE, 2002b).

³ Segundo a classificação das Nações Unidas, compreendem todas as regiões da África, Ásia (excepto Japão), América Latina e Caraíbas, mais Melanésia, Micronésia e Polinésia (*ibid.*).

nascença⁴, propondo que esta corresponda apenas ao grupo dos 50-74 anos e uma nova designação de “quarta idade” para os 75 e mais anos.

Concretamente, ao analisarmos a situação mundial, podemos verificar que existem dois grandes grupos. Um dos grupos é constituído pelos países em desenvolvimento, que iniciaram primeiro o fenómeno da transição demográfica, com a população jovem a evoluir segundo taxas negativas desde 1970, enquanto que a população com 65 e mais anos cresceu a um ritmo bastante forte entre 1960 e 1970, atenuando até ao ano de 2000 e prevê-se que continue a decrescer (2,1% em 1960/70, 1,5% em 1990/2000 e 0,3% em 2040/50) (INE, 2002b).

Ao outro grupo pertence o conjunto dos países menos desenvolvidos que iniciaram o fenómeno da transição demográfica mais tarde, apresentando taxas de crescimento da população jovem positivas, com tendência para se aproximar do valor nulo a partir de 2030 (*ibid.*), e no que se refere à população com 65 e mais anos, a taxa média de crescimento anual entre 1990 e 2000 atinge os 3,1%, prevendo-se que continue a aumentar até 2040, devendo atenuar-se até 2050 (*ibid.*). Cerca de cinquenta anos depois dos países mais desenvolvidos, vive-se actualmente nos de menor desenvolvimento um aumento da proporção de pessoas idosas a um ritmo bastante forte (*ibid.*).

A realidade do século XXI é a de que os países estão cada vez mais envelhecidos e apresentam uma tendência progressiva, estando esta tendência relacionada com o grau de industrialização do mundo. As projecções das Nações Unidas para a população mundial referem que a proporção de jovens está a diminuir progressivamente, podendo alcançar os 21% do total da população em 2050, enquanto que a população idosa está a crescer, aumentando para 15,6% no mesmo ano (INE, 2002b).

Estes dois fenómenos, a diminuição dos jovens e o aumento da população idosa, correspondem ao que os demógrafos designam de duplo envelhecimento: na base e no topo da pirâmide. Ou seja, o envelhecimento na base acontece quando a percentagem de jovens começa a diminuir e, por conseguinte, a base da pirâmide de idades fica substancialmente reduzida, enquanto o envelhecimento no topo se verifica quando a percentagem de pessoas idosas aumenta, provocando um alargamento na parte superior da pirâmide de idades. Estes dois tipos de envelhecimento estão intimamente ligados, pois a principal causa

⁴ A esperança de vida à nascença refere-se ao número médio de anos que um indivíduo pode esperar viver, se submetido, desde o nascimento, às taxas de mortalidade observadas no momento (ano de observação) (INE, 1999).

natural responsável pela questão do envelhecimento populacional no mundo, desenvolvido em geral e na Europa em particular, foi a redução da natalidade.

Por outras palavras, a baixa da natalidade ao provocar uma redução forte na população jovem implica um aumento da importância relativa das pessoas idosas, facto que corresponde à verdadeira definição de envelhecimento demográfico, neste caso designado envelhecimento pela base da pirâmide de idades. Este envelhecimento demográfico pela base da pirâmide etária possui consequências mais gravosas do que o envelhecimento pelo topo, dadas as implicações nas gerações activas futuras e no dinamismo do mercado de trabalho.

Para além dos fenómenos da natalidade e da mortalidade existem outras causas associadas ao envelhecimento demográfico, como os processos migratórios. Embora de forma menos relevante, os movimentos migratórios influenciam, o envelhecimento da população, sendo o envelhecimento do país tanto maior quanto mais mão de obra exportar e tanto menor quanto mais mão de obra receber (Nazareth, 1994).

Nesta perspectiva demográfica, a Europa segue a tendência mundial, apresentando uma estrutura etária cada vez mais envelhecida. De acordo com Rosa (2000: 437), “[...] a UE, com 17% de jovens e 16% de idosos, revela-se um espaço particularmente envelhecido a nível mundial”, embora seja um espaço heterogéneo, quanto a este fenómeno, revelando disparidades entre os vários países. Portugal é o quinto país menos envelhecido no conjunto dos países da União Europeia (dados de 1996), tendo em conta a percentagem de pessoas idosas na população total (INE, 1999). A percentagem de população com 65 e mais anos era naquele ano, de 14,9% enquanto a média comunitária se elevou a 15,8% (*ibid.*).

No mesmo ano, a Suécia e a Itália eram os países com maior percentagem de pessoas idosas, (17,4% e 17,1% respectivamente) destacando-se no extremo oposto, a Irlanda (11,4%) seguida da Holanda (13,4%) (*ibid.*). No mesmo ano, a esperança de vida para indivíduos de 65 anos revelava igualmente diferenças nos vários países da União Europeia, verificando-se que Portugal registava, logo a seguir à Irlanda, os valores mais reduzidos, quer para os homens, quer para as mulheres, sendo a diferença face à média comunitária mais acentuada na esperança de vida das mulheres (*ibid.*). A França, a Suécia, a Espanha e a Grécia encontravam-se no extremo oposto, registando os valores mais elevados (*ibid.*).

A estrutura demográfica de Portugal, tal como dos estados membros da União Europeia caracteriza-se assim pelo envelhecimento da população.

A Organização Mundial de Saúde nas metas de “Saúde para todos no ano 2000” preconizou “Dar mais anos à Vida”, sendo esta uma das metas atingidas em Portugal, pois de acordo com os dados do Instituto Nacional de Estatística, a população idosa mais que duplicou entre 1960 e 2001.

De seguida iremos avaliar as modificações da estrutura etária da população portuguesa, entre 1960 e 2001, analisando a evolução da população por idades, considerando os grandes agrupamentos tradicionais: os jovens (0-14 anos), os adultos ou pessoas em idade activa (15-64 anos) e os idosos (65 e mais anos⁵) (Quadro I). Os limites da idade dos grandes grupos estão ligados respectivamente ao sistema de ensino, entrada/saída da vida activa e aos sistemas de reforma em vigor nos países.

Quadro I- Estruturas etárias (%) da população residente em Portugal, 1960-2001

Ano	1960	1970	1981	1991	1995	1999	2000	2001
Grupo etário								
0-14	29,1	28,5	25,5	20	17,5	16,1	16	16
15-64	62,9	61,8	63,1	66,4	67,6	67,8	67,6	67,5
65 e +	8	9,7	11,4	13,6	14,9	16,1	16,4	16,5
75 e +	2,7	3,2	3,9	5,4	5,8	6,6	6,7	6,9

Fonte: Adaptado do INE (2006)– Recenseamentos Gerais da População e Estimativas Provisórias da População- *A situação demográfica recente em Portugal*

Ao analisarmos o quadro, verificamos que os sinais de baixa fecundidade ocorrida em Portugal estão bem expressos na redução da população jovem em 36,3%, no período de 1960 a 2001, facto que se traduziu na passagem de um peso relativo dos jovens na população total de 29,1% para 16% no espaço de quarenta anos. Em contrapartida a população em idade activa registou uma variação positiva de 24,8%, aumentando a importância relativa na população total de 62,9% em 1960 para 67,5% em 2001.

Quanto ao grupo das pessoas idosas, em 1960 representava só 8% do total da população, tendo reforçado essa posição de forma contínua até atingir os 16,5% em 2001, ultrapassando assim o número de jovens.

⁵ Dada a especificidade do comportamento de algumas variáveis, e o próprio envelhecimento das pessoas idosas, normalmente consideram-se alguns grupos etários dentro deste agrupamento, nomeadamente 75 e mais anos e 80 e mais anos.

O envelhecimento está igualmente bem ilustrado na evolução do peso relativo da população mais idosa (com 75 e mais anos), que passou de 2,7% em 1960, para 6,9% em 2001. Neste grupo etário, a evolução foi mais acentuada nas mulheres do que nos homens, que passaram de 3,3% em 1960 para 8,2% em 2001. Daqui podemos concluir que o crescimento não é homogéneo dentro da própria população idosa. Segundo o INE (1999), o grupo dos 75 e mais anos cresceu segundo taxas superiores às da população com 65 e mais anos nas décadas de setenta, oitenta e próxima dos anos noventa. A partir de 1981, o ritmo de crescimento mais forte passou a pertencer à população com 85 e mais anos, o que retrata o envelhecimento da própria população idosa (*ibid.*).

Também neste grupo etário dos 85 e mais anos, a repartição por sexos não é homogénea. O número de sobreviventes do sexo feminino aos 85 anos ultrapassa em 1998, em mais do dobro o número de sobreviventes do sexo masculino (*ibid.*).

Em 1960 residiam em Portugal apenas 66 homens idosos por cada 100 mulheres idosas, em 1998 eram aproximadamente 69 (*ibid.*). A relação de masculinidade⁶ diminui à medida que se avança na idade, devido essencialmente ao fenómeno da sobremortalidade masculina nas diferentes idades (*ibid.*).

As diferentes evoluções dos saldos natural⁷ e migratório⁸ determinaram alterações na estrutura etária da população portuguesa entre 1960 e 2001, reflectidas no quadro II através dos indicadores demográficos: índice de envelhecimento, índice de dependência total, índice de dependência dos jovens, e índice de dependência dos idosos.

⁶ A relação de masculinidade refere-se ao quociente entre os efectivos populacionais do sexo masculino de um determinado ano e os efectivos populacionais do sexo feminino no mesmo ano (INE, 1999).

⁷ O saldo natural refere-se à diferença entre o número de nados-vivos ocorrido num determinado ano e o número de óbitos ocorrido no mesmo ano (INE, 1999).

⁸ O saldo migratório refere-se à diferença entre o número de imigrantes registado num determinado ano e o número de emigrantes registado no mesmo ano (INE, 1999).

Quadro II- Índices da população residente em Portugal, 1960-2001

Ano	1960	1970	1981	1991	1995	1999	2000	2001
Índice de envelhecimento	27,3	34	44,9	68,4	85,2	100,2	102,3	103,6
Índice de dependência total	59,1	61,7	58,6	50,6	47,9	47,6	47,9	48,1
Índice de dependência jovens	46,4	46	40,5	30,1	25,9	23,8	23,7	23,6
Índice de dependência idosos	12,7	15,6	18,2	20,5	22	23,8	24,2	24,5

Fonte: Adaptado do INE (2006) - Recenseamentos Gerais da População e Estimativas Provisórias da População- *A situação demográfica recente em Portugal*

Relativamente ao índice de envelhecimento (quociente entre a população idosa- 65 e mais anos, e a população jovem, dos 0 aos 14 anos), verificamos que em 1960 por cada 100 jovens havia cerca de 27 pessoas idosas, enquanto que em 2001 havia aproximadamente 104 pessoas idosas. A proporção é mais elevada no caso das mulheres, dado possuírem uma maior longevidade, passando o indicador de 34 idosas por cada 100 jovens em 1960 para 123 em 2001 (INE, 1999). Desde 1995 que o número de mulheres idosas é superior ao número de mulheres jovens, situação que para o conjunto da população só deve ter ocorrido em finais dos anos noventa (INE, 1999).

A proporção entre a população em idade activa (15-64 anos) e a população dependente (com menos de 15 anos e com 65 e mais anos) está evidenciada no índice de dependência total, que desceu de 59 em 1960 para 48 dependentes em 2001, isto é, a população em idade activa tem menos 11 indivíduos a cargo. Este índice engloba duas evoluções opostas. Por um lado, o índice de dependência dos jovens (quociente entre a população jovem, dos 0-14 anos, e a população em idade activa, dos 15 aos 64 anos) desceu, passando de 46 para 24 jovens a cargo da população activa, reflectindo a baixa natalidade e, por outro lado, o índice de dependência dos idosos (quociente entre a população idosa, 65 e mais anos e a população em idade activa, dos 15 aos 64 anos) subiu de 13 para 25 idosos a cargo, resultante do aumento da esperança de vida. Há que ter em conta que os índices de dependência dos jovens e dos idosos têm implicações económicas

diferentes, dado que as despesas sociais associadas a cada um dos estratos etários não são da mesma amplitude.

Rosa (1999), refere que entre 1960 e 1991, o duplo envelhecimento da população portuguesa se ficou a dever mais à evolução dos comportamentos relativos à fecundidade e mortalidade, do que aos movimentos migratórios⁹.

A repartição das pessoas idosas pelo território nacional, à semelhança do que acontece nos diferentes países da União Europeia, não é homogénea, devido às diferentes evoluções demográficas regionais (Quadro III).

Quadro III- Índice de envelhecimento por regiões (Nº), em Portugal, em 2001

NUTS II ¹⁰	Ano	2001
Norte		80
Centro		130
Lisboa		103
Alentejo		163
Algarve		128
Região Autónoma dos Açores		60
Região Autónoma da Madeira		72

Fonte: Adaptado do INE (2002) - Censos 2001- Resultados definitivos, Informação à comunicação social, disponível em www.ine.pt

Segundo os Censos de 2001, o índice de envelhecimento em Portugal é nesse ano de 102 e o interior encontra-se mais envelhecido face ao litoral, sendo o Alentejo a região mais envelhecida (163), seguida do Centro e do Algarve (com 130 e 128 pessoas idosas por cada 100 jovens respectivamente). As regiões autónomas são as mais jovens do país com índices de envelhecimento de 60 nos Açores e 72 na Madeira. Se considerarmos apenas o Continente, o Norte é a região com menor índice de envelhecimento (80 pessoas idosas por cada 100 jovens), como resultado das fortes taxas de natalidade observadas no passado recente.

⁹ Actualmente, sendo os fluxos imigratórios que procuram o país, bastante fortes contrabalançam a emigração dos adultos em particular na faixa etária dos 25 aos 44 anos (INE, 1999).

¹⁰ Nomenclatura das Unidades Territoriais para fins estatísticos (NUTS), níveis I, II e III (Decreto-Lei n.º 46/89 de 15 de Fevereiro) (INE, 2002b).

A partir de 2001, a população residente em Portugal tem vindo a denotar um continuado envelhecimento demográfico, como resultado do declínio da fecundidade e do aumento da longevidade. Em 2004, a proporção da população idosa já atinge os 17%, ultrapassando a média estimada para a União Europeia (16,5%) referente ao mesmo ano (INE, 2006).

Dentro da população idosa o crescimento é mais forte na população com 75 ou mais anos, que subiu de 6,9% em 2001 para 7,3% em 2004, sendo a tendência mais acentuada nas mulheres (8,2% em 2001 para 8,8% em 2004) (*ibid.*). A população desta faixa etária (75 ou mais anos) representa quase metade da população idosa em 2004 (*ibid.*).

Relativamente à proporção das pessoas mais idosas (80 ou mais anos) na população idosa, eleva-se a 22,8% em 2004, sendo 19,4% nos homens e 25,2% nas mulheres (reflectindo o fenómeno da sobremortalidade masculina) contra 18,5% e 24,2% respectivamente para homens e mulheres, em 2003 (*ibid.*).

O índice de envelhecimento em 2004 também evoluiu no sentido de um envelhecimento populacional, existindo por cada 100 jovens, 109 pessoas idosas (*ibid.*). Também aqui se verifica que a proporção é mais elevada no caso das mulheres, existindo 130 idosas por cada 100 jovens (*ibid.*). Este facto deve-se à maior longevidade nas mulheres.

Como resultado do envelhecimento demográfico a pirâmide de idades da população residente em Portugal deixou de ser triangular e denota um estreitamento na base e um alargamento no topo, assistindo-se assim, ao que alguns autores consideram como a inversão da pirâmide das idades.

No futuro, tendo em consideração as actuais tendências demográficas e a realização do XIV Recenseamento Geral da População, o INE aponta nas suas projecções para a diminuição da população jovem e para a progressão do fenómeno do envelhecimento, mesmo na hipótese de os níveis de fecundidade aumentarem e os saldos migratórios continuarem positivos, estimando que em 2021 a proporção de pessoas idosas em relação aos jovens seja de 127,4 para 100.

Portugal, tal como os restantes países a nível europeu estão a envelhecer. É consensual um progressivo declínio das taxas de mortalidade e das taxas de fecundidade, com tendência para se acentuarem, reforçando a curto e a médio prazo o envelhecimento da população mundial.

A questão do envelhecimento começa, assim, a suscitar a preocupação dos poderes políticos, da sociedade e dos meios científicos. Começou a ser discutida na I Assembleia Mundial sobre o envelhecimento realizada pela Organização das Nações Unidas, em 1982, em Viena. Nesta Assembleia foram discutidas questões voltadas para o envelhecimento, analisaram o indivíduo, inserido no contexto sócio-familiar e abordaram aspectos fisiológicos do seu desenvolvimento (INE, 2002b).

Mais tarde, em 2002, na II Assembleia Mundial sobre o Envelhecimento organizada pela Organização das Nações Unidas, foram discutidas questões ligadas ao envelhecimento e à necessidade de substituição do modelo do ciclo de vida tradicional. Defenderam a necessidade de adaptar a idade da reforma ao prolongamento da vida e, a necessidade de promover o envelhecimento saudável dos indivíduos e eliminar atitudes e práticas de discriminação das pessoas idosas (*ibid.*).

Sendo o envelhecimento da população uma aspiração natural de todas as sociedades, na medida em que estas desenvolvem esforços para prolongar a vida humana, constitui igualmente um desafio enquanto fenómeno social, que deve ser analisado segundo determinadas dimensões:

- relativo declínio da população activa e envelhecimento da mão-de-obra;
- pressão sobre os regimes de pensão e nas finanças públicas provocada pelo número crescente de reformados e pela diminuição da população em idade activa;
- necessidade crescente de cuidados de saúde e assistência às pessoas idosas;
- diversidade dos recursos e das necessidades das pessoas idosas (INE, 1999).

2- ENVELHECIMENTO INDIVIDUAL

Individualmente o envelhecimento assenta na maior longevidade dos indivíduos, ou seja, no aumento da esperança média de vida.

Contudo, a definição do início do processo de envelhecimento em cada indivíduo está longe de ser consensual entre os diversos autores. Assim, enquanto há especialistas que defendem que o envelhecimento começa logo na fase da concepção, ou seja, envelhecer é começar a viver, outros autores sustentam que o processo de envelhecimento começa entre a segunda e a terceira décadas de vida, e outros ainda defendem que o envelhecimento ocorre nas fases mais avançadas da existência humana. Esta última hipótese é a que prevalece socialmente, dado que se considera a condição de pessoa idosa de forma repentina aos 65 anos. No entanto, sendo o envelhecimento um processo gradual, corroboramos Pimentel (2001), afirmando que a definição de uma categoria específica que inclua as pessoas idosas, resulta sempre de uma construção abstracta e normativa. A este respeito Fontaine (2000), faz uma elucidação importante quando distingue o envelhecimento da velhice, dizendo que enquanto a velhice é um estado que caracteriza um grupo de determinada idade, o envelhecimento é um processo.

De facto, uma das primeiras necessidades a ter em conta quando se pretende estudar o fenómeno do envelhecimento, é de carácter cronológico, sendo pertinente interrogar se será possível estabelecer uma idade a partir da qual a pessoa se torna idosa, dada a complexidade do fenómeno. No entanto, por uma questão de clarificação há necessidade de adoptar uma das convenções existentes. Assim, consideramos, neste trabalho, pessoa idosa todo o indivíduo com 65 e mais anos, à semelhança da Organização das Nações Unidas, do Conselho da Europa e da Organização de Cooperação e Desenvolvimento Económico (cf. página 1 da Introdução) e, consideramos de acordo com alguns gerontólogos as seguintes categorias cronológicas: “idosos jovens”- com idade igual ou superior a 65 anos e até aos 74; “idosos-idosos”- com idade igual ou superior a 75 anos e até aos 84 e “muito idosos”- com idade igual ou superior a 85 anos (Imaginário, 2004).

De acordo com Arantes (2003), a idade cronológica é um estereótipo, através do qual se afirma que um indivíduo é jovem, de meia idade ou idoso, daí resultando diferentes papéis ou oportunidades na estrutura social. A verdade é que não é possível estabelecer conceitos universalmente aceitáveis e uma terminologia globalmente padronizada para o

envelhecimento, até porque é inevitável que o conceito arraste consigo um conjunto de conotações políticas e ideológicas dentro de cada sociedade concreta.

A propósito desta dificuldade em definir o processo de envelhecimento com exactidão, Fernandes (2000), propõe quatro conceitos diferentes a ponderar: idade cronológica, correspondente à idade oficial presente no Bilhete de Identidade, determinada pelo calendário, pelo passar do tempo; idade biológica, correspondente ao estado orgânico e funcional dos vários órgãos, aparelhos e sistemas, isto é, à posição do indivíduo no seu ciclo de vida, e que pode não coincidir com a idade cronológica, implicando a observação das capacidades funcionais do organismo; idade social, que se refere aos papéis e hábitos do indivíduo em relação ao seu grupo social, podendo ser avaliada através dos padrões de comportamento, como por exemplo, o desempenho de funções sociais e a idade psicológica, que não depende da idade nem do estado orgânico, e que se refere às capacidades de o indivíduo se adaptar ao meio ambiente.

Nesta lógica, o processo de envelhecimento não pode ser definido apenas por critérios cronológicos, mas sim segundo uma abordagem holística que tenha em conta a análise do conjunto das condições físicas, funcionais, mentais e de saúde de cada indivíduo, o que significa que podem ser observadas diferentes idades biológicas e subjectivas, em indivíduos com a mesma idade cronológica.

“O envelhecimento foi durante muito tempo percebido como um fenómeno patológico relacionado com o desgaste do organismo e as sequelas das doenças da infância e da idade adulta” (Berger e Mailloux- Poirier, 1995: 124-125). O sinal mais evidente da senescência é um processo natural e não é sinónimo de senilidade, termo que designa uma degenerescência patológica, muitas vezes associada ao envelhecimento, mas que tem origem em disfunções orgânicas (Comier e Trudel, 1986 citados por Berger e Mailloux- Poirier, 1995).

“A senescência é um processo multifactorial que arrasta uma deterioração fisiológica do organismo. É um fenómeno normal, universal, intimamente ligado ao processo de diferenciação e de crescimento” (Berger e Mailloux- Poirier, 1995 : 125). O sinal mais evidente de senescência é a diminuição da capacidade de adaptação do organismo, face às alterações do meio ambiente, que se vai acentuando com a idade e com o aparecimento de doenças crónicas (*ibid.*).

Ao analisarmos o envelhecimento humano, é então fundamental distinguir o que é consequência do processo de senescência normal (envelhecimento primário), daquilo que é

secundário e devido a lesões patológicas, muitas vezes múltiplas, que aparecem com a idade (envelhecimento secundário) (Berger e Mailloux- Poirier, 1995).

Contudo, a diferenciação entre estas duas condições é, por vezes, extremamente difícil, existindo situações em que é muito complexo distinguir se uma determinada alteração é manifestação da senescência ou da senilidade. A imprecisão do estabelecimento desses limites exige por parte dos profissionais de saúde um diagnóstico rigoroso, de forma a distinguir o que é normal do que é patológico.

O envelhecimento da população é um fenómeno universal, e além de fenómeno colectivo é também um fenómeno individualizado, que decorre desde o nascer e ao qual se juntam alterações fisiológicas, psicológicas e comportamentais. A senescência, não pode ser considerada como resultado único do envelhecimento biológico, mas sim de, uma combinação com outros factores que não são de origem biológica, como sejam históricos, políticos, económicos ou tecnológicos que dão um carácter particular/individual ao processo de envelhecimento.

No entanto, mesmo o declínio das funções orgânicas durante o processo de envelhecimento varia de indivíduo para indivíduo, o que nos pode levar a ponderar a importância dos factores extrínsecos ao processo de envelhecimento normal, como por exemplo, o estilo de vida, actividades e ambiente. Tal significa que as alterações causadas pelo envelhecimento desenvolvem-se a um ritmo diferente para cada pessoa e dependem de factores externos ou ambientais¹¹ e de factores pessoais¹². De entre o conjunto de factores ambientais que influenciam a pessoa idosa que está dependente, destacamos o cuidador principal pela influência que exerce no seu desempenho.

É precisamente por isto, que se pode afirmar que o envelhecimento é diferencial, ou seja, cada indivíduo envelhece de um modo particular, diferente de outro, conforme os modos de vida (se casou, se teve filhos, viveu só, etc.), a profissão (diferença entre trabalho manual ou intelectual), os acontecimentos traumáticos, bem como outros factores de ordem

¹¹ Segundo a CIF (Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde- que é um instrumento de classificação da condição de saúde passível de ser utilizado em várias áreas e domínios e pertence à família das classificações da OMS e é aceite como uma das Classificações das Nações Unidas), os factores ambientais abrangem o ambiente físico e comportamental em que as pessoas vivem e evoluem (OMS, 2000 citada por Hesbeen, 2003). Os factores são exteriores à pessoa e podem ter uma influência positiva ou negativa sobre o seu desempenho enquanto membro da sociedade, ou sobre uma função orgânica ou uma estrutura anatómica dessa pessoa (*ibid.*).

¹² Os factores pessoais segundo a CIF representam o contexto de vida da pessoa, constituído pelas características individuais que não tem qualquer relação com determinado problema de saúde ou com determinada situação funcional (*ibid.*). Abrangem o sexo, a raça, a idade, a personalidade e o carácter, as aptidões, as condições físicas, o estilo de vida, os hábitos, a educação recebida, a adaptação, a origem social, a profissão, o grau de instrução, os antecedentes sociais, etc (*ibid.*).

social, como a escolaridade e a condição social (com reflexos designadamente nos hábitos de higiene, alimentação), e factores que influenciam o processo de envelhecimento, tais como a obesidade, hábitos tóxicos (álcool, tabaco, droga), a alimentação, o exercício físico, e claro, a incidência de doenças (Fernandes, 2000).

2.1- Processo de envelhecimento: uma abordagem multidimensional

Como vimos anteriormente, existe uma grande dificuldade em apresentar uma definição geral de envelhecimento, por se tratar de um conceito multidimensional, multifactorial e extremamente complexo. A única certeza é que se trata de um processo inevitável e irreversível.

No sentido de uma compreensão holística do processo de envelhecimento iremos de seguida abordá-lo nas várias dimensões: biofisiológica, psicológica e social.

Abordagem biofisiológica do envelhecimento

A vida representa crescimento e transformações contínuas, às quais todos os seres vivos estão submetidos. Palma (1999), afirma que o ciclo vital é constituído por três fases sucessivas: o crescimento, a maturidade e a senescência, que se desenvolvem segundo o ritmo característico da espécie humana, têm uma evolução não linear e são influenciadas por factores internos e externos, interrelacionados.

Embora nenhuma das definições actuais de envelhecimento biológico esteja cientificamente comprovada e aceite, Berger e Mailloux- Poirier (1995: 99), avançam com a seguinte definição “[...] é um fenómeno multidimensional resultante da acção de vários mecanismos: disfunção do sistema imunológico, programação genética, lesões celulares, modificações ao nível da molécula de ADN e controlo neuro-endócrino da actividade genética”.

Tal como o envelhecimento a outros níveis, a nível biológico, a evolução é variável, sendo que, de um modo geral, os tecidos perdem alguma flexibilidade e os órgãos e os sistemas reduzem a qualidade e a agilidade das suas funções. É neste sentido que se afirma que o envelhecimento humano biológico se dá ao nível dos órgãos, dos tecidos e das células, e que as alterações que se verificam nos vários aparelhos e sistemas não têm a

mesma velocidade de declínio, e o padrão de declínio é bastante heterogéneo entre os diversos órgãos.

O envelhecimento biológico passa por uma série de alterações a vários níveis: ao nível do paladar e do olfacto; ao nível da visão, da audição; alterações do sono (oscilações); alterações da temperatura; do peso e do metabolismo; alterações das necessidades energéticas e ao nível da sexualidade. Mas o mais importante a acentuar é que os défices sensoriais de natureza auditiva e visual são considerados como causas importantes do declínio geral no funcionamento das actividades intelectuais.

Assim, no processo de envelhecimento são atingidos todos os sistemas importantes do organismo, e o efeito destas mudanças nos contextos ambientais específicos modifica os comportamentos dos indivíduos. Trata-se, no entanto, de processos normais, e não de sinais de doença. De acordo com Berger e Mailloux- Poirier (1995), a saúde não desaparece logo que chega a velhice, pois esta não é sinónimo de doença ou handicap, sendo que a maior parte das pessoas idosas se consideram saudáveis. Tal argumento não significa ignorar que quando as pessoas envelhecem, têm maiores probabilidades de sofrer de doenças ou incapacidades.

Na realidade, as pessoas idosas como grupo, apresentam uma incidência significativa de situações crónicas¹³. Quase metade das pessoas com mais de 65 anos está limitada nas suas actividades por um ou mais estados crónicos (Phipps, 1995). A este respeito, a DGS refere que os últimos anos de vida são acompanhados de situações de doença e incapacidade, susceptíveis de prevenção (DGS, 2004). Algumas limitações de incapacidade estão associadas a incapacidades mentais, mas a maior parte resulta de limitações físicas por situações cardíacas e artrose (Phipps, 1995).

As situações crónicas mais comuns na pessoa idosa são por ordem decrescente: as doenças do aparelho locomotor, as doenças do aparelho circulatório, a obesidade, os problemas auditivos, os problemas visuais, as doenças respiratórias e a diabetes mellitus (Rafart, 2001 e Birchfield, 1999). A diabetes mellitus juntamente com o hipotireoidismo são

¹³ Doença crónica é “[...] a doença de curso prolongado, com evolução gradual dos sintomas e com aspectos multidimensionais, potencialmente incapacitante, que afecta, de forma prolongada, as funções psicológica, fisiológica ou anatómica, com limitações acentuadas nas possibilidades de resposta a tratamento curativo, mas com eventual potencial de correcção ou compensação e que se repercute de forma acentuadamente negativa no contexto social da pessoa por ela afectada” (Ministérios da Saúde, e do Trabalho e da Solidariedade, 2006: 3857).

as doenças metabólicas que surgem com maior frequência e, ao nível das doenças da pele, predominam as úlceras de pressão¹⁴.

A Direcção Geral de Saúde (2004), refere ainda que a prevalência de algumas doenças crónicas aumenta significativamente com a idade. Entre essas doenças crónicas, encontram-se as doenças neurodegenerativas, nomeadamente a doença de Parkinson¹⁵, em que a prevalência aumenta de 0,6% aos 65 anos para 3,5% aos 85 e mais anos e a demência¹⁶, em que a prevalência aumenta de 1% aos 65 anos, para 30% aos 85 anos de idade (*ibid.*).

Parece-nos importante referir que a doença de Alzheimer¹⁷ é a causa mais comum das demências nas pessoas idosas. Trata-se de uma doença degenerativa do sistema nervoso central, é evolutiva, incurável e mortal no actual estado das investigações, uma vez que está associada a lesões cerebrais irreversíveis, apesar dos evidentes progressos farmacológicos. Apesar da sua incidência ser maior no sexo feminino, as mulheres sobrevivem mais tempo do que os homens com esta doença.

¹⁴ As úlceras de pressão podem ser definidas como lesões dos tecidos de revestimento/pele resultado de um prolongado período de isquemia tecidual originada pelo compromisso da circulação e do sistema linfático (Coutinho, Araújo e Macedo, 2003). Surgem em doentes acamados por longos períodos com mobilidade reduzida ou nula e com baixas defesas, sendo na sua maioria idosos.

As localizações mais comuns das úlceras de pressão são as regiões sacrococcigea, grade costal, trocântérica, maleolar, calcânea e a nível do ombro, por serem regiões onde a pressão exercida sobre estas excede a pressão capilar normal (*ibid.*). O seu aparecimento pode ser prevenido através dum correcto acompanhamento da situação, por exemplo através da utilização de ajudas técnicas (camas articuladas, colchões de pressão alterna, etc), e através da implementação de medidas preventivas, como por exemplo, suporte nutricional adequado, higiene e hidratação da pele adequadas e mobilização adequadas (mudanças periódicas de decúbito, exercícios, posicionamento correcto na cama para evitar deformidades).

¹⁵ A doença de Parkinson é uma das doenças degenerativas do sistema nervoso central, mais comuns, de evolução lenta e progressiva (Schenk, 1995). A designação de doença de Parkinson, deve-se ao médico inglês James Parkinson, tendo, falado a primeira vez a respeito desta, em 1817 (*ibid.*). Afecta indivíduos dos dois sexos, na meia-idade e em anos mais avançados (50 a 60) e encontra-se em todas as raças e classes de pessoas, estimando-se que afecte 100 a 150 pessoas numa população de 100 000 (*ibid.*). Começa com um ligeiro tremor, sendo o tremor dos dedos, tipo “enrolar cigarros”, ou o tremor em repouso, o sinal predominante da doença (*ibid.*). Outros sinais frequentes da doença são fraqueza muscular (com rigidez), que impede a resposta normal em actos comuns, e perda de reflexos posturais, como por exemplo, o tronco é inclinado para a frente e os braços caem, de modo rígido, ao longo do corpo e não balançam e, há um arrastar de pés em que os doentes tendem a andar nas pontas dos pés (*ibid.*). É, sobretudo, um problema de movimento (*ibid.*). A face apresenta um aspecto de máscara, e a fala é lenta e monótona (*ibid.*). Podem ocorrer, falhas no raciocínio e instabilidade emocional, mas a inteligência não é afectada (*ibid.*).

¹⁶ A demência é definida como um declínio no nível anterior da função cognitiva (Martin, 1995). Embora os efeitos na memória (sobretudo na memória recente) sejam, amiúde, proeminentes, todos os aspectos das funções corticais estão afectados, levando à desorientação, julgamento insuficiente e pouca concentração (*ibid.*). O nível de consciência está em geral, normal (*ibid.*). Trata-se, portanto de um síndrome clínico, suficientemente grave, para limitar as actividades de vida diária das pessoas idosas (*ibid.*).

¹⁷ Esta doença foi descoberta pela primeira vez, em 1907, pelo médico alemão Alzheimer (Schenk, 1995).

O Acidente Vascular Cerebral (AVC¹⁸) é igualmente referido pela Direcção Geral de Saúde, como uma doença crónica cuja prevalência aumenta de 3% aos 65 anos para 30% aos 85 e mais anos (DGS, 2004). Constitui uma importante causa de morte e séria deficiência na União Europeia (*ibid.*). Os efeitos tardios da doença ou sequelas são diversos e estão relacionados com a localização da lesão, as dimensões da área afectada e o volume da circulação colateral. As sequelas como a diminuição da capacidade de comunicar e a paralisia motora, provocam um grande impacto na vida da pessoa idosa e da sua família, que têm que enfrentar o desafio do cuidado no domicílio.

Em suma, podemos concluir que a diminuição das capacidades físicas e sensoriais (audição e visão), para além das mentais, potencia um decréscimo do bem-estar e aumenta o sentimento de vulnerabilidade, determinando a condição psicológica e social das pessoas idosas.

Abordagem psicológica e social do envelhecimento

Na transição da idade adulta para a terceira idade e desta para a quarta idade (idade superior a 85 anos), a pessoa confronta-se com mudanças não só do ponto de vista biológico, as quais acarretam não raras vezes, diminuição da capacidade funcional, mas também do ponto de vista psico-social, mudanças de papéis, de status, nas interacções decorrentes entre outros aspectos da reforma (Fragoeiro, 2004).

Esta reforma requer, como condição de admissão, a retirada do indivíduo da sua actividade profissional, originando a formação de um grupo que é afastado do mercado de trabalho e sujeito à respectiva desvalorização do seu estatuto social. É então como se o desaparecimento da função de produção marcasse uma perda de utilidade social, sentida pelo reformado e confirmada pela sociedade onde o estatuto da pessoa idosa está ligado ao trabalho e à rentabilidade (Fernandes, 2000). A sociedade atribui, desta forma, aos reformados um papel dependente induzido pela situação objectiva de inactividade, independentemente da sua aparência ou competência para o trabalho, estabelecendo assim a sua entrada oficial na velhice.

Mas, se antes a idade de reforma aos 65 anos era um marco, artificial, mas seguro, do início da velhice, actualmente verifica-se que as pessoas se reformam cada vez mais

¹⁸ A doença vascular cerebral ou AVC, significa toda e qualquer anormalidade do sistema nervoso central, causada por interferência no aporte normal de sangue para o encéfalo (Smeltzer e Bare, 1994 citados por Andrade e Rodrigues, 1999), como resultado da obstrução (parcial ou total) dum vaso sanguíneo ou duma hemorragia por rotura da parede do mesmo.

precocemente devido a motivos que não se relacionam com a idade, nomeadamente o desemprego, a incapacidade e a reforma antecipada, tornando mais complicado o estabelecimento de quem é ou não idoso (Pimentel, 2001).

No entanto, não devemos esquecer que cada indivíduo envelhece de forma diferente sendo que a idade da reforma (entendida no sentido de “deixar de trabalhar”), tem repercussões diferentes em cada um. A percepção mais ou menos favorável que as pessoas idosas têm destas mudanças é significativamente importante na sua adaptação ao ambiente e para o seu bem-estar.

No processo de envelhecimento, as questões relacionadas com a adaptação (numa perspectiva em que esta se revela essencial à saúde mental) assumem particular importância.

Com o avançar progressivo da idade, a relação entre ganhos e perdas desequilibra-se, sendo mais significativas as perdas. A adaptação pode ser difícil porque as capacidades nesta fase são mais diminutas e, caso o ambiente físico e social, não seja reajustado para minimizar as dificuldades percebidas pela pessoa idosa, esta torna-se mais vulnerável.

A este respeito, Berger e Mailloux-Poirier (1995), referem que a velhice é uma “situação de crise”, um ponto de viragem na existência em que os mecanismos da adaptação habituais já não permitem fazer face às diferentes alterações encontradas. Esta quebra na capacidade de adaptação pode-se manifestar pela incapacidade de aceitar ou administrar uma situação de choque como por exemplo a viuvez, ou pela total incapacidade adaptativa mesmo em situações como sair de casa para dar um passeio. O declínio da capacidade de adaptação social pode manifestar-se pela dificuldade de aceitação da mudança de ambientes, desde uma casa diferente até uma simples mudança dos móveis do quarto (Leme, 2000). A pessoa idosa sente o ambiente familiar como um local de estabilidade e protecção (*ibid.*), daí que quando precisa de deixar a sua própria casa, para ir viver com os filhos ou para um lar, ou outro tipo de instituição, este acontecimento seja quase sempre traumático. “O deixar uma cadeira favorita, um objecto decorativo, a própria cama; separá-lo disto é como se perdesse parte da sua identidade” (Fernandes, 2000: 26).

A vulnerabilidade acrescida para a perturbação psicológica nas pessoas idosas deve ser analisada à luz dos variados factores pessoais e ambientais que podem ser percebidos como factores de stress (Fragoeiro, 2004). Entre os factores que alteram (aumentando ou diminuindo) a vulnerabilidade individual encontram-se o decréscimo ao

nível das capacidades funcionais, as perdas, a diminuição das capacidades económicas, as mudanças de residência de meio (rural, urbano) e os estilos de vida (*ibid.*).

Na realidade, os problemas psicológicos ligados ao envelhecimento raramente são causados pela diminuição das funções cognitivas (Berger e Mailloux-Poirier, 1995). A diminuição de certas funções cognitivas é normal no envelhecimento, mesmo nas pessoas idosas mais funcionais que podem apresentar perdas de memória (*ibid.*). As mudanças intelectuais parecem mais relacionadas com a modificação de certas funções do que com alterações de inteligência, sendo as funções mais atingidas, a memória, o tempo e reacção e a percepção (*ibid.*).

Os problemas psicológicos devem-se assim, na maioria das vezes, às perdas de papel, às crises, às múltiplas situações de stress, à doença, à fadiga, ao desenraizamento e a diversos outros traumatismos que diminuem a capacidade de concentração e de reflexão das pessoas idosas (*ibid.*). De entre estes factores destacamos a influência que a doença crónica exerce no aparecimento da doença mental na pessoa idosa¹⁹.

Examinemos, agora, de acordo com Berger e Mailloux-Poirier (1995), quatro factores que podem precipitar o aparecimento de doenças mentais. O primeiro factor é referente ao estado de saúde física nomeadamente a percepção pessoal da saúde (*ibid.*). A pessoa que se julga “saudável” é capaz de manter ocupações, diversões, contactos sociais e de se sentir útil, enquanto que a que se acha “doente” é levada a deprimir-se (*ibid.*). O que aqui é importante assegurar é que uma pessoa idosa, mesmo portadora de uma doença, como é o caso das pessoas idosas dependentes, poderão sentir-se saudáveis, desde que sejam capazes de desempenhar funções e actividades, capazes de alcançar expectativas,

¹⁹ À luz das teorias psicodinâmicas podemos analisar as várias perdas que o doente idoso crónico experimenta como factores de risco para o aparecimento da depressão:

1. perdas de independência a nível físico, como por exemplo as necessidades fisiológicas não satisfeitas, a incapacidade com limitação funcional para a realização de actividades de vida diárias. Estas perdas levam a sentimentos de culpa, diminuição de auto-estima e muitas vezes à necessidade de punição;
2. perdas relacionais sociais e familiares importantes, devido à separação dos familiares e outros significativos aquando dos internamentos repetidos ou devido a discussões relacionadas com a prestação de cuidados ao doente;
3. perdas de posição dentro da família, já que a pessoa idosa começa a sentir-se como um “fardo”, pois depende de terceiros para a prestação de cuidados e a sua situação acarreta um aumento de despesas económicas devido às hospitalizações, medicamentos, dietas e equipamentos especiais, modificações em casa (por exemplo rampas ou alargamento de portas para a cadeira de rodas), transportes e serviços de apoio ao domicílio (Spar e La Rue, 2005 e Bolander, 1998).

desejos e projectos, ou seja, terem alguma função social que lhes proporcione uma boa qualidade de vida (Paschoal, 2007).

O segundo factor que pode precipitar o aparecimento de doenças mentais refere-se à mudança de papel, à passagem de um papel tradicional e utilitário (apoio familiar, pais, operário) a um papel mais expressivo e interiorizado (Berger e Mailloux-Poirier, 1995). “O indivíduo que era competente, bem sucedido e independente, pode tornar-se dependente e impotente para enfrentar a relação, quer com a família, quer com a sociedade em que se encontra inserido” (Fernandes, 2000: 26).

A marginalização nem sempre permite aos idosos participar activamente na vida social e a falta de ocupação tem efeitos nefastos sobre a percepção de si, e pode conduzir à depressão (Berger e Mailloux-Poirier, 1995).

Na realidade, a sociedade discrimina com base na idade, simplificando demasiado as actividades como se as pessoas idosas fossem todas iguais e não tivessem capacidade para participar noutra tipo de actividades mais complicadas (Arantes, 2003). Frequentemente desvalorizam-se as capacidades da pessoa idosa, esquecendo aspectos positivos que a idade comporta, como é o caso dos conhecimentos e experiência adquirida ao longo da vida (Arantes, 2003 e Domínguez-Alcón, 1998). Estes conhecimentos e a experiência adquirida podem ser “aproveitados” como recurso para a comunidade, sendo úteis à sociedade, contribuindo para a integração na sociedade e para manter o seu estado de saúde (*ibid.*).

Também Fernandes defende que se corre o risco de que as pessoas idosas se tornem “incapazes”, não apreciando e assumindo os valores positivos da velhice, se não se alterar esta imagem dominante que as sociedades cultivam, afirmando que “a sociedade tem de compreender que a integração social dos idosos é o caminho para lhes reduzir a dependência, preservar a auto-confiança e contribuir de forma positiva para a prosperidade da mesma” (Fernandes, 2000: 32).

Esta integração social passa por encarar o envelhecimento como um processo natural e deverá começar pelos cuidadores que cuidam das pessoas idosas que dependem dos seus cuidados para sobreviver. Os cuidadores deverão estimular as pessoas idosas em todas as suas capacidades, de forma a torná-las mais autónomas. Esta atitude iria permitir reduzir a exclusão das pessoas idosas que vivem situações de solidão e de doença e que necessitam de cuidados que lhe são negados (não necessariamente por falta de recursos).

O terceiro factor que pode precipitar o aparecimento de doenças mentais é o estatuto familiar e marital (Berger e Mailloux-Poirier, 1995). Quando são separadas da família ou dos amigos por uma morte, mudança de casa, divórcio, partida de um ou mais filhos ou por doença, as pessoas idosas encontram-se sem recursos ou isoladas (*ibid.*).

Finalmente, as forças da personalidade constituem o quarto factor responsável pelo aparecimento de doenças mentais na pessoa idosa (*ibid.*). O indivíduo que sempre demonstrou capacidades de adaptação apropriadas continua a adaptar-se bem, mesmo em situações de privação ou de stress, enquanto que as pessoas com personalidade menos forte reagem de forma diferente e vivem um sentimento de impotência face aos efeitos do envelhecimento e seu impacto (*ibid.*). Esta impotência ainda se torna maior quando existe ausência de informação, incapacidade de fazer escolhas e falta de ajuda e recursos (*ibid.*).

Embora já tenhamos referido anteriormente a demência como uma das perturbações de saúde mais habituais decorrentes do processo de envelhecimento, parece-nos importante destacar que, embora se trate maioritariamente de doenças do foro neurológico, elas acarretam uma série de consequências psicológicas e sociais. Estas consequências geram-se devido aos doentes com demência possuírem um quadro de diminuição progressiva da função cognitiva, isto é, perda de memória, da capacidade de abstracção e juízo com consequências da alteração da personalidade e da estrutura psicológica. As consequências sociais advêm sobretudo das incapacidades para realizar as actividades de vida diária e das repercussões sócio-familiares que a situação acarreta.

2.2- A pessoa idosa dependente

Como acabamos de verificar anteriormente, as pessoas vivem cada vez mais tempo e, embora a maioria das pessoas idosas não seja nem doente, nem dependente, a verdade é que as transformações bio-psico-sociais pelas quais todas elas passam, alteram o seu equilíbrio homeostático e exigem um novo equilíbrio, ao qual cada indivíduo se adapta com maior ou menor facilidade (Palma, 1999). Aparecem algumas deficiências, aumenta a predisposição à doença, diminui a actividade física e mental, surgindo dificuldades de adaptação e diminuição da capacidade de resposta às solicitações criadas ao nível bio-psico-social (*ibid.*).

Também Pavarini e Neri (2000), referem que nesta fase da vida ocorre uma tendência para acumulação dos efeitos das pressões exercidas pelas perdas em vários

domínios como, por exemplo, perdas de amigos, às quais se junta a reforma compulsiva, o afastamento dos filhos, as doenças e a sensação de aumento da vulnerabilidade. Este conjunto de alterações pode levar à perda de autonomia, tanto a nível biológico como psico-social fazendo com que alguns idosos necessitem da assistência de terceiros para satisfazer as necessidades humanas básicas (*ibid.*).

Para podermos aprofundar o conceito de dependência, parece-nos relevante analisarmos também conceitos adjacentes, tais como autonomia e independência.

A autonomia pode ser definida por autogoverno, que se expressa na liberdade da pessoa agir e para tomar decisões (Pavarini e Neri, 2000). De uma forma mais aprofundada podemos dizer que a autonomia é a capacidade e/ou o direito de uma pessoa escolher por si mesma as regras da sua conduta, a orientação dos seus actos e os riscos que se encontra disposta a assumir.

A independência, embora quotidianamente seja utilizada como sinónimo de autonomia, refere-se à capacidade da pessoa realizar as actividades de vida diária sem ajuda (*ibid.*). Contudo, embora exista uma relação inquestionável entre poder fazer e poder escolher, é necessário acentuar que, mesmo funcional e fisicamente impedidas, algumas pessoas conseguem exercer as suas capacidades de escolha e de controle sobre parte do seu ambiente (*ibid.*). Por exemplo, conseguem decidir se querem ir para um lar ou não, participar na programação de serviços que lhe são prestados, escolher sobre a roupa que hão-de vestir, onde passar férias, etc. Ao contrário, verifica-se também muitas vezes que a pessoa idosa dependente de ajuda para as actividades normais de vida diária é impedida por outros de decidir sobre a sua própria vida, perdendo a sua autonomia. O que aqui importa acentuar é que mesmo que uma pessoa idosa seja dependente (a não ser que a dependência seja total), não deve por isso deixar de ser autónoma e a sua família ou outras pessoas não devem decidir sobre a sua vida sem a consultar.

A Fundação Nacional de Gerontologia de França corrobora em parte estas premissas, defendendo que a maior parte das pessoas idosas permanecem autónomas e lúcidas até ao último momento da sua existência, sendo que a dependência, quando surge, é em idades mais tardias²⁰. Não obstante, esta entidade é peremptória ao afirmar que

²⁰ Esta dependência associada a idades mais tardias é, no entanto, uma realidade cada vez mais presente dado o aumento do número de indivíduos a atingir idades avançadas.

mesmo dependentes, as pessoas idosas devem continuar a exercer os seus direitos, deveres e liberdades de cidadãos.

A dependência é definida como a incapacidade de a pessoa funcionar satisfatoriamente sem a ajuda de um semelhante ou de equipamentos que lhe permitam adaptar-se (Pavarini e Neri, 2000). Em sentido estrito, a dependência traduz-se pela necessidade de assistência nas actividades quotidianas, que o indivíduo já não realiza porque não pode ou porque não quer (exemplo: quando o idoso adopta um comportamento dependente por conveniência para chamar a atenção à sua volta) (*ibid.*). Trata-se, portanto, de apoio aos papéis de sobrevivência (lavar-se, vestir-se, alimentar-se, etc).

Contudo, a definição de dependência apresentada pelos Ministérios da Saúde e do Trabalho e da Solidariedade, é mais abrangente e considera dependência

[...] a situação em que se encontra a pessoa que, por falta ou perda de autonomia física, psíquica ou intelectual resultante ou agravada por doença crónica, doença orgânica, sequelas pós traumáticas, deficiência, doença severa e/ou incurável em fase avançada, ausência ou escassez de apoio familiar ou de outra natureza, não consegue, por si só, realizar as actividades de vida diária [...] (Ministérios da Saúde e do Trabalho e da Solidariedade, 2006: 3857).

A partir desta definição podemos verificar que a dependência das pessoas não se deve apenas à sua incapacidade física, mas também às dificuldades familiares e escassez de apoios sociais. A este respeito Fernandes (2000), diz-nos que nas pessoas idosas, a dependência assume contornos particulares, uma vez que esta resulta de factores como a redução das capacidades físicas ou psicológicas, insegurança económica, isolamento, solidão, dependência de familiares e/ou de outro tipo de suporte social.

Segundo a DGS (2004), (baseando-se num estudo recente da ONSA, 2001), em Portugal 12% das pessoas com 65 e mais anos precisam de ajuda para o exercício das AVD, sendo esta realidade agravada pelo facto das pessoas idosas inquiridas referirem viver na companhia de apenas uma pessoa e 12% referirem viver em situação de isolamento.

Importa ainda acrescentar que a dependência pode ser total ou parcial, temporária ou permanente (Paschoal, 2007), e que a gravidade da mesma pode variar com o grau em que a pessoa idosa aceita ou não a doença (Lage, 2005b).

Corroborando Pavarini e Neri (2000), afirmamos que dependência, independência e autonomia não são condições que se excluem umas às outras, porque o funcionamento do ser humano é multidimensional. Um idoso pode ser dependente em determinados aspectos e independente em outros, por exemplo, pode possuir uma dependência física (incapacidade) e ser autónomo financeiramente, ou ser dependente afectivamente (usar a condição de velho para despertar compaixão e atenção) e independente a nível cognitivo (ser capaz de planear as acções que lhe permitirão manter a esposa ou a filha sempre perto de si) (*ibid.*).

Nesta linha de pensamento, abordar a situação de dependência implica analisar o contexto situacional no qual ela ocorre, ou seja, compreender os vários factores que para ela concorrem.

Dentro do conjunto desses factores destacamos as doenças e, em particular, as doenças crónicas, que têm um efeito directo na capacidade dos indivíduos para satisfazer as actividades de vida diária (AVD) e manter condições de vida independente. Entre essas doenças encontram-se como podemos verificar anteriormente os Acidentes Vasculares Cerebrais, as doenças pulmonares, de Parkinson, osteoarticulares, as demências de várias ordens, entre outras. Estas doenças associadas ao envelhecimento afectam, quer a duração da vida, quer a sua qualidade (Birchfield, 1999). O sofrimento e a incapacidade causados por estas doenças obriga-nos a redefinir a doença em termos operacionais: avaliação das limitações funcionais e incapacidade temporária e permanente da pessoa idosa (*ibid.*).

Como a incidência e a prevalência das doenças crónicas aumenta com a idade, a comorbilidade (coexistência de diversos problemas crónicos no mesmo indivíduo) é frequente em pessoas de idade avançada (Rafart, 2001), aumentando o risco de incapacidade. É este o motivo apontado para que as pessoas idosas, em número e intensidade sejam proporcionalmente mais dependentes do que as jovens.

A realidade é que com o passar dos anos há um aumento significativo da dependência (Paschoal, 2007). Os grupos etários mais velhos são proporcionalmente mais dependentes que os mais jovens (*ibid.*).

Estudos epidemiológicos realizados em vários países mostram que apenas 4% das pessoas idosas com mais de 65 anos apresentam incapacidade grave e alto grau de dependência contra 20% que apresentam um leve grau de incapacidade (Pavarini e Neri, 2000). Os mesmos estudos referem ainda que 13% dos que têm entre 65 e 74 anos e 25% dos que estão entre os 75 e os 84 anos apresentam incapacidade moderada (*ibid.*). Acima

dos 85 anos, a incapacidade é de quatro a cinco vezes maior do que aos 65 anos, subindo para 46% a percentagem dos indivíduos com incapacidade moderada (*ibid.*).

Também Amaral e Vicente (2001), e Sousa (1993), constataram nos estudos que realizaram a pessoas idosas dependentes, que não só o grau de dependência aumentava com o aumento do grupo etário, como também era mais predominante no sexo feminino. Demonstraram assim, que havia uma diferença face ao género, sendo o sexo feminino mais dependente que o masculino (*ibid.*).

O ambiente físico e social que rodeia a pessoa idosa exerce também uma influência importante na manifestação da dependência.

Ao nível físico, o ambiente pode impor barreiras arquitectónicas (escadas, degraus, pisos escorregadios, iluminação ou sinalização deficiente) e ergonómicas, (sofás excessivamente fundos, fofos e baixos, camas altas, cadeiras com área e ângulo de apoio para as costas e para os braços deficientes, armários de parede pendurados muito alto, visores de aparelhos com letras muito pequenas) (Pavarini e Neri, 2000).

A este respeito Mello e Perracini (2000), referem a importância que o ambiente tem no desempenho funcional das pessoas idosas, invocando teorias mais recentes que apontam que o controlo motor emerge da interacção entre as características intrínsecas do indivíduo, a tarefa a ser realizada e o contexto ambiental.

Por outro lado, podem não ser proporcionados à pessoa idosa equipamentos que funcionem como extensões do corpo humano como por exemplo, as ajudas técnicas²¹, que ajudam a adaptar-se a um ambiente que não foi construído para ela (bengalas, andarilhos, cadeiras de rodas, etc) (Pavarini e Neri, 2000).

Ao nível do ambiente social que rodeia a pessoa idosa, as práticas sociais discriminatórias podem restringir substancialmente a sua autonomia e a sua independência (*ibid.*). São exemplos dessas práticas recusar emprego ou demitir as pessoas mais velhas; tratá-las como incapazes; recusar-lhe pensões que lhe permitam dar conta das necessidades básicas; ao nível institucional oferecer um ambiente excessivamente rotinizado e

²¹ Ajudas técnicas são “qualquer produto, instrumento, equipamento ou sistema técnico usado por uma pessoa com deficiência especialmente produzido ou disponível [...]” (Direcção Geral da Saúde, 1993 citada por Loureiro *et al.*, 2007: 53).

Estas ajudas “[...] destinam-se a compensar a deficiência ou a atenuar-lhe as consequências e a permitir o exercício das actividades quotidianas e a participação escolar, profissional e social” (Secretariado Nacional para a Reabilitação e Integração das Pessoas com Deficiência, 2001: 15469).

despersonalizado, onde a pessoa idosa seja tratada como incapaz, sem poder de decisão e dificultar-lhe o acesso a serviços de saúde (*ibid.*).

Em relação à influência do cuidado prestado à pessoa idosa institucionalizada no seu comportamento dependente, invocamos um estudo de Pavarini que caracterizou os padrões de interação predominantes nas relações de cuidado de duas cuidadoras não especializadas e vinte e sete idosos residentes num lar (Pavarini e Neri, 2000). Os dados obtidos permitiram-lhe encontrar quatro tipos de padrões de interação cuidador – pessoa idosa: manutenção da autonomia, estímulo à autonomia, estímulo à dependência e manutenção da dependência, com supremacia do padrão de manutenção da dependência, o que significa que os idosos, mesmo estando aptos a realizarem as suas funções, comportavam-se de forma dependente (*ibid.*). Aos seus desempenhos dependentes, as pessoas que os auxiliavam reagiam de preferência com acções que permitiam perpetuá-los, sendo as situações mais geradoras deste padrão, a do banho, seguida pela da alimentação e depois pela medicação (*ibid.*).

Em segundo lugar em frequência, a autora verificou a existência do padrão de estímulo à dependência, que se verificou quando o cuidador se opunha a iniciativas de independência por parte da pessoa idosa e permitia acções de dependência (*ibid.*). As situações mais geradoras deste padrão foram a medicação, seguida pela alimentação e pelo banho (*ibid.*).

Os padrões de manutenção da autonomia (a pessoa idosa inicia comportamento de autonomia e o cuidador reforça) e estímulo à autonomia (a pessoa idosa inicia comportamento de dependência que é contrariado pelo cuidador que inicia um comportamento de autonomia e/ou incute em qualquer situação o início de comportamentos autónomos pela pessoa idosa), tiveram frequências desprezíveis (*ibid.*). O banho foi a situação mais aliciante de estímulo à autonomia e de manutenção da autonomia (*ibid.*).

A interpretação dos dados permitiu à autora concluir que o sistema social das instituições tende a ignorar a independência das pessoas idosas e a incentivar e reforçar as suas manifestações de dependência, prevalecendo o conceito de cuidar como sinónimo de fazer pela pessoa idosa (*ibid.*). Sugere também que as relações se baseiam na noção de que a incompetência comportamental e a dependência das pessoas idosas são devidas à doença (*ibid.*).

Assim sendo, concluiu que os padrões de interacção estavam relacionados não só com as variáveis objectivas do contexto institucional, como com o sistema de atitudes e de crenças partilhadas pelos cuidadores, pelos outros funcionários da instituição e pelas próprias pessoas idosas (*ibid.*).

Neste contexto, podemos afirmar que as crenças, os valores e as expectativas sociais sobre a dependência na velhice, no curso da vida humana e na vida social podem ou não favorecer as pessoas idosas e reconhecer a legitimidade dos seus direitos (*ibid.*).

Igualmente as crenças, os valores e as expectativas da própria pessoa idosa sobre a dependência na velhice e as estratégias que esta utiliza para avaliar a própria funcionalidade, bem como aquilo que pensa sobre o direito a depender e a ser cuidada podem afectar os seus comportamentos independentes (Pavarini e Neri, 2000).

As pessoas idosas podem sentir-se melhor e ser tratadas mais adequadamente em sociedades em que a dependência é mais tolerada e definida enquanto relação necessária com os outros para a manutenção da solidariedade social e da coesão social (Lage, 2005b). A esta definição relacional ou social da dependência opõe-se a definição médica e incapacitante, que prevalece na sociedade actual (Ennuyer, 2001 citado por Lage, 2005b). Assim sendo, a percepção da dependência como estado deficitário e essencialmente biológico, ligado apenas ao avanço da idade e à necessidade de ajuda tem veiculado uma imagem negativa da dependência (Lage, 2005b).

Considerando que a dependência não é um fenómeno inelutável nem universal no envelhecimento, dado que o declínio das capacidades físicas e mentais não afecta da mesma forma as pessoas idosas, a perda de autonomia só pode ser considerada universal, na medida em que independentemente do grau de dependência da pessoa idosa, essa perda vai afectar quer o seu equilíbrio, quer o equilíbrio dos que lhe prestam ajuda.

Também Fernandes (2000), refere que a perda de autonomia é um dos principais fenómenos que influencia a qualidade de vida da pessoa idosa, sobretudo quando esta perda se dá a nível psicológico e se relaciona com transtornos cognitivos e alterações da personalidade.

Um dos efeitos da dependência na qualidade de vida da pessoa idosa é a influência negativa que esta exerce na sua integração. Fernandes (1997), diz que de facto, a integração familiar diminui com o grau de dependência elevada e com os anos de dependência, não ocorrendo a integração da pessoa idosa no seio familiar, e sendo esta a instituição de primeiro recurso, dificilmente surge uma integração no meio social.

Resumindo, a dependência no envelhecimento é um conceito complexo com diferentes etiologias. Tem diferentes consequências sobre as relações da pessoa idosa consigo própria e com as outras pessoas, da mesma idade e de outras gerações.

A dependência está estritamente relacionada com o ambiente físico construído pelo homem, com o mundo natural e com as instituições sociais, sendo que o ambiente tanto físico, como social (constituído pelas pessoas que rodeiam a pessoa idosa, nomeadamente o seu cuidador) desempenha um papel importante na forma como a dependência se vai manifestar e na sua manutenção.

2.2.1– Avaliação da capacidade funcional da pessoa idosa dependente

Tal é a importância da autonomia funcional na pessoa idosa que alguns autores, como Paschoal substituem o termo envelhecimento cronológico (que no entanto, é o mais valorizado socialmente) pelo termo envelhecimento funcional (Paschoal, 2007).

Na realidade, a qualidade de vida das pessoas idosas repousa em condições de um estado global de auto-suficiência na vida funcional de todos os dias, na manutenção de um elevado nível nos planos cognitivo e físico e na manutenção do empenhamento social e bem-estar subjectivo (Bracco, 1999 citado por Lage, 2005b). Esta perspectiva é fundamental dado que não é o problema de saúde que frequentemente condiciona a qualidade de vida ou o futuro da pessoa idosa, mas sim a sua autonomia e independência.

Paschoal (2007), defende que saúde e bem-estar se correlacionam com independência e, principalmente, com autonomia, existindo uma correlação positiva entre velhice saudável e vida independente, nomeadamente a independência física.

A ligação entre saúde e capacidade funcional é igualmente defendida por Sanmartí que define saúde como “[...] o ganho do mais alto nível de bem-estar físico, mental e social e da capacidade de funcionamento que permitam os factores sociais em que vive o indivíduo e a comunidade [...]” (Sanmartí, 1985: 17).

Nesta perspectiva, Paschoal (2007), defende que uma forma de se quantificar a saúde de uma pessoa idosa é através do grau de autonomia que ela possui e do grau de independência com que desempenha as funções do dia-a-dia. Pode-se medir a independência através do seu oposto: a dependência no desempenho das actividades diárias, tendo em conta o desempenho físico, psíquico e social (*ibid.*).

Esta avaliação abrangente, tendo em conta as três dimensões: física, psíquica e social poderá responder com eficácia às necessidades complexas das pessoas idosas na sociedade contemporânea. Esta abordagem surge como resposta à elevada prevalência das necessidades das pessoas idosas, das disfunções e dependências reversíveis e não desvendadas, que escapam à tradicional avaliação biomédica. Trata-se de uma abordagem bio-psico-social, pois as necessidades da pessoa idosa não se manifestam somente no domínio biológico mas em outros, nomeadamente no psicológico, no sociológico, no cultural e no espiritual.

Também a OMS adverte que a saúde da pessoa idosa é mais bem avaliada em termos de função, levando-se em conta, sempre, as dimensões física, psíquica e social.

A obtenção de dados da esfera funcional, física e social é extremamente preciosa, uma vez que fornece subsídios para o nível de assistência a proporcionar à pessoa idosa. A este respeito, a DGS e Rafart dizem-nos que o conhecimento da prevalência das limitações funcionais é indispensável para determinar recursos e serviços a aplicar, promovendo ambientes facilitadores de autonomia e independência (DGS, 2004 e Rafart, 2001).

A função converteu-se nos últimos anos no melhor detector de doença, no principal factor preditor de morte, de institucionalização, de situação funcional, de probabilidade de recuperação funcional em programas de reabilitação, e no principal objectivo terapêutico para todos os profissionais que se dedicam à prevenção e aos cuidados aos idosos (Lage, 2005a: 9).

Neste sentido, admite-se que a capacidade funcional é melhor indicador de saúde do que o estudo da prevalência de doenças. A perda de função nas pessoas idosas é a principal manifestação de doença, correspondendo habitualmente a cada tipo de doença, um tipo de perda funcional específico, afectando um grupo específico de actividades de vida diária (Lage, 2005a).

Especificamente, a autonomia funcional compreende a autonomia para as actividades avançadas de vida diária (AAVD), a autonomia para a realização das actividades instrumentais de vida diária (AIVD) e a autonomia para as actividades básicas de vida diária (ABVD) (Lage, 2005a e Paschoal, 2007).

As actividades básicas de vida diária (ABVD) são necessárias para o autocuidado²² pessoal e permitem a uma pessoa valer-se por si própria. Problemas neste domínio representam um risco severo à independência e causam sobrecarga nos cuidadores, podendo levar à institucionalização da pessoa idosa. São e perdem-se por esta ordem: banhar-se; vestir-se; usar o WC; movimentar-se; ser continente e alimentar-se.

As actividades instrumentais (AIVD) são mais complexas que as anteriores e podem perder-se antes. Permitem ao indivíduo viver na comunidade e relacionar-se com os outros. Incluem as seguintes actividades: usar o telefone, cuidar da casa, preparar a comida, fazer compras, tratar dos assuntos económicos e usar os meios de transporte.

As actividades avançadas de vida diária (AAVD) são mais complexas que as instrumentais e embora não sejam essenciais para a independência da pessoa idosa, a capacidade desta continuar a desempenhá-las pode contribuir para a manutenção de boa saúde mental e física e para uma qualidade de vida excelente (Paschoal, 2007). Quando o indivíduo tem dificuldade em desempenhá-las é um indicador de prognóstico precoce de declínio funcional mais sério (*ibid.*). São exemplo de actividades desse tipo: conduzir um automóvel, passear, praticar desporto, etc.

As escalas mais utilizadas são o Índice de Katz e o Índice de Barthel para avaliar o grau de dependência na realização das actividades de vida diária (ABVD) e a Escala de Lawton & Brody para avaliar o grau de dependência na realização das actividades instrumentais (AIVD).

Uma vantagem destas escalas (ABVD e AIVD) é que, quando combinadas, avaliam a incapacidade em actividades críticas, necessárias para a permanência da pessoa idosa no seu meio, cuidando de si e na sua comunidade (Paschoal, 2007).

Contudo, a avaliação da capacidade funcional através destas escalas, não invalida a avaliação das dimensões social, psicoafectiva e mental da pessoa idosa (Ennuyer, 2001 citado por Lage 2005a).

Esta avaliação da capacidade funcional deverá ser realizada sempre que possível na fase precoce da incapacidade funcional quando esta ainda é potencialmente reversível e no domicílio da pessoa idosa dependente. De acordo com Leme (2000), este é o melhor local

²² O autocuidado consiste na prática de actividades que os indivíduos realizam em favor de si mesmos, para manter a vida, a saúde e o bem-estar (Orem, 1991 citada por Cavanagh, 1993). As pessoas que têm uma doença, tenham experimentado um trauma emocional, ou que não tenham desenvolvido suficientemente as capacidades de autocuidado podem ver limitada a sua capacidade para satisfazer as suas necessidades de autocuidado (Cavanagh, 1993). Nesta situação a pessoa necessita de ajuda a fim de satisfazer as suas necessidades de autocuidado, podendo essa ajuda derivar dos familiares, amigos e profissionais de enfermagem (*ibid.*).

para se diagnosticar atempadamente as necessidades da pessoa idosa, dado que se confronta a pessoa com a sua realidade quotidiana, permitindo reabilitar o indivíduo com maior grau de adequação à realidade.

Ao terminar este capítulo acerca do envelhecimento e dependência gostaríamos de salientar que os progressos da ciência, e da medicina em particular, tornaram as pessoas idosas de hoje menos dependentes e aptas. São razões adicionais para que ao aumento da longevidade corresponda uma qualidade de vida melhorada e aumente a eficácia do combate à sua exclusão social. Importa que vivam com autonomia e integradas na sociedade e na família, com o aproveitamento de todas as suas capacidades, com garantia dos meios de subsistência, apoios e cuidados de saúde necessários.

Embora estes sejam os princípios que uma sociedade socialmente justa deverá tentar alcançar, na opinião de Fernandes (1997), no contexto da sociedade contemporânea estes tornam-se difíceis de alcançar.

Refere que, por si só, o aumento proporcional das pessoas idosas poderia não vir a constituir-se um problema social, apesar de a velhice representar a fase da vida em que as capacidades e as resistências físicas vão gradualmente diminuindo, mas uma vez que se desenvolve num contexto desfavorável em que se operam um conjunto de outros factores, como a diminuição da taxa de natalidade, a crescente instabilidade das formas familiares, a pouca disponibilidade da família para dar apoio às pessoas idosas (sobretudo às dependentes), as crises dos sistemas de protecção social, a despersonalização das relações sociais, estes factores vêm agravar as condições de vida das pessoas idosas, que ficam numa posição social desfavorável (*ibid.*).

Estes factores serão analisados, no próximo capítulo, através da análise da relação existente entre as redes sociais de apoio das pessoas idosas e a prestação de cuidados.

CAPÍTULO II – O CUIDADO INFORMAL E A PESSOA IDOSA DEPENDENTE

1- RELACÇÃO ENTRE AS REDES SOCIAIS DE APOIO DAS PESSOAS IDOSAS E PRESTAÇÃO DE CUIDADOS

Falamos da prestação de cuidados às pessoas idosas implica abordarmos a sua integração social. A integração social das pessoas idosas foi definida por Paúl em termos de participação organizacional, actividade social, redes sociais de apoio, integração residencial e padrões de amizade (Paúl, 1997).

Gotlied (1981 citado por Paúl, 1997), refere-se ao estudo das redes sociais de apoio, como relativo às forças sociais no ambiente natural, que contribuem para a manutenção e promoção da saúde das pessoas, à forma como as ligações humanas se estruturam como sistemas de apoio, e os recursos que são partilhados entre os membros desse sistema. Para este autor, a definição de rede social de apoio surge de imediato ligada a um resultado em termos de bem-estar do homem, promovendo especialmente a sua saúde mental (*ibid.*).

No caso das pessoas idosas que estão sujeitas a grandes níveis de stress provocados pelos acontecimentos de vida, desta última fase do ciclo vital (reforma, morte dos seus pares, entre outros) e por condições persistentes (diminuição das suas capacidades físicas e consequente perda de autonomia e controlo, diminuição da eficácia de algumas estratégias de confronto, colocação em ambientes residenciais inadequados às suas necessidades, entre outros aspectos), é conhecido o papel das redes sociais de apoio no sentido de evitar o stress e/ou lidar com as situações que o causam.

As redes sociais de apoio às pessoas idosas podem dividir-se em dois grupos principais: redes de apoio formal e redes de apoio informal.

No grupo constituído pelas redes de apoio formal, incluem-se os serviços estatais de segurança social e os organizados pelo poder local, a nível do concelho ou da freguesia, criados para servir a população idosa, sejam eles lares, serviços de apoio domiciliário²³, centros de dia²⁴, ou centros de convívio²⁵. Neste conjunto destacam-se as instituições privadas de solidariedade social, a maioria das quais ligadas, directa ou indirectamente, à

²³ O serviço de apoio domiciliário é uma resposta social que consiste na prestação de cuidados individualizados e personalizados, no domicílio, a pessoas idosas, adultos e famílias quando, por motivo de doença, deficiência ou outros impedimentos, não possam assegurar a satisfação das suas necessidades e/ou actividades de vida diária (Ministério da Saúde e do Trabalho e da Solidariedade, 1998).

²⁴ O centro de dia é uma resposta social desenvolvida em equipamento que consiste na prestação de um conjunto de serviços que contribuem para a manutenção das pessoas idosas no seu meio sócio-familiar (INE, 1999).

²⁵ O centro de convívio é uma resposta social desenvolvida em equipamento, de apoio a actividades sócio-recreativas e culturais, organizadas e dinamizadas pelas pessoas idosas de uma comunidade (*ibid.*).

Igreja Católica, sendo outras do tipo associações profissionais, todas beneficiando de algum apoio do Estado e que, no seu conjunto, são as promotoras da maior parte dos serviços existentes no nosso país, a nível da chamada terceira idade (Paúl, 1997).

As redes de apoio informal à pessoa idosa podem subdividir-se em dois grandes grupos: a) as constituídas pela família da própria pessoa idosa e b) as constituídas pelos amigos e vizinhos (*ibid.*).

O apoio informal é pluralístico, no tipo de pessoas envolvidas, no que fazem e porquê, num fluir mútuo de dádiva e recepção de apoio, formando um sistema ecológico com pessoas desempenhando um papel interrelacionado ou complementar (*ibid.*). Pelo contrário, o apoio formal opera sob um sistema de categorias explícito para avaliar as necessidades, regras formais de procedimento, especialização e coordenação formal das regras de ajuda, critérios objectivos de ajuda, padrões estabelecidos de sucesso, etc (*ibid.*).

Brêtas e Yashitome (2000), diferenciam o cuidador formal do cuidador informal caracterizando o primeiro como aquele que é contratado pela pessoa idosa e/ou familiares, portanto é remunerado, para exercer actividades cuidativas enquanto que o segundo é um familiar, amigo ou vizinho que assume cuidar da pessoa idosa quase sempre sem preparação e remuneração.

O apoio prestado pelos diferentes cuidadores pode ser de dois tipos: a) apoio psicológico, ligado à satisfação da vida e ao bem-estar psicológico e b) apoio instrumental, que pressupõe ajuda física em situações de diminuição das capacidades funcionais das pessoas idosas, e perda de autonomia física temporária ou permanente (Paúl, 1997).

As redes de apoio, enquanto fornecedores de cuidados formais e informais sofreram alterações ao longo dos tempos que acompanharam a evolução da sociedade.

A maior parte dos cuidados de saúde tem lugar nos extremos do ciclo de vida (infância e velhice) e são fundamentalmente prestados pela família. Desde sempre as famílias são reconhecidas como o principal contexto para a promoção e manutenção da independência e saúde dos seus membros e, como a principal entidade prestadora de cuidados aos indivíduos na última fase da sua vida, quando as suas capacidades funcionais diminuem e a autonomia não é mais possível.

Até finais do século XIX a família desempenhou uma importante função no restabelecimento e manutenção da saúde e bem-estar dos seus membros, em que esta prestação se baseava num acto de reciprocidade (Roper, Logan e Tierney, 1995 citados por Imaginário, 2004 e Collière, 1989).

Ao desenvolver-se a ciência médica, o lugar do cuidado passou gradualmente para o hospital, substituindo-se as famílias pela hospitalização (Lage, 2005b).

A crise dos sistemas de saúde e protecção social no decurso das últimas décadas, resultante em boa parte do envelhecimento das populações, dá novamente às famílias a responsabilidade dos cuidados a prestar aos familiares (*ibid.*).

A este respeito Pimentel também refere que a crise dos sistemas de saúde e de protecção social levou ao surgimento da sociedade-providência (Pimentel, 2001). “A sociedade-providência é, pois, um conjunto de mecanismos e práticas de base social que, de facto (e não de direito), constrói garantias de enfrentamento das adversidades e reduz a precariedade das condições de viver” (Sposati e Rodrigues, 1995: 93).

A sociedade assume assim, cada vez mais, medidas de protecção social ao nível da terceira idade quer, através das organizações não governamentais, instituições privadas de solidariedade social, quer através do incentivo ao fortalecimento dos laços e das inter-relações familiares (Pimentel, 2001). O discurso político e social vai no sentido da centralização dos serviços na comunidade como responsabilidade de todos e não só dos poderes públicos levando à revalorização das redes de solidariedade primária com substituição progressiva, mas parcial, das solidariedades formais pelas solidariedades informais (*ibid.*).

Mas, se por um lado, é verdade que os padrões recíprocos de apoio e os cuidados intergeracionais se prolongam ao longo do ciclo de vida da família, por outro lado, também é verdade que actualmente nos encontramos perante diferentes modelos de família, cuja estabilidade de relações se vê frequentemente alterada, acompanhando as transformações da sociedade global. Temos vindo a assistir a um processo de mudanças estruturais da família, na sua composição e nos papéis desempenhados pelos seus membros. O fenómeno da incorporação da mulher no mercado laboral, a diminuição da fecundidade e menor tamanho do agregado familiar, as migrações do meio rural para o urbano e para países estrangeiros, a maior mobilidade dos elementos da família e a sua conseqüente dispersão geográfica e o aumento do número de famílias de divorciados e recasados, têm levado, nos últimos anos, à diminuição da população de cuidadores informais (Imagínario, 2004 e Pimentel, 2001).

De entre os factores que mais contribuíram para esta realidade destacamos a diminuição do tamanho do agregado familiar. A este respeito Leme (2000), fala-nos da

síndrome do filho único que é um tipo de insuficiência familiar²⁶, na qual uma pessoa idosa doente, com dependência nas suas actividades de vida diária, depende de um só filho, que necessitando de trabalhar, não pode prestar os cuidados a tempo inteiro que o caso exige, levando, muitas vezes a que estes doentes sejam institucionalizados, por motivos de ordem puramente social.

Apesar de todas estas transformações, em Portugal, a família continua a ser a principal fonte de apoio nos cuidados directos, no apoio psicológico e nos contactos sociais à pessoa idosa dependente (Pimentel, 2001 e Paúl, 1997).

As redes de apoio informal, constituídas pelos amigos e vizinhos da pessoa idosa, embora menos estudadas, parecem desempenhar também um papel preponderante no apoio à velhice.

A relação com amigos e vizinhos difere da que se mantém com familiares porque resulta de escolhas estruturadas, feitas na base de opções dentro do próprio meio social da pessoa. As escolhas de amigos são mais fluídas e livres do que as de vizinhos, que apesar de tudo se baseiam mais na relação de proximidade e instrumental. Quer os amigos, quer os vizinhos fornecem importantes tipos de apoio e assistência que contribuem para o bem-estar e independência dos idosos (Wenger, 1990 citado por Paúl, 1997).

Fredrickson e Cartensen (1990 citados por Paúl, 1997), referem a selectividade na escolha dos parceiros sociais por parte das pessoas idosas, que manifestam preferência por pessoas familiares em prejuízo de novas amizades. Na realidade, durante a última parte da idade adulta os níveis de interacção social começam a declinar. A teoria do desapego de Cummings e Henry (1961 citados por Paúl, 1997), considera isso um processo natural, em que as pessoas idosas diminuem o seu envolvimento social como uma forma de preparação simbólica da morte. Ao contrário, a teoria da actividade de Maddox (1963 citado por Paúl, 1997), vê nisso, não uma atitude voluntária por parte da pessoa idosa, mas o reflexo das limitações impostas pela falta de mobilidade, pela morte de amigos, irmãos, cônjuge, entre outros. Apoiando-nos nesta última teoria podemos afirmar que a diminuição dos níveis de interacção social nas pessoas idosas dependentes, imposta pela falta de mobilidade leva-as ao confinamento do seu lar, relacionando-se predominantemente com a família.

²⁶ A síndrome de insuficiência familiar diz respeito a uma série de complicações derivadas de insuficiências materiais, psicológicas ou afectivas do grupo familiar em relação ao doente idoso que o poderão levar a situações de agressão potencial ou efectiva, física ou psíquica (Leme, 2000).

As redes sociais de apoio não têm carácter estático, pelo contrário, à medida que as pessoas seguem o curso do ciclo de vida, passando por estádios, como o ser solteiro, casado, ser pai/mãe, ficar com a casa vazia, ser viúvo, a família, as amizades e outras ligações mudam (Mauser, 1983 citado por Paúl, 1997). Esta perspectiva é igualmente reforçada por Depner e Ingersoll- Dayton (1988 citados por Paúl, 1997) que concluíram que as mudanças relacionadas com a idade se tornavam evidentes, relativamente quer à existência, quer ao funcionamento das redes, esperando-se perdas relativas à existência principalmente em alguns tipos de relações entre pares. Esta perspectiva é reforçada pela teoria do “convoy” social de Antonucci e Akiyama (1987 citados por Paúl, 1997), que explica que a rede envelhece ao mesmo tempo que o sujeito.

Na realidade, apesar das pessoas idosas já terem vivenciado, no decurso das suas longas vidas, inúmeras perdas, que os vão isolando, nomeadamente as dos seus próprios pais, é nesta fase que essas perdas se sucedem com uma frequência e proximidade maior, pois os seus pares, irmãos ou amigos vão morrendo (Paúl, 1997). No conjunto desses lutos sucessivos que vivenciam, ocorre frequentemente o mais doloroso de todos: a perda do cônjuge. Na situação de viuvez, o papel das redes sociais familiares é decisivo na adaptação da pessoa idosa ao seu novo estado e há vários estudos que verificam o apoio dado pelos seus filhos nestas circunstâncias.

Relativamente ao funcionamento das redes sociais de apoio, a idade também traz consigo alterações devido à mudança nos papéis sociais ou na mobilidade (*ibid.*). Quanto à mudança nos papéis sociais, são exemplos as situações de viuvez e reforma, que provocam uma transição de um estágio de vida para outro, exigindo uma alteração no estatuto, actividades e papéis anteriores das pessoas idosas, o que irá provocar alterações no funcionamento das suas redes sociais de apoio (*ibid.*). Quanto às alterações na mobilidade, a idade traz consigo problemas de incapacidade funcional, aumentando a dependência das pessoas idosas, que vêm assim diminuídas as oportunidades de interagir e o seu envolvimento social, levando a uma diminuição acentuada dos níveis de funcionamento, nomeadamente cognitivo (*ibid.*). Consequentemente estas pessoas idosas vão-se isolando e vêem o apoio recebido diminuir (*ibid.*).

A distinção entre a ajuda recebida e prestada é outro elemento importante para perceber a evolução da reciprocidade das relações ao longo da vida (Depner e Ingersoll- Dayton, 1988 citados por Paúl, 1997). Se na idade adulta o indivíduo dá mais apoio do que

aquele que recebe, espera-se que enquanto pessoa idosa receba mais apoio do que aquele que fornece aos outros (*ibid.*).

Esta questão varia conforme se considere os diferentes tipos de apoio, emocional, na área da saúde e no respeito (*ibid.*). Enquanto o apoio emocional varia com a idade, principalmente devido à perda da relação entre irmãos e ainda na medida em que as pessoas idosas dão menos apoio emocional aos seus filhos, o apoio prestado na saúde diminui muito com a idade, enquanto o apoio recebido aumenta (*ibid.*). O respeito ou afirmação é uma área de apoio social que tem poucas variações com a idade, apenas se verifica que as pessoas idosas fornecem afirmação a um número mais reduzido de amigos (*ibid.*).

De seguida, iremos analisar a prestação de cuidados informais à pessoa idosa dependente no sentido da sua manutenção no domicílio.

1.1- Prestação de cuidados informais à pessoa idosa dependente no domicílio

Dominguez–Alcón define suporte informal como sendo

[...] a assistência proporcionada pela família, pelos amigos, ou pelos vizinhos a pessoas com necessidade de cuidados instrumental, ou pessoal, nas actividades de vida quotidiana. Trata-se de uma fonte de cuidados não remunerados, para que as pessoas idosas em situação de fragilidade ou de dependência [...] continuem a viver no seu lar, ou na comunidade e não sejam institucionalizadas (Soldo, Agree e Wolf, 1989: 194 citados por Dominguez – Alcón, 1998: 469).

Existem actualmente condições demográficas que influenciam a presença com que se coloca este problema da prestação de cuidados a pessoas idosas, nomeadamente: a) o crescimento da proporção de pessoas idosas; b) a taxa crescente de pessoas idosas com problemas de dependência e/ou défice funcional; c) as necessidades das pessoas de meia-idade e idosas que prestam cuidados; d) as mudanças nos padrões de fertilidade marital e e) a participação crescente das mulheres no mercado de trabalho (Paúl, 1997).

No contexto actual, em que as políticas sociais e de saúde se encaminham para a manutenção das pessoas idosas no seu domicílio, o cuidado informal assume também particular relevância pela manifesta insuficiência e inadequação dos serviços de saúde e

sociais na resolução das necessidades das famílias com pessoas idosas a seu cargo (Lage, 2005b).

De acordo com Silverstone (1985 citado por Paúl, 1997), as pessoas idosas ainda que estejam bastante segregadas das estruturas formais da sociedade, estão bem integradas nas redes sociais de apoio informal da família, amigos e vizinhos. Estudos ingleses recentes definem que, naquele país, 95% de todos os cuidados de saúde às pessoas idosas são ministrados pelos chamados “cuidadores informais” (Leme, 2000). Trata-se de uma legião de cônjuges, filhos e filhas, noras e genros, sobrinhos e netos, amigos, membros de entidades paroquiais e de serviços que se dispõem, sem uma formação profissional de saúde, a dar aos doentes sob sua responsabilidade os cuidados indispensáveis, tendo como maior arma a disponibilidade e boa vontade (*ibid.*).

De acordo com as U.S. National Center for Health Statistics (1975, citadas por Silverstone, 1995 citado por Paúl, 1997), 80% dos cuidados domiciliários a pessoas idosas com problemas funcionais são prestados por familiares a quem as pessoas idosas solicitam ajuda em primeiro lugar. Também Del Rey e Alvear (1995), referem que nas situações de perda de autonomia para o autocuidado, as pessoas recebem essencialmente apoio dos familiares e das pessoas mais chegadas, sendo que cerca de 88% do tempo empregue no cuidado de saúde é oferecido como assistência informal, frente a 12% do tempo dedicado pelo sistema formal, incluindo o público e o privado.

Os cuidados prestados pelas famílias cobrem o conjunto de necessidades que contribuem para a saúde e o bem-estar das pessoas idosas, proporcionando-lhes suporte psicológico, emocional, financeiro e cuidados e assistência nas actividades básicas e instrumentais de vida diária (Lage, 2005b).

Os serviços mais frequentes prestados pelos familiares são por ordem decrescente de importância: o transporte, o verificar o bem-estar da pessoa idosa, os serviços domésticos, a assistência administrativa e legal, a preparação de refeições, a coordenação, as compras, a supervisão contínua, a enfermagem e a ajuda financeira geral (Paúl, 1997). Para além disso, os familiares iniciam e mantêm, quando necessário, vínculos com o sistema de cuidado formal (Richards, 1996 citado por Angelo, 2000).

Embora os familiares sejam a maior fonte de apoio físico e emocional dos idosos, os amigos têm um forte efeito no bem estar subjectivo (Paúl, 1997). Participam em pequenas tarefas, companhia, compras e ajuda pontual em situações de emergência

(Benjumea, 2004). Isto acontece quando não têm apoio familiar ou social, quando este é débil ou quando é necessário apenas, que se “deite um olhar” (*ibid.*).

Enquanto os encontros com a família nem sempre são fáceis e são geralmente ritualizados e estéreis, o encontro com amigos é visto como mais estimulante e positivo e daí talvez a sua associação mais forte com o bem-estar geral (Paúl, 1997). Esta diferença é em grande parte devida a uma maior frequência de actividades de lazer com os amigos, do que com a família, mas também porque a interacção com os amigos tem qualidades únicas, que facilitam o transcender a rotina e a realidade do dia-a-dia, facilitando situações de libertação, reciprocidade positiva, que provocam divertimento e trocas subjectivas significativas (*ibid.*). Como ideia geral os amigos são reconhecidos como tendo um importante papel, mesmo mais importante do que o da própria família, na moral das pessoas idosas (*ibid.*).

Os aspectos mais valorizados da amizade são o prestar cuidados, a partilha de interesses e a confiança (*ibid.*).

Por vezes, a distinção entre familiares e amigos, como apoio social das pessoas idosas não é clara. De uma forma geral, parece que esta distinção é menos relevante do que a importância de haver uma rede social de apoio à pessoa idosa, e nomeadamente, haver relações sociais íntimas entre a pessoa idosa e alguém, familiar ou não (*ibid.*).

No grande grupo das relações fora da família, salienta-se ainda o papel da vizinhança. A relação que se estabelece entre vizinhos, ainda que amistosa, não é de amizade, é uma relação predominantemente instrumental em coisas como compras, olhar pela casa, situações de emergência, e dá um sentido geral de segurança, originado pela proximidade, embora não seja raro os vizinhos tornarem-se amigos (Paúl, 1997). Verifica-se por vezes uma atitude defensiva por parte dos vizinhos quando a situação da pessoa idosa é demasiado pesada ou há uma grande concentração de pessoas idosas na área (*ibid.*).

A prestação de cuidados a pessoas idosas varia com uma série de factores ligados à pessoa idosa (tipo e grau de dependência), ao prestador de cuidados (idade, disponibilidade), à história passada e actual do relacionamento mútuo, entre outros (Paúl, 1997).

Vários autores reconhecem a dependência do padrão de cuidado²⁷ em relação ao tipo de incapacidades apresentadas pela pessoa idosa. Sugerem padrões informais para cada doença ou handicaps diferentes. Os condicionalismos relativos ao tipo de défices, como a idade de início da doença ou dos handicaps e algumas características da doença susceptíveis de influenciar o estado civil ou o número de filhos, repercutir-se-ão também no padrão de cuidado.

Num estudo desenvolvido por Bowers (1987 citado por Paúl, 1997), o autor chegou à conclusão que as pessoas idosas mais dependentes tinham uma rede maior e mais assistência, sendo frequente existir mais do que uma pessoa a olhar pela pessoa idosa, principalmente se não for a esposa e for um filho ou nora.

Vários estudos revelam que a quantidade de assistência às pessoas idosas dependentes depende também da composição e tamanho da rede, verificando-se que quando é a esposa ou os filhos a tomarem conta da pessoa idosa, a quantidade de assistência é maior do que noutras situações (Bowers, 1987 citado por Paúl, 1997).

As mudanças no tamanho e intensidade da ajuda prestada pelas redes, variam com as mudanças na saúde das pessoas idosas dependentes, a flexibilidade de resposta dos membros às necessidades das pessoas idosas, mas não variam em função do nível de sobrecarga de quem olha por elas (Bowers, 1987 e Miller e McFall, 1991 citados por Paúl, 1997).

Wolf e Pinneli (1989 citados por Paúl, 1997), num estudo desenvolvido com mulheres idosas em Itália, verificaram que a utilização das redes sociais para resolver necessidades e lidar com a doença física, dependia essencialmente das variáveis idade e grau de incapacidade. Assim, verificaram que em idades mais avançadas, a tendência para viver com outros e receber ajuda externa aumentava imenso (*ibid.*). Relativamente ao grau de incapacidade as soluções adoptadas eram mais flexíveis, sendo que as mulheres com um nível de educação mais elevado eram mais autónomas e preferiam viver sós, ainda que com ajuda externa (*ibid.*). Os dados indicaram também a diminuição da extensão da rede social, com o avançar da idade, principalmente no que se refere a pares (cônjuge, irmãos, amigos) e a importância da família como fonte de ajuda e/ou co-residência em situações de necessidade (*ibid.*).

²⁷ Tennstedt, Gawford e Mckinley (1993 citados por Martín, 2005), concebem o padrão de cuidado em termos de compreensão sobre quem são as pessoas responsáveis pelo mesmo, quem recebe estes cuidados e em que condições o mesmo se realiza.

Todos os aspectos que influenciam a prestação de cuidados são dinâmicos e desenvolvem-se ao longo do tempo introduzindo novos aspectos, tarefas e sentimentos.

1.1.1- O cuidador principal

Os cuidadores informais, como pessoas que desenvolvem as tarefas de cuidado, têm sido tradicionalmente identificados como um grupo que se poderia caracterizar por abranger dois tipos diferentes de pessoas quanto ao cuidado que prestam: cuidadores primários, também designados de cuidadores principais e cuidadores secundários, não sendo consensual a sua distinção em todos os estudos (Martín, 2005).

Quando um membro de uma família adoece ou sofre de alguma incapacidade, a família reagirá de modo a prestar-lhe apoio. Uma das formas de proporcionar este apoio consiste na adjudicação de um cuidador principal.

Iremos de seguida referir-nos essencialmente ao cuidador principal, caracterizá-lo sociodemograficamente, apresentar os mecanismos de aquisição do papel social de cuidador, identificar o tipo de cuidados que presta e referir as consequências e as dificuldades/necessidades que surgem para ele dessa prestação de cuidados.

O cuidador principal é

[...] aquela pessoa que realiza mais de metade das tarefas relativas ao transporte, às lides domésticas, à preparação de comidas, às lavagens de roupa, aos cuidados pessoais e/ou de suporte financeiro (incluindo o aluguer de habitação e similares gestões não monetárias), e em que o indivíduo afectado seja dependente (Martín, 2005: 184).

É aquele sobre quem recai a maior responsabilidade, e que, não é remunerado pelos serviços que presta (Carrero, 2002 e Davies, 1992 e Yamura, 1997 citados por Lage, 2005b).

“Cuidar de idosos não é distinto de outras situações de cuidados familiares, sendo frequentemente a continuação de uma relação anterior de cuidados, suporte e assistência” (Lage, 2005b: 206). Logo ser cuidador nem sempre é uma actividade consciente (*ibid.*). Habitualmente as pessoas são capazes de referir que há quanto tempo começaram a cuidar do seu familiar, mas já não conseguem estabelecer facilmente o momento em que pensam em si como cuidadores, ou seja, se identificam com o papel (*ibid.*). Assim a entrada subjectiva no papel de cuidador pode ter um tempo diferente do começo objectivo da

prestação de cuidados (Aneshensel, Pearlin, Mullen, Zarit e Whittlatch, 1995 e Seltzer e Wailing, 1996, citados por Lage, 2005b).

A identificação subjectiva do cuidador com a aquisição do papel é ainda condicionada pela forma como é iniciado o cuidado, se abrupto ou gradual, se acontece paulatinamente à medida que a pessoa idosa vai requerendo cuidados ou num estado mais avançado da doença (Carrero, 2002 e Seltzer e Wailling, 1996 citados por Lage, 2005b).

A aquisição do papel de cuidador primário é explicada pelo Modelo Hierárquico Compensatório, também designado de Substituição Hierárquica de Cantor (1983) (Paúl, 1997). Este modelo defende a existência de uma ordem de preferência na aquisição do papel de cuidador (cônjuge-filhos-outros familiares-amigos) (*ibid.*).

Quando uma pessoa em situação de dependência está casada, o cuidado irá invariavelmente, ser prestado pelo cônjuge, sobretudo nas famílias unigeracionais, sendo muitas vezes ele próprio já idoso. Os cônjuges idosos são assim uma das maiores garantias de suporte na velhice. Prestam mais horas de assistência, e têm mais probabilidade de fornecer cuidados pessoais, tolerando maiores incapacidades e por mais tempo, com menor ajuda externa e mais custos pessoais (*ibid.*).

A esposa é quem tem maior probabilidade de ser cuidadora, porque vive mais do que o marido e é frequentemente mais nova do que ele.

A maior parte dos casais idosos têm dificuldades nas actividades do dia-a-dia (AVD) e delegam no cônjuge, sendo que apenas 10% têm ajuda externa (*ibid.*). Os que necessitam de ajuda nas actividades instrumentais de vida diária têm maior probabilidade de ter apoio externo. Entre os que o têm dois terços paga essa ajuda e para a maior parte destes, mais do que um suplemento ao apoio informal, essa ajuda é uma substituição desse (*ibid.*).

Stoller e Cutter (1992 citados por Paúl, 1997), estudaram as diferenças entre cônjuges mulheres e homens cuidadores quanto à probabilidade de receber apoio, quer formal, quer informal. Concluíram que relativamente às mulheres esse trabalho é esperado e pouco notório, enquanto que os homens tinham maior probabilidade de ter ajuda externa (*ibid.*). As mulheres são consideradas como necessitando menos de ajuda quer pela família, quer pelos serviços formais (*ibid.*). Os maridos pedem mais auxílio externo porque provavelmente os trabalhos domésticos ficam mais perturbados quando a esposa adoece do que o contrário (*ibid.*).

Na segunda linha da prestação de cuidados informais a pessoas idosas dependentes surgem as filhas. Matthews e Rosner (1988 citados por Paúl, 1997), desenvolveram um trabalho acerca da divisão do trabalho pelos filhos, considerando cinco estilos diferentes de prestação de cuidados: rotina, retaguarda, circunscrito, esporádico e dissociação. Concluíram que os cuidados de rotina e retaguarda eram exercidos sobretudo pelas filhas, enquanto os cuidados esporádicos (finanças, reparações da casa, jardim e transporte) e a dissociação eram mais comuns entre os filhos (*ibid.*).

Para além disso, concluíram que em qualquer tipo de composição das fratrias, as filhas têm maior probabilidade do que os filhos de assumir o olhar pelos pais, quer em termos de magnitude, quer de responsabilidade (*ibid.*). Esta divisão é esclarecedora da associação sexo/cuidados aos pais, que poderá explicar-se à luz das normas sociais que reforçam que qualquer prestação de cuidados é da responsabilidade feminina (Paúl, 1997).

Quando os filhos assumem cuidar dos pais, muito do trabalho é na realidade prestado pelas noras (Paúl, 1997). Há vários tipos de relações entre noras e sogras: amizades baseadas na partilha de interesses profissionais (21%); relações com o mínimo de envolvimento (41%) e quase mãe-filha (38%) (Ficher, 1986 citado por Paúl, 1997). Estes tipos de relações marcam o tipo de cuidados que possam vir a ser prestados. O sentido de obrigação da prestação de cuidados a pessoas idosas é muito maior se houver consanguinidade do que parentesco por afinidade (Paúl, 1997). Os dados obtidos por Ficher (1986 citado por Paúl, 1997), mostravam que 51% das noras que prestavam cuidados a um idoso era em circunstâncias em que não havia nenhuma filha (Martín, 2005).

Como vimos anteriormente, no caso de famílias multigeracionais, a selecção que determinará quem vai ser o cuidador está regulada não unicamente pela qualidade da relação interpessoal entre os pais e os filhos, mas também por forças institucionais e suas bases normativas. Estas, porém, operam fora da consciência daqueles que afectam, deixando aos que se convertem em cuidadores a convicção de que a sua entrada nesse papel é da sua própria responsabilidade e da sua livre opção, não influenciada por variáveis externas (Aneshensel e colaboradores, 1997 citados por Martín, 2005).

Para além dos cônjuges e filhos, existe também o reforço dos laços entre irmãos na velhice que se deve ao facto de ser “[...] a única relação familiar com potencial de durar toda a vida” (Field e Minkler, 1988: 105 citados por Paúl, 1997: 103).

A maior parte das pessoas idosas encara os irmãos como potenciais cuidadores, mas apenas uma pequena percentagem recebe de facto ajuda deles (Cicirelli, Coward e Dwyer, 1992 citados por Paúl, 1997). Os mesmos autores concluíram que os dados do estudo apontam para a hierarquia de substituição de Cantor (1983) em que a ajuda dos irmãos é dada quando as pessoas idosas têm problemas funcionais e não têm disponível o apoio de um cônjuge ou filhos (*ibid.*). Sabe-se que quando os níveis de dependência das pessoas idosas são muito grandes, os irmãos não são capazes de responder às suas necessidades e funcionam mais a níveis intermédios de ajuda e em idades mais novas, fornecendo ajuda quer instrumental, quer expressiva (*ibid.*).

As mulheres recebem mais ajuda das irmãs do que os homens, verificando-se igualmente uma ligação mais forte às irmãs, quer para os homens, quer para as mulheres (*ibid.*). Estes dados foram explicados pela teoria de ligação, que prevê que a ligação à figura materna no início da vida, se prolongue na ligação fraternal a um elemento de sexo feminino (*ibid.*). Isto conjuntamente com o peso, ainda maior para as gerações de pessoas idosas, dos papéis esperados para os diferentes sexos, seria a razão de se verificar a importância das irmãs para as pessoas idosas de ambos os sexos (*ibid.*).

Do atrás exposto podemos concluir que uma pessoa não se converte em cuidador principal de forma meramente emocional ou conveniente, sendo que esta selecção, aparentemente dependerá da experiência de vida e da estrutura das relações familiares.

Existem ainda determinadas variáveis sócio-demográficas associadas ao cuidador principal e/ou à pessoa idosa dependente que irão influenciar a selecção do cuidador principal. Uma delas é a coabitação.

Litwak (1985 citado por Martín, 2005), referindo-se à sua hipótese de especialização diz que existem diferentes pessoas que estão estruturalmente situadas em melhores condições que outras para ocupar determinadas tarefas. Assim, os grupos primários (família, vizinhos e amigos), são os que estarão melhor capacitados para aportar a maior parte do cuidado informal, porque possuem características estruturais, que facilitam a resposta de ajuda a pessoas que dela necessitam para determinados tipos de tarefas (*ibid.*). Essas características são os contactos cara-a-cara, a continuidade na relação, a afectividade, as relações não instrumentais e de papéis difusos (*ibid.*).

Desta forma, o grupo primário básico - a família - é quem tem um papel mais importante nas tarefas que envolvem um compromisso a longo prazo. Amigos e vizinhos raramente são cuidadores primários ou principais. Contudo, quando a família não vive com

as pessoas idosas, não existe ou não coopera, os vizinhos, bem como outras pessoas, que têm contactos cara-a-cara podem permitir o apoio de curta duração. No caso dos amigos, a sua capacidade para desenvolver comportamentos de ajuda pode ser limitada pela falta de disponibilidade geográfica. Apesar disso, os amigos têm um forte efeito na moral e bem-estar subjectivo das pessoas idosas como já referimos anteriormente.

Assim sendo, a variável coabitação influencia de forma diferente cada uma das dimensões do cuidado. Se por um lado, o apoio instrumental pode ser afectado pela relação familiar, proximidade geográfica e necessidade (problemas de saúde ou vivência solitária), o cuidado emocional não está influenciado pela proximidade e por problemas de saúde (Martín, 2005 e Lage, 2005b).

Em suma, as exigências e as obrigações do cuidado aumentam com a proximidade (coabitação), enquanto a qualidade da relação entre cuidador e receptor de cuidados se deteriora, verificando-se uma situação de menor capacidade para o cuidado emocional (Martín, 2005).

Vários estudos comprovam que a maioria do cuidado informal dirigido às pessoas idosas dependentes, é desenvolvido por mulheres (Brito, 2002 e Lage, 2004). A suposição prevalente na sociedade é a de que cuidar é um domínio feminino logo, a variável sexo também influencia a selecção do cuidador primário ou principal (Lage, 2005b).

A compreensão do cuidado informal como algo assimetricamente distribuído pode ser explicada por diferentes tipos de hipóteses, tanto de origem social, como demográfica ou psicológica (Martín, 2005).

A estrutura social e ideológica parece ser o fundamento deste fenómeno, o mesmo sucedendo com a distribuição de outras tarefas ligadas ao âmbito de casa. Finley (1989 citado por Paúl, 1997), parte da pressuposição de que o cuidado prestado a alguém, é uma tarefa doméstica situada ao mesmo nível que outras, tais como o cuidado da casa e dos filhos, existindo quatro hipóteses interpretativas desta realidade:

- a hipótese da disponibilidade de tempo, que defende que os homens têm o seu tempo mais ocupado com o trabalho fora de casa, disponibilizando uma menor quantidade de tempo para as tarefas domésticas;

- a hipótese da socialização ideológica, que defende existir um processo de aculturação que tenderia a incorporar no papel feminino a responsabilidade do cuidado informal;

- a hipótese dos recursos externos, que defende serem determinadas características externas directamente ligadas ao cuidado, tais como os rendimentos económicos e o nível educacional que determinarão a divisão do trabalho doméstico. As mulheres com maiores recursos e um maior nível educativo possuem uma distribuição mais equitativa das tarefas domésticas;

- a quarta hipótese é a de especialização por tarefas, que indicaria que para os papéis de homem e de mulher estariam associadas determinadas tarefas que maximizam o bem-estar da família como uma unidade. Assim, os homens fazem a maior parte do trabalho relativo à força física, especializando-se em papéis fora do âmbito doméstico, enquanto que as mulheres desempenham as tarefas de cuidado da família e do trabalho doméstico (Martín, 2005).

Os factores sociodemográficos das populações cuidadas e a tendência para obter consistência no género entre cuidador e receptor de cuidados (no caso da relação pais/filhos) são outras hipóteses que permitem explicar parcialmente a distribuição assimétrica do cuidado informal.

Existe uma tendência de pais dependentes para serem assistidos por filhos do mesmo sexo (Lee, Dwyer e Coward, 1993 citados por Martín, 2005). Uma das explicações para este facto, reside na preferência das mães pelas filhas, porque têm uma história de relações mais intensa e íntima. Outra das explicações reside na violação do tabu do incesto, uma vez que o cuidado implica situações e operações íntimas, aparecendo principalmente no caso dos cuidados prestados pelos filhos varões às suas mães, enquanto o tabu entre filha e pai, apesar de também existir estaria mais atenuado pelo papel do cuidador familiar atribuído à mulher (Montgomery e Komo, 1989 citados por Martín, 2005).

Se adicionarmos estes factores à circunstância sociodemográfica, de que a maior parte dos progenitores (dependentes) que precisam de cuidados são mulheres, pode concluir-se que são as filhas quem geralmente mais se envolve nas tarefas do cuidado informal.

Ao nível dos cuidados intrageracionais, é também a mulher, neste caso, a esposa quem tem maior probabilidade de ser cuidadora, porque vive mais do que o marido e é frequentemente mais nova do que ele, como já referenciamos no sub-capítulo anterior.

O estudo de Gonçalves *et al* (1996 citados por Gonçalves, Alvarez e Santos, 2000), vem reforçar esta ideia acerca da divisão assimétrica do cuidado informal. Ao interrogar as pessoas idosas sobre a percepção do apoio familiar para o desempenho das actividades de

vida diária, estas apontaram com maior frequência as mulheres, na ordem de filhas, cônjuges, netas e irmãs (*ibid.*). Para os respondentes do sexo masculino, a mulher cônjuge teve frequência maior (*ibid.*). Verificou-se também a tendência para a concentração sobre um único cuidador familiar (*ibid.*).

Vários autores estudaram ainda a forma como determinadas variáveis, entre as quais, o estado civil e o estatuto profissional dos potenciais cuidadores influenciam o tipo de padrão de cuidado que a pessoa dependente terá. Neste contexto, destacam-se os estudos de Wolf e colaboradores (1997 citados por Martín, 2005), que defendem que as decisões individuais de cada um dos filhos relativamente ao cuidado dos pais dependentes são tomadas dentro do contexto da família alargada (exemplo: noras, cunhados, netos, etc), sendo avaliadas por um lado, as necessidades e recursos das pessoas idosas e, por outro, a disponibilidade de cada um dos filhos para fornecer os cuidados. A investigação revelou que os filhos empregados e com descendência estavam menos disponíveis, fornecendo menos quantidade de cuidado informal (*ibid.*).

Do atrás exposto e corroborando Martín e Lage, concluímos que ao escolher o cuidador principal, as famílias tentam otimizar a sua produtividade, escolhendo um elemento que menos perca com o papel de cuidador informal (Martín, 2005 e Lage, 2005b). Também podemos considerar que, culturalmente, esse papel já está previamente atribuído a determinados membros. O perfil desses membros, maioritariamente, é uma filha adulta, solteira e, em alguns casos é a esposa também ela idosa, a coabitar com a pessoa idosa, com um nível de instrução baixo, economicamente desfavorecida, sem profissão ou reformada (Lage, 2005b; Martín, 2005; Brito, 2002 e Paúl, 1997).

Nunca existe a possibilidade de várias pessoas terem igual grau de possibilidade de serem o cuidador principal, pois socialmente tal papel só pode caber a um único indivíduo. Mesmo nas situações em que o tipo de padrão de cuidado é o de “rotatividade” em que a pessoa dependente vai “rodando” entre diferentes famílias/cuidadores, a responsabilidade é temporariamente assumida por uma das pessoas de cada vez, não existindo co-responsabilidade. Este tipo de padrão foi apresentado por alguns autores em diferentes estudos sobre a realidade espanhola, sendo característico dos bairros com um nível sócioeconómico mais baixo e onde ainda são frequentes famílias extensas com mais de duas gerações a viverem no mesmo domicílio (Bermejo e colaboradores, 1997 citados por Martín, 2005).

Em Portugal, não existem estudos acerca deste tipo de padrão de cuidado. No entanto, a relação estável do cuidador primário não é tão uniforme em Portugal como nos países anglo-saxónicos, em que só existe um cuidador primário, com ou sem rede de cuidadores secundários²⁸, assumindo uma relação contínua até ao momento da morte ou institucionalização da pessoa cuidada.

Quando um cuidador primário ou principal assume cuidar de alguém, fá-lo também em função de motivações (Lage, 2005b). Para alguns membros da família cuidar de um familiar é uma responsabilidade moral, assumindo também que não querem sentir-se culpados mais tarde (INSERSO, 1995 e Wilson, 1992 citados por Lage, 2005b), enquanto que para outros significa um sentimento do dever cumprido, ou seja, um acto de reciprocidade (Paquet, 1995 citado por Lage, 2005b). Também o reconhecimento social e familiar pelo cuidado prestado são outro tipo de motivações para assumir o papel de cuidador (Quaresma, 1996 citado por Lage, 2005b).

Num estudo desenvolvido pelo INSERSO (1995 citado por Martín, 2005), foi possível verificar que as motivações dos cuidadores para cuidar variavam conforme o grau de parentesco. Os cônjuges ou filhos justificam o cuidado prestado com questões de dever e de natureza amorosa e sentimental, enquanto que os irmãos já não invocam o dever, mas sim as questões de natureza solidária ou familiar (*ibid.*).

Assim, o aspecto das crenças ou ideologias relativas a “olhar pelas pessoas idosas” que cada indivíduo possui, também deve ser considerado, pois interfere na sua forma de desempenhar o papel de olhar pela pessoa idosa.

Lawton, Kleban e colaboradores (1989 citados por Martín, 2005), foram os primeiros autores que operacionalizaram o conceito de ideologia do cuidador, considerando-o como uma interpretação cognitiva do cuidado e do comportamento da própria pessoa cuidadora com a função de a prover de significado. Operacionalizaram o construto em quatro expressões: 1- retribuição do apoio; 2- tradição familiar; 3- princípios religiosos; 4- modelo a seguir para os seus filhos (*ibid.*). Determinaram que este construto está mais frequentemente associado a um menor nível educativo, à idade mais avançada dos cuidadores, a ser-se esposa do doente e a não se ser caucasiano (*ibid.*).

²⁸ O cuidador secundário é aquele que não tem as responsabilidades principais no cuidado (Penrod e colaboradores, 1995 e Tennstedt e colaboradores, 1989 citados por Martín, 2005), proporcionando a maior parte da ajuda nas tarefas menos instrumentais e intensivas e ainda outras ajudas menores relativas ao cuidado pessoal (Noelker e Wallace, 1985 e Tennstedt e colaboradores, 1989 citados por Martín, 2005). É também uma fonte de apoio social para os cuidadores primários (Martín, 2005).

Ainda Albert (1992 citado por Martín, 2005), refere que a questão do “dever” é prioritária quando os cuidadores são parentes directos. Aqui a “solidariedade” insere-se no contexto da “solidariedade tradicional” caracterizada pelo carácter não voluntário, pela necessidade e pela origem nos “vínculos de sangue” que se criam e têm a sua continuidade na família (Vidal, 1996 citado por Martín, 2005).

Relativamente ao tipo de cuidados prestados pelo cuidador primário ou principal à pessoa idosa dependente, Bowers (1987 citado por Paúl, 1997), analisou o apoio prestado por adultos aos seus pais idosos, revelando cinco categorias de cuidados, sendo que aqui o prestar cuidados foi definido pelo significado ou intenção atribuída ao comportamento, mais do que à natureza e à exigência do comportamento em si. Desta forma incluem-se, quer os comportamentos observáveis, quer as actividades mentais (exemplo: planos e decisões) (*ibid.*).

As cinco categorias de cuidados encontrados foram: 1- Cuidados Antecipatórios, que incluem comportamentos ou decisões baseadas na antecipação de necessidades possíveis dos pais. É um acontecimento mental e é intencionalmente invisível; 2- Cuidados Preventivos, no sentido de evitar a doença, as complicações, a deterioração física e mental. Esta categoria de cuidados, geralmente é mais activa e de supervisão do que a antecipação (exemplo: alterações do meio físico para aumentar a segurança); 3- Cuidados de Supervisão, que correspondem a um envolvimento directo e activo e é habitualmente reconhecido como o olhar pela pessoa idosa, é o resolver, verificar, etc.; 4- Cuidados instrumentais, em que se incluiu o fazer por ou assistir para manter a integridade física e o estado de saúde da pessoa idosa. Está relacionado com o bem-estar físico, com o corpo; 5- Cuidados Protectores que têm a ver com a protecção relativa ao que não pode ser evitado e tem a ver com as ameaças à auto-imagem, identidade, bem-estar emocional. Geralmente começa por não deixar que a pessoa idosa perceba que estão a olhar por ela, evitar que o pai se aperceba da inversão de papéis. As estratégias utilizadas são o evitar a consciência de um acontecimento e o proteger de consciência do significado de uma situação, tornando o acontecimento consistente com a personalidade da pessoa idosa em questão (*ibid.*).

Enquanto os familiares consideram o cuidado protector o mais importante, os técnicos elegem o preventivo e o instrumental.

Também Imaginário (2004), concluiu no seu estudo de investigação existirem dois tipos de cuidados prestados pelos cuidadores principais à pessoa idosa dependente: cuidados instrumentais e cuidados expressivos. Assim, no que diz respeito aos cuidados

instrumentais, a autora identificou os cuidados orientados e dirigidos às necessidades físicas da pessoa idosa: cuidados físicos (alimentação, higiene, vestuário, eliminação e mobilização); cuidados técnicos (por exemplo: execução de pensos e administração de terapêutica); cuidados de vigilância; acompanhamento às consultas médicas e gestão de medicamentos (*ibid.*).

Relativamente aos cuidados expressivos, a autora identificou cuidados afectivos, concretizados ao nível da satisfação da vontade da pessoa idosa, do conforto, do carinho e companheirismo/presença e cuidados sociais que apontavam para comportamentos como a distração e a comunicação com a pessoa idosa (*ibid.*).

No sentido de sistematizar as funções do cuidador principal junto da pessoa idosa dependente, Gonçalves, Alvarez e Santos (2000), apresentam em pré-proposta as seguintes funções do cuidador principal: a) ajudar a sair da cama, mesa/cadeira e voltar; b) ajudar no cuidado corporal: cabelo, unhas, pele, barba, banho parcial ou completo, higiene íntima, cuidados com eliminações; c) ajudar na locomoção e actividades físicas apoiadas [...]; d) estimular e ajudar na alimentação; e) promover o lazer e a recreação; f) promover a comunicação e a socialização; g) estimular a memória e o intelecto de um modo geral; h) estimular e/ou manter o seu interesse pelo autodesenvolvimento (espiritualidade, auto-estima, revisão da própria vida); i) estimular, manter ou adaptar o desenvolvimento da actividade laboral pela pessoa idosa segundo as suas possibilidades e capacidades; j) manter a limpeza e a ordem de casa ou quarto da pessoa idosa dependente, promovendo o ambiente seguro e diminuindo os riscos de acidentes; k) assegurar um ambiente confortável para o repouso e o sono reparador diário; l) servir de elo entre a pessoa idosa e o seu médico e/ou serviços de saúde como hospital, emergência, centro de fisioterapia, etc. [...]; m) acompanhar a pessoa idosa e/ou ajudar os familiares em consultas, exames e hospitalizações; h) prestar cuidados à pessoa idosa em tratamento no domicílio, sob a orientação de profissionais pelos quais a pessoa idosa e os familiares são assistidos.

1.1.1.1- Consequências da prestação de cuidados no cuidador principal

A manutenção das pessoas idosas mais ou menos dependentes em suas casas ou em co-residência, obriga as famílias a definir e redefinir as relações, obrigações e capacidades, acontecendo frequentemente haver dificuldade em chegar a um acordo no que diz respeito à contribuição de cada um dos membros nos cuidados à pessoa idosa, podendo, por isso,

constituir uma experiência física e emocionalmente stressante para o membro mais directamente envolvido e para toda a família.

Os problemas de quem presta cuidados surgem de

[...] um conflito emotivo, complexo e intenso, provocado pela sobrecarga de olhar por um idoso, pelo qual se sente, um afecto profundo ou obrigação²⁹ [...]. Estes sentimentos são muitas vezes reforçados pelo isolamento social imposto pelas responsabilidades de cuidar do idoso a que se junta habitualmente a falta de conhecimento sobre as técnicas cuidativas, os recursos da comunidade e o lidar com o stress (Paúl, 1997: 128).

Este é o caso da maioria dos cuidadores familiares no domicílio.

De acordo com o modelo de stress de Lazarus as condições problemáticas e as circunstâncias difíceis experimentadas pelo cuidador como por exemplo, as exigências e os obstáculos que levam até ao limite a sua capacidade individual de adaptação, constituem stressores ambientais que ele interpreta de determinada maneira de acordo com os seus recursos e capacidades e aos quais se adapta com diferentes graus de sucesso (Lazarus e DeLongis, 1983 citados por Paúl, 1997).

O stress ocorrerá quando existir um desequilíbrio perceptível entre as exigências impostas aos cuidadores e os seus recursos e capacidades para resolver os problemas. Num estudo desenvolvido por Gonçalves, Alvarez e Santos (2000), os cuidadores identificaram a gestão difícil entre as necessidades da situação do cuidado e os recursos disponíveis como uma das situações mais geradoras de stress.

De entre as consequências negativas, que correspondem a alterações ou mudanças específicas na vida das pessoas resultantes do seu papel de cuidadores informais, a sobrecarga do papel de cuidador é um conceito-chave na investigação sobre o cuidado familiar às pessoas idosas e um dos mais sistematicamente referenciados no âmbito da literatura gerontológica.

A sobrecarga do cuidador resulta da avaliação que o cuidador faz dos stressores associados com a prestação de cuidados e o seu impacto (Lawton *et al*, 1989 citado por Paúl, 1997).

²⁹ Muitas vezes, os prestadores de cuidados sentem que não têm escolha quanto à aceitação de cuidar ou não cuidar, uma vez que o desempenho deste papel raramente corresponde a uma intervenção voluntária e espontânea, estando quase sempre relacionado com uma obrigação incontornável (Paúl, 1997).

Uma das definições de sobrecarga refere “os problemas físicos, psicológicos ou emotivos, sociais e financeiros que podem ser experimentados por membros da família que olham por idosos incapacitados” (George e Guyther, 1986 citados por Paúl, 1997: 136), sendo frequente associar a noção de sobrecarga à “preocupação, ansiedade, frustração, depressão, fadiga, fraca saúde, culpabilidade e ressentimento” (Lawton *et al*, 1989 citados por Paúl, 1997: 136).

A percepção de sobrecarga do cuidador é uma resposta individual, objectiva e subjectiva. A análise contextual da sobrecarga do cuidador pressupõe dois momentos: 1- ao assumir o papel: a qualidade das relações passadas, a preparação, a avaliação e o apoio; 2- no decurso da prestação de cuidados à pessoa idosa, analisando: a) a sobrecarga objectiva (exigências imediatas da prestação de cuidados e as exigências secundárias³⁰, ambas experiências negativas); b) os mediadores (recursos pessoais e sociais para lidar com a situação e a percepção das relações: atribuições, equidade, reactância) e c) a sobrecarga subjectiva (perturbação): emotiva, comportamental e cognitiva (Paúl, 1997).

A sobrecarga do cuidador varia em função da doença e grau de dependência da pessoa idosa a cargo, sendo as alterações comportamentais da pessoa idosa e os cuidados que envolvam trabalho físico fontes de stress.

Para além disso, ao contrário do que passa com crianças, a dependência nas pessoas idosas é crescente, o que agrava a sobrecarga (Braithwaite, 1992 citado por Paúl, 1997). Essa dependência traduz-se em cinco crises: 1- a consciência da degeneração - a degeneração ameaça o sentido de segurança de quem olha pela pessoa idosa e cria um sentimento de impotência; 2- a imprevisibilidade - no envelhecimento a evolução de uma doença é um dado adquirido. O medo do desconhecido revela-se em situações que vão desde a falta de habilidade no desempenho de cuidados complexos, o não conhecer o que esperar de uma situação de cuidado, até ao não saber interpretar/avaliar uma circunstância em evolução; 3- as limitações de tempo - a dependência aumenta e os cuidados tornam-se cada vez mais directos, contínuos e intensos, levando à exaustão dos cuidadores em função da necessidade de estar em vigilância, até porque, raramente a responsabilidade é partilhada por mais do que uma pessoa; 4- a relação entre quem presta cuidados e quem os

³⁰ A este respeito Lage distingue dois tipos de stressores: primários e secundários (Lage, 2005b). Os stressores primários estão relacionados com exigências objectivas, ou seja, com os cuidados instrumentais (*ibid.*). Os stressores secundários não envolvem directamente os cuidados, mas emergem como problemas noutros papéis sociais, como por exemplo os conflitos familiares e laborais, a restrição da actividade social e de lazer (*ibid.*).

recebe - a relação prévia com a pessoa idosa e a inversão de papéis aumenta a probabilidade de conflito; 5- a falta de escolha - numa relação familiar há pouca escolha para o assumir a prestação de cuidados, pondo de lado outros planos (*ibid.* e Gonçalves, Alvarez e Santos, 2000).

Braithwaite (1992 citado por Paúl, 1997), inspirando-se na pirâmide das necessidades de Maslow (1954, 1962) refere-se à sobrecarga do cuidador considerando-a uma ameaça à satisfação das necessidades básicas fisiológicas de segurança, sociais e de auto-estima. A dependência da pessoa idosa acarreta, assim, uma perda de independência dos prestadores de cuidados e leva-os muitas vezes, particularmente as mulheres, (Braithwaite, 1992 citado por Lage, 2005b), a negligenciar as suas necessidades básicas incluindo as relativas ao autocuidado (Lage, 2005b).

Por outro lado, a sobrecarga é dependente de variáveis sócio-demográficas e de contexto.

O facto de os cuidadores poderem contar com a ajuda de alguém, como por exemplo do cuidador secundário alivia-os das exigências dos cuidados, melhorando a sua percepção de saúde (Brito, 2002 e Lage, 2004), e da qualidade de vida, atenuando as consequências das alterações no seu estilo de vida e contribuindo naturalmente para a percepção de maior vigor psíquico e maior energia (Lage, 2005b). O mesmo poderá dizer-se para aqueles que, pagando a alguém para os ajudar a cuidar, percebem maior vigor e energia do que aqueles que não disponham dessa ajuda (*ibid.*).

Alguns autores referem, também, que a relação de parentesco entre o cuidador e a pessoa idosa tem consequências, quer ao nível da adaptação ao papel de cuidador, quer na percepção da sobrecarga. Defendem que os cônjuges cuidadores, tendo com a pessoa cuidada uma relação de maior proximidade anterior ao aparecimento da dependência, referem menor sobrecarga do que aquelas cuja relação não é tão próxima (Kramer, 1993 citado por Lage, 2005b).

Lage (2005b), refere também que os filhos quando comparados com o cônjuge e outros significativos, são os que apresentam pior percepção de saúde, os que mais sentem o impacto do cuidado, a sobrecarga subjectiva, e são também quem apresenta pior índice de vigor-actividade.

A variável coabitação também influencia a sobrecarga do cuidador na medida em que, ao coabitar com a pessoa idosa, o cuidador (nomeadamente o cônjuge ou filho adulto

que vive com os pais) acresce o tempo de cuidado e restringe o tempo de lazer e a vida social (*ibid.*).

A idade dos cuidadores, embora na maior parte dos resultados dos estudos, não afecte de forma evidente o impacto do cuidado, nem positiva nem negativamente (Kramer, 1997 citado por Lage, 2005b), compreende-se que esta se repercute negativamente no estado de humor, particularmente ao nível da percepção da sintomatologia depressiva, da fadiga e baixo nível de energia, e da confusão e falta de clareza mental, bem como do vigor e percepção de saúde (Lage, 2005b).

Também o impacto psicológico relativamente ao tempo de duração do cuidado influencia a percepção de sobrecarga pelo cuidador. Os cuidadores experimentam diferentes graus de exposição ao stress à medida que o tempo passa, com tendência para a estabilização com o decorrer do tempo (Aneshensel e colaboradores, 1995 e Whittateh, Feinberg e Sebesta, 1997 citados por Lage, 2005b).

A quantidade de trabalho traduzida em horas de cuidado diário é preditora da sobrecarga e do vigor-actividade (Lage, 2005b). Porém, surpreendentemente, os cuidadores que cuidam mais horas diariamente têm uma percepção de maior vigor psíquico e energia do que os que cuidam menos horas (*ibid.*). Estes resultados poderão ser explicados por melhor condição física dos cuidadores, subjacente à própria capacidade de prestar mais horas de cuidados (*ibid.*).

As variáveis rendimentos e sexo do cuidador são preditoras da sua percepção da saúde e a escolaridade preditora da sua qualidade de vida (Lage, 2005b). Parece compreensível que a disponibilidade de recursos económicos ao aumentar o leque de opções para lidar com os eventos stressantes melhora a percepção de saúde, uma vez que, é um dado adquirido que a sobrecarga financeira é uma consequência negativa do cuidado, com repercussões na saúde física e mental dos cuidadores (Carrero, 2002 citado por Lage, 2005b).

Relativamente ao sexo, as mulheres continuam a desempenhar maioritariamente o papel de cuidadoras, estando particularmente em carga, tanto objectiva, como subjectiva, o que necessariamente vai determinar a sua percepção de saúde (Lage, 2005b). De acordo com INSERSO (1995 citado por Lage, 2005b), é necessário incrementar o debate que valorize a conveniência de impulsionar políticas sociais e económicas que favoreçam a igualdade e o equilíbrio social, colocando o acento tónico na igualdade de direitos entre

homens e mulheres, uma vez que não se elegendendo livremente ser cuidador de pessoas idosas, este papel recai frequentemente no domínio feminino.

Quanto à escolaridade, esta parece ser um factor positivo na percepção da qualidade de vida dos cuidadores (Brito, 2002 e Lage, 2004), talvez porque a formação como recurso pessoal ajuda os prestadores de cuidados a controlar e a lidar melhor com a situação.

O conflito familiar é outro tipo de variável que influencia a sobrecarga. O problema de olhar por uma pessoa idosa estende-se frequentemente ao conjunto da família levando, muitas vezes, ao estabelecimento de conflitos entre o cuidador e os seus familiares. Estes surgem sobretudo devido ao relativo fracasso em prestar cuidados suficientes (Stawbridge e Wallhagen, 1991 citados por Paúl, 1997). Nos seus estudos os mesmos autores concluíram que entre quem presta cuidados, os que têm problemas familiares têm maior stress e pior saúde mental do que os outros, revelando que 40% dos indivíduos que referiram ter conflitos, foram principalmente com irmãos e cunhados devido a estes acharem que não prestam cuidados suficientes ao pai idoso (60%); receberam críticas pelo que fazem (12,5%) e os familiares insistirem que a pessoa idosa deve ser institucionalizada (10%) (*ibid.*). A maioria destes conflitos, estabeleceram-se recentemente, embora sejam relatados também alguns casos de aproximação entre familiares motivada pela prestação de cuidados (*ibid.*).

Um dos caminhos apontados para evitar que a instalação do conflito prejudique a prestação de cuidados à pessoa idosa e à família no geral é clarificar as expectativas no início da prestação de cuidados.

Por outro lado, os laços familiares fortalecem-se e a qualidade relacional melhora com a institucionalização da pessoa idosa, talvez porque a carga, por vezes excessiva de olhar por uma pessoa idosa dependente, que a família sentia, ficou resolvida, deixando lugar à expressão do afecto (Silverstone, 1985 citado por Paúl, 1997).

Estes factos têm motivado alguns autores a considerarem a necessidade de potenciar os chamados *respite care* (pausas nos cuidados), que podem passar pelo internamento temporário da pessoa idosa, com a finalidade de favorecer as condições objectivas e subjectivas da situação dos prestadores de cuidados. Actualmente as Unidades de longa duração e manutenção, que são um dos tipos de Unidades de internamento que constituem a Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados já preconizam proporcionar o internamento da pessoa dependente, em situações temporárias, decorrentes

da necessidade de descanso do cuidador principal, até 90 dias por ano (Ministérios da Saúde e do Trabalho e da Solidariedade, 2006).

A sobreposição dos papéis familiar e laboral é também uma variável que tem sido estudada na investigação acerca da sobrecarga do cuidador, não reunindo consensos entre os diversos autores. Carrero refere-se a essa sobreposição como causa de impacto negativo na saúde e bem-estar dos cuidadores (Carrero, 2002 citado por Lage, 2005b), enquanto Lage e Brito concluíram nos seus estudos que ao ser profissionalmente activo, o cuidador liberta-se, mantendo a sua vida social, implicando assim um menor impacto negativo do cuidado e condicionando positivamente a percepção da saúde (Lage, 2005b e Brito, 2002).

No entanto, a interferência na carreira profissional é tanto maior quanto mais dependente for a pessoa idosa e o apoio for considerado inadequado (Scharlach Sobel e Roberts, 1991 citados por Paúl, 1997). O despedimento é mais provável se a pessoa tem uma saúde frágil e percebe que tem pouco apoio (*ibid.*). A flexibilidade do emprego e o reajustamento dos papéis entre os diferentes membros da família são a pedra de toque para a diminuição da interferência, para além de favorecer a produtividade (*ibid.*).

A este respeito Rodríguez, Alvarez e Cortés (2001), num estudo desenvolvido com cuidadores informais de pessoas idosas dependentes, verificaram que 25% dos cuidadores trabalhavam com uma média de trabalho de 6 horas por dia e cerca de 31,3% tiveram que renunciar ao trabalho ou adaptá-lo à situação do cuidador. Verificaram ainda, existirem diferenças significativas entre o sexo dos cuidadores e deixar ou não de trabalhar, tendo constatado que nenhum dos cuidadores do sexo masculino deixou de trabalhar para cuidar da pessoa idosa dependente (*ibid.*).

Também a este respeito Arber e Gilbert (1989 citados por Paúl, 1997), referem que a interferência ao nível da incompatibilização de estatutos e carreiras profissionais, assume diferenças entre os cuidadores, conforme se trate duma mulher, dum homem e se é solteiro ou casado. Em função das actuais normas relativas aos papéis sexuais, os homens e os solteiros em geral que assumam funções de olhar por uma pessoa idosa têm maior apoio social e reconhecimento, do que quando esse papel é assumido por mulheres casadas (*ibid.*).

A maior parte da literatura por nós consultada relativamente às consequências que advêm da prestação de cuidados a pessoas idosas dependentes descreve e caracteriza essencialmente as consequências negativas, sendo a área respeitante aos benefícios do cuidado pouco estudada.

No entanto, de acordo com Paúl (1997), cuidar de uma pessoa idosa não é sinónimo de stress e há seguramente aspectos bem gratificantes nesse papel que ultrapassam o cumprimento de qualquer “obrigação moral” ou outro, o que acontece é que no processo de olhar por uma pessoa idosa geralmente esquecem-se os aspectos agradáveis do dia-a-dia e só se sublinham os problemas.

A solidariedade, a intimidade que se gera em muitas destas situações, compensando, por vezes, anos passados de falta de proximidade, a felicidade que advém de tornar mais doce o fim da vida de quem nos é querido, são razões de sobra para tornar positiva a eventual sobrecarga e desgaste físico que a prestação de cuidados a uma pessoa idosa acarreta (*ibid.*).

Outros exemplos dos benefícios para o cuidador incluem a recompensa, a gratificação e o sentido de utilidade (Paúl, 1997), a satisfação (Brito, 2002), o sentimento de realização pessoal e o desenvolvimento de competências e habilidades para cuidar (Benjumea, 2004). Também Carrero (2002 citado por Lage, 2005b), vai de encontro a esta opinião quando afirma que o cuidador aprende com a experiência, amadurece e cresce pessoalmente.

Existem igualmente benefícios para a família nas suas relações familiares (Paúl, 1997).

As consequências negativas da prestação de cuidados, bem como a própria natureza dos mesmos levam a que o cuidador principal sinta necessidades/dificuldades de vária ordem no seu dia-a-dia.

1.1.1.2- Necessidades/Dificuldades do cuidador principal na prestação de cuidados

Como vimos anteriormente a opção de cuidar de uma pessoa dependente no domicílio é, por vezes, difícil de ser tomada e implica por parte do cuidador/família a privação das suas actividades sociais ou mesmo profissionais.

Veríssimo e Moreira (2004), referem que enquanto muitos cuidadores assumem ao longo da vida uma “carreira de cuidadores”, cuidando dos filhos, netos, pais ou sogros, outros cuidam de uma pessoa dependente pela primeira vez. Para estes últimos, esta é uma experiência inteiramente nova, que se traduz em diferentes necessidades (*ibid.*).

Quando se fala em necessidades associamos a este conceito a noção de valor, pois cada pessoa atribui um significado diferente, “seu”, ao que é desejável, à pretensão. Daí

que as necessidades não possam ser vistas como absolutas, são sempre relativas aos indivíduos e aos contextos onde estão inseridas, dependem de valores e crenças.

Maslow (citado por Myers, 2003), ao debruçar-se sobre a motivação fala das necessidades fundamentais. Segundo o autor uma necessidade cria um impulso que motiva o indivíduo a satisfazê-la e salienta que algumas têm prioridade sobre outras (*ibid.*). Propõe uma hierarquia de necessidades fundamentais que engloba cinco categorias: necessidades fisiológicas, de segurança, pertença, estima e de realização pessoal (*ibid.*). Quando as de nível inferior estão satisfeitas, vemo-nos induzidos a satisfazer as do nível superior (*ibid.*). As duas primeiras categorias situam-se no plano da sobrevivência e as restantes no campo da vida social (*ibid.*).

Ainda dentro da temática das necessidades fundamentais, Henderson (1994), no seu modelo conceptual de enfermagem vê o ser humano com necessidades fundamentais, imprescindíveis para que este assegure o seu bem-estar e se preserve física e mentalmente. A autora define catorze necessidades, em que cada uma delas é composta pelas várias dimensões que caracterizam o ser humano - biológica, psicológica, social, cultural e espiritual (*ibid.*). Essas necessidades fundamentais são comuns a todas as pessoas doentes ou saudáveis, sendo elas: respirar, beber, comer, eliminar, mover-se e manter uma postura adequada, dormir e descansar, vestir e despir-se, manter a temperatura corporal, estar limpo e aseado, evitar os perigos do meio, comunicar com as outras pessoas, praticar a sua religião e actuar segundo as suas crenças, ocupar-se de maneira que se sinta útil, participar em actividades recreativas, aprofundar, descobrir e satisfazer a sua curiosidade (*ibid.*).

Constituindo o cuidador e a pessoa idosa dependente uma unidade, que se influencia mutuamente, em que as dificuldades enfrentadas pelo cuidador para cuidar da pessoa idosa dependente no domicílio, são interpretadas como factores que limitam a qualidade do cuidado prestado³¹ (Andrade e Rodrigues, 1999), é imprescindível que se compreenda e avalie as necessidades sentidas pelo cuidador.

Para uma melhor compreensão da problemática corroboramos Palma que ao estudar as expectativas da família com pessoas idosas dependentes definiu problema como “[...] algo que impede ou dificulta a prestação de cuidados informais ao idoso” (Palma, 1999: 28) e necessidade como “[...] uma falta de algo essencial, um vazio a preencher. Representa o necessário para remediar um problema identificado” (*ibid.*).

³¹ A este respeito Palma refere que “A qualidade de vida do idoso dependente está relacionada com o bem-estar daqueles que têm a responsabilidade de satisfazer as suas necessidades” (Palma, 1999: 28).

Uma análise cuidada de várias leituras leva-nos a concluir que as dificuldades surgidas aos cuidadores, em consequência da prestação de cuidados às pessoas idosas dependem, entre outras razões, da falta de conhecimentos, de recursos e de acompanhamento dos serviços comunitários. A este respeito, Paúl (1997), refere para além da falta de conhecimento sobre as técnicas cuidativas e os recursos comunitários, a falta de conhecimento dos cuidadores para lidar com o stress que advém da prestação de cuidados.

Palma (1999), ao estudar as expectativas dos familiares cuidadores de pessoas idosas dependentes, relativamente à intervenção de enfermagem no domicílio, em resposta às suas necessidades/problemas enquanto prestadores de cuidados, chegou a conclusões esclarecedoras do tipo de dificuldades/necessidades encontradas por estes cuidadores.

As prestadoras de cuidados manifestaram necessidades: fisiológicas, económicas, de ajuda de outros e de formação/informação. As necessidades fisiológicas- repousar e dormir surgiam devido ao esforço desenvolvido pelos cuidadores, que os impedia de repousar tanto quanto precisavam (*ibid.*).

As necessidades económicas são referenciadas pelos cuidadores para obter recursos materiais (fraldas, medicamentos e ajudas técnicas) e recursos humanos (ajuda de outros durante a prestação de cuidados), que facilitem a prestação de cuidados à pessoa idosa (*ibid.*).

A falta de ajuda de outras pessoas para a prestação de cuidados à pessoa idosa é outra das dificuldades apontadas pelos prestadores de cuidados do estudo desenvolvido por Palma (1999). A autora concluiu que apesar das cuidadoras já receberem ajuda de outros nos cuidados que prestam à pessoa idosa, essa era uma ajuda pontual e insuficiente (*ibid.*).

As necessidades de formação/informação invocadas pelas prestadoras de cuidados eram relativas à situação de saúde da pessoa idosa e às técnicas de cuidar, que lhes permitissem diminuir o esforço físico na prestação de cuidados e o risco de acidentes para a pessoa idosa (*ibid.*).

Segundo a mesma autora, a detenção de conhecimentos sobre práticas de cuidar e sobre a doença e dependência da pessoa idosa³², facilita e melhora a qualidade da prestação dos cuidados através dum maior controlo dos cuidadores sobre a situação e diminuição das dificuldades (*ibid.*).

A informação/formação é uma das necessidades que segundo Mendonça, Martinez e Rodrigues (2000); Rodriguez, Alvarez e Cortés (2001) e Veríssimo e Moreira (2004), é frequentemente sentida pelos prestadores de cuidados informais a pessoas idosas.

A este respeito, Leme (2000), refere que os mais modernos conceitos terapêuticos em geriatria, e gerontologia priorizam uma abordagem profissional destes cuidadores através de cursos de formação, informações continuadas e treino/capacitação do cuidador em contexto institucional, no sentido de o preparar para a prestação de cuidados no domicílio.

Para além das necessidades anteriormente descritas, os prestadores de cuidados informais deparam-se diariamente com dificuldades de várias ordens.

A dificuldade em satisfazer as necessidades das pessoas idosas é outra das dificuldades apontadas pelos prestadores de cuidados em vários estudos (Palma, 1999; Sotto Mayor, Sequeira e Paúl, 2006 e Almeida, Miranda, Rodrigues e Monteiro, 2005). Palma (1999), concluiu no seu estudo, que as cuidadoras consideravam os cuidados de alimentação, de higiene e de vestir a pessoa idosa como actividades difíceis devido ao tempo gasto com elas, ao esforço despendido e à frequência com que as realizavam.

Almeida *et al* (2005), referiram ainda a dificuldade em proporcionar companheirismo ao doente dependente, devido à falta de tempo para lhe dar a atenção que ele precisa.

Do atrás exposto podemos concluir corroborando Veríssimo e Moreira (2004), que os cuidadores valorizam em primeiro lugar as necessidades de pessoa cuidada, relegando para um plano secundário as suas próprias necessidades.

³² A este respeito, Gonçalves, Alvarez e Santos (2000), referem que as necessidades de formação dum cuidador que irá cuidar de uma pessoa idosa com um leve grau de dependência são diferentes das necessidades de formação doutro que irá cuidar duma pessoa idosa acamada. É ainda diferente, quando se trata de cuidar de pessoas idosas com doença de Alzheimer ou outros quadros demenciais, em suas distintas fases de evolução (*ibid.*). Mais complexa se torna a situação do cuidador de pessoas idosas que vivenciam condições especiais de tratamento como o uso de sondas, ostomias para eliminações, recebem quimioterapia e outros medicamentos no domicílio (*ibid.*).

Num estudo desenvolvido por Moreira (2001), com cuidadores da pessoa em fim de vida, a autora verificou que estes deixavam antever a necessidade dos profissionais de saúde avaliarem as suas necessidades, dado que eles tinham dificuldade em solicitar ajuda. Ainda Cerqueira (2005), diz que é fundamental ir ao encontro das necessidades do cuidador, pois a não satisfação destas é um factor precipitante da não aceitação do doente em casa por parte do cuidador.

Neste contexto, os profissionais de saúde deverão ver a pessoa idosa dependente e o cuidador/família como uma unidade receptora de cuidados, e não apenas a pessoa idosa dependente, pois o êxito dos mesmos depende em grande parte do apoio proporcionado pelos profissionais de saúde.

Palma (1999), no seu estudo sobre as expectativas da família em relação à intervenção de enfermagem no domicílio, em resposta às suas necessidades/problemas enquanto prestadoras de cuidados a pessoas idosas, concluiu que estas expectativas se dividiam em orientação, prestação de cuidados, vigilância de saúde e ajuda económica. No que respeita à orientação, as cuidadoras contavam com a ajuda das enfermeiras para se formarem/capacitarem a cuidar do seu familiar e para lhes fazerem o encaminhamento necessário para a obtenção de recursos disponíveis na comunidade (*ibid.*). Em relação à prestação de cuidados, as cuidadoras esperavam que os enfermeiros realizassem pensos e algaliações e que as ajudassem nos cuidados de higiene e a vestir a pessoa idosa (*ibid.*). Por outro lado, esperavam ainda que os enfermeiros as ajudassem a controlar a saúde da pessoa idosa e a sua própria saúde, de forma sistemática e as ajudassem economicamente a suportar os custos dos recursos humanos (*ibid.*).

Perante os resultados obtidos, a autora concluiu que as entrevistadas expressavam as suas expectativas em função das necessidades e problemas que mais peso tinham para si, e da ajuda que recebiam actualmente ou que já tinham recebido de enfermagem (*ibid.*). Por outro lado, concluiu que estas cuidadoras desconheciam o tipo de ajuda que os enfermeiros lhes podiam dar (*ibid.*).

A necessidade de um maior suporte ao nível dos cuidados de saúde foi igualmente solicitada pelos cuidadores de doentes paliativos num estudo desenvolvido por Cerqueira (2005). A autora concluiu que uns cuidadores tinham expectativas positivas e outros negativas face às intervenções dos enfermeiros no domicílio no âmbito da continuidade de cuidados, tendo ainda verificado que os cuidadores consideravam o apoio de enfermagem e o apoio médico de que dispunham insuficientes para cuidarem do doente paliativo no

domicílio (*ibid.*). Perante estes resultados, a autora concluiu que existe um longo caminho a percorrer pelas equipas de saúde, quer dos cuidados de saúde primários, quer dos cuidados de saúde diferenciados, no sentido de valorizar o acompanhamento do cuidador no domicílio nas suas vertentes relacional e formativa, sendo para isso necessário que se deixe de hipervalorizar as técnicas e as intervenções a nível curativo (*ibid.*).

A formação do cuidador numa forma holística é uma questão central na melhoria da qualidade dos cuidados prestados a pessoas idosas dependentes no domicílio. A falta de capacitação e não qualificação profissional do cuidador têm demonstrado a ocorrência de sérios problemas, nomeadamente a interferência na dinâmica familiar, a ausência de sistematização assistencial, o estímulo ao comportamento dependente e, o que é mais grave, a ocorrência de maus tratos à pessoa idosa que, dada a sua condição de saúde, pouco ou nada pode fazer para defender-se (Gonçalves, Alvarez e Santos, 2000).

De seguida iremos abordar os vários tipos de apoios informais e formais de que dispõe a díade pessoa idosa dependente-cuidador principal para fazer face às suas necessidades/dificuldades.

1.2- Apoios informais e formais de que dispõem a pessoa idosa dependente e o cuidador principal

Corroborando Rebelo (1996), pensamos que a instituição social - família é o elemento enquadrador principal da prestação de cuidados informais à pessoa idosa dependente, já que é nesta entidade social que se situa o principal agente de cuidados informais, cujo perfil vai ao encontro ao que já traçamos anteriormente. Trata-se de uma mulher, esposa ou filha de meia idade e vivendo uma situação de “dependência ou precariedade económica” (*ibid.*).

A mesma autora salienta, ainda, que a família para além de ser o garante da prestação de cuidados informais, é também a maior fonte de substituição e ajuda utilizada pelo prestador principal de cuidados (*ibid.*). Os familiares que ajudam o prestador de cuidados principal são considerados na área do cuidado informal como cuidadores secundários e têm com a pessoa idosa dependente ligações familiares menos comuns, quando comparados com os cuidadores principais, podendo encontrar-se dentro do papel de cuidadores secundários noras, genros e netos (Tennstedt e colaboradores, 1989 citados por Martín, 2005).

Para além dos familiares podem encontrar-se ainda entre os cuidadores secundários amigos e vizinhos. Parece, no entanto, existir uma relação entre a idade do prestador de cuidados e a fonte de ajuda. A este respeito Rebelo (1996), num estudo desenvolvido com prestadores de cuidados informais a idosos com 80 e mais anos, chegou à conclusão que os mais velhos obtinham mais frequentemente ajuda dos vizinhos, enquanto os mais novos obtinham-na sobretudo dos familiares com os quais coabitam, nomeadamente filhos ou cônjuge.

A este respeito, Paúl (1997), refere ainda que embora os familiares sejam a maior fonte de apoio físico e emocional das pessoas idosas, os amigos têm um forte efeito no bem-estar subjectivo, implicando múltiplos aspectos que vão desde a partilha de intimidades, apoio emotivo e oportunidades de socialização. Refere ainda que a relação que se estabelece entre vizinhos é predominantemente instrumental (*ibid*). Assim, para encontrar nos amigos e vizinhos um recurso, o cuidador principal deverá procurá-los ou estimular a sua solidariedade, sendo esta uma tarefa essencial do cuidado (Benjumea, 2004).

A maior parte dos cuidadores secundários, quando comparada com o padrão dos cuidadores principais, são também mulheres, embora com uma tendência menos marcada (Tennstedt e colaboradores, 1989 citados por Martín, 2005). São relativamente mais novos que os cuidadores principais, casados em menor número, tendo a maioria um emprego fora de casa (*ibid.*), e podendo identificar-se vários cuidadores secundários para uma mesma pessoa receptora de cuidados (Penrod e colaboradores, 1995 e Tennstedt e colaboradores, 1989 citados por Martín, 2005).

O papel de cuidador secundário é diferente do de cuidador primário, devido às motivações também serem diferentes (Penrod e colaboradores, 1995 e Tennstedt e colaboradores, 1989 citados por Martín, 2005). As motivações dos cuidadores secundários derivam do afecto e sentido de responsabilidade para com o cuidador principal e para com a pessoa dependente (Martín, 2005). Proporcionam ajuda nas tarefas mais específicas e pontuais como, por exemplo, no apoio emocional à pessoa idosa dependente e ao cuidador, nas compras, transporte e noutras ajudas menores relativas ao cuidado pessoal (Noelker e Wallace, 1985 e Tennstedt e colaboradores, 1989 citados por Martín, 2005).

A quantidade de trabalho desenvolvida pelos cuidadores secundários é bastante menor do que aquela que é proporcionada pelo cuidador principal (Tennstedt e colaboradores, 1989 citados por Martín, 2005).

Actualmente, para muitas pessoas idosas, as redes de apoio informal são incapazes de preencher as necessidades existentes, quer devido à inadequação da rede, quer porque as suas necessidades ultrapassam a capacidade de apoio proveniente desse sistema (Paúl, 1997). Para estas pessoas idosas, os cuidados domiciliários prestados pelos serviços de apoio formal são a possibilidade que lhes resta para se manterem a viver na comunidade (*ibid.*). Na realidade, factores como o eventual decréscimo do tamanho da rede social das pessoas idosas, as suas limitações em termos de mobilidade e de reciprocidade, bem como a ausência ou o afastamento da família, tornam a pessoa idosa mais necessitada do apoio formal do que os outros grupos etários.

DHHS refere que os cuidados domiciliários são

cuidados de saúde e de serviços sociais prestados aos indivíduos nas suas casas ou na comunidade e nas casas dos familiares. Os cuidados domiciliários podem incluir serviços de enfermagem, de reabilitação, de segurança social, de saúde domiciliária e outros serviços de longa duração (DHHS, 1994 citado por Birchfield, 1999: 651).

No seguimento das políticas de saúde e sociais actuais que se preocupam em manter a pessoa idosa no seu quadro habitual de vida, as redes de apoio formal, têm vindo a diversificar o seu leque de serviços para além dos lares. Têm criado centros de convívio, centros de dia, apoio domiciliário e, mais recentemente, o acolhimento familiar³³. No entanto, estes apoios ainda são escassos e levam, muitas vezes, a situações de claro desajuste entre os objectivos institucionais e a população idosa que estão a pretender servir (Paúl, 1997).

Entre 1991 e 1998 notou-se uma evolução no número dos serviços e equipamentos sociais, com incidência nas respostas referentes ao apoio domiciliário e ao centro de dia, cujo crescimento rondou os 27,8%, denotando-se assim a preferência quer dos promotores, quer dos utentes por este tipo de resposta social (INE, 1999). O serviço de apoio domiciliário, como já referimos no início deste capítulo, é um serviço de prestação de cuidados às pessoas idosas no seu domicílio, que é pago, e inclui o fornecimento de refeições, realização de tarefas domésticas (limpeza da habitação, lavagem da roupa) e realização da higiene pessoal à pessoa idosa dependente.

³³ O acolhimento familiar é uma resposta social que consiste na integração temporária ou permanente, em famílias consideradas idóneas, de pessoas idosas ou pessoas com deficiência, a partir da idade adulta (Ministério do Emprego e da Segurança Social, 1991).

Vários autores defendem que os apoios formais são uma fonte importante de apoio quer instrumental, quer afectivo, sendo que muitos indivíduos ultrapassam os papéis formais previstos, são considerados amigos e a relação é de natureza altamente personalizada (Paúl, 1997).

Noelker e Bass (1989 citados por Paúl, 1997), levaram a cabo um trabalho de investigação para identificar as diferentes formas de relação entre apoio informal e formal, tendo identificado quatro tipos de ligações: 1- natureza complementar dos dois sistemas, cada um realizando as tarefas que lhe compete, o sistema informal levaria a cabo tarefas não previsíveis e não técnicas e o sistema formal encarregava-se de tarefas especializadas e previsíveis minimizando desta forma eventuais conflitos entre os sistemas; 2- outro modelo parte do princípio que não há áreas de especialização de tarefas, que estas são rotineiras, pelo que os sistemas formais deveriam suplementar os esforços dos sistemas informais de apoio; 3- o apoio formal deve substituir o apoio informal; 4- um último modelo, prevê a completa independência da família relativamente aos serviços formais, que teriam ocasiões distintas para se encontrar com a pessoa idosa.

Os autores supracitados concluíram ainda que a especialização entre os sistemas de apoio ocorria associada a um maior nível de dependência da pessoa idosa (*ibid.*). Chamam ainda a atenção para o facto de o recurso aos sistemas formais de apoio se verificar tardiamente, ou seja, quando a família entra em ruptura, o que é negativo e deve ser evitado (*ibid.*).

Outra investigação levada a cabo por Edelman e Hughes (1990 citados por Paúl, 1997), para estudar o impacto do apoio domiciliário na prestação de cuidados informais pela família e amigos a pessoas idosas em casa, permitiu concluir que os cuidados formais suplementavam, mais do que substituíam os informais. Assim a suplementação dos serviços informais por serviços formais era o que acontecia com mais frequência na comunidade relativamente quer à substituição, quer à especialização (*ibid.*).

Concluindo, há uma corrente de opinião que vai no sentido da substituição do apoio informal por serviços formais, e outra, que propõe antes um apoio complementar por parte dos serviços formais a quem presta informalmente cuidados às pessoas idosas. A ideia subjacente é a de que há determinados tipos de apoio, como por exemplo, o apoio emocional, que é melhor prestado por pessoas não especializadas, enquanto que existem outros, como a enfermagem e o apoio médico que são da competência do pessoal técnico. Esta perspectiva é igualmente defendida pela teoria da complementaridade funcional de

Litwak (1985 citado por Paúl, 1997), que defende a partilha de tarefas, sendo as mais rotineiras levadas a cabo pela família, as mais pontuais por amigos e as mais especializadas por serviços formais.

Dobrof a este propósito diz-nos que face às necessidades das pessoas idosas dependentes de cuidados proporcionados pelo sistema informal e por organizações formais e profissionais, é fundamental que existam “[...] laços efectivos entre estes sistemas [...] sendo um pré-requisito para que as pessoas idosas recebam os cuidados de que precisam” (Dobrof, 1997: 59).

As políticas sociais e as políticas comunitárias devem ser aproximadas, no sentido de promover esferas de solidariedade directa e redes de apoio (Roca, 1994 citado por Lage 2005b), dado que os cuidados às pessoas idosas e aos familiares que cuidam exigem, sobretudo, uma solidariedade de base e uma ajuda eficaz, combinada e adaptada (Jöel, 2002 citado por Lage, 2005b). Para que a ajuda seja eficaz, deverá ser precoce e girar à volta dos eixos como sejam a informação, formação, suporte, alívio e intervenção psicoterapêutica (*ibid.*), indo de encontro às reais necessidades do cuidador principal.

Sem uma rede de apoios, cuidar em casa é uma tarefa impossível (Benjumea, 2004), já que o êxito dos cuidados domiciliários não depende apenas da disponibilidade das famílias ainda que ela seja importante, mas também dos serviços de apoio necessários para realizar essa prestação sem criar novas discriminações. Na realidade, o desejável será que, desde que estejam asseguradas as condições necessárias formais e informais, a pessoa idosa permaneça no seu domicílio, preservando, o carácter de intimidade que caracteriza o autocuidado da saúde.

Ao nível das iniciativas, de acordo com Paúl (1997), os serviços formais deverão fornecer, para além dos tradicionais apoios na alimentação, higiene e limpeza, serviços de reforma e manutenção do próprio parque habitacional, condição muitas vezes indispensável para que a pessoa idosa se mantenha relativamente autónoma e a residir na comunidade.

Devem ainda ser desenvolvidas fórmulas intermédias entre os cuidados a cargo das famílias e a institucionalização das pessoas idosas, como por exemplo, o acolhimento familiar, as residências partilhadas (pouco comuns em Portugal) e todas aquelas que favoreçam a participação e a auto-organização das pessoas idosas e cuidadores (Lage, 2005b). As instituições de permanência limitada devem ser privilegiadas sobre as de duração permanente e, de entre estas, devem contemplar-se as que atendem pessoas idosas

com algum grau de dependência sobre aquelas que cuidam de pessoas idosas que mantêm ainda algum potencial para viver no domicílio, desde que estejam asseguradas as condições formais e informais necessárias ao bem-estar e qualidade de vida das pessoas idosas e seus familiares (INSERSO, 1995 citado por Lage, 2005b).

Neste sentido, os dispositivos de ajuda aos cuidadores devem incluir o aumento dos serviços formais de apoio domiciliário que permitam suplementar ou substituir, quando necessário, as redes de apoio informal.

Coordenar os esforços da rede social de apoio informal, com o assumir de responsabilidades formais por parte de entidades oficiais que prestam ajuda, mais ou menos especializada, às pessoas idosas, parece-nos o caminho adequado no sentido de melhorar a eficácia e a qualidade dos cuidados a esta franja da população.

Ao nível dos cuidados de saúde, os enfermeiros desempenham um importante papel na promoção da saúde/educação para a saúde da díade pessoa idosa dependente-cuidador, no sentido de melhorar a sua qualidade de vida.

**CAPÍTULO III – O PAPEL DOS PROFISSIONAIS DE ENFERMAGEM NA
EDUCAÇÃO DA DÍADE PESSOA IDOSA DEPENDENTE-CUIDADOR
PRINCIPAL**

1- EDUCAÇÃO PARA A SAÚDE/PROMOÇÃO DA SAÚDE

Abordar a temática da Educação para a saúde sem analisar, previamente, os conceitos de saúde e promoção da saúde e as transformações que têm sofrido ao longo do tempo, parece-nos inadequado e descontextualizado, uma vez que, o objectivo da Educação para a Saúde é a promoção da saúde.

Neste capítulo, faremos uma breve abordagem à evolução do conceito “saúde”, recorrendo aos documentos resultantes das Conferências Internacionais da OMS, de onde emerge a perspectiva holística e comunitária da Promoção da Saúde e enquadramos a noção de Educação para a Saúde/Promoção da Saúde no contexto da sua evolução conceptual e aplicação prática. Posteriormente, procuraremos relacionar essa noção com o papel educativo da equipa interprofissional junto da díade pessoa idosa dependente-cuidador principal e, dentro desta equipa, destacaremos o papel dos enfermeiros enquanto promotores/educadores para a saúde.

O conceito de saúde, com o decorrer dos tempos, tem vindo a adquirir conotações diversas que partiram de construções sobre o significado da natureza do corpo, as funções e a sua estrutura e as relações corpo e espírito e pessoa-ambiente (Reis, 1998), reflectindo a diversidade do contexto histórico, cultural, social e pessoal, científico e filosófico da experiência humana.

De facto o conceito “saúde” assume um cariz flexível e evolutivo, na medida em que é moldado pelas experiências de vida, conhecimento, valores e expectativas e varia consoante o contexto em que as pessoas se inserem. Dito isto, podemos afirmar que a saúde assume diferente significado para as pessoas, inclusive para a mesma pessoa, ao longo da vida.

Durante vários anos, o conceito de saúde foi influenciado pelo paradigma Newtoniano-Cartesiano, no qual se baseia o modelo biomédico. Este modelo reduzia a pessoa às estruturas fisiológicas e aos seus processos biológicos e físico-químicos. A saúde era entendida como um estado de ausência de doença. O médico era o principal agente responsável pela saúde, sendo a sua actuação essencialmente a nível hospitalar. O foco de atenção era a patologia em si, a saúde era definida em termos negativos “saúde era a ausência de doenças ou enfermidades” (Sanmartí, 1985: 13) e, à margem de qualquer componente psicossocial e espiritual.

Demarcando-se da visão reducionista do modelo biomédico surgem outros modelos no domínio da saúde dos quais destacamos o modelo holístico que surge no início do século XX com a concepção holística do Homem.

O paradigma holístico concebe o ser humano como uma unidade biológica, psicológica, social e espiritual que se encontra em constante interacção consigo mesmo (relação-mente-corpo), com os outros seres humanos e com o meio envolvente. Assim, o ser humano é “um todo não redutível às partes que funciona como um sistema em interacção constante e permanente do todo com as partes” (Morin, 1982: 73), constituindo a totalidade do diálogo das suas dimensões: biológica, psicológica, social e espiritual.

Com base no modelo holístico, qualquer perturbação ou alteração ocorrida numa dimensão desse todo terá repercussões em todas as outras e como tal na globalidade, pelo que o ser humano é entendido como uma “[...] síntese biopsicossocial indivisível” (Alfonso & Alvarez-Dardet, 1992: 42).

É a partir desta perspectiva holística que a saúde passa a ser entendida como um equilíbrio dinâmico entre os ambientes interno e externo do homem, um bem-estar consigo mesmo e com o mundo que o rodeia, estando por isso em permanente mudança.

De acordo com Damásio e Carcel a concepção holística de saúde considera-a um bem-estar subjectivo que permite à pessoa alcançar os seus objectivos pessoais no âmbito de um determinado contexto sócio-cultural, emergindo do diálogo homem-meio ambiente e mediado pelas emoções e sentimentos (Damásio, 1998 e Carcel, 2000).

Em 1946, a OMS na sua Carta Constitucional definiu a saúde de forma positiva como “um estado de completo bem-estar físico, mental e social e não apenas a ausência de doença ou enfermidade” (OMS, citada por Santos e Osuna, 2000: 4), para em 1999 acrescentar “e espiritual” (Oliveira, 2004), identificando as dimensões: biofisiológica, psicológica, social e espiritual, de acordo com o modelo holístico.

Esta definição foi um marco pelos aspectos positivos e inovadores que incorporou (estado óptimo e incorporação das áreas mental e social). No entanto, apesar da concepção multidimensional de saúde proposta pela OMS, esta definição, tem sido muito contestada pela comunidade científica, por ser utópica, equiparar bem-estar a saúde, expressar mais um desejo do que uma realidade, considerar a saúde como uma estado fixo e ser uma definição subjectiva (Santos e Osuna, 2000).

Entre os autores críticos desta definição de saúde encontra-se Terris que propõe que seja eliminada a palavra “completo”, dado que tanto a saúde como a doença não são

valores absolutos, existindo sim, diferentes graus de saúde e de doença (Terris, 1980 citado por Santos e Osuna, 2000). Para além disso, este autor defende que a saúde tem dois aspectos: um subjectivo referente a “sentir-se bem” e outro objectivo que implica “a capacidade de funcionar”, definindo saúde como um “estado de bem-estar físico, mental e social, com capacidade de funcionar e não unicamente a ausência de doenças ou enfermidade” (Terris, 1980 citado por Santos e Osuna, 2000: 5).

Esta definição sendo operativa, apresenta contudo o inconveniente de não considerar a doença numa fase precoce, em que apesar de não produzir sintomas, nem limitar a capacidade de funcionamento, existe.

Por sua vez, bem-estar é um conceito subjectivo, relativo, alicerçado na diferente forma que cada ser humano define o seu bem-estar e, é efémero porque está em constante adaptação, ou seja, depende de cada um, do momento e do meio envolvente “A saúde é a sobrevivência num bem-estar que se sabe relativo e efémero” (Illich, 1997: 123).

Actualmente são várias as definições apontadas sobre saúde, mas em todas elas, se destaca a capacidade de adaptação como qualidade de vida. Esta adaptação, na opinião de Santos e Osuna resulta de “[...] um processo dinâmico no complexo meio natural e social, económico e cultural que nos rodeia e está condicionado por múltiplos factores que influenciam o estado de saúde” (Santos e Osuna, 2000: 6). A saúde pode assim, ser considerada como uma variável dependente, influenciada por diversos factores ou determinantes que, em interacção constante, condicionam o nível de saúde das pessoas.

Baseado na complexidade dos factores que interferem com a saúde individual e colectiva, Marc Lalonde (Ministro da Saúde Nacional e Bem-Estar do Canadá, em 1974), constituiu um modelo de análise de saúde- modelo “campo de saúde”, segundo o qual o nível de saúde de uma comunidade é determinado pela interacção de quatro variáveis: Biologia humana (genética, envelhecimento); Meio ambiente (contaminação física, química, biológica, psicossocial e sociocultural); Estilo de vida (comportamentos ligados à saúde) e Sistema de saúde (qualidade de assistência e acessibilidade de populações) (Santos e Osuna, 2000).

Estas variáveis podendo ser modificadas (a variável biologia humana em menor medida) por acções conjuntas de toda a sociedade, no sentido de uma melhor saúde pública, foram igualmente alvo de intervenção nas várias Conferências Internacionais da OMS, no sentido de alcançar o mais elevado nível de saúde para os povos e o desenvolvimento económico dos países.

A primeira conferência a ser organizada, foi a Conferência Internacional sobre Cuidados de Saúde Primários³⁴, realizada em Alma-Ata, em 1978.

Nesta Conferência, a saúde é entendida pela positiva, como um estado de completo bem-estar e não apenas como um estado de ausência de doença, sendo considerada um direito humano fundamental (OMS, 1978). É, por isso, encarada como um recurso ao alcance de todos, com vista ao desenvolvimento das comunidades (*ibid.*).

A partir desta Conferência, preconizam-se cuidados primários de saúde que incluam entre outros, a educação da população para as medidas de prevenção e controle dos problemas prevalentes de saúde, tendo como objectivo os níveis de saúde e autonomia dos cidadãos na resolução dos seus problemas de saúde (OMS, 1978).

Na opinião de Antunes (2008), neste documento surgem duas ideias pioneiras- as questões relacionadas com a saúde aparecem associadas não só a factores biológicos mas também às condições psico-sociais das pessoas e conectada a uma co-responsabilização e participação alargada das pessoas, comunidades e governos.

A promoção e protecção da saúde dos povos passa, assim, a ser considerada essencial, começando a crescer a importância do conceito de Promoção da Saúde.

Assim, a Primeira Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde³⁵, realizada em Ottawa, Canadá (1986) defende que a saúde deve orientar-se sobretudo para a promoção da saúde entendida como “o processo que permite às populações exercerem um controlo muito maior sobre a sua saúde e melhorá-la” (OMS, 1986: 2).

A promoção da saúde anuncia como requisitos para a concretização da saúde: a paz, a educação, a habitação, a alimentação, a conservação dos recursos naturais, a justiça social e equidade (OMS, 1986).

A promoção da saúde é definida pela primeira vez, como um processo participado pelo indivíduo, facilitador da adopção de estilos de vida saudáveis e do desenvolvimento

³⁴ Nesta Conferência foi produzida a Declaração sobre os Cuidados de Saúde Primários de Alma-Ata, com 10 postulados e 22 recomendações, onde são enfatizados os cuidados primários de saúde a desenvolver e aplicar em todo mundo, com a finalidade de atingir a Saúde para Todos no ano 2000.

³⁵ A Primeira Conferência Internacional para a Promoção da Saúde, organizada pela World Health Organization, em conjunto com, a Health and Welfare Canada e Canadian Public Health Association, decorreu de 17 a 21 de Novembro de 1986, em Ottawa, Canadá. Estiveram representados 38 países entre os quais Portugal, com o intuito de trocar experiências, partilhar conhecimentos sobre promoção de saúde e conjuntamente reforçarem o compromisso individual e colectivo face à meta comum de “Saúde para Todos no ano 2000”. Desta Conferência resultou uma declaração denominada *Carta de Ottawa*.

das suas capacidades de agir com e sobre o meio, recorrendo para isso à educação dos indivíduos (*ibid.*).

Nesta conferência é notória a importância atribuída à participação/responsabilização das comunidades (e não apenas dos profissionais de saúde), no processo de promoção da sua saúde, na medida em que defende que a força motriz do processo de promoção da saúde provém do real poder das comunidades, da posse e controlo que tenham sobre os seus próprios esforços e destinos (*ibid.*).

Mas, para que as populações realizem o seu potencial de saúde é necessário que tenham acesso à informação adequada, clara e correcta das vantagens de adopção de estilos de vida saudáveis, para que conscientemente possam fazer opções saudáveis e que as oportunidades sejam iguais para todos (homens, mulheres e crianças).

Assim, a promoção da saúde exige uma acção coordenada entre governos, sectores da saúde, outros sectores sociais e económicos, organizações, autarquias e as próprias populações (*ibid.*). Nesta perspectiva, os profissionais de saúde e os grupos sociais devem funcionar como mediadores entre os interesses antagónicos e os interesses a favor da saúde das populações enquanto indivíduos, famílias e comunidades e elaborar em conjunto com eles programas e estratégias adaptadas às suas necessidades em termos de saúde (*ibid.*).

Assim, para intervir em promoção de saúde foram identificados cinco campos de acção: a construção de políticas públicas saudáveis, a criação de ambientes favoráveis à saúde, o desenvolvimento das habilidades pessoais, o reforço da acção comunitária e a reorientação dos serviços de saúde (*ibid.*).

Para debater e operacionalizar estes cinco campos de acção foram organizadas subsequentes conferências internacionais.

Em 1988, ocorreu a Segunda Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde³⁶, com a finalidade de discutir as estratégias para implementar as políticas públicas saudáveis. As recomendações desta conferência vão no sentido de responsabilizar os vários sectores governamentais, dos diversos países signatários, pelas suas decisões políticas sobre a saúde das populações (OMS, 1988). Estes governos devem reunir esforços para incrementar o acesso de todas as pessoas aos serviços promotores de saúde (Cuidados de Saúde Primários), tendo em conta a sua educação e nível de alfabetização, a fim de diminuir as desigualdades entre os mais favorecidos e os que não têm acesso, dando

³⁶ A conferência realizou-se em Adelaide, na Austrália, entre 5 a 9 de Abril, onde estiveram presentes 42 países.

prioridade a estes últimos, e investir a apetrechar os cuidados de saúde primários com meios humanos e materiais, no sentido de responder às necessidades das populações (*ibid*).

Nesta conferência foram identificadas quatro áreas prioritárias para promover acções imediatas em políticas públicas saudáveis: apoio à saúde da mulher, alimentação e nutrição, tabaco e álcool e criação de ambientes saudáveis (*ibid*).

A criação de ambientes saudáveis passa a ser o tema fulcral da Terceira Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde³⁷.

A conferência sublinha quatro aspectos para um ambiente favorável e promotor da saúde: 1- a dimensão social, que inclui as maneiras pelas quais normas, costumes e processos sociais afectam a saúde; 2- a dimensão política, que requer dos governos a garantia da participação democrática nos processos de decisão e a descentralização dos recursos e das responsabilidades; 3- a dimensão económica que requer a redistribuição dos recursos para o atendimento de Saúde para Todos e o desenvolvimento sustentável e 4- o reforço da acção interventora da comunidade, nomeadamente, através da participação activa das mulheres (OMS, 1991).

Neste contexto, com o objectivo de aliciar todos os povos para a promoção de um ambiente físico, social, económico ou político propício à saúde, a conferência identificou quatro estratégias chave das quais destacamos a capacitação das comunidades e indivíduos a ganharem maior controle sobre a sua saúde e ambiente, através da educação e maior participação nos processos de tomada de decisão (*ibid*).

No sentido de reflectir sobre o que se aprendeu sobre a promoção da saúde, reexaminar os determinantes de saúde e identificar as direcções e estratégias, necessárias para enfrentar os desafios da promoção da saúde no século XXI, é organizada a Quarta Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde³⁸.

Desta conferência emerge a consciência de que a oportunidade para o desenvolvimento da saúde está na Promoção da Saúde, uma vez que só através desta se pode alterar ou corrigir condições sociais, económicas e ambientais que determinam a saúde (OMS, 1997).

Neste sentido, para responder às ameaças emergentes à saúde, propõe novas formas de acção, definindo como prioridades para a promoção da saúde no século XXI: 1-

³⁷ Esta conferência foi convocada sobre o tema “Meios favoráveis à saúde” e realizou-se em Sundsvall, em Junho de 1991.

³⁸ Realizou-se em Jakarta, de 21 a 25 de Julho de 1997, sobre o lema “Novos Actores para a Nova Era- Adaptar a Promoção da Saúde ao Século XXI”. A conferência de Jakarta, é pela primeira vez uma Conferência Internacional realizada num país em desenvolvimento e inclui o sector privado no apoio à Promoção da Saúde.

promover a responsabilidade social da saúde; 2- aumentar o investimento para o desenvolvimento da saúde; 3- expandir e consolidar parcerias visando a promoção da saúde; 4- aumentar a capacidade da comunidade e o poder dos indivíduos, porque a promoção da saúde deve ser efectuada “pelo” e “com” o povo e não por imposição (ela melhora tanto a habilidade das pessoas para agir como a capacidade de grupos, organizações ou comunidades para influenciar os determinantes da saúde) (OMS, 1997).

A promoção da saúde é aqui abordada numa óptica de “modelo comunitário”, no qual a solução dos problemas de saúde requer a participação activa das próprias populações e não pode assentar unicamente no sector da saúde, tendo obrigatoriamente de ser multidisciplinar e intersectorial.

As recomendações para a promoção da saúde apontadas na Quarta Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde foram tomadas como eixos centrais na Quinta Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde³⁹.

Esta Conferência teve como objectivos básicos: demonstrar como a promoção da saúde contribui para a saúde e qualidade de vida, especialmente para as pessoas que vivem em condições adversas; posicionar a saúde na agenda das agências de desenvolvimento internacionais, nacionais e locais e estimular alianças para a saúde entre os diferentes actores em todos os níveis da sociedade (OMS, 2000), tal como já tinha sido preconizado nas conferências de Ottawa a Jakarta.

Na carta de Banguecoque, elaborada a partir da Sexta Conferência Internacional da Promoção de Saúde⁴⁰, são definidos quatro compromissos chave, que visam tornar a promoção da saúde: 1- uma preocupação central da agenda do desenvolvimento global; 2- uma responsabilidade central para o governo como um todo; 3- um dos principais focos das comunidades e sociedade civil e 4- uma exigência para boa prática corporativa (OMS, 2005).

Na opinião de Antunes, a promoção da saúde é vista nesta carta como

[...] o foco central do desenvolvimento das políticas nacionais e internacionais, bem como uma responsabilidade de todos os governos e na qual devem ter participação activa as

³⁹ Esta conferência realizou-se na cidade do México, em 2000, com o mote “A Promoção da Saúde rumo a uma maior equidade”.

⁴⁰ Esta carta contém a visão colectiva de um grupo internacional de especialistas, participantes da Sexta Conferência Internacional da Promoção de Saúde, realizada em Banguecoque, na Tailândia, em Agosto de 2005, que identificam acções, compromissos e promessas necessários para abordar os determinantes de saúde num mundo globalizado, através da promoção da saúde.

comunidades, as sociedades civis, as organizações governamentais e não governamentais (OMS, 2005 citada por Antunes, 2008: 55).

Após a análise destas conferências inferimos corroborando Oliveira (2004), que requisitos como a paz, condições habitacionais, populações com bom nível económico, ambiental e educativo devem constar da agenda política da saúde pública dos vários países signatários. A intervenção na saúde dos povos, através do processo de Promoção da Saúde está orientada no sentido de atingir um estado positivo de bem-estar geral das populações. Neste processo, estas mesmas populações, doentes ou não, devem intervir e tratar os problemas de saúde numa perspectiva holística, multidisciplinar e intersectorial.

Mas, para que a participação de todos os elementos da comunidade na resolução dos seus problemas de saúde seja uma realidade, é necessário que o acesso à educação e à informação seja uma realidade permanente e comunitária, como forma de promover o processo de aprendizagem e de responsabilização das pessoas na tomada de decisões saudáveis.

1.1- Educar para a saúde: uma estratégia de promoção da saúde

Para podermos reflectir acerca do processo educativo como processo que conduz à saúde do ser humano, inserindo-se também no seu projecto de vida, torna-se necessário, antes de mais, clarificar o conceito de educação do qual partimos.

O conceito de educação evoluiu nas últimas décadas no sentido de um processo de desenvolvimento pessoal permanente e comunitário, apostado em criar condições de um aperfeiçoamento harmonioso e integrado de todas as capacidades do homem (Antunes, 2008), acompanhando os desenvolvimentos político-económicos e sociais do século XX.

No documento “ Recomendacion relativa al desarrollo de la Education de Adultos” realizado em Nairobi, em 1976⁴¹ (do qual Portugal é Signatário), podemos analisar a expressão “educação de adultos” como a totalidade dos processos organizados de educação formais ou não formais, independentemente do seu conteúdo, nível ou método, que se prolongam para além da educação escolar, e que permitem aos adultos desenvolver e/ou

⁴¹ Este documento foi elaborado após a Terceira Conferência Internacional de Educação de Adultos, realizada em Tóquio em 1972.

orientar atitudes, conhecimentos, competências técnicas ou profissionais (UNESCO, 1976).

A educação de adultos é aqui entendida, tal como a educação escolar, como uma fase de um processo único e global - o processo de educação permanente (*ibid.*). Oliveira (1999) e Antunes (2001), afirmam que a educação permanente equivale ao processo de crescimento ou desenvolvimento de qualquer pessoa, no tempo e ao longo de todas e cada uma das fases da sua existência (infância, juventude, vida adulta e terceira idade), em todas as dimensões e contextos onde a vida decorre. Assim, a educação é entendida como um processo único, que incorpora a educação formal (intencional, organizada, sistematizada e certificada, ocorrendo em locais reconhecidos para a aquisição de instrução), a educação não formal (intencional, organizada, sistematizada mas não certificada, ocorrendo frequentemente em instituições como o hospital, os centros de saúde e os grupos de auto-ajuda) e a educação informal (não organizada, não sistematizada, não tem reconhecimento oficial, ocorrendo quotidianamente nos contextos onde estamos inseridos, como a família e o grupo de amigos) (Oliveira, 2004 e Oliveira, 2005).

Nesta concepção de educação, o homem é entendido como o principal agente responsável pela sua educação, desde que lhe seja dada a oportunidade de usufruir e integrar diferentes formas e variados processos educativos, com vista ao seu auto e hetero-crescimento. Estes processos devem estar organizados de forma flexível, tendo em consideração os factores sociais, culturais, económicos e institucionais do país e sociedade a que pertencem os adultos educandos.

A partir da análise do documento supracitado, podemos ainda verificar que, nesta Conferência, a educação aparece associada a um projecto comunitário (UNESCO, 1976). Neste projecto, os adultos em virtude da sua experiência vivida são portadores duma cultura que lhes permite serem simultaneamente educadores e educandos, na comunidade em que estão inseridos (*ibid.*). O reconhecimento do valor educativo efectivo ou potencial das experiências vividas pelo adulto, vem contribuir para corrigir desigualdades no acesso à educação, nomeadamente as que derivam do sexo, idade, condição ou origem social e origem geográfica (*ibid.*).

É também nesta “linha de pensamento” que deverá ser desenvolvida a educação para a saúde, tendo por base as comunidades e requerendo a participação dos cidadãos nas suas comunidades (Oliveira, 2004).

Assim, corroborando Carvalho e Carvalho (2006), defendemos que tal como a interacção dos processos de educação permanente de cada um dos membros duma comunidade contribui para o desenvolvimento dessa mesma comunidade, a saúde de cada um desses membros também influencia o nível de saúde comunitário, bem como o referido desenvolvimento.

Ao defendermos a educação como o factor base para melhorar o nível de saúde dos indivíduos e comunidades, importa esclarecermos qual o tipo de educação que permite alcançar esses objectivos. Para isso, torna-se necessário que analisemos as alterações que o conceito de educação para a saúde tem sofrido ao longo dos tempos, bem como os modelos de educação e promoção da saúde que se têm vindo a desenvolver nos últimos anos.

A educação para a saúde enquanto intervenção, sobretudo no âmbito da saúde comunitária, emergiu das concepções da Saúde Pública no Ocidente.

Classicamente, a Educação para a Saúde, denominada de educação sanitária consistia “[...] na soma de experiências e impressões que influenciam favoravelmente sobre os hábitos, atitudes e conhecimentos relacionados com a saúde do indivíduo e com a comunidade” (Wood, 1926 citado por Sanmartí citado por Precioso, 1992: 116).

Esta definição apesar de focar já a dimensão dos conhecimentos (cognitiva), das atitudes e dos comportamentos, esquece a influência das crenças e valores da pessoa e do ambiente em que esta vive para a adopção de atitudes e comportamentos relacionados com a sua saúde.

Nos anos 80, outra perspectiva de educação para a saúde é apresentada por Green, Kreuter, Deeds e Partridge ao defini-la da seguinte forma “a educação para a saúde é toda aquela combinação de experiências de aprendizagem planificada, destinada a facilitar as mudanças voluntárias de comportamentos saudáveis” (Green *et al.*, 1980 citados por Rochon, 1996: 6).

Esta definição é reconhecida actualmente como uma das mais completas porque contém as bases para a boa prática da educação para a saúde (Rochon, 1996). Ao falar em “combinação”, envolve a necessidade de utilizar diferentes métodos educativos para atingir os objectivos determinados, estando aqui presente a eficácia da complementaridade. A referência a “experiências de aprendizagem planificadas”, reforça a integração dos aspectos cognitivos (conhecimentos), afectivos (atitudes, valores) e psicomotores (habilidades) do comportamento que se pretende que seja realizado e acentua a necessidade duma reflexão sistemática prévia para a elaboração do projecto de educação para a saúde

(*ibid.*). Ao referir o verbo “facilitar” está implícito o papel de facilitador que o educador deve adoptar para ajudar às mudanças de comportamento desejado, sendo a adopção de “comportamentos saudáveis” a finalidade a atingir (*ibid.*).

Na opinião de Russel (1996), a ênfase dada à mudança voluntária de comportamento dos indivíduos distingue a educação para a saúde de outro tipo de actividades como a propaganda, a manipulação, a coacção, as motivações políticas ou comerciais, ameaças, entre outras.

Esta mudança voluntária de comportamento pressupõe que o indivíduo se consciencialize e responsabilize pelas suas escolhas e se vá autoformando e autocriando, através dum processo global de autonomização (Dominicé, 1988).

Essa mudança voluntária, por sua vez, é influenciada pela herança dos indivíduos (comportamentos, atitudes, valores, crenças, experiências, conhecimentos, estilo de vida e cultura) que deve ser considerada e respeitada pelo educador.

A importância e impacto da educação para a saúde nas pessoas e comunidades, levou ao aparecimento de concepções mais abrangentes para definir a educação para a saúde, sendo a concepção de Tones e Tilford a mais bem aceite actualmente

Educação para a saúde é toda a actividade intencional conducente a aprendizagens relacionadas com a saúde e a doença [...], produzindo mudanças no conhecimento e compreensão e nas formas de pensar. Pode influenciar ou clarificar valores, pode proporcionar mudanças de convicções e atitudes; pode facilitar a aquisição de competências; pode ainda conduzir a mudanças de comportamentos e de estilos de vida (Tones e Tilford, 1994: 11).

Esta definição para além de clarificar os domínios sujeitos a mudança, refere que para que haja mudança de comportamento é necessário que haja aprendizagem, pois “[...] não há formação sem modificação, mesmo que muito parcial, de um sistema de referências ou de um modo de funcionamento” (Dominicé, 1988: 53).

Por sua vez, a aprendizagem é o resultado da interacção da informação com todas as dimensões do nosso ser, sendo as emoções e os sentimentos os principais responsáveis por esta interacção. Esta opinião é defendida por Damásio (1998), que refere o homem como um todo, não se podendo separar o físico do psíquico, do social e do mental. Refere, ainda, que este participa activamente na sua própria construção e evolução, constituindo uma totalidade de interacção entre as suas várias dimensões, conseguindo demonstrar nas

suas investigações que a componente emocional tem um peso muito importante no processo de decisão.

Estes conhecimentos justificam que o educador para a saúde para além de incutir estratégias de desenvolvimento de competências cognitivas e psicomotoras, também inclua o desenvolvimento de competências sociais e emocionais nos programas de Educação para a Saúde (Illich, 1997).

Nesta linha de pensamento, o educador deverá ter uma visão holística da pessoa, com vista ao desenvolvimento de todas as suas capacidades e potencialidades e à construção harmoniosa da sua personalidade.

Do atrás exposto, podemos concluir que todas as definições de Educação para a Saúde sugerem como objectivo promover alterações positivas nos comportamentos de saúde, revelando-se a Educação para a Saúde um dos instrumentos mais eficazes para o processo de promoção da saúde.

De seguida iremos apresentar, sucintamente, alguns modelos de educação para a saúde que nos ajudarão a compreender melhor de que forma o processo de Educação para a Saúde pode ser um instrumento para promover a saúde das populações.

Modelos de Educação para a Saúde

O Modelo médico de Tones e Tilford (1994), enquadrado na geração de “Educação para a Saúde Informativa” (Moreno, Garcia e Campos, 2000), caracteriza-se pela visão mecânica, em que o Homem é visto do ponto de vista biológico, como uma máquina, e a função da medicina é repará-la e mantê-la em bom funcionamento.

Neste modelo biomédico de saúde, a educação serve para prevenir e tratar a doença, desenvolvendo-se sob a forma de prescrições e recomendações (ensinar como processo de comunicação de conhecimentos), utilizando uma metodologia expositiva unidireccional.

Contudo, com o tempo verificou-se que as campanhas informativas subjacentes a este modelo não atingiam os resultados esperados, ou seja, mudanças de comportamento da saúde das pessoas. Isto acontecia, porque todo o processo era externo à pessoa, grupo ou comunidade, baseado no que o educador considerava importante e adequado para a saúde das pessoas. Este, por sua vez, limitava-se a ensiná-las, a transmitir informações, que não eram interiorizadas, vivenciadas e, por isso, não conduziam a alterações comportamentais.

O Modelo de crenças de saúde assenta no pressuposto de que a crença das pessoas influencia fortemente a tomada de decisões (Anderson *et al*, 1988 citado por Carvalho e Carvalho, 2006).

De acordo com Ogden (1999 citado por Carvalho e Carvalho, 2006), as crenças básicas que influenciam a tomada de decisões individuais são: 1- Susceptibilidade do indivíduo à doença; 2- Gravidade provável da mesma; 3- Custos envolvidos na realização de um comportamento; 4- Benefícios envolvidos na realização de um comportamento; 5- Pistas para a acção internas (sintomas) ou externas (informação recebida).

O comportamento resultante deste conjunto de crenças é ainda influenciado pelas variáveis demográficas (idade, sexo, raça, etc) e psicossociológicas (classe social, personalidade, etc) do indivíduo (Carvalho e Carvalho, 2006).

O Modelo avaliação diagnóstica dos factores predisponentes, reforçadores, facilitadores e causas educacionais- “modelo PRECEDE” (PRECEDE é uma sigla que significa predispor; reforçar; capacitar; causas; diagnóstico e avaliação educacional) (Green *et al*, 1980 citados por Russel, 1996), é um modelo utilizado para diagnosticar e planear práticas educativas, que parte da análise dos factores predisponentes⁴², facilitadores⁴³ e reforçadores⁴⁴ do comportamento. Este modelo apresenta uma série de passos a cumprir no planeamento de uma intervenção de Educação para a Saúde, partindo dos resultados e trabalhando em sentido inverso, para determinar qual a intervenção que conduzirá a esses mesmos resultados desejados (Russel, 1996).

Ao dar a devida importância a um planeamento sistemático e à avaliação, este esquema tem sido útil, por proporcionar aos educadores de saúde o estudo e o desenvolvimento de intervenções mais eficazes.

Os Modelos críticos e participativos apresentam a proposta inovadora de mudança social em contraposição à mudança de comportamentos individuais dos modelos anteriores. Nestes modelos a educação não se faz para os indivíduos mas com os indivíduos, promovendo a sua tomada de consciência social.

⁴² Os factores predisponentes são os conhecimentos, as atitudes, os valores e as percepções que possuímos indivíduos/famílias e os profissionais de saúde (Carvalho e Carvalho, 2006).

⁴³ Os factores facilitadores incluem os aspectos pessoais e ambientais (recursos da comunidade) que permitem aos indivíduos/famílias realizar o comportamento desejado (*ibid.*).

⁴⁴ Os factores reforçadores são todos aqueles que contribuem para a manutenção do comportamento dos indivíduos/famílias (*ibid.*).

A Educação para a Saúde é desenvolvida a partir de situações sociais concretas, em que o educador desempenha um papel de facilitador dos grupos, ajudando-os a formular objectivos e a concretizá-los (Moreno, Garcia e Campos, 2000).

O Modelo radical (Tones e Tilford, 1994), pretende averiguar detalhadamente as raízes dos problemas de saúde e desenvolver programas educacionais adequados, que tenham em conta as influências sociais e ambientais na saúde.

Os autores diferenciam este modelo de educação para a saúde, do modelo preventivo dominante na altura, alegando que este modelo ao criar consciência crítica no indivíduo (através de promover a reflexão sobre os aspectos da realidade pessoal e identificação colectiva das causas sobre a realidade mediante técnicas de interacção face a face ou trabalhos de grupo), poderá provocar além de uma compreensão profunda das circunstâncias, a confiança do próprio indivíduo na capacidade de influenciar essas circunstâncias (*ibid.*).

O Modelo de empowerment é caracterizado pelas decisões voluntárias e conscientes dos indivíduos. O conhecimento por parte dos indivíduos deve ser suplementado por um processo de clarificação de valores e crenças, necessário à escolha voluntária e livre. O objectivo deste modelo é mediante a discussão em grupo, o ensino e a pesquisa individual, criar consciência acerca das questões chave e fornecer competências necessárias ao desenvolvimento do empowerment individual e comunitário. Por outras palavras, o seu principal objectivo é maximizar uma escolha genuína e voluntária no educando (Tones e Tilford, 1994), não importa qual (se escolheu comportamentos saudáveis ou não), desde que esta tenha sido racional.

Neste modelo todos são educandos, não só os indivíduos, mas também os profissionais e outras pessoas que possam agir nas mudanças ambientais.

Do atrás exposto podemos concluir que o processo de educação para a saúde sofreu alterações significativas através dos tempos. A OMS face à educação para a saúde em geral e particularmente numa abordagem preventiva individualizada, refere que esta mudou de forma significativa, redireccionando-a para a necessidade de uma abordagem mais globalizante, como a adopção de estilos de vida saudáveis e desvalorizando a simples adesão ao aconselhamento clínico e persuasão dos utentes para as teorias médicas da doença, fomentando a negociação e colaboração com a equipa de saúde de modo a que os utentes possam ser informados e ajudados a tomar decisões (OMS, 1997 citada por Rodrigues, 2005).

A este respeito Oliveira (2004), diz-nos que o promotor de saúde deverá ser formado para ser um educador e não um instrutor dos seus utentes, não podendo ter a visão de que os seus conhecimentos exprimem a verdade. Na sua proposta para a construção de um modelo auto-organizativo de educação para a saúde, a autora acrescenta ainda que “aos educadores/promotores da saúde cabe pois este papel de saber construir mundos de significação com as populações, nos quais elas se sintam construtoras, em vez de lhe propormos mundos de vida ideal estranhos e virtuais” (*ibid.*: 62).

Para que isso seja possível é necessário que o educador comece por conhecer as crenças, valores, hábitos e formas de vida aceites pelas populações exercendo “quotidianamente a humildade própria de quem quer aprender” (Oliveira, 2004: 65).

Neste contexto ao intervir o educador deve promover a mudança de comportamentos através da flexibilização (e não ruptura) de significados de vida e de padrões individuais que sustentavam os comportamentos anteriores (por isso é que deve conhecer esses padrões previamente) (*ibid.*).

Nesta lógica, o educador para a saúde deverá ser um profissional que conduz as populações à sua (trans)formação e das comunidades onde vivem, através de “um saber”, “um saber ser”, “um saber-fazer trabalho com” e um “saber-aprender” (Antunes, 2003).

Estes princípios são particularmente importantes quando se pretende educar a pessoa idosa dependente e o seu cuidador. Quanto à pessoa idosa dependente, o educador deverá atender à sua história de vida, carregada de experiências, de sabedoria, que sempre viveu de determinada forma e a situação de dependência representa o reaprender a viver. No que respeita à educação do cuidador para a prestação de cuidados à pessoa idosa dependente, o educador não deverá esquecer que esta relação de cuidado já dura muitas vezes, há vários anos, com hábitos e rotinas de trabalho profundamente enraizadas no quotidiano de ambos, que são difíceis de mudar.

Neste sentido, concluímos que a educação para a saúde deve ser vista como um processo holístico, permanente e comunitário, que procura desenvolver processos internos que promovam a adaptação de comportamentos saudáveis e uma maior responsabilidade individual e colectiva nas opções relativas à saúde e ao bem-estar.

Assim, a educação para a saúde é um importante veículo na compreensão da saúde em todo o curso de vida, incluindo na divulgação e veiculação de informações e valores em relação às necessidades especiais da pessoa idosa dependente.

A este respeito Lage diz-nos que

[...] a percepção da dependência como estado deficitário e essencialmente biológico, ligado unicamente ao avanço da idade e à necessidade de ajuda, tem veiculado uma imagem negativa da dependência em detrimento, pois, de uma definição de dependência enquanto relação necessária com os outros para a manutenção da solidariedade e da coesão social (Lage, 2005a: 8).

Neste sentido, emerge a necessidade de mudar esta imagem negativa de dependência na velhice através da mudança das atitudes de todas as pessoas intervenientes, mediante a influência de um processo de educação para a saúde desenvolvido por profissionais de saúde junto da díade pessoa idosa dependente-cuidador principal, sem nunca esquecer que este processo deverá ter em atenção as componentes cognitiva, afectiva, psicomotora e espiritual de ambos, bem como o ambiente que os rodeia.

De entre esses profissionais os enfermeiros são os que estão em melhores condições para desempenhar esse papel de educadores para a saúde porque conhecem bem a problemática dos cuidadores de pessoas idosas dependentes pois lidam diariamente com eles e são muitas vezes vistos como o primeiro recurso para estes cuidadores em situações de necessidade de cuidados de saúde. Este tipo de relação é, por sua vez, um veículo da afectividade gerada entre o enfermeiro e a díade pessoa idosa dependente- cuidador principal, imprescindível numa relação pedagógica (já que a construção do conhecimento de cada indivíduo se faz com base na afectividade/emoções que estabelece com os outros).

O processo de educação para a saúde deve, assim, ser desenvolvido de forma holística, contextualizada e personalizada, visando atingir os seguintes objectivos:

- prestar cuidados contextualizados;
- manter a pessoa idosa dependente em meio sócio-familiar;
- envolver a família/cuidador na prestação de cuidados (Cerqueira, 2005).

De seguida iremos analisar à luz dos princípios de educação para a saúde/promoção da saúde atrás referidos, o papel da equipa de enfermagem como agente educativo da díade pessoa idosa dependente-cuidador principal inserida na equipa interprofissional.

1.2- O papel da equipa interprofissional

Dadas a complexidade e multiplicidade das variáveis a serem consideradas pelos profissionais na programação das intervenções na saúde da díade pessoa idosa dependente-

cuidador principal, o atendimento interprofissional tem-se mostrado como a melhor alternativa quer em contexto institucional, como por exemplo em situação de internamento da pessoa idosa, quer em contexto domiciliário. Na realidade, dadas as peculiaridades orgânicas, funcionais, psíquicas e sociais da chamada “terceira idade”, mais se torna patente a necessidade de uma estrutura de saúde especializada que possa oferecer, em todos os níveis de prevenção, os múltiplos e complexos apoios requeridos por esta faixa da população, particularmente a população idosa com alto grau de dependência (Leme, 2000).

As equipas interprofissionais objectivam um tipo ideal de atenção à saúde da pessoa idosa, no qual diversos profissionais actuam conjuntamente, dentro das suas áreas de competência individual, interagindo nas áreas comuns, sem interferir nas áreas específicas, tendo como finalidade a melhoria da condição integral da saúde do doente, entendida como situação de bem-estar físico, psíquico e social (*ibid.*). Para que isso seja possível, manda o bom senso que os profissionais participantes da equipa sejam ouvidos na sua área de competência. Corroborando esta ideia Pfeiffer refere como sendo um princípio básico para se trabalhar com doentes idosos, a necessidade duma abordagem interdisciplinar justificando que só assim é possível reabilitar uma pessoa idosa com incapacidades múltiplas a um funcionamento normal ou perto do normal (Pfeiffer, 1985 citado por Leme, 2000).

De acordo com Leme (2000), a equipa interprofissional deverá ser constituída por: médico, psicólogo, enfermeiro, terapeuta ocupacional, assistente social, fisioterapeuta, fonoaudióloga e capelão.

Relativamente ao perfil dos participantes, refere que cada um deverá ter um conhecimento adequado da sua área profissional específica, uma vez que irá funcionar como o “consultor” de cada um dos demais participantes da equipa na sua área de actuação profissional (*ibid.*).

O facto de ser assistido por uma equipa interprofissional não significa que o doente/cuidador devam ser examinados por toda a equipa ou que devam ser vistos por todos os seus membros ao mesmo tempo, pois cada profissional poderá e deverá manter a sua rotina própria de periodicidade e de atenção dentro do seu âmbito de conhecimentos específicos (*ibid.*).

Uma rotina de trabalho adequada é também um instrumento indispensável no atendimento interprofissional da díade pessoa idosa dependente-cuidador principal. De

acordo com Leme (2000), a equipa deverá ter horários definidos de reuniões, os quais deverão ter periodicidade e dinâmica próprias.

Toda a equipa interprofissional tem para com o doente os mesmos deveres éticos quanto ao respeito à vida e ao sigilo, tendo responsabilidade solidária nos procedimentos adoptados, zelando como um todo para a tranquilidade do doente (*ibid.*).

Apesar disso, Leme refere que muitas vezes a actuação no domicílio tende a pôr em causa a interprofissionalidade da equipa e a quebrar barreiras dos territórios de actuação de cada profissional (*ibid.*). Se, por um lado, os membros da equipa aprendem a depender uns dos outros, a partilhar as mesmas dificuldades e a ter cumplicidade nas estratégias implementadas, por outro lado, os ganhos funcionais e a identidade passam a ser colectivas e da equipa, gerando problemas de relacionamento interpessoal e interprofissional (*ibid.*). Isto, somado à grande proximidade dos problemas familiares, coloca em risco a unidade da equipa sendo por isso necessária uma coordenação atenta e treinada para a gestão de equipas interprofissionais (*ibid.*).

Aliado, a esta coordenação, cada profissional deve reger-se pela deontologia profissional que “[...] pode ser definida como um conjunto de regras de comportamento e do relacionamento profissional que deve presidir à prática de determinada actividade profissional” (Vieira, 2001: 17)

Corroborando Leme constatamos que raramente equipas interprofissionais são estruturadas para prestar serviços no domicílio, quer por falta de política de saúde que priorize esta intervenção e promova o treino dos recursos humanos necessários, quer por uma dificuldade de implementar um serviço de actuação domiciliária que seja eficaz em custo e que tenha mecanismos de referência e contra-referência eficazes com os outros níveis de atenção à saúde (Leme, 2000).

Também ao nível da formação actual dos profissionais de saúde esta preconiza o conhecimento baseado em alta tecnologia e especialização, deixando para segundo plano uma formação mais centrada na relação com o doente e a família dentro do ambiente mais favorável possível para o incremento da sua saúde, que é o domicílio (*ibid.*). A este respeito, Temmink *et al* (2000 citado por Veríssimo e Moreira, 2004) referem que os profissionais de saúde, bem como as organizações de saúde não estão preparados para facultar à família formação que lhe permita implementar os cuidados no domicílio.

Outro entrave ao relacionamento entre os profissionais de saúde e a família da pessoa idosa dependente é a existência de um certo mito entre os profissionais de que os

membros da família, especialmente os filhos não cuidam do familiar idoso como ele necessita recorrendo à sua institucionalização.

A este respeito Relvas, ao estudar alguns mitos associados ao envelhecimento, como por exemplo, a fraqueza, a debilidade, a doença, a incapacidade e a imagem de abandono familiar sempre presente na fase da velhice, chegou a conclusões diferentes das ideias correntes: os idosos não são tão abandonados pelas famílias como se supõe o envelhecimento é uma importante questão familiar, independentemente da vivência conjunta ou separada (em termos físicos) das gerações e há uma especificidade do relacionamento nesta etapa do ciclo vital (Relvas, 1996 citado por Angelo, 2000).

1.2.1- O papel dos profissionais de enfermagem numa perspectiva de continuidade de cuidados

Segundo Horta

a enfermagem é a ciência e a arte de assistir o ser humano (indivíduo, família e comunidade) no atendimento das necessidades básicas, tornando-o independente, quando possível pelo ensino do auto-cuidado, bem como manter, promover e recuperar a saúde em colaboração com outros profissionais (Horta, 1979 citado por Leme, 2000: 126).

À luz da citação, podemos afirmar que o enfermeiro, enquanto educador para a saúde da díade pessoa idosa dependente-cuidador principal deverá atender a três aspectos fundamentais: a dimensão ampliada do assistir, a independência do ser e o trabalho em equipa. Apesar destes aspectos se interrelacionarem na prática, iremos abordá-los separadamente.

A dimensão ampliada do assistir

Relativamente ao primeiro aspecto- a dimensão ampliada do assistir, o enfermeiro não deverá centrar a sua atenção na doença, mas na promoção, manutenção e recuperação da saúde do ser humano na perspectiva da sua família e comunidade (Leme, 2000). Nesta perspectiva, o modelo biomédico deverá dar lugar ao modelo salutogénico de base social em que o objectivo principal é o bem-estar e a qualidade de vida da pessoa idosa e da sua família/cuidador.

Assentando a qualidade de vida das pessoas idosas num estado global de auto-suficiência na vida funcional de todos os dias, na manutenção de um elevado nível nos planos cognitivo e físico e na manutenção do empenhamento social e bem-estar subjectivo (Bracco, 1999 citado por Lage, 2005a), o enfermeiro deverá efectuar uma abordagem compreensiva e multidimensional dos problemas das pessoas idosas, para melhorar a sua capacidade funcional.

A este respeito, o Código Deontológico do enfermeiro no artigo 81, refere que o enfermeiro no seu exercício assume o dever de “salvaguardar os direitos da pessoa idosa, promovendo a sua independência física, psíquica e social e o autocuidado, com o objectivo de melhorar a sua qualidade de vida” (Ministério da Saúde, 1998: 1754 referente à alteração dada ao Regulamento do Exercício Profissional de Enfermagem pelo Decreto-lei nº 104/98 de 21 de Abril).

A este respeito, também Pfeiffer defende que uma intervenção na vida de um doente idoso deve ser sempre precedida por uma avaliação abrangente de todo o seu funcionamento, nomeadamente “[...] avaliação da saúde física, mental, dos recursos sociais e financeiros e finalmente, avaliação da capacidade para a independência nas actividades de vida diárias” (Pfeiffer, 1985 citado por Leme, 2000: 136).

Nesta avaliação o enfermeiro não deverá esquecer o ambiente no qual a pessoa idosa se insere, o qual inclui a sua família/cuidadores e a comunidade. Essa avaliação deve ainda ser levada a cabo numa fase precoce da incapacidade funcional da pessoa idosa dependente, quando ainda é potencialmente recuperável.

A intervenção do enfermeiro deverá ser no sentido de conseguir um plano racional de cuidados que assente no conhecimento do que a pessoa idosa dependente é capaz e não apenas do que é incapaz (Pérez, 2000 citado por Lage, 2005a), responsabilizando-a a ela e ao cuidador pelas necessidades que possuem, privilegiando as acções tendentes a melhorar as capacidades de ambos e a facilitar o acesso por parte do cuidador aos recursos disponíveis para o apoiar na sua tarefa de cuidar.

Independência do ser pela educação do autocuidado

Relativamente à educação do autocuidado pelo enfermeiro ao indivíduo, Pfeiffer diz-nos que os doentes idosos não são só tratáveis como também educáveis, pois são “[...] capazes e estão interessados em aprender informações vitais sobre a sua experiência do

envelhecimento (...) doentes idosos são muito hábeis em aprender uma determinada quantidade de autocuidado” (Pfeiffer, 1985 citado por Leme, 2000: 136).

O estímulo da pessoa idosa pela realização do seu autocuidado dentro das suas capacidades deve ser uma preocupação quer do enfermeiro, quer do cuidador durante a prestação diária de cuidados, com vista à promoção da sua autonomia. Para educar a pessoa idosa dependente e o seu cuidador neste sentido, o enfermeiro deverá estabelecer com eles uma relação interpessoal já que esta “[...] se torna o eixo dos cuidados, no sentido em que é, simultaneamente o meio de conhecer o doente e de compreender o que ele tem, ao mesmo tempo que detém em si própria um valor terapêutico” (Collière, 1989: 152). Para que essa relação interpessoal seja desenvolvida com qualidade deverá assentar em três princípios:

- na colaboração que implica uma capacidade de trabalhar em conjunto, com a mesma finalidade- o cuidar;
- na confiança, no sentido de respeito e reconhecimento do outro;
- na complementaridade, pois é na coesão necessária que se promove a qualidade dos cuidados e o acompanhamento do doente (Cerqueira, 2005).

Em relação a estes três princípios, destacamos o primeiro princípio supracitado, que nos fala da relação de ajuda que está inerente à relação interpessoal que o enfermeiro estabelece com a díade pessoa idosa dependente-cuidador principal. O regulamento do exercício profissional de enfermagem diz no Artigo 5º que “Os cuidados de enfermagem são caracterizados por (...) estabelecerem uma relação de ajuda com o utente” (Ministério da Saúde, 1996: 2960). Ajudar⁴⁵ não significa oferecer ao doente dependente/cuidador resoluções imediatas, mas significa orientá-los, facilitar-lhe a descoberta dos seus recursos e assisti-los em todo um processo de resolução de necessidades. Através da relação de ajuda é possível apoiar a pessoa idosa dependente/cuidador principal nos momentos difíceis e integrá-los no projecto de cuidados assegurando uma continuidade de cuidados no domicílio com qualidade.

⁴⁵ Duarte e Barros (2000) e Lazure (1994), consideram cinco características do enfermeiro para poder ajudar: 1- Capacidade de clarificação (implica objectividade na comunicação e clarificação das mensagens); 2- Capacidade de respeito (aceitar a individualidade e as tomadas de decisão); 3- Capacidade de congruência (demonstrar autenticidade naquilo que sente e no que se comunica); 4- Capacidade de empatia (colocar-se no lugar do outro e partilhar da compreensão dos problemas); 5- Capacidade de confrontação (ajudar o doente/família/cuidador a reflectir sobre os seus comportamentos).

Necessidade do enfermeiro trabalhar em equipa

A respeito do terceiro aspecto acerca da citação sobre a definição de enfermagem-necessidade do enfermeiro trabalhar em equipa, Gomes e Costeira *et al*, dizem-nos que o nível óptimo de actuação da equipa de saúde, “[...] é atingido quando os membros que prestam cuidados directos compartilham conhecimentos e conseguem chegar a acordo acerca do caminho a seguir no tratamento do doente” (Gomes e Costeira *et al*, 1994: 14 citados por Cerqueira, 2005: 61). Desta citação podemos depreender que o enfermeiro deverá comunicar com os restantes elementos da equipa de saúde, onde se inclui a pessoa idosa dependente e o seu cuidador, partilhando conhecimentos através de uma postura de receptividade, empatia, serenidade e compreensão que se transmite através da comunicação verbal e não verbal em consonância.

A arte de escutar é também fundamental numa relação empática, pois ao escutar a pessoa idosa dependente e sua família/cuidador, o enfermeiro manifesta-lhe como são importantes para si, permite-lhes identificar as suas emoções, ajuda-os a identificar os seus problemas e as suas necessidades e a elaborar um plano de acção realista e eficaz (Lazure, 1994). Ao proceder deste modo o enfermeiro permite que a pessoa idosa dependente/família/cuidador tome consciência das suas dificuldades e encontre em si próprio os meios para resolver essas mesmas dificuldades.

A este respeito, também Moreira (2001), ao estudar as necessidades dos cuidadores de doentes terminais em contexto domiciliário, verificou que estes manifestaram necessidade de estabelecer uma relação afectiva com os profissionais de saúde, referindo que gostariam de ter sido escutados e alvo de carinho por parte destes, pois sentiam-se completamente destruídos, física e psiquicamente.

Do atrás exposto podemos concluir que o papel do enfermeiro como educador para a saúde deverá ser, essencialmente, de suporte para as escolhas que a pessoa idosa dependente e sua família/cuidador fizerem. É nesta lógica que Hesbeen (2003), destaca que a missão do profissional é ajudar as pessoas a criarem uma maneira de viver com sentido para elas, e compatível com a sua situação, independentemente da sua condição física ou da natureza da sua afecção. O objectivo não é que o profissional diga ao utente o que ele deve fazer, mas dar-lhe liberdade para que ele decida sobre a sua situação, isto é,

calar-se para permitir ao outro ouvir-se a si mesmo, sugerir em vez de persuadir ou até impor, são características essenciais a uma prática subtil, verdadeiramente profissional, profundamente imbuída de consideração pela humanidade singular desse outro ser humano. Reconhecer a dignidade desse outro [...] é recusar-se a desumanizá-lo, pensando por ele, substituindo-se a ele; é permitir-lhe que seja ou que volte a ser ele mesmo o criador da sua história de vida (*ibid.*: XV).

Desta forma o processo de educação para a saúde a ser desenvolvido pelo enfermeiro deverá compreender as seguintes etapas:

- conhecer e identificar as necessidades em matéria de saúde;
- estudar as motivações que impelem o doente/família/cuidador;
- utilizar métodos, técnicas e princípios de educação para a saúde e adaptá-los;
- desenvolver as actividades em volta do que mais preocupa o doente/família/cuidador (Cerqueira, 2005).

Desta forma, falar das atribuições de enfermagem perante a díade pessoa idosa dependente-cuidador principal, em contexto institucional ou domiciliário, implica considerar tais etapas. De seguida analisaremos o papel do enfermeiro como educador para a saúde em cada um dos contextos numa perspectiva de continuidade de cuidados.

1.2.1.1- Contexto institucional

A verdadeira atenção profissional ao doente e, particularmente, ao doente idoso dependente, será aquela que considera as suas peculiaridades físicas, com as suas mudanças biológicas e psíquicas, sem abandonar as suas peculiaridades biográficas, que o identificam como pessoa única e irrepitível. Aliado a este facto, o enfermeiro deverá atender à diminuição da capacidade adaptativa da pessoa idosa às variações sociais e conseqüente aumento da sua dependência do ambiente familiar, no sentido de promover acções diagnosticas ou terapêuticas que considerem a sua ligação a este ambiente, sob pena do doente rejeitar, muitas vezes, a princípio as que não o fizeram.

Do atrás exposto, concluímos que a equipa de enfermagem (seja dum serviço hospitalar ou dos serviços de internamento e ambulatório do Centro de Saúde), enquanto inserida na equipa interprofissional deverá desenvolver as avaliações clínicas para organizar as suas intervenções no quadro de uma continuidade de cuidados.

A continuidade de cuidados poderá neste contexto, definir-se como a transição, real e eficaz do doente, do hospital para casa, sendo fundamental para o êxito dos cuidados domiciliários (Smith, 1995). Para que exista sucesso nesta transição, ela deve ser iniciada no momento da admissão do doente no internamento através do processo de planeamento da alta clínica.

O planeamento da alta clínica prepara o doente e a família para a transição de um local de prestação de cuidados para outro, e inclui a avaliação das necessidades do doente, na alta, tomar disposições e fazer marcações de consultas para fins de acompanhamento e assistência, e coordenar os vários serviços de profissionais e voluntários a ser usados nos cuidados ao doente no domicílio (*ibid.*).

Assim, o planeamento da alta poderá ser entendido como um processo que:

- Se inicia com uma identificação precoce das necessidades dos doentes, estando envolvidos todos os aspectos das necessidades e não apenas os físicos;
- Inclui o doente, a família e os cuidadores informais de forma dinâmica e interactiva, à medida que decorre o processo de transição;
- Tem como prioridade a colaboração e a coordenação entre os diversos profissionais envolvidos;
- Resulta em consensos alargados sobre decisões que envolvem custo/efectividade dos recursos necessários à continuidade de cuidados;
- Fundamenta-se na prática baseada na evidência, ou seja, o conhecimento mais recente e comprovado para apoiar as necessidades dos doentes (Monteiro, 2004 citado por Almeida *et al*, 2005).

O envolvimento da família/cuidador no planeamento da alta tem como objectivo melhorar a sua competência para prestar cuidados à pessoa idosa dependente. Este envolvimento pretende zelar pela autonomia da pessoa idosa, dentro das suas possibilidades e reduzir a tensão física e psicológica do prestador de cuidados causada pela dependência, antes que apareça a sobrecarga.

A função de apoio e de suporte emocional inerente à família/cuidadores torna-se crucial na situação de doença e/ou hospitalização da pessoa idosa pela mudança que esta provoca nas suas rotinas e estilos de vida (Gonçalves, 2006). Na realidade, um doente hospitalizado encontra-se num ambiente desconhecido, estranho, porque é criado um mundo de separação entre ele, a família e a comunidade em que estava inserido (Cerqueira, 2005 e Valente, 2001 citado por Gonçalves, 2006).

Devido às rotinas hospitalares adversas, a pessoa idosa passa a ser vista como incapaz, como alguém dependente, substituída na satisfação das suas actividades e necessidades, e o seu comportamento evolui para a atrofia de capacidades (*ibid.*). Está, por isso, mais vulnerável, mais fragilizada e sem recursos.

A penetração no mundo fechado do hospital, centralizado nos rituais e retóricas à volta do corpo, da doença e dos cuidados, passa pela ruptura com o mundo exterior, pelo isolamento e pela inactividade, ordenando-se os tempos e arregimentando-se as condutas dos doentes em função das rotinas das actividades hospitalares (Carapinheiro, 1993: 209).

Os sentimentos de insegurança e de grande vulnerabilidade são também experimentados pelos cuidadores, que para além das tarefas habituais têm de responder às dinâmicas de funcionamento de um serviço de internamento (imposição de normas e regras, destituição de poder em tomadas de decisão) (Gonçalves, 2006). O ambiente hospitalar torna-se estranho, a linguagem utilizada é pouco comum, o desconhecimento sobre a doença e sobre o tratamento a decorrer pode ser completo, aumentando o seu stress e a sua angústia (*ibid.*).

Aliado a isto, acontece frequentemente os enfermeiros ajuizarem os cuidadores de forma desrespeitosa sobre uma pausa no cuidado informal (*ibid.*). No entanto, a leitura da suspensão de sobrecarga nem sempre espelha o desejo dos cuidadores que vivem sentimentos de ambiguidade, de inconsistência e de abandono do próprio familiar, sentindo-se culpados por já não terem condições para continuar o cuidado e não terem recursos exteriores ao núcleo familiar (*ibid.*). Por causa desta crítica, os cuidadores não se encorajam a expôr abertamente a situação precária de continuar o cuidado em domicílio e a recolher alternativas assistenciais possíveis. O que acontece é que, para além de meros espectadores, os cuidadores são muitas vezes desencorajados a participar nos cuidados ao seu familiar.

Corroborando esta ideia Cerqueira (2005), concluiu na sua investigação realizada a cuidadores de doentes paliativos em meio hospitalar que, embora os enfermeiros reconheçam a necessidade de prestar cuidados em parceria com a família, considerando-os fundamentais para a humanização total dos cuidados, para o respeito à integridade afectiva e emocional do doente e para valorizar a sua ligação à família, nem sempre o cuidador familiar assume um papel importante no planeamento do tratamento e na sua efectivação.

Reconhecem que na prática os cuidadores não recebem o apoio necessário para desempenharem um papel activo na prestação de cuidados no hospital, justificando o seu afastamento com o ritmo em que trabalham que leva a que a observação seja rígida, com objectivos pré-estabelecidos, limitando a descoberta do desconhecido, o que exclui a escuta activa (*ibid.*). Moniz refere que “[...] nas instituições de saúde o que deve ser dito e o que deve ser ouvido, fica muito aquém do que é necessário, sendo a participação dos utentes nos seus processos terapêuticos quase inexistente” (Moniz, 2002: 47 citado por Cerqueira, 2005:192).

Vicente ao investigar as relações entre as cuidadoras informais e os profissionais de enfermagem dentro do hospital chegou a algumas conclusões semelhantes (Vicente, 2003). Identificou três tipos de modelos de relação entre as cuidadoras principais e os profissionais de enfermagem⁴⁶. Apesar de na prática a investigadora nunca ter verificado modelos de relação puros, verificou que o modelo predominante era o complementar, já que servia o interesse de ambos, a cuidadora assegurava que estava tudo em ordem com o doente e os profissionais ficavam libertos de algumas tarefas (*ibid.*). Neste modelo não existia acordo quanto às tarefas, nem prévia formação e capacitação da cuidadora, o que levava a que as tarefas estivessem desvinculadas dos planos de cuidados de enfermagem, podendo causar atitudes negativas geradas pela sobrecarga (*ibid.*).

Apesar dos profissionais reconhecerem que o modelo de colaboração e capacitação lhes permitiria incorporar uma série de funções educativas com as cuidadoras, sendo mais útil para elas e permitindo enriquecer as suas tarefas independentes no hospital e obter maior satisfação, consideram muito difícil a sua viabilidade (*ibid.*). Algumas das razões apontadas foram: 1- os problemas laborais e a pressão assistencial a que estão sujeitos, considerando que para estabelecer outro modelo de trabalho seria necessário aumentarem os gastos para ampliar a equipa e dispor de mais tempo; 2- a falta de unidade de critérios, o baixo grau de protocolização das actuações e de standardização dos planos de cuidados; 3- a existência de um modelo de cuidados baseado no modelo biomédico; 4- a priorização das

⁴⁶ Os três tipos de modelos identificados foram:

- modelo complementar ou de ajuda, no qual o cuidador: a) realiza as tarefas que não são realizadas pelos profissionais ou, pelo menos, não o são com o detalhe desejado; b) realiza tarefas paralelamente às dos profissionais, sem que haja acordo explícito entre eles;
- modelo de substituição, no qual o cuidador delega os cuidados no profissional, incluindo afecto e representação;
- modelo de colaboração e capacitação, no qual: a) o profissional e o cuidador negociam e acordam as tarefas, o papel, os horários, os descansos, etc. que cada um vai assumir; b) o profissional capacita a cuidadora para a alta (Vicente, 2003).

tarefas interdependentes às próprias de enfermagem (diagnósticos como o cansaço para o desempenho do papel de cuidador ou alteração dos processos familiares são esquecidos); 5- a falta de habilidades para um comportamento assertivo com as cuidadoras e 6- a falta de coesão da equipa de trabalho e de reconhecimento institucional (*ibid.*).

A este respeito, Leme (2000), refere que um aspecto importante a ser considerado pelos profissionais de saúde durante a institucionalização da pessoa idosa é a liberdade dos horários das visitas, dentro das possibilidades, no sentido de facilitar o acesso dos familiares e estimulá-los para apoiarem a pessoa idosa, inclusive através de lhe ministrarem cursos de formação.

Algumas das expectativas dos cuidadores quanto às intervenções/atitudes dos enfermeiros passam pela permissão para acompanhar o seu familiar e envolver-se nos cuidados, por receber orientação social, querer mais informação sobre algumas actividades que irão realizar no domicílio, assim como um atendimento humano e personalizado (Cerqueira, 2005).

Também Vicente obteve resultados semelhantes por parte das cuidadoras que referiram que, nem todos os enfermeiros aceitavam bem a sua ajuda/colaboração, chegando a mandá-las sair da enfermaria para realizar alguma técnica ou procedimento, o que as inquietava, pois não podiam indicar o que sabiam sobre o doente, nem assegurar-se de que lhe faziam bem as coisas (Vicente, 2003). Invocavam igualmente mais informação, um trato amável e mais escuta (*ibid.*).

Vicente (2001), concluiu, ainda, acerca do papel das cuidadoras no hospital, que estas realizam uma série de tarefas próprias e insubstituíveis, sendo também utilizadas como recurso para realizar muitas tarefas próprias dos profissionais que não lhas reconhecem formalmente. Estas cuidadoras carecem de serviços que facilitem o seu trabalho, já que o hospital está concebido para centrar a sua atenção exclusivamente no doente (*ibid.*).

A carta de direitos e deveres do doente, do Ministério da Saúde refere que

Ao doente e sua família são proporcionados os conhecimentos e as informações que se mostrem essenciais aos cuidados que o doente deve continuar a receber no seu domicílio. Quando necessário, deverão ser postos à sua disposição cuidados domiciliários ou comunitários (Ministério da Saúde, 1998: s/ página).

Por outro lado, doente e cuidador têm também o dever de fornecer aos profissionais de saúde todas as informações necessárias para a obtenção de um correcto diagnóstico e adequado tratamento (Ministério da Saúde, 1998).

Quanto aos assuntos abordados pelos enfermeiros na educação para a saúde dirigida aos cuidadores numa perspectiva de continuidade de cuidados, os primeiros reconhecem que não são suficientes e que incidem essencialmente nos aspectos centrados na técnica que incluem os cuidados orientados para a dependência (cuidados de higiene, posicionamentos, levantes, administração de terapêutica) e na orientação social (Cerqueira, 2005). Normalmente abordam os assuntos aos cuidadores durante a prestação de cuidados ao doente (cuidados de higiene e de alimentação), no momento da alta e durante as horas da visita, de uma forma transmissiva, existindo pouca interacção entre o enfermeiro e o cuidador (*ibid.*).

Algumas razões que os enfermeiros apontaram para este facto foram: desconhecimento do meio familiar, inexistência de avaliação sistemática, ausência de diagnóstico de necessidades, formação insuficiente, falta de sensibilidade institucional, falta de interacção com a equipa multiprofissional e planeamento dos ensinados inadequado (*ibid.*).

De acordo com Gonçalves (2006), é da responsabilidade do profissional identificar e compreender qual é o verdadeiro valor que a implicação da família/cuidador traz para o processo de saúde da pessoa idosa hospitalizada. É da sua competência possibilitar espaço para a expressão das necessidades e das incertezas do doente/cuidador (*ibid.*). A autora acrescenta que, no entanto, é preciso bom senso para este envolvimento da família/cuidadores nos cuidados às pessoas idosas internadas, podendo nem sempre ser possível ou até mesmo desejável (*ibid.*). A própria situação de saúde da pessoa idosa e do cuidador podem determinar esta impossibilidade de participação, derivando novamente a importância de conhecer concretamente como a família/cuidadores vivem esta experiência (*ibid.*).

No entanto, salvo algumas situações é de todo desejável um maior envolvimento dos familiares no internamento hospitalar da pessoa idosa (*ibid.*). A autora justifica o envolvimento com a possibilidade de este ser uma forma de continuidade entre o contexto habitual da pessoa idosa e o meio hospitalar, ajuda a manter a união e a funcionalidade da família dando conforto e tranquilidade a ambos, reduzindo a ansiedade, o medo e a angústia inerente à hospitalização e ajuda a desenvolver aptidões para continuar a cuidar,

devolvendo-lhes um equilíbrio interno, facilitando assim o regresso da pessoa idosa a casa (*ibid.*).

O facto de se englobar a família/cuidador como prestadores de cuidados que atravessam uma fase difícil, está-se a ajudar “[...] a fomentar um sentido de domínio e de certeza de que estão a ser prestados os melhores cuidados possíveis” (Shands e Zahilis citados por Sapeta, 1998: 24 citado por Cerqueira, 2005: 64).

1.2.1.2- Contexto domiciliário

Se durante o internamento hospitalar, todos os aspectos relacionados com a dependência da pessoa idosa assumem um carisma problemático, no momento da alta que, na maioria das vezes, se efectua de forma precoce, atingem um carácter ainda mais complexo, o que facilmente se justifica pela escassez de recursos na comunidade e pelas dificuldades sentidas pela família quando esta assegura o papel de cuidador.

Após a alta hospitalar, o cuidado às pessoas idosas dependentes e aos seus cuidadores deverá ser continuado creditando o seu funcionamento e a sua acção. Assim, deverão existir canais de comunicação entre equipas de cuidados diferenciados e primários, de forma a que a equipa, que vai dar continuidade aos cuidados de saúde, se encontre informada acerca das necessidades de cuidados pós-alta. Uma das formas de estabelecer essa comunicação é através da carta da alta. A carta da alta ou nota de alta

[...] constitui um importante instrumento na continuidade dos cuidados aos utentes. A transmissão de informação escrita sobre o utente, entre os enfermeiros que dele cuidam no hospital e os que o fazem no centro de saúde, e vice-versa, é determinante para que não haja interrupção no processo assistencial (Moita, Nunes, Silva, Soveral e Potra, 2007).

A prestação de cuidados domiciliários surge como a forma mais humanizada de resposta, mas exige o estabelecimento de redes sociais de apoio integrado que garantam a efectiva continuidade dos cuidados necessários. Assim, estes cuidados deverão ser assegurados por uma equipa interprofissional da área da saúde e da acção social, onde se incluem os serviços de enfermagem. Os enfermeiros deverão assegurar a prestação de cuidados de enfermagem no domicílio, nas áreas da promoção da saúde e prevenção da doença e nas áreas curativa e reabilitadora, centrados quer na pessoa idosa dependente, quer no cuidador principal.

Muitas condições mórbidas dos doentes não podem ser detectadas senão *in loco*, dada a sua relação com estruturas ambientais, condições de vida e hábitos (Leme, 2000). O autor justifica esta necessidade exemplificando o caso dos doentes com quadros de quedas repetidas, nos quais para intervir, o enfermeiro deverá conhecer as condições arquitectónicas do domicílio (tapetes, degraus, apoios) e do apoio familiar. Outro caso é o dos doentes com incontinência urinária ou fecal, nos quais o conhecimento das condições de habitação, alimentação, sono, etc, é necessário para o diagnóstico e programação terapêutica (*ibid.*).

No domicílio apesar dos recursos materiais serem mais escassos, é também o lugar de eleição para o enfermeiro reabilitar o indivíduo com maior grau de adequação à realidade, preparando-o para as necessidades de privação sensorial e para os obstáculos inerentes ao ambiente domiciliário e que raramente são reprodutíveis em ambientes de terapia de ambulatório (*ibid.*). O enfermeiro deverá encorajar a pessoa idosa a realizar o autocuidado através da maximização das suas potencialidades, opinando, quando necessário, sobre possíveis modificações na rotina doméstica e planta física do domicílio (*ibid.*).

Na negociação das modificações na rotina doméstica e planta física do domicílio o enfermeiro trabalhando em conjunto com uma equipa deverá ter por base uma avaliação da capacidade funcional da pessoa idosa (avaliação das habilidades preservadas, das que estão prejudicadas mas podem ser restauradas e daquelas que foram perdidas; determinação das actividades que a pessoa idosa exerce e exercerá no ambiente⁴⁷, os recursos disponíveis e a motivação da pessoa idosa) e uma avaliação ambiental (que inclui: observação do edifício, do mobiliário e da pessoa idosa e do seu cuidador a desempenharem as actividades no ambiente) (Mello e Perracini, 2000).

Benjumea (2004), no seu estudo com cuidadores familiares de doentes com demência chegou a conclusões esclarecedoras desta necessidade de colocar a vivenda ao serviço do doente e do seu cuidador. Verificou que estes cuidadores “construíam um mundo material para o cuidado”, transformando a realidade onde o cuidado se desenvolvia, através de fazer obras no W.C. e quarto do doente para ficar mais perto do cuidador e reduzir o mobiliário ao essencial e através de adquirirem objectos e equipamentos à medida que o doente se tornava mais dependente e o cuidado se complexificava (*ibid.*).

⁴⁷ Utilizando para isso as escalas de avaliação construídas para o efeito, e que já foram por nós apresentadas no sub-capítulo referente à avaliação da capacidade funcional da pessoa idosa dependente.

Entre os objectos adquiridos por estes cuidadores encontravam-se colchões de água, material curativo, camas articuladas (iguais às dos hospitais), entre outros (*ibid.*). Desta forma, os cuidadores solucionavam com criatividade os problemas do dia-a-dia, com a finalidade de tornar o domicílio um local seguro para o doente e para os que vivem com ele e facilitar as tarefas do cuidado quotidiano (*ibid.*).

Assim o enfermeiro deverá igualmente providenciar a aquisição de material clínico e de ajudas técnicas adequadas, quer às necessidades da pessoa idosa dependente, quer às do seu cuidador para desempenhar as tarefas do cuidado.

Assim sendo, o domicílio é o melhor local para o enfermeiro fazer o diagnóstico das necessidades da pessoa idosa e cuidador/família e realizar intervenções que favoreçam a aquisição ou adaptação de novos papéis que sejam consistentes com a personalidade da pessoa idosa, com a sua capacidade funcional e cognitiva, com a sua posição social e com o prognóstico da sua doença (Leme, 2000). A prestação destes cuidados domiciliários além de permitir à pessoa idosa permanecer na sua casa, junto dos seus objectos e recordações, mantendo a sua intimidade e hábitos de toda uma vida, reduz o número de internamentos e promove a qualidade de vida da pessoa idosa e do prestador de cuidados.

Ao inserir-se no domicílio (local de existência) do doente, o enfermeiro deve ficar atento para cuidar sem invadir. Gonçalves, Alvarez e Santos (2000), referem que ao introduzir-se no espaço privativo e íntimo do doente, o profissional de enfermagem necessariamente compromete-se com os familiares e com todo um contexto domiciliário de modo profissional e ético. Ao enfermeiro compete “responsabilizar-se por prestar cuidados de enfermagem à família, como unidade de cuidados, no âmbito dos cuidados de saúde primários” (Ministério da Saúde, 1991: 5724, alínea c do artigo 7º).

Em primeiro lugar, o enfermeiro deverá conhecer as dinâmicas familiares que envolvem “tomar conta” de pessoas idosas dependentes. A forma como cada família/cuidador percepção o processo de cuidar, como lê a realidade e a compreende é mais importante do que a objectividade que o profissional julga e lhe atribui (Pimentel, 2001). O papel do cuidador é determinado pelas suas percepções das experiências vividas, as quais, por sua vez, influenciam os seus modos de agir e comportamentos na gestão das mesmas experiências (Lage, 2005b).

Neste sentido, o enfermeiro deverá aprofundar o estudo dos factores e das dinâmicas interpessoais que influenciam a composição, a configuração e os comportamentos das redes de suporte informal que prestam cuidados a pessoas idosas

dependentes, bem como a planificação de serviços, especificamente a organização dos sistemas de apoio intrafamiliar (Calvez, Jöel e Mischlich, 2002 e Jöel, 2002 citados por Lage, 2005b). Embora o domicílio da pessoa idosa dependente seja o local de eleição para aprofundar o estudo das dinâmicas das redes de suporte informal que envolvem “tomar conta” de pessoas idosas dependentes, o conhecimento destas redes deverá iniciar-se em contexto institucional, quando o doente ainda está internado. Esta avaliação levada a cabo pela equipa interprofissional, da qual o enfermeiro faz parte, vai permitir o envolvimento eficaz da família/cuidador no planeamento da alta da pessoa idosa dependente, capacitando-os para prestar cuidados no domicílio.

Corroborando Benjumea (2004), referimos que o mundo do cuidado pode e deve alertar os profissionais de saúde sobre as situações de fragilidade das pessoas idosas e familiares e, que o conhecimento desse mundo, ajuda os profissionais a fortalecer os seus próprios mundos do cuidado. Nesta dialéctica de troca de conhecimentos está bem patente o duplo processo de influenciar e ser influenciado, aprender e ensinar, manter e transformar, onde todos são simultaneamente educadores e educandos, que é o cerne do processo educacional e que deve caracterizar o papel do enfermeiro enquanto educador para a saúde da díade pessoa idosa dependente-cuidador principal.

Algumas das problemáticas mais frequentes dos cuidados familiares abordados pelos enfermeiros, quer em contexto institucional, quer em contexto domiciliário, incluem: treino de competências para desenvolver o cuidado e aumentar o sentimento de mestria e de satisfação; ensino e aconselhamento de práticas promotoras de saúde para a pessoa idosa e para o cuidador; avaliação das consequências positivas e negativas da responsabilidade dos cuidados para o cuidador; avaliação dos recursos pessoais do cuidador e da necessidade de recursos comunitários e avaliação da disponibilidade de suporte informal ao cuidador, dentro da própria família (Lage, 2004).

Quanto ao treino de competências para desenvolver o cuidado, os enfermeiros devem explorar a competência dos cuidadores para fazerem uso adequado dos recursos pessoais e sociais que lhes permitem o controlo das situações e a resolução dos problemas e para cuidarem de si mesmos (Lage, 2005b). Isto é, para além de treinar a competência dos cuidadores para cuidar das pessoas idosas dependentes, o enfermeiro deve treinar a competência do cuidador para cuidar de si mesmo, o que implica a sensibilização para a importância da vigilância da sua saúde no desempenho eficaz do papel de cuidador (*ibid.*). Assim deverá educá-lo a identificar sinais e sintomas sugestivos de doença (fadiga,

ansiedade, alterações de humor, revolta, sentimentos de culpa, perturbações do sono) e explicar-lhe a necessidade de realização de exames periódicos de saúde (*ibid.*). Por outro lado, deverá sensibilizá-lo para a partilha das suas experiências e dificuldades, apoiando-o emocionalmente e ajudando-o a procurar factores de alívio.

Após ter feito a avaliação dos recursos pessoais do cuidador, do suporte informal que tem ao seu dispor e da necessidade de recursos comunitários, o enfermeiro pode ter necessidade de implementar várias estratégias, quer em contexto institucional, quer em contexto domiciliário. A este respeito, Froland *et al*, ao examinarem os padrões de articulação entre as fontes de apoio profissional, voluntário, de vizinhança e familiares, de forma a torná-los mais eficazes, chegaram à conclusão de que algumas estratégias a serem desenvolvidas serão:

1- intervenções a nível das redes de apoio pessoal vocacionadas para reforçar o apoio informal do cuidador e prevenir a necessidade de serviços formais, recorrendo por exemplo, ao voluntariado e “angariando” pessoas para fazer companhia, aconselhar, etc, ou detectando pessoas chave da vizinhança para as integrar em relações de apoio informal;

2- aconselhamento das redes de ajuda mútua que põem em contacto pessoas com problemas idênticos. De acordo com Toselan e Rossiter (1989 citados por Paúl, 1997), as intervenções de grupo podem evitar o isolamento e a solidão, permitindo a partilha de sentimentos e preocupações, para além de dar informações úteis sobre técnicas e recursos e a forma de lidar com o stress;

3- incentivar dentro do poder comunitário, o desenvolver de laços entre os líderes de opinião no sentido de planear melhorias de serviços sociais (Froland *et al*, 1981 citados por Paúl, 1997).

Ao apoiar a família cuidadora e a pessoa idosa dependente de acordo com as suas necessidades/dificuldades e capacidades, o enfermeiro desempenha uma enorme quantidade de papéis: prestador de cuidados, coordenador, conselheiro, amigo, animador, agente de ligação entre a díade pessoa idosa dependente-cuidador principal e a equipa interprofissional (devido às características da actividade de enfermagem e à sua proximidade à díade), agente de ligação com a família e com os diferentes serviços, entre outros. Relativamente ao último papel mencionado- agente de ligação com a família e com os diferentes serviços- o enfermeiro deverá divulgar os serviços formais existentes aos potenciais utilizadores e/ou membros da família/rede informal de apoio, ensinando-os a pedir ajuda quando necessitam. Isto evitará que os cuidadores tendam a forçar alternativas

indesejáveis, como a institucionalização prematura da pessoa idosa, porque não estão informados sobre as possibilidades de suplementarem o apoio que prestam (Paúl, 1997).

Desta forma ao nível dos cuidados de saúde primários, o enfermeiro desempenha, um importante papel com o seu saber, saber fazer, saber ser e saber estar, podendo levar a pessoa idosa dependente/cuidador a fazerem opções no sentido de promover a sua qualidade de vida, prevenindo simultaneamente situações de abuso, negligência e abandono do cuidado e da própria pessoa idosa.

No entanto, ao desempenhar o papel de educador para a saúde, o enfermeiro deverá ter presente que formar pessoas leigas para o cuidado da pessoa idosa doente e/ou fragilizada, seja em contexto institucional ou em contexto domiciliário, constitui-se numa responsabilidade sem par, pois esse cuidado exige um atendimento específico e complexo, que segundo Santos (1994 citado por Gonçalves, Alvarez e Santos, 2000), se deve basear nos seguintes princípios filosóficos:

1- cada pessoa idosa, não importa em qual circunstância viva, pode e tem o direito de viver com dignidade, usufruindo das suas potencialidades ainda presentes, devendo o cuidador ter cuidado para não anular a sua existência durante a acção do cuidado;

2- o cuidador vive uma experiência contínua de aprendizagem e de vida junto com a pessoa idosa, resultando na descoberta de potencialidades múltiplas;

3- o cuidador é um ser humano especial, com qualidades pessoais de forte traço de amor à humanidade, de solidariedade e de doação. As suas funções têm sempre um cunho de ajuda e apoio humano, com relações afectivas e compromissos positivos.

O planeamento, execução e avaliação das ofertas educacionais a cuidadores, qualquer que seja a sua idade ou nível educacional, deve levar em conta um conjunto de princípios gerados no contexto de educação de adultos cujo atendimento tende a favorecer a eficácia das iniciativas. Apoiando-nos em Neri (2000), apresentamos os seguintes princípios:

1- Processamento activo: aprender fazendo, ter oportunidade de praticar as habilidades que estão a ser ensinadas, a partir do genuíno envolvimento em programas estruturados, tendo simultaneamente em conta os interesses e a experiência anterior das pessoas idosas e dos seus cuidadores.

Corroborando este princípio Brêtas e Yoshitome (2000), referem que a melhor maneira de ensinar as pessoas idosas e os seus cuidadores é executando a actividade com

eles, na situação real do domicílio, pois discutem junto as improvisações necessárias para a assistência com qualidade.

Relativamente ao envolvimento dos cuidadores em programas educativos estruturados, Greene e Monahan relatam a experiência positiva da implementação de um programa de apoio e educação destinado às famílias com pessoas idosas dependentes a seu cargo, desenvolvido por profissionais, que assentava em três áreas: articular e partilhar experiências dolorosas semelhantes, aprender técnicas e informações úteis e treinar relaxamento (Greene e Monahan 1989 citados por Paúl, 1997). Os resultados foram significativos na redução da ansiedade, depressão e sentido de sobrecarga dos que prestavam cuidados a familiares idosos a residir na comunidade (*ibid.*)

2- Retroalimentação e apoio sistemático: o enfermeiro ao educar deve fornecer às pessoas idosas dependentes e aos seus cuidadores informações frequentes e planeadas sobre a qualidade e o progresso do seu desempenho, a fim de facilitar o ajustamento e ajudar na aceitação do erro e na necessidade de correção. Ao proceder desta forma o enfermeiro contribui para que o cuidador actualize permanentemente os seus conhecimentos e a perícia adquirida no manejo das situações, à medida que as circunstâncias do cuidado o vão exigindo. Este princípio quando devidamente utilizado fortalece o sentimento de mestria do cuidador. A mestria ou auto-eficácia do cuidador, como sentimento individual de controlo ou juízo acerca das capacidades pessoais (Aneshensel e colaboradores, 1995 e Bandura, 1997 citados por Lage, 2005b), é um recurso psicológico que fortalece os cuidadores e os torna mais aptos para o cuidado (Benjumea, 2004).

A este respeito, Veríssimo ao investigar as necessidades dos cuidadores familiares de pessoas idosas dependentes em domicílio verificou que estes manifestavam necessidade dum apoio cada vez mais sistemático de enfermagem à medida que a pessoa idosa se ia tornando mais dependente e a sobrecarga de cuidados ia aumentando (Veríssimo e Moreira, 2004);

3- Sistema de recompensas: a promoção, o elogio e o reconhecimento podem funcionar como poderosos incentivos, principalmente se forem usados de modo sistemático e planeado, no sentido de diferenciar padrões de desempenho. Para que isto seja possível, é necessário que o enfermeiro dê ênfase ao acompanhamento da pessoa idosa e do seu cuidador e vá reconhecendo o trabalho do cuidador, no sentido de melhorar e/ou manter a sua competência;

4- Reconhecimento de conceitos: ao ensinar novos conceitos, isto é, expandir a base de conhecimentos e habilidades, é útil recorrer a conceitos já conhecidos e a habilidades preexistentes. Isto implica que ao educarem, os enfermeiros atendam às histórias de vida das pessoas idosas e dos seus cuidadores e pesquisem as experiências anteriores dos cuidadores na prestação de cuidados e se já as tiveram, como foram vivenciadas e como estão a influenciar o seu desempenho actual. Só assim, os enfermeiros conseguem “[...] actuar face a uma situação desconhecida, recorrendo ao conhecimento que já possuem, transpondo-o e transformando-o em nova maneira de actuar, ou seja, em mais aprendizagem” (Oliveira, 1999: 6);

5- Aplicabilidade directa: demonstrar os usos práticos e a aplicabilidade de um novo conceito ou habilidade melhora a motivação dos cuidadores e aumenta a possibilidade de generalização do aprendido para situações novas. Em situações que exigem habilidades é importante criar, na situação de aprendizagem, uma ampla quantidade de situações semelhantes àquelas que os cuidadores irão encontrar na vida real.

Cerqueira (2005), ao estudar a percepção dos cuidadores de doentes paliativos relativamente às intervenções de enfermagem em contexto hospitalar chegou a resultados esclarecedores da importância da utilização deste princípio. Verificou que a maioria dos cuidadores referiram que os enfermeiros não superaram as suas dificuldades/necessidades pelo facto de não planearem a alta, terem fornecido a informação oralmente sem demonstração prática e o ensino ter sido pouco esclarecedor e adequado (*ibid.*);

6- Adaptação do contexto social: uma situação de aprendizagem deve tornar-se uma oportunidade de capacitação das capacidades existentes, devendo evitar-se a competição, em favor da cooperação e da aceitação. A aprendizagem em duplas ou pequenos grupos é mais eficaz do que a aprendizagem individual. Nesta perspectiva Brêtas e Yoshitome (2000), defendem que sempre que possível, o enfermeiro deve capacitar mais do que um membro da família e/ou comunidade para a prestação de cuidados a pessoas idosas dependentes;

7- Contexto logístico adaptado: é necessário oferecer planos de trabalho adaptados às capacidades individuais das pessoas idosas⁴⁸ e dos seus cuidadores, ao seu nível de

⁴⁸ Segundo Berger e Mailloux-Poirier (1995), os factores que influenciam o processo de aprendizagem das pessoas idosas estão ligados a quatro dimensões: biofisiológica, psicológica, sociológica e cultural e/ou espiritual. No âmbito da dimensão biofisiológica temos como factores a acuidade visual e auditiva, a destreza manual, a dor e a fadiga (*ibid.*). No que respeita à dimensão psicológica existe a fase da adaptação ao problema de saúde, a motivação para aprender, e experiências de vida, os estádios de desenvolvimento, a ansiedade e o medo (*ibid.*). Em terceiro lugar, na dimensão sociológica encontramos o nível de educação e a

compreensão, idade e educação, sendo igualmente importante adoptar estratégias personalizadas de ensino e acompanhamento. Neste contexto, referimos o estudo desenvolvido por Moreira (2001), com cuidadores de doentes terminais em contexto familiar, que manifestaram necessidades cognitivas, concretamente de informação sobre a doença, a forma de lidar com o doente e os cuidados a ter com este. Reforçaram também a ideia da necessidade de adequação do código linguístico por parte dos profissionais de saúde e de complemento da informação oral com a escrita, pois a situação que viviam de cansaço e de angústia dificultava a apreensão da mensagem, tendo necessidade muitas vezes de a confirmar posteriormente (*ibid.*).

8- Envolvimento com os objectivos: a participação é facilitada se as pessoas idosas e os seus cuidadores tiverem oportunidade de participar na definição dos objectivos, com base nos seus interesses, necessidades, conhecimentos e habilidades já adquiridas. Neste sentido, o enfermeiro deverá ter capacidades de comunicar, pois a comunicação é essencial no planeamento da assistência à pessoa idosa dependente e cuidador, de forma a que cada um partilhe os seus objectivos a fim de serem ajudados tanto ao nível do sofrimento físico, psicológico e social, como também na manutenção de um bem-estar físico e emocional (Cerqueira, 2005).

Todos os princípios da educação de adultos atrás mencionados devem ser aplicados, quando possível ao cuidador e à pessoa idosa dependente, de acordo com as suas capacidades, no sentido de se conseguir um envolvimento adequado da pessoa idosa na prestação de cuidados pelo cuidador, numa atitude de cooperação mútua. Isto resultará na descoberta de potencialidades múltiplas, a pessoa idosa melhorará o seu autocuidado e o cuidador descobrirá as reais capacidades da pessoa idosa cuidada.

Apesar de ser este o caminho a seguir, podemos concluir da análise deste sub-capítulo que nem sempre o doente recebe o apoio necessário da família/cuidador e nem sempre estes possuem conhecimentos e apoio que lhes permita serem capazes de prestar a ajuda necessária à pessoa idosa, quer em contexto institucional, quer em contexto domiciliário. Isto requer uma reflexão acerca do papel da enfermagem e do próprio sistema de cuidados de saúde, que não afiguram a família/cuidadores como pessoas a assumir um papel activo e de cooperação na gestão do processo de saúde das pessoas idosas.

presença da família e da rede de suporte (*ibid.*). Por último, a nível cultural existem as crenças e os valores em relação à saúde e à doença (*ibid.*).

O mesmo autor acrescenta ainda que durante o processo de aprendizagem, a pessoa idosa cansa-se mais depressa, aprende mais lentamente e a memória recente é por vezes menos eficaz (*ibid.*).

Corroborando Cerqueira (2005), afirmamos que analisando a acção dos enfermeiros no seu contexto de trabalho, bem como na prática corrente, verifica-se que abdicam muitas vezes do seu papel na educação para a saúde, mesmo ao simples nível da informação. Verifica-se, também, a ausência de uma articulação correcta entre a adequada identificação das necessidades em educação para a saúde, o planeamento da intervenção e a avaliação, embora actualmente haja uma preocupação em colocar a educação para a saúde no centro das acções a serem desenvolvidas pela enfermagem (*ibid.*).

PARTE II- ESTUDO EMPÍRICO

CAPÍTULO I – METODOLOGIA

1- PROBLEMÁTICA E OBJECTIVOS DO ESTUDO: QUESTÕES ORIENTADORAS

Nas últimas décadas, nomeadamente a partir do início da segunda metade do século XX, o crescimento percentual do número de pessoas idosas nos países desenvolvidos/industrializados pôs em evidência a problemática relacionada com o envelhecimento.

Esta realidade é demonstrada pelo INE (2006), que relativamente a 1960 revela um índice de envelhecimento de 27,3, enquanto que em 2001 revela um índice de 103,6. Revelou também que o envelhecimento é mais acentuado no caso das mulheres, dado possuírem uma maior longevidade, passando o índice de envelhecimento nas mulheres, de 34 idosas por cada 100 jovens em 1960 para 123 em 2001 (INE, 1999).

Por outro lado, enquanto o índice de dependência de jovens desceu, entre 1960 e 2001, passando de 46 para 24 jovens a cargo da população activa, reflectindo a baixa natalidade, o índice de dependência dos idosos subiu de 13 para 25 idosos a cargo, resultante do aumento da esperança de vida (INE, 2006).

Por sua vez, o aumento da esperança de vida proporcionou o surgimento de pessoas de idade cada vez mais avançada e, conseqüentemente, com doenças crónicas de longa duração e de início tardio. De acordo com a DGS (2004), em Portugal as doenças crónicas causam grande impacto na Saúde Pública, sendo uma das principais causas de morbilidade e de mortalidade das pessoas idosas, com enormes custos individuais, familiares e sociais.

Por um lado, o desenvolvimento da área dos cuidados continuados essencialmente orientada para a manutenção das pessoas dependentes no domicílio sempre que lhe possam ser garantidos os cuidados terapêuticos e o apoio social necessários e, por outro lado, os internamentos hospitalares cada vez mais curtos levam ao aumento da responsabilidade individual e familiar no apoio às pessoas idosas, conforme podemos ver na seguinte citação:

[...] na prestação de cuidados de saúde em geral a família e a comunidade social [...] deverão continuar a intervir como factores essenciais e indispensáveis no apoio aos seus concidadãos, nomeadamente aos mais frágeis e carenciados. A sua iniciativa e acção são fundamentais, não apenas para evitar o prolongamento de estadas em regime de internamento por razões alheias ao estado de saúde, como também para a reabilitação global e a independência funcional dos doentes, o apoio domiciliário e ocupacional de que necessitam e a reinserção social a que têm direito (Ministério da Saúde, 2003: 7493).

Responsabilizam-se, assim, as famílias sem se avaliar se estas têm condições sociais, económicas, psicológicas e até mesmo se os seus elementos têm condições físicas, para assumirem essa responsabilidade, sem comprometerem o equilíbrio familiar e a qualidade dos cuidados (Veríssimo e Moreira, 2004).

As políticas e as estratégias de saúde nacionais não têm dado grande relevo à prestação de cuidados informais. Contudo, sendo que a maioria dos cuidados de saúde são prestados em forma de cuidados de apoio das “pessoas chegadas”, nos momentos de dificuldade do indivíduo por alterações na saúde, produzindo um alto nível de saúde em quem os recebe, há que deixar de concentrar a atenção na saúde como uma questão exclusiva dos serviços de saúde e dos profissionais de saúde (Del Rey e Alvear, 1995).

Partindo duma concepção que contemple tudo o que é relacionado com a saúde como um fenómeno social, são tão necessários e importantes os modos de solucionar os problemas de saúde do sistema formal (público ou privado), como do sistema informal (Del Rey e Alvear, 1995).

Nesta perspectiva, é fundamental conhecer as experiências e expectativas dos cuidadores informais, para que se possa compreender as suas necessidades e definir estratégias que possam fornecer o suporte adequado nestas situações. Este aspecto toca, em particular, aos profissionais de saúde educados para curar e, sobretudo, às equipas de saúde dos cuidados de saúde primários ao desempenharem um papel de importância crucial no domicílio ao nível da melhoria da qualidade de vida das pessoas idosas dependentes e sua família, nomeadamente os cuidadores.

Apesar da abundante investigação no campo do cuidado familiar, conhece-se pouco, sobre a riqueza, diversidade e complexidade das situações de cuidado de vida real e em especial da capacidade dos cuidadores em construir um mundo para o cuidado.

Neste sentido, consideramos que se torna necessário reflectir sobre os problemas reais dos cuidadores informais das pessoas idosas dependentes sob o ponto de vista do cuidador principal, no próprio contexto onde este desenvolve os cuidados- o domicílio.

A questão central que orienta esta pesquisa diz respeito à identificação das necessidades educativas do cuidador principal na prestação de cuidados informais à pessoa idosa dependente no domicílio.

A investigação começa sempre com um problema ou grupo de problemas preliminares. Deste modo, há que converter os problemas preliminares num corpo de questões.

A questão central enunciada por nós conduz-nos à formulação de um conjunto de questões de investigação. “Uma questão de investigação é uma interrogação explícita relativa a um domínio que se deve explorar com vista a obter novas informações” (Fortin,

Vissandjée e Côté: 1999: 51). Tendo por base estes pressupostos, formulamos as seguintes questões que estiveram na base da orientação do nosso estudo:

- Que necessidades/dificuldades manifesta o cuidador principal na prestação de cuidados à pessoa idosa dependente no domicílio?
- Como é que o cuidador principal vê o apoio prestado pela equipa de enfermagem?

Apoiando-nos nas questões que norteiam a nossa investigação, pretendemos com o presente estudo contribuir para um melhor conhecimento da visão do cuidador principal acerca das suas dificuldades/necessidades para cuidar da pessoa idosa dependente no domicílio. Deste modo, delineamos os seguintes objectivos:

- Caracterizar sócio-demograficamente a pessoa idosa dependente e o cuidador principal;
- Caracterizar a pessoa idosa dependente quanto ao nível e grau de dependência;
- Conhecer as razões do cuidador principal para assumir o cuidar da pessoa idosa dependente;
- Analisar o tipo de cuidados que o cuidador principal presta à pessoa idosa dependente;
- Analisar as repercussões da prestação de cuidados no cuidador principal;
- Conhecer o processo de formação do cuidador principal para cuidar da pessoa idosa dependente;
- Identificar as dificuldades/necessidades do cuidador principal;
- Conhecer a opinião do cuidador principal acerca do apoio prestado pela equipa de enfermagem na sua preparação para cuidar da pessoa idosa dependente.

Com base nestes pressupostos, procuraremos conhecer, compreender e analisar esta realidade no próprio ambiente natural, pois tratando-se duma prática social, o cuidado informal deve ser compreendido de uma forma global no campo específico onde ocorre, que é o contexto domiciliário.

2- OPÇÕES METODOLÓGICAS

“Os métodos de investigação harmonizam-se com os diferentes fundamentos filosóficos que apoiam as inquietações e as linhas orientadoras de uma investigação” (Fortin, Côté e Vissandjée, 1999: 22).

Tendo por base as questões de investigação e os objectivos do estudo atrás descritos, propomo-nos realizar uma abordagem por triangulação, que consiste na utilização de diferentes métodos combinados, no interior do mesmo estudo, reunindo métodos qualitativos e quantitativos e é, habitualmente, utilizada no estudo de conceitos complexos, tais como, a promoção da saúde (Reidy e Mercier, 1999). A complementaridade dos métodos de investigação quantitativos e qualitativos aumenta a fiabilidade dos resultados.

Apesar desta abordagem por triangulação, faremos um estudo predominantemente qualitativo, partindo duma perspectiva fenomenológica, pois a nossa atenção incidirá sobre a realidade tal como ela é percebida pela população em estudo (Rousseau e Saillant, 1999). De acordo com Benner, na perspectiva fenomenológica, o estudo dos fenómenos consiste em descrever o universo perceptual de pessoas que vivem uma experiência, sendo função do investigador aproximar-se dessa experiência, descrevê-la nas palavras dos participantes na investigação, explicitá-la de forma mais fiel possível e comunicá-la (Benner, 1994 citado por Rousseau e Saillant, 1999).

Neste sentido, iremos enveredar por um Estudo de caso através do qual procuraremos entender o significado do sistema próprio dos entrevistados, não antecipando por isso, os aspectos do sistema significativo, nem o contexto do funcionamento da totalidade que só é possível conhecer posteriormente (Marconi e Lakatos, 2004). Desta forma, não organizaremos à partida problemas, hipóteses e variáveis (*ibid.*). Algumas das principais características deste estudo são: visar a descoberta, enfatizar a interpretação do contexto, retratar a realidade de uma forma ampla, valer-se de fontes diversas de informações, permitir substituições, representar diferentes pontos de vista em dada situação e usar linguagem simples (Ludke e André, 1986 citados por Marconi e Lakatos, 2004).

Poderá obter-se com este tipo de estudo uma grande quantidade de dados que descrevem detalhadamente os indivíduos na sua própria terminologia (Marconi e Lakatos, 2004).

A utilização deste método qualitativo permitir-nos-á obter uma compreensão abrangente do contexto da prestação de cuidados informais à pessoa idosa dependente, relatado pelo cuidador principal.

Tendo em conta os objectivos e as características do estudo iremos enveredar por um estudo de nível I- exploratório descritivo. Classificámo-lo como exploratório porque na região que preconizamos desenvolver a nossa investigação desconhece-se a existência de

estudos desta índole. Por outro lado, o estudo descritivo serve para descrever um fenómeno ou um conceito relativo a uma população (Duhamel e Fortin, 1999). A descrição dos conceitos ou variáveis conduz a uma interpretação da significação teórica dos resultados do estudo e à descoberta das relações entre os conceitos (*ibid.*).

2.1- Terreno de pesquisa: selecção dos participantes em estudo

Para tornar realidade este estudo, considerou-se que seria oportuno realizar o mesmo numa comunidade urbano-rural do distrito de Vila Real- Vila Pouca de Aguiar.

O concelho de Vila Pouca de Aguiar, fica situado na zona norte do distrito de Vila Real, entre as terras do Alvão a poente e a serra da Padrela a este, faz fronteira a norte com o Município de Chaves, a sul com Ribeira de Pena e a Oeste com Valpaços e Murça. É constituído por 18 freguesias, que abrangem uma área de 437,1 Km², com uma população residente de 14 998 habitantes (INE, 2002c relativo a Censos 2001).

Este concelho é uma comunidade urbano-rural. Das 18 freguesias do concelho, 16 apresentam características rurais, porque o número de habitantes é inferior a 1999 indivíduos e a fonte de rendimento da maioria das famílias é a agricultura. Duas das freguesias (Vila Pouca de Aguiar e a Vila de Pedras Salgadas) apresentam características urbano-rurais, porque a população residente é superior a 1999 indivíduos e possuem serviços e indústria (empresas de extracção e transformação de granitos, empresa de engarrafamento de águas minerais), empregando assim, parte da sua população no sector terciário e secundário.

Segundo o Anuário Estatístico da Região Norte de 2001 (INE, 2002c), observa-se na população em geral, um baixo nível económico e de escolaridade, um alto índice de emigração, grande mobilidade dos estudantes e emprego precário, contribuindo para uma população envelhecida. Em 2001, o índice de envelhecimento situava-se nos 136,38, sendo superior ao encontrado para Portugal no mesmo ano (102). O índice de dependência de idosos no concelho, no mesmo ano, era de 32,34, ultrapassando o dos jovens- 23,72 (INE, 2002c relativo a Censos 2001).

Após a localização do estudo faz sentido fazermos referência à escolha da população alvo, junto da qual iremos desenvolver o estudo. Segundo Fortin (1999: 202) “A população alvo é constituída pelos elementos que satisfazem os critérios de selecção definidos antecipadamente e para os quais o investigador deseja fazer generalizações”.

A população do estudo é constituída pelos cuidadores principais das pessoas idosas dependentes inscritas na sede de um Centro de Saúde da SRSVR. O referido Centro de Saúde é constituído pela sede e por duas extensões de saúde. De acordo com os dados fornecidos pelos serviços administrativos do Centro de Saúde, em 20/06/2006 (utilizados para a realização do projecto de investigação da nossa dissertação de mestrado), o número de utentes inscritos era de 16 829, sendo que 21,69% desses utentes são pessoas idosas (3651). Desses utentes idosos (21,69%), aproximadamente 12% correspondem a utentes inscritos na sede.

A selecção dos participantes foi feita a partir da população das pessoas idosas dependentes e seus cuidadores, já identificada pela equipa de enfermagem do Centro de Saúde.

Esta selecção foi feita juntamente com a equipa de enfermagem e procuramos seleccionar os sujeitos que obedecessem aos seguintes critérios:

- Os cuidadores principais terem mais de 18 anos de idade e no caso de haver mais do que um cuidador, seria seleccionado o que dedicava mais horas ao cuidado, prestando a maioria dos cuidados de que a pessoa idosa dependente precisava;
- Os cuidadores principais cuidarem há mais de seis meses da pessoa idosa dependente e não receberem remuneração económica por isso;
- As pessoas idosas dependentes usufruírem da visita domiciliária de enfermagem, já que o contexto domiciliário constitui o contexto mais apropriado para o enfermeiro educar a díade pessoa idosa dependente-cuidador principal;
- Os cuidadores principais quererem participar voluntariamente no estudo.

Ao seleccionar os participantes procuramos que estes se adequassem aos objectivos da investigação, tomando como princípio a diversificação das pessoas interrogadas, de forma a cobrir toda a gama de perspectivas face ao fenómeno em estudo e de acordo com o potencial de cada participante, pois como nos diz Quivy e Campenhoudt “[...] o critério de selecção dessas pessoas é geralmente a diversidade máxima de perfis relativamente ao problema estudado” (Quivy e Campenhoudt, 1998: 163). Neste sentido, seleccionamos os participantes pelo seu carácter exemplar, garantindo que nenhuma situação importante foi esquecida.

Feito todo este percurso, participaram no nosso estudo catorze cuidadores principais, por considerarmos que a informação obtida atingiu um ponto de saturação. Todos estes cuidadores cuidavam de uma pessoa idosa dependente, à excepção de um que cuidava de duas pessoas, um casal que eram os seus pais.

Para além das razões mencionadas, houve razões de ordem prática que nos levaram a seleccionar este terreno de pesquisa e estes participantes, nomeadamente o facto das pessoas idosas dependentes inscritas no Centro de Saúde estarem identificadas pela equipa de enfermagem e o facto do terreno de pesquisa se situar na área de residência de um dos investigadores e, este exercer funções no referido Centro de Saúde. Estes aspectos foram determinantes, tendo em conta as limitações temporais para a realização da dissertação de mestrado.

2.2- Estratégias de recolha de dados

Atendendo às características da metodologia utilizada, abordagem predominantemente qualitativa, em que partimos duma perspectiva fenomenológica, construímos e dimensionamos um instrumento capaz de compreender os fenómenos na sua globalidade.

A natureza deste estudo, ou seja, a identificação das necessidades educativas na prestação de cuidados informais à pessoa idosa dependente no domicílio, levou a que se privilegia-se a entrevista semi-estruturada como fonte principal de informação.

2.2.1- Instrumentos de recolha de dados

O questionário e a entrevista semi-estruturada que utilizamos na recolha de dados, foram construídos especificamente para este estudo tendo em conta os seus objectivos, a revisão bibliográfica em que nos baseamos, a população a que se destinavam e as conversas informais com a equipa de enfermagem do Centro de Saúde conhecedora do fenómeno em estudo.

Baseados em Quivy e Campenhoudt (1998), designamos o questionário “de administração indirecta” porque fomos nós próprios a preenchê-lo a partir das respostas que nos foram fornecidas pelos cuidadores. Este tipo de administração permitiu-nos em simultâneo esclarecer as perguntas, compreender melhor as atitudes dos cuidadores e ter

uma maior adesão nas respostas, atendendo a que na população dos cuidadores identificados pela equipa de enfermagem, a maioria eram já pessoas idosas com um nível de escolaridade baixo, à semelhança do que acontece com uma percentagem elevada da população da comunidade urbano rural de Vila Pouca de Aguiar.

O questionário é composto por questões fechadas e abertas e pretendeu-se com a sua aplicação obter informações acerca da pessoa idosa dependente (caracterização por idade, sexo, situação conjugal, habilitações académicas, actividade profissional anterior, tipo de família, fonte principal de rendimentos, tipo de apoios de que dispõe e causa da dependência) e do cuidador principal (caracterização por idade, sexo, situação conjugal, habilitações académicas, situação profissional, relação com a pessoa idosa dependente, distância entre a residência do cuidador e a pessoa idosa dependente e tempo de prestação de cuidados) (Anexo 1).

Para a entrevista semi-estruturada foi elaborado um guião de entrevista com um total de oito perguntas. Tivemos o cuidado de construir “[...] um guião com as grandes linhas dos temas a explorar [...]” (Fortin, Grenier e Nadeau, 1999: 247), onde as questões abertas deixam liberdade ao entrevistado para responder como entender, criando as suas respostas e exprimindo-as pelas suas próprias palavras (Fortin, Grenier e Nadeau, 1999). Algumas das questões abertas foram combinadas com subquestões, o que é igualmente defendido pelos autores supracitados “As questões abertas podem ser gerais ou combinadas com subquestões” (*ibid.*: 247) (Anexo 2).

Na sequência dos objectivos gerais do estudo, delineámos objectivos específicos para a entrevista:

- Identificar as razões do cuidador principal para assumir o cuidar da pessoa idosa dependente;
- Conhecer os cuidados que o cuidador principal presta à pessoa idosa dependente;
- Perceber quais as repercussões da prestação de cuidados no cuidador principal;
- Conhecer o processo de formação do cuidador principal para cuidar da pessoa idosa dependente;
- Indagar sobre as necessidades/dificuldades do cuidador principal;
- Conhecer a opinião do cuidador principal acerca do apoio dos enfermeiros na sua preparação para prestar cuidados;

- Conhecer a opinião do cuidador principal acerca do domicílio como local de preferência ou não para cuidar da pessoa idosa dependente;
- Conhecer a percepção do cuidador principal acerca da sua capacidade para cuidar da pessoa idosa dependente.

Para avaliar a capacidade funcional da pessoa idosa dependente utilizamos várias escalas já validadas.

Escala de Barthel

É um instrumento validado que mede a capacidade funcional básica da pessoa idosa dependente para realizar as Actividades de vida diária (AVD). É utilizado na avaliação da capacidade que as pessoas têm para a realização de dez actividades básicas de vida diária: comer; tomar banho; vestir e despir; higiene pessoal; controlo de fezes e controlo de urina; uso da retrete; transferência da cadeira para a cama; deambular e subir e descer escadas. As actividades são pontuadas de forma diferente, podendo ser 0, 5, 10, ou 15 pontos, e a pontuação global pode variar entre 0-100 pontos. Dá-nos uma estimativa do grau de dependência da pessoa idosa, que pode variar entre dependência total (< 20 pontos) e independência em todas as actividades (= 100 pontos) (Anexo 3).

Esta escala tem sido considerada por alguns autores como a escala mais adequada para avaliar as AVD (Lage, 2005a).

Relativamente à fiabilidade, foi encontrado um alpha de cronbach de 0,86-0,92. Tem sido utilizada em diferentes populações e com objectivos diversos. Foi utilizada em “contextos domiciliários” (Cid-Ruzafa e Damián Moreno, 2001 citados por Imaginário, 2004), perspectivando estimar a necessidade de cuidados pessoais, permitir organizar melhor os serviços de ajuda domiciliária e ajudar a orientar os esforços do cuidador informal (Imaginário, 2004).

Índice de Lawton y Brody

Este instrumento é a escala de avaliação das actividades instrumentais de vida diária (AIVD) mais clássica e de maior utilização (Lage, 2005a). Estas actividades reflectem a capacidade das pessoas idosas se adaptarem ao seu meio ambiente e viverem em comunidade. Avalia as actividades instrumentais em oito categorias diferentes:

capacidade para usar o telefone; fazer compras; preparar refeições; realizar tarefas domésticas; lavar a roupa; usar meios de transporte; responsabilizar-se pela sua medicação e lidar com os assuntos económicos.

As actividades são pontuadas entre 0 e 1. O zero corresponde à incapacidade e o um à capacidade. A pontuação máxima de independência é 8 e de dependência é 0 (Anexo 4).

Escala de Pfeiffer

Optamos por esta escala pelo conhecimento da sua aplicação no espaço nacional e europeu. Também a considerámos mais ajustada às pessoas idosas que fazem parte da nossa investigação. Permite-nos avaliar a função cognitiva ao nível da orientação espaço-temporal, da memória recente, da evocação e do cálculo.

A função cognitiva da pessoa idosa pode variar entre função intelectual intacta (0-2 erros) e deterioração intelectual grave (8-10 erros) (Anexo 5).

No caso da pessoa idosa ser analfabeta permitimos mais um erro, sendo aqui incluídas as pessoas idosas que liam e escreviam mas não possuíam o 1º ciclo do ensino básico ou equivalente.

A associação destas três escalas para a avaliação do nível e grau de dependência da pessoa idosa está de acordo com o nosso enquadramento teórico.

Antes de utilizar as escalas tivemos em atenção os seguintes aspectos:

- descartamos a possibilidade do desempenho de algumas das actividades poder estar limitado por imposição médica;
- utilizamos as escalas na fase crónica da doença, já que na fase aguda serviriam apenas para avaliar a evolução desta (Lage, 2005a).

Pré-teste

No sentido de verificarmos dificuldades na aplicação dos instrumentos de recolha de dados e visando a validade dos mesmos, realizamos o pré-teste a três cuidadores de pessoas idosas com diferentes graus de dependência, inscritas numa das extensões do

Centro de Saúde, por serem cuidadores com características similares às dos nossos participantes.

A abordagem dos cuidadores foi realizada em dois momentos, que decorreram entre os dias 10 e 13 de Março de 2008. No primeiro momento, com vista à preparação da entrevista realizámos uma visita com as enfermeiras ao domicílio da pessoa idosa dependente/cuidador na qualidade de investigadoras⁴⁹, onde informamos os cuidadores acerca do estudo e solicitamos juntamente com as enfermeiras a sua disponibilidade e conformidade para participar. Neste encontro procuramos estabelecer uma relação mais próxima e marcamos a entrevista de acordo com a disponibilidade do cuidador, sendo esta realizada posteriormente sem a presença das enfermeiras.

Com a realização do pré-teste foi nosso propósito prever a duração média das entrevistas, desenvolver as nossas habilidades técnicas e avaliar a eficácia e a precisão das questões, bem como a sua sequência e encadeamento.

Posteriormente, os resultados da análise e tratamento dos dados do questionário e da entrevista foram discutidos com a orientadora do estudo. Após este procedimento houve necessidade de introduzir algumas correcções, eliminando três questões, duas referentes ao questionário e uma referente à entrevista e ajustando algumas questões relativamente ao vocabulário utilizado.

2.2.2- Recolha de dados

Para a recolha de dados (incluindo o pré-teste), pediu-se autorização, por escrito, ao Senhor Coordenador da Sub-Região de Saúde de Vila Real (Anexo 6). Posteriormente este informou da autorização do estudo à Direcção do Centro de Saúde onde o mesmo se iria realizar e às investigadoras. Após contacto com a Enfermeira Chefe no sentido de solicitar a colaboração da equipa de enfermagem, aplicamos os instrumentos de recolha de dados entre 21 de Abril a 12 de Maio de 2008.

O procedimento para a aplicação dos instrumentos foi idêntico ao desenrolado para o pré-teste, abordando-se os cuidadores em dois momentos, num primeiro momento através da visita ao domicílio com as enfermeiras e num segundo momento sozinhas. Neste

⁴⁹ Apesar de uma das investigadoras desempenhar funções como enfermeira no Centro de Saúde, durante a realização do estudo encontrava-se a trabalhar no Serviço de Atendimento Complementar, não sendo por isso reconhecida pelos cuidadores como enfermeira do Centro de Saúde.

segundo momento foram aplicados todos os instrumentos de recolha de dados, atendendo-se ao consentimento dos informantes, à confidencialidade, à disponibilidade e à autorização para o uso de gravador no caso das entrevistas (Anexo 7).

As entrevistas decorreram em ambiente calmo, não se tendo verificado, dum modo geral, interrupções, o que permitiu a recolha de material cuja riqueza e importância se pode reconhecer na fase que se segue: apresentação, interpretação e discussão dos resultados. A duração oscilou entre os 42 e os 70 minutos.

Ao longo das entrevistas procuramos manter sempre uma atitude de disponibilidade e interesse, tendo presente que não se pode usufruir da mesma intensidade com todas as pessoas entrevistadas e que mesmo uma má entrevista pode proporcionar informação útil. Limitamo-nos a apoiar e a encorajar o entrevistado, não colocando necessariamente todas as perguntas pela ordem em que as anotamos, apenas intervindo em pedidos pontuais de esclarecimento.

A este respeito Quivy e Campenhoudt (1998), referem que o investigador “deixará andar” o entrevistado tanto quanto possível para que este possa falar abertamente, com as palavras que desejar e pela ordem que lhe convier, esforçando-se simplesmente por reencaminhar a entrevista para os objectivos e colocar as perguntas às quais o entrevistado não chega por si próprio.

No intuito de não perder alguns aspectos considerados importantes, para a análise e interpretação dos resultados, considerou-se oportuno fazer anotações, essencialmente no que diz respeito a gestos, posturas e expressões faciais.

À medida que fomos realizando as entrevistas, fomos transcrevendo, optando por fazer o registo integral das narrativas e reflectindo sobre o seu conteúdo, bem como no clima estabelecido para que o pudéssemos melhorar na entrevista seguinte.

No final de cada entrevista agradecemos a cada cuidador a ajuda, a amabilidade, a disponibilidade dispensada e o valor do seu contributo. Notamos que também para eles tinha sido importante partilhar as suas vivências e necessidades, o que espelha o isolamento em que vivem estes cuidadores confinados ao espaço doméstico.

3- TRATAMENTO E ANÁLISE DOS DADOS

Os dados recolhidos no decorrer da pesquisa precisam de ser tratados afim de responder às questões de investigação. Para analisar os dados recolhidos através do questionário, procedeu-se ao seu tratamento recorrendo à estatística. Após codificação e

informatização através do programa informático Excel, onde foi elaborada uma base de dados, utilizamos a análise descritiva. Para uma melhor visualização dos resultados obtidos organizamos os dados do questionário em quadros e gráficos de distribuição de frequências absolutas e, quando adequado, fizemos uso de medidas de tendência central (média e moda).

Relativamente ao tratamento dos dados das entrevistas semi-estruturadas, recorreremos à análise de conteúdo que, segundo Quivy e Campenhoudt “[...] oferece a possibilidade de tratar de forma metódica informações e testemunhos que apresentam um certo grau de profundidade e complexidade como, por exemplo, os relatórios de entrevistas pouco directivas” (Quivy e Campenhoudt, 1998: 227). Os mesmos autores afirmam que quando incide sobre um material rico e penetrante, a análise de conteúdo permite satisfazer harmoniosamente as exigências do rigor metodológico e da profundidade inventiva (Quivy e Campenhoudt, 1998).

Esta técnica consiste na

[...] desmontagem de um discurso e da produção de um novo discurso através de um processo de localização- atribuição de traços de significação, resultado de uma relação dinâmica entre as condições de produção do discurso a analisar e as condições de produção da análise (Vala, 1986: 104).

Segundo Dubouloz, a análise dos dados consiste em quatro fases:

- “1) a colocação em evidência do sentido global do texto;
- 2) a identificação das unidades de significação;
- 3) o desenvolvimento do conteúdo das unidades de significação e
- 4) a síntese do conjunto das unidades de significação” (Dubouloz, 1999: 318).

Após a realização de cada entrevista, procedemos à audição integral e transcrição da mesma, atribuindo um número a cada entrevista pela ordem que as fomos realizando e, a esse número juntamos a letra C, que utilizamos quando nos referimos às declarações do cuidador principal. Utilizamos também algumas das convenções preconizadas por Kirk e Miller: os comentários dos participantes foram assinalados com aspas simples, as explicitações resultantes da interpretação dos investigadores foram assinaladas através da utilização de parênteses rectos e os silêncios foram registados através da utilização de reticências (Kirk e Miller, 1986 citados por Lessard-Hérbert, Goyette e Boutin, 1994).

Assim, iniciamos este trabalho de reflexão começando por fazer uma leitura e releitura longitudinal das narrativas para que pudéssemos ter uma visão global das descrições. Seguidamente voltamos a ler e a reler cada narrativa, procurando organizar e ordenar os dados de forma a serem trabalhados, permitindo este processo a redução dos dados. De seguida elaborou-se uma lista de dados com todas as respostas inerentes a cada questão. Após a sua leitura procuramos descobrir e identificar os temas e subtemas que se reflectiam em cada questão.

O sistema de codificação passou pela escolha das categorias em cada questão, facilitando deste modo, uma arrumação sintética e significante do conteúdo dos discursos. Vala (1986: 110), afirma que “As categorias são os elementos chave do código do analista”. Na nossa investigação optamos por construir as categorias à posteriori. Uma vez construídas as categorias, passamos à identificação das subcategorias existentes, tendo-se procedido à identificação das unidades de registo que de acordo com Vala (1986: 114), “[...] é o segmento determinado de conteúdo que se caracteriza colocando-o numa determinada categoria”.

Na definição das categorias e subcategorias, sempre que sentimos necessidade de clarificar o sentido de determinada expressão, fizemos um retorno ao quadro teórico.

Para uma apresentação mais facilitada dos resultados obtidos, optou-se por elaborar dois quadros síntese, onde apresentamos as áreas temáticas, subtemas, categorias e respectivas subcategorias obtidas para cada pergunta da entrevista. Por fim, construíram-se tabelas síntese para cada uma das perguntas, inserindo as respostas nas respectivas categorias e subcategorias.

Na apresentação, interpretação e discussão dos resultados obtidos por ambos os instrumentos, pretendemos conjugar a informação objectiva e descritiva obtida através dos questionários com a informação aprofundada, mais interpretativa obtida através das entrevistas semi-estruturadas, complementando-se uma à outra.

CAPÍTULO II – RESULTADOS E DISCUSSÃO

1- APRESENTAÇÃO, INTERPRETAÇÃO E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

A opção de cuidar de uma pessoa dependente no domicílio é, por vezes, difícil de ser tomada, pois, em regra, implica um cuidador permanente vendo-se os

cuidadores/família obrigados a privarem-se das suas actividades sociais ou mesmo profissionais.

O conhecimento *in loco* da realidade do cuidador da pessoa idosa dependente privilegia no sentido de se poder conhecer quais as suas experiências ao cuidar do idoso dependente, bem como a sua percepção relativamente ao contributo dos enfermeiros na sua preparação para prestar cuidados.

A apresentação, interpretação e discussão dos resultados que se segue pretende responder às questões que estiveram na origem deste estudo, assim como aos objectivos e vai de encontro ao referencial teórico em que este se insere, e a estudos ou trabalhos que, de algum modo, se relacionam com as questões em discussão.

Durante a análise dos resultados tentar-se-á realçar os aspectos mais significativos, de modo a perceber de que forma os objectivos e as questões equacionadas foram atingidos.

A análise desenvolver-se-á em duas partes distintas. A primeira parte é referente à análise dos dados do questionário aplicado aos cuidadores principais (Anexo 1), sendo constituída pela caracterização sócio-demográfica e económica da pessoa idosa dependente, nível e grau de dependência da pessoa idosa dependente e caracterização sócio-demográfica dos cuidadores principais. A segunda parte é referente aos dados obtidos através da análise de conteúdo das entrevistas semi-estruturadas realizadas aos cuidadores principais (Anexo 2).

Da leitura e análise do “corpus” das entrevistas semi-estruturadas, emergiram vários temas, sub-temas, categorias e sub-categorias que serão desenvolvidas num texto narrativo, ao qual juntamos excertos das entrevistas e tabelas interpretativas, tendo em vista elucidar melhor a análise efectuada sobre o conteúdo das entrevistas.

PARTE I- APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS DO QUESTIONÁRIO

1.1- A pessoa idosa dependente no domicílio

A melhoria das condições sócio-económicas e a evolução da ciência médica entre outros factores, permitiram um aumento da longevidade e da sobrevida. Fernandes (1997), refere que Portugal, tal como os países industrializados, tem sofrido uma mudança no seu perfil demográfico, podendo constatar-se a existência de um desequilíbrio geracional com o aumento de pessoas idosas, ou seja, por um lado, assiste-se a um aumento significativo da esperança média de vida e, por outro lado, a uma redução da natalidade.

A par destas mudanças sócio-demográficas verifica-se, ao nível da saúde, uma tendência ascensional de doenças crónico-degenerativas que atingem as pessoas idosas, fazendo-as depender de terceiros para a satisfação das suas necessidades humanas básicas. Garcia (1994), refere que entre as causas que poderão dar origem a essa indesejável perda de autonomia está a doença incapacitante, que tem um peso muito importante por aquilo que representa para a pessoa, quer em termos pessoais, quer em termos sociais.

Vários autores verificaram nos seus estudos que as pessoas idosas dependentes sobrevivem com variados graus e níveis de dependência (Palma, 1999; Amaral e Vicente, 2001; Quental, Duarte, Andrade e Pereira, 2004; Franco e Costa, 2001; Gonçalves, 2003; Sousa, 1993 e Loureiro *et al*, 2007), e que essa dependência assume, normalmente, um carácter definitivo e permanente (Loureiro *et al*, 2007), constituindo um factor perturbador do quotidiano da pessoa idosa dependente e seu cuidador/família.

1.1.1- Caracterização sócio-demográfica e económica da pessoa idosa dependente

No nosso estudo num total de 15 pessoas idosas dependentes, 4 são do sexo masculino e 11 são do sexo feminino. A idade variou entre os 69 (ponto mínimo) e os 96 anos (ponto máximo), sendo a idade média de 83,6 anos.

Relativamente ao grupo etário das pessoas idosas dependentes, apurámos que a classe modal era o grupo etário dos 75 aos 84 anos do qual faziam parte 8 pessoas idosas que, de acordo com a classificação de Paúl (1997), e Franco e Costa (2001), se enquadram na categoria de “idoso-idoso”, sendo que neste mesmo grupo predominam as mulheres com a seguinte distribuição: 5 do sexo feminino e 3 do sexo masculino. Na categoria de “muito idosos”, encontramos 6 pessoas idosas, 5 do sexo feminino e 1 do sexo masculino e na categoria de “idosos jovens” encontramos apenas 1 pessoa idosa do sexo feminino (Quadro IV).

Quadro IV- Distribuição das pessoas idosas dependentes pelas categorias etárias e pelo sexo

Grupo etário	Sexo	Masculino	Feminino	Total
65-74			1	1
75-84		3	5	8
≥ 85		1	5	6
Total		4	11	15

Estes resultados vão de encontro à sobremortalidade masculina e à maior longevidade nas mulheres, por nós analisada durante o enquadramento teórico.

Fontaine (2000: 49), apela para a questão de “[...] as mulheres terem uma esperança de vida significativamente maior do que a dos homens (entre cinco a dez anos conforme os países)”. Fernandes (1997), acrescenta, ainda, que as mulheres morrem menos do que os homens em todos os grupos etários.

Em Portugal, e tendo como referência as taxas de mortalidade de 2000/2001, um homem pode em média esperar viver 73,5 anos e uma mulher 80,3 anos (INE, 2006).

Os nossos dados vêm igualmente corroborar vários estudos realizados por diversos autores junto da população idosa, que verificaram diferenças relativamente ao sexo, ocorrendo uma supremacia do sexo feminino (Rodríguez, Alvarez e Cortés, 2001; Amaral e Vicente, 2001; Franco e Costa, 2001; Loureiro *et al*, 2007), nomeadamente nas categorias “idosos-idosos” (Marote, Carmen, Leodoro e Pestana, 2005), e “muito idosos” (Sousa, 1993).

Quanto à caracterização das pessoas idosas dependentes pelas variáveis sócio-demográficas: situação conjugal, actividade profissional anterior, habilitações académicas e tipo de família, podemos concluir a partir do Quadro V que:

- as pessoas idosas casadas possuem o mesmo valor absoluto que as viúvas (7);
- a maioria das pessoas idosas (8) são analfabetas e cinco possuem o primeiro ciclo do ensino básico ou equivalente. As categorias: 2º e 3º ciclos do ensino básico ou equivalente, ensino secundário ou equivalente e ensino superior não apresentam qualquer registo;
- a maioria das pessoas idosas (8) dedicou a sua vida à agricultura, havendo ainda cinco cuja actividade profissional anterior foi doméstica;

- a maioria das pessoas idosas (8) vive numa família alargada e cinco vivem numa família nuclear. Os tipos de famílias reconstruída e unitária não apresentam qualquer registo.

Quadro V- Distribuição das pessoas idosas dependentes pelas variáveis sócio-demográficas: situação conjugal, habilitações académicas, actividade profissional anterior e tipo de família.

Situação conjugal	Casado/União de facto	7
	Divorciado/Separado	0
	Viúvo	7
	Solteiro	1
	Outra Situação	0
	Total	15
Habilitações académicas	Analfabeto	8
	Lê e escreve	2
	1º Ciclo do ensino básico ou equivalente	5
	2º Ciclo do ensino básico ou equivalente	0
	3º Ciclo do ensino básico ou equivalente	0
	Ensino secundário ou equivalente	0
	Ensino superior	0
	Total	15
Actividade profissional anterior	Agricultor	8
	Doméstica	5
	Empregada doméstica	1
	Capataz da floresta	1
		Total
Tipo de família	Alargada	8
	Monoparental	2
	Nuclear	5
	Reconstruída	0
	Unitária	0
	Outra	0
		Total

Relativamente à situação conjugal, os nossos resultados vão de encontro aos resultados encontrados por diversos autores nos seus estudos realizados com pessoas idosas, nos quais as situações de viúvos e casados eram igualmente as que apresentavam maior frequência de pessoas idosas, embora com algumas diferenças de percentagem entre si (Mendonça, Martinez e Rodrigues, 2000; Amaral e Vicente, 2001; Franco e Costa, 2001; Gonçalves, 2003; Sousa, 1993 e Loureiro *et al*, 2007).

No que respeita às habilitações académicas, a maioria das pessoas idosas do nosso estudo à semelhança de outros estudos (Amaral e Vicente, 2001; Franco e Costa, 2001 e Loureiro *et al*, 2007) eram analfabetas e, outras, em número inferior, sabiam ler e escrever ou tinham o primeiro ciclo do ensino básico ou equivalente.

Quanto à actividade profissional anterior da pessoa idosa dependente, aceitamos todos os registos mencionados pelos cuidadores, sendo a agricultura e o trabalho doméstico os mais frequentemente referidos. Sendo a maioria das pessoas idosas do sexo feminino, os nossos resultados poderão ser justificados com as funções tradicionalmente atribuídas às mulheres, em que estas se dedicavam aos trabalhos domésticos, educação dos filhos e cultivo dos campos, enquanto o homem na procura de um nível de vida melhor para a sua família emigrava.

Outra justificação poderá estar relacionada com o local de residência da maioria das pessoas idosas (12) ser de características rurais, sendo que nesta região a produção económica é essencialmente agrícola.

Também Amaral e Vicente (2001), no seu estudo com pessoas idosas dependentes verificaram que a maioria (78%) exerceu durante a vida activa, ocupações ligadas ao sector primário. Verificaram igualmente diferenças estatísticas quanto aos sexos, 83,8% das mulheres dedicaram-se ao sector primário, contrapondo-se aos 67,6% dos elementos do sexo masculino (*ibid.*).

Os nossos resultados vão ainda de encontro aos obtidos por Loureiro *et al* (2007), no seu estudo com uma população de grandes idosos, em que a maioria pertencia ao sexo feminino, residia em meio rural, e tinha desempenhado predominantemente as profissões de trabalhador rural (43,9%) e doméstica (22,4%) durante a vida activa.

Em contrapartida, Sousa (1993), no seu estudo com pessoas idosas dependentes nas freguesias de Lordelo, Matosinhos e Leça da Palmeira verificou que a maioria (86,5%) tinha desenvolvido profissionalmente actividades ligadas ao sector terciário. Apenas uma idosa tinha sido agricultora e quatro trabalhado em fábricas (*ibid.*).

Quanto ao tipo de família, as pessoas idosas do nosso estudo encontram-se inseridas maioritariamente em famílias alargadas e, algumas, em menor número, em famílias nucleares.

As pessoas idosas do nosso estudo, à semelhança das pessoas idosas de outros estudos (Imaginário, 2004 e Sousa, 1993), mantêm-se em famílias cujas vivências e relações são predominantemente intergeracionais. No nosso caso, esta realidade poderá estar relacionada com o número elevado de pessoas idosas em situação de viuvez e a necessitarem da prestação de cuidados de outrém para a satisfação das suas necessidades humanas básicas.

Quanto às famílias nucleares, em que cinco pessoas idosas se encontram inseridas, estas são maioritariamente (4) constituídas pela própria pessoa idosa e pelo cônjuge, também ele já idoso e, apenas uma família nuclear é constituída pelo casal de idosos e por um filho.

De acordo com o INE (2007)⁵⁰, em 2006, a maioria das pessoas idosas (62,8%) vivia com o cônjuge (com ou sem filhos e outros), 20,7% viviam sós e 16,5% viviam sem cônjuge (com ou sem filhos e outros). Em relação ao tipo de agregado familiar, verificou-se ainda que a maior proporção de pessoas idosas, naquele ano, vivia só com o cônjuge (44,2%) ou sozinha (20,7%) (*ibid.*). Concluíram, ainda, relativamente ao período de 1998-2006, que existia uma tendência de ligeiro aumento da proporção das pessoas idosas que viviam com o cônjuge e de decréscimo dos que viviam sem o cônjuge (*ibid.*).

Na caracterização da pessoa idosa dependente, a avaliação dos recursos financeiros é também importante, na medida em que interfere com a sua capacidade funcional. A este respeito, Domínguez-Alcón (1998), refere que na velhice existe um maior risco para a dependência económica, em que a capacidade económica das pessoas é fortemente influenciada pelas pensões da segurança social e da viuvez. Devido há exiguidade das reformas, as pessoas idosas vivem numa situação de grande limitação, com dificuldades em pagar os medicamentos, consultas particulares, meios de diagnóstico e outros gastos, sem pensar noutras coisas que elas gostariam de ter (*ibid.*).

Neste sentido, procuramos saber junto do cuidador qual a fonte principal de rendimentos das pessoas idosas dependentes. Os resultados obtidos encontram-se no Gráfico nº 1 e revelam que a fonte principal de rendimentos das pessoas idosas é a reforma por velhice ou limite de idade, em que oito pessoas idosas auferem essa reforma. Ainda seis pessoas idosas possuem uma reforma por invalidez e duas encontram-se com pensão de sobrevivência.

Destacam-se, ainda, a partir do Gráfico nº 1, oito pessoas idosas que para além de possuírem uma reforma, possuem o complemento por dependência⁵¹.

⁵⁰

Disponível

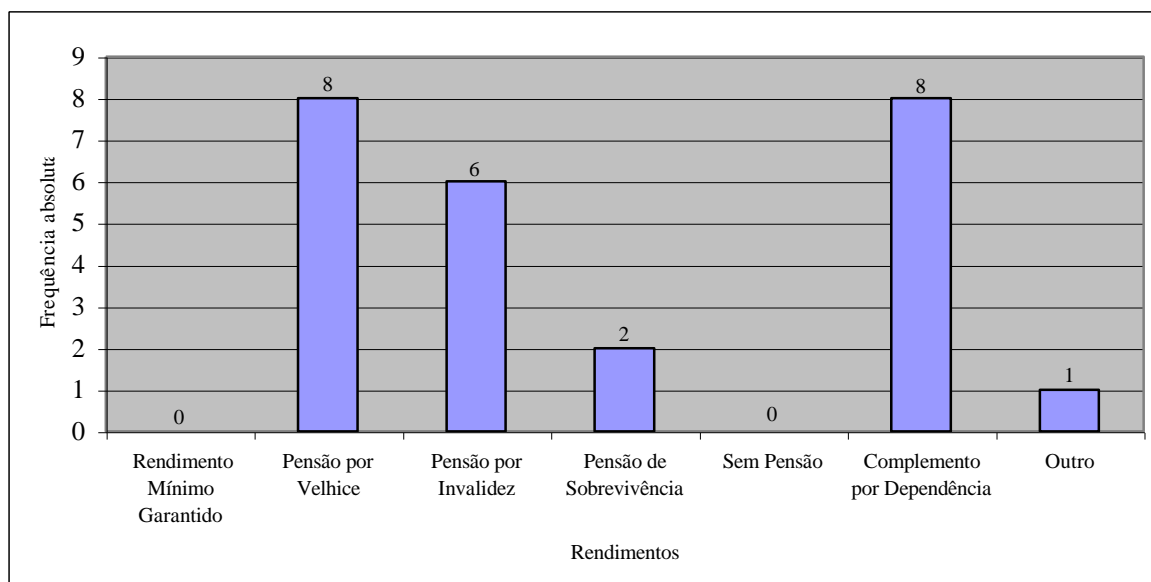
em

[http://www.google.pt/search?hl=ptPT&q=DIA+INTERNACIONAL+DO+IDOSO&btng=Pesquisa+do+Google&meta=\(4/11/2008](http://www.google.pt/search?hl=ptPT&q=DIA+INTERNACIONAL+DO+IDOSO&btng=Pesquisa+do+Google&meta=(4/11/2008)

⁵¹ O complemento por dependência consiste num apoio económico mensal adicional atribuído a pensionistas de invalidez, velhice ou sobrevivência dependentes de terceiros para o exercício das actividades de vida diária, sendo considerados dois graus de dependência: primeiro grau- indivíduos que não possam praticar com autonomia actos indispensáveis à satisfação das necessidades básicas de vida quotidiana; segundo grau- indivíduos que além de se encontrarem na situação anterior estejam acamados ou apresentem quadros de demência grave (Ministério do Trabalho e da Solidariedade, 1999).

Sendo que todas as pessoas idosas do nosso estudo são dependentes e a maioria delas, como já vimos, encontra-se reformada, impõe-se a questão: Porque é que nem todas usufruem do complemento por dependência?

Gráfico nº 1- Fonte de rendimentos principal das pessoas idosas dependentes



Os resultados do nosso estudo vão de encontro aos obtidos por Amaral e Vicente (2001), e Sousa (1993), nos seus estudos com pessoas idosas dependentes, já que em ambos os estudos o principal recurso económico da maioria das pessoas idosas era a reforma (75,8% e 61,6% das pessoas idosas, respectivamente).

Apesar de não determinarmos com precisão o nível económico das pessoas idosas, não é difícil concluirmos que a situação é pouco favorável atendendo aos valores baixos das reformas.

Conforme consta no artigo 25 da *Carta dos Direitos Fundamentais da União Europeia*⁵², todas as pessoas idosas têm direito a uma existência condigna e independente e à sua participação na vida social e cultural. Para isso, necessitam de serviços de apoio para a sua vida quotidiana, que o Estado, segundo postulam as recomendações internacionais, deverá assegurar.

A este respeito Pimentel diz-nos que

[...] com o objectivo de melhorar as condições de vida das pessoas idosas, especialmente daquelas cujas redes de solidariedade primária são inexistentes ou ineficientes, surgiu um

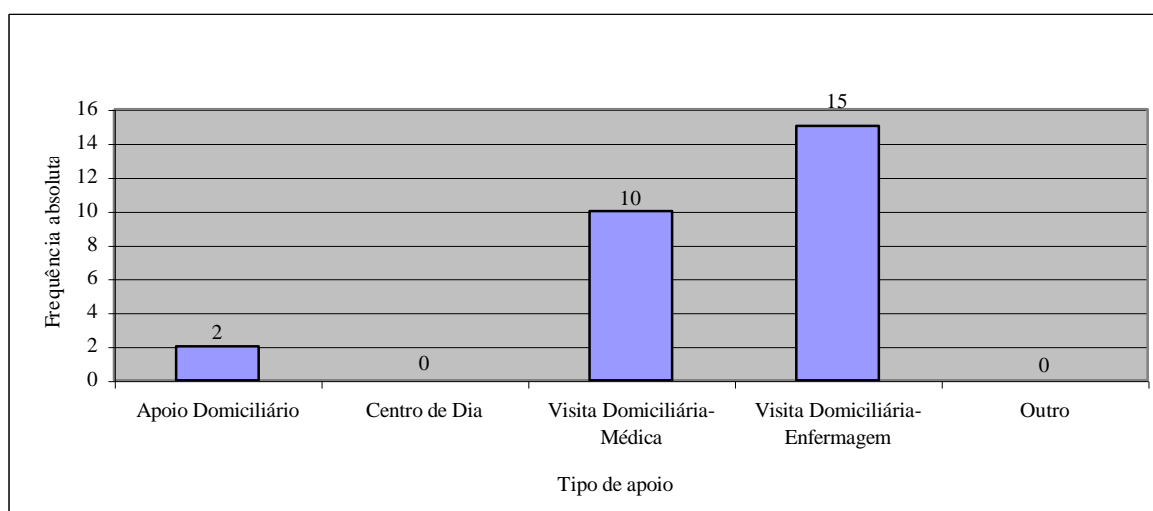
⁵² Disponível em <http://www.eurlex.europa.eu/pt/treaties/dat/32007x1214/htm/C2007303PT.01000101.htm>.

conjunto de serviços e equipamentos diversificados, de modo a abranger diferentes necessidades e diferentes níveis de carência (Pimentel, 2001: 65).

Para as pessoas idosas, concretamente, foram implementadas estruturas de apoio: lares de idosos, centros de dia, centros de convívio e serviços de apoio domiciliário sobretudo a cargo das IPSS.

Neste sentido, procuramos saber junto do cuidador quais os tipos de apoios a que a pessoa idosa costuma ter acesso. Os resultados obtidos revelam que a visita domiciliária de enfermagem é o tipo de apoio que mais pessoas idosas usufruem (15), seguida de visita domiciliária médica, com dez referências, ambas provenientes do Centro de Saúde e, finalmente, o apoio domiciliário é recebido por duas pessoas idosas. Verificamos ainda que as categorias Centro de Dia e Outro não apresentam qualquer registo (Gráfico nº 2).

Gráfico nº 2 - Tipos de apoios de que dispõem as pessoas idosas dependentes



Também Rodríguez, Alvarez e Cortés (2001), num estudo sobre necessidades e ajudas dos cuidadores informais de pessoas idosas dependentes, concluíram que, a maioria dos cuidadores (84,4%) recebia ajuda do sistema de saúde e de entre estes, quase a totalidade (93,5%) recebia ajuda do centro de atenção primária. Em relação aos profissionais dos quais dizem receber ajuda, 38,7% dos cuidadores acredita que a enfermeira é o único profissional de âmbito institucional que os ajuda e 58,8% percebe que a ajuda provém da equipa de atenção primária na sua globalidade (médico, enfermeira, assistente social) (*ibid.*). Esta ajuda recebida era percebida como sendo dirigida essencialmente à pessoa idosa dependente (*ibid.*).

Relativamente ao número reduzido de pessoas idosas que usufruem de apoio domiciliário ou do Centro de Dia, este poderá dever-se à falta de conhecimento destes serviços por parte dos cuidadores ou há eficácia das redes de solidariedade primárias que envolvem a pessoa idosa e que conseguem dar resposta às suas necessidades, não precisando os seus cuidadores de recorrer a este tipo de serviços formais. Estas questões irão ser objecto duma discussão mais detalhada aquando da análise dos serviços e tipos de apoios formais de que dispõem as pessoas idosas dependentes e os cuidadores principais para lhe prestar cuidados, no sub-capítulo 1.2.5.

1.1.2- Nível e grau de dependência da pessoa idosa dependente

A perda de função é nas pessoas idosas a principal manifestação de doença, quer esta tenha origem no aparelho locomotor (fracturas), quer em doenças sistémicas (demências ou insuficiência cardíaca) (Lage, 2005a). Esta perda de função detecta-se pela perda de autonomia e pela aparição de dependência, que progressivamente vão limitando o bem-estar e a qualidade de vida das pessoas idosas (*ibid.*).

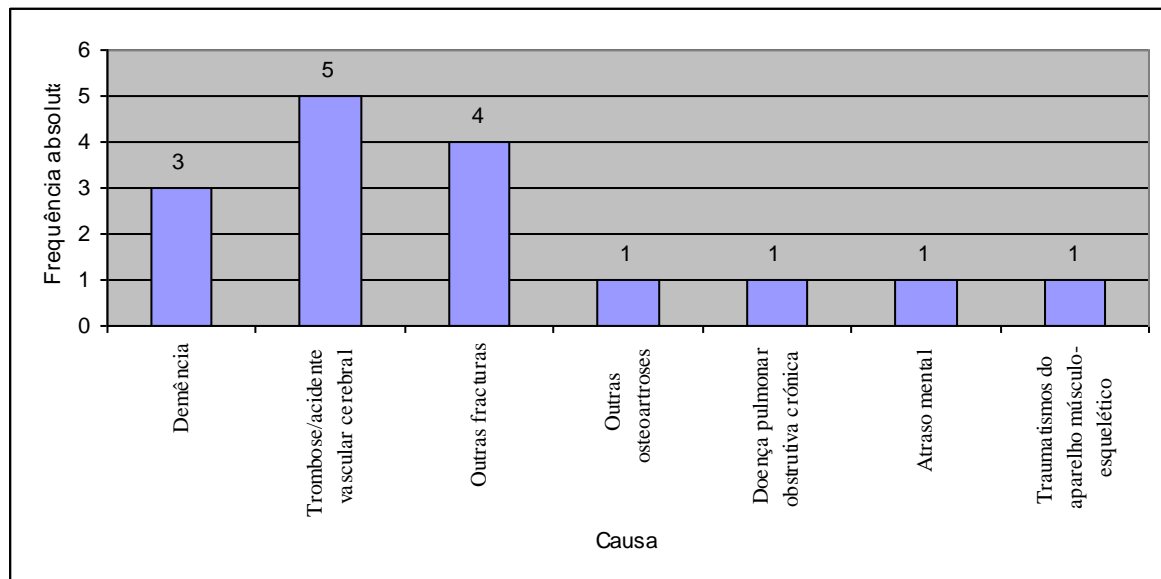
Também a este respeito, Berger e Mailloux-Poirier (1995), referem que as pessoas idosas se debatem, muitas vezes, com diversos problemas de saúde crónicos, que os limitam na vida quotidiana.

Neste sentido, procuramos saber junto do cuidador qual a causa da dependência da pessoa idosa. A informação que os cuidadores nos forneceram foi analisada segundo a Classificação Internacional de Cuidados Primários- ICPC-2⁵³.

A trombose/acidente vascular cerebral foi a doença responsável por cinco das situações de dependência, seguida por outras fracturas (4) e pelas demências (em que o tipo de demência encontrado foi Alzheimer e era comum a três idosos) (Gráfico nº 3). Ao agruparmos a informação segundo os capítulos da Classificação Internacional de Cuidados Primários- ICPC-2, verificamos que as doenças do aparelho músculo-esquelético foram a principal causa de dependência das pessoas idosas (6), seguidas pelas doenças do aparelho circulatório (5) e do foro psicológico (4). As doenças do aparelho respiratório foram responsáveis por apenas uma situação de dependência.

Gráfico nº 3- Causas da dependência nas pessoas idosas segundo a Classificação Internacional de Cuidados Primários- ICPC-2

⁵³ Disponível em <http://www.telessaudebrasil.org/oc/ICPC-2-Portugues.pdf>.



Os nossos resultados vão de encontro às principais causas de restrição de actividade nas pessoas idosas apontadas por Berger e Mailloux-Poirier (1995). São elas: as doenças do aparelho osteo-articular, as doenças do aparelho circulatório, as perturbações da visão e da audição e as doenças mentais, que constituem a quarta causa e têm uma amplitude cada vez maior (*ibid.*). As mesmas autoras referem, ainda, que a percentagem dos indivíduos atingidos pela doença de Alzheimer, situa-se entre os 5 e os 10% nas pessoas com mais de 65 anos, atingindo os 40% depois dos 85 anos (*ibid.*).

De entre os resultados obtidos, destacamos as fracturas e o AVC como as principais causas de dependência das pessoas idosas. Na realidade, para além das alterações normais, o processo de senescência arrasta problemas particulares, como as fracturas causadas pelas quedas acidentais e que se relacionam com o enfraquecimento dos ossos e músculos (*ibid.*).

O AVC, por sua vez, é uma patologia com graves repercussões a nível funcional, psíquico e sócio-económico do indivíduo. Fernandes, Pereira, Ferreira, Machado e Martins (2002), referem que a maioria dos doentes vítimas de AVC sobrevivem com variadíssimos graus de incapacidade e morbilidade, constituindo um factor perturbador do quotidiano do doente e sua família.

Em suma, o aumento da prevalência das doenças crónicas com elevada incapacidade é uma realidade (Gonçalves, 2003). Neste sentido, actividades como a mobilização, a higiene, a alimentação equilibrada, o levante e a comunicação ficam

seriamente comprometidas (*ibid.*), impedindo a pessoa idosa de participar na vida comum, levando-a muitas vezes, à marginalização social.

Avaliação funcional- Actividades de vida diária (AVD)

A dependência, como já analisamos no nosso enquadramento teórico, é um fenómeno complexo, habitualmente definido como um estado da pessoa que conduz a ter necessidade de ajuda para satisfazer as actividades essenciais de vida diária. Como vimos a partir dos resultados anteriores esta dependência poderá dever-se às doenças crónicas. Além disso, o próprio processo natural de envelhecimento diminui a capacidade funcional de cada sistema do nosso organismo (Paschoal, 2007). É o que se denomina envelhecimento funcional (*ibid.*). No entanto, o grupo das pessoas idosas é heterogéneo e diverso, possuindo diferentes graus de dependência (Dominguéz- Alcón, 1998).

Na avaliação das AVD das pessoas idosas, apuramos que oito apresentavam dependência total, uma dependência grave, quatro dependência moderada e duas dependência leve (Quadro VI).

Quadro VI- Grau de dependência nas AVD por grupo etário e sexo

Grupo etário	65-74		75-84		≥85		Total	
	Masculino	Feminino	Masculino	Feminino	Masculino	Feminino	Masculino	Feminino
Grau de dependência								
Dependência Total			2	3		3	2	6
Dependência Grave					1		1	
Dependência Moderada		1		1		2		4
Dependência Leve			1	1			1	1
Total		1	3	5	1	5	4	11

Através da leitura do quadro podemos ainda constatar que as mulheres possuem um grau de dependência mais elevado do que os homens. No que concerne à dependência total, há uma supremacia no sexo feminino com um valor de seis, ao passo que no sexo masculino temos duas pessoas idosas. Esta verificação acomete as mulheres com idade igual ou superior aos 75 anos. Relativamente à dependência leve os valores são iguais para ambos os sexos, existindo, uma pessoa idosa em cada um deles. À semelhança do que acontece noutros estudos (Mendonça *et al*, 2000 e Marote *et al*, 2005), as pessoas idosas do nosso estudo possuem um elevado grau de dependência, sendo oito as que se encontram totalmente dependentes.

Facilmente se constata a partir do Quadro VI que as pessoas idosas do nosso estudo não constituem um grupo homogéneo, já que o grau de dependência é tanto maior quanto mais elevado for o grupo etário e os elementos do sexo feminino são mais dependentes do que os elementos do sexo masculino.

A constatação de que os grupos etários mais velhos são proporcionalmente mais dependentes que os mais jovens e que a dependência predomina no sexo feminino foi igualmente verificada noutros estudos realizados a pessoas idosas dependentes (Imaginário, 2004 e Amaral e Vicente, 2001).

Também Paschoal (2007), invocando estudos realizados no Canadá e no Brasil refere esta realidade. No Canadá, um estudo do perfil da população de 75 e mais anos, mostrou que essa população tinha uma incidência aumentada de problemas relacionados com a saúde e com o desempenho das actividades de vida diária (caminhar, subir escadas, cortar as unhas dos dedos dos pés, ler jornais e revistas, participar de conversações, arrumar a casa, preparar refeições e, até mesmo, necessitar de ajuda para o autocuidado), quando comparada com os grupos etários mais jovens (60-64 anos e 65-74 anos) (*ibid.*).

Em relação ao estudo realizado no Brasil por Ramos, em 1987, este revelou que a proporção de pessoas que necessitavam de ajuda parcial ou total para desempenhar as actividades de vida diária era maior nos grupos etários mais velhos (Ramos, 1987 citado por Paschoal, 2007).

Passamos a apresentar os resultados por item da Escala de Barthel, por nós utilizada para avaliar a capacidade funcional básica da pessoa idosa dependente para realizar as AVD (Quadro VII).

Quadro VII- Grau de dependência em cada actividade de vida diária por grupo etário e sexo

Grupo etário	65-74		75-84		≥85		Total	
	Masculino	Feminino	Masculino	Feminino	Masculino	Feminino	Masculino	Feminino
Sexo								
Grau de dependência								
AVD Alimentação								
Independente				1				1
Ajuda		1	1	1	1	3	2	5
Dependente			2	3		2	2	5
Total		1	3	5	1	5	4	11
AVD Banho								
Independente								
Dependente		1	3	5	1	5	4	11
Total		1	3	5	1	5	4	11
AVD Vestir e Despir								
Independente								
Ajuda								
Dependente		1	3	3	1	4	4	8
Total		1	3	5	1	5	4	11
AVD Higiene Pessoal								
Independente								
Dependente		1	2	4	1	5	3	10
Total		1	3	5	1	5	4	11
AVD Defecar								
Independente		1	1	1		1	1	3
Incontinência ocasional								
Incontinente								
Total		1	3	5	1	5	4	11

Grupo etário	65-74		75-84		≥85		Total	
	Sexo							
Grau de dependência	Masculino	Feminino	Masculino	Feminino	Masculino	Feminino	Masculino	Feminino
AVD Urinar								
Independente			1	1			1	1
Incontinência ocasional		1		1	1	2	1	4
Incontinente			2	3		3	2	6
Total		1	3	5	1	5	4	11
AVD Uso da Retrete								
Independente			1				1	
Ajuda		1		2		2		5
Dependente			2	3	1	3	3	6
Total		1	3	5	1	5	4	11
AVD Transferência								
Cadeira/Cama								
Independente			1	1			1	1
Ajuda Mínima		1		1		2		4
Grande Ajuda					1	1	1	1
Dependente			2	3		2	2	5
Total		1	3	5	1	5	4	11
AVD Deambulação								
Independente			1				1	
Ajuda		1		1	1	2	1	4
Dependente			2	4		3	2	7
Total		1	3	5	1	5	4	11
AVD Subir e Descer Escadas								
Independente								
Ajuda		1	1	1	1	1	2	3
Dependente			2	4		4	2	8
Total		1	3	5	1	5	4	11

Através da leitura do quadro verificamos os seguintes resultados nas actividades de vida diária:

- *Alimentação*- existe um número igual de pessoas idosas do sexo feminino que se encontram dependentes e que necessitam de ajuda (5 em cada grau de dependência). A dependência ocorre mais no sexo feminino do que no sexo masculino, verificando-se sobretudo a partir dos 75 ou mais anos. O

maior grau de dependência do sexo feminino em relação ao sexo masculino, na alimentação, foi igualmente verificado por Imaginário (2004), no seu estudo com pessoas idosas dependentes em contexto domiciliário. Ao contrário, outros autores ao avaliar a capacidade funcional das pessoas idosas nesta actividade de vida diária verificaram que apenas uma minoria delas necessitavam de ajuda (Sousa e Figueiredo, 2002 e Amaral e Vicente, 2001), e que, embora com ligeira diferença, as pessoas idosas do sexo masculino eram mais independentes para esta actividade de vida diária (Amaral e Vicente, 2001);

- *Banho*- todos as pessoas idosas apresentam dependência para a mesma, o que vai de encontro aos resultados obtidos por Imaginário (2004). Também Gonçalves (2003), ao estudar o grau de autonomia de um grupo de pessoas idosas com idade superior aos 85 anos, verificou que 44% necessitavam de ajuda total nos cuidados de higiene. Ao contrário, Franco e Costa (2001), ao estudarem os níveis de dependência dum grupo de pessoas idosas com idade igual ou superior a 65 anos, verificaram que a maioria (84,7%) lavavam-se sozinhos, não precisando de ajuda;
- *Vestir e Despir*- verifica-se que doze pessoas idosas são dependentes, mas destas, oito são do sexo feminino, constatando-se uma supremacia da dependência no sexo feminino e nos grupos etários mais elevados. Estes resultados são semelhantes aos observados por Imaginário (2004), e diferentes dos observados por Sousa e Figueiredo (2002), e Gonçalves (2003), que verificaram ser apenas uma minoria, as pessoas idosas que precisavam de ajuda nesta actividade de vida diária;
- *Higiene pessoal*- também nesta actividade existem mais mulheres dependentes do que homens, dez do sexo feminino e 3 do sexo masculino. Estes resultados estão de acordo com os obtidos por Imaginário (2004), que verificou que as mulheres idosas eram mais dependentes na sua higiene pessoal em relação aos homens. No entanto os nossos resultados diferem dos obtidos por Franco e Costa (2001), que concluíram que a maioria das pessoas idosas (87,1%) efectuavam sozinhas a sua toilette;
- *Defecar*- o sexo feminino apresenta um maior numero de pessoas idosas incontinentes (6). Também nesta actividade de vida diária os nossos

resultados vão de encontro aos obtidos por Imaginário (2004), que conclui igualmente serem as pessoas idosas do sexo feminino as que apresentavam maior dependência para esta actividade de vida diária. No entanto, Sousa e Figueiredo (2002), e Amaral e Vicente (2001), verificaram nos seus estudos que a maior percentagem de pessoas idosas era autónoma para esta actividade de vida diária, não necessitando de ajuda. Amaral e Vicente (2001), verificaram ainda, que as pessoas idosas do sexo masculino eram ligeiramente mais independentes que as do sexo feminino;

- *Urinar*- das 15 pessoas idosas dependentes, oito são incontinentes e cinco possuem incontinência ocasional. Destas, dez são do sexo feminino e três são do sexo masculino. A supremacia da dependência no sexo feminino e nos grupos etários superiores para esta actividade de vida diária foi igualmente encontrada por Imaginário (2004). Outros autores chegaram a resultados diferentes dos nossos, em que a maior percentagem das pessoas idosas estudadas eram autónomas na actividade “urinar” (Sousa e Figueiredo, 2002; Amaral e Vicente, 2001 e Gonçalves, 2003), verificando ainda que as pessoas idosas do sexo masculino eram ligeiramente mais independentes que as do sexo feminino. Pela leitura do quadro podemos ainda verificar que há semelhança de outros estudos (Sousa e Figueiredo, 2002), ainda que com frequências diferentes, as pessoas idosas no geral necessitam duma maior prestação de cuidados no que se refere à incontinência urinária, em relação à incontinência fecal;
- *Uso da retrete*- verificamos que há uma maior ocorrência da dependência no sexo feminino (6 casos), seguida de cinco pessoas idosas, também do sexo feminino, que necessitam de ajuda para realizar esta actividade. Imaginário (2004), verificou igualmente um predomínio da dependência no sexo feminino, em relação a esta actividade. Ao contrário, Sousa e Figueiredo (2002), verificaram no seu estudo que 92,2% das pessoas idosas não necessitavam de ajuda para “utilizar a sanita”;
- *Transferência cadeira/cama*- observamos que é no sexo feminino que há mais pessoas idosas dependentes (5 casos) e a necessitar de ajuda mínima (4 casos). Imaginário (2004), no seu estudo com pessoas idosas dependentes chegou a resultados ligeiramente diferentes dos nossos, tendo concluído que

as pessoas idosas do sexo feminino para além de serem mais dependentes nesta actividade, eram igualmente as mais necessitadas de grande ajuda para a realizarem, enquanto que as pessoas idosas que necessitavam apenas de ajuda mínima eram predominantemente do sexo masculino. Sousa e Figueiredo (2002), e Gonçalves (2003), também nesta actividade chegaram a resultados diferentes dos nossos, tendo concluído que a maioria das pessoas idosas (94,1% e 53% respectivamente) não necessitava de ajuda para realizar esta actividade;

- *Deambulação*- de acordo com os dados apresentados, há mais mulheres dependentes (sete pessoas idosas são do sexo feminino e duas do sexo masculino), e a necessitar de ajuda para deambular (quatro pessoas idosas são do sexo feminino e uma é do sexo masculino). Também nesta actividade Imaginário (2004), concluiu haver mais mulheres dependentes do que homens, enquanto que outros autores concluíram nos seus estudos com pessoas idosas, que estas eram maioritariamente independentes para esta actividade de vida diária (Sousa e Figueiredo, 2002; Amaral e Vicente, 2001 e Franco e Costa, 2001);
- *Subir e descer escadas*- verificamos que se manteve a tendência de maior dependência nas mulheres (8 casos), observando-se sobretudo nas mulheres pertencentes aos grupos etários mais elevados (a partir dos 75 anos). Destacamos ainda que nesta actividade nenhuma pessoa idosa é independente, o que associado ao facto da maioria delas serem também dependentes para a actividade “deambular”, leva-nos a concluir que estas possuem o seu espaço de vida limitado ao espaço doméstico, o que resulta no maior isolamento social das mesmas. Também Imaginário (2004), observou a mesma tendência em relação ao sexo e à idade para esta actividade de vida diária, concluindo que as mulheres mais idosas eram mais dependentes. Por sua vez, Sousa e Figueiredo (2002), chegaram a resultados diferentes, tendo observado que a maioria das pessoas idosas (80,4%) do seu estudo não necessitavam de ajuda para “subir e descer escadas”.

No que concerne à avaliação geral das AVD inscritas no Quadro VII, podemos concluir que as mulheres apresentam maior dependência para cada uma das actividades e

que essa dependência está presente nos grupos etários mais elevados (75-84 anos e ≥ 85 anos).

Actividades instrumentais de vida diária (AIVD)

No que concerne às AIVD, das quinze pessoas idosas dependentes, doze delas são dependentes para todas as actividades (capacidade para usar o telefone; compras; preparação de refeições; tarefas domésticas; lavagem da roupa; uso de meios de transporte; responsabilidade em relação à sua medicação e lidar com assuntos económicos) e três delas são independentes (Quadro VIII). Destes, duas são independentes para atender o telefone e uma é independente para duas actividades, sendo elas capacidade para utilizar o telefone e responsabilidade em relação à sua medicação (Quadro VIII).

Quadro VIII- Grau de dependência nas AIVD por grupo etário e sexo

Grupo etário	65-74		75-84		≥ 85		Total	
	Masculino	Feminino	Masculino	Feminino	Masculino	Feminino	Masculino	Feminino
Independente								
Para atender o telefone				1		1		2
Responsabilidade em relação à sua medicação			1				1	
Para utilizar o telefone								
Dependente		1	2	4	1	4	3	9
Total		1	3	5	1	5	4	11

À semelhança dos resultados encontrados por Imaginário (2004), também no nosso estudo a dependência para as AIVD recai mais nas pessoas idosas do sexo feminino, que apresentaram nove casos. Destas idosas com dependência, a maioria (8) pertencia aos grupos etários dos 75-84 anos e ≥ 85 anos, cada um com 4 casos e apenas uma idosa pertencia ao grupo etário dos 65-74 anos.

Outros autores ao estudarem a capacidade funcional das pessoas idosas para o desempenho das AIVD chegaram a resultados diferentes dos nossos, nomeadamente para actividades: tarefas domésticas, preparação de refeições, compras, em que a maioria das

peçoas idosas estudadas era independente (Sousa e Figueiredo, 2002 e Franco e Costa, 2001). Para além destas actividades verificaram ainda que a maioria das peçoas idosas não necessitava de ajuda para administrar o próprio dinheiro, usar o telefone, tomar os medicamentos (Sousa e Figueiredo, 2002), lavar a roupa e usar meios de transporte (Franco e Costa, 2001).

Avaliação Cognitiva

Nem só o aspecto físico é importante, também o aspecto cognitivo tem uma relevância fundamental para a participação da peçoas idosa na sociedade (Loureiro *et al*, 2007). À queixa de esquecimento, perda de memória, associa-se muitas vezes o isolamento, o afastamento da peçoas idosa do seu meio familiar e social, levando rapidamente ao desinteresse por si mesmo, à depressão e à deterioração mental (*ibid.*).

O desempenho psíquico (no qual se inclui o funcionamento cognitivo) apesar de ser muitas vezes negligenciado, é fundamental para uma vida saudável pelo carácter transversal que possui, na influência do nível de desempenho nas restantes actividades (Quental *et al*, 2004).

Neste sentido, procuramos avaliar junto das peçoas idosas a sua função cognitiva. Os resultados obtidos revelam que das quinze peçoas idosas, nove apresentam deterioração intelectual grave e uma possui função intelectual intacta (Quadro IX). Destacamos ainda que a única peçoas idosa com função intelectual intacta pertence ao sexo masculino (Quadro IX).

Quadro IX- Grau de dependência na função cognitiva por grupo etário e sexo

Grupo etário	65-74		75-84		≥85		Total	
	Masculino	Feminino	Masculino	Feminino	Masculino	Feminino	Masculino	Feminino
Função intelectual intacta			1				1	
Deterioração intelectual baixa								
Deterioração intelectual moderada		1	1	1	1	1	2	3
Deterioração intelectual grave			1	4		4	1	8
Total		1	3	5	1	5	4	11

Os nossos resultados vão de encontro aos obtidos por Imaginário (2004), na medida em que é no grupo das mulheres que se observa o maior número de casos com deterioração intelectual grave, ocorrendo sobretudo nos grupos etários mais elevados.

Dado que a instrução contribui para a manutenção do funcionamento intelectual (Loureiro *et al*, 2007), podemos sugerir que a gravidade da deterioração intelectual das pessoas idosas do nosso estudo poderá estar relacionada, entre outros factores (idade, situação clínica, etc), com o facto da maioria (10) não possuírem escolaridade.

Da avaliação final das pessoas idosas do nosso estudo, verificamos que as do sexo feminino apresentavam maior dependência que as do sexo masculino, sendo esta observada nas categorias “idosos-idosos” e “muito-idosos”.

Duma forma geral, a sua autonomia é baixa, não só pelo seu alto grau de dependência física e cognitiva, como também pelas suas limitações económicas e escassez de apoios sociais. A este respeito Veríssimo (2004), refere que em relação à dependência física ou psicológica é fundamental coordenar respostas em torno dos cuidados a prestar, profissionais ou não. Numa situação de dependência social é importante organizar, uma rede de serviços de apoio e no caso da dependência económica, torna-se necessária a atribuição de um subsídio/ajuda económica, de modo a aumentar os seus rendimentos (*ibid.*).

1.2- O cuidador principal da pessoa idosa dependente

Apesar da evolução da sociedade contemporânea ter vindo a interferir com os modelos relacionais da família⁵⁴, esta continua a desempenhar uma importante função no restabelecimento e manutenção da saúde e no bem-estar dos seus membros, assim como na prevenção de complicações e problemas dos que apresentam alguma dependência.

Quando um membro de uma família adoece ou sofre de alguma incapacidade, a família apoia-o através da adjudicação de um cuidador principal. O cuidador principal, como já definimos no enquadramento teórico, é aquela pessoa sobre a qual recai a responsabilidade pela prestação da maioria dos cuidados ligados às funções de manutenção e continuidade de vida da pessoa idosa dependente, e que, não é remunerada pelo que faz, nem possui formação específica.

“Cuidar de idosos não é distinto de outras situações de cuidados familiares, sendo frequentemente a continuação de uma relação anterior de cuidados [...]” (Lage, 2005b: 206), logo, os cuidadores possuem um sentimento generalizado de que a tarefa de cuidar do doente dependente é um dever familiar (Almeida *et al*, 2005). Também demonstram de forma implícita a valorização do companheirismo familiar, ou seja, de respeito pela vontade do doente em ser cuidado em casa (*ibid.*), o que na opinião de Imaginário (2004: 183): “[...] não é de estranhar, dado que aí as pessoas têm o carinho daqueles que os acompanharam durante toda a sua vida e estão rodeados dos objectos significativos”.

Contudo, os cuidadores principais (que na sua maioria são mulheres como já vimos no enquadramento teórico) não cuidam apenas por questões ideológicas, como sentimentos de obrigação, mas também por questões espirituais, uma vez que o seu trabalho é desvalorizado e mal remunerado (Lage, 2007). O resultado destas crenças é, muitas vezes, a enorme sobrecarga das mulheres, em virtude da sobreposição das múltiplas exigências do trabalho e da família, a desvalorização das actividades de cuidar e a falta de políticas de suporte ao cuidador informal (Cancian e Oliner, 2000 citados por Lage, 2007).

⁵⁴ A diminuição dos elementos nos agregados familiares, o aumento das famílias nucleares, o acréscimo do número de famílias monoparentais ou reconstruídas são alterações que se associam actualmente a uma instabilidade familiar (justificada pela desinstitucionalização dos laços entre os seus elementos) e a uma fragilidade na solidariedade inter-geracional e que poderão, no futuro, modificar o papel da família na prestação de cuidados aos seus familiares idosos.

Os serviços de apoio das áreas social e de saúde (nos quais se enquadram os cuidados de enfermagem) disponíveis na comunidade para apoiar as pessoas idosas, têm um papel fundamental no alívio da sobrecarga do cuidador, devendo actuar através duma equipa interprofissional devidamente preparada para prestar cuidados com vista a colmatar as necessidades/dificuldades encontradas pelo cuidador na sua tarefa de cuidar. Esta equipa, por sua vez, deverá considerar o cuidador/família como fazendo parte da equipa. A este respeito, Roger e Bonet referem que a decisão da pessoa dependente ser cuidada no domicílio ou numa instituição dependerá do tipo de cuidados que necessite e da existência de uma pessoa para cuidar dela (Roger e Bonet, 2000). Acrescentam ainda que a equipa deve avaliar se essa pessoa possui as condições necessárias para cuidar da pessoa dependente, que dependem do seu estado de saúde e dos recursos de que dispõe para prestar cuidados (conhecimentos, habilidades, atitudes e meios materiais) (*ibid.*).

1.2.1- Caracterização sócio-demográfica dos cuidadores principais

Quadro X- Caracterização sócio-demográfica dos cuidadores principais

Grupo etário	≥40 <50	6
	≥50 <60	2
	≥60 <70	0
	≥70 <80	3
	≥80 <90	3
	Total	14
Sexo	Masculino	3
	Feminino	11
	Total	14
Situação conjugal	Casado/União de facto	12
	Viúvo	1
	Solteiro	1
	Total	14

Habilitações académicas	Analfabeto	1
	Lê e escreve	3
	1º Ciclo do Ensino Básico ou equivalente	6
	2º Ciclo do Ensino Básico ou equivalente	4
	3º Ciclo do ensino básico ou equivalente	0
	Ensino secundário ou equivalente	0
	Ensino superior	0
Total		14
Situação profissional	Empregado- Ajudante de lar a tempo inteiro	1
	Aposentado/Reformado	5
	Doméstica	7
	Agricultor	1
	Total	14
Relação com a pessoa idosa dependente	Familiar:	
	Filha	5
	Nora	3
	Esposa	2
	Marido	3
	Irmã	1
Total		14
Distância entre a residência do cuidador e a pessoa idosa dependente	Coabitação:	
	- Porque a pessoa idosa se mudou para a residência do cuidador	5
	- Porque já viviam juntos	8
	Vivem na mesma terra ou vila	1
Total		14

Pela leitura do quadro, verificou-se que a idade de seis cuidadores principais se encontra no grupo etário entre os 40 e os 50 anos, sendo ainda de salientar que a partir dos 70 anos se verifica o mesmo número de cuidadores (6). A idade dos cuidadores principais variou entre a idade mínima de 40 anos e a máxima de 84 anos (encontrando-se ainda dois cuidadores com esta idade), sendo a idade média de 63,4 anos.

Quanto ao sexo, dos catorze cuidadores principais entrevistados, a maioria (11) são do sexo feminino e, apenas três são do sexo masculino.

Os nossos resultados revelam que os cuidadores são predominantemente mulheres de meia-idade ou já idosas, sendo consentâneos com os resultados obtidos por diversos

autores nos seus estudos com cuidadores informais (Sotto Mayor, Sequeira e Paúl, 2006; Martín, Paúl e Roncon, 2000; Rodríguez *et al*, 2001; Rebelo, 1996; Palma, 1999; Marote *et al*, 2005 e Cerqueira, 2005).

A literatura gerontológica revela que na grande maioria dos países ocidentais quem presta as tarefas relacionadas com os cuidados familiares é geralmente a mulher, uma vez que cuidar é secularmente uma atribuição feminina. Paúl (1997), expressa que este facto poderá ser explicado através das normas sociais que reforçam a ideia de que a prestação de cuidados é uma responsabilidade das mulheres.

Os nossos resultados são também elucidativos do contributo que a pessoa idosa pode dar na prestação de cuidados informais, já que seis cuidadores são, também eles, pessoas idosas, o que pode ser explicado pela maior longevidade das mulheres e pelas mudanças na estrutura e tamanho das famílias.

No que respeita à situação conjugal, doze dos cuidadores são casados, um é viúvo e outro é solteiro. Estes resultados estão de acordo com os obtidos noutros estudos do mesmo tipo (Martín *et al*, 2000; Costa e Silva, 2000; Andrade e Rodrigues, 1999; Mendonça *et al*, 2000; Marote *et al*, 2005 e Cerqueira, 2005).

Quanto às habilitações académicas, verificamos que seis cuidadores possuem o 1º ciclo do ensino básico ou equivalente, quatro possuem o 2º ciclo do ensino básico ou equivalente, três sabem ler e escrever e um é analfabeto. As categorias: 3º ciclo do ensino básico ou equivalente, ensino secundário ou equivalente e ensino superior não apresentam qualquer registo.

A baixa escolaridade dos nossos cuidadores vai de encontro à encontrada noutros estudos da área em que os cuidadores possuem predominantemente uma escolaridade igual ou inferior ao 1º ciclo do ensino básico (Sotto Mayor *et al*, 2006; Mendonça *et al*, 2000; Marote *et al*, 2005; Rodríguez *et al*, 2001 e Almeida *et al*, 2005).

Relativamente à situação profissional, sete dos cuidadores principais são domésticas, cinco já se encontram reformados, um é agricultor e outra é ajudante de lar, encontrando-se a trabalhar a tempo inteiro.

Os nossos cuidadores à semelhança do que acontece noutros estudos da área têm profissões ligadas ao sector primário (Marote *et al*, 2005; Rodríguez *et al*, 2001 e Almeida *et al*, 2005) ou são reformados (Palma, 1999), o que privilegia a concepção tradicional de cuidar do doente dependente em contexto familiar. A este respeito, Fernandes (1997: 168),

acrescenta ainda que “[...] grande parte das mulheres não desempenha actividade profissional fora de casa, facto que lhes permite disponibilidade no apoio à família.”

No que concerne à relação com a pessoa idosa dependente, verificamos que todos os cuidadores são familiares da pessoa idosa dependente, sendo que cinco cuidadores são filhas, cinco são cônjuges (duas esposas e três maridos), três são noras e uma é irmã. Esta ordem foi igualmente encontrada por Martín, Paúl e Roncon (2000), no seu estudo com cuidadores de pessoas idosas funcionalmente dependentes, em que a percentagem de cuidadores eram filhos/as da pessoa cuidada (50,8%), seguindo-se os esposos/as ou companheiros/as (18,0%), os genros ou noras (14,8%) e os irmãos/as (9,4%), ficando os restantes tipos de parentesco familiar com menor percentagem.

A partir da análise da distância entre a residência do cuidador e a pessoa idosa dependente, verificamos que treze cuidadores familiares coabitam com a pessoa idosa, porque esta se mudou para a sua residência ou porque já viviam juntos e continuaram a viver. Apenas um cuidador não coabita com a pessoa idosa, vivendo na mesma vila.

A partir destes resultados podemos concluir que o principal agente de cuidados à pessoa idosa dependente é a família e, dentro desta, a filha ou o cônjuge a coabitar com a pessoa idosa, tal como foi verificado nos resultados doutros estudos relacionados com a área (Marote *et al*, 2005; Rodríguez *et al*, 2001; Rebelo, 1996; Mendonça *et al*, 2000; Palma, 1999). É de realçar que, muitas vezes, a coabitação surge da necessária mudança de residência, não só da pessoa idosa como também por parte do cuidador (Marote *et al*, 2005), em função da exigência da natureza do cuidado.

A elevada proporção de filhas cuidadoras pode ser explicada pelas características sócio-demográficas das pessoas idosas dependentes em termos de sexo e estado civil. Assim, as pessoas idosas dependentes mostram uma disposição para serem mulheres (11) e um estado civil de viuvez (7). Uma das explicações para esta tendência de pais dependentes serem assistidos por filhos do mesmo sexo, reside na preferência das mães pelas filhas, porque têm uma história de relações mais intensa e íntima (Lee, Dwyer e Coward, 1993 citados por Martín, 2005).

Os nossos resultados vão ainda de encontro a outros estudos da área (Almeida *et al*, 2005), na medida em que entre os cuidadores do sexo masculino, predominam os maridos que cuidam do cônjuge (no nosso estudo todos os homens são maridos). Na realidade, em situações de ausência de uma rede de suporte descendente, tradicionalmente constituída por filhas ou noras (Paúl, 1997), a prestação de cuidados recai sobre os maridos idosos que

se têm assumido como a principal fonte de apoio informal em muitas situações (Ribeiro, 2005).

O facto de todos os cuidadores do sexo masculino serem os maridos deve-se a que quando são os filhos a tomar conta dos pais, é sobre as noras (que no nosso estudo são três) que recai essa prestação. A este respeito, vários autores referem que quando os filhos assumem cuidar dos pais, muito do trabalho é na realidade prestado pelas noras (Paúl, 1997; Rebelo, 1996 e Monis, Lopes, Carvalhas e Machado, 2005).

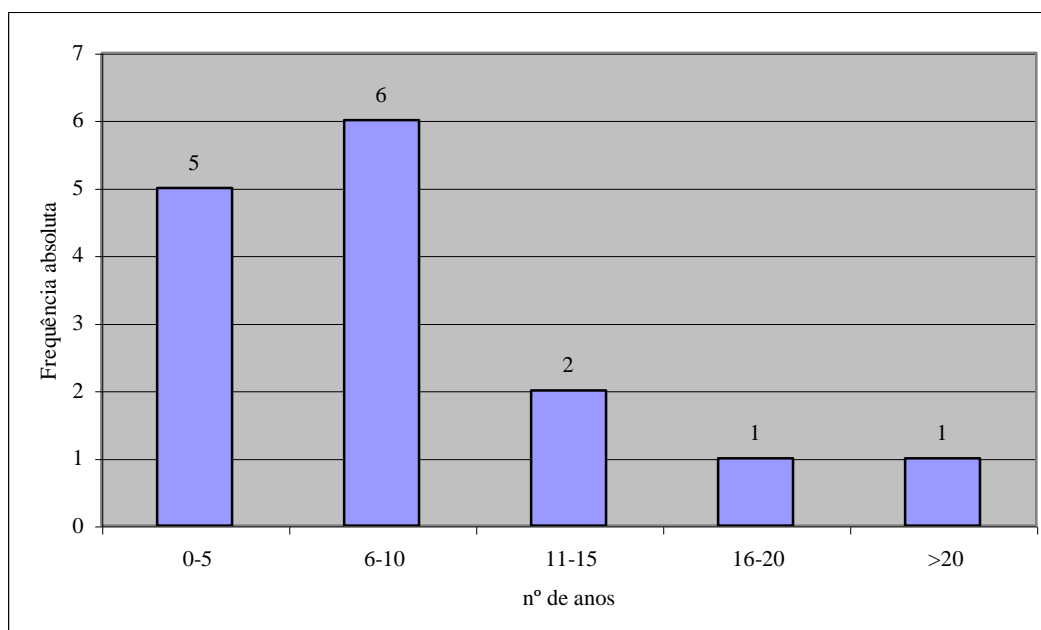
A baixa proporção de irmãs cuidadoras, que no nosso caso é apenas uma, está de acordo com o defendido por alguns autores quando referem que apesar da maior parte das pessoas idosas encarar os irmãos como potenciais cuidadores, apenas uma pequena percentagem recebe de facto ajuda deles (Cicirelli, Coward e Dwyer, 1992 citados por Paúl, 1997). Os mesmos autores concluíram, ainda, no seu estudo com pessoas idosas que a ajuda dos irmãos era dada quando estes tinham problemas funcionais e não tinham disponível o apoio de um cônjuge ou filhos, verificando que as idosas dependentes recebiam mais ajuda das irmãs do que os homens e que a ligação era mais forte às irmãs (*ibid.*).

Esta realidade é igualmente verificada no nosso estudo, já que a idosa que é cuidada pela irmã, é a única solteira, e na entrevista com a cuidadora foi-nos dito que ela não tinha filhos e que ambas usufruíam de uma relação íntima e de coabitação à cerca de trinta anos e, que apesar de ter mais irmãos (alguns do sexo masculino) a idosa dependente ficou ao seu encargo.

Do atrás exposto podemos concluir que o perfil dos nossos cuidadores vai de encontro ao perfil habitual encontrado pelos autores referidos. É uma filha adulta e, em alguns casos é a esposa também ela idosa, a coabitar com a pessoa idosa dependente, com um nível de instrução baixo, economicamente desfavorecida, sem profissão ou reformada.

No que se refere ao tempo de prestação de cuidados, apresentamos os resultados no gráfico nº 4.

Gráfico nº 4 - Distribuição dos cuidadores principais pelo número de anos de prestação de cuidados



Através da leitura do gráfico, observamos que em seis cuidadores, a situação de prestação de cuidados se prolonga no intervalo de tempo de 6 a 10 anos, seguindo-se o número de casos (5) com uma duração da prestação de cuidados entre 0 e 5 anos e, os restantes, dois têm um tempo de duração entre 11 e 15 anos e um caso tem um tempo de duração de 16 a 20 anos e ≥ 20 anos. O tempo de prestação de cuidados variou entre os 2 anos (ponto mínimo) e os 30 anos (ponto máximo), sendo a média de prestação de cuidados os 8,4 anos. A elevada longevidade na prestação de cuidados poderá dever-se ao facto da prestação de cuidados ter começado antes do aparecimento da dependência. Assim, a relação de cuidado estabelecida é, como esclarece Lage (2005b), a continuação de uma relação anterior de prestação de cuidados⁵⁵.

Outros autores constataram também que a longevidade do desempenho da actividade de cuidador variava entre períodos inferior a um ano e superior a dez anos (Mendonça *et al*, 2000 e Marote *et al*, 2005) e que a média de anos a cuidar eram igualmente os 8 anos (Rodríguez *et al*, 2001).

⁵⁵ A relação anterior de prestação de cuidados foi uma das subcategorias que emergiu da análise de conteúdo feita à primeira pergunta da entrevista realizada aos cuidadores e que pretendia saber como é que estes tomaram a decisão de cuidar da pessoa idosa, tendo sido por nós considerada como um dos factores que influenciaram a aquisição do papel de cuidador (cf. p. 164 do sub-capítulo 1.2.2).

PARTE II- APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS DADOS DA ENTREVISTA

Após a transcrição das entrevistas iniciámos o processo de reflexão, que se desenvolveu através dum conjunto de passos. Começámos por realizar uma pré-análise, através de leituras “flutuantes” que nos possibilitou o início da análise e a esquematização de ideias gerais. Posteriormente, foi realizada a exploração sistemática do material recolhido, compreendendo, as intervenções de codificação dos dados, a selecção das unidades de registo e a categorização.

O processo de categorização foi feito gradualmente uma vez que, as categorias se foram refinando e dando lugar à definição das categorias e subcategorias, segundo as quais se procedeu à organização da informação contida nos discursos dos entrevistados. Da leitura e análise do “corpus” das entrevistas, emergiram vários temas, sub-temas, categorias e subcategorias.

Por questões didácticas, necessárias a uma melhor compreensão dos dados apresentaremos os temas, sub-temas, categorias e subcategorias que emergiram em cada pergunta, nos quadros XI (indicado na página 161) e XII (indicado na página 236), com uma ordem diferente da apresentação das perguntas na entrevista, sendo essa ordem convenientemente referida no início de cada quadro e no início de cada tema.

Quadro XI- Temas, sub-temas, categorias e subcategorias identificadas a partir da análise de conteúdo das respostas às perguntas 1, 2, 3, 5 e 7 da entrevista

Tema	Sub-tema	Categoria	Subcategoria
Pergunta 1- Tomada de decisão para a aquisição do papel de cuidador		- Factores que influenciaram a aquisição do papel de cuidador	- Ausência de outra solução
			- Cumprimento duma promessa familiar
			- Consenso familiar
			- Agravamento do estado de saúde da pessoa idosa/necessidade de cuidados
			- Sexo
			- Estado civil
			- Situação profissional
			- Relação de parentesco
			- Proximidade/coabitação
			- Relação anterior de prestação de cuidados
	- Respeito pela vontade da pessoa idosa		
		- Significado atribuído pelo cuidador ao papel que desempenha	- Princípios religiosos
			- Obrigação moral
			- Acto de reciprocidade/dever cumprido
- Modelo a seguir para os filhos			
Pergunta 2- Cuidados prestados pelo cuidador principal à pessoa idosa dependente	- Tipo de cuidados prestados pelos cuidadores à pessoa idosa dependente	- Cuidados instrumentais	- Cuidados físicos - Cuidados técnicos - Gestão dos medicamentos - Acompanhamento às consultas médicas - Cuidados de vigilância
		- Cuidadores protectores	
		- Cuidados preventivos	
		- Cuidados expressivos	- Cuidados sociais - Cuidados afectivos
	- Cuidados que são mais valorizados pelo cuidador na prestação de cuidados	- Cuidados instrumentais	- Cuidados físicos - Cuidados técnicos - Cuidados de vigilância
		- Cuidados preventivos	
		- Cuidados protectores	
		- Cuidados expressivos	- Cuidados sociais - Cuidados afectivos
		- Todos os cuidados prestados à pessoa idosa dependente	

Tema	Sub-tema	Categoria	Subcategoria
Pergunta 2- Cuidados prestados pelo cuidador principal à pessoa idosa dependente	- Situação de envolvimento da pessoa idosa dependente na prestação de cuidados pelo cuidador	- Estímulo à autonomia	- Mobilização/atividade física - Eliminação - Medicação - Comunicação - Higiene/vestir - Alimentação/hidratação
		- Manutenção da dependência	- Higiene - Mobilização/atividade física
		- Estímulo à dependência	- Mobilização/atividade física
Pergunta 3- Repercussões que advêm para os cuidadores principais da tarefa de cuidar da pessoa idosa dependente	- Repercussões negativas	- Físicas	- Agravamento dos problemas de saúde física - Perturbação do repouso/sono - Fadiga
		- Psicológicas	- Depressão - Stress - Sentimentos de ambivalência
		- Sócio-económicas	- Comprometimento da vida social e/ou familiar - Renúncia do emprego e/ou perda de oportunidade de ter emprego - Aumento da despesa económica
	- Factores de sobrecarga dos cuidadores principais	- Ter mais do que uma pessoa dependente a cargo	
		- Aumento da quantidade/intensidade do cuidado	
		- Grau de dependência da pessoa idosa	
		- Falta de conhecimento da evolução do estado de saúde da pessoa idosa e/ou das técnicas cuidativas	
		- Falta de colaboração da pessoa idosa na prestação de cuidados	
		- Isolamento social	
		- Recursos económicos insuficientes	
		- Conflito familiar	
		- Falta de outrem	
		- Idade do cuidador	
	- Dificuldade em aceitar o papel de cuidador		
	- Factores de alívio dos cuidadores principais	- Relação de maior proximidade anterior ao aparecimento da dependência	
		- Ter tempo para outro tipo de tarefas	
		- Actos recreativos	
- Partilha de sentimentos			
- Ajuda de outrem			
- Conhecimento da evolução do estado de saúde da pessoa idosa e/ou das técnicas cuidativas			
- Disponibilidade de recursos económicos			
- Manutenção do emprego			
- Reconhecimento social			

Tema	Sub-tema	Categoria	Subcategoria
Pergunta 3- Repercussões que advêm para os cuidadores principais da tarefa de cuidar da pessoa idosa dependente	- Benefícios	- Psicológicos	- Tranquilidade pela pessoa idosa estar bem cuidada - Satisfação pessoal - Sentimento de realização pessoal - Desenvolvimento de competências e habilidades para cuidar/aprender com a experiência
		- Sócio-afectivos	- Oportunidade de ser um modelo a seguir para os filhos - Reforço dos laços afectivos a nível familiar - Ter a companhia da pessoa idosa
Pergunta 5- Necessidades dos cuidadores principais	- Dificuldades	- Dificuldades na prestação de cuidados	- Físicos - Técnicos - Expressivos
		- Dificuldades emocionais	
		- Apoio sócio-económico insuficiente	- Ajudas técnicas e/ou apoio económico dos serviços sociais - Remuneração pelo trabalho
		- Apoio insuficiente para cuidar da pessoa idosa no domicílio	- Ajuda de outrém - Médico - Enfermagem
	- Necessidades	- Necessidades de informação/formação	- Conhecimentos específicos das patologias da pessoa idosa - Cuidados de eliminação - Cuidados de higiene - Cuidados de mobilização/actividade física - Execução de pensos - Formas de relacionamento/comunicação com a pessoa idosa
		- Necessidades pessoais	- Descansar e/ou lazer - Ter saúde para cuidar
		- Necessidades ao nível das condições habitacionais	- Espaço e/ou segurança
	- Apoios informais	- Familiares	- Apoio instrumental à pessoa idosa - Apoio sócio-afectivo ao cuidador e/ou à pessoa idosa - Apoio económico - Doação e/ou empréstimo de ajudas técnicas - Tarefas domésticas e/ou tarefas externas
		- Amigos e/ou vizinhos	- Apoio instrumental à pessoa idosa - Apoio sócio-afectivo ao cuidador e/ou à pessoa idosa - Empréstimo de ajudas técnicas - Tarefas domésticas

Tema	Sub-tema	Categoria	Subcategoria
Pergunta 5- Necessidades dos cuidadores principais	- Serviços e tipos de apoios formais	- Serviços sociais	- Apoio instrumental à pessoa idosa dependente - Apoio económico - Apoio emocional ao cuidador - Formação para prestar cuidados - Fornecimento de ajudas técnicas - Tarefas domésticas e fornecimento das refeições
		- Serviços de saúde	- Cuidados médicos - Cuidados de enfermagem
Pergunta 7 - Percepção do cuidador acerca do domicílio como lugar de preferência para cuidar da pessoa idosa dependente		- Sim	- Prestação de melhores cuidados - Afecto - Respeito pela vontade da pessoa idosa em ser cuidada em casa - Manutenção da pessoa idosa no seu habitat - A pessoa idosa encontra-se inserida no seio da família - A pessoa idosa sente-se mais feliz em casa - Facilita o processo de reabilitação da pessoa idosa - O hospital não tem interesse em reter este tipo de doentes
		- Não	- O hospital dispõe de melhores condições

1.2.2- Tomada de decisão para a aquisição do papel de cuidador

Lenninger (1985 citada por Andrade e Rodrigues, 1999), alega que existe uma diversidade de padrões, valores ou símbolos que envolvem o cuidado, representações presentes na esfera cultural que determinam as acções e decisões relacionadas com o cuidado.

Após apreciação das narrativas, no que respeita ao processo de tomada de decisão para a aquisição do papel de cuidador, emergiram duas categorias no âmbito dos *fatores que influenciaram a aquisição do papel de cuidador e do significado atribuído pelo cuidador ao papel que desempenha*.

Relativamente à categoria *Fatores que influenciaram a aquisição do papel de cuidador*, os relatos dos cuidadores centram-se em torno de onze subcategorias: *Ausência de outra solução, Cumprimento duma promessa familiar, Consenso familiar, Agravamento do estado de saúde da pessoa idosa/necessidade de cuidados, Sexo, Estado civil, Situação profissional, Relação de parentesco, Proximidade/coabitação, Relação anterior de prestação de cuidados e Respeito pela vontade da pessoa idosa* (Tabela nº 1).

Tabela nº 1- Factores que influenciaram a aquisição do papel de cuidador

Factores que influenciaram a aquisição do papel de cuidador											
Cuidadores	Ausência de outra solução	Cumprimento duma promessa familiar	Consenso familiar	Agravamento do estado de saúde da pessoa idosa/Necessidade de cuidados	Sexo	Estado Civil	Situação profissional	Relação de parentesco	Proximidade/coabitação	Relação anterior de prestação de cuidados	Respeito pela vontade da pessoa idosa
C 1	x			x				x		x	x
C 2	x				x		x				
C 3	x			x				x	x	x	
C 4		x	x	x				x	x	x	x
C 5	x			x	x			x			x
C 6	x			x				x		x	
C 7	x			x				x	x		
C 8				x	x	x	x	x	x	x	
C 9	x			x				x	x	x	x
C 10	x			x				x	x	x	x
C 11	x		x	x				x			
C 12				x				x			
C 13	x			x				x		x	x
C 14	x			x				x		x	x

Dos catorze cuidadores, onze deles, referem a *Ausência de outra solução* como um dos factores responsáveis pela aquisição do papel de cuidador.

“Acabei por ficar eu porque mais ninguém se chegou [...]” (C11).

“[...] sou filha única [...] não tenho mais ninguém [...]” (C14).

Os nossos resultados vão de encontro aos resultados de outros autores nos seus estudos com cuidadores de pessoas idosas dependentes (Imaginário, 2004 e Marote *et al*, 2005), em que estes referiam que a pessoa idosa não tinha mais ninguém, revelando a indisponibilidade dos restantes elementos familiares.

Dos catorze cuidadores, um deles referiu que o *Cumprimento duma promessa familiar* e o *Consenso familiar* terão pesado na sua decisão de se tornar cuidador.

“[...] à minha falecida mãe [...] eu disse [...] Deus nosso senhor há-de-me dar posses para eu olhar por ela, eu prometo que olho por ela [...]” (C4).

“Fiquei eu com ela porque concordaram os meus irmãos [...]” (C4).

Outro cuidador ainda, refere apenas o *Consenso familiar*.

«Acabei por ficar eu porque aquela história: “Ah, você sabe, você está habituada! Você lida com eles [...] num lar de idosos [...]”» (C 11).

De acordo com Monis *et al* (2005), a unidade familiar evoca um sentimento de pertença e os seus valores passam de geração em geração. O valor de cuidar dos seus, é universal em todas as culturas, e o seu significado tem uma influência directa na prática, nos costumes e naquilo em que se acredita.

Domínguez-Alcón (1998), acrescenta ainda que o enfrentamento dos cuidados leva a situações complexas nas relações familiares, a respeito da forma de fazer face à situação e quem deve assumir mais directamente os cuidados. Observam-se processos de negociação e um membro, habitualmente uma mulher é designada pelos outros para exercer o cargo de cuidadora, às vezes de forma explícita, outras de forma implícita (*ibid.*).

A subcategoria *Agravamento do estado de saúde da pessoa idosa/necessidade de cuidados* foi invocada pela quase totalidade dos cuidadores (13).

“[...] precisou sempre da minha ajuda [...]. Agora precisa o dobro [...] Tudo derivado à doença dele [...]” (C 3).

“Ela ficou doente [...] caía, esquecida de tudo, não sabia onde estava e, pronto, tive de ficar em casa para tomar conta dela” (C7).

Pavarini e Neri (2000), referem que durante o envelhecimento ocorre uma tendência para a acumulação dos efeitos das pressões exercidas pelas doenças, que podem levar à perda de autonomia, tanto a nível biológico como psicossocial fazendo com que algumas pessoas idosas necessitem da assistência de terceiros para satisfazer as necessidades humanas básicas.

O *sexo* foi referido por três cuidadores como tendo influenciado o seu processo de tomada de decisão para cuidar da pessoa idosa dependente.

“O que é um homem vai fazer? Vai fazer a higiene à mãe? Não! Não podia!” (C 2).

“[...] são quatro filhos, um deles ainda solteiro e é emigrante e os três que são casados, uma das noras trabalha e a outra não quis tomar conta e eu não ia pô-la na rua [...]” (C 5).

Para além de termos verificado aquando da caracterização dos cuidadores principais que todos eles são do sexo feminino e que, quando os filhos assumiam cuidar dos pais, a maior parte do trabalho era na realidade prestado pelas noras, observamos também a partir

destas expressões que o sexo é, de facto, um factor decisivo na hora de escolher quem irá prestar o maior apoio à pessoa idosa dependente.

A suposição prevalecente na sociedade é a de que cuidar é um domínio feminino logo, a variável sexo também influencia a selecção do cuidador principal (Lage, 2005b). Esta suposição foi herdada através dos tempos, pois desde as suas origens, que o cuidado se tem praticado no âmbito doméstico, porque o autocuidado é uma actividade íntima e quotidiana e o âmbito doméstico tem estado tradicionalmente dedicado à mulher, à história da divisão sexual do trabalho, sendo que as mulheres desenvolvem atitudes e habilidades necessárias para a realização dos cuidados (Del Rey e Alvear, 1995). Isto significa que as mulheres aceitam esta perspectiva tal como os homens o fazem (Lage, 2007).

Efectivamente, é a mulher o principal pilar de apoio das pessoas idosas dependentes e pesquisa recente mantém a validade do seu dever moral, marital ou filial que segundo Pimentel (2001), se deve ao fraco envolvimento dos homens nas tarefas de apoio aos mais dependentes.

Dos catorze cuidadores, um deles invocou também o *Estado civil* e a *Situação profissional* como factores influenciadores para a aquisição do papel de cuidador, sendo a *Situação profissional* ainda invocada por outro cuidador.

“[...] era que estava solteira [...] são oito raparigas e dois rapazes [...] só que estavam todos casados” (C 8).

“[...] não tinha trabalho, vá ... As outras estavam empregadas e eu é que tinha de ficar com ela” (C 8).

“[...] estava em casa, tinha que cuidar dela [...]” (C 2).

Neste contexto, destacam-se os estudos de Wolf e colaboradores (1997 citados por Martín, 2005), já anteriormente referidos no nosso enquadramento teórico, que defendem que as decisões individuais de cada um dos filhos relativamente ao cuidado dos pais dependentes são tomadas dentro do contexto da família alargada (exemplo: noras, cunhados, netos, etc) sendo avaliadas por um lado, as necessidades e recursos das pessoas idosas e, por outro, a disponibilidade de cada um dos filhos para fornecer os cuidados. A investigação revelou que os filhos empregados e com descendência estavam menos disponíveis, fornecendo menos quantidade de cuidado informal (*ibid.*).

Também vários autores defendem que o estado civil de solteira e a falta duma profissão são duas características presentes no perfil do cuidador (Lage, 2005b; Martín, 2005; Brito, 2002 e Paúl, 1997).

A subcategoria *Relação de parentesco* foi invocada por treze dos catorze cuidadores, o que não deixa dúvidas quanto ao sentimento generalizado de obrigação familiar igualmente encontrado noutros estudos (Imaginário, 2004 e Rebelo, 1996).

“Porque sou filha e sei que é meu pai, estou a olhar por uma pessoa que é do meu sangue!” (C 3).

“É minha mãe! Faço tudo o que eu puder [...]” (C 13).

“[...] é o meu marido, eu tinha que tomar a decisão!” (C 10).

“[...] até gosto de tomar conta dela, porque ela é a minha irmã [...]” (C 4).

Podemos ainda verificar a partir das expressões supra-citadas que as significações dos cuidadores para cuidar variam conforme o grau de parentesco. Assim, corroborando INSERSO (1995 citado por Martín, 2005), podemos concluir que os cônjuges ou filhos justificam o cuidado prestado com questões de dever e de natureza amorosa e sentimental, enquanto que os irmãos, já não invocam o dever, mas sim as questões de natureza solidária ou familiar.

A *Proximidade/coabitação* também influencia a aquisição do papel de cuidador, sendo referida por seis cuidadores.

“Fiquei eu com ela [...] por eu ser a que estava aqui na terra [...]” (C 4).

“Alguém tinha que cuidar dela e eu estava aqui [...] a viver com ela” (C 8).

Como já vimos na caracterização do cuidador, vários foram os autores que concluíram nos seus estudos, que o cuidador coabitava com o familiar cuidado. A este respeito, Litwak (1985 citado por Martín, 2005), já referenciado no nosso enquadramento teórico, refere que os grupos primários (família, vizinhos e amigos) são os que possuem características estruturais (contactos cara-a-cara, continuidade na relação, a afectividade, as relações não instrumentais e de papéis difusos), que facilitam a resposta de ajuda a pessoas que dela necessitam.

Quanto à subcategoria *Relação anterior de prestação de cuidados* foi referida por nove cuidadores.

“[...] ela era a minha mulher e era minha amiga [...] eu acarinhei-a sempre!”
(C 9).

“[...] toda a vida olhei por eles, só que assim dependentes, já é diferente” (C 14).

A este respeito, Lage (2005b), refere que cuidar de idosos não é distinto de outras situações de cuidados familiares, sendo frequentemente a continuação de uma relação anterior de cuidados, suporte e assistência.

O *Respeito pela vontade da pessoa idosa* foi referido por sete cuidadores.

“Ela também não queria [...] mais ninguém [...]” (C 9).

“[...] eles passaram a vida a ligar-me para eu vir tomar conta deles [...]” (C 14).

O respeito pela preferência do familiar idoso em relação a si também mobilizou o cuidador a assumir o cuidado.

De acordo com Roger e Bonet (2000), o poder passar os processos vitais no local habitual de residência e rodeado de pessoas que lhe são familiares é o desejo da maior parte da população, inclusive daquelas pessoas que por razão de saúde ou idade possuem falta de autonomia.

Relativamente à categoria *Significado atribuído pelo cuidador ao papel que desempenha*, os relatos dos cuidadores centram-se em torno de cinco subcategorias: *Princípios religiosos*, *Obrigação moral*, *Acto de reciprocidade/dever cumprido*, *Modelo a seguir para os filhos* e *Resignação* (Tabela nº 2).

Tabela nº 2- Significado atribuído pelo cuidador ao papel que desempenha

Cuidadores	Significado atribuído pelo cuidador ao papel que desempenha				
	Princípios religiosos	Obrigação moral	Acto de reciprocidade/ dever cumprido	Modelo a seguir para os filhos	Resignação
C 1		x			
C 2		x		x	x
C 3		x	x		x
C 4					
C 5			x		
C 6					
C 7	x	x			
C 8	x				
C 9		x			x
C 10					x
C 11					x
C 12		x	x		x
C 13		x	x		x
C 14		x			x

A subcategoria *Princípios religiosos* foi invocada por dois cuidadores.

“A vantagem é [...] que Deus me dê lá assim um lugarzinho no céu [...]” (C 7).

“Todos temos que ter uma cruz! Se Deus me mandou, se a minha cruz é esta, tenho que olhar por ela!” (C 8).

Estes cuidadores à semelhança de outros noutros estudos (Andrade e Rodrigues, 1999), invocam doutrinas religiosas, esperando o agradecimento de Deus por serem cumpridores dos seus mandamentos, no momento em que ajudam a pessoa idosa.

A subcategoria *Obrigação moral* foi referida por oito dos catorze cuidadores, o que deixa transparecer o sentimento generalizado de obrigação pessoal para cuidar da pessoa idosa dependente.

“[...] sou filha única [...] Eu é que tenho obrigação de olhar por eles!” (C 14).

“[...] eu vi que ela não podia e eu obriguei-me! Por minha consciência disse não, eu não te deixo morrer aí à sorte [...]” (C 9).

“[...] não me entrava na minha cabeça eu ter que cuidar de uma sogra! A gente cuida pela obrigação, mas que me afectou a minha cabeça, afectou muito!” (C 2).

À semelhança dos resultados de outros estudos (Veríssimo e Moreira, 2004; Cerqueira, 2005; Moreira, 2001; INSERSO, 1995 e Wilson, 1992 citados por Lage, 2005b; Rodríguez *et al*, 2001; Marote *et al*, 2005 e Almeida *et al*, 2005), também nos nossos cuidadores a obrigação e o dever são percebidos num sentido de moralidade e de obrigação pessoal pela afectividade que têm para com o outro. Contudo, pela análise da última expressão pertencente a uma cuidadora que cuida da sua sogra, corroboramos Paúl (1997), quando afirma que o sentido da obrigação de prestação de cuidados a pessoas idosas é muito maior se houver consanguinidade, do que parentesco por afinidade.

Quatro dos catorze cuidadores concebem o cuidado que prestam ao seu familiar como um *Acto de reciprocidade/dever cumprido*.

“[...] decidi ser eu [...] ela também era uma pessoa importante para mim [...] porque também me tinha ajudado a criar os meus filhos [...]” (C 5).

“Tenho que olhar por ela [...] Porque ela também já olhou pelo meu falecido pai” (C 12).

Para alguns membros da família cuidar de um familiar significa um acto de reciprocidade que, como afirmam diversos autores espelha o sentimento de gratidão e estima para com a pessoa idosa (Paúl, 1995; Monis *et al*, 2005; Marote *et al*, 2005 e Imaginário, 2004).

A subcategoria *Modelo a seguir para os filhos* foi invocada por apenas um cuidador.

“[...] a gente cuidar deles é uma coisa boa, porque daqui a amanhã, queremos que nos façam a nós o que estamos a fazer a eles! [...] costuma-se dizer: Filho és, pai serás! Conforme o fizerdes, assim o acharás!” (C 2).

Também Moreira (2001), denotou a partir das narrativas dos cuidadores de doentes terminais em contexto familiar que, ao cuidarem do seu familiar, fizeram-no no sentido de inculcar este valor nas crianças não de uma forma directa, mas através dos seus actos.

Quatro das cinco subcategorias observadas nos discursos dos nossos cuidadores (*Princípios religiosos, Obrigação moral, Acto de reciprocidade/dever cumprido, Modelo a seguir para os filhos*), estão de acordo com o conceito de ideologia do cuidador, proposto por Lawton, Kleban e colaboradores (1989 citados por Martín, 2005), já por nós apresentado no enquadramento teórico, e que defendia a ideologia como uma interpretação cognitiva do cuidado e do comportamento da própria pessoa cuidadora com a função de a prover de significado, operacionalizando-a em quatro expressões: retribuição do apoio, tradição familiar, princípios religiosos e modelo a seguir para os filhos.

Por fim, oito dos nossos cuidadores invocaram ainda a *Resignação* para interpretar o cuidado que prestam.

“A gente já agora temos que nos conformar que é isto e isto mesmo que está aqui e, enquanto Deus não a levar temos que cuidar dela e mais nada!” (C 2).

“Eu custa-me muito estar preso, mas tenho que estar, pronto!” (C 12).

O conformismo ou a cedência voluntária do seu papel de cuidador em favor do familiar cuidado renunciando, muitas vezes, aos seus próprios interesses foi igualmente encontrado por Andrade e Rodrigues (1999), no seu estudo “Representaciones del cuidador familiar ante el anciano com AVC”.

Como vimos anteriormente, a escolha sobre quem vai ser o cuidador está regulada não unicamente pela qualidade da relação interpessoal entre o cuidador e o familiar dependente, mas também por forças institucionais e as suas bases normativas. Estas, porém, operam fora da consciência daqueles que afectam, deixando aos que se convertem em cuidadores a convicção de que a sua entrada nesse papel é da sua própria responsabilidade e da sua livre opção, não influenciada por variáveis externas (Aneshensel e colaboradores, 1997 citados por Martín, 2005; Fernandes *et al*, 2002).

Do atrás exposto e corroborando Martín e Lage, concluímos que ao escolher o cuidador principal, as famílias tentam otimizar a sua produtividade, escolhendo um elemento que menos perca com o papel de cuidador (Martín, 2005 e Lage, 2005b).

1.2.3- Cuidados prestados pelos cuidadores à pessoa idosa dependente

De acordo com Stanhope (1999), as funções do prestador de cuidados incluem a supervisão dos doentes, assegurando que as suas necessidades básicas sejam satisfeitas e prestando cuidados directos, tais como higiene pessoal, preparação das refeições, administração de terapêutica e prestação de tratamentos.

Neste sentido, tentamos saber junto dos cuidadores qual era a sua rotina diária de prestação de cuidados à pessoa idosa dependente.

Para uma melhor compreensão das respostas dos cuidadores dividimos a temática nos seguintes sub-temas: Tipo de cuidados prestados pelos cuidadores à pessoa idosa dependente, Cuidados que são mais valorizados pelo cuidador na sua prestação de cuidados e Situação de envolvimento da pessoa idosa dependente na prestação de cuidados pelo cuidador.

Tipo de cuidados prestados pelos cuidadores à pessoa idosa dependente

Da análise às respostas dadas surgiram quatro categorias: *Cuidados instrumentais*, *Cuidados protectores*, *Cuidados preventivos* e *Cuidados expressivos* (Tabela nº 3).

Tabela nº 3- Tipo de cuidados prestados pelos cuidadores à pessoa idosa dependente

Cuidadores	Cuidados instrumentais					Cuidados protectores	Cuidados preventivos	Cuidados expressivos	
	Cuidados físicos	Cuidados técnicos	Gestão dos medicamentos	Acompanhamento às consultas médicas	Cuidados de vigilância			Cuidados sociais	Cuidados afectivos
C 1	x	x	x	x	x		x	x	x
C 2	x	x		x	x		x	x	
C 3	x	x	x	x	x	x	x	x	x
C 4	x	x			x		x	x	x
C 5	x	x		x	x	x	x	x	x
C 6	x	x	x	x	x		x	x	x
C 7	x	x	x	x	x		x	x	x
C 8	x	x	x		x		x	x	x
C 9	x	x	x	x			x	x	x
C 10	x				x	x	x	x	x
C 11	x	x	x	x	x		x	x	x
C 12	x	x	x	x			x	x	x
C 13	x			x	x	x	x	x	x
C 14	x	x	x	x	x		x	x	x

Relativamente à categoria *Cuidados instrumentais* foram incluídos aqui todos os cuidados que incluíram o fazer por ou assistir para manter a integridade física e o estado de saúde da pessoa idosa (Bowers, 1987 citado por Paúl, 1997). Os relatos dos cuidadores centram-se em torno de cinco subcategorias: *Cuidados físicos*, *Cuidados técnicos*, *Gestão de medicamentos*, *Acompanhamento às consultas médicas* e *Cuidados de vigilância*.

A totalidade dos cuidadores (14) referiram prestar *Cuidados físicos*, orientados e dirigidos às necessidades físicas da pessoa idosa dependente, como por exemplo, cuidados com o vestuário, higiene, alimentação, mobilização e eliminação.

“[...] é preciso vesti-lo, é preciso lavá-lo, é preciso tudo, fazer-lhe tudo quanto é preciso” (C 1).

“De manhã chego, faço-lhe a higiene [...], depois tenho que dar-lhe o pequeno-almoço pela seringa” (C 11).

“[...] quando ela veio do hospital [...] tinha muita dificuldade para a levantar [...]” (C 13).

“[...] a algália [...] tem uma torneirinha e eu para um baldinho, despejava aquele xixi” (C 5).

Relativamente à subcategoria *Cuidados técnicos*, surgiram cuidados relacionados com a administração de terapêutica e execução de pensos, sendo referida por doze cuidadores.

“É preciso dar-lhe os medicamentos, [...] fazer-lhe os vapores com aquela máquina, a nebulização [...] e o oxigénio [...]” (C 1).

“[...] tem que levar a insulina [...] tirar a piquinha nos dedos [...] eu fazia-lhe isso três vezes por dia [...]” (C 5).

“[...] chegava-lhe betadine àquelas feridas que ela tinha [...]” (C 6).

Quanto à *Gestão de medicamentos*, nove dos catorze cuidadores referiram responsabilizar-se pela aquisição dos medicamentos necessários ao tratamento da pessoa idosa dependente.

“Eu quando preciso de comprimidos [...] o senhor Doutor passa-me a receita [...] vou ao balcão, lá requisitar [...]” (C 9).

“O oxigénio [...] o hospital passou a receita, eu liguei à empresa e a empresa veio cá adaptar os aparelhos [...]” (C 11).

A necessidade de acompanhamento da pessoa idosa às consultas médicas, traduzida pela subcategoria *Acompanhamento às consultas médicas* foi referida como uma tarefa desenvolvida por onze cuidadores.

“Quando vai às consultas de neurologia [...] Eu vou sempre com ela [...]” (C 6).

“Só vou a Vila Pouca com ela [...] para ir ao médico [...]” (C 13).

Finalmente a última subcategoria- *Cuidados de vigilância* pertencente ao domínio dos cuidados instrumentais foi referida por doze cuidadores, retratando bem a preocupação permanente destes cuidadores em vigiar as pessoas idosas dependentes que têm a seu cargo.

“É o dia todo, tenho que estar sempre ao pé dele [...] não quero que ele fique sozinho. [...] Tenho medo que ele caia” (C 1).

“ Venho até de noite ver, às vezes, se ela terá frio [...] ou se está a transpirar” (C 6).

Os cuidados do domínio instrumental, englobando vários tipos de cuidados quotidianos ligados às funções de manutenção e continuidade da vida da pessoa idosa dependente foram igualmente prestados pelos cuidadores de outros estudos da área (Imaginário, 2004; Mendonça *et al*, 2000; Andrade e Rodrigues, 1999; Marote *et al*, 2005; Almeida *et al*, 2005 e Cerqueira, 2005). Os *Cuidados físicos*, à semelhança do que acontece no nosso estudo são também os cuidados prestados à pessoa idosa mais referenciados pelos cuidadores dos estudos supracitados.

A categoria *Cuidados protectores*, foi referida por quatro dos catorze cuidadores.

“[...] onde pega com a mão [...] apanha-me e depois tenho que estar com muita calma [...] Porque ele está a fazer isso a mim, porque não sabe o que é e, eu se lhe faço a ele, sei o que faço” (C 3).

“[...] agora até nem digo nada [...] Porque ela não fala bem [...] e eu não sei o que ela quer [...] e se lhe digo o contrário, eu sei que ela fica chateada [...]” (C 5).

Também Andrade e Rodrigues (1999), e Bowers (1987 citado por Paúl, 1997), concluíram nos seus estudos com cuidadores que estes referiram preocupar-se com a protecção das pessoas idosas que tinham a seu cargo. O segundo autor supracitado verificou que os filhos adultos protegiam os seus pais idosos das ameaças à auto-imagem, identidade e bem-estar emocional (Bowers, 1987 citado por Paúl, 1997).

Relativamente à categoria *Cuidados preventivos*, esta foi referida pela totalidade dos cuidadores (14).

“[...] só a sopa é que lhe passo, passadinha, para que às vezes ele não se engasgue [...]” (C 1).

“[...] antes de ir para a cama ainda bebe um iogurtezinho [...] como é diabética para não estar assim [...] muitas horas sem comer [...]” (C 5).

“[...] para evitar que ganhe as ditas feridas tenho que a posicionar e depois [...] tenho ali um creme que a fricciono toda [...]” (C 11).

Das expressões dos nossos cuidadores podemos concluir que estes se preocupam em prestar cuidados no sentido de evitar as complicações da doença, a deterioração física e mental da pessoa idosa e promover a sua segurança.

Andrade e Rodrigues, (1999) e Bowers (1987 citado por Paúl, 1997), verificaram nos seus estudos que este tipo de cuidados foram igualmente alvo das preocupações dos cuidadores ao atenderem os seus familiares idosos.

Relativamente à categoria *Cuidados expressivos*, os relatos dos cuidadores centram-se em torno de duas subcategorias: *Cuidados sociais* e *Cuidados afectivos*.

Todos os cuidadores (14) referiram prestar *Cuidados sociais* às pessoas idosas que tinham a cargo.

“[...] rio-me com ele, brinco com ele, até começo a dançar com ele” (C 3).

“[...] Já tem jogado às cartas[...] para estarmos distraídos” (C 10).

“[...] vamos as duas dar uma voltinha pela rua a casa das vizinhas [...]” (C 13).

A este respeito, Berger e Mailloux-Poirier (1995), referem que embora as pessoas idosas devam participar em actividades recreativas, são incapazes devido a barreiras de ordem física, psicológica, cognitiva ou sócio-económica.

Contudo, verificamos a partir das expressões dos cuidadores que estes se preocupam em distrair os seus familiares e comunicar com eles, dentro das suas possibilidades, o que vem de encontro aos resultados obtidos noutros estudos (Imaginário, 2004; Andrade e Rodrigues, 1999 e Cerqueira, 2005).

A quase totalidade dos cuidadores (13) referiu prestar *Cuidados afectivos* aos seus familiares idosos.

“Ela quer que vá para a beira dela [...] eu deito-me ali [...] converso com ela [...]” (C 9).

“[...] digo-lhe assim umas graças quaisquer e ele diz-mas a mim!” (C 10).

“[...] ela não quer ir para a cama sozinha, está aqui até à hora que nós vamos para a cama [...] Depois, quando for um vamos todos” (C 5).

Os cuidadores reconhecem que a afectividade é uma componente importante do cuidar, expressando-a num sentido de carinho e conforto, tal como acontece com os cuidadores doutros estudos da área (Imaginário, 2004; Moreira, 2001; Andrade e Rodrigues, 1999). Imaginário (2004), concluiu ainda, que os cuidadores do seu estudo concretizavam os cuidados afectivos através da satisfação da vontade do idoso e do companheirismo/presença, tal como podemos verificar também no nosso estudo a partir das expressões supracitadas.

Cuidados que são mais valorizados pelo cuidador na sua prestação de cuidados

Relativamente aos cuidados mais valorizados pelos cuidadores na sua tarefa diária de cuidar, dos discursos emergiram cinco categorias: *Cuidados instrumentais*, *Cuidados preventivos*, *Cuidados protectores*, *Cuidados expressivos* e *Todos os cuidados prestados à pessoa idosa* (Tabela nº 4).

Tabela nº 4- Cuidados que são mais valorizados pelo cuidador na prestação de cuidados

Cuidadores	Cuidados instrumentais			Cuidados preventivos	Cuidados protectores	Cuidados expressivos		Todos os cuidados prestados à pessoa idosa
	Cuidados físicos	Cuidados técnicos	Cuidados de vigilância			Cuidados sociais	Cuidados afectivos	
C 1	x	x						x
C 2								
C 3	x	x	x	x	x	x	x	
C 4	x			x		x	x	
C 5	x	x	x	x	x	x	x	
C 6								x
C 7								x
C 8	x	x	x	x		x	x	
C 9	x			x			x	
C 10								x
C 11	x	x	x	x		x	x	
C 12		x		x		x		
C 13								x
C 14			x	x				

Dentro da categoria *Cuidados instrumentais*, emergiram três subcategorias: *Cuidados físicos*, *Cuidados técnicos* e *Cuidados de vigilância*.

Dos catorze cuidadores, sete valorizaram a prestação de *Cuidados físicos* aos seus familiares.

“[...] fazer-lhe a higiene e dar-lhe de comer é a coisa mais importante para ele [...]” (C 1).

“A higiene acima de tudo, não é?” (C 5).

Quanto aos *Cuidados técnicos*, seis cuidadores referem que a administração dos medicamentos à hora e nas doses certas é fundamental para o cuidado do seu familiar.

“[...] a nebulização [...] é importante, tem que ser duas vezes ao dia” (C 1).

“[...] medicamentos, tudo à hora! Tem que ser!” (C 12).

Relativamente à subcategoria *Cuidados de vigilância*, cinco cuidadores demonstraram nos seus discursos uma preocupação e responsabilidade na vigilância do seu familiar, assegurando o seu bem-estar e segurança.

“[...] eu durmo ao lado dela [...] ao menos se ela precisar de noite, está ali uma pessoa ao pé dela” (C 8).

“[...] eu não posso deixá-la na lareira sozinha, porque [...] ela começa logo a mexer na fogueira [...]” (C 5).

“[...] às vezes vou lavar uma peça de roupa, venho aqui duas ou três vezes ver se ele está bem [...]” (C 14).

A categoria *Cuidados preventivos* foi identificada a partir dos discursos de oito cuidadores, que valorizavam a prestação de cuidados preventivos.

“[...] tem que ter uma boa hidratação, fazer-lhe massagens [...] que é para ter um bocadinho de circulação, que é para não ganhar feridas [...]” (C 11).

“[...] a gente insiste sempre que ela vá, porque ela precisa de andar sempre um bocadinho, porque senão daqui a pouco [...] não anda” (C 5).

Relativamente à categoria *Cuidados protectores*, emergiu dos discursos de dois cuidadores que valorizaram a protecção dos seus familiares, no que respeita a ameaças à auto-imagem e ao bem-estar emocional.

“[...] a gente se é agressiva com ele [...] ia ter remorsos, porque o meu pai faz-me, bate-me [...] porque não sabe o que é e, eu se lhe faço a ele, sei o que faço!” (C 3).

“[...] vai para a amiga [...] eu vou lá levá-la [...] só que ela quando não está, tem que sair, às vezes, vem-me cá avisar [...] para eu às vezes não ir lá levá-la e ela não estar. Tenho que tornar a trazê-la, depois fica toda desconsolada, porque ela gosta de ir para lá. Se não for, ela fica triste, às vezes até chora!” (C 5).

Relativamente à valorização deste tipo de cuidados pelos cuidadores Bowers (1987 citado por Paúl, 1997), ao investigar o apoio prestado por adultos a seus pais idosos concluiu que estes consideravam o cuidado protector o mais importante.

Quanto à categoria *Cuidados expressivos*, os relatos dos cuidadores centram-se em torno de duas subcategorias: *Cuidados sociais* e *Cuidados afectivos*.

Os *Cuidados sociais*, que apontam para os cuidados com a distração e a comunicação com a pessoa idosa foram valorizados por seis cuidadores.

“[...] vai para a amiga [...] eu vou lá levá-la [...] Conversam se calhar, coisas do antigamente delas [...] e se calhar isso para ela é importante” (C 5).

“[...] não é chegar ali mosca morta! [...] rio-me com ele, brinco com ele, até começo a dançar com ele [...] para o pôr um bocado...” (C 3).

A valorização da prestação de *Cuidados afectivos*, que apontavam para a valorização dos comportamentos relacionados com o carinho, satisfação da vontade da pessoa idosa e companheirismo/presença, foi referida por seis cuidadores.

“Eu vou lá ao pé dele [...] com muitos carinhos, com muitos miminhos [...] Tenho que falar para ele com modo [...]” (C 3).

“[...] trazia-a aqui para a cozinha e estava assim às meias horas aqui com ela [...] dá-se conta nos olhos que ela fica contente” (C 8).

A respeito dos cuidados mais valorizados pelos cuidadores Moreira (2001), no seu estudo com cuidadores de doentes terminais em contexto domiciliário, concluiu, que na fase inicial do processo de cuidar, estes valorizavam essencialmente a afectividade no cuidar. Contudo, à medida que a doença ia evoluindo, os cuidados centravam-se na satisfação das necessidades fisiológicas (*ibid.*).

Ainda dentro dos cuidados mais valorizados pelos cuidadores emergiu uma última categoria, onde cinco cuidadores referiram que *Todos os cuidados prestados à pessoa idosa* eram importantes.

“O mais importante é o olhar por ela em tudo [...]” (C 6).

“No estado em que ela está, tudo é importante, porque ela não faz nada [...]” (C 7).

Situação de envolvimento da pessoa idosa dependente na prestação de cuidados pelo cuidador

Relativamente à situação de envolvimento da pessoa idosa dependente na prestação de cuidados por parte dos cuidadores, observaram-se a partir dos seus relatos três

categorias: *Estímulo à autonomia*, *Manutenção da dependência* e *Estímulo à dependência*⁵⁶.

Tabela nº 5- Situação de envolvimento da pessoa idosa dependente na prestação de cuidados pelo cuidador principal

Cuidadores	Estímulo à autonomia						Manutenção da dependência		Estímulo à dependência
	Mobilização/actividade física	Eliminação	Medicação	Comunicação	Higiene e/ou vestir	Alimentação/hidratação	Higiene	Mobilização/actividade física	Mobilização/actividade física
C 1	x	x		x		x	x		
C 2	x			x					
C 3				x					
C 4				x		x		x	
C 5	x	x		x	x	x			
C 6				x					
C 7	x			x		x			
C 8	x			x		x			
C 9			x						x
C 10	x				x				
C 11				x					
C 12	x	x		x					
C 13	x	x		x					
C 14	x	x		x					

⁵⁶ Esta categorização teve por base um estudo desenvolvido por Pavarini, que pretendia caracterizar os padrões de interacção predominantes observados nas relações de cuidado de duas cuidadoras não especializadas e vinte e sete idosos funcionalmente independentes para a realização das AVD, residentes num lar (Pavarini e Neri, 2000).

Na categoria *Estímulo à autonomia* consideramos as situações em que o cuidador referia que a pessoa idosa iniciava um determinado comportamento de dependência e ele contrariava a iniciava, levando a um comportamento de autonomia e/ou situações em que o cuidador referia estimular o início de comportamentos autónomos pela pessoa idosa.

Na categoria *Manutenção da dependência* consideramos as situações em que o cuidador referia que a pessoa idosa se comportava de forma dependente e ele reagia com acções que permitiam perpetuar essa dependência.

Na categoria *Estímulo à dependência* consideramos as situações em que o cuidador referia que se opunha a iniciativas de independência por parte da pessoa idosa e permitia acções de dependência.

A categorização em qualquer uma das situações acima referidas teve por base o significado ou intenção que o cuidador atribuía ao seu comportamento, mais do que os resultados que obtinha com esse comportamento.

Na categoria *Estímulo à autonomia*, os relatos dos cuidadores centravam-se em torno de seis subcategorias: *Mobilização/actividade física*, *Eliminação*, *Medicação*, *Comunicação*, *Higiene e/ou vestir* e *Alimentação/hidratação*.

Relativamente à subcategoria *Mobilização/actividade física*, nove cuidadores referiram estimular os seus familiares idosos para serem autónomos nesta actividade de vida diária.

“A seguir ao almoço [...] a gente , prontos, insiste sempre que ela vá porque, ela precisa de andar sempre um bocadinho [...]” (C 5).

“[...] eu dizia-lhe assim: mexa as mãos, faça assim comigo! E ela esticava assim as mãos” (C 8). [Nesta expressão a cuidadora demonstrou com gestos o comportamento conseguido, por parte da pessoa idosa.]

Na subcategoria *Eliminação*, cinco cuidadores referiram estimular os seus familiares idosos para serem autónomos quer na eliminação vesical, quer na eliminação intestinal.

“[...] eu ia todos os cinco minutos, chamava-a para ver se ela queria fazer xixi, foi estimulando [...] Ela agora pede-me [...]” (C 13).

“[...] não se importa se às vezes, se sujar [...] A gente tem que, às vezes, lhe dizer como é que ele tem que se portar [...]” (C 1).

Na subcategoria *Medicação* apenas um cuidador refere estimular o seu familiar idoso a responsabilizar-se pela sua medicação.

“[...] às vezes ela começa-se a queixar, quer que lhe ponha pomada aqui, acolá e ali e eu digo: Onde tu chegares és tu que pões!” (C 9).

A comunicação foi a situação mais aliciante de estímulo à autonomia das pessoas idosas, sendo referida pela quase totalidade dos cuidadores (12).

“Eu falo com ela, brinco com ela e tudo ... Ela não me responde” (C 8).

“A gente fala com eles, durante o dia estou sempre a falar [...]” (C 14).

O facto de a maioria dos cuidadores estimularem a comunicação com o seu familiar idoso apesar de este, muitas vezes, já não conseguir comunicar verbalmente pode também relacionar-se com a sua própria necessidade de comunicar, pois como nos dizem Copstead e Patterson (1986 citados por Palma, 1999: 37): *“[...] a situação de cuidar de alguém dependente é muitas vezes um entrave para a satisfação das necessidades de comunicação de quem cuida, por não querer deixar o idoso, ou não ser possível encontrar alguém que tome o seu lugar”*.

Dos catorze cuidadores, um deles referiu estimular o seu familiar idoso para o desenvolvimento da sua autonomia nas actividades de vida *Higiene e Vestir*.

“Ele lava-se do vagar dele quando pode [...]” (C 10).

“Às vezes puxo por ele: mexe aquele braço melhor ou dá jeito para te vestir [...]” (C 10).

Outro cuidador ainda, refere apenas estimular o seu familiar idoso a ser autónomo na actividade de vida diária *Higiene*.

“[...] quando eu estou a dar banho, dou-lhe o sabonete e digo assim: vamos lá lavar essas mãos e assim esfregar a senhora [...]” (C 5).

Relativamente à subcategoria *Alimentação/hidratação*, cinco cuidadores referiram situações em que tentavam melhorar a independência do seu familiar idoso para a realização destas actividades de vida diária.

“[...] ergo-a para cima, encosto-lhe uma almofada, assim nas costas, ela fica direita, ela come. Ela com os braços, ela onde pode chegar ela chega [...]” (C 4).

“[...] todos os dias eu insistia em dar-lhe a comida na boca [...] Para ver se tirava a sonda [...] tanto tentei, que consegui [...]” (C 7).

“Ela bebe muita água durante o dia. Às vezes bem diz que não tem sede, mas eu insisto e bebe sempre” (C 8).

Quanto à categoria *Manutenção da dependência*, os discursos dos cuidadores revelaram duas subcategorias: *Higiene e Mobilização/actividade física*.

Um cuidador em cada uma das subcategorias supracitadas referiu que o seu familiar idoso era dependente dos seus cuidados para a realização da actividade de vida diária, mesmo estando apto a realizá-la.

Higiene

“Quando lhe dou banho é preciso metê-lo na banheira, eu sozinha também não sou capaz, tem de vir a minha filha ajudar.[...] depois a gente lava-o bem lavadinho e pronto. Mas é preciso fazer tudo, porque ele não ajuda a gente” (C 1).

A partir da expressão supracitada podemos concluir que a não colaboração do familiar idoso com a cuidadora durante o banho, leva a uma sobrecarga desta, que para solucionar a situação se vê obrigada a pedir ajuda a familiares.

A este respeito, Andrade e Rodrigues (1999), referem que quando a relação entre cuidador e pessoa idosa é de dependência, pode trazer consequências indesejáveis para o cuidador e processo de cuidar, devido à sobrecarga que favorece a deterioração física e emocional.

Mobilização/atividade física

“[...] ela antes quer estar na cama do que pô-la a pé [...]. Se eu a for levantar, ela faz o contrário [...] Não adianta nada!” (C 4).

Quanto à última categoria *Estímulo à dependência*, um dos cuidadores referiu que ao comportamento dependente do seu familiar idoso na actividade de vida diária *Mobilização/atividade física*, ele era permissivo e inclusive estimulou ainda mais esse comportamento, como podemos verificar na seguinte expressão:

“Começou a doer a perna [...] eu obriguei-me a comprar-lhe o andarilho, mas ela não tinha paciência [...] Até que eu me obriguei depois a comprar [...] a cadeira de rodas [...]” (C 9).

Da análise dos resultados da situação de envolvimento da pessoa idosa dependente na prestação de cuidados pelo cuidador principal, podemos concluir que as situações de estímulo à autonomia da pessoa idosa foram as mais referidas pelos cuidadores, como fazendo parte da sua conduta, enquanto que as situações de manutenção da dependência e de estímulo à dependência da pessoa idosa foram pouco referenciadas.

Os nossos resultados diferem dos encontrados por Pavarini, num estudo que pretendeu caracterizar os padrões de interacção predominantes observados nas relações de cuidado de duas cuidadoras não especializadas e vinte e sete idosos funcionalmente independentes para a realização das AVD, residentes num lar (Pavarini e Neri, 2000). A autora concluiu que o padrão de manutenção da dependência era o mais frequente, o que significa que as pessoas idosas, mesmo estando aptas a realizarem as suas funções, comportavam-se sobretudo de maneira dependente, sendo as situações mais geradoras deste padrão por ordem decrescente, o banho, a alimentação e a medicação (*ibid.*). Em segundo lugar em frequência, a autora verificou a existência do padrão de estímulo à dependência, ficando os padrões de manutenção da autonomia e estímulo à autonomia com frequências desprezíveis, sendo o banho a situação mais aliciante destes dois últimos

padrões (*ibid.*), enquanto que no nosso estudo, a situação mais aliciante de estímulo à autonomia foi a comunicação.

A diferença dos resultados encontrados no nosso estudo em relação ao estudo de Pavarini pode ser devida ao diferente contexto do cuidado, que no nosso caso é domiciliário e no estudo de Pavarini é institucional. Pavarini concluiu no seu estudo que os padrões de interacção do cuidado entre cuidadoras e pessoas idosas estavam relacionados com variáveis objectivas do contexto institucional (em que os desempenhos das cuidadoras correspondiam a normas e rotinas standartizadas a nível institucional assentes, entre outros aspectos, na rápida e mecânica administração de cuidados), com o sistema de atitudes e crenças partilhadas pelas cuidadoras (que concebiam o conceito de cuidar como sinónimo de fazer pelo idoso), pelos outros funcionários da instituição e pelos próprios idosos (cuja dependência comportamental se revelava em abandonarem-se passivamente ao cuidado, mas também em reivindicá-lo como um direito, compensando privações experimentadas antes do internamento).

Em contrapartida, o contexto domiciliário do nosso estudo é um contexto onde a pessoa idosa se encontra no seu habitat natural, inserida no seio da família, junto dos seus objectos e recordações, mantendo a sua intimidade e hábitos de uma vida, sendo estas condições promotoras de comportamentos autónomos por parte desta e de estímulo à sua autonomia por parte do seu cuidador familiar.

Outra explicação para a diferença de resultados encontrada pode relacionar-se com a diferente metodologia utilizada nos dois estudos, que no nosso estudo se baseou na entrevista ao cuidador e no estudo de Pavarini se baseou na observação da prestação de cuidados em contexto institucional⁵⁷.

⁵⁷ A este respeito invocamos um segundo estudo desenvolvido por Pavarini nessa mesma instituição com os objectivos de focalizar as atitudes e crenças das cuidadoras e levantar concepções de dependência, competência e cuidados com pessoas idosas (Pavarini e Neri, 2000). Este estudo consistiu na apresentação de um filme (com focalização de situações relacionadas com comportamentos de estímulo e manutenção da dependência nas pessoas idosas idênticas às observadas durante o primeiro estudo) e na realização de uma entrevista estruturada (*ibid.*).

Ao visualizarem o filme, as cuidadoras da instituição não se reconheceram nas situações que eram baseadas no quotidiano da instituição em que trabalhavam, opinando inclusive que as funcionárias do filme cuidavam das pessoas idosas de maneira inadequada devido à falta de paciência, à pressa para realizar as actividades e à falta de compreensão para com elas (*ibid.*).

Quanto aos resultados obtidos na entrevista permitiram, entre outros aspectos, verificar que as cuidadoras não admitiam que a forma de tratamento proporcionada às pessoas idosas podia determinar a sua dependência (*ibid.*).

Ao comparar estes resultados com os obtidos no primeiro estudo, a autora concluiu que havia uma distância entre o dizer e o fazer quando se tratava dos direitos das pessoas idosas à autonomia e à independência (*ibid.*).

Do atrás exposto, podemos concluir que ao prestar cuidados, os cuidadores visaram a satisfação das necessidades das pessoas idosas nos domínios fisiológico, psicológico e social, denotando-se assim, um carácter multidimensional do cuidar. Durante a prestação de cuidados, a maioria dos cuidadores promoveu um adequado envolvimento do idoso, no sentido de melhorar a sua independência para a realização das várias actividades de vida diária.

Estimularam os seus familiares idosos a colaborar consigo, em vez de os substituírem na realização dos cuidados, indo de encontro ao que defende Domínguez-Alcón (1998), quando afirma que cuidar é ajudar o outro a crescer, é uma forma de relação que inclui desenvolvimento, um tipo de experiência que implica respeito pela outra pessoa e não dependência.

Esta actuação por parte dos cuidadores está de acordo com um dos princípios filosóficos que deve nortear o atendimento específico e complexo das pessoas idosas dependentes, por nós apresentado no enquadramento teórico e que refere que cada pessoa idosa, não importa em qual circunstância viva, pode e tem o direito de viver com dignidade, usufruindo das suas potencialidades ainda presentes, devendo o cuidador ter cuidado para não anular a sua existência durante a acção do cuidado (Santos, 1994 citado por Gonçalves, Alvarez e Santos, 2000).

1.2.4- Repercussões que advêm para os cuidadores principais da tarefa de cuidar da pessoa idosa dependente

A revisão da literatura mostra que cuidar duma pessoa dependente transcende a simples execução de procedimentos de cuidados, destacando-se a dimensão sentimental ou emocional do cuidado familiar. Neste contexto, quisemos saber junto dos cuidadores quais as consequências da tarefa de cuidar nas suas vidas. Tivemos em conta uma avaliação multidimensional das consequências do cuidado, como algo que pode ser negativo, mas também positivo.

Para uma melhor compreensão das respostas dos cuidadores dividimos a temática nos seguintes sub-temas: Repercussões negativas, Factores de sobrecarga dos cuidadores principais, Factores de alívio dos cuidadores principais e Benefícios.

Repercussões negativas

Como já vimos no nosso enquadramento teórico, de entre as consequências negativas, que correspondem a alterações ou mudanças específicas na vida das pessoas resultantes do seu papel de cuidadores, a sobrecarga do papel de cuidador é um conceito chave na investigação sobre o cuidado familiar a pessoas idosas. George e Guyther (1986 citados por Paúl, 1997: 136), definem sobrecarga como “os problemas físicos, psicológicos ou emotivos, sociais e financeiros que podem ser experimentados por membros da família que olham por idosos incapacitados”.

À semelhança desta definição, as repercussões negativas referidas pelos cuidadores centram-se em torno das categorias: *Físicas*, *Psicológicas* e *Sócio-económicas* (Tabela nº 6).

Tabela nº 6- Repercussões negativas que advêm para os cuidadores principais da tarefa de cuidar da pessoa idosa dependente

Cuidadores	Físicas			Psicológicas			Sócio-económicas		
	Agravamento dos problemas de saúde física	Perturbação do repouso/sono	Fadiga	Depressão	Stress	Sentimentos de ambivalência	Comprometimento da vida social e/ou familiar	Renúncia do emprego e/ou perda de oportunidade de ter emprego	Aumento da despesa económica
C 1		x		x	x	x	x		x
C 2	x	x			x		x	x	x
C 3	x	x	x	x	x		x		
C 4		x							x
C 5		x		x	x	x	x	x	x
C 6	x	x	x		x		x		x
C 7	x	x	x	x	x	x	x	x	x
C 8	x	x			x		x	x	x
C 9	x	x	x		x	x	x		
C 10		x	x		x	x	x		x
C 11			x				x		
C 12	x	x	x			x	x		x
C 13	x	x			x	x	x	x	x
C 14	x	x		x	x	x	x		x

Dentro da categoria *Físicas* emergiram as subcategorias: *Agravamento dos problemas de saúde física*, *Perturbações do repouso/sono* e *Fadiga*.

Quanto à subcategoria *Agravamento dos problemas de saúde física*, esta foi referida por nove dos catorze cuidadores como uma das repercussões negativas da prestação de cuidados.

“Tenho a tensão muito alta, tenho diabetes muito altos, tenho o sangue gordo [...] e estou muito magrinho, era gordo [...]” (C 6).

“[...] fiquei muito mal, muito pior da minha coluna [...]” (C 7).

“[...] ando aqui à rasca do meu braço [...] e as minhas costas, eu já sofria dos ossos, agora ainda mais” (C 8).

A quase da totalidade dos cuidadores (13) referiu *Perturbações do repouso/sono*, como uma das consequências da prestação de cuidados ao seu familiar idoso.

“[...] desde que eles vieram para aqui, eu nunca mais tive uma noite de sono tranquilo, sossegado!” (C 14).

“[...] já tenho tomado dois e três comprimidos para conseguir dormir, porque não consigo dormir [...]” (C 7).

“[...] à noite, não durmo bem, doem-me as pernas” (C 9).

A falta de descanso/repouso evidenciada pelos cuidadores é um dos problemas percebido por estes, pois mesmo quando dormiam estavam constantemente preocupados em estar atentos às manifestações do seu familiar idoso, impedindo-os de repousar verdadeiramente no pouco tempo que dedicavam ao descanso.

A *Fadiga* foi uma das repercussões físicas referida por sete cuidadores.

“Eu não posso mesmo fazer nada, eu chego à noite cansadíssimo!” (C 9).

“[...] já estou assim um bocado mais cansada [...]” (C 10).

Relativamente aos problemas de saúde física Fernandes *et al* (2002), referem que um cuidador que adoça fisicamente corre o risco de ficar permanentemente incapaz de continuar a cuidar do seu familiar. A rotina extenuante de cuidados com o doente, que começa cedo e pode alongar-se por noites mal dormidas, leva a que o cuidador deixe, por vezes, de descansar, não se alimentando correctamente, desvalorizando os próprios problemas de saúde (*ibid.*). Acrescentam, ainda, que os problemas físicos mais comuns são as lombalgias, tendinites, cefaleias, entre outros (*ibid.*).

Relativamente às repercussões negativas *Psicológicas*, dos discursos dos cuidadores emergiram três subcategorias: *Depressão*, *Stress* e *Sentimentos de ambivalência*.

Relativamente à subcategoria *Depressão*, esta foi referida por cinco cuidadores.

“[...] para mim foi uma depressão quase logo a seguir, porque eu não sabia lidar com certas situações” (C 5).

“[...] estava muito deprimida [...] cheguei a tomar o antidepressivo uns tempos” (C 7).

Quanto à subcategoria *Stress*, esta foi referida por onze dos catorze cuidadores.

“[...] a mim até tem-me agravado bem [...] Porque a minha cabeça... também já preciso de calmantes [...]” (C 5).

“[...] estou sempre nervosa, porque estou sempre com cuidados com ela [...]” (C 7).

“[...] quando vou para algum lado, estou sempre mortinha para vir para casa, para ver como ela está! Nunca ando lá descansada!” (C 8).

De acordo com Monteiro e Terras:

Cuidar de familiares idosos doentes é trabalho árduo e exigente, tanto do ponto de vista físico como emocional, devido às múltiplas alterações que provoca na vida das famílias. A própria saúde destes cuidadores, por mais vontade que tenham em cuidar dos seus idosos, acaba por se ressentir, sendo frequentes as situações de depressão e ansiedade aumentada (Monteiro e Terras, 2005: 41).

De acordo com Dobrof (1997), o stress verifica-se no cuidador quando existe um desequilíbrio entre as exigências ambientais e as capacidades de resposta. Num estudo desenvolvido por Gonçalves, Alvarez e Santos (2000), os cuidadores identificaram a gestão difícil entre as necessidades da situação do cuidado e os recursos disponíveis como uma das situações mais geradoras de stress.

Relativamente à subcategoria *Sentimentos de ambivalência*, esta foi referida por oito cuidadores.

“Eu vou lidando, vou lidando de qualquer maneira [...] Já andei pior, já andei melhor, já tornei a andar pior!” (C 9).

“E canto muito ao pé dela, sem vontade nenhuma muitas vezes, e há dias de tudo [...] Choro às vezes [...]” (C 13).

De acordo com Dominguéz-Alcón (1998), os sentimentos complexos que se geram através da interacção prolongada de situações críticas e difíceis para o cuidador informal, levam à reflexão de como os elementos de dependência e subordinação, na interacção, e relação dual do cuidar, podem provocar sentimentos contraditórios e construir dilemas em relação à manutenção da “reciprocidade equilibrada” em relações familiares.

Dentro da categoria *Sócio-económicas* emergiram as subcategorias: *Comprometimento da vida social e/ou familiar*, *Renúncia do emprego e/ou perda de oportunidade de ter emprego* e *Aumento da despesa económica*.

A quase totalidade dos cuidadores (13) referiu que a tarefa de cuidar do seu familiar idoso terá levado ao *Comprometimento da vida social e/ou familiar*.

“[...] estou assim presa!” (C 1).

“Desde que estou aqui, nunca mais fui para lado nenhum. Pronto, abdiquei da minha vida pessoal completamente, para me dedicar à minha sogra!” (C11).

“Todos os fins de semana ou de quinze em quinze dias eu ia almoçar fora, a casa da minha prima. Há um ano e meio que eu não saio de casa” (C 2).

«A minha filha nota e diz: “Óh mãe, descarregas em cima de mim porque tens problemas com a avó!”» (C 7).

Das expressões dos cuidadores concluímos que a sua vida passa quase exclusivamente a confinar-se ao mundo do doente, pois este passa a ser o centro das atenções, privando-se o cuidador do seu espaço vital. Assim, concordamos com Dominguéz-Alcón (1998), quando afirma que das tarefas de cuidar advém a exclusão e isolamento da pessoa cuidadora que vê restringida a sua liberdade pessoal.

A subcategoria *Renúncia do emprego e/ou perda de oportunidade de ter emprego* foi referida por cinco cuidadores como uma consequência negativa da tarefa de cuidar da pessoa idosa dependente.

“[...] trabalhava e depois deixei por causa dela” (C 7).

“[...] se eu não a tivesse podia ter arranjado trabalho [...] E eu desisti também porque, não podia deixá-la [...]” (C 5).

A este respeito Dominguéz-Alcón (1998), refere que quando a dependência da pessoa receptora de cuidados é grande, a rede familiar disponível reduzida (ninguém pode substituir o cuidador) e as disponibilidades económicas escassas (não dispondo de meios económicos para comprar esse serviço), a única alternativa é deixar o trabalho.

É de realçar que todos os cuidadores que sofreram interferência na vida profissional eram do sexo feminino. Uma das explicações para este facto poderá relacionar-se com a situação de não activo/reformado dos cuidadores do sexo masculino, cônjuges, também eles já idosos.

Dos catorze cuidadores, onze referiram *Aumento da despesa económica* como outra das repercussões negativas da sua tarefa de cuidar.

“[...] é uma despesa muito grande! Só em fraldas [...] e pensos e lençolinhos e depois cremes para toda a hora, que a gente tem que comprar [...]” (C 6).

“[...] é preciso sempre uns sacos de medicamentos [...] Dele e meus [...] É preciso comprar tudo, é preciso comprar lenha, é preciso comprar gás [...] e, às vezes, sabe Deus [...]” (C 1).

Das expressões citadas podemos concluir que a situação da pessoa idosa dependente acarreta um aumento das despesas económicas.

Corroborando Spar e La Rue (2005), estas despesas devem-se às hospitalizações, medicamentos, dietas e equipamentos especiais, modificações em casa (por exemplo rampas ou alargamento de portas para a cadeira de rodas), transportes e serviços de apoio ao domicílio.

Vários autores concluíram igualmente nos seus estudos, que o cuidado de pessoas idosas dependentes acarretava no cuidador principal interferências aos níveis físico (Imaginário, 2004; Moreira, 2001; Andrade e Rodrigues, 1999; Rodríguez *et al*, 2001; Palma, 1999; Cerqueira, 2005; Moreira, 2001 e Dobrof, 1997), psicológico (Dobrof, 1997; Imaginário, 2004; Rodríguez *et al*, 2001; Palma, 1999; Monteiro e Terras, 2005; Veríssimo e Moreira, 2004) e sócio-económico (Imaginário, 2004; Andrade e Rodrigues, 1999; Rodríguez *et al*, 2001; Palma, 1999; Cerqueira, 2005; Moreira, 2001; Rebelo, 1996; Monteiro e Terras, 2005; Marote *et al*, 2005 e Mendonça *et al*, 2000).

Embora tenhamos feito esta categorização segundo vários domínios de vida do cuidador, podemos concluir que todos eles se relacionam levando a que o cuidador, muitas vezes, entre em situação de crise e ruptura, com consequente diminuição da sua saúde e qualidade de vida.

Factores de sobrecarga dos cuidadores principais

A avaliação da situação de estar a cuidar de alguém depende do significado que o cuidador atribui ao que lhe vai acontecendo, sendo algo subjectivo. A este respeito, Brito refere que na

[...] questão da sobrecarga ou burden dos prestadores de cuidados a familiares idosos, a situação não se poderá avaliar com base na natureza dos factores ou acontecimentos em si mesmos, mas antes através da percepção que cada prestador de cuidados tem acerca deles (Brito, 2002: 44-45)

Neste sentido, interrogamos os cuidadores no sentido de saber quais os factores que contribuíram para afectar a sua tarefa de cuidador. Da análise dos discursos emergiram as seguintes categorias: *Ter mais do que uma pessoa dependente a cargo, Aumento da qualidade/intensidade do cuidado, Grau de dependência da pessoa idosa, Falta de conhecimento da evolução do estado de saúde da pessoa idosa e/ou das técnicas cuidativas, Falta de colaboração da pessoa idosa na prestação de cuidados, Isolamento social, Recursos económicos insuficientes, Conflito familiar, Falta de outrém, Idade do cuidador e Dificuldade em aceitar o papel de cuidador* (Tabela nº 7).

Tabela nº 7- Factores de sobrecarga dos cuidadores principais

Cuidadores	Ter mais do que uma pessoa dependente a cargo	Aumento da quantidade/intensidade do cuidado	Grau de dependência da pessoa idosa	Falta de conhecimento da evolução do estado de saúde da pessoa idosa e/ou das técnicas cuidativas	Falta de colaboração da pessoa idosa na prestação de cuidados	Isolamento social	Recursos económicos insuficientes	Conflito familiar	Falta de outrem	Idade do cuidador	Dificuldade em aceitar o papel de cuidador
C 1		x	x		x	x	x		x		
C 2		x	x	x		x	x	x	x		x
C 3	x	x	x	x	x	x		x	x		
C 4		x	x		x						
C 5		x	x	x	x	x	x				
C 6		x	x		x	x	x			x	
C 7		x	x	x	x	x	x	x	x		
C 8		x	x		x	x					
C 9		x	x		x			x	x		x
C 10			x			x	x				
C 11		x	x		x	x					
C 12		x	x	x	x	x	x		x		
C 13		x	x	x	x	x	x	x	x		
C 14	x	x	x	x	x	x		x	x		x

A categoria *Ter mais do que uma pessoa dependente a cargo* foi referida por dois cuidadores. Uma das cuidadoras tinha também um irmão a cargo e a outra tinha os dois pais, ambos dependentes.

“[...] não é só o meu pai e os meus filhos [...] também tenho que ter cuidado com o meu irmão e, isso enerva!” (C 3).

“[...] ainda me custa mais com ela do que com ele porque com ele, sei que não se pode mexer [...]” (C 14).

Dominguez-Alcón (1998), refere que quando os filhos do cuidador são demasiado pequenos ou existem situações em que coincidam duas pessoas com dependência intensa no mesmo domicílio e essa situação se prolonga durante um período de tempo considerável, isso supõe uma carga adicional nas obrigações do cuidador. Este é o caso de ambas as cuidadoras supra-citadas: a cuidadora nº 3 sempre cuidou do irmão e cuida do pai há 3 anos, para além de ter ao seu encargo filhos pequenos e, a cuidadora nº 14 cuida dos pais à 11 anos.

A subcategoria *Aumento da quantidade/intensidade do cuidado* foi referida pela quase totalidade dos cuidadores (13).

“Não faz nada! [...] os cuidados que eu tenho, tenho-os todos! Eu perco o tempo todo com ela!” (C 9).

“São as voltas da casa e o trabalho deles, é tudo e eu fico o dia todo ocupada. [...] Sempre todo o dia aqui, sempre na mesma situação” (C 14).

“[...] é o dia todo, porque uma pessoa acamada necessita de cuidados vinte e quatro sobre vinte e quatro horas [...]” (C 11).

“[...] é muito duro a gente estar aqui todos os dias [...] anos e anos é muito difícil [...]” (C 13).

Das expressões acima citadas podemos concluir que a quantidade de tempo que as cuidadoras gastam a cuidar dos seus familiares é um factor de peso que dificulta esta tarefa.

De acordo com Rebelo (1996), a necessidade que o cuidador tem de estar sempre por perto da pessoa idosa, leva ao aumento do tempo gasto que, por sua vez, está associado a um maior desgaste emocional e físico. Este contexto associado à multiplicidade de pequenas tarefas diárias, implicando gastos repetitivos e continuados (como podemos verificar a partir da expressão da cuidadora nº 14), apontam para um ambiente de isolamento do cuidador.

O facto da maioria dos cuidadores (13) coabitarem com o seu familiar idoso também influencia na quantidade/intensidade do cuidado prestado.

A este respeito Lage (2005b), refere que a variável coabitação influencia a sobrecarga do cuidador, na medida em que ao coabitar com a pessoa cuidada, o cuidador acresce o tempo de cuidado e restringe o tempo de lazer e a vida social. Refere ainda que os casos mais frequentes são aqueles em que a coabitação se associa a um elevado grau de dependência e o tempo exigido é de permanência quase constante (Lage, 2007). Este é o caso da grande maioria dos cuidadores do nosso estudo (13), que coabitam com os seus familiares idosos, a maioria totalmente dependentes.

Por outro lado, as mudanças no tamanho e intensidade da ajuda prestada, variam com as mudanças na saúde das pessoas idosas dependentes (Bowers, 1987 e Miller e McFall, 1991 citados por Paúl, 1997), sendo que à medida que a dependência aumenta e os cuidados se tornam cada vez mais directos, contínuos e intensos, aumentam também as limitações de tempo (como podemos verificar a partir da expressão da cuidadora nº 11),

levando os cuidadores à exaustão em função da necessidade de estar em vigilância, até porque, raramente a responsabilidade é partilhada por mais do que uma pessoa (Braithwaite, 1992 citado por Paúl, 1997).

Esta relação entre quantidade/intensidade do cuidado e grau de dependência da pessoa idosa é bem visível nas expressões dos cuidadores que nós categorizamos na categoria *Grau de dependência da pessoa idosa*, que foi referida por todos os cuidadores (14).

“[...] enquanto ele fazia certas asneiras, ainda eu ia tolerando, mas andava lá por fora. Começou a ficar acamado, começou a fazer certas coisas, eu chorava desesperada [...]” (C 3).

“[...] deu cada vez em ter mais dificuldade em andar [...] depois veio a deixar de conhecer e de falar [...] as dificuldades apareciam cada vez maiores” (C 6).

“[...] ela está assim ali acamadinha... enquanto ela andava a pé lá comia, lá andava [...] agora é muito mais trabalho!” (C 4).

“[...] está em sofrimento, só que ela não consegue dizer e isso custa muito, porque eu poderia fazer alguma coisa por ela e não consigo” (C 7).

Vários autores defendem que existe uma relação entre a quantidade/intensidade do cuidado prestado e a(s) doença(s) que acomete a pessoa idosa. Quando se trata de doenças que causam alterações de comportamento, como é o caso das demências (que frequentemente levam a pessoa, à desorientação espaço-temporal, a ter dificuldades de julgar e controlar impulsos e à incapacidade para lidar com problemas interpessoais e satisfazer as suas necessidades básicas como a higiene, alimentação, controlo dos esfíncteres, etc) (Selmes e Selmes, 2000), os cuidadores vêm-se obrigados a prestar cuidados com mais frequência, quer cuidados pessoais, quer cuidados de supervisão permanente, já que estes doentes apresentam risco acrescido para acidentes (*ibid.* e Given, 1991 citados por Gonçalves *et al.*, 2000). Paúl (1997), acrescenta ainda que as perturbações cognitivas impedem estes doentes de exprimirem reconhecimento e gratidão pela ajuda recebida, ou estão mesmo na base de manifestações hostis, o que provoca também um grande stress em quem presta cuidados.

Estas situações foram descritas pelos cuidadores nº 3 e nº 6, que cuidam de familiares idosos com demência, como podemos verificar a partir das expressões supracitadas.

Também à medida que o grau de dependência aumenta, o cuidador vai tendo consciência da degeneração da pessoa cuidada e sentindo-se inseguro, gerando um sentimento de impotência (Braithwaite, 1992 citado por Paúl, 1997), como podemos verificar na expressão supracitada do cuidador nº 7.

Do atrás exposto, podemos concluir que à semelhança dos cuidadores de outros estudos (Rebelo, 1996; Dobrof, 1997; Palma, 1999; Rodríguez *et al*, 2001; Andrade e Rodrigues, 1999 e Sotto Mayor, Sequeira e Paúl, 2006), também os nossos cuidadores revelam maiores dificuldades em prestar cuidados à medida que o tempo avança e a dependência se torna maior, já que a quantidade/intensidade do cuidado a prestar também aumenta.

A categoria *Falta de conhecimento da evolução do estado de saúde da pessoa idosa e/ou das técnicas cuidativas* foi referida por sete cuidadores como sendo um dos entraves na prestação de cuidados ao seu familiar idoso.

“[...] vejo que ela está aflita [...] como a extrema unção, vermelha e, eu não sei o que é que ela tem. [...] Isso incomoda!” (C 7).

“[...] foi complicado porque eu nunca tinha dado insulinas, nunca tinha dado essas coisas, estava sempre com medo [...] para mim foi uma depressão quase logo a seguir [...]” (C 5).

“Não sabemos como se agarra numa pessoa [...] porque normalmente há uma maneira de agarrar nas pessoas, para a gente não puxar tanto [...]” (C 2).

A este respeito, Paúl (1997), refere que o medo do desconhecido por parte do cuidador, revela-se em situações que vão desde a falta de habilidade no desempenho de cuidados complexos, o não conhecer o que esperar de uma situação de cuidado até ao não saber interpretar/avaliar uma circunstância em evolução (Braithwaite, 1992 citado por Paúl, 1997).

Estas foram situações vivenciadas pelos cuidadores do nosso estudo como podemos verificar a partir das expressões supra-citadas.

Vários estudos concluíram que a falta de conhecimentos do cuidador para lidar com situações de cuidado e a conseqüente falta de domínio dessas situações aumenta a sua sobrecarga (Moreira, 2001 e Monteiro e Terras, 2005).

A *Falta de colaboração da pessoa idosa na prestação de cuidados* foi referida por quase todos os cuidadores (12) como uma dificuldade à prestação de cuidados.

“Eu vou lá ao pé dele[...] com muitos carinhos, com muitos mimos e ele bate-me!...” (C 3).

“Às vezes ele também não compreende bem as coisas e, às vezes, a gente fica assim nervosa [...] quer que a gente lhe preste atenção logo no mesmo momento!” (C 1).

“Os primeiros dias foi um castigo para lhe meter a fralda, não a queria, berrava muito [...]” (C 8).

“[...] ela não colabora nada, nadinha [...] é como uma pessoa morta [...]” (C 6).

A partir das expressões supra-citadas corroboramos Monis *et al* (2005), quando referem que as alterações comportamentais da pessoa idosa, incluindo as condutas agressivas são percebidas pelos cuidadores como fonte de stress.

Por outro lado, o facto de os familiares idosos não colaborarem nos cuidados ou os cuidadores não conseguirem envolvê-los adequadamente, leva a situações de stress para estes.

A categoria *Isolamento social* foi referida pela quase totalidade dos cuidadores (12).

“[...] a gente fica mais deprimida [...] Porque já não posso fazer aquilo que fazia, já não posso ir onde queria ir [...]” (C 1).

“[...] é muito duro a gente estar aqui todos os dias [...] o meu [o marido], gostava que eu fosse com ele muitas vezes e, eu também não vou, fico aqui” (C 13).

“[...] a gente vê-se aqui presa, vê-se aqui desesperada [...]” (C 14).

Vários autores referem que o isolamento social imposto pelas responsabilidades de cuidar provoca no indivíduo um intenso conflito emocional, que alguns designam de sobrecarga social (Fernandes *et al*, 2002), já que este vê restringida a sua actividade social e de lazer (Paúl, 1997, Moreira 2001 e Rebelo, 1996).

A categoria *Recursos económicos insuficientes* foi referida por oito cuidadores⁵⁸.

“[...] para não faltar os medicamentos para ele e as coisas dele, às vezes, falta mais umas calças à minha filha [...]” (C 5).

“O que me agrava mais é que tenho uma despesa muito grande e, a reforma, às vezes, não dá!” (C 6).

⁵⁸ Nem todos os cuidadores que referiram anteriormente que a situação de cuidar do seu familiar idoso lhe aumentou as despesas, consideram ter recursos económicos insuficientes, o que pode estar relacionado com outras fontes de apoio económico, como veremos posteriormente.

Na realidade, para famílias de baixos rendimentos, cuidar de pessoas idosas dependentes constitui um encargo muito pesado porque, por um lado, uma pessoa idosa dependente representa simultaneamente um elemento que não contribui para o rendimento familiar, e também uma fonte de despesa e, por outro lado, como necessita de cuidados suplementares, impossibilita um ou mais elementos da família (normalmente a mulher, como verificamos anteriormente) de exercerem uma actividade remunerada no exterior.

Assim sendo, os recursos económicos existentes poderão revelar-se exíguos para a satisfação das necessidades familiares, tal como refere a cuidadora nº 5, o que está de acordo com o referido por Copstead e Patterson “há necessidade de fazer despesas para atender o idoso dependente ao ponto de privar os outros elementos de satisfazer necessidades, indispensáveis” (*ibid.*, 1988: 259).

Os recursos económicos são determinantes para a satisfação das necessidades da pessoa idosa dependente e do cuidador principal. A sua falta acarreta uma sobrecarga financeira com repercussões na saúde dos cuidadores (Moreira, 2001).

Relativamente à categoria *Conflito familiar*, seis cuidadores referiram que o facto de terem este tipo de conflitos agrava a sua tarefa de cuidadores.

“Ela é que manda. Mesmo assim ainda, tem aquele génio comigo! [...] responde-me mal, é do piorio!” (C 9).

“[...] ainda discuti com o meu marido por causa disso [...] não me convencia, eu ter que cuidar de uma sogra” (C 2).

“Nervosa, arreliada, vingava-me nos filhos, vingava-me no meu pai e, muitas vezes, o meu marido [...] tratava-o mal também [...]” (C 3).

O problema de olhar por uma pessoa idosa estende-se frequentemente ao conjunto da família levando muitas vezes, ao estabelecimento de conflitos entre o cuidador e seus familiares. Estes surgem sobretudo devido ao relativo fracasso em prestar cuidados suficientes e provocam no cuidador maior stress e pior saúde mental (Stawbridge e Wallhagen, 1991 citados por Paúl, 1997). Também Given e Given (1991, citados por Gonçalves *et al*, 2000), referem que a exigência de relações muito íntimas no momento de cuidar e ser cuidado exacerba conflitos prévios, como podemos verificar na expressão do cuidador nº 9.

Também Moreira (2001), refere que a tarefa de cuidar exige do cuidador estar por inteiro, passando os outros elementos da família a ocupar um plano secundário.

A categoria *Falta de outrém* foi referida por oito cuidadores.

“[...] eu chorava desesperada, porque eu não tinha mais ninguém que me apoiasse [...]” (C 3).

“Se eu tivesse uma pessoa que me ajudasse assim mais diariamente, não é? Porque eu, às vezes, também já não posso muito!” (C 1).

Esta falta de outrém verificava-se, quer ao nível do apoio emocional, quer ao nível do apoio para realizar as tarefas do cuidado.

Esta sobrecarga devido à situação de assumirem o cuidado sozinhos, foi igualmente verificada nos cuidadores de outros estudos da área (Cerqueira, 2005 e Andrade e Rodrigues, 1999).

A categoria *Idade do cuidador* foi identificada a partir do discurso de um cuidador.

“[...] de ano para ano noto uma grande falta de forças [...] a idade já não perdoa” (C 6).

Esta expressão pertence a um cônjuge cuidador do sexo masculino, também ele já idoso.

Lage (2005b), refere que embora na maior parte dos estudos a idade do cuidador não afecte de forma evidente o impacto do cuidado, compreende que esta se repercute negativamente ao nível da fadiga e baixo nível de energia.

Do atrás exposto, concluímos corroborando Monis *et al* (2005), que a sobrecarga do cuidador pode ser vista como um conceito multidimensional que abrange a esfera biopsicossocial e cultural e que resulta dum equilíbrio entre diversas variáveis: tempo disponível para o cuidado, recursos financeiros, condições psicológicas, físicas e sociais, atribuições e distribuição de papéis.

A categoria *Dificuldade em aceitar o papel de cuidador* foi identificada a partir dos discursos de três cuidadores.

“[...] a nível físico para mim, a nível psicológico, eu custou-me muito a aceitar o facto de estar a olhar por ela, porque ela tinha uma filha e eu acho que a obrigação era mais da filha [...] não me entrava na minha cabeça eu ter que cuidar de [...] uma sogra, eu acho que não me é nada [...]” (C 2).

“Eu não queria fazer nada para ela! [...] Agora tenho que gramar assim aqui. Que remédio tenho!” (C 9).

“[...] eles passaram a vida a ligar-me para eu vir tomar conta deles [...] E decidi vir, mas foi uma asneira que fiz em ter vindo [...]” (C 14).

Monis *et al.*, (2005), refere que a sobrecarga do cuidador é percebida em função de como é percebido o papel de cuidador. A este respeito Kramer (1993 citado por Lage, 2005b), refere que quando se observa a relação de parentesco entre o cuidador e a pessoa idosa, tal relação parece ter consequências, quer ao nível da adaptação ao papel de cuidador, quer na percepção da sobrecarga, na medida em que os cuidadores que têm com a pessoa cuidada uma relação de maior proximidade anterior ao aparecimento da dependência, referem menor sobrecarga do que aqueles cuja relação não é tão próxima. Esta realidade é constatada na expressão supracitada da cuidadora nº 2 que cuida da sogra.

Factores de alívio dos cuidadores principais

Ao interrogarmos os cuidadores sobre o que é que contribuía para aliviar a sua tarefa de cuidador obtivemos respostas que nos permitiram construir as seguintes categorias: *Relação de maior proximidade anterior ao aparecimento da dependência, Ter tempo para outro tipo de tarefas, Actos recreativos, Partilha de sentimentos, Ajuda de outrém, Conhecimento da evolução do estado de saúde da pessoa idosa e/ou das técnicas cuidativas, Disponibilidade de recursos económicos, Manutenção do emprego e Reconhecimento social* (Tabela nº 8).

Tabela nº 8- Factores de alívio dos cuidadores principais

Cuidadores	Relação de maior proximidade anterior ao aparecimento da dependência	Ter tempo para outro tipo de tarefas	Actos recreativos	Partilha de sentimentos	Ajuda de outrém	Conhecimento da evolução do estado de saúde da pessoa idosa e/ou das técnicas cuidativas	Disponibilidade de recursos económicos	Manutenção do emprego	Reconhecimento social
C 1			x	x	x	x			
C 2			x			x			
C 3	x		x	x	x	x	x		
C 4	x				x				
C 5	x	x	x		x				x
C 6	x	x		x	x	x			
C 7			x		x	x			x
C 8	x	x	x	x	x	x			
C 9		x	x		x		x		
C 10		x	x		x				x
C 11			x		x	x	x	x	x
C 12		x	x		x	x			
C 13	x	x	x		x	x			x
C 14		x	x		x	x	x		

Seis dos catorze cuidadores revelaram que o facto de terem com a pessoa idosa uma *Relação de maior proximidade anterior ao aparecimento da dependência*, permitiu-lhes encarar melhor o papel de cuidador.

“[...] sempre gostei de olhar por ela! [...] A gente viveu sempre quase junto uns com os outros [...]” (C 4).

“[...] eu antes a quero ter aqui, porque era a coisa que eu mais queria neste mundo [...]” (C 6).

Alguns autores afirmam que as actividades de cuidar na família se inserem num contexto histórico no que toca à interacção passada entre cuidador e pessoa cuidada (Monis *et al*, 2005), podendo a história passada de relacionamento mútuo influenciar a prestação de cuidados (Paúl, 1997). A este respeito, Kramer (1993 citado por Lage, 2005b), reportando-se ao caso dos cônjuges cuidadores, afirma que estes tendo com a pessoa cuidada uma relação de maior proximidade anterior ao aparecimento da dependência,

adaptam-se melhor ao papel de cuidador e percebem menor sobrecarga. Esta realidade é constatada na expressão supracitada do cónjuge cuidador nº 6.

O facto de *Ter tempo para outro tipo de tarefas* foi também referenciado por oito cuidadores como sendo algo que aliviava a tarefa do cuidar.

“[...] ao fim da semana que ela vai lá para ao pé dessa minha cunhada, quero dar assim uma limpeza mais a sério à minha casa [...] e até ando entretida a fazer essas coisas e, às vezes, até nem dou cabo tanto da cabeça [...]” (C 5).

“[...] ela dorme um bocadinho para aí até às três, quatro horas e eu estou aqui, a podar umas videiritas [...] para passar o tempo, distrair” (C 9).

“Tratar do quintal e dos animais, sinto mais aliviada!” (C 10).

Como podemos verificar a partir das expressões dos cuidadores o facto destes terem tempo para realizar outro tipo de tarefas, permite-lhes quebrar a monotonia da rotina diária do cuidado aos seus familiares idosos, aliviando-os do ambiente de isolamento proporcionado pela multiplicidade das tarefas diárias do cuidado.

A maioria dos cuidados (12) referiu que a possibilidade de realizarem *Actos recreativos*, os aliviava da tarefa de cuidar.

“[...] às vezes vou um bocadinho ao café [...] para espaiar um bocadinho, para aliviar um bocadinho o cérebro” (C 2).

“Para eu aliviar [...] vou fazer uma caminhada [...]” (C 7).

“[...] quando vou à missa [...] parece que fico mais aliviada [...]” (C 8).

De acordo com Moreira (2001), o lazer e a actividade social constituem aspectos extremamente importantes para a manutenção da intensidade física e mental do cuidador, evitando a sua saturação e exaustão, acrescentando ainda, que esses aspectos tornam o cuidador mais disponível para estar com o doente.

Assim, é importante que o cuidador disponha de tempo, para descansar e para si, de modo a evitar a sobrecarga física e psicológica.

A *Partilha de sentimentos* foi referida por quatro cuidadores como uma situação geradora de alívio.

“[...] às vezes ver outras pessoas, a gente conversa com elas e a gente fica assim mais, mais aliviada um pouco” (C 1).

“[...] a casa da minha prima, vou lá todos os dias [...] para conversar, senão também todo o dia aqui sem falar com ninguém, é chato!” (C 8).

“[...] a minha prima, a que é mais chegada [...] também tem o pai pregado numa cadeira de rodas [...] ajuda muito, conversamos [...] espalho assim muito com ela” (C 3).

A partir das expressões supracitadas podemos concluir corroborando Fernandes *et al* (2002), e Palma (1999), que os cuidadores sentindo-se encurralados pelas circunstâncias da prestação de cuidados, descobrem que falar a respeito da situação ajuda-os a clarificar sentimentos e aliviar a pressão acumulada.

Salientamos a importância da partilha de experiências com pessoas em situações de vida idênticas, como nos é referido na expressão supracitada da cuidadora nº 3.

A necessidade desta partilha de experiências idênticas foi também encontrada por Moreira (2001), ao analisar a experiência de cuidar vivenciada pela família do doente terminal em contexto familiar, tendo concluído que essa partilha contribuía para o alívio do sentimento de isolamento em que viviam os familiares cuidadores.

O facto de poderem contar com a *Ajuda de outrém* foi relatado por quase todos os cuidadores (13) como sendo uma mais valia na sua tarefa de cuidar.

“Em termos do Centro ajuda-me, em termos de comida, em termos de dar banho ao meu pai e em termos da pessoa que me vem aqui, que conversa comigo, que eu estou aqui muito acumulada disto [...] e ainda vem aqui uma pessoa fazer um dia por semana [...] e nesse dia é que eu vou fazer as compras a Vila Pouca [...] ” (C 3).

“[...] o meu marido também ajuda muito [...] Se eu estiver doente, que seja preciso levá-la ao quarto de banho, ele também a leva [...]” (C 13).

Das expressões supracitadas podemos concluir que a possibilidade de os cuidadores poderem contar com a ajuda de outrém, paga ou não paga, oriunda do apoio formal ou informal é considerada um factor de alívio para os cuidadores. Esta ajuda verifica-se, quer ao nível das tarefas do cuidado e tarefas domésticas, quer ao nível do apoio emocional ao cuidador. Nomeadamente, no caso da cuidadora nº 3, o facto de poder contar com a ajuda do serviço de apoio domiciliário e, ainda, com o apoio de outra pessoa que a substitui durante um dia, faz com que estes sejam momentos únicos para que possa sair, tratar de algum assunto pessoal e assim, lidar melhor com a situação de cansaço físico e emocional.

Também Fernandes *et al* (2002), referem a propósito da sobrecarga ou tensão manifestada pelos cuidadores informais, que se a estrutura familiar for sólida e houver entajuda, todos beneficiarão, principalmente o doente.

Concluindo, o facto de os cuidadores poderem contar com a ajuda de alguém, quer ao nível do apoio emocional, quer no apoio às tarefas diárias, alivia-os das exigências dos cuidados, melhorando a sua percepção de saúde e da qualidade de vida.

A categoria *Conhecimento da evolução do estado de saúde da pessoa idosa e/ou das técnicas cuidativas* foi referida por dez cuidadores.

“[...] deu cada vez em ter mais dificuldade em andar [...] Era aquilo que os médicos também diziam, vinha a deixar de andar, depois veio a deixar de conhecer e de falar [...] eu já sabia, então tenho que lidar com paciência e com carinho e com amor para ela [...]” (C 6).

“[...] ela [a psicóloga] pôs-me a par como é que eu havia de fazer para eu estar melhor e ele também [...]” (C 3).

“[...] quando a gente começa é de uma maneira, agora já estamos tão habituados que faz-se com mais facilidade por exemplo, para a levar à casa de banho já não me custa nada [...]” (C 13).

A partir da expressão do cuidador nº 6 podemos concluir que a formação ministrada pelos profissionais de saúde (médicos e enfermeiros), aos cuidadores, sobre a doença da pessoa cuidada (evolução, sintomatologia, etc), contribui para que estes se preparem atempadamente para a evolução da situação clínica e prestem cuidados adequados às necessidades das pessoas cuidadas em cada fase evolutiva da doença.

A respeito da aprendizagem das técnicas cuidativas, Palma (1999), refere que o conhecimento e as capacidades dos prestadores de cuidados informais acerca de técnicas de cuidados diminuem o seu esforço físico. Esta realidade é constatada na expressão supracitada da cuidadora nº 13.

A educação dos cuidadores através de programas educativos estruturados é uma das formas destes aumentarem os seus conhecimentos para prestar cuidados. Greene e Monahan (1989 citados por Paúl, 1997), relatam a experiência positiva da implementação de um programa de apoio e educação destinado às famílias com pessoas idosas dependentes a seu cargo, desenvolvido por profissionais e que assentava entre outras áreas, na aprendizagem de técnicas e informações úteis. Referem que os resultados foram significativos na redução da ansiedade, depressão e sentido de sobrecarga dos cuidadores (*ibid.*).

A categoria *Disponibilidade de recursos económicos* foi referida por quatro dos catorze cuidadores.

“A nível económico, graças a Deus, o dinheiro do meu pai chega [...]” (C 3).

“[...] o que ela recebe dá para os cuidados dela [...] não lhe falta nada do essencial [...]” (C 11).

O rendimento familiar é considerado significativo na medida em que pode aliviar a sobrecarga mediante o tipo de apoios que se podem adquirir, pois como já vimos anteriormente, o assumir o cuidado de uma pessoa dependente e com problemas de saúde pressupõe gastos adicionais.

A *Manutenção do emprego* foi referida apenas por uma cuidadora como sendo uma das formas de aliviar da sua tarefa de cuidar. De salientar que esta cuidadora era a única que se encontrava profissionalmente activa à data da entrevista.

“[...] o trabalho é o principal! [...] É um mundo diferente [...] e depois dá-se uma palavra aqui, dá-se uma palavra acolá e lá se passa o tempo” (C 11).

Nesta expressão podemos verificar que a cuidadora percebe o seu trabalho extra-familiar como um elemento de equilíbrio pessoal.

A sobreposição dos papéis familiar e laboral é uma variável, cuja influência na sobrecarga dos cuidadores não reúne consenso entre os diversos autores. Carrero (2002 citado por Lage, 2005b), refere-se a essa sobreposição como causa de impacto negativo na saúde e bem-estar dos cuidadores, enquanto Lage (2005b), e Brito (2002), chegaram a resultados idênticos aos nossos, concluindo que ao ser profissionalmente activo, o cuidador liberta-se do isolamento a que está votado, mantendo a sua vida social, implicando assim um menor impacto negativo do cuidado.

Moreira (2001), acrescenta ainda que a manutenção do emprego permite ao cuidador preservar outra identidade para além de cuidador, o que o ajuda a manter a qualidade de vida, sendo esta uma questão relevante para a disponibilidade para o seu familiar.

Scharlach Sobel e Roberts (1991 citados por Paúl, 1997), referem que a flexibilidade do emprego e o reajustamento dos papéis entre os diversos membros da família são a pedra de toque para a diminuição de interferência na carreira profissional para além de favorecer a produtividade. Esta é a situação da cuidadora supracitada que usufrui, dum horário de trabalho nocturno compatível com o papel de cuidadora e na sua ausência a idosa dependente fica ao encargo dum filho com o qual coabita.

O *Reconhecimento social* foi referido por cinco cuidadores como sendo uma motivação para continuar a cuidar do seu familiar idoso.

«[...] já me disseram, o médico e várias pessoas: “Ela ainda está aqui porque está a ser bem tratada!” É importante para mim [...]» (C 7).

“[...] Reconhecem muitos da aldeia e dizem que não há aqui nenhuma senhora tão estimada como a mãe! É um elogio que tenho [...]” (C 13).

O elogio e o reconhecimento social do trabalho dos cuidadores funcionaram como poderosos incentivos para estes continuarem a desempenhar a sua tarefa de cuidar. A este respeito Quaresma (1996 citado por Lage 2005b), refere que o reconhecimento social e familiar pelo cuidado prestado motivam o cuidador a assumir o seu papel.

Benefícios

Os cuidadores referiram alguns benefícios da tarefa de cuidar do seu familiar idoso, que nos permitiram construir as categorias: *Psicológicos* e *Sócio-afectivos* (Tabela nº 9)

Tabela nº 9- Benefícios advêm para os cuidadores principais da tarefa de cuidar da pessoa idosa dependente

Cuidadores	Psicológicos				Sócio-afectivos		
	Tranquilidade pela pessoa idosa estar bem cuidada	Satisfação pessoal	Sentimento de realização pessoal	Desenvolvimento de competências e habilidades para cuidar/aprender com a experiência	Oportunidade de ser um modelo a seguir para os filhos	Reforço dos laços afectivos a nível familiar	Ter a companhia da pessoa idosa
C 1	x			x		x	
C 2					x		
C 3	x		x	x		x	
C 4		x				x	x
C 5				x		x	
C 6				x		x	x
C 7				x		x	
C 8				x		x	
C 9							
C 10	x					x	
C 11		x		x		x	
C 12		x				x	x
C 13	x	x	x	x		x	x
C 14						x	

Ao nível dos benefícios *Psicológicos* surgiram as seguintes subcategorias: *Tranquilidade pela pessoa idosa estar bem cuidada*, *Satisfação pessoal*, *Sentimento de realização pessoal*, e *Desenvolvimento de competências e habilidades para cuidar/aprender com a experiência*.

A subcategoria *Tranquilidade pela pessoa idosa estar bem cuidada* foi referida por quatro cuidadores como sendo um dos benefícios da prestação de cuidados.

“Estão melhor em casa [...] para mim é bom, descanso mais” (C 10).

“É muito importante porque sigo-a no dia-a-dia, vejo o que ela faz, vejo o que ela come, vejo como ela está, vejo tudo [...]” (C 13).

Com base nestas expressões concluímos que o familiar idoso em casa proporciona aos cuidadores, tranquilidade por poderem prestar bons cuidados. A importância do familiar idoso estar bem tratado poderá relacionar-se com a necessidade de dar visibilidade à sua actividade, sendo este o elemento capaz de comunicar com o exterior e de valorizar a sua actividade.

Vários estudos chegaram a conclusões idênticas acerca da importância para o cuidador que a pessoa idosa estivesse bem tratada (Mendonça *et al*, 2000 e Rebelo, 1996).

A subcategoria *Satisfação pessoal* foi referida por quatro cuidadores.

“[...] eu estar com ela [...] estou mais contente [...]” (C 12).

“[...] para mim é muito gratificante também e vejo que ela está feliz!” (C 13).

As expressões evidenciam que os cuidadores se sentem satisfeitos com a sua capacidade de ajudar o seu familiar idoso.

Na perspectiva de Paúl (1997), a felicidade que advém de tornar mais doce o fim de vida de quem nos é querido, a recompensa, a gratificação e o sentido de utilidade são razões de sobra para tornar positiva a eventual sobrecarga e desgaste físico que a prestação de cuidados a uma pessoa idosa acarreta.

A satisfação pessoal do cuidador pelo cuidado prestado é ainda corroborada por outros autores (Dobrof, 1997; Marote *et al*, 2005; Costa e Silva, 2000 e Del Rey e Alvear, 2000).

O *Sentimento de realização pessoal* foi referido por apenas dois cuidadores.

“Acho reconfortante, um dia uma pessoa diz assim: Olha, não lhe pude fazer mais! [...] Fiz tudo o que pude [...]” (C 3).

“É minha mãe, faço tudo o que eu puder! E quando ela faltar não tenho remorsos daquilo que havia de fazer e não fiz!” (C 13).

O facto dos cuidadores estarem a fazer o que podem, como podemos constatar a partir das expressões supracitadas, ajuda a manter a integridade da família e previne sentimentos de culpa pelo que não fizeram, contribuindo assim para um processo de luto mais saudável. Estes resultados foram também encontrados por Moreira (2001), no seu estudo com cuidadores de doentes terminais em contexto familiar.

A subcategoria *Desenvolvimento de competências e habilidades para cuidar/aprender com a experiência* foi referida por oito cuidadores.

“Tem sempre benefícios, porque nós aprendemos algumas coisas [...]” (C 5).

“[...] estamos sempre a aprender [...] quando a gente começa é de uma maneira, agora já estamos tão habituados que faz-se com mais facilidade, por exemplo para a levar à casa de banho, já não me custa nada [...]” (C 13).

A aprendizagem dos cuidadores pela experiência vai de encontro ao defendido por Benjumea (2004), e Del Rey e Alvear (2000), que asseguram ser esta uma das formas de amadurecerem e crescerem pessoalmente.

Ao nível dos benefícios *Sócio-afectivos*, emergiram as seguintes subcategorias: *Oportunidade de ser um modelo a seguir para os filhos*, *Reforço dos laços afectivos a nível familiar* e *Ter a companhia da pessoa idosa*.

A subcategoria *Oportunidade de ser um modelo a seguir para os filhos* foi referida apenas por uma cuidadora.

“[...] a gente cuidar deles é uma coisa boa, porque daqui a amanhã queremos que nos façam a nós, o que nós estamos a fazer a eles! [...] Costuma-se dizer: filho és, pai serás! Conforme o fizerdes, assim o acharás!” (C 2).

Esta cuidadora vê no seu papel uma oportunidade de servir de exemplo para os filhos, que a poderão seguir no futuro.

A subcategoria *Reforço dos laços afectivos a nível familiar* foi referida por quase todos os cuidadores (12).

“[...] começou a vir aqui a minha prima e ajudava-me muito [...] está aqui horas, brinca com o menino e conversamos no que se passa [...]” (C 3).

“[...] quando ela faltar vai-me custar muito, porque eu gosto muito dela! [...] e o meu marido é muito amigo dela e ela dele [...]” (C 13).

Os cuidadores expressam que as relações afectivas no seio da família ficaram mais fortes após o cuidado do seu familiar idoso. Na opinião de Paúl (1997), a situação do

cuidado também integra aspectos positivos gerados pela solidariedade, proximidade e intimidade compensando, por vezes, anos passados de falta de proximidade.

Este reforço dos laços afectivos foi igualmente encontrado noutros cuidadores de outros estudos da área (Strawbridge e Walhagen, 1991 citados por Paúl, 1997; Moreira, 2001 e Imaginário, 2004).

Finalmente, a subcategoria *Ter a companhia da pessoa idosa* foi referida por quatro cuidadores com uma das vantagens da prestação de cuidados.

“Enquanto estiver aqui, ainda a vejo aqui a toda a hora” (C 6).

“[...] é um conforto eu também estar com ela [...]” (C 12).

Estas expressões pertencem a dois cuidadores cônjuges do sexo masculino que vivem sozinhos com a esposa cuidada, sendo esta a sua companhia.

Ao fazermos uma avaliação geral das repercussões do processo de cuidar no cuidador principal, concluímos que estes referenciaram mais repercussões negativas do que benefícios, o que vai de encontro à maioria da literatura nesta área, que aborda essencialmente os aspectos negativos da prestação de cuidados no cuidador principal. Demonstraram inclusive alguma renitência na identificação das vantagens do cuidado aquando da entrevista.

1.2.5- Necessidades/dificuldades dos cuidadores principais e apoios de que dispõem os cuidadores principais e as pessoas idosas dependentes

De acordo com Palma (1999), o bem-estar da pessoa idosa dependente depende do bem estar daqueles que se encarregam de cuidar. Assim, é fundamental ir ao encontro das necessidades do cuidador, pois a não satisfação destas é um factor precipitante de não aceitação do doente em casa por parte do cuidador (Cerqueira, 2005). Neste contexto, quisemos saber junto dos cuidadores quais as maiores necessidades que sentiam para prestar cuidados e quais os apoios de que dispunham para fazer face a essas necessidades.

Para uma melhor compreensão das respostas dos cuidadores dividimos a temática nos seguintes sub-temas: Dificuldades, Necessidades, Apoios informais de que dispõem as pessoas idosas dependentes e os cuidadores principais e Apoios formais de que dispõem as pessoas idosas dependentes e os cuidadores principais.

Dificuldades

Corroborando Palma consideramos problema como “[...] algo que impede ou dificulta a prestação de cuidados informais ao idoso” (Palma, 1999: 28).

As dificuldades referidas pelos cuidadores centram-se em torno das categorias: *Dificuldades na prestação de cuidados*, *Dificuldades emocionais*, *Apoio sócio-económico insuficiente* e *Apoio insuficiente para cuidar da pessoa idosa no domicílio* (Tabela nº 10).

Tabela nº 10- Dificuldades sentidas pelos cuidadores principais na prestação de cuidados à pessoa idosa dependente no domicílio

Cuidadores	Dificuldades na prestação de cuidados			Dificuldades emocionais	Apoio sócio-económico insuficiente		Apoio insuficiente para cuidar da pessoa idosa no domicílio		
	Físicos	Técnicos	Expressivos		Ajudas técnicas e/ou apoio económico dos serviços sociais	Remuneração pelo trabalho	Ajuda de outrem	Médico	Enfermagem
C 1	x		x	x	x		x		
C 2	x		x	x	x	x	x	x	x
C 3	x	x	x		x	x	x		
C 4	x				x				
C 5	x	x	x	x	x	x	x		x
C 6	x		x		x			x	
C 7	x		x	x	x		x	x	x
C 8	x				x	x		x	
C 9	x		x	x	x		x		
C 10	x				x		x		
C 11			x						
C 12	x		x		x		x		
C 13	x			x	x	x	x		
C 14	x		x	x	x		x		

Dentro da categoria *Dificuldades na prestação de cuidados* emergiram as subcategorias: *Físicos*, *Técnicos* e *Expressivos*.

A grande maioria dos cuidadores (13) referiu dificuldades na prestação de cuidados *Físicos*.

“[...] ela tem um corpo muito tenso [...] é muito complicado mudá-la para mim sozinha [...] depois não tenho força” (C 1).

“Tinha muita dificuldade, ficava chocada quando lhe dava de comer na sonda [...]” (C 7).

“[...] quando ela veio do hospital [...] tinha muita dificuldade para a levantar e para a lavar” (C 13).

“[...] ela tem vezes também está toda mijadinha, até lhe vem para a roupa e tudo e, quando a roupa está mijada, o salva camas também está, mais dificuldade eu tenho em mudá-la [...]” (C 6).

Como podemos analisar a partir das expressões supracitadas, os cuidadores revelaram dificuldade em satisfazer as necessidades físicas dos seus familiares idosos, nomeadamente as necessidades relacionadas com a mobilização, alimentação, higiene e eliminação devido sobretudo ao esforço despendido, à frequência da sua realização e à natureza do cuidado (como é o caso da cuidadora nº 7 que revelava dificuldade em alimentar a sua mãe através do uso da sonda).

Os problemas de dependência na eliminação intestinal e vesical e na alimentação podem surgir devido a alterações fisiológicas próprias do envelhecimento, e em consequência de algumas doenças crónicas. Tendo as pessoas idosas do nosso estudo várias doenças crónicas, como por exemplo as demências e as sequelas de AVC, exigem um esforço físico e psicológico acrescido por parte dos cuidadores, devido ao elevado grau de dependência nas AVD e elevado grau de deterioração intelectual como já vimos anteriormente na avaliação funcional.

A dificuldade em satisfazer as necessidades físicas dos idosos é igualmente apontada pelos prestadores de cuidados de outros estudos (Palma, 1999; Almeida *et al*, 2005 e Sotto Mayor *et al*, 2006). Os nossos resultados assemelham-se aos obtidos por Palma (1999), no seu estudo com cuidadores familiares de pessoas idosas dependentes, já que estes também consideravam os cuidados de alimentação, de higiene e de vestir o familiar idoso como actividades difíceis devido ao tempo gasto com elas, ao esforço despendido e à frequência com que as realizavam.

Dos catorze cuidadores, dois referiram dificuldade na prestação de cuidados *Técnicos*.

“[...] foi complicado porque eu nunca tinha dado insulinas [...] estava sempre com medo [...]” (C 5).

“[...] na nádega, começou assim a esfolar e não sabia como é que havia de fazer [...] podia derivar a uma ferida maior...” (C 3).

Os cuidadores revelaram dificuldades na administração da terapêutica e na execução de pensos, por serem situações novas para as quais não estavam preparados.

Dos catorze cuidadores, dez revelaram também dificuldade na prestação de cuidados *Expressivos*.

“É difícil aturar velhos! [...] Ela é muito exigente!” (C 14).

“[...] O que estou ali a fazer? Ela não me diz nada e eu muda estou [...]” (C 7).

“Conversar com ela, não adianta conversar, percebê-la, ela não fala para ninguém [...] Não reage [...]” (C 2).

“O meu pai não se distrai [...] nem à televisão liga nenhuma!” (C 14).

Como verificamos a partir das citações supracitadas os cuidadores revelam dificuldade na prestação de cuidados expressivos quer ao nível afectivo, nomeadamente dificuldade na satisfação da vontade do familiar idoso (cuidadora nº 14) e no companheirismo ou solidariedade pela presença (cuidadora nº 7), quer ao nível social como por exemplo, na comunicação com o familiar idoso (cuidadora nº 2) e na sua distração (cuidadora nº 14).

A dificuldade em prestar cuidados expressivos pode dever-se às alterações cognitivas presentes na maioria das pessoas idosas dependentes como já vimos anteriormente.

Também Almeida *et al* (2005), ao estudar a transição do doente dependente para a família verificou que a díade doente dependente/cuidador principal manifestou dificuldades que se prendiam com aspectos de companheirismo devido à falta de tempo do cuidador para dar a atenção devida ao seu familiar idoso.

A categoria *Dificuldades emocionais* foi referida por sete cuidadores⁵⁹.

“[...] estou assim um bocado em baixo [...] há dias que eu fico mesmo de rastos [...]” (C 7).

“[...] tenho vindo a melhorar, mas de vez em quando há uma recaída quando me envolvo mais com certas situações [...]” (C 5).

⁵⁹ Nem todos os cuidadores que haviam referido ter vivenciado repercussões psicológicas negativas como uma das repercussões do cuidado, referiram nesta questão apresentar dificuldades emocionais, isto porque com o decorrer do tempo foram estabilizando e desenvolvendo a sua capacidade emocional como veremos posteriormente.

“Muitas vezes a gente diz escusava de estar a acontecer, não é? Porque a gente podia ter uma vida boa e não tem!” (C 2).

Este tipo de dificuldades foi igualmente relatado por outros cuidadores em estudos da área (Cerqueira, 2005 e Rebelo, 1996).

Dentro da categoria *Apoio sócio-económico insuficiente* emergiram as seguintes subcategorias: *Ajudas técnicas e/ou apoio económico dos serviços sociais*, e *Remuneração pelo trabalho*.

A subcategoria *Ajudas técnicas e/ou apoio económico dos serviços sociais* foi referida por quase todos cuidadores (13), que consideraram as ajudas técnicas e/ou o apoio económico dos serviços sociais insuficiente para satisfazer as necessidades, quer do seu familiar idoso, quer as suas próprias.

“[...] da assistência social, se fosse uma cama de molas não me davam [...]” (C 10).

“Pedi uma cadeira de rodas à dona Augusta [...] porque quando foi na altura ainda pedimos à Segurança Social, mas eles demoram [...] estão sei lá quantas pessoas à espera de uma cadeira de rodas” (C 5).

“[...] o dinheiro não é suficiente [...] a segurança social não dá mais [...] Eles acham que é o suficiente [...]” (C 2).

“[...] quanto foi para as fraldas, fomos ali à Assistência Social de Vila Pouca e eles disseram-me que não, que não valia a pena meter os papéis porque não dava” (C 1).

“[...] não lhe deram, essa tal pensão de grande inválido [...]” (C 12).

“[...] se a minha reforma ganhasse aí mais cinquenta contos por mês, tinha uma vida melhor [...]” (C 6).

A partir das expressões supracitadas concluímos que os cuidadores consideram que os serviços sociais não os apoiam suficientemente no empréstimo de ajudas técnicas devido à grande procura por parte dos familiares. A agravar esta realidade, todas as pessoas idosas em estudo eram dependentes e um grande número era totalmente dependente, necessitando de várias ajudas técnicas por um longo período.

Também Cerqueira (2005), constatou no seu estudo com cuidadores do doente paliativo, que estes referiam que os seus doentes necessitavam da cama articulada, andador, colchão anti-escaras, entre outros, que não eram fornecidos pelos serviços que disponibilizavam para empréstimo.

Os cuidadores referem ainda que os serviços sociais não os apoiam suficientemente ao nível económico, quer ao nível das reformas, quer ao nível dos subsídios de ajuda como por exemplo o complemento por dependência (cuidador nº 12). A necessidade dum maior apoio económico está relacionada, muitas vezes, com o facto de os cuidadores necessitarem de recorrer aos seus rendimentos para fazer face às despesas com a pessoa idosa, uma vez que as pessoas idosas usufruem de uma baixa pensão de reforma⁶⁰ (como se pode analisar a partir de expressões do cuidador nº 6). Na base destas situações está também muitas vezes, o desconhecimento dos benefícios sociais disponíveis.

As dificuldades económicas e/ou necessidades de maior apoio económico foram apontadas como prioritárias pelos prestadores de cuidados informais em vários estudos (Mendonça *et al*, 2000; Palma, 1999; Andrade e Rodrigues, 1999; Marote *et al*, 2005; Almeida *et al*, 2005; Imaginário, 2004; Veríssimo e Moreira, 2004 e Cerqueira, 2005). Destacamos o estudo de Palma (1999), no qual os cuidadores referiram necessidades económicas para obter recursos materiais (fraldas e ajudas técnicas) e recursos humanos (ajuda de outros durante a prestação de cuidados) que facilitassem a prestação de cuidados aos seus familiares idosos.

Copstead e Patterson (1988), também referem que o dinheiro serve para contratar pessoal auxiliar para que o prestador de cuidados possa descansar e pagar serviços e materiais diversos.

Relativamente à subcategoria *Remuneração pelo trabalho*, esta foi referida por cinco cuidadores.

“A Segurança Social diz que nós, porque somos familiares temos obrigação e por isso não nos pagam nada. Acho mal [...]” (C 5).

“[...] na Segurança Social [...] pelo trabalho que a gente leva, eles dão catorze contos, parece-me pouco [...]” (C 3).

«[...] o meu irmão disse-me: “Dou-te cinquenta contos por cada mês” [...] se ganhasse aquele já era bom! [...] Faz um ano no Natal que ele nunca mais me telefonou» (C 13).

⁶⁰ As pensões de reforma no caso das pessoas idosas do nosso estudo que provêm dum meio rural em que a actividade que desenvolveram ao longo da vida esteve ligada à agricultura (como verificamos aquando da análise dos dados do questionário referentes a esta questão) são insuficientes para assegurar as necessidades básicas e garantir uma subsistência digna. Em suma, os rendimentos das pessoas idosas do nosso estudo provêm de magras reformas estabelecidas em grande parte pelas suas baixas qualificações na vida activa.

A partir das expressões supracitadas concluímos que os cuidadores consideram que deveriam ser remunerados pela Segurança Social (cuidadores nº 5 e nº 3) ou pelos familiares (cuidador nº 13). Destacamos a expressão da cuidadora nº 3 que refere que a Segurança Social remunera mal os cuidadores pelo trabalho que desempenham, contudo a referência que faz aos catorze contos diz respeito ao complemento por dependência, sendo esta expressão um exemplo do desconhecimento notável sobre a informação disponível e sobre os recursos existentes.

A expressão da recompensa financeira como uma das necessidades dos cuidadores, para além de recolocar a questão das repercussões ao nível profissional, e de serem cuidadores com um nível de rendimento económico baixo, parece-nos apelar para a questão da valorização da sua actividade, inserida numa lógica de mercado em que é valorizado o trabalho que tem uma remuneração e o que não é remunerado, não é considerado trabalho.

Também Mendonça *et al* (2000), e Rebelo (1996), concluíram nos seus estudos que os prestadores de cuidados informais sentiam necessidade de serem remunerados pelo trabalho (15,4% e 62,5% dos cuidadores respectivamente).

Relativamente à categoria *Apoio insuficiente para cuidar da pessoa idosa no domicílio*, os discursos dos cuidadores centraram-se em torno de três subcategorias: *Ajuda de outrém, Médico e Enfermagem*.

Relativamente à subcategoria *Ajuda de outrém* esta foi referida por dez cuidadores que consideravam o apoio recebido de outras pessoas insuficiente para cuidar do seu familiar idoso.

“[...] as pessoas de fora também não estão sempre disponíveis [...] Eu precisava de alguém [...]” (C 14).

“[...] hei-de ir ali à casa do povo ver se ajeitam alguma pessoa para fazer o mais necessário, assim para lhe dar banho a ela e, às vezes, arrumar-me a cozinha [...] Porque eu já me falta o melhor, não tenho força” (C 9).

“[...] a minha irmã nunca me disse, vai para onde tu quiseres que eu fico com a mãe. Nunca!” (C 13).

“[...] eu chorava desesperada, porque eu não tinha mais ninguém que me apoiasse, não tinha mais ninguém que me dissesse nada [...]” (C 3).

A partir das expressões supracitadas podemos concluir, que apesar dos cuidadores já receberem ajuda de outros nos cuidados que prestam à pessoa idosa (tal como iremos ver

posteriormente aquando da abordagem dos apoios disponíveis), essa ajuda é pontual e insuficiente. Referem necessitar de mais ajuda ao nível dos apoios informais e apoios formais (como por exemplo o apoio domiciliário, no caso do cuidador nº 9), sendo essa ajuda necessária para a realização das tarefas do cuidado, para os substituírem afim de disporem de mais tempo para si mesmos e para os apoiar emocionalmente.

A falta de ajuda de outrém no âmbito das tarefas encontra-se implícita na idade avançada do cuidador e, por conseguinte nos problemas de saúde que apresentam, tal como foi também verificado por Almeida *et al* (2005), no seu estudo com cuidadores familiares de doentes dependentes.

A falta de ajuda de outras pessoas para a prestação de cuidados à pessoa idosa, é também uma das dificuldades apontadas pelos prestadores de cuidados em vários estudos (Mendonça *et al*, 2000; Rodríguez *et al*, 2001; Palma, 1999; Marote *et al*, 2005; Almeida *et al*, 2005; Imaginário, 2004; Veríssimo e Moreira, 2004).

A subcategoria *Médico* foi referida por quatro cuidadores que consideram o apoio médico insuficiente para cuidar do seu familiar idoso no domicílio.

«[...] eu fui lá marcar a consulta ao domicílio [...] e ele só passado três ou quatro dias é que queria vir [...] chegou cá nem a tensão lhe mediu, veja lá, tal é o médico que nem a tensão lhe mediu [...] só olhou para ela, diz ele: “Não há nada a fazer...”» (C 2).

“[...] para arranjar uma consulta ao domicilio foi muito complicado!” (C 7).

De acordo com Mendonça *et al* (2000), a prestação de cuidados pelos profissionais de saúde foi no passado relevante, sendo as visitas domiciliárias uma actividade importante da actividade médica, nos últimos anos tem-se vindo a assistir à sua diminuição progressiva, podendo esta resultar de vários factores: mudanças sociais, melhor acessibilidade aos serviços de saúde quer públicos, quer privados, diminuição da incidência e duração de situações agudas e avanços tecnológicos, que levam a que as situações graves sejam alvo de internamentos hospitalares.

O mesmo autor ao estudar as necessidades dos prestadores informais de cuidados de saúde conclui que estes referiram como necessidades o acesso rápido e facilitado às consultas para o doente e para o próprio, o apoio dos serviços de saúde para prestar cuidados ao dependente e acompanhá-lo em tempo parcial e ainda, facilidades para o seu internamento (*ibid.*).

A subcategoria *Enfermagem* foi referida por três cuidadores que consideram os cuidados de enfermagem no domicílio insuficientes para cuidar do seu familiar idoso.

“[...] estas pessoas assim [...] haviam de estar no hospital a ser tratadas [...] uma ferida conforme ela tem, eu acho que até havia de ser vista, se calhar até mais, dia sim e dia não [...] E lá sempre viriam melhor [...] mesmo que ela tivesse uma sonda, eles se lha tivessem metido, ela bebia muito mais líquidos [...]” (C 2).

“[...] ela está agora como a extrema unção, vermelha e eu não sei o que é que ela tem [...] as enfermeiras já viram isso, mas ninguém me diz nada [...]” (C 7).

Da análise das expressões supracitadas concluímos que os cuidadores consideram que deveriam ser mais apoiados pelos profissionais de enfermagem, quer ao nível da prestação de cuidados ao seu familiar idoso (justificando que este necessitava duma vigilância mais apertada que só poderia ser realizada em meio hospitalar), quer ao nível do esclarecimento de dúvidas/orientação para cuidar.

A intervenção dos técnicos de saúde junto do cuidador principal proporciona uma ajuda indirecta à pessoa idosa dependente, através de melhorias no desempenho e envolvimento do cuidador principal. A este respeito, Moreira (2001), ao estudar a experiência do cuidar vivenciada pela família do doente terminal em contexto familiar, concluiu que os cuidadores enfatizavam a necessidade de um apoio domiciliário de enfermagem diariamente, incluindo aos fins de semana. Concluiu ainda que, vivendo os cuidadores o papel de principais dadores de cuidados, tinham necessariamente que ser receptores de cuidados (*ibid.*).

A necessidade de uma maior orientação/apoio dos serviços de saúde foi igualmente invocada pelos prestadores de cuidados informais noutros estudos (Cerqueira, 2005; Veríssimo e Moreira, 2004; Andrade e Rodrigues, 1999 e Imaginário, 2004).

Necessidades

Corroborando Palma (1999), consideramos necessidade quando o cuidador tem falta de algo essencial, um vazio a preencher, representando o necessário para remediar um problema identificado.

À pergunta sobre as necessidades sentidas na prestação de cuidados à pessoa idosa dependente, os cuidadores principais centraram as suas respostas em torno de três categorias: *Necessidades de informação/formação*, *Necessidades pessoais* e *Necessidades ao nível das condições habitacionais* (Tabela nº 11).

Tabela nº 11- Necessidades sentidas pelos cuidadores principais na prestação de cuidados à pessoa idosa dependente no domicílio

Cuidadores	Necessidades de informação/formação						Necessidades pessoais		Necessidades ao nível das condições habitacionais
	Conhecimentos específicos das patologias da pessoa idosa	Cuidados de eliminação	Cuidados de higiene	Cuidados de mobilização/actividade física	Execução de pensos	Formas de relacionamento/comunicação com a pessoa idosa	Descansar e/ou lazer	Ter saúde para cuidar	Espaço e/ou segurança
C 1	x						x		
C 2	x	x	x	x	x		x		
C 3	x				x		x	x	
C 4	x								
C 5				x		x	x		x
C 6	x							x	
C 7	x	x					x	x	
C 8							x	x	
C 9							x		x
C 10							x		
C 11							x	x	
C 12									
C 13							x		
C 14		x					x	x	x

Relativamente à categoria *Necessidades de informação/formação*, esta engloba as seguintes subcategorias: *Conhecimentos específicos das patologias da pessoa idosa*, *Cuidados de eliminação*, *Cuidados de higiene*, *Cuidados de mobilização/actividade física*, *Execução de pensos* e *Formas de relacionamento/comunicação com a pessoa idosa*.

A subcategoria *Conhecimentos específicos das patologias da pessoa idosa* foi referida por seis cuidadores.

“[...] onde é que eu também estou em dúvida é se ele tem tosse ou se tem as vistas vermelhas [...] se lhe dói alguma coisa [...] se são coisas que já aparece assim derivados à própria doença, se são coisas que já não adianta andar com ele em hospitais [...]” (C 3).

“[...] na doença não tenho conhecimento nenhum [...] eu sei lá de que é aquela, diz que é Alzheimer [...]” (C 6).

Tal como noutros estudos os cuidadores manifestaram necessidades cognitivas, concretamente de informação sobre as patologias da pessoa cuidada - evolução da doença (Moreira, 2001 e Palma, 1999). No estudo de Rebelo (1996), os prestadores de cuidados informais a idosos com 80 e mais anos, revelaram que as necessidades de formação/informação sobre a situação de saúde do idoso tinham como objectivo compreender a situação para diminuir as preocupações decorrentes da situação física e psíquica dos seus familiares.

Dos catorze cuidadores, três referiram necessidades de informação/formação ao nível da prestação de *Cuidados de eliminação* ao seu familiar idoso.

“[...] nunca tinha posto nenhuma fralda em nenhuma pessoa adulta [...] se eu tivesse tido umas instruções como é que havia de fazer [...]” (C 14).

“Os intestinos, por exemplo, a mim incomoda-me aquilo, porque estou a ver que daqui a pouco, ela não faz de jeito nenhum e ninguém me diz o que devo fazer [...]” (C 7).

Os problemas de dependência na eliminação intestinal e vesical podem surgir devido a alterações fisiológicas do envelhecimento, e em consequência de algumas doenças crónicas.

Berger e Mailloux-Poirier (1995), dizem que a satisfação das necessidades de eliminação constituem um grande desafio, não só para as pessoas idosas como para os familiares e enfermeiros.

Dos catorze cuidadores, apenas um referiu necessidades de informação/formação ao nível da prestação de *Cuidados de higiene* à pessoa idosa dependente.

“[...] a limpá-la conforme ela está algaliada, eu tenho medo [...] A gente não sabe como há-de limpar [...]” (C 2).

Dos catorze cuidadores, dois revelaram necessidades de informação/formação ao nível da prestação de *Cuidados de mobilização/actividade física* ao seu familiar idoso.

“[...] havíamos de ter um bocadinho de formação [...] Porque, nós fazemos aquilo que achamos que sabemos fazer, mas não é o suficiente [...] Porque normalmente há uma maneira de agarrar nas pessoas para a gente não puxar tanto [...]” (C 2).

“[...] devia haver mesmo cursos para como a gente mexer com eles [...]” (C 5).

Também Cerqueira (2005), concluiu no seu estudo com cuidadores do doente paliativo, que estes revelavam falta de conhecimentos sobre a execução de cuidados de higiene e cuidados de mobilização.

Dos catorze cuidadores, dois revelaram necessidades de informação/formação ao nível da *Execução de pensos* ao seu familiar idoso.

“[...] às vezes deixa transbordar o líquido que sai da ferida e passa para a fralda [...] a gente se tivesse essa informação, sobre como havia de pôr os pensos [...]” (C 2).

“[...] ele tem aqui uma pelesinha que apareceu ali na nádega, começou assim a esfolar e não sabia como é que havia de fazer [...]” (C 3).

Dos catorze cuidadores apenas um referiu ter necessidades de informação/formação ao nível das *Formas de relacionamento/comunicação com a pessoa idosa*.

“[...] porque é que não fazem cursos [...] nos próprios lares [...] como a gente lidar com eles, como a gente falar com eles [...]” (C 5).

A deterioração física e cognitiva do doente afecta a sua comunicação com a família, facto que agudiza a vivência da perda (Mateu e Cortacans, 1998). A personalidade, a fala e a capacidade de expressão, labilidade emocional e mudanças bruscas de carácter vão fazendo com que o doente vá deixando “de ser quem era”, sendo que a família vivencia um sentimento de frustração, perda e luto (*ibid.*).

Também Moreira (2001), no seu estudo com cuidadores familiares de doentes terminais em contexto familiar concluiu que estes manifestam necessidades cognitivas ao nível da forma de lidar com o doente. Num estudo desenvolvido por Andrade e Rodrigues (1999), os autores verificaram que uma das estratégias utilizadas pelos cuidadores familiares de pessoas idosas com AVC, foi justamente a aprendizagem da comunicação não verbal com a pessoa idosa afásica, melhorando assim a sua qualidade de vida e reforçando laços afectivos.

A informação/formação é uma das necessidades que segundo Mendonça, Martinez e Rodrigues (2000); Rodriguez, Alvarez e Cortés (2001) e Veríssimo e Moreira (2004), é frequentemente sentida pelos prestadores de cuidados informais a idosos.

Corroborando Palma (1999), consideramos que a detenção de conhecimentos sobre práticas de cuidar (técnicas que diminuam o esforço dos cuidadores e risco de acidentes para a pessoa idosa), e sobre a doença e dependência do idoso, facilita e melhora a qualidade da prestação dos cuidados através de um maior controlo dos cuidadores sobre a situação e diminuição das suas dificuldades.

Quanto à categoria *Necessidades pessoais*, os discursos dos cuidadores centraram-se em torno de duas subcategorias: *Descansar e/ou lazer* e *Ter saúde para cuidar*.

A subcategoria *Descansar e/ou lazer* foi referida por onze dos catorze cuidadores, o que revela que a maioria tem necessidade de repousar/descansar mais e envolver-se em actividades lúdicas.

“[...] queria um pouco de liberdade, um pouco de espairecer, sair [...]” (C 3).

“[...] descanso era o que eu precisava [...]” (C 8).

Como já vimos anteriormente o mundo destes cuidadores passou a circunscrever-se à pessoa idosa dependente, sentindo-se exaustos não só pelo próprio cuidar em si, mas também porque não têm tempo para descansar.

As necessidades de repousar e dormir são fundamentais a fim de permitir a recuperação e o funcionamento óptimo do organismo e segundo Berger e Mailloux-Poirier (1995), quando estas, não estão satisfeitas, todas as outras podem ser afectadas, inclusive a capacidade para cuidar de outras pessoas.

A necessidade de descansar e/ou lazer foi igualmente referida pelos prestadores de cuidados informais a pessoas idosas noutros estudos (Palma, 1999; Rodríguez *et al*, 2001 e Veríssimo e Moreira, 2004).

A subcategoria *Ter saúde para cuidar* foi referida por seis cuidadores.

“[...] só estou com medo é de não ter saúde para poder olhar por ela” (C 6).

“E para continuar, que Deus me dê força e saúde [...]” (C 7).

O medo referido pelo cuidador nº 6 reflecte uma preocupação por não poder manter o cuidado por deixar de ter saúde, que de acordo com Andrade e Rodrigues (1999), é uma sensação constante que pode desencadear um estado de saúde instável que ameaça interromper a prestação de cuidados.

Vicente (2001), refere que o abandono do seu autocuidado, a falta de descanso e conforto e uma dieta desequilibrada são problemas de saúde dos cuidadores, sendo mais agudizados nos casos em que o seu nível económico é baixo.

Também Imaginário (2004), verificou no seu estudo com cuidadores de pessoas idosas dependentes em contexto domiciliário que estes manifestavam necessidade de ter saúde para cuidar.

Relativamente à categoria *Necessidades ao nível das condições habitacionais*, os discursos dos três cuidadores centraram-se em torno das necessidades de *Espaço e/ou Segurança*.

“[...] a coisa que mais jeito até me dava era a casa de banho [...] é pequenina [...] tirando-lhe o polivan, tirando-lhe o bidé [...] e fazer um polivan grande que eu pudesse lá meter a cadeira de rodas [...] pôr umas barras entre a sanita” (C 5).

“[...] a gente para ter estas pessoas assim precisava de ter outras comodidades que a gente não tem [...] uma casa baixinha, umas varandas onde tivesse sol, que a gente não tivesse que ir com eles lá para fora [...] Ter um duche [...] um quarto maior para os poder ter um em cada cama [...]” (C 14).

As condições habitacionais foram igualmente referidas num estudo desenvolvido por Cerqueira (2005), como uma das dificuldades invocadas pelos cuidadores no atendimento do doente paliativo no domicílio.

À semelhança de outros estudos também os nossos cuidadores referiram dificuldades afectivas, económicas, de ajuda de outros, de informação/formação e fisiológicas. São dificuldades/necessidades relacionadas, quer com a não satisfação das necessidades da pessoa idosa, quer relacionadas com a não satisfação das suas próprias necessidades. Contudo, verifica-se a partir dos discursos dos cuidadores que estes valorizam em primeiro lugar as necessidades da pessoa cuidada, relegando para um plano secundário as suas necessidades.

Apoios informais

Nos seus discursos, os cuidadores referiram dispor de apoios informais e formais, uns que consideravam ser destinados à pessoa idosa dependente e outros que consideravam ser uma ajuda na sua tarefa de cuidar.

Iremos começar por falar nos apoios informais.

De facto sabe-se que a maioria dos cuidados dispensados à pessoa idosa são de carácter informal e que este número aumenta consideravelmente nas zonas rurais. Estes cuidados são prestados pelos próprios cuidadores principais, muitas vezes, também eles já idosos, pelos elementos da família, por amigos, vizinhos e associações de voluntários que, para além de prestarem cuidados informais às pessoas idosas, constituem uma importante fonte de apoio ao cuidador principal na sua tarefa de cuidar da pessoa idosa dependente.

Os discursos dos cuidadores direccionaram os apoios informais em torno de duas categorias: *Familiares* e *Amigos e/ou vizinhos* (Tabela nº 12).

Tabela nº 12- Apoios informais de que dispõem as pessoas idosas dependentes e os cuidadores principais

Cuidadores	Familiars					Amigos e/ou vizinhos			
	Apoio instrumental à pessoa idosa	Apoio sócio-afectivo ao cuidador e/ou à pessoa idosa	Apoio económico	Doação e/ou empréstimo de ajudas técnicas	Tarefas domésticas e/ou tarefas externas	Apoio instrumental à pessoa idosa	Apoio sócio-afectivo ao cuidador e/ou à pessoa idosa	Empréstimo de ajudas técnicas	Tarefas domésticas
C 1	x	x	x		x		x	x	
C 2	x		x	x			x		
C 3	x	x			x		x		
C 4	x	x			x		x		
C 5	x	x				x	x	x	
C 6	x	x		x	x	x	x		
C 7	x	x						x	
C 8	x	x	x		x		x		
C 9	x	x			x	x			x
C 10	x	x	x			x			
C 11	x	x			x		x		
C 12	x				x		x		
C 13	x	x			x		x		
C 14	x	x		x		x	x		

Quanto aos apoios informais *Familiars*, estes focalizaram-se em torno das seguintes subcategorias: *Apoio instrumental à pessoa idosa*; *Apoio sócio-afectivo ao cuidador e/ou à pessoa idosa*; *Apoio económico*; *Doação e/ou empréstimo de ajudas técnicas* e *Tarefas domésticas e/ou tarefas externas*.

A subcategoria *Apoio instrumental à pessoa idosa* foi referida pela totalidade dos cuidadores (14).

“É aos fins de semana que lhe dou banho, eu e a minha filha [...] mas a gente não pode assim muito com ela e o meu filho é que nos a leva lá para a casa de banho” (C 4).

“À noite já tenho cá a minha filha para me ajudar a pô-lo na cadeira [...]” (C 14).

“[...] a minha prima [...] é que me fica com ele quando eu vou a Vila Pouca [...] para alguma consulta ou vou a Vila Real fazer exames [...]” (C 8).

“Para o médico, quando é preciso, vai o meu genro” (C 12).

Da análise das expressões supracitadas concluímos que os familiares apoiam o cuidador principal na prestação de cuidados físicos, cuidados de vigilância e no

acompanhamento da pessoa idosa dependente às consultas médicas. Verifica-se que para conseguir dar resposta às necessidades de cuidar, a família organiza-se no sentido da divisão do trabalho pelos diferentes elementos, de acordo com a apetência de cada um e com a sua disponibilidade, havendo um envolvimento de todos os elementos da família no cuidar.

A ajuda dos familiares no apoio instrumental à pessoa idosa foi igualmente referida pelos cuidadores noutros estudos da área (Moreira, 2001; Imaginário, 2004; Mendonça *et al*, 2000; Rodríguez *et al*, 2001; Palma, 1999 e Domínguez-Alcón, 1998).

A subcategoria *Apoio sócio-afectivo ao cuidador e/ou à pessoa idosa* foi referida por doze cuidadores.

“Todos os filhos são amigos dela, todos lhe fazem carinhos” (C 6).

“O meu irmão e a minha cunhada são duas pessoas extremamente amigas da minha mãe, amigas da minha filha, minhas amigas [...]” (C 7).

“[...] a minha prima ajuda muito [...] conversamos [...] rimos [...] espalho assim muito com ela” (C 3).

“Quando é para sair de casa, tenho que ir com ele [...] dar uma volta com o meu filho ou com um irmão [...]” (C 10).

Das expressões supracitadas podemos concluir que os familiares apoiam ao nível social (distracção, comunicação) e afectivo quer a pessoa idosa dependente, quer o cuidador principal.

Também Moreira (2001), no seu estudo com cuidadores do doente terminal em contexto familiar concluiu que a rede de apoio informal constituída pela família era uma importante fonte de apoio emocional. Representava para os cuidadores o seu ponto de ancoragem, pois bastava saber que tinham, ali alguém com quem contar para os ajudar a ultrapassar as situações de crise (*ibid.*).

O papel da rede de apoio informal constituída pela família foi igualmente importante no apoio emocional ao cuidador noutros estudos (Andrade e Rodrigues, 1999), bem como na companhia ao doente (Rodríguez *et al*, 2001).

A subcategoria *Apoio económico* foi referida por quatro cuidadores.

“A nível de dinheiro [...] se não chega, peço aos filhos” (C 10).

“[...] as minhas filhas lá vão ajudando [...] porque se elas não me ajudassem também sabe Deus! [...] com duzentos e tal euros e outros duzentos e tal por mês dele, pouco ajuda” (C 1).

Da análise das expressões supracitadas podemos concluir que os familiares ao apoiarem economicamente o cuidador tentam superar o aumento das despesas com a pessoa idosa dependente, pois como já vimos anteriormente, esta acarreta um encargo adicional no orçamento familiar.

Também Paúl (1997), refere que um dos serviços mais frequentes prestados pelos familiares é a ajuda financeira geral.

O apoio económico dos familiares foi igualmente referido por outros cuidadores em estudos da área (Imaginário, 2004; Andrade e Rodrigues, 1999 e Mendonça *et al*, 2000).

A subcategoria *Doação e/ou empréstimo de ajudas técnicas* foi referida por três cuidadores.

“[...] a cadeira de rodas [...] foi uma afilhada que me arranjou [...]” (C 6).

“[...] ela tinha um andarilho [...] de uma prima, que tinha da mãe dela [...]” (C 14).

Da análise das expressões supracitadas podemos concluir que as pessoas idosas e os seus cuidadores podem também contar com os familiares para outro tipo de apoio como é o caso da doação e/ou empréstimo de material técnico. Os familiares passam as ajudas técnicas de uns para os outros suprimindo necessidades prementes e colmatando a falha do seu fornecimento ao nível dos serviços que disponibilizam este tipo de material.

A subcategoria *Tarefas domésticas e/ou tarefas externas* foi referida por nove cuidadores.

“[...] A outra prima é que me [...] passa a roupa, faz a limpeza geral, lava a roupa, tudo o que temos mais acumulado” (C 3).

“A cama tive de a pedir na Segurança Social [...] falamos com esse meu primo lá em Vila Real e ele ajeitou a vir a cama” (C 1).

Os familiares prestam ainda ajuda específica nas tarefas domésticas e no acessoramento para a aquisição de ajudas técnicas necessárias ao cuidado. A este respeito, Andrade e Rodrigues (1999), referem que para além dum papel activo no fornecimento de cuidados diários às pessoas idosas com deficiência cognitiva ou com doenças crónicas, os membros da família também exercem um papel importante em arranjar outros serviços e negociar com os fornecedores de cuidados formais.

O apoio dado pelos familiares nas tarefas domésticas e/ou tarefas externas foi igualmente relatado pelos cuidadores de outros estudos (Palma, 1999 e Rodríguez *et al*, 2001).

Os discursos relativos à categoria *Amigos e/ou vizinhos* centram-se em torno de quatro subcategorias: *Apoio instrumental à pessoa idosa*, *Apoio sócio-afectivo ao cuidador e/ou à pessoa idosa*, *Empréstimo de ajudas técnicas* e *Tarefas domésticas*.

A subcategoria *Apoio instrumental à pessoa idosa* foi referida por cinco cuidadores.

“[...] na amiga, se precisar de ir à casa de banho, ela [...] também a ajuda a ir [...]” (C 5).

“[...] a barba [...] tinha aqui um vizinho em baixo, cortava-lha ele” (C 10).

O apoio dos vizinhos e/ou amigos nas tarefas do cuidado à pessoa idosa dependente é uma mais valia no quotidiano destes cuidadores. Este apoio é igualmente apontado pelos cuidadores de outros estudos da área (Moreira, 2001; Imaginário, 2004; Andrade e Rodrigues, 1999).

A subcategoria *Apoio sócio-afectivo ao cuidador e/ou à pessoa idosa* foi referida por onze cuidadores.

“[...] as minhas vizinhas [...] vêm prestar assim um bocadinho de conforto à gente” (C 1).

“[...] vai para a amiga [...] que ela gosta de ir para lá [...] conversam, se calhar coisas do antigamente delas, não é? E, se calhar, isso para ela é importante” (C 5).

“[...] as pessoas chegam aí para o animar, para conversar [...]” (C 3).

De acordo com Paúl (1997), embora os familiares sejam a maior fonte de apoio físico e emocional dos idosos, os amigos têm um forte efeito no bem estar subjectivo. A interacção com os amigos tem qualidades únicas, que facilitam o transcender a rotina e a realidade do dia-a-dia, facilitando situações de libertação, reciprocidade positiva, que provocam divertimento e trocas subjectivas (*ibid.*).

O apoio emocional prestado pelos amigos e/ou vizinhos aos cuidadores foi igualmente verificado nos estudos de Moreira (2001), e Andrade e Rodrigues (1999).

A subcategoria *Empréstimo de ajudas técnicas* foi referida por três cuidadores.

“O andarilho foi ali uma vizinha que me emprestou, que era para ver se ela se habituava [...]” (C 1).

“[...] nós pedimos uma cama articulada [...] foi uma senhora que ma emprestou [...] que nem é daqui, é de uma aldeia logo a seguir [...]” (C 5).

Das expressões supracitadas podemos concluir que os cuidadores também obtêm as ajudas técnicas por empréstimo dos vizinhos que têm realidades de cuidado idênticas,

suprindo-se mutuamente nas suas necessidades, compensando mais uma vez, a falta de fornecimento deste tipo de material pelos serviços competentes.

A subcategoria *Tarefas domésticas* foi referida por apenas um cuidador.

“[...] esta vizinha que me veio estender-me a roupa [...] limpa-me o fogão e varre-me a cozinha [...]” (C 9).

Mais uma vez, através desta expressão é possível verificar o apoio dado pela vizinhança, neste caso através do auxílio nas tarefas domésticas.

A rede de apoio informal à pessoa idosa encontrada no nosso estudo, vai de encontro à rede de apoio informal às pessoas idosas apresentada por Paúl (1997), que defendia a existência de dois grandes grupos de apoio: familiares e amigos e/ou vizinhos.

Tal como defendem Pimentel (2001), e Paúl (1997), também no nosso estudo a família foi a principal fonte de apoio nos cuidados directos, no apoio psicológico e nos cuidados sociais à pessoa idosa dependente. Os amigos e os vizinhos constituíram um forte apoio, ao nível do bem-estar subjectivo, implicando múltiplos aspectos que vão desde a partilha de intimidades, apoio emotivo e oportunidades de socialização (Paúl, 1997).

A família para além de ter sido considerada pelo cuidador, através da análise do seu discurso, como o principal garante da prestação de cuidados informais à pessoa idosa dependente, foi também considerada por este como a maior fonte de substituição e ajuda para desempenhar o seu papel, partilhando assim a carga de trabalho, o que vai de encontro ao defendido por Rebelo (1996).

Uma das explicações para esta realidade reside no facto da maioria dos cuidadores estar inserida em famílias alargadas (já que coabitam com as pessoas idosas e estas encontram-se em famílias alargadas), podendo contar com a ajuda dos seus filhos.

Os familiares, amigos e vizinhos encontrados no nosso estudo são considerados na área do cuidado informal como cuidadores secundários, que ajudam a pessoa idosa de tempos em tempos, desempenhando tarefas menores em termos de quantidade e intensidade da ajuda que fornecem, quando comparados com o cuidador principal, tendo encontrado dentro do papel de cuidadores secundários noras, genros e netos da pessoa idosa, o que está de acordo com o defendido por Tennstedt e colaboradores (1989 citados por Martín, 2005).

Apoios formais

Actualmente, para muitas pessoas idosas, as redes de apoio informal são incapazes de preencher as necessidades existentes, quer devido à inadequação da rede, quer porque as suas necessidades ultrapassam a capacidade de apoio proveniente desse sistema (Paúl, 1997). Para estas pessoas idosas, os cuidados domiciliários prestados pelos serviços de apoio formal são a possibilidade que lhes resta para se manterem a viver na comunidade (*ibid.*).

Nos seus discursos, os cuidadores referiram dispor de apoios formais distinguindo-se duas categorias: *Serviços sociais* e *Serviços de saúde* (Tabela nº 13).

Tabela nº 13- Serviços e tipos de apoios formais de que dispõem as pessoas idosas dependentes e os cuidadores principais

Cuidadores	Serviços sociais						Serviços de saúde	
	Apoio instrumental à pessoa idosa	Apoio económico	Apoio emocional ao cuidador	Formação para prestar cuidados	Fornecimento de ajudas técnicas	Tarefas domésticas e fornecimento das refeições	Cuidados médicos	Cuidados de enfermagem
C 1		x			x		x	x
C 2		x			x		x	x
C 3	x	x	x	x	x	x		x
C 4		x						x
C 5		x					x	x
C 6		x				x	x	x
C 7		x					x	x
C 8		x			x		x	x
C 9		x					x	x
C 10		x					x	x
C 11		x		x			x	x
C 12		x						x
C 13		x						x
C 14		x					x	x

Dentro da categoria *Serviços sociais*, os discursos dos cuidadores centram-se em torno de seis subcategorias: *Apoio instrumental à pessoa idosa*, *Apoio económico*, *Apoio*

emocional ao cuidador, Formação para prestar cuidados, Fornecimento de ajudas técnicas e Tarefas domésticas e fornecimento das refeições.

A subcategoria *Apoio instrumental à pessoa idosa* foi referida por apenas um cuidador.

“O Centro de Dia [...] dá-lhe banho a ele uma vez por semana, sexta-feira. Tratam dele, porque eu sozinha não consigo [...]” (C 3).

Na expressão supracitada a autora referia-se às auxiliares do apoio domiciliário que vinham a sua casa prestar apoio e que provêm duma Instituição Particular de Solidariedade Social que também possui Centro de Dia.

O apoio na higiene do doente proporcionado pelo apoio domiciliário foi igualmente referido pelos cuidadores num estudo desenvolvido por Mendonça *et al* (2000).

A subcategoria *Apoio económico* foi referida por todos os cuidadores (14).

“[...] a gente agora só vive mesmo com o cibo da reforma [...]” (C 1).

“[...] eu recebo a reforma da minha mãe [...] e então o que me deu a Segurança Social que eu pedi [...]” (C 13).

Todas as pessoas idosas do nosso estudo, recebem algum tipo de uma reforma da Segurança Social e, algumas (8), recebem o complemento por dependência, a que os cuidadores supracitados se referem como sendo uma ajuda para si mesmos, pelo cuidado que prestam.

Este tipo de apoio económico dos serviços sociais foi igualmente referido pelos cuidadores da pessoa idosa dependente em contexto familiar num estudo desenvolvido por Imaginário (2004).

A subcategoria *Apoio emocional ao cuidador* foi referida por apenas um cuidador.

«[...] uma moça que trabalha ali no Centro de Dia, é psicóloga [...] ajudou-me muito, conversou comigo e disse: “Olha, tens que ter calma, porque não te adianta enervar [...]”» (C 3).

Ao analisar a expressão supracitada corrobóramos Paúl (1997), quando afirma que os apoios formais são uma fonte importante de apoio, quer instrumental, quer afectivo, sendo que muitos indivíduos ultrapassam os papéis formais previstos, são considerados amigos e a relação é de natureza altamente personalizada.

Quanto à subcategoria *Formação para prestar cuidados* foi referida por dois cuidadores.

“[...] uma moça que trabalha ali no Centro de Dia [...] pôs-me a par como é que eu havia de fazer para eu estar melhor e ele também [...]” (C 3).

“[...] na Santa Casa [...] aprendi quando andei a tirar o curso [...]” (C 11).

As cuidadoras supracitadas receberam apoio dos serviços sociais ao nível da formação, tendo considerado esta ajuda determinante na sua capacidade para prestar cuidados.

A subcategoria *Fornecimento de ajudas técnicas* foi referida por quatro cuidadores.

“A cama tive de a pedir na Segurança Social” (C 1).

“[...] o médico de família, pediu, meteu os papéis à Segurança Social para lhe darem a cama e a cadeira” (C 8).

Segundo Fernandes *et al* (2002), a utilização de ajudas técnicas, cuja acessibilidade tem vindo a aumentar ultimamente, embora a sua divulgação e informação entre os potenciais utilizadores e entre os profissionais de saúde fique ainda aquém do desejável, pode ser um elemento importante, quando devidamente utilizadas na recuperação de situações de dependência dos doentes. Em situações sócio-económicas mais desfavorecidas, o encaminhamento para o serviço social, pode ajudar à aquisição ou empréstimo desse material (*ibid.*).

A subcategoria *Tarefas domésticas e fornecimento das refeições* foi referida por dois cuidadores.

“[...] as mulheres da assistência social [...] limpam a casa [...] e a roupa lavam-na e trazem de comer” (C 6).

“O Centro de Dia que traz o comer [...] e a roupa [...] tem direito a lavar, a passar, a trazê-la prontinha” (C 3).

Este tipo de apoio foi igualmente referido pelos cuidadores informais noutros estudos da área (Mendonça *et al*, 2000).

Relativamente à categoria *Serviços de saúde*, os discursos dos cuidadores centram-se em torno de duas subcategorias: *Cuidados médicos* e *Cuidados de Enfermagem*.

Os *Cuidados médicos* foram referidos por dez cuidadores.

“[...] veio cá a médica [...] ver se estava bem se não estava, desde que veio do hospital” (C 10).

“O médico vem aqui consultá-los e estão sempre a recomendar para ter cuidado com a alimentação, com o sal [...]” (C 14).

Os *Cuidados de enfermagem* foram referidos por todos os cuidadores, que recebiam a visita domiciliária de enfermagem regularmente.

“[...] as enfermeiras [...] vêm de vez em quando [...] se ela estiver bem, vêm mais raras vezes, não é, se ela não estiver tão bem vêm mais a miúdo, mas vêm sempre” (C 5).

“[...] desde que apareceu essa ferida, foi que eles [os enfermeiros] começaram a vir logo de caminho [...]” (C 2).

O apoio dos serviços de saúde através do Centro de Saúde da área de residência do utente foi igualmente referido pelos cuidadores noutros estudos da área (Imagínario, 2004 e Mendonça *et al*, 2000). Mendonça *et al* (2000), refere ainda que os cuidadores do seu estudo consideravam que os serviços de saúde que os apoiavam não facilitavam um acesso diferenciado aos dependentes.

Os mesmos autores concluem ainda que o serviço de apoio domiciliário praticado por equipas de profissionais de saúde ou de serviços sociais tornam-se cada vez mais importantes, não só pelos cuidados prestados à pessoa idosa dependente mas pela oportunidade de apoiar as famílias ou outros cuidadores informais (*ibid.*).

Da análise geral dos apoios informais e formais de que dispõem a pessoa idosa dependente e o cuidador principal, podemos concluir que na prática são simultaneamente interdependentes e irredutíveis uns aos outros.

Contudo, ao nível dos serviços de apoio formal verificamos que apenas uma minoria usufrui destes apoios e que o recurso a estes se verificou tardiamente, quando os cuidadores principais entravam em ruptura. Neste contexto, corroboramos Pimentel (2001), quando afirma que estes serviços ainda são pouco conhecidos por muitos e que “[...] a sua eficácia depende do envolvimento de outros agentes, nomeadamente da família, da vizinhança, dos amigos, ou do facto de o idoso ter um grau de autonomia que lhe permite efectuar algumas tarefas sozinho” (*ibid*: 67).

1.2.6- Percepção dos cuidadores principais acerca do domicílio como lugar de preferência para cuidar da pessoa idosa dependente

É certo que um elevado número de autores afirma peremptoriamente que a permanência no seu meio familiar e social, ou seja, no seu meio habitual de vida, em continuada interacção com as pessoas que lhe são mais próximas, é considerado o cenário ideal para qualquer pessoa idosa que procura viver a sua velhice de forma equilibrada, sem

grandes discontinuidades. Constata-se, também, que o apoio prestado pela família ou pelos amigos, é geralmente considerado como sendo o mais adequado às necessidades específicas de cada indivíduo sendo, por isso mesmo, o mais solicitado. Denota-se, igualmente, uma tendência para exaltar as vantagens das formas de solidariedade informal, e para considerar que as redes informais podem substituir as redes formais, sempre que estas não possam dar resposta, mas tudo isto, sem se ponderar as suas limitações.

Neste contexto, procuramos saber qual a posição do cuidador no que respeita à eleição do domicílio como lugar privilegiado para cuidar do seu familiar idoso. Do discurso dos cuidadores obtivemos duas categorias: *Sim* e *Não* (Tabela nº 14).

Tabela nº 14- Percepção dos cuidadores principais acerca do domicílio como lugar de preferência para cuidar da pessoa idosa dependente

Cuidadores	Sim								Não
	Prestação de melhores cuidados	Afecto	Respeito pela vontade da pessoa idosa em ser cuidada em casa	Manutenção da pessoa idosa no seu habitat	A pessoa idosa encontra-se inserida no seio da família	A pessoa idosa sente-se mais feliz em casa	Facilita o processo de reabilitação da pessoa idosa	O hospital não tem interesse em reter este tipo de doentes	O hospital dispõe de melhores condições
C 1	x		x	x					
C 2									x
C 3	x	x		x	x			x	
C 4			x	x	x	x			
C 5			x				x	x	
C 6	x	x							
C 7	x	x		x	x				
C 8	x	x							
C 9									x
C 10	x		x	x			x		
C 11		x		x	x				
C 12				x					
C 13			x	x		x			
C 14	x	x	x	x					

Na categoria *Sim*, emergiram dos relatos dos cuidadores as seguintes subcategorias: *Prestação de melhores cuidados*, *Afecto*, *Respeito pela vontade da pessoa idosa em ser cuidada em casa*, *Manutenção da pessoa idosa no seu habitat*, *A pessoa idosa encontra-se*

inserida no seio da família, A pessoa idosa sente-se mais feliz em casa, Facilita o processo de reabilitação da pessoa idosa e O hospital não tem interesse em reter este tipo de doentes.

Sete dos catorze cuidadores referiram a *Prestação de melhores cuidados* no domicílio como razão para o considerar o lugar de preferência para cuidar da pessoa idosa dependente.

“Eu acho que sim [...] leva-se mais trabalho, mas sabe-se que estão bem estimados” (C 8).

“Eu acho que sim [...] A gente em casa da gente é bem. [...] Eu acho que não há pessoa que o cuide melhor do que eu!” (C 1).

De facto, é muitas vezes notória a preocupação de não recorrer à institucionalização, quer por parte das pessoas idosas, quer por parte de alguns familiares, pois existe uma opinião depreciativa generalizada em relação às instituições.

Outra das razões invocadas por seis cuidadores para escolher o domicílio como lugar de preferência para cuidar da pessoa idosa dependente foi o *Afecto*.

“Tem muito mais carinho com os filhos [...]” (C 7).

“Têm mais mimo, fazem mais o que eles querem [...]” (C 14).

Da análise das expressões supracitadas podemos concluir que os cuidadores valorizam o afecto que é dado à pessoa idosa se ela permanecer em casa.

Também num estudo desenvolvido por Cerqueira (2005), com cuidadores de doentes paliativos, a autora concluiu que estes percepcionavam o poder cuidar do seu familiar em casa com a possibilidade de lhe poder dar amor, carinho e conforto. Ainda Imaginário (2004), verificou que os familiares da pessoa idosa dependente consideravam que o melhor sítio para este viver era a casa, invocando razões de ordem afectiva.

Dominguez-Alcón (1998), refere que em Espanha, as famílias têm os seus idosos dependentes em casa, devido a laços de solidariedade, sentimentos de afecto, carinho e desejo de manter a pessoa em casa, pondo de parte a institucionalização, salvo em situações de força maior.

Quanto à subcategoria *Respeito pela vontade da pessoa idosa em ser cuidada em casa*, esta foi referida por seis cuidadores.

“Eu acho que sim. Nem ele quer ir para lado nenhum [...] Em casa dos outros já a gente não está tanto à vontade” (C 1).

“Para eles é melhor estarem aqui, que eles também não querem ir [...] para um lar” (C 14).

“[...] ela está onde quer estar [...]” (C 5).

A permanência da pessoa idosa dependente no seu habitat permite-lhe permanecer em ambiente mais familiar, proporcionando-lhe mais segurança, conforto e bem-estar. Deste modo, Pimentel (2001), diz que o internamento em lar é uma experiência angustiante, realçando que as pessoas idosas dependentes preferem permanecer no seu meio social e familiar.

A satisfação do desejo do doente em ser cuidado em casa foi igualmente invocada por diversos cuidadores em estudos da área (Cerqueira, 2005; Moreira, 2001; Imaginário, 2004 e Almeida *et al*, 2005).

A subcategoria *Manutenção da pessoa idosa no seu habitat* foi referida por nove dos catorze cuidadores.

“Está em casa dele! Sente o refúgio dele, sente se está em casa dele [...]” (C 3).

“[...] ela sabe que está no cantinho dela” (C 7).

“[...] é o cantinho deles [...] Eles estão toda a vida habituados a um canto, à casa deles, ao talher deles, à cama deles [...]” (C 11).

Relativamente à manutenção da pessoa idosa no seu habitat, esta foi também uma razão expressa pelos cuidadores para elegerem o domicílio como lugar privilegiado para cuidar da pessoa idosa. Leme e Silva referem que “[...] não se pode deixar de considerar que a família é, na verdade, seu habitat natural [...]” (Leme e Silva, 2000: 92). Estes autores acrescentam ainda que a população idosa provém de uma época com marcados valores culturais, em que a família exercia um importante papel, particularmente nas zonas rurais, onde a convivência com avós, tios e primos fazia parte do quotidiano (*ibid.*).

Para além disso, é no seu habitat natural, que a pessoa mantém os hábitos diários de toda uma vida sendo que “o deixar uma cadeira favorita, um objecto decorativo, a própria cama; separá-lo disto é como se perdesse a sua identidade” (Fernandes, 2000: 26).

A subcategoria *A pessoa idosa encontra-se inserida no seio da família* foi referida por quatro cuidadores.

“[...] estão com a família [...]” (C 11).

“[...] acho que sim, porque em casa a gente sempre são do sangue da gente [...] Assim, sempre fala com os sobrinhos, sempre fala comigo [...]” (C 4).

Os cuidados prestados no contexto da casa familiar poderão permitir às pessoas idosas viver os seus últimos anos no conforto do que lhes é conhecido e na convivência com os seus parentes, em quem investem afectivamente (Costa e Silva, 2000).

O facto de a pessoa idosa se encontrar inserida no seio da família foi também justificação para os cuidadores de outros estudos considerarem o domicílio como lugar de eleição para cuidar da pessoa idosa (Imaginário, 2004).

A subcategoria *A pessoa idosa sente-se mais feliz em casa* foi uma das razões referida por dois cuidadores para eleger o domicílio como o lugar privilegiado para cuidar da pessoa idosa dependente.

“[...] ela também se a tirasse daqui, é capaz de ficar mais triste. Assim sempre fala com os sobrinhos, sempre fala comigo [...] e está mais feliz” (C 4).

“[...] está muito mais feliz em casa [...]” (C 13).

A subcategoria *Facilita o processo de reabilitação da pessoa idosa* foi referida por dois cuidadores.

“[...] se estas pessoas forem tratadas em casa, que é o que elas querem [...] as coisas até evoluem” (C 5).

“Estão melhor em casa [...] lá no hospital ainda fica pior!” (C 10).

De facto o contexto domiciliário é um contexto onde a pessoa idosa se encontra no seu habitat natural, inserida no seio da família, junto dos seus objectos e recordações, mantendo a sua intimidade e hábitos de uma vida, sendo estas condições promotoras de comportamentos autónomos por parte da pessoa idosa e de estímulo à sua autonomia por parte do seu cuidador familiar.

Também a este respeito, Del Rey e Alvear (1995), referem que o apoio dos cuidadores é definitivo, influenciando muito positivamente e traduzindo-se numa melhoria dos hábitos saudáveis, na forma de enfrentar a doença e na recuperação da mesma, num aumento da capacidade da pessoa para adaptar-se às limitações, melhorando as possibilidades de reabilitação dos processos de doença.

A subcategoria *O hospital não tem interesse em reter este tipo de doentes* foi referida por dois cuidadores.

“[...] esta pessoa tê-la no hospital [...] Eles não o querem lá [...] Mandam-no logo vir embora [...]” (C 3).

“ Porque as pessoas agora estão tão pouco tempo nos hospitais, porque eles não os querem lá [...]” (C 5).

Das expressões supracitadas podemos concluir que os cuidadores elegem o domicílio como lugar privilegiado para o cuidado até porque já não resta outra alternativa, já que o hospital não promove o internamento deste tipo de doentes.

Na categoria *Não*, podemos analisar que dois cuidadores referem que o domicílio não é o local ideal para cuidar da pessoa idosa dependente já que *O hospital dispõe de melhores condições* para o fazer.

“[...] estas pessoas assim [...] haviam de estar no hospital a ser tratadas [...] lá sempre viriam melhor [...]” (C 2).

“[...] devia ser o hospital a cuidar dela [...] lá não lhe faltava nada” (C 9).

Da análise das expressões supracitadas dos cuidadores verifica-se que estes consideram que a pessoa idosa dependente deveria ser hospitalizada porque no domicílio não dispõem de apoio que garanta uma assistência com qualidade.

Marote *et al* (2005), referem que isto ocorre devido à elevada sobrecarga física e psicológica dos próprios cuidadores os quais, por vezes relegam a responsabilidade dos cuidados à pessoa idosa dependente para o sistema formal, solicitando muitas vezes o seu internamento. Isto deverá ser tido em consideração pelos serviços de apoio formal ao domicílio, nomeadamente os serviços de saúde domiciliários, no sentido de proporcionarem o apoio necessário para os cuidadores poderem levar por diante a sua tarefa de cuidar sem sentirem sobrecarga por isso.

Finalizando esta questão, concluímos que a maioria dos cuidadores (12) considera que a pessoa idosa dependente deve ser cuidada em casa o que vai de encontro aos resultados obtidos por Rodríguez *et al* (2001), no seu estudo com cuidadores informais (59,4% pensam que as pessoas dependentes deveriam ser cuidadas em casa e o resto fora).

Quadro XII- Temas, sub-temas, categorias e subcategorias identificadas a partir da análise de conteúdo das respostas às perguntas 4, 6 e 8 da entrevista

Tema	Sub-tema	Categoria	Subcategoria
Pergunta 4- Formação dos cuidadores principais	- Construção do processo de formação dos cuidadores principais para cuidar da pessoa idosa dependente no domicílio	- Desenvolvimento de capacidades pessoais através da experiência quotidiana na prestação de cuidados à pessoa idosa dependente	- Construção de um suporte social de apoio formal e/ou informal - Construção de um meio físico seguro para prestar cuidados - Conhecimento acumulado/perícia adquirida - Desenvolvimento da capacidade pessoal emocional - Desenvolvimento da capacidade pessoal física
		- Apoio dos serviços de saúde e/ou sociais	- Aquisição de material clínico e/ou de ajudas técnicas - Prestação de cuidados
		- Meios de comunicação social e/ou de informação escrita	
		- Experiências anteriores	- Outras pessoas idosas a cargo - Observação dos cuidados prestados por vizinhos a pessoas idosas dependentes - Cuidar dos filhos/crianças
Pergunta 6- Percepção dos cuidadores acerca do contributo dos enfermeiros na sua preparação para prestar cuidados	- Contexto institucional	- Temáticas aprendidas	- Informação sobre a aquisição de material clínico e/ou de ajudas técnicas - Conhecimentos específicos sobre as patologias da pessoa idosa dependente - Cuidados de prevenção de úlceras de pressão - Cuidados com a alimentação - Cuidados de eliminação - Cuidados de higiene e conforto - Administração de terapêutica - Cuidados de prevenção da integridade física da pessoa idosa dependente - Promoção da reabilitação da pessoa idosa dependente - Mecanismos de protecção do cuidador na prestação de cuidados
		- Momentos de aprendizagem	- Visitação aos doentes internados - Alta
		- Metodologia/técnicas de aprendizagem	- Exposição verbal da informação - Fornecimento de informação escrita - Observação da demonstração do cuidado - Experimentação supervisionada - Observação dos cuidados prestados pelos enfermeiros à pessoa idosa dependente
		- Intervenções facilitadoras	- Agente de ligação com o cuidador e com os serviços de apoio formal existentes - Boa relação interpessoal entre a diáde pessoa idosa dependente -cuidador principal e o enfermeiro - Fornecimento e/ou empréstimo de material clínico e/ou de ajudas técnicas adequados às necessidades da pessoa idosa dependente e/ou do cuidador - Permissão para o cuidador acompanhar a pessoa idosa e/ou envolver-se nos cuidados - Reconhecimento do saber do cuidador e/ou dos cuidados prestados pelo cuidador à pessoa idosa

Tema	Sub-tema	Categoria	Subcategoria
Pergunta 6- Percepção dos cuidadores acerca do contributo dos enfermeiros na sua preparação para prestar cuidados	- Contexto institucional	- Intervenções facilitadoras (continuação)	- Prestação de cuidados adequados às necessidades da pessoa idosa dependente e/ou do cuidador - Formação adequada às necessidades formativas do cuidador para cuidar
		- Intervenções constringedoras	- Ausência de planeamento da alta - Empréstimo de ajudas técnicas insuficientes para as necessidades da pessoa idosa dependente e/ou do cuidador - Formação inadequada às necessidades formativas do cuidador para cuidar - Prestação de cuidados inadequados às necessidades da pessoa idosa dependente e/ou do cuidador - Pouco reconhecimento do saber do cuidador e/ou dos cuidados prestados pelo cuidador à pessoa idosa - Fraca relação interpessoal entre a dñade pessoa idosa dependente-cuidador principal e o enfermeiro - Informação insuficiente sobre a evolução do estado de saúde da pessoa idosa - Falta de permissão para o cuidador acompanhar a pessoa idosa e/ou envolver-se nos cuidados
	- Contexto domiciliário	- Início da visita domiciliária	- Iniciativa dos enfermeiros no âmbito da promoção da saúde das pessoas idosas dependentes - Necessidade de visita domiciliária ao cuidador - A pedido do cuidador - Requisição médica - Carta de alta
		- Carácter da visita domiciliária	- Preventivo - Preventivo e curativo
		- Actuação da equipa de enfermagem	- Sozinha - Sozinha e com o médico
		- Temáticas aprendidas	- Informação sobre os recursos comunitários existentes - Informação sobre a aquisição de material clínico e/ou de ajudas técnicas - Conhecimentos específicos sobre as patologias da pessoa idosa - Cuidados de prevenção de úlceras de pressão - Cuidados de mobilização/actividade física - Cuidados com a alimentação/hidratação - Cuidados de eliminação - Cuidados de higiene e conforto - Execução de pensos - Administração de terapêutica - Promoção da reabilitação da pessoa idosa - Mecanismos de protecção do cuidador na prestação de cuidados
		- Momentos de aprendizagem	- Vigilância do estado de saúde da pessoa idosa e/ou do cuidador - Vigilância do estado de saúde da pessoa idosa e execução de tratamentos
		- Metodologia/técnicas de aprendizagem	- Exposição verbal da informação - Observação da demonstração do cuidado - Experimentação supervisionada - Observação dos cuidados prestados pelos enfermeiros à pessoa idosa dependente

Tema	Sub-tema	Categoria	Subcategoria
Pergunta 6- Percepção dos cuidadores acerca do contributo dos enfermeiros na sua preparação para prestar cuidados	- Contexto domiciliário	- Intervenções facilitadoras	<ul style="list-style-type: none"> - Boa relação interpessoal entre a díade pessoa idosa dependente-cuidador e o enfermeiro - Fornecimento e/ou empréstimo de material clínico e/ou de ajudas técnicas adequados às necessidades da pessoa idosa dependente e/ou do cuidador - Prestação de cuidados adequados às necessidades da pessoa idosa dependente e/ou do cuidador - Formação adequada às necessidades formativas do cuidador para cuidar - Informação adequada sobre a evolução do estado de saúde da pessoa idosa - Reconhecimento do saber do cuidador e/ou dos cuidados prestados pelo cuidador à pessoa idosa - Apoio emocional à pessoa idosa e/ou ao cuidador - Promoção da articulação da díade pessoa idosa dependente-cuidador com a equipa médica - Número suficiente de visitas domiciliárias
		- Intervenções constringedoras	<ul style="list-style-type: none"> - Falta de atendimento humano e personalizado à pessoa idosa por parte de alguns enfermeiros - Fornecimento de material clínico insuficiente para as necessidades da pessoa idosa e/ou do cuidador - Formação inadequada às necessidades formativas do cuidador para cuidar - Informação insuficiente sobre a evolução do estado de saúde da pessoa idosa - Pouca disponibilidade para realizar actividades formativas
Pergunta 8- Capacidade do cuidador para cuidar		- Sim	<ul style="list-style-type: none"> - Sentimento de auto-confiança na capacidade de cuidar da pessoa idosa dependente - Manifesta desejo de continuar a cuidar da pessoa idosa dependente - Manifesta pouco desejo de continuar a cuidar da pessoa idosa dependente - Sentimento de mestria ou auto-eficácia
		- Não	<ul style="list-style-type: none"> - Sentimento de pouca auto-confiança na capacidade de cuidar da pessoa idosa dependente - Falta de formação para cuidar da pessoa idosa dependente - Manifesta pouco desejo de continuar a cuidar da pessoa idosa dependente

1.2.7- Processo de formação dos cuidadores principais para cuidar da pessoa idosa dependente no domicílio

Como podemos verificar anteriormente pelos resultados obtidos, o défice de conhecimentos e de habilidades para dar respostas satisfatórias às necessidades da pessoa idosa dependente constitui um factor de sobrecarga do cuidador.

Na realidade, a maioria dos cuidadores não está preparada para cuidar, pois como afirmam Del Rey e Alvear (1995), os cuidadores nem sempre contam com conhecimentos, recursos e habilidades necessárias para sustentar as suas actuações.

Neste sentido, quisemos saber como é que os cuidadores aprenderam a cuidar do seu familiar idoso, qual o contributo dos enfermeiros na sua preparação para cuidar e qual a percepção que os cuidadores tinham acerca da sua capacidade para cuidar do seu familiar idoso no domicílio.

À pergunta sobre como aprenderam a cuidar do seu familiar idoso, os discursos proferidos pelos cuidadores centraram-se em torno de quatro categorias: *Desenvolvimento de capacidades pessoais através da experiência quotidiana na prestação de cuidados à pessoa idosa dependente, Apoio dos serviços de saúde e/ou sociais, Meios de comunicação social e/ou de informação escrita e Experiências anteriores* (Tabela nº 15).

Tabela nº 15- Construção do processo de formação dos cuidadores principais para cuidar da pessoa idosa dependente no domicílio

Cuidadores	Desenvolvimento de capacidades pessoais através da experiência quotidiana na prestação de cuidados à pessoa idosa dependente					Apoio dos serviços de saúde e/ou sociais		Meios de comunicação social e/ou de informação escrita	Experiências anteriores		
	Construção de um suporte social de apoio formal e/ou informal	Construção de um meio físico seguro para prestar cuidados	Conhecimento acumulado/perícia adquirida	Desenvolvimento da capacidade pessoal emocional	Desenvolvimento da capacidade pessoal física	Aquisição de material clínico e/ou de ajudas técnicas	Prestação de cuidados		Outras pessoas idosas a cargo	Observação dos cuidados prestados por vizinhos a pessoas idosas dependentes	Cuidar dos filhos/crianças
C 1	x	x	x			x	x		x		
C 2	x	x				x	x		x	x	
C 3	x	x	x	x		x	x				
C 4	x	x	x	x		x	x		x		
C 5	x	x	x		x	x	x				
C 6	x	x	x	x		x	x		x		
C 7	x	x	x			x	x	x			x
C 8	x	x	x	x	x	x	x				x
C 9	x	x				x	x				
C 10	x	x	x	x	x	x	x				x
C 11	x	x	x	x	x	x	x		x		
C 12	x	x	x	x		x	x				
C 13	x	x	x			x	x				
C 14	x	x	x			x	x		x		

O *Desenvolvimento de capacidades pessoais através da experiência quotidiana na prestação de cuidados à pessoa idosa dependente* verificou-se através da *Construção de um suporte social de apoio formal e/ou informal*, da *Construção de um meio físico seguro para prestar cuidados*, do *Conhecimento acumulado/perícia adquirida*, do *Desenvolvimento da capacidade pessoal emocional* e do *Desenvolvimento da capacidade pessoal física*.

Relativamente à subcategoria *Construção de um suporte social de apoio formal e/ou informal*, esta foi referida pela totalidade dos cuidadores (14). Nesta subcategoria incluímos todos os contactos e relações que o cuidador vai estabelecendo com os sistemas

de apoio formal e informal, a fim de enfrentar as contingências do cuidado à medida que a situação clínica da pessoa idosa vai evoluindo.

“Como é que aprendi? Foi fácil, então as mulheres a princípio [...] via como elas faziam [...] a minha filha e à minha nora e eu depois fiquei a fazer também como elas” (C 6).

“[...] tenho uma cunhada minha [...] vem-me cá ajudar a deitá-la [...] e quando ela, às vezes, está muito suja, eu telefono para ela me vir ajudar a lavá-la [...]” (C6).

“[...] a minha filha [...] é que me ensina a dar-lhe os medicamentos” (C 1).

“O meu marido ajuda, agarra nele para o pôr na cama [...] espero que ele chegue à hora do meio dia ou à hora da noite [...]” (C 3).

“[...] quando lhe deu a trombose, chamei pela minha prima [...] ela veio-me cá ajudar a vesti-la. Depois telefonei à minha irmã e ela chamou logo o INEM [...]” (C8).

“[...] vai para a amiga [...] eu vou lá levá-la, deixo-a lá, se eu tiver que ir a uma consulta ou se tiver que ir fazer uns exames a Vila Real [...]” (C5).

«[...] ela estava com uma vista muito inflamada e eu tenho um sobrinho que é médico e que me disse: “Lava só com um bocadinho de água quente” » (C7).

“[...] fui ao Centro de Saúde, ao médico primeiro e depois disse-lhe para eles [os enfermeiros] virem fazer o domicílio [...] desde que apareceu essa ferida [...]” (C 2).

“ [...] Eu explico ao médico doenças, problemas que apareceram ao meu pai [...] ligo directamente para o médico e o médico mantém-me informada e mantém-me dentro do assunto e fala comigo directamente: “[...] eu dou-te este remédio ou esta medicação, ou trá-lo cá que ele tem necessidade de vir para o médico, precisa de fazer isto ou precisa de fazer aquilo ou não precisas de vir ou vens cá só tu e falo contigo” (C 5).

Da análise das primeiras cinco expressões supracitadas verificamos que os cuidadores vão construindo e mobilizando recursos familiares à medida que vão precisando para aprender a cuidar ou para partilhar tarefas. Vão também estimulando a solidariedade dos amigos que os substituem pontualmente (cuidadora nº 5).

Relativamente às duas últimas expressões supracitadas verificamos que os cuidadores mobilizam e gerem os apoios formais médico e de enfermagem para o cuidado, recorrendo por vezes a contactos pessoais (cuidadora nº 7).

Como já referimos no nosso enquadramento teórico, uma das funções do cuidador principal proposta por Gonçalves *et al* (2000), é servir de elo entre a pessoa idosa e o seu médico e/ou serviços de saúde como hospital, emergência, centro de fisioterapia, etc.

Benjumea (2004), no seu estudo com cuidadores familiares de doentes com demência concluiu que estes no seu mundo para o cuidado também construíam “un tecido social para el cuidado” constituído pelos familiares, vizinhos e por um suporte informal médico e que sem esse tecido cuidar se convertia numa tarefa, senão impossível muito dura.

Também Andrade e Rodrigues (1999), ao estudarem as representações do cuidador familiar perante a pessoa idosa com AVC, concluíram acerca da temática de ensino-aprendizagem do cuidador no contexto do cuidado familiar, que esta era constituída pelas categorias: comunicação formal e informal, comunidade, médico, amigo e prática, tendo constatado que a comunicação informal na comunidade (por amigos) substituía muitas vezes o conhecimento que deveria ser transmitido pelos profissionais.

Relativamente à subcategoria *Construção de um meio físico seguro para prestar cuidados*, foi referida pela totalidade dos cuidadores (14).

“[...] eu precisava de uma cama com grade porque ele deitava-se abaixo da cama. E depois fomos, falamos com esse meu primo lá em Vila Real e ele ajeitou a vir a cama” (C 1).

“[...] mandei vir a cama [...] Montei aqui tudo na cozinha, doutra maneira não me consegui desenrascar! [...] ao fim de um tempo [...] ela começou a andar [...] Mudei tudo lá para cima [...]” (C 13).

“[...] tive de tirar tudo do quarto para fora [...] para pôr depois duas camas [...] Porque eu precisava de dormir ao pé dele [...]” (C 1).

“[...] tive que fazer estas obras aqui em baixo, porque ela não andava a subir escadas e descer [...] fiz aqui a cozinha e fiz dois quartos, um para ela, outro para mim, para eu estar perto dela [...] E fiz-lhe uma casinha de banho logo ali ao lado do quarto dela [...]” (C 5).

“[...] eu ainda a metia dentro da banheira, que tenho aí uma tábuia, que eu trabalhei [...] que pega nas bordas da banheira e ela passava-se para cima [...]” (C 9).

“[...] quando ela andava comprei aquela fralda cueca [...] depois ela começou a fazer mais [...] a ficar acamada, comecei a pôr outras fraldas” (C 7).

Os nossos resultados vão de encontro aos obtidos por Benjumea (2004), no seu estudo com cuidadores familiares de doentes com demência, na medida em que os cuidadores do nosso estudo também transformaram a vivenda, através de fazerem obras no W.C e quarto do doente para ficar mais perto do cuidador e reduziram o mobiliário ao

essencial. Por outro lado, também os cuidadores do nosso estudo foram adquirindo objectos e equipamentos à medida que o doente se tornava mais dependente e o cuidado se complexificava, como foi o caso das camas articuladas.

Também Andrade e Rodrigues (1999), concluíram que os cuidadores familiares de pessoas idosas com AVC transformavam quotidianamente a realidade onde o cuidado se desenvolvia, tendo encontrado nesta temática, as seguintes categorias: equipamentos, adaptação, ambiente, tempo-espaço e mobiliário.

A necessidade de modificação do ambiente e adaptação dos equipamentos às necessidades da pessoa idosa foi igualmente encontrada noutros estudos com prestadores de cuidados informais (Rebelo, 1996 e Marote *et al*, 2005).

Do atrás exposto concluímos que o processo do cuidado no domicílio facilita o exercício da criatividade, mudança de ambiente, de equipamentos, transformando a rotina em descobrimento. A criatividade visa assegurar a segurança do familiar idoso e facilitar as tarefas do cuidado ao cuidador, estimulando a continuidade no processo de cuidar.

A subcategoria *Conhecimento acumulado/perícia adquirida* foi referida pela maioria dos cuidadores (12). Esta subcategoria é referente à capacidade pessoal dos cuidadores que se expressa em conhecimento que vão acumulando com o tempo e na perícia que vão adquirindo com o cuidado ao seu familiar idoso.

“[...] a gente vai aprendendo por nós próprias, se hoje faço assim, para a próxima já faço de outra maneira, a ver se cai melhor [...] A gente vai-se habituando” (C 14).

“[...] a nebulização é importante, tem que ser sempre duas vezes ao dia. Quando veio do hospital, era preciso fazer-lhe três vezes e quando ele fica mais atacado [...] Quando não, duas vezes, uma de manhã e outra à noite” (C 1).

“[...] os primeiros dias, a gente não dá bem aquele jeito [...] depois comecei a aprender. Agora é assim, eu vou, tiro a fralda, já tenho ali a bacia com água, lavo primeiro ela viradinha para cima, depois viro-a de lado [...] tiro a fralda, meto um resguardo e lavo [...] Que é para não fazer tanta força” (C 7).

“Eu agora já procuro fazer assim, visto-lhe primeiro o braço que está preso, não é, porque meto melhor [...] Foi com o tempo, isso ninguém me ensinou [...] o outro depois já se veste mais fácil” (C 12).

“[...] os medicamentos como não engole [...] amasso-lhos entre duas colheres, ponho uma colher e com a outra amasso-lhos [...] meto-lhe num copo de água e depois meto-lhos pela seringa” (C 11).

Como podemos analisar a partir das expressões dos cuidadores nº 1 e nº 11, o conhecimento e a perícia dos cuidadores relacionados com a prestação de cuidados vão sendo actualizados à medida que a doença avança e surgem as complicações. Em etapas mais avançadas da doença os cuidadores demonstraram mais conhecimentos e destrezas tornando o cuidado mais fácil (cuidadoras nº 7 e nº 12).

Também Benjumea (2004), no seu estudo com cuidadores familiares de doentes com demência concluiu que estes ao princípio não sabem muito sobre a doença, mas com o tempo convertem-se em peritos, capazes de tomar decisões cruciais como por exemplo internar ou não o doente num processo agudo, baseando-se para isso no conhecimento acumulado. Concluiu ainda que os cuidadores aprendem com a prática (*ibid.*).

Podemos também analisar a partir das expressões dos cuidadores do nosso estudo que pelo facto de não terem uma orientação/formação adequada, têm de aprender por si mesmos, sendo as habilidades desenvolvidas por tentativa e erro (cuidadora nº 14).

A aprendizagem por si mesmo foi igualmente referida pelos cuidadores noutros estudos da área (Vicente, 2001).

Quanto à subcategoria *Desenvolvimento da capacidade pessoal emocional*, esta foi referida por sete cuidadores. Nesta subcategoria incluímos os cuidadores que referiram ter ânimo para responder às exigências emocionais do cuidado.

“*Custou-me um bocadinho, mas tive que encarar e tenho, enquanto eu puder está aí [...]*” (C 12).

“*É preciso a gente ter coragem e paciência [...] e também se habitua [...]*” (C 6).

“*[...] sinto-me com capacidades mentais [...]*” (C 11).

Também Benjumea (2004), no seu estudo com cuidadores familiares de doentes com demência concluiu que um dos recursos pessoais dos cuidadores para cuidar era precisamente a sua capacidade emocional que lhes permitia presenciar a deterioração contínua da pessoa que em tempos amaram. Conclui ainda que, por vezes, esta capacidade é frágil e desgasta-se, pelo que é necessário renová-la e repará-la (*ibid.*).

Relativamente à subcategoria *Desenvolvimento da capacidade pessoal física* esta foi referida por apenas quatro cuidadores. Nesta subcategoria incluímos os cuidadores que embora possam já ter sentido cansaço, no momento referiram ter força física, ou seja, um corpo apto para o cuidado.

“*[...] a minha irmã [...] era a que me vinha ajudar primeiro a dar-lhe banho, que ela primeiro ainda tinha força [...] agora dou-lhe banho eu sozinha na cama [...]*” (C 8).

“[...] *fisicamente sinto-me bem [...]*” (C 11).

O esforço físico despendido pelos cuidadores depende entre outros factores do grau de dependência da pessoa idosa dependente. O conhecimento e capacidades dos cuidadores acerca das técnicas do cuidar diminuem o esforço físico.

O maior número de cuidadores que referiram como recurso pessoal para cuidar o conhecimento acumulado/perícia adquirida em relação aos outros recursos pessoais-capacidade emocional e física pode dever-se, como defende Benjumea (2004), ao facto do primeiro aumentar com o tempo de cuidador, enquanto que os dois últimos recursos diminuírem.

Dentro da categoria *Apoio dos serviços de saúde e/ou sociais*, os discursos dos cuidadores centraram-se em torno de duas subcategorias: *Aquisição de material clínico e/ou de ajudas técnicas* e *Prestação de cuidados*.

Nesta categoria ao contrário da anterior- *Construção do suporte social de apoio formal e informal*, que se referia à descoberta pelos cuidadores de apoios formais para cuidar, entre os quais o apoio dos profissionais de saúde, existe uma intenção da parte dos profissionais de saúde que vão ao encontro dos cuidadores para os apoiarem.

Ao investigar as representações do cuidador familiar perante uma pessoa idosa com AVC, Andrade e Rodrigues (1999), também concluíram que os cuidadores referiram os profissionais de saúde como fonte de construção do seu conhecimento para cuidar.

Relativamente à subcategoria *Aquisição de material clínico e/ou de ajudas técnicas*, esta foi referida pela totalidade dos cuidadores (14).

“[...] *comprei um andarilho quando ela partiu a perna [...]* Porque a médica sugeriu [...] *naquela altura só a bengala, se calhar que, ela não se equilibrava tão bem [...]*” (C 5).

“*Eles vinham-lhe curar e disseram-me que uma cama daquelas do hospital que seria bem para ela*” (C 13).

“[...] *o médico de família [...]* meteu os papéis à segurança social para lhe darem a cama e a cadeira” (C 8).

Outras das áreas em que os serviços de saúde e/ou sociais apoiaram a formação dos cuidadores foi na *Prestação de cuidados*, que foi referida igualmente pela totalidade dos cuidadores (14).

“Eles [os enfermeiros] fazem o curativo à minha mãe, dizem-me quase todos os dias para ela não se deitar para aquele lado onde tem a ferida [...] estão sempre a recomendar como se deitar” (C 14).

“[...] na Santa Casa [...] aprendi quando andei a tirar o curso [...]” (C 11).

A cuidadora nº 11 supracitada foi a única que frequentou um curso formal para aprender a prestar cuidados a pessoas idosas, no âmbito da sua actividade profissional como ajudante do lar, beneficiando actualmente dessa formação para prestar cuidados ao seu familiar idoso.

Quanto à categoria *Meios de comunicação social e/ou de informação escrita*, esta foi referida por apenas um cuidador.

“[...] todos os livros que eu encontrava a falar sobre Alzheimer, eu comprava [...] revistas, reportagens que eu visse na televisão [...] Isso ajudou muito [...]” (C 7).

A fraca referência dos cuidadores aos meios de comunicação social e/ou de informação escrita como meios de aprendizagem pode dever-se ao baixo nível de instrução dos mesmos.

A informação veiculada pelos media foi igualmente referida pelos cuidadores de outros estudos da área como uma fonte de aprendizagem para cuidar (Benjumea, 2004 e Moreira, 2001).

Quanto à categoria *Experiências anteriores*, os discursos dos cuidadores centraram-se em torno de três subcategorias: *Outras pessoas idosas a cargo*, *Observação dos cuidados prestados por vizinhos a pessoas idosas dependentes* e *Cuidar dos filhos/crianças*.

A respeito das experiências anteriores invocamos Lage (2005b), que refere que o papel do cuidador é determinado pelas suas percepções das experiências vividas, as quais, por sua vez, influenciam os seus modos de agir e comportamentos na gestão das mesmas experiências.

Seis dos catorze cuidadores já tinham tido *Outras pessoas idosas a cargo*, tendo esta sido uma experiência que lhe permitiu adquirir conhecimentos e maior destreza para poderem cuidar actualmente do familiar idoso que têm a seu cargo.

“Eu quando estive na Bélgica, já cuidava lá de uma velha [...] e a gente vai-se habituando [...] vai tirando [...] De uns lados para os outros” (C 14).

“[...] já são muitos anos que eu trabalho com idosos, portanto, o que faço com ela, faço aos outros idosos [...]” (C 11).

Relativamente à subcategoria *Observação dos cuidados prestados por vizinhos a pessoas idosas dependentes*, esta foi referida por apenas um cuidador.

“[...] eu aprendi, porque eu já tinha visto numa senhora ali num senhor que estava acamado [...] e eu via como ela fazia [...] tinha que ser o comer todo desfeitinho, e metê-lo depois no tubosinho [...]” (C 2).

A partilha de experiências com pessoas que viveram a mesma situação foi igualmente referida como fonte de aprendizagem pelos cuidadores de outros estudos da área (Andrade e Rodrigues, 1999 e Moreira, 2001).

Três dos catorze cuidadores referiram que o *Cuidar dos filhos/crianças* foi também uma experiência enriquecedora de aprendizagem para cuidar actualmente do seu familiar idoso.

“[...] é exactamente a mesma coisa! É um bebé em tamanho grande” (C 7).

“Como criei um filho, agora trato dele” (C 10).

Cuidar de pessoas idosas não é distinto de outras situações de cuidados familiares, sendo considerado por alguns autores como uma tarefa doméstica do domínio feminino, situada ao mesmo nível que outras, tais como o cuidado da casa e dos filhos (Finley, 1989 citado por Paúl, 1997).

Do atrás exposto podemos concluir que os cuidadores do nosso estudo, à excepção de uma cuidadora, não possuem formação para cuidar, tendo como maior arma a disponibilidade e boa vontade.

1.2.7.1- Contributo dos enfermeiros em contexto institucional na preparação dos cuidadores para cuidar da pessoa idosa dependente no domicílio

O enfermeiro tem um papel essencial na promoção da saúde, na prevenção da doença, no tratamento e na reabilitação da pessoa. Assim, o seu campo de acção pode ser a nível institucional ou a nível comunitário, trabalhando com a população na resolução de problemas.

A continuidade de cuidados do hospital para o domicílio está a tornar-se uma prática cada vez mais frequente devido a vários factores.

Iremos falar primeiro do contributo dos enfermeiros, em contexto institucional, (quer seja no serviço de ambulatório ou no serviço de internamento), na preparação do cuidador para prestar cuidados, para de seguida falar em contexto domiciliário.

As pessoas idosas e os seus cuidadores vêm-se frequentemente confrontados com situações problemáticas, em que os meios de que dispõem em contexto domiciliário são insuficientes para as superar. É neste sentido, que Fernandes afirma: “na medida que as incapacidades físicas e psicológicas da pessoa idosa aumentam e as capacidades do meio ambiente diminuem, torna-se necessário, encarar a hipótese de internamento numa instituição” Fernandes (2000: 47).

Este tempo de internamento da pessoa idosa deve ser aproveitado pelos enfermeiros para preparar o seu cuidador para a prestação de cuidados no domicílio. A este respeito Leme (2000), refere que os mais modernos conceitos terapêuticos em geriatria e gerontologia priorizam uma abordagem profissional dos cuidadores através de cursos de formação, informações continuadas e treino/capacitação em contexto institucional, no sentido de o preparar para a prestação de cuidados no domicílio.

Do discurso dos cuidadores acerca do contributo dos enfermeiros, em contexto institucional, na sua preparação para cuidar da pessoa idosa emergiram as seguintes categorias: *Temáticas aprendidas*, *Momentos de aprendizagem*, *Metodologia/Técnicas de aprendizagem*, *Intervenções facilitadoras* e *Intervenções constrangedoras*.

As subcategorias *Temáticas aprendidas*, *Momentos de aprendizagem* e *Metodologia/Técnicas de aprendizagem* encontram-se na Tabela nº 16.

Tabela nº 16- Percepção dos cuidadores principais acerca do contributo dos enfermeiros em contexto institucional, na sua preparação para cuidar da pessoa idosa dependente no domicílio

Cuidadores	Temáticas Aprendidas										Momentos de aprendizagem	Metodologia/Técnicas de aprendizagem					
	Informação sobre a aquisição de material clínico e/ou de ajudas técnicas	Conhecimentos específicos sobre as patologias da pessoa idosa	Cuidados de prevenção de úlceras de pressão	Cuidados com a alimentação	Cuidados de eliminação	Cuidados de higiene e conforto	Administração de terapêutica	Cuidados de prevenção da integridade física da pessoa idosa	Promoção da reabilitação da pessoa idosa	Mecanismos de protecção do cuidador na prestação de cuidados		Visitação aos doentes internados	Alta	Exposição verbal da informação	Fornecimento de informação escrita	Observação da demonstração do cuidado	Experimentação supervisionada
C 1	x						x	x			x		x				x
C 2																	
C 3	x							x			x						x
C 4		x		x						x		x					
C 5		x		x	x		x		x		x	x	x	x	x	x	
C 6																	
C 7			x	x				x			x		x		x	x	x
C 8			x	x					x		x		x				x
C 9																	
C 10				x	x	x			x		x						x
C 11																	
C 12																	
C 13																	
C 14	x																

Temáticas aprendidas, Momentos de aprendizagem e Metodologia/Técnicas de aprendizagem

Dentro das *Temáticas aprendidas*, os discursos dos cuidadores centraram-se em torno das seguintes subcategorias: *Informação sobre a aquisição de material clínico e/ou de ajudas técnicas, Conhecimentos específicos sobre as patologias da pessoa idosa, Cuidados de prevenção de úlceras de pressão, Cuidados com a alimentação, Cuidados de*

eliminação, Cuidados de higiene e conforto, Administração de terapêutica, Cuidados de prevenção da integridade física da pessoa idosa, Promoção da reabilitação da pessoa idosa e Mecanismos de protecção do cuidador na prestação de cuidados.

Relativamente à subcategoria *Informação sobre a aquisição de material clínico e/ou de ajudas técnicas*, esta foi referida por três cuidadores.

“[...] foi no hospital [...] as enfermeiras disseram que seria melhor uma cama daquelas para o levantar, para lhe dar de comer [...]” (C 14).

“Ando à procura do cadeirão [...] idênticos aqueles dos hospitais, que o enfermeiro lá disse-me que era melhor para ele estar [...]” (C 3).

Quanto à subcategoria *Conhecimentos específicos sobre as patologias da pessoa idosa*, esta foi referida por dois cuidadores.

«[...] uma ocasião estava a dar-lhe uma banana e o enfermeiro disse-me assim: “Olhe, a senhora tem que ter cuidado, não lhe dar coisas doces que ela tem os diabetes [...]”» (C 4).

“[...] esteve internada aqui no Centro de Saúde [...] as enfermeiras ensinaram-me [...] a fazer-lhe a piquinha no dedo para tirar os diabetes” (C 5).

De acordo com Mateu e Cortacans (1998), as intervenções de enfermagem no “acessoramento” sobre a doença têm como finalidade proporcionar à família o conhecimento da doença, complexidade e diagnóstico para atenuar os efeitos negativos na dinâmica familiar. Este acessoramento deve ser multifaseado de acordo com o desenvolvimento da doença e com a evolução da resposta do doente (*ibid.*).

Relativamente à subcategoria *Cuidados de prevenção de úlceras de pressão*, esta foi referida por dois cuidadores.

“[...] quando ela ficar ali assim, muito tempo para o mesmo lado, eu depois ponho creme e faço umas fricções [...] Porque no hospital faziam-lhe e eles diziam que tinha que fazer [...]” (C 7).

“[...] lá no hospital [...] eles disseram, que tinha que [...] deitar uma pomada, quando lhe desse banho no corpo para ela não ganhar chagas, tinha que a virar” (C 8).

De acordo com Coutinho, Araújo e Macedo (2003), os doentes imobilizados durante um certo período de tempo devem receber uma série de cuidados cujo objectivo principal é evitar o aparecimento e desenvolvimento de úlceras de pressão. Por isso, o papel do enfermeiro é fundamental para o sucesso da prevenção das úlceras de pressão, através da educação do doente e seus familiares, explicando-lhe porque é que este se

encontra em risco de desenvolver úlceras de pressão e quais as estratégias a utilizar (aliviar a pressão, evitar a fricção, inspecção cuidadosa e periódica da pele, realização de uma higiene correcta, massajar suavemente sobre as proeminências ósseas e monitorizar o estado nutricional e hidratação do doente) (*ibid.*).

Quanto à subcategoria *Cuidados com a alimentação*, esta foi referida por cinco cuidadores.

“Faço o comer todo à parte para ela [...] as enfermeiras é que me disseram como é que eu tinha que fazer [...] nesta última vez que lá estava [...]” (C 8).

“Aprendi a dar-lhe de comer pela sonda no hospital” (C 7).

Dois dos catorze cuidadores referiram ainda que os enfermeiros os ensinaram sobre *Cuidados de eliminação* da pessoa idosa.

“Trazia a algália [...] aquilo não tem nada que saber, só tem uma torneirinha e eu para um baldinho, despejava aquele xixi [...] A enfermeira é que me ensinou [...] logo lá no hospital quando ela veio” (C 5).

A subcategoria *Cuidados de higiene e conforto* foi referida por apenas um dos catorze cuidadores.

“Bem via como faziam nos hospitais [...] levavam-no e arranjavam-no” (C 10).

A subcategoria *Administração de terapêutica* foi referida por dois dos catorze cuidadores.

“[...] estive internada aqui no Centro de Saúde [...] e as enfermeiras ensinaram-me a dar-lhe a insulina” (C 5).

“A tratar dele, a dar-lhe os medicamentos a horas e tudo que lhe é preciso fazer” (C 1).

Também Cerqueira (2005), no seu estudo com cuidadores do doente paliativo concluiu que, os assuntos abordados pelos enfermeiros na educação para a saúde dirigida aos cuidadores numa perspectiva de continuidade de cuidados se centravam na técnica e incluíam os cuidados orientados para a dependência (cuidados de higiene, posicionamentos, levantes, administração de terapêutica).

Quanto à subcategoria *Cuidados de prevenção da integridade física da pessoa idosa*, esta foi referida por três cuidadores.

“Arranjei a cama, que era o que me fazia muita falta, porque ele atirava-se a baixo [...] eu boto-lhe a grade acima, é como faziam os enfermeiros no hospital” (C 3).

“[...] estava sentada, levantava-se, caía. Eu fazia como no hospital, punha-lhe um lençol apertado [...]” (C 7).

Dois dos catorze cuidadores referiram ainda que os enfermeiros os ensinaram sobre a *Promoção da reabilitação da pessoa idosa*.

“[...] bem via como faziam tudo nos hospitais [...] Punham-no a andar devagarinho, uma dum lado, outra do outro, para ele começar a andar e eu vinha andar com ele [...] Não me custou nada” (C 10).

«[...] as enfermeiras lá disseram-me: “Faça-a pôr a pé todos os dias para o cadeirão ou para uma cadeira de rodas ao menos uma hora ou duas por dia [...]”» (C 5).

De acordo com Rodrigues (2008), quando a pessoa com AVC apresenta alteração da mobilidade (como é o caso dos dois familiares idosos das cuidadoras supracitadas), alguns dos cuidados de enfermagem de reabilitação indicados são o levantar e a marcha. O levantar da cama deve ser feito logo que possível, após o período inicial agudo e a marcha é a última actividade na reabilitação sendo iniciada quando a pessoa sentir segurança e quando houver equilíbrio (*ibid.*).

A subcategoria *Mecanismos de protecção do cuidador na prestação de cuidados* foi referida por apenas um cuidador.

“[...] lá no hospital [...] eles disseram que tinha que cada vez que a mudasse [...] andar com luvas [...]” (C 8).

Relativamente à categoria *Momentos de aprendizagem*, os discursos dos cuidadores revelaram que aprenderam durante a *Visitação aos doentes internados* e na *Alta*.

A subcategoria *Visitação aos doentes internados* foi referida por seis cuidadores.

“[...] eu ia lá desde manhã à noite e estava lá com ele. Bem via [...] como faziam [...] nos hospitais!” (C 10).

“[...] no hospital [...] eu estive lá todos os dias [...] Estava lá com ela dentro do quarto [...] Já a mudavam diante de mim [...]” (C 8).

A subcategoria *Alta* foi referida por apenas um cuidador.

“[...] as enfermeiras ensinaram-me a dar-lhe a insulina [...] Eu fui lá algumas vezes ver como elas faziam, para elas me explicarem para quando ela viesse para casa saber-lha dar” (C 5).

Num estudo desenvolvido por Vicente (2003), com cuidadoras informais em meio hospitalar, a autora concluiu que as cuidadoras sem experiência quando chega o momento da alta sentem necessidade de aprender a cuidar do doente e saber como actuar perante

distintas situações, assim como terem alguma orientação sobre instituições, associações e produtos que vão necessitar.

Também Cerqueira (2005), no seu estudo com cuidadores do doente paliativo verificou que os enfermeiros ao educarem os cuidadores numa perspectiva de continuidade de cuidados, abordavam os assuntos no momento da alta e durante as horas da visita.

Quanto à categoria *Metodologia/técnicas de aprendizagem*, os discursos dos cuidadores centravam-se em torno de cinco subcategorias: *Exposição verbal da informação*, *Fornecimento de informação escrita*, *Observação da demonstração do cuidado*, *Experimentação supervisionada* e *Observação dos cuidados prestados pelos enfermeiros à pessoa idosa*.

Cinco dos catorze cuidadores referiram que os enfermeiros os ensinaram através da *Exposição verbal da informação*.

«[...] e ele [o enfermeiro] disse-me assim: “Olhe a senhora tem que ter cuidado, não lhe dar coisas doces que ela tem os diabetes [...]”» (C 4).

«[...] as enfermeiras lá disseram-me: “Faça-a pôr a pé todos os dias [...]”» (C 5).

A transmissão oral de informação pelos enfermeiros aos cuidadores, foi igualmente verificada noutros estudos (Cerqueira, 2005 e Moreira, 2001). A este nível, as dificuldades dos cuidadores centraram-se na apropriação do código linguístico dos profissionais de saúde e na dificuldade em reter a informação devido ao cansaço e à ansiedade que vivenciam (Moreira, 2001).

O *Fornecimento de informação escrita* foi referido por apenas um cuidador.

“[...] eles [os enfermeiros] deram-me logo uma folha daquilo que ela podia comer, e o que não podia, no Centro de Saúde, quando ela veio para casa” (C 5).

A este respeito, Moreira (2001), refere que é importante que os profissionais de saúde tenham a preocupação de complementar a informação oral com a escrita, para que mais tarde os familiares possam recorrer a ela, se assim o entenderem.

Apenas dois dos catorze cuidadores referiram que aprenderam através da *Observação da demonstração do cuidado* pelos enfermeiros.

“[...] as enfermeiras ensinaram-me a dar-lhe a insulina [...] Eu fui lá algumas vezes ver como elas faziam [...]” (C 5).

“As enfermeiras ao dar-lhe pela sonda [...] lá me explicaram [...]” (C 7).

De acordo com Neri (2000), um dos princípios da educação de adultos é a aplicabilidade directa, em que o educador demonstra o uso prático e a aplicabilidade de um

novo conceito ou habilidade, com o intuito de melhorar a motivação dos educandos e aumentar a possibilidade de generalização do aprendizado para situações novas.

Também Cerqueira (2005), ao estudar a percepção dos cuidadores de doentes paliativos relativamente às intervenções de enfermagem em contexto hospitalar chegou a resultados esclarecedores da importância da utilização deste princípio, quando verificou que os cuidadores referiram que os enfermeiros não superaram as suas dificuldades/necessidades por terem, entre outros aspectos, fornecido a informação oralmente sem demonstração prática.

Também apenas dois dos catorze cuidadores referiram aprender através da *Experimentação supervisionada*.

“[...] as enfermeiras ensinaram-me a dar-lhe a insulina [...] Eu fui lá algumas vezes ver como elas faziam [...] cheguei a experimentar” (C 5).

“As enfermeiras, ao dar-lhe pela sonda [...] lá me explicaram [...] aliás eu sempre que estava à hora do almoço [...] era eu que lhe dava de comer [...] viram muitas vezes.” (C 7).

Os cuidadores ao experimentarem a prestação do cuidado ao seu familiar idoso sob supervisão do enfermeiro, ganham a confiança, que lhes facilitará a continuidade da prestação desses cuidados no domicílio.

Cinco dos catorze cuidadores referiram também aprender através da *Observação dos cuidados prestados pelos enfermeiros à pessoa idosa*⁶¹.

“[...] punha-lhe um lençol apertado [...] eu via fazer no hospital e eu fiz igual [...]” (C 7).

“[...] no hospital aprendia o que via. Eles faziam as coisas, a gente via [...]” (C 10).

Também Vicente (2001), no seu estudo com cuidadores informais em meio hospitalar verificou que os cuidadores com experiência diziam ter aprendido, basicamente, por observação dos profissionais.

⁶¹ A diferença entre este método de aprendizagem e a observação da demonstração do cuidado é que na observação dos cuidados prestados pelos enfermeiros à pessoa idosa não existe uma intenção explícita de formação dos cuidadores por parte dos enfermeiros, enquanto que na observação da demonstração do cuidado essa intenção já existe.

Intervenções facilitadoras

Relativamente à categoria *Intervenções facilitadoras*, os discursos dos cuidadores centraram-se em torno de várias intervenções de enfermagem, realizadas em contexto institucional, e que consideram ter facilitado a sua tarefa de cuidar da pessoa idosa no domicílio: *Agente de ligação com o cuidador e com os serviços de apoio formal existentes, Boa relação interpessoal entre a díade pessoa idosa dependente-cuidador principal e o enfermeiro, Fornecimento e/ou empréstimo de material clínico e/ou de ajudas técnicas adequados às necessidades da pessoa idosa dependente e/ou do cuidador, Permissão para o cuidador acompanhar a pessoa idosa e/ou envolver-se nos cuidados, Reconhecimento do saber do cuidador e/ou dos cuidados prestados pelo cuidador à pessoa idosa, Prestação de cuidados adequados às necessidades da pessoa idosa dependente e/ou do cuidador e Formação adequada às necessidades formativas do cuidador para cuidar* (Tabela nº 17).

Tabela nº 17- Percepção dos cuidadores principais acerca das intervenções de enfermagem, em contexto institucional, que facilitaram a sua tarefa de cuidar da pessoa idosa dependente no domicílio

Cuidadores	Intervenções facilitadoras						
	Agente de ligação com o cuidador e com os serviços de apoio formal existentes	Boa relação interpessoal entre a díade pessoa idosa dependente-cuidador principal e o enfermeiro ⁶²	Fornecimento e/ou empréstimo de material clínico e/ou de ajudas técnicas adequados às necessidades da pessoa idosa dependente e/ou do cuidador	Permissão para o cuidador acompanhar a pessoa idosa e/ou envolver-se nos cuidados	Reconhecimento do saber do cuidador e/ou dos cuidados prestados pelo cuidador à pessoa idosa	Prestação de cuidados adequados às necessidades da pessoa idosa dependente e/ou do cuidador ⁶³	Formação adequada às necessidades formativas do cuidador para cuidar ⁶⁴
C 1	x	x		x		x	x
C 2							
C 3							
C 4		x	x			x	
C 5			x	x			
C 6							
C 7		x	x	x		x	x
C 8		x		x	x	x	x
C 9							
C 10							
C 11					x	x	
C 12							
C 13						x	
C 14							

Relativamente à subcategoria *Agente de ligação com o cuidador e com os serviços de apoio formal existentes*, esta foi referida por apenas um cuidador.

⁶² Apesar da prestação de cuidados de enfermagem englobar as dimensões relacional, técnica e educativa, optamos para uma melhor compreensão dos resultados, por distingui-las. Assim, consideramos as seguintes subcategorias:

- *Boa relação interpessoal entre a díade pessoa idosa dependente-cuidador principal e o enfermeiro*- foram consideradas as unidades de registo referentes à relação estabelecida entre pessoa idosa dependente-cuidador e o enfermeiro, da qual o cuidador tem uma percepção favorável;

⁶³ - *Prestação de cuidados adequados às necessidades da pessoa idosa dependente e/ou do cuidador* - foram consideradas as unidades de registo referentes à organização dos cuidados de enfermagem e à prestação de cuidados de natureza técnica à pessoa idosa, que o cuidador considerou adequados;

⁶⁴ - *Formação adequada às necessidades formativas do cuidador para cuidar*- foram consideradas as unidades de registo referentes à formação do cuidador para cuidar, desenvolvida pelos enfermeiros e que os cuidadores consideraram adequada às suas necessidades.

“A cama tive de a pedir na Segurança Social [...] falamos com esse enfermeiro lá em Vila Real e ele lá ajeitou” (C 1).

Algumas das funções do enfermeiro em contexto institucional com vista à prestação de cuidados adequados ao doente/família são o planeamento da alta, a gestão de casos e a coordenação dos recursos da comunidade.

Relativamente à coordenação dos recursos da comunidade, o enfermeiro deverá divulgar os serviços formais existentes aos potenciais utilizadores e/ou membros da família/rede informal de apoio, ensinando-os a pedir ajuda quando necessitam.

Também Cerqueira (2005), no seu estudo com cuidadores do doente paliativo verificou que uma das suas expectativas face às intervenções/attitudes dos enfermeiros, no internamento era a orientação social.

Quanto à subcategoria *Boa relação interpessoal entre a díade pessoa idosa dependente-cuidador principal e o enfermeiro*, esta foi referida por quatro cuidadores.

“[...] as enfermeiras são boas, tanto aqui e no hospital [...]” (C 8).

“A primeira vez que partiu a primeira perna esteve lá oito meses, no hospital. E, vinha do hospital para o Centro de Saúde, tenho boa experiência das enfermeiras” (C 4).

De acordo com Cerqueira (2005), o relacionamento é imprescindível no desenvolvimento duma afinidade, ajudando a uma melhor cooperação do doente e cuidador e, por outro lado, à auto-satisfação do enfermeiro. Esta autora concluiu no seu estudo com cuidadores do doente paliativo que uma das suas expectativas quanto às intervenções/attitudes dos enfermeiros no internamento, passava por um atendimento humano e personalizado, destacando características relacionais como serem meigos, simpáticos e bondosos (*ibid.*).

A subcategoria *Fornecimento e/ou empréstimo de material clínico e/ou de ajudas técnicas adequados às necessidades da pessoa idosa e/ou do cuidador*, foi referida por três cuidadores.

“[...] ensinaram-me a fazer-lhe a piquinha no dedo para tirar os diabetes [...] Deram-me uma máquina e ensinaram-me como é que eu havia de trabalhar com ela” (C 5).

“[...] as enfermeiras [...] Emprestaram-me a cama [...] o colchão de ar [...]” (C 7).

Para que a pessoa idosa possa realizar movimentos com maior segurança, quando já apresenta alterações de equilíbrio, ou da capacidade funcional para as AVD, deve poder usufruir de meios que lhe permitam manter por mais tempo um razoável nível de

autonomia e independência (Loureiro *et al*, 2007). As ajudas técnicas como, por exemplo, bengalas, canadianas, andariço, cadeira de rodas, tripés, dispositivos de apoios (entre os quais as camas articuladas) e os dispositivos de higiene, podem não compensar todas as incapacidades, mas associados à ajuda humana, são um bom promotor da independência física da pessoa idosa (*ibid.*). Para além disso, essas ajudas técnicas facilitam o trabalho dos cuidadores.

A subcategoria *Permissão para o cuidador acompanhar a pessoa idosa e/ou envolver-se nos cuidados* foi referida por quatro cuidadores.

“[...] Estava lá com ela dentro do quarto e entrava às onze e estava lá até à noite [...]” (C 8).

“[...] eu quando estava lá à hora de almoço [...] era eu que lhe dava de comer” (C 7).

Também Cerqueira (2005), no seu estudo com cuidadores do doente paliativo, em contexto de internamento verificou que estes tinham como expectativas quanto às intervenções/attitudes dos enfermeiros, a permissão para acompanhar o seu familiar e envolver-se nos cuidados.

Num estudo desenvolvido por Vicente (2001), com cuidadores informais em meio hospitalar, a autora verificou que os cuidadores descreviam como funções próprias dar afecto e companhia, ajudar o doente nas suas necessidades básicas (higiene, alimentação), vigiar alguns procedimentos técnicos (oxigenoterapia e soroterapia) e zelar para que se respeitem os hábitos do doente.

Normalmente, o conhecimento por parte dos cuidadores, das características da doença, das necessidades, hábitos e temores do doente aumenta o desejo de relação e colaboração com os profissionais para lhes transmitir o que sabem sobre o doente e assegurar que o hospital vai ter isso em conta (Vicente, 2003).

Na perspectiva de Veríssimo e Moreira (2004), a mudança das práticas dos enfermeiros passa pela integração da família no envolvimento dos cuidados hospitalares, sempre que estes ocorram, e os cuidadores manifestem condições e vontade para tal, de modo a preparar a transferência do processo de cuidar do hospital para o domicílio, facilitando e capacitando os cuidadores para esta missão.

Por outro lado, a função de apoio e suporte emocional dos cuidadores torna-se crucial na hospitalização da pessoa idosa, pela mudança que esta provoca nas suas rotinas e estilos de vida.

Quanto à subcategoria *Reconhecimento do saber do cuidador e/ou dos cuidados prestados pelo cuidador à pessoa idosa*, esta foi referida por apenas dois cuidadores.

«Estava lá com ela dentro do quarto [...] e eu disse-lhe: “Tire-lhe a sonda, que eu dou-lhe de comer!” [...] comecei a dar-lhe de comer e comia tudo! Com eles [os enfermeiros] não, diz que não abria muito bem a boca» (C 8).

«Fui lá à visita [...] E diz-me assim a enfermeira: “Você já sabe lidar com isso tudo!” » (C 11).

De acordo com Neri (2000), um dos princípios de educação de adultos consiste em o educador promover, elogiar e reconhecer o trabalho do educando. Sendo assim, este tipo de recompensas podem funcionar como poderosos incentivos para o cuidador, principalmente se o enfermeiro os usar de modo sistemático e planeado. Neste contexto, é necessário que o enfermeiro dê ênfase ao acompanhamento da pessoa idosa e seu cuidador, e os veja como parceiros da equipa de saúde.

A subcategoria *Prestação de cuidados adequados às necessidades da pessoa idosa dependente e/ou do cuidador* foi referida por seis cuidadores.

“[...] lá no hospital não tenho queixa. Foi sempre bem tratada [...]” (C 11).

“[...] no internamento ficou logo lá esclarecido para as enfermeiras virem ao domicílio [...] em questão disso, no Centro de Saúde até estão muito bem, estou muito agradecida às enfermeiras [...]” (C 13).

Da expressão da cuidadora nº 13 foi possível verificar que a articulação eficaz entre os enfermeiros do serviço de internamento e os enfermeiros do serviço de ambulatório (que realizam as visitas domiciliárias) do Centro de Saúde, permitiu facilitar o trabalho da cuidadora, que recebeu em tempo oportuno a visita domiciliária dos enfermeiros.

Num estudo desenvolvido por Moreira (2001), com cuidadores familiares de doentes terminais, a autora verificou que estes defendiam a necessidade dos profissionais, em contexto hospitalar, colocarem o doente/família no centro do cuidar. A autora conclui ainda que qualquer intervenção dos profissionais de saúde ao nível da família pressupõe sempre a identificação da situação familiar, dos seus recursos, das suas incapacidades, dos seus receios, por forma a estabelecer um plano assistencial que permita satisfazer as necessidades da família.

Relativamente à subcategoria *Formação adequada às necessidades formativas do cuidador para cuidar*, esta foi referida por três cuidadores.

“[...] quando ela ficar assim, muito tempo para o mesmo lado, eu depois ponho creme e faço umas fricções e desaparece [...]. Porque no hospital faziam-lhe e eles [os enfermeiros] disseram que tinha que fazer [...]” (C 7).

“Os enfermeiros lá no hospital ensinaram-me a tratar dele, a dar-lhe os medicamentos a horas e tudo que lhe é preciso fazer” (C 1).

Também Cerqueira (2005), no seu estudo com cuidadores do doente paliativo verificou que dos cuidadores entrevistados, quatro referiram estar preparados para o cuidar no domicílio, uma vez que os “ensinos” foram suficientes e a informação dada foi adequada e esclarecedora.

Na realidade, todos os cuidadores requerem informação, educação, encorajamento e suporte, estando os enfermeiros numa posição privilegiada para satisfazer as suas necessidades. Neste contexto, durante os períodos de internamento do seu familiar, o enfermeiro deverá proporcionar progressivamente à família informação adequada que lhe possibilite obter conhecimentos e reduzir as suas dúvidas sobre a evolução da doença e das medidas a adoptar, para que possam ter algum controlo sobre as actividades do dia-a-dia (Moreira, 2001). Este tipo de conduta foi valorizada pelos cuidadores do doente terminal no estudo da autora supracitada, que referiram que alguns profissionais em contexto hospitalar, adoptaram uma atitude pedagógica, que consideraram importante para o desempenho das suas funções (*ibid.*).

Intervenções constrangedoras

Dentro da categoria *Intervenções constrangedoras*, os discursos dos cuidadores centram-se em torno das seguintes subcategorias: *Ausência do planeamento da alta, Empréstimo de ajudas técnicas insuficientes para as necessidades da pessoa idosa dependente e/ou do cuidador, Formação inadequada às necessidades formativas do cuidador para cuidar, Prestação de cuidados inadequados às necessidades da pessoa idosa dependente e/ou do cuidador, Pouco reconhecimento do saber do cuidador e/ou dos cuidados prestados pelo cuidador à pessoa idosa, Fraca relação interpessoal entre a díade pessoa idosa dependente-cuidador principal e o enfermeiro, Informação insuficiente sobre a evolução do estado de saúde da pessoa idosa e Falta de permissão para o cuidador acompanhar a pessoa idosa e/ou envolver-se nos cuidados* (Tabela nº 18).

Tabela nº 18- Percepção dos cuidadores principais acerca das intervenções de enfermagem, em contexto institucional, que constrangeram a sua tarefa de cuidar da pessoa idosa dependente no domicílio

Cuidadores	Intervenções constrangedoras							
	Ausência de planeamento da alta	Empréstimo de ajudas técnicas insuficientes para as necessidades da pessoa idosa dependente e/ou do cuidador	Formação inadequada às necessidades formativas do cuidador para cuidar ⁶⁵	Prestação de cuidados inadequados às necessidades da pessoa idosa dependente e/ou do cuidador ⁶⁶	Pouco reconhecimento do saber do cuidador e/ou dos cuidados prestados pelo cuidador à pessoa idosa	Fraca relação interpessoal entre a díade pessoa idosa dependente- cuidador principal e o enfermeiro ⁶⁷	Informação insuficiente sobre a evolução do estado de saúde da pessoa idosa	Falta de permissão para o cuidador acompanhar a pessoa idosa e/ou envolver-se nos cuidados
C 1	x	x						
C 2	x		x					
C 3	x			x				
C 4	x							
C 5	x	x	x	x				
C 6								
C 7	x				x			
C 8								
C 9	x		x					
C 10						x	x	x
C 11	x							
C 12	x		x					
C 13	x		x					
C 14	x		x	x	x		x	

⁶⁵ Apesar da prestação de cuidados de enfermagem englobar as dimensões relacional, técnica e educativa, optamos para uma melhor compreensão dos resultados, por distingui-las, tal como fizemos anteriormente. Assim, consideramos as seguintes subcategorias:

- *Formação inadequada às necessidades formativas do cuidador para cuidar* - foram consideradas as unidades de registo referentes à formação do cuidador para cuidar, desenvolvida pelos enfermeiros e que os cuidadores consideraram inadequada às suas necessidades;

⁶⁶ - *Prestação de cuidados inadequados às necessidades da pessoa idosa dependente e/ou do cuidador* - foram consideradas as unidades de registo referentes à organização dos cuidados de enfermagem e à prestação de cuidados de natureza técnica à pessoa idosa, que o cuidador considerou inadequados;

⁶⁷ - *Fraca relação interpessoal entre a díade pessoa idosa dependente- cuidador principal e o enfermeiro*- foram consideradas as unidades de registo referentes à relação estabelecida entre a pessoa idosa dependente-cuidador e o enfermeiro, da qual o cuidador tem uma percepção desfavorável.

A maioria dos cuidadores (11) referiu que a *Ausência do planeamento da alta* por parte dos enfermeiros dificultou a tarefa de cuidar do seu familiar idoso no domicílio.

“Nem me ligaram, nem me disseram nada. Cheguei lá para o visitar, estava ele com o pijama vestidinho à espera que eu o trouxesse [...]” (C 3).

“Nunca fui chamada para nada [...] Cheguei lá já tinha os papéis da alta, mandaram-me embora com ela. Nunca me explicaram nada, nunca me deram nada” (C 14).

Dentro das funções do enfermeiro presentes na Carreira de Enfermagem está a integração da preparação da alta no planeamento e execução dos cuidados de enfermagem ao indivíduo e à família (Ministério da Saúde, 1991).

Tal como já referimos no enquadramento teórico, o planeamento da alta prepara o doente e família para a transição de um local de prestação de cuidados para outro e inclui a avaliação das necessidades do doente na alta, tomar disposições e fazer marcações de consultas para fins de acompanhamento e assistência, e coordenar os vários serviços de profissionais e voluntários a ser usados nos cuidados ao doente no domicílio (Smith, 1995).

Sendo o planeamento da alta um processo constituído por várias intervenções, nem todas foram desenvolvidas pelos enfermeiros que atenderam as pessoas idosas/cuidadores do nosso estudo, tal como podemos verificar nas expressões supracitadas. Estas lacunas levaram a que a alta destas pessoas fosse vivida como um momento e não como um processo.

Na realidade, os avanços biomédicos conduziram à redução do tempo de internamento hospitalar e as pessoas idosas regressam a casa mais depressa e mais doentes, pressionando os seus familiares a prestar cuidados para os quais podem não estar preparados, e com custos muito elevados para os quais pouco suporte assistencial existe. Neste contexto, Gonçalves (2006), afirma que normalmente não é instituído nenhum plano de reabilitação para a pessoa idosa, que no decorrer da sua melhoria clínica, acaba por ter alta sem nenhuma intervenção de adaptação, de domínio e gestão de saúde ter sido feita, ficando completamente dependente na comunidade.

Também Moreira (2001), no seu estudo com cuidadores do doente terminal concluiu que a deficiente informação por parte dos enfermeiros levou a que a alta do doente não se traduzisse num processo que visasse capacitar a família para cuidar.

Quanto à subcategoria *Empréstimo de ajudas técnicas insuficientes para as necessidades da pessoa idosa dependente e/ou do cuidador* foi referida por apenas dois

cuidadores, um dos quais, o cuidador nº 5 que como vimos na tabela anterior tinha referido como intervenção de enfermagem facilitadora o *Fornecimento e/ou empréstimo de material clínico e/ou ajudas técnicas adequadas às necessidades da pessoa idosa dependente e/ou cuidador* estando neste caso a referir-se aos enfermeiros do serviço de internamento do Centro de Saúde, enquanto aqui se refere aos enfermeiros do hospital.

“[...] quando ela veio do hospital para aqui, nós pedimos uma cama articulada no hospital, mas não ma deram [...]” (C 5).

«[...] a minha filha foi ali ao Centro de Saúde, falou com as senhoras enfermeiras e elas disseram: “Olhe, nós temos camas, mas com grade não” [...] Sem grade também não interessa [...]» (C 1).

Relativamente à subcategoria *Formação inadequada às necessidades formativas do cuidador para cuidar*, esta foi referida por seis cuidadores.

“[...] eles não sabiam se eu sabia pôr a fralda [...] podiam ensinar mais um bocadinho às pessoas porque ao mandar um doente para casa, as pessoas não tendo formação nenhuma, não sabem como hão-de de cuidar de um doente” (C 2).

“[...] se eu tivesse tido umas horas... que me ensinassem, é desta maneira que levas menos trabalho ou é daquela maneira que fazes melhor [...] no hospital nunca me ensinaram nada” (C 14).

Também Cerqueira (2005), no seu estudo com cuidadores do doente paliativo concluiu que oito cuidadores disseram que as suas necessidades/dificuldades não foram superadas, pelo facto dos enfermeiros no hospital não terem realizado o planeamento da alta, a informação ter sido dada oralmente sem demonstração prática, e o ensino ter sido pouco esclarecedor e adequado. A autora depois de ter ouvido os enfermeiros relativamente à educação para a saúde realizada ao cuidador, numa perspectiva de continuidade de cuidados, confirmou os resultados obtidos, pois a maioria dos enfermeiros considerou serem insuficientes os aspectos abordados, apontando como razões o desconhecimento do meio familiar, os ensinamentos centrados na técnica, a inexistência de avaliação sistemática, a ausência de diagnóstico de necessidades, a formação insuficiente, a falta de sensibilidade institucional, a falta de interacção com a equipa multidisciplinar e o planeamento dos ensinamentos inadequado (*ibid.*).

Também Vicente (2003), ao estudar os modelos de relação mais comuns entre cuidadores informais e profissionais de enfermagem em meio hospitalar, concluiu que embora os enfermeiros acreditem que incorporar uma série de funções educativas nos

cuidadores enriqueceria as suas tarefas independentes no hospital e lhes daria um novo conteúdo mais satisfatório e útil, pensam que esse modelo de colaboração e capacitação dos cuidadores é difícil de implementar já que requeria uma remodelação do trabalho de enfermagem e um aumento dos gastos.

Moreira (2001), no seu estudo com cuidadores familiares do doente terminal concluiu que estes consideravam não ter havido da parte dos profissionais de saúde, em contexto hospitalar, a preocupação de os inteirar e preparar sobre a evolução da doença e sobre os problemas que se poderiam apresentar. Invocavam uma informação progressiva, doseada de acordo com a trajectória do processo de doença, que lhe permitisse ajustarem-se à situação e capacitar-se para o cuidar (*ibid.*).

Relativamente à subcategoria *Prestação de cuidados inadequados às necessidades da pessoa idosa dependente e/ou do cuidador*, esta foi referida por três cuidadores.

“[...] no hospital, eu bem vi como eles lhe faziam [...] prendiam-lhe pés, prendiam-lhe mãos [...] E eu chegava lá, metia-me muita pena [...]” (C 3).

“Se tivessem mais higiene [...] eles [os enfermeiros] não têm cuidados! Ele quando a gente lhe fala para ir ao hospital, ele não quer ir!” (C 14).

Da análise das expressões supracitadas podemos concluir que os cuidados prestados pelos enfermeiros não foram de encontro às expectativas dos familiares que privilegiam a componente afectiva no cuidar, mostrando-se, por isso, revoltados.

Também Moreira (2001), no seu estudo com cuidadores familiares do doente terminal, concluiu que estes consideraram como aspecto negativo a prestação de cuidados de enfermagem ao doente que, segundo eles, não se centrou no doente, sendo este visto como corpo-objecto e não como corpo-sujeito. Concluiu também que os cuidados hospitalares continuam a centrar-se na doença e não na pessoa doente, circunscrevendo-se o contacto com o doente aos cuidados prestados, ficando este refém dessa prestação de cuidados (*ibid.*).

Em relação à subcategoria *Pouco reconhecimento do saber do cuidador e/ou dos cuidados prestados pelo cuidador à pessoa idosa*, esta foi referida por dois cuidadores.

“[...] levei-a ao Centro de Saúde, com a vista negra [...] a enfermeira disse-me que aquilo foi queda e, eu não gostei, porque não foi! [...] eu é que estou a tomar conta dela [...] e assumo aquilo que faço!” (C 7).

«Perguntei-lhe como é que eles faziam para pôr uma pessoa naquela situação em oito dias e responderam-me: “Deve ser dos medicamentos!” [...] os medicamentos também toma em casa e nunca esteve assim!» (C 14).

Quanto à subcategoria *Fraca relação interpessoal entre a díade pessoa idosa dependente-cuidador principal e o enfermeiro*, esta foi referida por apenas uma cuidadora que não se sentiu alvo do cuidado dos profissionais por estes não a atenderem quando necessitou.

“Eles nem atendem ninguém nos hospitais [...] nem dão atenção às pessoas [...]” (C 10).

Também Moreira (2001), no seu estudo com cuidadores familiares do doente terminal verificou que estes manifestaram necessidade dos profissionais de saúde estabelecerem uma relação afectiva, referindo que gostariam que tivessem sido escutados e alvo de carinho por parte destes, pois sentiram-se completamente destruídos, física e psiquicamente. Reclamaram, por isso, profissionais bem preparados, não só técnica e cientificamente, mas também no campo relacional, que colocassem o doente e a família no centro dos cuidados (*ibid.*).

Ao estudar as relações entre cuidadores informais e enfermeiros dentro do hospital, Vicente (2003), chegou à conclusão de que os cuidadores invocavam igualmente mais informação, um trato amável e mais escuta.

Ainda Cerqueira (2005), no seu estudo com cuidadores do doente paliativo ao debruçar-se sobre as dificuldades/constrangimentos dos enfermeiros, em contexto hospitalar, no atendimento do cuidador do doente paliativo verificou que estes apontam como principais dificuldades, a falta de disponibilidade de tempo (por excesso de trabalho, excesso de doentes), a inexistência de uma equipa multidisciplinar formada para a visita domiciliária, fruto de uma política de saúde onde os valores técnicos e de rentabilização dos recursos assumem um papel principal, tornando assim difícil uma assistência que implique uma relação interpessoal contínua, atendendo o cuidador como ser único e irredutível, tornando assim difícil a inserção do doente na família.

Quanto à subcategoria *Informação insuficiente sobre a evolução do estado de saúde da pessoa idosa*, esta foi referida por dois cuidadores.

“[...] nos hospitais [...] A gente chegava lá, olhe o meu marido e assim, assim, veja lá se ele cá fica internado [...] para eu assim me governar [...] não me diziam nada” (C 10).

«Perguntei-lhe como é que eles faziam para pôr uma pessoa naquela situação em oito dias e responderam-me: “Deve ser dos medicamentos!” [...] os medicamentos também toma em casa e nunca esteve assim!» (C 14).

O não esclarecimento da família sobre o estado de saúde do doente foi igualmente verificado no estudo desenvolvido por Moreira (2001), com cuidadores familiares do doente terminal.

Nesta perspectiva, corroboramos Gonçalves (2006), quando afirma que o ambiente hospitalar torna-se estranho, a linguagem utilizada é pouco comum, o desconhecimento sobre a doença e sobre o tratamento a decorrer pode ser completo, aumentando o stress e a angústia dos cuidadores.

A subcategoria *Falta de permissão para o cuidador acompanhar a pessoa idosa e/ou envolver-se nos cuidados* foi referida por apenas um cuidador.

“[...] nos hospitais [...] Não deixavam entrar, nem nada, eu queria entrar e não me deixavam entrar” (C 10).

O envolvimento da família nos cuidados hospitalares é um dos aspectos preconizados a nível nacional pelo Ministério da Saúde (2000), que defende que o horário das visitas deve ser alargado, de forma a incluir sempre que possível, a hora do almoço e/ou jantar devendo os acompanhantes serem estimulados a colaborar nos cuidados ao doente, sendo para isso necessário que as equipas de saúde criem condições que possibilitem a permanência dos familiares. Ainda que a política dos cuidados de saúde tenda neste sentido, esta é uma realidade longe de ser alcançada como refere Moreira (2001), no seu estudo, em que os cuidadores se mostraram revoltados pela organização hospitalar não permitir o acompanhamento dos familiares para além do horário das visitas. Esta proibição de dar afecto, carinho e companhia aos doentes gera grande ansiedade nos cuidadores (Vicente, 2001).

Também Cerqueira (2005), no seu estudo com cuidadores do doente paliativo, ao investigar a percepção dos enfermeiros em cuidados diferenciados relativamente à educação para a saúde ao cuidador numa perspectiva de continuidade de cuidados, verificou que embora estes defendam uma filosofia de prestação de cuidados em que o cuidador deve ser parte integrante, a sua intervenção junto do cuidador como elemento activo em todo o processo ainda não é suficientemente valorizada de modo a existir um equilíbrio entre o tipo de cuidados e o doente/família cuidadora.

Fazendo uma análise geral da percepção dos cuidadores acerca do contributo dos enfermeiros, em contexto institucional, na sua preparação para cuidar, podemos concluir que as intervenções se dirigiram essencialmente à instrução (por vezes insuficiente) do cuidador para implementar o autocuidado ao seu familiar idoso e raramente para implementar o seu próprio autocuidado, que é igualmente determinante no desempenho eficaz da tarefa de cuidador.

1.2.7.2- Contributo dos enfermeiros em contexto domiciliário na preparação dos cuidadores para cuidar da pessoa idosa dependente no domicílio

Corroboramos Roger e Bonet (2000), quando afirmam que as pessoas passam a maior parte das situações de saúde/doença no seu domicílio, acompanhados da sua família, sendo a maioria dos problemas de saúde resolvidos sem a intervenção dos profissionais e só com a ajuda de pessoas mais próximas. Contudo, os enfermeiros, quando é necessário devem atender as pessoas que necessitam de cuidados no domicílio, tendo em conta, não só a pessoa doente, mas toda a família, especialmente o cuidador que presta a maior parte dos cuidados que a pessoa doente necessita (*ibid.*). Desta forma, o cuidado prestado à pessoa doente é partilhado pela família e pela equipa de saúde (*ibid.*).

Sendo o enfermeiro o elemento da equipa que melhor conhece a situação global do doente e família e cujo papel a desempenhar é o de ajudar as pessoas a fazer face às mudanças bio-psico-culturais de forma a promover a saúde e manter a qualidade de vida é, ele por natureza, a chave na visita domiciliária ao doente/família.

A visita domiciliária

é uma forma de se prestarem cuidados continuados às pessoas que, por determinados motivos, não podem deslocar-se às instituições de saúde, ou que fazem parte de um grupo de risco.

Permite-se assim à pessoa continuar em sua casa, com uma boa qualidade de vida, proporcionando-lhe apoio e colaboração no autocuidado e contribuindo para o bem-estar pessoal e familiar (Bordas, 1992: 26 citada por Palma, 1999: 30).

Do discurso dos cuidadores acerca das visitas domiciliárias realizadas pelos enfermeiros emergiram três categorias: *Início da visita domiciliária*, *Carácter da visita domiciliária* e *Actuação da equipa de enfermagem* (Tabela nº 19).

Tabela nº 19- Percepção dos cuidadores principais acerca das visitas domiciliárias realizadas pelos enfermeiros

Cuidadores	Início da visita domiciliária					Carácter da visita domiciliária		Actuação da equipa de enfermagem	
	Iniciativa dos enfermeiros no âmbito da promoção da saúde das pessoas idosas dependentes	Necessidade de visita domiciliária ao cuidador	A pedido do cuidador	Requisição médica	Carta de alta	Preventivo	Preventivo e curativo	Sozinha	Sozinha e com o médico
C 1		x				x		x	
C 2				x			x	x	
C 3	x						x	x	
C 4				x			x	x	
C 5					x		x		x
C 6			x				x	x	
C 7					x		x		x
C 8				x			x		x
C 9				x		x		x	
C 10				x			x		x
C 11				x			x	x	
C 12	x					x		x	
C 13					x		x	x	
C 14			x				x		x

Quanto à categoria *Início da visita domiciliária*, os discursos dos cuidadores desenvolveram-se em torno de cinco subcategorias: *Iniciativa dos enfermeiros no âmbito da promoção da saúde das pessoas idosas dependentes*, *Necessidade de visita domiciliária ao cuidador*, *A pedido do cuidador*, *Requisição médica* e *Carta de alta*.

Relativamente à subcategoria *Iniciativa dos enfermeiros no âmbito da promoção da saúde das pessoas idosas dependentes*, esta foi referida por dois cuidadores.

“Não sei quem lhe disse a eles [...] Apareceram [...] mediram-lhe a tensão, fizeram-me um livrinho com os dados todos dele [...]” (C 3).

“Eu não sei se os mandaram cá [...] vinham cá visitá-la e vêm [...] Falam um pouco [...] ainda me perguntaram à tempos se precisava de alguma coisa, que estavam para ajudar” (C 12).

Na realização das visitas domiciliárias no âmbito da promoção da saúde das pessoas idosas dependentes, os enfermeiros registam os dados da vigilância de saúde avaliados, no boletim de cuidados no domicílio para pessoas em situação de dependência, concebido pela Direcção Geral da Saúde. Este boletim foi-nos mostrado por alguns cuidadores, sendo-nos possível verificar que continha informações importantes para a saúde da pessoa idosa, fazendo-se o cuidador acompanhar por este boletim sempre que recorria ao médico de família ou ao serviço de urgência. Contudo, verificamos também que embora o boletim estivesse concebido para que as próprias pessoas idosas e os cuidadores, pudessem anotar qualquer alteração na situação de saúde, na prática isso não se verificava.

Quanto à subcategoria *Necessidade de visita domiciliária ao cuidador*, esta foi referida por apenas uma cuidadora, que sendo também ela idosa e dado que não podia abandonar o seu marido e deslocar-se ao Centro de Saúde para receber cuidados de enfermagem, requisitou a visita domiciliária dos enfermeiros.

“[...] eu arreventaram-me as varizes, e depois vinham fazer aqui o curativo e já começaram a tratar dele também” (C 1).

Os cuidadores referiram também que chamaram os enfermeiros para realizarem visita domiciliária ao seu familiar idoso por este apresentar feridas, tendo a subcategoria *A pedido do cuidador* sido referida por dois cuidadores.

“[...] ela tinha feridas e a gente comunicou-lhe para lá [...] e eles vieram logo” (C 6).

“[...] fui eu que telefonei para o Centro, para eles cá virem [...] por causa de uma ferida do pé do meu pai [...]” (C 14).

A visita domiciliária dos enfermeiros foi também iniciada por *Requisição médica*, sendo esta subcategoria referida por seis cuidadores.

“[...] fui ao Centro de Saúde [...] ao médico primeiro e depois disse para eles virem fazer o domicílio [...]” (C 2).

“[...] o doutor comunicou aos enfermeiros e eles vieram cá” (C 11).

Outra das formas referidas pelos cuidadores para iniciar a visita domiciliária dos enfermeiros foi através da *Carta de alta*, que foi referida por três cuidadores.

“O hospital mandava carta [...] para as enfermeiras e depois elas vieram” (C 7).

“[...] quando ela saiu do internamento [...] a médica deixou logo uma carta escrita para os enfermeiros, que esta senhora precisava de domicílio” (C 5).

A programação da continuidade de cuidados através do envio da carta de alta aos enfermeiros dos cuidados domiciliários ainda durante o internamento do doente, a descrever os cuidados específicos que este necessita, foi igualmente verificada noutros estudos (Cerqueira, 2005).

Relativamente à categoria *Carácter da visita domiciliária*, os discursos dos cuidadores centraram-se em torno de duas subcategorias: *Preventivo* e *Preventivo e curativo*.

Três dos catorze cuidadores referiram que o carácter da visita domiciliária era *Preventivo*.

“Eles vêm também dar assim uma volta de vez em quando, a estas pessoas mais de idade e até me deram um livro [...] e escreveram cá tudo como é” (C 1).

“[...] vinham cá visitá-la [...] praticamente medir a tensão [...] também falam [...]” (C 12).

A partir das expressões supracitadas podemos concluir que apesar das intervenções de enfermagem no domicílio também visarem a educação dos cuidadores para prestar cuidados, como veremos posteriormente, estes percebem a visita domiciliária como sendo dirigida fundamentalmente ao seu familiar idoso e não a eles. Esta realidade foi igualmente encontrada por Rodríguez *et al* (2001), que ao estudar as necessidades e ajudas dos cuidadores informais verificou que estes maioritariamente percebiam que as ajudas do sistema de saúde se dirigiam fundamentalmente aos dependentes.

A promoção dos cuidados no domicílio passa pelo incremento de uma política de intervenção comunitária em que os profissionais de saúde valorizem e desenvolvam a visita domiciliária de carácter exploratório e preventivo de modo a estabelecer um plano de acção junto das famílias, que inclua não só a pessoa dependente, mas também os cuidadores (Veríssimo e Moreira, 2004).

A maioria dos cuidadores (11) referiram que o carácter da visita domiciliária era *Preventivo e curativo*.

“[...] puseram-lhe a algália [...] e depois ela veio cá para lhe a tirar, para ver se estava melhor [...] Foi que começou a cá vir a medir a tensão e a dar-lhe as vacinas contra o tétano” (C 10).

“Primeiro vinham duas vezes por semana fazer o curativo e depois passaram a vir de vez em quando medir a tensão e ver como é que ela está” (C 13).

A vertente curativa é cada vez mais solicitada aos enfermeiros, o que significa que seja ainda a doença que continua a conduzir a acção do enfermeiro no domicílio e a dar sentido às actividades que desenvolve junto do utente/família.

Contudo, da análise das expressões supracitadas podemos concluir que embora o carácter da visita domiciliária inicialmente fosse curativo, após cessar a necessidade de tratamento das pessoas idosas, esta visita prolongou-se com carácter preventivo, em que as pessoas nunca deixaram de ser seguidas pelos enfermeiros dos cuidados domiciliários.

Quanto à categoria *Actuação da equipa de enfermagem*, os discursos dos cuidadores desenvolveram-se em torno de duas subcategorias: *Sozinha* e *Sozinha e com o médico*.

A subcategoria *Sozinha* foi referida pela maioria dos cuidadores (9).

“Às vezes vem uma sozinha, outras vezes vêm duas [...]” (C 2).

“[...] vêm sempre sozinhos [...] Nunca se cruzaram aqui com o médico” (C 11).

Cinco dos catorze cuidadores referiram ainda que a actuação da equipa de enfermagem foi *Sozinha e com o médico*.

“Às vezes vêm com a médica, às vezes vêm mesmo só os enfermeiros [...]” (C 5).

“Eles têm vindo sozinhos, só outro dia [...] é que veio com o médico” (C 8).

Do atrás exposto podemos concluir que o enfermeiro é o profissional dentro da equipa de saúde do Centro de Saúde que conhece melhor o conjunto utente/família/comunidade, sendo de realçar que quando a sua actuação é em conjunto com o médico, a maior parte das vezes a colaboração do médico foi solicitada pelo enfermeiro, como teremos oportunidade de ver posteriormente. Com esta atitude promovem a complementaridade entre enfermeiro e médico, contribuindo para a eficácia dos cuidados de ambos, sendo esta essencial para os seus beneficiários.

Contudo, dadas as situações que se atendem no domicílio serem diversas e complexas, a intervenção deverá ser multiprofissional, integrada, coordenada e eficaz. De acordo com Leme (2000), a equipa interprofissional deverá ser constituída por: médico,

psicólogo, enfermeiro, terapeuta ocupacional, assistente social, fisioterapeuta, fonoaudióloga e capelão.

Assim, corroboramos Leme quando afirma que raramente equipas interprofissionais são estruturadas para prestar serviços no domicílio (*ibid.*).

Do discurso dos cuidadores acerca do contributo dos enfermeiros, em contexto domiciliário, na sua preparação para cuidar da pessoa idosa emergiram as seguintes categorias: *Temáticas aprendidas*, *Momentos de aprendizagem*, *Metodologia/técnicas de aprendizagem*, *Intervenções facilitadoras* e *Intervenções constrangedoras*.

Temáticas aprendidas, *Momentos de aprendizagem*, *Metodologia/técnicas de aprendizagem*

Se durante o internamento hospitalar, todos os aspectos relacionados com a dependência assumem um carisma problemático, no momento da alta que, na maioria das vezes, se efectua de forma precoce, atingem um carácter ainda mais complexo, o que se justifica pela escassez de recursos na comunidade e pelas dificuldades sentidas pela família, quando assegura o papel de cuidador.

A visita domiciliária visa contribuir para a efectivação das premissas de promoção da saúde definidas pela OMS, permitindo aos enfermeiros proporcionar assistência, tendo um objectivo eminentemente educativo, orientando, educando, fornecendo meios para que o indivíduo/família tenham condições de se tornarem independentes.

Neste sentido quisemos saber qual o papel dos enfermeiros, no domicílio, na preparação dos cuidadores para prestar cuidados à pessoa idosa dependente. Dos discursos dos cuidadores emergiram três categorias: *Temáticas aprendidas*, *Momentos de aprendizagem*, *Metodologia/técnicas de aprendizagem* (Tabela nº 20)

Tabela nº 20 - Percepção dos cuidadores principais acerca do contributo dos enfermeiros em contexto domiciliário, na sua preparação para cuidar da pessoa idosa dependente no domicílio

Cuidadores	Temáticas aprendidas											Momentos de aprendizagem		Metodologia/técnicas de aprendizagem				
	Informação sobre os recursos comunitários existentes	Informação sobre a aquisição de material clínico e/ou de ajudas técnicas	Conhecimentos específicos sobre as patologias da pessoa idosa	Cuidados de prevenção de úlceras de pressão	Cuidados de mobilização/actividade física	Cuidados com a alimentação/hidratação	Cuidados de eliminação	Cuidados de higiene e conforto	Execução de pensos	Administração de terapêutica	Promoção da reabilitação da pessoa idosa	Mecanismos de protecção do cuidador na prestação de cuidados	Vigilância do estado de saúde da pessoa idosa e/ou do cuidador	Vigilância do estado de saúde da pessoa idosa e execução de tratamentos	Exposição verbal da informação	Observação da demonstração do cuidado	Experimentação supervisionada	Observação dos cuidados prestados pelos enfermeiros à pessoa idosa
C 1				x									x		x			
C 2				x			x							x	x			
C 3		x		x	x	x		x						x	x	x		
C 4		x		x			x							x	x	x		
C 5	x	x	x		x	x	x				x			x	x	x	x	
C 6				x										x				
C 7			x	x	x	x	x				x			x	x			
C 8		x	x	x	x	x	x	x	x	x	x			x	x			
C 9							x						x		x			
C 10							x							x	x			
C 11				x										x	x			
C 12	x												x		x			
C 13	x	x			x									x	x			x
C 14		x	x	x		x	x							x	x			

Da análise da tabela verificamos que os cuidadores referiram que aprenderam várias temáticas com os enfermeiros: *Informação sobre os recursos comunitários existentes, Informação sobre a aquisição de material clínico e/ou de ajudas técnicas, Conhecimentos específicos sobre as patologias da pessoa idosa, Cuidados de prevenção de úlceras de pressão, Cuidados de mobilização/actividade física, Cuidados com a*

alimentação/hidratação, Cuidados de eliminação, Cuidados de higiene e conforto, Execução de pensos, Administração de terapêutica, Promoção da reabilitação da pessoa idosa e Mecanismos de protecção do cuidador na prestação de cuidados.

Relativamente à subcategoria *Informação sobre os recursos comunitários existentes*, esta foi referida por três cuidadores.

“[...] às vezes diziam-me [os enfermeiros] [...] que nessas situações tem que a gente pedir apoio à Segurança Social” (C 5).

“Comida sei pouco fazer [...] os enfermeiros ainda me perguntaram à tempos se precisava [...] do Centro de Dia que faz o comer aqui para Vilarelho e que vinham cá trazer isso” (C 12).

De acordo com Stanhope (1999), uma das formas do enfermeiro de cuidados de saúde domiciliários poder ajudar os utentes/família é colocando-os em contacto com os serviços comunitários que prestam assistência limitada de forma a torná-los capazes de ficar em casa. Isto evitará que os cuidadores tendam a forçar alternativas indesejáveis, como a institucionalização da pessoa idosa, por não estarem informados sobre as possibilidades de suplementarem o apoio que prestam (Paúl, 1997).

Relativamente à subcategoria *Informação sobre a aquisição de material clínico e/ou de ajudas técnicas*, esta foi referida por seis cuidadores.

“[...] as enfermeiras é que me disseram que seria melhor uma cama para ele na altura [...] para o levantar, para lhe dar de comer [...]” (C 13).

“[...] há umas coisas [...] à moda dum preservativo, que a gente põe e corre a urina para o saco [...] a enfermeira disse-me que sim, que havia e comprei [...]” (C 14).

Uma das funções do enfermeiro de cuidados domiciliários consiste em providenciar a aquisição de material clínico e ajudas técnicas adequadas, quer às necessidades da pessoa idosa dependente, quer às do cuidador para desempenhar as tarefas do cuidado.

Quatro dos catorze cuidadores referiram que os enfermeiros os informaram sobre os *Conhecimentos específicos sobre as patologias da pessoa idosa*.

“[...] a enfermeira [...] conversou muito comigo [...] explicou-me que ela estava assim e que podia ficar pior [...] e a gente vai encaixando” (C 7).

“Elas disseram [as enfermeiras] [...] quais eram os iogurtes que tinha de lhe dar, qual era a comida que ela tinha que comer [...] porque ela tinha os diabetes” (C 8).

A cuidadora nº 7 que cuida da sua mãe, que sofre de demência de Alzheimer, considerou a explicação da enfermeira, acerca da patologia, imprescindível para compreender a sua mãe e melhorar a relação do cuidado.

A maioria dos cuidadores (9) referiu ter aprendido com os enfermeiros a prestar *Cuidados de prevenção de úlceras de pressão* ao seu familiar idoso.

«[...] as enfermeiras disseram: “Quando aparecer vermelha, se estiver muito tempo deitada para uma parte só [...] chegue-lhe esta pomada para não ganhar feridas.”» (C 6).

“Disseram [as enfermeiras] que, tinha que mudar muitas vezes, virá-la muitas vezes durante o dia, ao menos de três em três horas” (C 8).

“[...] informaram [...] através de comidas [...] e disseram que isso ia resultar em termos de aparecer feridas” (C 3).

Da análise das expressões supracitadas podemos verificar que os enfermeiros, sensibilizaram os cuidadores para a problemática das úlceras de pressão através de lhes incutirem várias medidas preventivas: cuidados de higiene e hidratação adequadas, mobilizações, mudanças periódicas de decúbito, posicionamentos correctos na cama e necessidade duma alimentação equilibrada.

Cinco dos catorze cuidadores referiram também que os enfermeiros os educaram para prestar *Cuidados de mobilização/actividade física* à pessoa idosa.

«[...] as enfermeiras no hospital disseram-me: “Faça-a pôr a pé todos os dias” [...] Eu digo assim, será que eu estou a mexer bem? Depois passado um dia ou dois veio a enfermeira e disse: “Se estiver sozinha põe a cadeirinha aqui ao lado e vira-lhe as pernas para ali [...]”» (C 5). [a cuidadora demonstrou com gestos os cuidados aprendidos]

«Foram eles [os enfermeiros] que me fizeram isso nas vezes que vinham cá curá-lo: “Tu agora tem-no para aqui, metes-lhe uma almofada atrás das costas e ele fica virado para lá. Passado duas, três horas, não pode estar mais do que isso, tornas a virar para cá”» (C 3).

Da análise de expressão da cuidadora nº 5 podemos verificar que a demonstração do cuidado de transferência da pessoa idosa da cama para a cadeira no domicílio veio compensar a falta de formação prática sobre este cuidado em contexto institucional.

Ao educarem os cuidadores a mobilizarem os seus familiares idosos, os enfermeiros estão a contribuir para melhorar a qualidade de vida de ambos na medida em que ao

executar as técnicas correctamente, os cuidadores diminuem o esforço físico despendido na tarefa.

Metade dos cuidadores (7) referiram que os enfermeiros os alertaram para os *Cuidados com a alimentação/hidratação* do seu familiar idoso.

“[...] já me disseram que lhe desse kiwis, que lhe desse sumo de laranja [...] muita água para ela não ficar desidratada [...]” (C 7).

«[...] ela gosta muito de comer um bocadinho de mel à noite e a enfermeira diz-me muitas vezes: “Não pode abusar, porque tem os diabetes”» (C 14).

Uma das funções do enfermeiro é também ajudar a pessoa idosa/cuidador a cumprir uma dieta equilibrada, adequada à situação de saúde da pessoa idosa, tendo em consideração o passado cultural, a situação financeira e as preferências pessoais.

Seis dos catorze cuidadores referiram que os enfermeiros os educaram para prestar *Cuidados de eliminação* à pessoa idosa.

“[...] eu não estava habituada, foi coisa que, eu aos meus filhos criei-os sem fralda e depois foi a enfermeira que veio cá, quando ela veio do hospital, e vi como ela fez e depois fez” (C 4).

“[...] os intestinos não funcionam [...] dizem-me para lhe dar sopa com farelos [...]” (C 7).

Mais uma vez se verifica a partir do discurso da cuidadora nº 4 que as actividades educativas dos enfermeiros no domicílio vêm compensar a ausência do planeamento de alta em meio hospitalar.

A subcategoria *Cuidados de higiene e conforto* foi referida por apenas dois cuidadores.

“Disseram-me que [os enfermeiros] [...] cada vez que a mudasse que a limpasse, muito limpinha, que lhe chegasse a pomada [...]” (C 8).

“[...] fizeram eles [os enfermeiros] e eu vi limpar as vistas [...] eu estava a fazer errado, que eu estava a fazer para dentro [...]” (C 3).

A subcategoria *Execução de pensos* foi referida por apenas um cuidador.

“Disseram-me quando estivesse mais vermelha [...] era para molhar a gaze naquela aguinha e passar-lhe nas borbulhas [...] para ajudar a secar [...]” (C 8).

A subcategoria *Administração de terapêutica* foi igualmente referida por apenas um cuidador.

“[...] a fazer-lhe vapores para a bronquite asmática [...] a primeira vez foi a enfermeira que me ensinou [...]” (C 8).

Quanto à subcategoria *Promoção da reabilitação da pessoa idosa*, esta foi referida por quatro cuidadores.

“[...] todos os dias insistia em dar-lhe a comida na boca [...] Quando as enfermeiras vieram aqui para mudar a sonda disseram que devia tirar, pronto, uma vez que ela estava a comer [...]” (C 7).

«[...] um dia a enfermeira disse: “Vamos tentar a ver se ele consegue fazer xixi e pede, porque [...] tiravamos-lhe a algália [...]”» (C 5).

“Disseram para a levantar todos os dias a pé um bocadinho, a ver se ela andava um bocadinho [...]” (C 8).

De acordo com Rodrigues (2008), se não houver continuidade dos cuidados de reabilitação, na comunidade podem perder-se capacidades que já tinham sido adquiridas e podem aparecer novas complicações e conseqüentemente novos reinternamentos. A este respeito, Hesbeen (2003), salienta que a reabilitação, para além de permitir enfrentar a situação presente deve preparar para situações que se sabe que irão acontecer no futuro.

O domicílio é o lugar de eleição para o enfermeiro reabilitar o indivíduo com maior grau de adequação à realidade, preparando-o para as necessidades de privação sensorial e para os obstáculos inerentes ao ambiente domiciliário (Leme, 2000). Assim, quando o indivíduo já não é capaz de desenvolver as actividades de vida diária sem assistência, o enfermeiro deverá educar o cuidador para que este promova o seu autocuidado ao nível das actividades de vida diárias alteradas. No caso das pessoas idosas do nosso estudo eram várias as actividades de vida alteradas, estando algumas representadas nas expressões supracitadas (comer e beber, eliminar e mover-se).

A subcategoria *Mecanismos de protecção do cuidador na prestação de cuidados* foi referida por apenas um cuidador.

“Vieram aqui a casa e depois disseram-me [...] cada vez que a mudasse, que tinha que andar com luvas [...]” (C 8).

Quanto à categoria *Momentos de aprendizagem*, os discursos dos cuidadores centraram-se em torno de duas subcategorias: *Vigilância do estado de saúde da pessoa idosa e/ou do cuidador* e *Vigilância do estado de saúde da pessoa idosa e execução de tratamentos*.

Três dos catorze cuidadores referiram ter aprendido com os enfermeiros a cuidar durante a *Vigilância do estado de saúde da pessoa idosa e/ou do cuidador*, no âmbito das visitas domiciliárias de carácter preventivo.

“[...] tiraram-lhe a tensão e vêem como a gente está [...] Porque ele às vezes tinha um pé muito vermelho [...] depois deram-lhe uma pomada para lhe chegar [...]” (C 1).

“[...] vinham cá visitá-la [...] praticamente medir a tensão [...] também falam [...] ainda me perguntaram à tempos se precisava [...] do Centro de Dia que faz o comer aqui para Vilarelho e que vinham cá trazer isso” (C 12).

Dois dos cuidadores que referenciaram esta subcategoria consideraram que aprenderam com os enfermeiros a cuidar do seu familiar idoso, quando estes iam vigiar o estado de saúde do seu familiar e apenas a cuidadora nº 1, referiu ter aprendido com os enfermeiros quando estes iam vigiar o estado de saúde de ambos. Isto leva-nos a concluir que apenas esta cuidadora se considera alvo dos cuidados de vigilância dos enfermeiros.

Mais de metade dos cuidadores referiu ter aprendido com os enfermeiros a cuidar do seu familiar idoso, durante a *Vigilância do estado de saúde da pessoa idosa e execução de tratamentos*, no âmbito das visitas domiciliárias de carácter preventivo e curativo.

“[...] vêm sempre [...] fazer o curativo e de tantos a tantos medem-lhe a tensão [...] e estão sempre a recomendar para ter cuidado com a alimentação, com o sal [...]” (C 14).

“Faziam-lhe o curativo e depois punham-lhe uma pomadazinha. Agora quando aparece um bocadinho mais vermelha a pele chego-lhe aquela pomadazinha [...] Depois vieram cá mais três vezes ver como ela estava” (C 6).

Relativamente à categoria *Metodologia/técnicas de aprendizagem* os discursos dos cuidadores desenvolveram-se em torno de quatro subcategorias: *Exposição verbal da informação*, *Observação da demonstração do cuidado*, *Experimentação supervisionada* e *Observação dos cuidados prestados pelos enfermeiros à pessoa idosa dependente*.

A maioria dos cuidadores (13) referiu que os enfermeiros os ensinaram através da *Exposição verbal da informação*.

“[...] perguntava e estes explicavam-me o que havia de fazer [...]” (C 13).

“[...] às vezes perguntava à enfermeira certas coisas e ela esclarecia-me [...]” (C 5).

Três dos catorze cuidadores referiram que aprenderam com os enfermeiros a cuidar através da *Observação da demonstração do cuidado* por parte destes.

“[...] fizeram eles [os enfermeiros] e eu vi a partir daí é que eu tenho feito limpeza com ele” (C 3).

“[...] foi a enfermeira que veio cá quando ela veio do hospital [...] e vi como ela fez a pôr a fralda” (C 4).

Em situações que exigem habilidades, como é o caso dos cuidados descritos nas expressões supracitadas (higiene corporal e mudança da fralda) é importante que o enfermeiro crie situações de aprendizagem o mais fiéis possível à realidade quotidiana do cuidar dos cuidadores, como foi o caso das situações acima descritas.

Apenas um dos catorze cuidadores referiu que aprendeu com os enfermeiros a cuidar através da *Experimentação supervisionada*.

“Experimentei com a enfermeira, a enfermeira deu-me uma molinha e eu tapei essa saída para o saco, não é, porque aquilo [a algália] tem um tubosinho, vai parar a um saco que está aqui em baixo, não é, e ela deu-me uma molinha e eu apertei-lhe o tubo a ver se aquilo [a bexiga] enche, enche, enche, a ver se ela consegue fazer xixi” (C 5).

Na situação acima descrita, o facto de a cuidadora ter tido oportunidade de praticar a “habilidade” que estava a ser ensinada sob supervisão da enfermeira facilitou a sua aprendizagem.

Também Brêtas e Yoshitome (2000), referem que a melhor maneira de ensinar as pessoas idosas e os seus cuidadores é executando a actividade com eles, na situação real do domicílio, pois discutem-se as improvisações necessárias para a assistência com qualidade.

Um dos catorze cuidadores referiu ainda que aprendeu a cuidar através da *Observação dos cuidados prestados pelos enfermeiros à pessoa idosa*.

“Eles [os enfermeiros] vinham-lhe curar e eu via como é que eles faziam [...] a punham para a sentar e assim eu fazia na mesma” (C 13).

Também Benjumea (2004), no seu estudo com cuidadores familiares de doentes com demência verificou que estes referiram como fonte de aprendizagem, entre outras, a observação do trabalho dos profissionais.

Intervenções facilitadoras

Os profissionais dos Cuidados de Saúde Primários dentro do programa de cuidados domiciliários encontram-se em melhores condições para detectar problemas de forma precoce e oferecer o suporte necessário aos cuidadores desde a óptica social e de saúde,

pois como explica Orem na sua teoria de déficit de autocuidado, o objecto de estudo e intervenção da enfermagem são os indivíduos que apresentam dificuldades para o seu autocuidado e para o cuidado de outras pessoas dependentes (Orem, 1991 citada por Cavanagh, 1993).

Corroborando esta ideia Roger e Bonet (2000), destacam o enfermeiro como elemento chave da atenção domiciliária, pela sua tarefa de detectar necessidades, proporcionar cuidados e ser o coordenador/mediador/líder de todos os cuidados que a família deve receber no seu domicílio.

Da análise dos discursos dos cuidadores acerca do contributo dos enfermeiros na sua preparação para cuidar emergiram duas categorias: *Intervenções facilitadoras* e *Intervenções constrangedoras* da sua tarefa de cuidar da pessoa idosa dependente no domicílio, como já referimos anteriormente.

Relativamente às *Intervenções facilitadoras*, os discursos dos cuidadores desenvolveram-se à volta das seguintes subcategorias: *Boa relação interpessoal entre a díade pessoa idosa dependente-cuidador principal e enfermeiro*, *Fornecimento e/ou empréstimo de material clínico e/ou de ajudas técnicas adequados às necessidades da pessoa idosa dependente e/ou do cuidador*, *Prestação de cuidados adequados às necessidades da pessoa idosa dependente e/ou do cuidador principal*, *Formação adequada às necessidades formativas do cuidador para cuidar*, *Informação adequada sobre a evolução do estado de saúde da pessoa idosa*, *Reconhecimento do saber do cuidador e/ou dos cuidados prestados pelo cuidador à pessoa idosa*, *Apoio emocional à pessoa idosa e/ou ao cuidador*, *Promoção da articulação da díade pessoa idosa dependente-cuidador com a equipa médica* e *Número suficiente de visitas domiciliárias* (Tabela nº 21).

Tabela nº 21- Percepção dos cuidadores principais acerca das intervenções de enfermagem, em contexto domiciliário, que facilitaram a sua tarefa de cuidar da pessoa idosa dependente no domicílio

Cuidadores	Intervenções facilitadoras								
	Boa relação interpessoal entre a díade pessoa idosa dependente- cuidador principal e o enfermeiro ⁶⁸	Fornecimento e/ou empréstimo de material clínico e/ou de ajudas técnicas adequados às necessidades da pessoa idosa dependente e/ou do cuidador	Prestação de cuidados adequados às necessidades da pessoa idosa dependente e/ou do cuidador ⁶⁹	Formação adequada às necessidades formativas do cuidador para cuidar ⁷⁰	Informação adequada sobre a evolução do estado de saúde da pessoa idosa	Reconhecimento do saber do cuidador e/ou dos cuidados prestados pelo cuidador à pessoa idosa	Apoio emocional à pessoa idosa e/ou ao cuidador	Promoção da articulação da díade pessoa idosa dependente-cuidador com a equipa médica	Número suficiente de visitas domiciliárias
C 1	x	x	x		x			x	x
C 2			x					x	x
C 3	x	x	x	x	x				x
C 4	x		x	x	x		x	x	x
C 5	x	x	x		x	x		x	x
C 6	x	x	x	x	x				x
C 7	x		x			x	x	x	x
C 8	x	x	x	x	x		x	x	x
C 9			x					x	x
C 10	x		x		x			x	x
C 11			x		x				x
C 12	x		x		x				x
C 13	x		x		x	x	x		x
C 14	x	x	x		x			x	x

⁶⁸ Apesar da prestação de cuidados de enfermagem englobar as dimensões relacional, técnica e educativa, optamos para uma melhor compreensão dos resultados, por distingui-las, tal como fizemos anteriormente, aquando da percepção dos cuidadores acerca das intervenções de enfermagem em contexto institucional. Assim, consideramos as seguintes subcategorias:

- *Boa relação interpessoal entre a díade pessoa idosa dependente-cuidador e o enfermeiro*- foram consideradas as unidades de registo referentes à relação estabelecida entre pessoa idosa dependente-cuidador e o enfermeiro, da qual o cuidador tem uma percepção favorável;

⁶⁹ - *Prestação de cuidados adequados às necessidades da pessoa idosa dependente e/ou do cuidador* - foram consideradas as unidades de registo referentes à organização dos cuidados de enfermagem e à prestação de cuidados de natureza técnica à pessoa idosa, que o cuidador considerou adequados;

⁷⁰ - *Formação adequada às necessidades formativas do cuidador para cuidar*- foram consideradas as unidades de registo referentes à formação do cuidador para cuidar, desenvolvida pelos enfermeiros e que os cuidadores consideraram adequada às suas necessidades.

A subcategoria *Boa relação interpessoal entre a díade pessoa idosa dependente-cuidador principal e o enfermeiro* foi referida pela maioria dos cuidadores (11).

“[...] é muito bem assistida e eles são muito simpáticos [...]” (C 7).

“[...] eles bem fazem! [...] vêm cá, conversam com ela... Estão sempre disponíveis!” (C 8).

Com a evolução e desenvolvimento dos cuidados prestados, os objectivos dos cuidados domiciliários passaram a adquirir o significado de cuidado de saúde relacional. Portanto, para além da técnica necessária e fundamental, pressupõem e necessitam do estabelecimento de uma relação terapêutica (profissional-indivíduo-família) que se proporciona através de competências relacionais, cada vez mais exigidas aos profissionais de saúde.

Da análise das expressões supracitadas podemos verificar que os cuidadores destacaram alguns requisitos presentes nos enfermeiros que lhe permitiram estabelecer uma boa relação interpessoal, como sejam a capacidade de comunicação e a disponibilidade (cuidadora nº 8) e a afectividade (cuidadora nº 7).

Também Silva (2008), ao estudar as características que a família destaca no enfermeiro de família aquando da sua visita domiciliária verificou que uma das características era a Relação de Ajuda enfermeiro/família que se pautava pelos seguintes aspectos: disponibilidade, comunicação/ informação, respeito pelo outro e empatia.

Quanto à subcategoria *Fornecimento e/ou empréstimo de material clínico e/ou de ajudas técnicas adequados às necessidades da pessoa idosa dependente e/ou do cuidador*, esta foi referida por seis cuidadores.

“[...] como ele não se mexia, nem nada, como ele esteve muito mal, elas [as enfermeiras] disseram que seria melhor uma cama daquelas [aponta para a cama articulada] para o levantar [...] E depois arranjaram-me a cama” (C 14).

“Deixam [as enfermeiras] gaze e aqui há tempos, deixaram-me assim um frasco grande, parecia água [...] Era para molhar a gaze naquela aguinha e passar-lhe nas borbulhas que tinha, que era para ajudar a secar [...]” (C 8).

Roger e Bonet (2000), defendem que o enfermeiro ao planear os cuidados deverá identificar e mobilizar os recursos disponíveis, entre os quais, as ajudas materiais e técnicas (camas articuladas, cadeiras de rodas, material cirúrgico, etc), indispensáveis para o êxito dos cuidados.

Também Rodríguez *et al* (2001), ao estudar as necessidades e ajudas dos cuidadores informais conclui que estes referiram várias ajudas do sistema de saúde, entre as quais material de saúde para a pessoa dependente.

Relativamente à subcategoria *Prestação de cuidados adequados às necessidades da pessoa idosa dependente e/ou do cuidador*, esta foi referida pela totalidade dos cuidadores (14).

“[...] acho bem que os enfermeiros venham cá a casa porque assim em termos de higiene, ver se ele por acaso está em inícios de ferida ou se está com a tensão baixa ou alta [...] e eu não preciso de o tirar daqui [...]” (C 3).

“Ela não vai deslocar-se daqui ao Centro de Saúde para ver se a tensão está boa! [...] Eles vindo aqui... Eu acho que está bem, eles não poderão fazer mais nada” (C 12).

“[...] eu tenho a experiência de lidar com idosos, destas coisas, mas há outras coisas que eu não sei [...] Se eles vierem cá, de vez em quando, é muito bom! [...] as enfermeiras que vêm aqui até acho que são todas competentes” (C 11).

“Elas [as enfermeiras] têm prestado um bom serviço [...]” (C 2).

Da análise das expressões supracitadas podemos depreender o grau de satisfação dos cuidadores em relação à prestação de cuidados de enfermagem. Se, por um lado, os enfermeiros vão ao encontro das necessidades da pessoa idosa em cuidados técnicos no seu local de residência evitando que o cuidador tenha que se preocupar e recorrer mais vezes aos serviços de saúde, por outro lado, são o principal recurso dos cuidadores em situações mais emergentes. Nestas situações concretas verificou-se que os enfermeiros conseguiram apoiar a pessoa idosa dependente/cuidador nos momentos difíceis e integrá-los no projecto de cuidados assegurando uma continuidade de cuidados no domicílio.

As expectativas em relação ao trabalho de enfermagem expressas pelos cuidadores nas expressões supracitadas vão de encontro às encontradas por Palma (1999), no seu estudo com cuidadores familiares de pessoas idosas dependentes, cujas expectativas se centravam, entre outras, na prestação de cuidados de natureza técnica (realização de pensos e algaliações e apoio para prestar cuidados de higiene e vestir a pessoa idosa) e na vigilância de saúde da pessoa idosa.

Também Silva (2008), ao estudar as características que a família destaca no enfermeiro de família aquando da sua visita domiciliária, verificou que estes destacavam a forma como o enfermeiro prestava cuidados e abordava a pessoa doente.

Em relação à subcategoria *Formação adequada às necessidades formativas do cuidador para cuidar*, esta foi referida por quatro cuidadores.

“[...] em termos de limpar as vistas, também eu estava a fazer errado e ensinou-me [a enfermeira] a procurar um creme melhor para espalhar no corpo e explicou-me para ter cuidado com os pés [...] ter cuidado com as unhas dos pés porque eles agora estão deitados [...] eram coisas que eu desleixava e agora tenho tido cuidado [...] Acho que é essencial [...]” (C 3).

“Eu quando tenho alguma dúvida, falo com as enfermeiras” (C 8).

Também num estudo desenvolvido por Marote *et al* (2005), relativamente à realidade dos cuidadores informais de pessoas idosas dependentes da Região Autónoma da Madeira, os autores concluíram que 93,4% dos cuidadores afirmaram ter recebido a informação necessária para cuidar, sendo a principal fonte de informação a enfermeira.

Roger e Bonet (2000), defendem que ao planear os cuidados, o enfermeiro em cuidados domiciliários deverá identificar e mobilizar os recursos disponíveis, entre os quais, os recursos da própria família e em especial do cuidador, como sejam conhecimentos, habilidades, disponibilidade, atitude para cuidar, etc. Justificam esta necessidade, referindo que o seu papel é primordial para garantir a permanência das pessoas dependentes no domicílio (*ibid.*).

Também Stanhope (1999), refere que entre as funções do enfermeiro de cuidados domiciliários está o ensino prestando cuidados aos utentes e às famílias sobre o modo como executar um determinado procedimento.

Relativamente à subcategoria *Informação adequada sobre a evolução do estado de saúde da pessoa idosa*, esta foi referida por 11 cuidadores.

“[...] dizem que pronto, como ela tem os diabetes, se estão mais alterados ou se estão menos, ou já esteve melhor [...] e eu fico mais animada” (C 4).

“Gosto muito que venham [...] Ao menos medem a tensão, já fico mais tranquila. Tem sempre a tensão boa [...]” (C 13).

“[...] vê se ela está melhor ou se ela está pior ou está na mesma” (C 12).

A partir das expressões supracitadas podemos concluir que os cuidadores valorizam o facto de os enfermeiros os informarem acerca da avaliação que fazem sobre a situação de saúde do seu familiar idoso, a cada visita domiciliária.

Também Silva (2008), ao estudar as características que a família destaca no enfermeiro de família aquando da sua visita domiciliária verificou que alguns familiares

referiram que o enfermeiro tem sempre o cuidado de dar conhecimento sobre a situação clínica do seu familiar, mas também dos seus procedimentos na prestação de cuidados.

Quanto à subcategoria *Reconhecimento do saber do cuidador e/ou dos cuidados prestados pelo cuidador à pessoa idosa*, esta foi referida por apenas três cuidadores, o que denota que a promoção e o elogio não são muito utilizados pelos enfermeiros como forma de reconhecer o trabalho dos cuidadores.

«*As enfermeiras vieram aqui para mudar a sonda e eu disse: “Não ponham, porque eu estou a tentar dar-lhe de comer e ela está a colaborar!” E eles aceitaram e disseram que se houvesse qualquer problema, vinham voltar a pôr”*» (C 7).

«*[...] um elogio que tenho é da enfermeira, que diz: “A sua mãe está muito bem! Está muito estimadinha!”*» (C 13).

O enfermeiro deverá ter capacidade de trabalhar em conjunto com o cuidador com a mesma finalidade- cuidar da pessoa idosa dependente. Isto implica a participação do cuidador no processo do cuidado, participação essa, que vai sendo avaliada e reconhecida pelo enfermeiro.

A subcategoria *Apoio emocional à pessoa idosa dependente e/ou ao cuidador*, foi referida por quatro cuidadores.

«*[...] eles [os enfermeiros] ainda se riam com ela e ela gosta de conversar e fica contente por eles cá virem”* (C 8).

«*[...] a enfermeira [...] chegou aí e eu estava muito deprimida, eu chorei e ela conversou muito comigo [...]*» (C 7).

A este respeito Stanhope (1999), refere que uma das funções do enfermeiro em cuidados domiciliários é observar e avaliar a situação do utente física e emocionalmente. Também Roger e Bonet (2000), referem que entre as várias actividades da enfermeira em cuidados domiciliários está dar suporte emocional em situações de crise.

Assim, o enfermeiro deverá sensibilizar o cuidador para a partilha das suas experiências e dificuldades apoiando-o emocionalmente, encorajando-o a sentir a sua acção como uma ajuda construtiva para a saúde da pessoa idosa, para desta forma ajudar a assumir o seu papel e superar as suas dificuldades. Por outro lado, deverá em conjunto com o cuidador procurar factores de alívio da sua tarefa.

A subcategoria *Promoção da articulação da díade pessoa idosa dependente-cuidador com a equipa médica* foi referida por nove cuidadores, o que confirma que a

maior parte da intervenção médica a estes doentes no domicílio faz-se através da solicitação dos enfermeiros que realizam as visitas domiciliárias.

“[...] eu fui lá marcar uma consulta de domicílio, porque ela, a enfermeira tinha medido a tensão e disse que fosse ao médico porque ela tinha a tensão muito alta [...]” (C 2).

“[...] uma vez a enfermeira veio cá e ela [a familiar idosa] da febre não baixava [...] telefonou logo ao médico e o médico veio cá [...]” (C 8).

«[...] a enfermeira veio cá e ela disse-me: “Vá lá, fale com a doutora, porque estas pessoas precisam de pelo menos, três em três meses uma consulta”» (C 5).

De acordo com Stanhope (1999), uma das funções do enfermeiro em cuidados domiciliários é informar o médico de qualquer sinal ou sintoma novo relativamente ao estado de saúde do utente e providenciar vigilância médica se tal for necessário.

Devido às características da actividade de enfermagem e à sua proximidade à díade pessoa idosa dependente-cuidador, o enfermeiro tem um importante papel como agente de ligação entre a mesma e a equipa interprofissional.

Quanto à subcategoria *Número suficiente de visitas domiciliárias*, esta foi referida pela totalidade dos cuidadores (14), o que demonstra o grau de satisfação dos cuidadores relativamente ao número de visitas domiciliárias recebidas.

“[...] eles [enfermeiros] medem-lhe a tensão, fazem-lhe o teste dos diabetes de vez em quando [...] acho que é suficiente” (C 7).

“[...] se ela tiver as tensões altas, vêm de mês a mês ou de quinze em quinze dias. Se a tensão estiver boa, só vêm para aí de dois em dois meses” (C 8).

Para que os enfermeiros orientem as suas práticas no sentido da detecção e prevenção precoce das situações é necessário que desenvolvam a visita domiciliária como estratégia de actuação contínua.

Intervenções constrangedoras

Dentro da categoria *Intervenções constrangedoras*, os discursos dos cuidadores centraram-se em torno das seguintes subcategorias: *Falta de atendimento humano e personalizado à pessoa idosa por parte de alguns enfermeiros, Fornecimento de material clínico insuficiente para as necessidades da pessoa idosa e/ou do cuidador, Formação inadequada às necessidades formativas do cuidador para cuidar, Informação insuficiente*

sobre a evolução do estado de saúde da pessoa idosa e Pouca disponibilidade para realizar actividades formativas (Tabela nº 22).

Tabela nº 22- Percepção dos cuidadores principais acerca das intervenções de enfermagem, em contexto domiciliário, que constrangeram a sua tarefa de cuidar da pessoa idosa dependente no domicílio

Cuidadores	Intervenções constrangedoras				
	Falta de atendimento humano e personalizado à pessoa idosa por parte de alguns enfermeiros	Fornecimento de material clínico insuficiente para as necessidades da pessoa idosa e/ou do cuidador	Formação inadequada às necessidades formativas do cuidador para cuidar	Informação insuficiente sobre a evolução do estado de saúde da pessoa idosa	Pouca disponibilidade para realizar actividades formativas
C 1					
C 2		x	x	x	x
C 3	x				
C 4					
C 5			x		x
C 6					x
C 7			x	x	
C 8					
C 9					x
C 10					
C 11					x
C 12					
C 13			x		
C 14					

A intervenção de enfermagem constrangedora- *Falta de atendimento humano e personalizado à pessoa idosa por parte de alguns enfermeiros* foi referida por apenas uma cuidadora, a mesma que apesar de ter referido anteriormente existir, na generalidade, uma boa relação interpessoal entre ela, a pessoa idosa e o enfermeiro (como podemos verificar a partir da leitura da tabela nº 21), não quis deixar de mostrar a sua indignação perante a atitude menos humana de algumas enfermeiras.

“Há diferença de enfermeiras para enfermeiras. Há enfermeiras que são cuidadas e mais meigas e há algumas que chegavam ali para o curar e agarravam no

penso, zás... e faziam-lhe sangue, e eu achava que deviam ser mais meigas [...] porque acho que ele queixava-se mais” (C 3).

Também Moreira (2001), no seu estudo com cuidadores familiares do doente terminal verificou que estes manifestaram necessidade dos profissionais de saúde estabelecerem uma relação afectiva, de maior escuta e carinho, pois sentiam-se completamente destruídos física e psiquicamente.

Martins (2003), defende que a qualidade dos cuidados prestados durante a visita domiciliária não depende unicamente da sua efectivação sob o ponto de vista técnico, acrescentando que o próprio comportamento não verbal, os gestos, o contacto visual e o tom de voz emitido pelo enfermeiro, consciente ou inconscientemente, são facilmente captados pelo utente e integrados no seu comportamento e na relação humana que estabelece com quem lhe presta cuidados, o que pode comprometer o seu envolvimento nos cuidados, a evolução e êxito da sua recuperação.

Quanto à intervenção constrangedora *Fornecimento de material clínico insuficiente para as necessidades da pessoa idosa e/ou do cuidador* foi referida por apenas uma cuidadora.

“[...] eles não deixam, praticamente não deixam ficar material nenhum [...] Já uma altura precisei, porque mesmo ela com o penso que tem, às vezes deixa transbordar o líquido que sai da ferida e passa para a fralda e às vezes, eles podiam deixar certo material para as pessoas, às vezes até pôr [...]” (C 2).

A subcategoria *Formação inadequada às necessidades formativas do cuidador para cuidar* foi referida por quatro cuidadores.

“[...] eles também como enfermeiros, nem precisavam que a gente lhes perguntasse, eles é que deviam dizer assim: Olhe, você é que tem de fazer isto e isto e isto. Porque eles é que são os profissionais, não somos nós” (C 2).

“[...] podiam ao menos dizer é assim, vire-a assim ou vire-a assado, é melhor desta maneira ou é melhor daquela [...]” (C 5).

“A mim não me ensinaram nada para cuidar dela, não!” (C 13).

A partir das expressões podemos concluir que apesar dos enfermeiros instruírem o cuidador para algumas tarefas do cuidar essencialmente ligadas ao autocuidado do seu familiar idoso, estas não foram suficientes para colmatar as necessidades formativas dos cuidadores supracitados.

Dois dos catorze cuidadores consideraram ainda, como intervenção de enfermagem constrangedora, a *Informação insuficiente sobre a evolução do estado de saúde da pessoa idosa*.

“Eles [os enfermeiros] praticamente também pouco dizem ao quase nada, não é? Eles mesmo que a gente lhes pergunte, quando ela está melhor ou quando está pior, há muitos que não dizem nada!” (C 2).

“[...] agora se for lá, ela está como a estrema unção, vermelha e eu não sei o que ela tem [...] eu já falei com o médico, as enfermeiras já viram isso, mas ninguém me diz nada, o porquê!” (C 7).

Como podemos analisar a partir das expressões supracitadas, o não saber interpretar/avaliar a evolução do estado de saúde do seu familiar idoso e a falta de informação dos enfermeiros a este respeito deixa os cuidadores mais ansiosos e impotentes perante a situação desconhecida.

Cinco dos catorze cuidadores reconheceram ainda como uma intervenção de enfermagem constrangedora a *Pouca disponibilidade para realizar actividades formativas*.

“[...] só fazem o curativo [...] praticamente também pouco dizem ou quase nada [...] fazem o trabalho deles, não fazem mais nada” (C 2).

“Não há assim nenhum tema que a gente fale em especificamente [...] eles chegam, fazem o serviço deles, se uma pessoa lhe perguntar alguma coisa, eles respondem, se não perguntar vão-se embora, têm mais doentes [...]” (C 11).

“[...] podiam ao menos dizer é assim, vire-a assim ou vire-a assado, é melhor desta maneira ou é melhor daquela [...] mas eles também não tinham tempo para isso” (C 5).

A partir das expressões dos cuidadores nº 11 e nº 5 supracitadas, podemos concluir que os cuidadores consideram a sobreocupação dos enfermeiros como um factor que condiciona a possibilidade de estes poderem dedicar tempo para as formar/capacitar para prestar cuidados. Esta percepção acerca do trabalho dos enfermeiros aliada à sua timidez e à sua posição de submissão, conduz a que as cuidadoras se retraiam perante os enfermeiros, não esclarecendo muitas das vezes as suas dúvidas.

Por outro lado, confrontadas com as expressões das cuidadoras nº 2 e nº 11 interrogamo-nos se as cuidadoras reconhecem o papel dos enfermeiros enquanto educadores para a saúde, pois as expressões sugerem que a ajuda esperada da enfermeira é apenas a prestação de cuidados de natureza técnica. Esta conotação pode dever-se à ajuda que estão actualmente a receber ou que anteriormente já receberam, de enfermagem.

Contudo uma, das funções do enfermeiro descritas pela Carreira de Enfermagem, é “Executar os cuidados de enfermagem planeados, favorecendo um clima de confiança que suscite a implicação do utente (indivíduo, família, grupos e comunidade) nos cuidados de enfermagem e integrando um processo educativo que promova o autocuidado” (Ministério da Saúde, 1991: 5724).

Assim, a enfermagem domiciliária não pode ser apenas descrita como cuidados prestados em casa, engloba um âmbito de actuação muito mais abrangente com grande valia para a área da saúde. O enfermeiro em cuidados domiciliários é simultaneamente, um educador, coordenador, prestador e supervisor de cuidados físicos, advogado da família e da pessoa idosa, colaborador/membro da equipa, consultor e modificador do ambiente.

1.2.8 – Percepção dos cuidadores principais acerca da sua capacidade para cuidar

Na resposta à questão *Considera que tem os conhecimentos necessários para cuidar do idoso em casa?*, as respostas dos cuidadores centraram-se em torno de duas categorias: *Sim* e *Não* (Tabela nº 23).

Tabela nº 23- Percepção dos cuidadores principais acerca da sua capacidade para cuidar da pessoa idosa dependente no domicílio

Cuidadores	Sim				Não		
	Sentimento de auto-confiança na capacidade de cuidar da pessoa idosa dependente	Manifesta desejo de continuar a cuidar da pessoa idosa dependente	Manifesta pouco desejo de continuar a cuidar da pessoa idosa dependente	Sentimento de mestria ou auto-eficácia	Sentimento de pouca auto-confiança na capacidade de cuidar da pessoa idosa dependente	Falta de formação para cuidar da pessoa idosa dependente	Manifesta pouco desejo de continuar a cuidar da pessoa idosa dependente
C 1	x	x		x			
C 2					x	x	x
C 3	x	x		x			
C 4	x	x					
C 5						x	
C 6	x	x					
C 7	x	x		x			
C 8	x	x		x			
C 9					x		x
C 10	x	x					
C 11	x	x		x			
C 12	x	x					
C 13	x	x		x			
C 14	x		x				

Os discursos dos cuidadores que responderam *Sim* (11), centraram-se em torno das seguintes subcategorias: *Sentimento de auto-confiança na capacidade de cuidar da pessoa idosa dependente*, *Manifesta desejo de continuar a cuidar da pessoa idosa dependente*, *Manifesta pouco desejo de continuar a cuidar da pessoa idosa dependente* e *Sentimento de mestria ou auto-eficácia*.

A maioria dos cuidadores centraram o seu discurso em torno de um *Sentimento de auto-confiança na capacidade de cuidar da pessoa idosa*, sendo que nesta subcategoria nós consideramos todos os cuidadores cujos discursos revelaram um sentimento de auto-confiança na sua capacidade para cuidar do seu familiar idoso.

“Tenho, por enquanto tenho, só se piorar. Só se ele piorar, mas acho que pior do que o que está, também não vai estar, penso eu” (C 3).

“Acho que tenho. Acho que ninguém cuidava dele como eu! [...] Tenho, com ajuda dos meus filhos e das minhas noras e a minha filha” (C 4).

Apesar das várias dificuldades/necessidades para cuidar, a maioria dos cuidadores revelou sentir-se capaz de cuidar do seu familiar idoso, ainda que, alguns contando para isso com a ajuda dos familiares (cuidadora nº 4). Isto leva-nos a pensar que associado a este sentimento poderá estar a responsabilidade moral/obrigação pessoal por cuidar e o afecto manifestando, na maioria das vezes, desejo de continuar a cuidar, como veremos a seguir.

Num estudo desenvolvido por Almeida *et al* (2005), acerca da transição do doente dependente para a família, os autores verificaram que apesar dos cuidadores principais referirem possuir conhecimentos suficientes para cuidar do doente dependente (92,6%), posteriormente manifestaram medo de não serem capazes (81,5%) e algumas dificuldades na prestação de cuidados (81,5%).

Todos os cuidadores que referiram um sentimento de auto-confiança na capacidade de cuidar do seu familiar idoso, manifestaram simultaneamente desejo de continuar a cuidar, à excepção da cuidadora nº 14, tendo a subcategoria *Manifesta desejo de continuar a cuidar da pessoa idosa dependente* sido referida por dez cuidadores.

“Eu acho que sim, que tenho. E para continuar que Deus me dê muita força e saúde, não é?” (C 7).

“Pois eu acho, faço-lhe o que posso. Faço, enquanto eu puder faço-lhe tudo quanto posso e gasto tudo quanto tenho para bem dela! [...] tomara eu tê-la aqui muito tempo!” (C 6).

“[...] enquanto eu puder andar, vou andando [...] por enquanto ainda cuido bem dele [...] ainda me sinto bem com ele [...]” (C 1).

A determinação dos cuidadores em concluir a sua missão em condições muito difíceis explica-se como já referimos anteriormente pelo facto dos cuidadores considerarem o cuidar como um dever e uma obrigação pessoal, o que está de acordo com o manifestado pelos cuidadores noutros estudos (Moreira, 2001).

Por outro lado, predominam sentimentos de afecto em torno do desejo de continuar a cuidar, como verificamos a partir das expressões dos cuidadores nº 6 e nº 1. Também Marote *et al* (2005), no seu estudo com cuidadores informais de pessoas idosas dependentes na Região Autónoma da Madeira concluíram que, entre os sentimentos face à vivência de ser cuidador predominava a felicidade (28%) em consonância com o

sentimento de amor/devoção para com a pessoa idosa (24,4%), deixando assim transparecer o porquê de 75,4% dos cuidadores referirem não abdicar do seu papel de cuidador acaso tivessem oportunidade.

Contudo, houve uma cuidadora, a cuidadora nº 14, que apesar de sentir autoconfiança na sua capacidade para cuidar, *Manifesta pouco desejo de continuar a cuidar da pessoa idosa dependente.*

“Acho. Já chega bem o que aprendi, não preciso de aprender mais. Eu faço tudo, que remédio tenho eu, aonde os vou entregar? Eu bem os entregava a alguém que ficasse com eles!” (C 14).

Na expressão supracitada a cuidadora deixa transparecer que apesar de considerar ter os conhecimentos suficientes para cuidar já se sente cansada, denotando sobrecarga por cuidar há vários anos dos seus pais, sendo os dois idosos com elevado grau de dependência.

A subcategoria *Sentimento de mestria ou auto-eficácia* foi referida por seis cuidadores, sendo que nesta subcategoria consideramos todos os cuidadores em cujos discursos para além dum sentimento de autoconfiança na sua capacidade para cuidar, revelaram simultaneamente que esse sentimento os fortalecia para continuar a cuidar.

“Eu acho que não há pessoa que o cuide melhor do que eu! [...] ele estar bem e estar bem acolhido [...] faz-me sentir mais à vontade, mais tranquila para cuidar dele” (C 1).

“[...] vou continuar a prestar-lhe na mesma os mesmos cuidados, porque é assim que estou a fazer bem e isso dá-nos energia, dá-nos força para continuar” (C 11).

Aneshensel e colaboradores (1995 e Bandura, 1997 citados por Lage, 2005b), afirmam que a mestria ou auto-eficácia dos cuidadores é um sentimento individual do controlo ou juízo acerca das capacidades pessoais.

No nosso estudo, verificamos que todos os cuidadores que referiram este sentimento cuidavam do seu familiar idoso há já vários anos (à excepção da cuidadora nº 11 que cuidava apenas à dois anos, no entanto, a sua actividade profissional como ajudante de lar, permite-lhe ter uma longa experiência de cuidado com pessoas idosas) e que este, na maioria dos casos, se encontrava num estado avançado de doença com elevado grau de dependência. Isto leva-nos a concluir, corroborando Benjumea (2004), que as etapas avançadas de doença requerem maiores conhecimentos e destrezas, que os cuidadores vão adquirindo e mobilizando, conforme necessitam para tornar o cuidado mais fácil.

O sentimento de mestria ou auto-eficácia é, assim, um recurso psicológico que os cuidadores desenvolvem para “poder defender-se” e que os fortalece e torna mais aptos para o cuidado (*ibid.*), como podemos verificar a partir das expressões supracitadas.

Perante os resultados encontrados, somos levados a concordar com Monis *et al* (2005), quando afirmam que as características do cuidador e a sua crença de controlo do cuidado são mais determinantes no sentimento de competência, do que a própria gravidade da doença ou mesmo o número de pessoas que compõem a rede social.

Dentro dos cuidadores que referiram *Não* ter os conhecimentos necessários para cuidar (3), os discursos centraram-se em torno das seguintes subcategorias: *Sentimento de pouca auto-confiança na capacidade de cuidar da pessoa idosa dependente*, *Falta de formação para cuidar da pessoa idosa dependente* e *Manifesta pouco desejo de continuar a cuidar da pessoa idosa dependente*.

A subcategoria *Sentimento de pouca auto-confiança na capacidade para cuidar da pessoa idosa dependente* foi referida por dois cuidadores sendo um deles a cuidadora nº 2 que manifesta simultaneamente *Falta de formação para cuidar da pessoa idosa dependente* e *Manifesta pouco desejo de continuar a cuidar da pessoa idosa dependente*.

“*Não, não tenho. Falta informação de tudo [...] por exemplo, a limpá-la conforme ela está algaliada, eu tenho medo [...] uma pessoa não sabe como há-de lidar, ao menos eu não sei muitas vezes como hei-de lidar com essa coisa, com essa situação*” (C 2).

“*A gente já agora temos que nos conformar que é isto e isto mesmo que está aqui e enquanto Deus não a levar temos que cuidar dela e mais nada*” (C 2).

Também Sotto Mayor *et al* (2006), num estudo com cuidadores de pessoas idosas, com diagnóstico de demência concluiu que 26,5% assumiu não ter capacidade para o desempenho do papel de cuidador, referindo falta de conhecimento do seu papel ao nível das AVD e dificuldades na colaboração a prestar à pessoa idosa.

O outro cuidador que referiu um *Sentimento de pouca auto-confiança na capacidade de cuidar da pessoa idosa dependente* foi o cuidador nº 9, que simultaneamente *Manifesta pouco desejo de continuar a cuidar da pessoa idosa dependente*.

“*[...] tenho conhecimentos, mas não posso [...] já me falta o melhor, a força! A senhora não vê que eu que não posso andar já*” (C 9).

“*Eu não queria fazer nada para ela!*” (C 9).

O cuidador cônjuge supracitado sendo também ele idoso manifesta-se cansado, com grande sobrecarga física, não desejando continuar o cuidado.

Também Cerqueira (2005), ao entrevistar cuidadores do doente paliativo, após o segundo dia de permanência hospitalar, colocando a questão *Se se sente capaz de cuidar do doente em casa*, verificou que metade dos cuidadores disseram não estar preparados, referindo como causa: os ensinamentos insuficientes, a ausência de planejamento da alta, o medo do aparecimento de feridas, o medo das dores, a idade avançada, a falta de apoio e condições físicas.

A subcategoria *Falta de formação para cuidar da pessoa idosa dependente*, para além de ser referida pela cuidadora nº 2, como já referimos, foi também referida pela cuidadora nº 5.

“[...] os conhecimentos nunca são os necessários, não é? Porque a gente aprender nunca é demais, mas temos que nos sujeitar com aquilo que vamos aprendendo com o tempo. [...] É o que eu digo há tantos cursos, fazem tantos cursos, tantas coisas, porque é que não fazem cursos [...] como a gente lidar com eles?” (C 5).

Esta cuidadora apesar de ao longo da entrevista considerar estar a desempenhar um bom trabalho no sentido da reabilitação da sua sogra, sendo este igualmente reconhecido pelas enfermeiras dos cuidados domiciliários, considera contudo que os conhecimentos que possui são insuficientes para cuidar, revelando uma necessidade de aprendizagem contínua através de cursos de formação, como podemos ver na expressão abaixo indicada.

«[...] quando ela partiu a perna, a enfermeira disse, olha mais uma acamada que temos, nunca pensaram que ela tornava a andar. Elas não pensavam e eu também não pensava, mas é o que a enfermeira diz: “Ela ainda ajuda, mas tem quem a ajuda muito! Se ela ficar melhor, melhor é para mim, não é? E então tenho que estar sempre a dar-lhe força e a ajudar e a teimar com ela para ela fazer certas coisas e ela, às vezes, lá vai fazendo e tem dado resultado.” (C 5).

Os resultados por nós encontrados parecem não deixar dúvidas quanto à relação entre a necessidade de formação para cuidar e o sentimento de auto-confiança no cuidado, deixando transparecer que a falta de conhecimentos aumenta a insegurança nos cuidados.

CONCLUSÕES

Numa sociedade cada vez mais envelhecida o aumento da necessidade de apoio às pessoas idosas dependentes emerge como um problema prioritário nas políticas sociais, de saúde e económicas dos países desenvolvidos, a que Portugal não está isento.

Cada vez mais a abordagem das pessoas idosas dependentes passa pelos cuidadores informais e sobretudo pelos cuidadores principais, que assumem a maior parte do cuidado prestado a essas pessoas.

Para que se possa manter a pessoa idosa dependente no seu domicílio com o melhor nível de qualidade de vida possível é fundamental que a questão dos cuidados informais às pessoas idosas seja avaliada, nomeadamente, através da avaliação da qualidade de vida e saúde dos cuidadores principais, começando por avaliar as suas necessidades/dificuldades.

O contacto directo com os cuidadores principais nos domicílios, isto é, nos contextos concretos da prestação de cuidados à pessoa idosa dependente, permitiu-nos uma experiência rica que facilitou um conhecimento mais completo das suas necessidades educativas, da forma como constróem diariamente o seu processo formativo para cuidar, bem como da sua percepção acerca do contributo dos enfermeiros na sua preparação para cuidar. Daqui resultou uma melhor compreensão das suas necessidades/dificuldades para cuidar da pessoa idosa dependente no domicílio. Contudo, visto que o cuidador se referiu por várias vezes ao longo da entrevista à pessoa idosa dependente, falando na terceira pessoa do singular, esta emerge em algumas áreas temáticas como por exemplo no caso dos apoios disponibilizados em que o cuidador identifica-os separadamente como sendo para si ou para a pessoa idosa dependente. A decisão de não os separar prendeu-se com o facto de ambos estarem interligados e juntos caracterizarem melhor o fenómeno em estudo.

As conclusões que retiramos do nosso estudo emergem, dos objectivos propostos, do enquadramento teórico estruturador da investigação, das questões formuladas e da análise e interpretação dos dados.

Dado tratar-se de um estudo de caso, não podemos partir destas conclusões para a generalização de outros cuidadores de pessoas idosas dependentes, não devendo contudo, invalidar-se a importância das mesmas, atendendo ao carácter do estudo e ao processo realizado, podendo as mesmas ser utilizadas no contexto onde foi desenvolvida a investigação.

No que se refere à metodologia escolhida, consideramos que se ajustou ao tipo de estudo. A triangulação dos métodos e da informação, numa perspectiva fenomenológica, permitiu conjugar e validar as diversas informações.

A seguir apresentaremos as principais conclusões do estudo por áreas temáticas.

Caracterização dos cuidadores principais e tomada de decisão para a aquisição do papel de cuidador

No que concerne à relação com a pessoa idosa dependente, todos os cuidadores são familiares, sendo que cinco cuidadores são filhas, cinco são cônjuges, três são noras e uma é irmã, confirmando assim, que o principal agente de cuidados à pessoa idosa dependente é a família.

O perfil dos nossos cuidadores vai de encontro ao perfil habitual encontrado por diversos autores na área do cuidado informal. É uma filha adulta e, em alguns casos é a esposa também ela idosa, a coabitar com a pessoa idosa dependente (porque já viviam juntos ou, porque a pessoa idosa se mudou para a residência do cuidador), economicamente desfavorecida, sem profissão (apenas uma se encontrava profissionalmente activa e sete eram domésticas) ou reformada (cinco eram reformados).

A elevada proporção de filhas cuidadoras (5) pode ser explicada pelas características sócio-demográficas das pessoas idosas dependentes, que são maioritariamente mulheres e viúvas, verificando-se assim a tendência das mães preferirem as filhas para cuidarem delas, porque têm uma história de relações mais intensa e íntima, tal como já foi constatado noutros estudos da área.

Os cuidadores do sexo masculino (3) são todos maridos que cuidam do cônjuge (sendo também eles já pessoas idosas), pois quando foram os filhos do sexo masculino a tomar conta dos pais dependentes, foi sobre as noras que caiu a responsabilidade dessa tarefa (que no nosso estudo são 3).

Destacamos, ainda, o contributo das pessoas idosas na prestação de cuidados informais já que seis cuidadores são, também eles pessoas idosas, sendo esta realidade já encontrada noutros estudos, e cuja tendência se tem vindo a acentuar devido à maior longevidade das mulheres e às mudanças na estrutura e tamanho das famílias.

A média de anos de prestação de cuidados pelos cuidadores foram os 8,4 anos, devendo-se esta longevidade na prestação de cuidados ao facto de a mesma ter começado

antes do aparecimento da dependência, sendo a relação de cuidado estabelecida, a continuação de uma relação anterior de prestação de cuidados.

Dos discursos dos cuidadores principais constatamos que a aquisição do papel de cuidador, se deveu essencialmente à relação de parentesco, ao agravamento do estado de saúde da pessoa idosa/necessidade de cuidados, à ausência de outra solução que não a de ser o próprio cuidador a cuidar e ao facto de já existir entre o cuidador e a pessoa idosa dependente uma relação anterior de prestação de cuidados.

Outros factores menos invocados mas que também contribuíram para a aquisição do papel de cuidador foram o respeito pela vontade da pessoa idosa por preferir aquele cuidador, a proximidade/coabitação (já que esta facilita a resposta de ajuda), o consenso familiar por ser aquele o cuidador, o facto de ser mulher, estar solteira e desempregada e ainda o cumprimento duma promessa familiar.

Os cuidadores principais assumiram a prestação de cuidados, norteando-a por valores baseados na resignação, na obrigação moral, na reciprocidade, invocando, ainda, princípios religiosos e o facto de ser uma oportunidade para servir de modelo a seguir para os filhos.

Do atrás exposto, concluímos que ao escolher o papel, nem todos os cuidadores o fazem de livre vontade ou segundo uma escolha consciente, nem apenas influenciados pela qualidade da relação interpessoal entre si e a pessoa idosa. Na realidade são também influenciados por forças institucionais e suas bases normativas (relação de parentesco/consanguinidade, consenso familiar, ser mulher e estar em casa), em que as famílias tentam otimizar a sua produtividade, escolhendo um elemento que menos perca com o papel de cuidador. Contudo, os cuidadores encararam a entrada no papel como sendo da sua própria responsabilidade, mantendo o seu dever moral, marital ou filial sem, muitas vezes, terem noção do que os espera, como podemos ver a partir da seguinte expressão “[...] eles passaram a vida a ligar-me para eu vir tomar conta deles [...] E decidi vir, mas nunca pensei que isto, ia dar isto assim!” (C14).

Cuidados prestados pelos cuidadores à pessoa idosa dependente

A prestação de cuidados dos cuidadores principais assentou nos domínios: instrumental, protector, preventivo e expressivo. Os cuidados instrumentais incluíam os

cuidados físicos, técnicos, a gestão de medicamentos, o acompanhamento às consultas médicas e os cuidados de vigilância. Os expressivos eram de âmbito social e afectivo.

Quanto aos cuidados que são mais valorizados pelo cuidador, verifica-se uma distribuição uniforme dos cuidadores pelos diferentes cuidados, com excepção dos cuidados protectores que foram referidos por apenas dois cuidadores.

Verifica-se assim, que os cuidados prestados têm uma orientação holística, em que os cuidadores valorizam as vertentes bio-psico-social da pessoa idosa dependente.

Ao prestar cuidados, o cuidador tenta envolver adequadamente a pessoa idosa nessa prestação, estimulando a sua autonomia para a realização das diversas actividades de vida diária: mobilização/actividade física, eliminação, comunicação, higiene e/ou vestir, alimentação/hidratação e ainda um cuidador referiu estimular o seu familiar idoso para que este se responsabilize pela sua medicação, de acordo com as suas capacidades.

As situações mais geradoras de estímulo à autonomia foram as relacionadas com a comunicação e com a mobilização/actividade física. O estímulo à comunicação poderá estar relacionado com a necessidade de comunicação do próprio cuidador. O estímulo à mobilização/actividade física poderá dever-se à necessidade de ajuda do cuidador na mobilização, afim de despendar menor esforço físico, respectivamente.

As situações de manutenção da dependência e de estímulo à dependência foram menos referenciadas pelos cuidadores como fazendo parte da sua conduta diária.

Concluimos, assim, que o contexto domiciliário sendo o habitat natural de características familiares e íntimas da pessoa idosa, reúne as condições propiciadoras ao desenvolvimento de comportamentos autónomos por parte desta e de estímulo à sua autonomia por parte do seu cuidador, verificando-se atitudes de cooperação mútua e de descoberta de potencialidades múltiplas, reveladoras de empatia como podemos analisar na seguinte expressão “[...] *ainda no outro dia deu-me uma dor tão grande, tão grande nas costas que eu tive de ir para o Centro e tive que levar duas injeções, mas sempre olhei por ela. Ontem fui para a levantar e disse-lhe assim: a senhora tem que me ajudar que eu não posso consigo! E ela, ou que ela entendesse ou que não, que ela fez uma força tão grande para não a deixar cair!*” (C 8).

Contudo, pensamos que para uma maior validação dos resultados acerca da situação de envolvimento da pessoa idosa dependente nos cuidados seria necessário proceder à observação da prestação dos cuidados em contexto domiciliário, a fim de que fosse possível avaliar não só a intenção do cuidador no envolvimento da pessoa idosa

dependente durante a prestação de cuidados, mas também o resultado obtido, verificando desta forma se o dizer tinha relação com o fazer.

Repercussões que advêm para os cuidadores principais da tarefa de cuidar

Os cuidadores referenciaram mais repercussões negativas que advêm do processo de cuidar do seu familiar idoso do que benefícios, verificando-se aquando da entrevista crises de choro na identificação das primeiras e silêncios prolongados na identificação dos benefícios, mostrando dificuldade em os identificar.

Para os cuidadores, esta experiência implicou alterações na dinâmica familiar, já que o doente passou a ser o centro das atenções. Tiveram que reorganizar-se a nível familiar e profissional, o que implicou mudanças significativas, nomeadamente, a perda permanente de emprego. Os cuidadores passaram a ter menos tempo para si e para a família, privando-se mesmo do seu descanso e das actividades sociais. Os problemas de saúde, relacionais e sócio-económicos tenderam a agravar-se durante o processo de cuidar.

Os sentimentos partilhados pelos cuidadores foram de depressão, stress e sentimentos contraditórios ou de ambivalência que punham em causa a relação de manutenção da “reciprocidade equilibrada” para com a pessoa idosa.

Os cuidadores identificaram ainda vários factores que agravam a sua tarefa de cuidar, sendo os mais referidos o grau de dependência da pessoa idosa (pois como vimos a partir dos resultados do questionário as pessoas idosas possuíam um alto grau de dependência física e cognitiva) e o aumento da quantidade/intensidade do cuidado. A quantidade/intensidade do cuidado está relacionada com as doenças que acometem a pessoa idosa (que, como vimos a partir dos resultados do questionário são essencialmente as sequelas de AVC, as demências e as sequelas de fracturas), e com o facto da maioria dos cuidadores coabitarem com o seu familiar idoso, acrescentando o tempo de cuidado.

Os cuidadores revelaram maiores dificuldades em prestar cuidados à medida que o tempo avançava e a dependência se tornava maior, já que a quantidade/intensidade do cuidado também aumentava, levando a um maior desgaste emocional e físico.

Invocaram neste contexto, que as alterações comportamentais dos seus familiares idosos (devidas às perturbações cognitivas que acometiam várias pessoas idosas), como por exemplo, comportamentos hostis e falta de reconhecimento e gratidão pela ajuda

recebida lhe provocavam grande stress. Por outro lado, à medida que iam tendo consciência da degeneração do seu familiar idoso, sentiam-se inseguros e impotentes.

Para além destes factores, os cuidadores referiram ainda outros que eram igualmente geradores de stress e de sobrecarga, nomeadamente: a falta de colaboração da pessoa idosa na prestação de cuidados, o isolamento social, os recursos económicos insuficientes (devidos ao aumento da despesa económica com o familiar idoso e ao facto de terem que deixar de trabalhar para cuidar dele, levando ao ponto de privar os outros elementos da família de satisfazer as suas necessidades), a falta de outrem (no auxílio para a realização das tarefas e no apoio emocional), a falta de conhecimento sobre a evolução do estado de saúde do seu familiar, a falta de habilidade no desempenho dos cuidados, os conflitos familiares (que se deveram ao fracasso em prestar cuidados suficientes, à exacerbação de conflitos prévios entre cuidador e familiar idoso e ao facto dos outros elementos da família passarem a ocupar um plano secundário), a dificuldade em aceitar o papel de cuidador, o facto de ter mais do que uma pessoa dependente a cargo e a idade avançada.

Do atrás exposto, concluímos que a sobrecarga sentida pela tarefa de cuidar do seu familiar idoso atingiu os cuidadores multidimensionalmente, abrangendo a sua esfera bio-psico-social.

Contudo, os cuidadores identificaram outro tipo de factores que os aliviavam da sua tarefa de cuidar, sendo os mais referidos: a ajuda de outrem (nas tarefas do cuidado e domésticas e no apoio emocional), os actos recreativos, o conhecimento da evolução do estado de saúde do seu familiar idoso e a habilidade no desempenho das técnicas cuidativas.

O conhecimento da evolução do estado de saúde do seu familiar e a habilidade no desempenho das técnicas cuidativas (adquiridos através da informação dos profissionais de saúde e da experiência quotidiana) permitiu-lhes, por um lado, prepararem-se atempadamente para a evolução da situação clínica do seu familiar idoso, prestando cuidados adequados em cada fase da doença e, por outro lado, aprenderem as técnicas cuidativas, diminuindo o esforço despendido para a realização das mesmas.

Para além destes factores de alívio foram ainda referenciados outros, embora em número inferior, tais como: o ter tempo para outro tipo de tarefas, a relação de maior proximidade entre cuidador e a pessoa idosa anterior ao aparecimento da dependência, o reconhecimento social pelo seu trabalho, a partilha de sentimentos, a disponibilidade de

recursos económicos e a manutenção do emprego (referida por apenas uma cuidadora que se mantinha activa profissionalmente).

Os cuidadores manifestaram também aspectos positivos do cuidado ao nível psicológico e ao nível sócio-afectivo, sendo os mais referidos: o reforço dos laços afectivos a nível familiar, o desenvolvimento de competências e habilidades para cuidar/aprender com a experiência, a tranquilidade pela pessoa idosa estar bem cuidada e o facto de ter a companhia da pessoa idosa.

Os cuidadores demonstraram, assim, que se sentiam tranquilos e satisfeitos em tornar mais doce o fim da vida de quem lhes era ainda muito querido, como podemos comprovar na seguinte expressão de um cuidador cônjuge: *“O que senti mais, foi uma paixão que tenho por ela! [...] enquanto eu puder, faço-lhe tudo quanto posso e gasto tudo quanto tenho para bem dela”* (C 6).

A partir dos resultados encontrados consideramos que seria importante explorar em futuras investigações os factores de alívio dos cuidadores, bem como os aspectos positivos do cuidado, de forma a haver uma visão multidimensional das consequências do cuidado e não apenas das consequências negativas.

Necessidades/dificuldades dos cuidadores e apoios de que dispõem os cuidadores principais e os seus familiares idosos

Os cuidadores revelaram dificuldades a vários níveis, nomeadamente na prestação de cuidados: 1- físicos (mobilização, alimentação, higiene e eliminação), devido ao esforço despendido, à frequência da sua realização e à natureza do cuidado; 2- técnicos (administração de terapêutica e execução de pensos por serem situações novas para as quais não estavam preparados) e 3- expressivos (a nível afectivo e social).

Evocaram ainda dificuldades emocionais, apoio insuficiente para cuidar da pessoa idosa no domicílio (no que respeita à ajuda de outrém para as tarefas, para os substituírem e para os apoiarem emocionalmente e no que respeita a uma maior orientação/apoio dos serviços de saúde médico e de enfermagem) e apoio sócio-económico insuficiente. No que respeita ao apoio sócio-económico alegaram que as ajudas técnicas e o apoio económico dos serviços sociais eram insuficientes para satisfazer as suas necessidades e as do seu familiar idoso e reivindicaram uma recompensa financeira pelo trabalho que

desempenham. Deixaram, contudo, transparecer algum desconhecimento sobre as ajudas financeiras disponíveis.

Os cuidadores invocaram ainda várias necessidades na prestação de cuidados, sendo as mais referidas as necessidades pessoais de descansar e/ou lazer (dada a sobrecarga sentida pelos cuidadores), e ter saúde para continuar a cuidar do seu familiar idoso.

Entre as necessidades menos referidas encontram-se as necessidades de informação/formação e as necessidades de espaço e/ou segurança ao nível das condições habitacionais. Entre as necessidades de informação/formação para prestar cuidados destacaram os conhecimentos sobre a doença e a dependência do seu familiar, sobre a forma de se relacionarem/comunicarem com ele, sobre a execução de pensos e sobre a satisfação das necessidades físicas da pessoa idosa (cuidados de eliminação, cuidados de higiene e cuidados de mobilização/actividade física), deixando transparecer que a falta destes conhecimentos os impede de ter mais segurança e destreza na realização dos cuidados, com os eventuais riscos inerentes para si e para a pessoa idosa.

Do conjunto das necessidades/dificuldades verificamos que os cuidadores valorizam em primeiro lugar as necessidades da pessoa cuidada, relegando para um plano secundário as suas necessidades. Para além disso podemos concluir que os cuidadores revelam necessidades educacionais ao nível dos quatro pilares fundamentais: aprender a conhecer (quando invocam necessidades de informação/formação); aprender a fazer (quando referem dificuldades na prestação de cuidados) e aprender a viver junto e aprender a ser (quando se referem às dificuldades emocionais que advém da prestação de cuidados) (Delors, 1996).

Relativamente aos apoios, os cuidadores referiram dispor de apoios que provinham das redes sociais informais e formais, uns que consideravam ser destinados à pessoa idosa dependente e outros que consideravam ser uma ajuda na sua tarefa de cuidar.

Contudo, verificamos que a maior parte do apoio fornecido, quer à pessoa idosa dependente, quer ao cuidador provinha do sistema informal, nomeadamente da família. Esta desenvolvia um papel determinante no apoio instrumental à pessoa idosa, no apoio sócio-afectivo ao cuidador e à pessoa idosa e no apoio às tarefas domésticas e/ou tarefas externas, aliviando assim a carga dos cuidadores.

O apoio dos amigos e/ou vizinhos foi também importante sobretudo ao nível sócio-afectivo ao cuidador e/ou à pessoa idosa, tendo um forte efeito no seu bem-estar subjectivo e, não tanto ao nível do apoio instrumental à pessoa idosa.

Tanto os familiares como os amigos e/ou vizinhos ainda apoiaram a díade pessoa idosa dependente-cuidador através da doação e/ou empréstimo de ajudas técnicas, suprimindo, assim, a falha do seu fornecimento ao nível dos serviços sociais.

Relativamente aos apoios formais, estes eram provenientes dos Serviços sociais e dos Serviços de saúde. Os provenientes dos Serviços sociais eram essencialmente o apoio económico, o fornecimento de ajudas técnicas (que como já vimos, ambos eram insuficientes face às necessidades da pessoa idosa e/ou cuidador) e o apoio domiciliário. O apoio domiciliário auxiliava nas tarefas domésticas, no fornecimento de refeições e no apoio instrumental à pessoa idosa.

Destacamos o facto de ser reduzido o número de pessoas idosas que usufruem do apoio domiciliário e, do recurso a este se ter verificado tardiamente, quando os cuidadores entravam em ruptura.

Dentro dos apoios dos Serviços de saúde, destaca-se o apoio fornecido pelos enfermeiros do Centro de Saúde local que, conforme os cuidadores já tinham referido no questionário, era o apoio que mais pessoas idosas recebiam no domicílio (14).

Do conjunto dos apoios importa salientar que a família para além de ser o garante da prestação de cuidados informais à pessoa idosa dependente (sobretudo através do cuidador principal), é também ela a maior fonte de substituição e ajuda utilizada pelo cuidador principal.

Do atrás exposto, pensamos que os recursos comunitários existentes deveriam ser convenientemente divulgados para que pudessem ser utilizados por um número maior de pessoas idosas/cuidadores.

Percepção dos cuidadores acerca do domicílio como lugar de preferência para cuidar da pessoa idosa dependente

Apesar das necessidades/dificuldades apontadas e dos apoios escassos, para a maioria dos cuidadores (12), o domicílio é o lugar idóneo para cuidar da pessoa idosa dependente, já que esta se mantém no seu habitat natural. Assumem também que as pessoas idosas são melhor cuidadas pelos familiares e que têm mais afecto e carinho

destes. Por outro lado, elegem o domicílio para cuidar, por respeito à vontade da pessoa idosa em ser cuidada em casa.

É de destacar que dois cuidadores referiram que a pessoa idosa dependente não deveria ser cuidada em casa, porque o hospital dispõe de melhores condições para cuidar deste tipo de doentes. Contudo, é de salientar, que estes dois cuidadores foram também os que referiram dificuldade na aceitação do papel de cuidador, sendo esta geradora de sobrecarga.

Construção do processo de formação dos cuidadores – Contributo dos enfermeiros

Todos os cuidadores invocaram que aprenderam por eles mesmos, mediante o desenvolvimento de capacidades pessoais através da experiência quotidiana na prestação de cuidados. As capacidades que referiram desenvolver dia após dia para fazer face às contingências do cuidado estavam todas interrelacionadas na prática, no entanto para uma melhor compreensão das mesmas dividimo-las em: construção de um suporte social de apoio formal e/ou informal, construção de um meio físico seguro para prestar cuidados, conhecimento acumulado/perícia adquirida, desenvolvimento da capacidade pessoal emocional e desenvolvimento da capacidade pessoal física. O desenvolvimento da primeira capacidade refere-se à mobilização dos recursos das redes de apoio formal (serviços de saúde e serviços sociais) e dos recursos das redes de apoio informal (familiares, amigos e vizinhos), para fazer face às suas necessidades para cuidar. O desenvolvimento da segunda capacidade- construção de um meio físico seguro para prestar cuidados, refere-se às modificações em casa e à aquisição de materiais e equipamentos necessários ao cuidado. As três últimas capacidades consistem no desenvolvimento de recursos pessoais (conhecimentos e destreza, capacidade emocional e capacidade física) que os cuidadores vão desenvolvendo com o tempo.

Por outro lado, mencionaram que o apoio fornecido pelos serviços de saúde e/ou sociais (quando estes vão intencionalmente ao encontro das suas necessidades educativas) foi importante na sua aprendizagem para desenvolverem capacidades no que respeita à aquisição de material clínico e/ou de ajudas técnicas para facilitar as tarefas do cuidado e à prestação de cuidados.

Embora com menos referências as experiências anteriores (outras pessoas idosas a cargo, observação dos cuidados prestados por vizinhos a pessoas idosas dependentes e

cuidar dos filhos/crianças) e os meios de comunicação social e/ou de informação escrita foram também mencionados como tendo sido relevantes na sua aprendizagem.

Face ao exposto podemos concluir que maioritariamente o processo de formação dos cuidadores se faz através da educação informal (com vizinhos e familiares) e não formal (através do apoio dos profissionais dos serviços de saúde e/ou sociais), havendo um sentimento generalizado de que aprendem sozinhos, a partir da prática decorrente do tempo de cuidadores, como podemos ver na seguinte expressão: *“Eu sei, porque eu já estou à tanto tempo a olhar por ele, sei que isto que é assim. Porque fui eu própria que aprendi, está a perceber? Aos princípios não sabia [...]”* (C 3).

Relativamente à percepção dos cuidadores face ao contributo dos enfermeiros na sua preparação para cuidar da pessoa idosa dependente no domicílio, observaram-se diferenças conforme a aprendizagem era feita em contexto institucional ou em contexto domiciliário.

As temáticas aprendidas pelos cuidadores quer em contexto institucional, quer em contexto domiciliário foram semelhantes. No contexto institucional, relacionaram-se com: informação sobre a aquisição de material clínico e/ou de ajudas técnicas, conhecimentos específicos sobre as patologias da pessoa idosa, cuidados relacionados com o autocuidado da pessoa idosa, administração de terapêutica, promoção da reabilitação da pessoa idosa e mecanismos de protecção do cuidador na prestação de cuidados. No contexto domiciliário para além das temáticas referidas anteriormente ainda lhes foi fornecida informação sobre: recursos comunitários existentes, cuidados de mobilização/actividade física e execução de pensos.

Contudo, no contexto domiciliário, verificou-se um maior número de referências para cada área temática, tendo sido este um contexto mais rico em experiências de aprendizagem dos cuidadores. Este facto poderá dever-se por um lado, ao facto dos Cuidados de Saúde Primários serem o contexto mais apropriado para os enfermeiros desenvolverem as práticas educativas (enquanto os Cuidados de Saúde Diferenciados têm, como finalidade tratar pessoas portadoras de doenças que exigem tecnologias sofisticadas) e, por outro lado, no contexto domiciliário o cuidador e o enfermeiro tomam consciência das reais necessidades educativas e dos recursos existentes para prestar cuidados.

As temáticas eram abordadas pelos enfermeiros quer num contexto, quer no outro de forma transmissiva ou, então, através dos cuidadores observarem o trabalho dos enfermeiros havendo assim, pouca interacção educador-educando. Os momentos de

aprendizagem foram: em contexto institucional, os momentos da visitação aos doentes internados e a alta (raramente foram chamados ao longo do internamento para aprenderem a cuidar do seu familiar idoso) e, em contexto domiciliário, referiram ter aprendido quando os enfermeiros iam vigiar o estado de saúde da pessoa idosa e/ou iam executar tratamentos, no âmbito das visitas domiciliárias de carácter preventivo e curativo.

Ao avaliarem as intervenções de enfermagem como influenciadoras da sua tarefa de cuidar da pessoa idosa dependente (facilitando ou constringendo), os cuidadores referiram-se às componentes técnica, relacional e educativa dos cuidados prestados.

No contexto institucional, os cuidadores referiram mais intervenções de enfermagem constringedoras do que facilitadoras, destacando-se entre as primeiras a ausência do planeamento da alta e a formação inadequada às necessidades formativas do cuidador para cuidar e, entre as segundas a prestação de cuidados adequados às necessidades da pessoa idosa dependente e/ou cuidador (referindo-se essencialmente a cuidados de carácter técnico).

Ao contrário, em contexto domiciliário, os cuidadores referiram mais intervenções de enfermagem facilitadoras do que constringedoras da sua tarefa de cuidar. Dentro das intervenções de enfermagem facilitadoras destaca-se a prestação de cuidados adequados às necessidades da pessoa idosa dependente e/ou do cuidador (referindo-se essencialmente a cuidados de carácter técnico), o número suficiente de visitas domiciliárias realizadas pelos enfermeiros, a boa relação interpessoal entre o enfermeiro e a pessoa idosa e entre o enfermeiro e o cuidador e a informação adequada sobre a evolução do estado de saúde da pessoa idosa.

No que respeita às intervenções de enfermagem constringedoras destacaram a formação inadequada às necessidades formativas do cuidador para cuidar e a pouca disponibilidade para realizar actividades formativas.

Em contexto institucional, a deficiente informação levou a que a alta dos doentes fosse traduzida num momento e não num processo que visasse capacitar a família para o cuidar. Em contexto domiciliário, apesar de ter havido maior preocupação em capacitar os cuidadores, a sobreocupação dos enfermeiros foi referida pelos cuidadores como um entrave ao desenvolvimento de actividades formativas.

A relação com o cuidador esteve longe de ser uma relação pedagógica, restringindo-se a “ensinos” pontuais, orientados essencialmente para os aspectos técnicos do cuidar da pessoa idosa, e, sendo abordados pelos enfermeiros de forma transmissiva.

Face a estes resultados ressalta que os enfermeiros possuem uma visão ainda muito enraizada dos modelos tradicionais de educação para a saúde.

Neste contexto, o cuidador considerou que os cuidados de enfermagem eram essencialmente direccionados para a pessoa idosa. Assim, parece podermos afirmar que o cuidador não foi visto como a outra unidade a cuidar. Um exemplo concreto desta realidade é o facto da visita domiciliária de enfermagem ser sempre pedida para a pessoa idosa dependente e não para o cuidador.

Alguns cuidadores salientam contudo a atitude pedagógica de alguns profissionais, que lhes permitiram envolver-se adequadamente nos cuidados, quer em contexto institucional, quer em contexto domiciliário, considerando-a importante para o desempenho das suas funções de cuidadores. Salientam, ainda, o acompanhamento contínuo feito pelos enfermeiros dos cuidados domiciliários no âmbito das visitas domiciliárias de carácter preventivo, bem como a sua disponibilidade em situações mais emergentes e enfatizam as intervenções relacionadas com a orientação social e com o apoio emocional ao cuidador.

Em relação ao modelo dos cuidados adoptado pelos enfermeiros, os cuidadores deixam antever que se trata dum modelo biomédico, quer em contexto institucional, quer em contexto domiciliário, orientado para a realização das tarefas, centrando o ensino na comunicação de conhecimentos através duma metodologia expositiva e unidireccional, havendo pouca interacção com a pessoa idosa dependente/cuidador.

Assim, aspectos relacionados com o próprio autocuidado do cuidador para prevenir a sobrecarga, bem como os aspectos relacionados com a gestão de conflitos ou com a resolução de problemas que emergem das contingências do cuidar foram esquecidos pelos enfermeiros.

Neste contexto, pensamos que existe um longo caminho a percorrer quer pelos enfermeiros de cuidados de saúde diferenciados, quer pelos enfermeiros de cuidados de saúde primários⁷¹ no sentido de colocar a educação para a saúde no centro das suas intervenções.

Para que isto seja uma realidade deveriam verificar-se alterações no campo da educação, no campo dos cuidados e no campo da investigação em enfermagem. No campo

⁷¹ A este respeito sugerimos o estudo realizado por Carvalho e Carvalho (2006), onde os autores investigaram os conceitos, práticas e necessidades de formação em Educação para a Saúde dos enfermeiros da Sub-Região de Saúde de Vila Real.

da educação, o próprio processo de ensino/aprendizagem dos futuros profissionais de enfermagem deveria valorizar a perspectiva do doente e família como o sistema a cuidar.

No campo dos cuidados, em contexto institucional, os profissionais de enfermagem deveriam incentivar e proporcionar ao cuidador o envolvimento nos cuidados, sempre que este reúna condições para tal, de forma a prepará-lo progressivamente para o acolhimento do doente no domicílio. Em contexto domiciliário deveriam formar-se equipas interprofissionais com formação específica para prestar cuidados domiciliários⁷² (o que não foi verificado no nosso estudo em que o enfermeiro actuava maioritariamente sozinho e esporadicamente com o médico de família quando solicitava a sua colaboração).

Para além disso, deveria existir uma articulação mais eficaz, entre os Cuidados de Saúde Primários e os Cuidados de Saúde Diferenciados por forma a que a continuidade de cuidados seja uma realidade.

No campo da investigação pensamos que seria importante conhecer melhor a interacção estabelecida entre os enfermeiros e a díade pessoa idosa dependente/cuidador na prática dos cuidados, na perspectiva dos profissionais de enfermagem.

Percepção dos cuidadores principais acerca da sua capacidade para cuidar

Apesar das várias dificuldades/necessidades para cuidar, a maioria dos cuidadores revelou que se sente capaz de cuidar do seu familiar idoso, o que nos leva a pensar que este sentimento de autoconfiança poderá estar associado, por um lado à responsabilidade moral/obrigação pessoal por cuidar e ao afecto, manifestando simultaneamente um desejo de continuar a sua tarefa e, por outro lado, ao desconhecimento das suas próprias necessidades educativas (que como vimos foram pouco referidas no conjunto das necessidades).

Na realidade, foi possível verificar a partir dos discursos dos cuidadores que a maioria considera que está a fazer tudo o que pode e sabe para o bem do seu familiar, do qual cuidam à vários anos com hábitos profundamente enraizados, nunca conhecendo outra

⁷² Os Ministérios da Saúde e do Trabalho e da Solidariedade Social (2006), prevêm através da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados, criar Equipas Domiciliárias de Cuidados Continuados Integrados, constituídas por profissionais das áreas social e da saúde, nas quais se incluem os enfermeiros, cujas funções passam pela educação para a saúde aos doentes, cuidadores e familiares. Contudo, estas estão atrasadas na sua criação.

forma de cuidar senão aquela (sobretudo os cuidadores mais velhos), tendo por isso dificuldade em consciencializar as suas necessidades educativas.

À excepção duma cuidadora, todos os outros não receberam formação formal para cuidar, contando apenas com a sua disponibilidade e boa vontade como se pode verificar a partir da seguinte expressão como resposta a esta questão: *“Não sei, sei lá, eu por enquanto penso que sim, mas sei lá [...] Eu penso que não posso fazer mais nada, penso eu na minha ideia que não posso fazer mais nada que...”* (C 12).

Dos cuidadores que referiram não ter os conhecimentos necessários para cuidar (3), dois deles justificaram a sua resposta com a falta de formação para cuidar da pessoa idosa dependente, deixando transparecer a relação entre a necessidade de formação para cuidar e o sentimento de autoconfiança do cuidador na sua capacidade para cuidar, pois a falta de conhecimentos aumenta a insegurança nos cuidados, como podemos verificar na seguinte expressão: *“[...] nós fazemos aquilo que achamos que sabemos fazer, mas não é o suficiente para estas pessoas [...] porque nós fazemos aquilo sem sabedoria nenhuma, fazemos aquilo que conseguimos fazer, mais nada”* (C 2).

Ao terminar este trabalho gostaríamos de referir que o âmbito privado do cuidado informal e o confinamento do cuidador ao espaço doméstico têm determinado a sua invisibilidade para o poder público. Sem espaço próprio e reconhecimentos da sociedade, o cuidador tende ao isolamento no interior do núcleo familiar e na problemática das suas relações quotidianas frente às condições de precarização material e social. Esta actividade fica, assim, desconectada de qualquer mecanismo de protecção social que a ampare e fortaleça. Parte-se do pressuposto de que, em geral, as famílias têm condições suficientes para dar conta da situação da pessoa idosa dependente, e o que não pode ser suprido pelos membros da família será resolvido pelo mecanismo de oferta de mercado.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ALFONSO, R. M. & ALVAREZ – DARDET, D. C. (1992). *Enfermeria Comunitária I*. Barcelona: Ediciones Científicas y Técnicas.
- ALMEIDA, A. C.; MIRANDA, M.; RODRIGUES, M. & MONTEIRO, R. (2005). Transição do doente dependente para a família. *Revista Sinais Vitais*. Nº 62. Coimbra, pp. 26-31.
- AMARAL, M. F. & VICENTE, M. O. (2001). Grau de dependência nos idosos. *Nursing*. Ano 13, nº 158. Lisboa, pp. 8-14.
- ANDRADE, O. G. & RODRIGUES, R. A. P. (1999). Representaciones del cuidador familiar ante el anciano com AVC. *Revista Rol de Enfermeria*. Vol. 22, nº 6. Barcelona, pp. 453-464.
- ANGELO, M. (2000). O contexto familiar. In Y. Duarte & M. Diogo (orgs.), *Atendimento domiciliar. Um enfoque gerontológico*. São Paulo: Atheneu, pp. 27-31.
- ANTUNES, M. C. P. (2001). *Teoria e prática pedagógica*. Lisboa: Instituto Piaget.
- ANTUNES, M. C. (2003). Educação de Adultos e Desenvolvimento Comunitário: Projectos e Práticas. In *Actas do I Congresso Ibero- Americano e Africano de Educação de Adultos e Desenvolvimento Comunitário*. Vila Real de Santo António: Edição Câmara Municipal de Vila Real de Santo António, pp. 147-164.
- ANTUNES, M. C. P. (2008). *Educação, Saúde e Desenvolvimento*. Coimbra: Almedina.
- ARANTES, P. (2003). Perspectiva Holística do Idoso: Uma Visão Necessária. *Revista Sinais Vitais*. Nº 48. Coimbra, pp. 62-66.
- BENJUMEA, C. C. (2004). Construir um mundo para el cuidado. Un estudio qualitativo de pacientes con demência. *Revista ROL de Enfermería*. Vol. 27, nº 12. Barcelona, pp. 51-59.
- BERGER, L. & MAILLOUX-POIRIER, D. (1995). *Pessoas idosas. Uma abordagem global*. Trad. M. A. Madeira; F. A. Silva; L. Abecasis & M. C. Rosa. Lisboa: Lusodidacta.
- BIRCHFIELD, P. C. (1999) [1996]. Saúde dos Idosos. In M. Stanhope & J. Lancaster (orgs), *Promoção da Saúde de grupos, famílias e indivíduos*. Trad. M. A. P. R. P. Negrão e outros. 4ª ed.. Loures: Lusociência, pp. 635-656.

- BOLANDER, V. B. (1998) [sem ano]. A doença como experiência. In V. B. Bolander (org.), *Sorensen & Luckman Enfermagem Fundamental: abordagem psicofisiológica*. Trad. M. T. Leal. Lisboa: Lusodidacta, pp. 451-472.
- BRÊTAS, A. C. P. & YOSHITOME, A. Y. (2000). Conversando com quem gosta de cuidar de idosos no domicílio. In Y. Duarte & M. Diogo (orgs.), *Atendimento domiciliar. Um enfoque gerontológico*. São Paulo: Atheneu, pp. 111-113.
- BRITO, L. (2002). *A saúde mental dos prestadores de cuidados a familiares idosos*. Coimbra: Quarteto.
- CARAPINHEIRO, G. (1993). *Saberes e poderes no Hospital. Uma sociologia dos serviços hospitalares*. Porto: Afrontamento.
- CARCEL, C. (2000). Paradigma holístico. *Trajectos e Projectos*. 2, pp. 31-35.
- CARVALHO, A. S. C. & CARVALHO, G. S. (2006). *Educação para a saúde: Conceitos, práticas e necessidades de formação*. Loures: Lusociência.
- CAVANAGH, S. J. (1993). *Modelo de Orem - Aplicación Práctica*. Barcelona: Ediciones Científicas y Técnicas, S. A.
- CERQUEIRA, M. M. (2005). *O cuidador e o doente paliativo*. Coimbra: Formasau.
- COLLIÈRE, M. F. (1989). *Promover a Vida – Da prática das mulheres de virtude aos cuidados de enfermagem*. Trad. M. L. B. Abecasis. Lisboa: Sindicato dos Enfermeiros Portugueses.
- COPSTEAD, L. E. & PATTERSON, S. (1988). La família del anciano. In D. L. Carnevali & M. Patrick. (orgs.), *Tratado de Enfermería Geriátrica*, 2ª ed.. México: Nueva Editorial Interamericana, S. A., pp. 258-267.
- COSTA, A. C. & SILVA, M. E. D. (2000). Estudo exploratório sobre o bem-estar psicológico de familiares cuidadores do idoso com doença crónica. *Geriatrics*. Ano 13, vol. 13, nº 126. Lisboa, pp. 15-18.
- COUTINHO, M. A.; ARAÚJO, M. O. & MACEDO, S. F. (2003). Prevenção de Úlceras de Pressão - Um certificado de qualidade. *Nursing*. Ano 15, nº 175. Lisboa, pp. 20-23.
- DAMÁSIO, A. R. (1998). *O erro de Descartes. Emoção, razão e cérebro humano*. Lisboa: Publicações Europa América.
- DELORS, J. (1996). *Rapport à L'UNESCO de la Commission Internationale sur L'éducation pour le Vingt et une Siècle. L'éducation. Un Trésor Est Caché Dedans*. Paris : Odile Jacob.

- DEL REY, C. F. & ALVEAR, L. M. (1995). Cuidados informales. *Revista Rol de Enfermería*. Ano 18, nº 202. Barcelona, pp. 61-65.
- DEL REY, C. F. & ALVEAR, L. M. (2000). La Família y la clase social. In A. Moreno (org.), *Enfermería comunitária: Concepto de salud y factores que condicionam*. Madrid: McGraw- Hill, pp. 303-317.
- DGS (2004). *Programa Nacional para a Saúde das Pessoas Idosas*. Lisboa: DGS.
- DOBROF, R. (1997) [sem ano]. Sistema de Suporte Social. In E. Calkins; A. Ford & P. Katz (orgs.), *Geriatría práctica*. Trad. U. A. R. Migon. 2ª ed. Rio de Janeiro: Revinter, pp. 53-60.
- DOMÍNGUEZ-ALCÓN, C. (1998). Família, cuidados informales y políticas de vejez. In A. Staab & L. Hodges (orgs.), *Enfermería gerontológica: adaptación al proceso de envejecimiento*. México: McGraw-Hill, pp. 464 – 476.
- DOMINICÉ, P. (1988). O processo de formação e alguns dos seus componentes relacionais. In A. Nóvoa & M. Finger. *O Método (auto) Biográfico e a Formação*. Ministério da Saúde, Departamento de Recursos Humanos- Centro de Formação e Aperfeiçoamento Profissional, pp. 53-61.
- DUARTE, Y. A. O. & BARROS, T. R. (2000). Reflectindo sobre a construção de uma relação de ajuda. In Y. Duarte & M. Diogo (orgs.), *Atendimento domiciliar. Um enfoque gerontológico*. São Paulo: Atheneu, pp. 87-99.
- DUBOULOZ, C. J. (1999). Métodos de análise dos dados em investigação qualitativa. In. M. F. Fortin (org.), *O processo de investigação: da concepção à realização*. Loures: Lusociência, pp. 305-320.
- DUHAMEL, F. & FORTIN, M. F. (1999). Os estudos de tipo descritivo. In. M. F. Fortin (org.), *O processo de investigação: da concepção à realização*. Loures: Lusociência, pp. 161-172.
- FERNANDES, A. A. (1997). *Velhice e Sociedade: demografia, família e políticas sociais em Portugal*. Oeiras: Celta Editora.
- FERNANDES, M. C.; PEREIRA, M. L. S.; FERREIRA, M. A. A.; MACHADO, R. F. & MARTINS, T. (2002). Sobrecarga física, emocional e social nos cuidadores informais de doentes com AVC. *Revista Sinais Vitais*. Nº 43. Coimbra, pp. 31-35.
- FERNANDES, P. (2000). *A Depressão no Idoso*. 2ª ed.. Coimbra: Quarteto.
- FONTAINE, R. (2000). *Psicologia do Envelhecimento*. 1ª ed.. Lisboa: Climepsi.

- FORTIN, M. F. (1999). Métodos de Amostragem. In M. F. Fortin (org.), *O processo de investigação: da concepção à realização*. Loures: Lusociência, pp. 201-214.
- FORTIN, M. F. ; CÔTÉ, J. & VISSANDJÉE, B. (1999). A investigação científica. In M. F. FORTIN (org.), *O processo de investigação: da concepção à realização*. Loures: Lusociência, pp. 15-24.
- FORTIN, M. F. ; GRENIER, R. & NADEAU, M. (1999). Métodos de colheita de dados. In M. F. Fortin (org.), *O processo de investigação: da concepção à realização*. Loures: Lusociência, pp. 239-265.
- FORTIN, M. F. ; VISSANDJÉE, B. & CÔTÉ, J. (1999). Escolher um problema de investigação. In M. F. FORTIN (org.), *O processo de investigação: da concepção à realização*. Loures: Lusociência, pp. 47-60.
- FRAGOEIRO, I. M. A. R. (2004). Saúde no Idoso- Compreender as diversidades da pessoa. *Nursing*. Ano 15, nº 193. Lisboa, pp. 12-14.
- FRANCO, I. & COSTA, L. P. (2001). Níveis de dependência dos idosos. *Nursing*. Ano 14, nº 161. Lisboa, pp. 21-25.
- GARCIA, L. M. A. (1994). Dependência em idosos. *Nursing*. Ano 7, nº 78/79. Lisboa, pp. 8-11.
- GONÇALVES, C. N. (2006). Hospitalização do idoso. Os cuidadores em parceria no cuidar. *Revista Portuguesa de Enfermagem*. Amadora, pp. 11-14.
- GONÇALVES, L. H. T.; ALVAREZ, M. A. & SANTOS, S. M. A. (2000). Os cuidadores leigos de pessoas idosas. In Y. Duarte & M. Diogo (orgs.), *Atendimento domiciliar. Um enfoque gerontológico*. São Paulo: Atheneu, pp. 102-110.
- GONÇALVES, P. R. C. (2003). Envelhecer com autonomia. *Nursing*. Ano 15, nº 173. Lisboa, pp. 20-24.
- GONZÁLEZ, M. I. S. (1998). *La educación para la salud del siglo XXI. Comunicación y Salud*. Madrid: Díaz de Santos.
- HENDERSON, V. A. (1994). *La naturaleza de la enfermería: Reflexiones 25 Años despues*. Madrid: McGraw – Hill.
- HESBEEN, W. (2003). *A Reabilitação – Criar novos caminhos*. Loures: Lusociência-Edições Técnicas e Científicas, Lda.
- ILLICH, I. (1997). *Limites para a medicina*. Lisboa: Livaria Sá da Costa Editora.
- IMAGINÁRIO, C. (2004). *O idoso dependente em contexto familiar. Uma análise da visão da família e do cuidador principal*. Coimbra: Formasau.

- INSTITUTO NACIONAL DE ESTATÍSTICA (1999). Gerações mais idosas. *Série de Estudos*. Nº 83. Lisboa: INE.
- INSTITUTO NACIONAL DE ESTATÍSTICA (2002a). *Estatísticas da Saúde*, 2000. Lisboa: INE.
- INSTITUTO NACIONAL DE ESTATÍSTICA (2002b). *O envelhecimento em Portugal: situação demográfica e sócio-económica recente das pessoas idosas*. Lisboa: INE.
- INSTITUTO NACIONAL DE ESTATÍSTICA (2002c). *Anuário estatístico Região Norte 2001*. Lisboa: INE.
- INSTITUTO NACIONAL DE ESTATÍSTICA (2003). *Estatísticas da Saúde*, 2001. Lisboa: INE.
- INSTITUTO NACIONAL DE ESTATÍSTICA (2006). A situação demográfica recente em Portugal. *Revista de Estudos Demográficos*. Nº 38. Lisboa: INE, pp. 147-175.
- JAQUES, M. E. (2004). Ser Idoso- Abordagem Psicossomática no Contexto Institucional e Familiar. *Revista Sinais Vitais*. N.º 55. Coimbra, pp. 34-37.
- LAGE, I. (2004). Cuidar dos cuidadores de idosos dependentes. In J. Ribeiro & I. Leal (orgs.), *Actas do 5º Congresso Nacional de Psicologia da saúde*, 28, 29 e 30 de Junho de 2004. Lisboa: Instituto Superior de Psicologia Aplicada, pp. 749-756.
- LAGE, I. (2005a). Saúde do idoso- Aproximação do seu estado de saúde. *Nursing*. Ano 16, nº 195. Lisboa, pp. 6-12.
- LAGE, I. (2005b). Cuidados Familiares a Idosos. In C. Paúl & A. Fonseca (orgs.), *Envelhecer em Portugal. Psicologia, Saúde e Prestação de Cuidados*. Lisboa: Climepsi Editores, pp. 203-229.
- LAGE, I. (2007). Questões de género e cuidados familiares a idosos. *Nursing*. Ano 17, nº 217. Lisboa, pp. 40-43.
- LAZURE, H. (1994). *Viver a relação de ajuda – abordagem teórica e prática de um critério de competência da enfermeira*. Trad. M. C. Rosa. Lisboa: Lusodidacta.
- LEME, L. E. G. (2000). A interprofissionalidade e o contexto familiar. In Y. Duarte & M. Diogo (orgs.), *Atendimento domiciliar. Um enfoque gerontológico*. São Paulo: Atheneu, pp. 117-143.
- LEME, L. E. G. & SILVA, P. S. C. P. (2000). O idoso e a família. In M. P. Papaléo. *Gerontologia: a velhice e o envelhecimento em visão globalizada*. São Paulo: Atheneu, pp. 92-97.

- LESSARD-HÉBERT, M.; GOYETTE, G. & BOUTIN, G. (1994). *Investigação Qualitativa- Fundamentos e Práticas*. Lisboa: Instituto Piaget.
- LOUREIRO, M.; BARATA, A.; BONIFÁCIO, C.; FERREIRA, C.; CARDOSO, P.; SALVADO, R.; SANCHEZ, F.; HENRIQUES, P.; PERABOIA, F.; FERNANDES, L.; GONÇALVES A. M.; BEATO, M. J.; ESTEVES, C. A.; MOURA, J. S.; MENDES, M. I.; FERNANDES, M. T.; MORGADO, F.; VICENTE, O.; PIMENTA, M. J.; LOURENÇO, M. R. & MARQUES, M. (2007). As actividades de vida diária e ajudas técnicas nos grandes idosos- diagnóstico de situação. *Geriatrics*. Vol. 3, nº 15. Santa Maria da Azoia, pp. 50-58.
- MARCONI, M. A. & LAKATOS, E. M. (2004). *Metodologia Científica*. 4ª ed.. São Paulo: Atlas.
- MAROTE, A.; CARMEN, M.; LEODORO, S. & PESTANA, V. L. (2005). Realidade dos Cuidadores Informais de Idosos Dependentes da Região Autónoma da Madeira. *Revista Sinais Vitais*. Nº 61. Coimbra, pp. 19-24.
- MATEU, M. P. S. & CORTACANS, G. L. (1998). Demencias - Impacto familiar y prevención del síndrome del cuidador. *Revista Rol de Enfermería*. Nº 243. Barcelona, pp. 21-26.
- MARTÍN, I. (2005). O Cuidado Informal no Âmbito Social. In C. Paúl. & A. Fonseca (orgs.), *Envelhecer em Portugal. Psicologia, Saúde e Prestação de Cuidados*. Lisboa: Climepsi Editores, pp. 179-201.
- MARTÍN, I.; PAÚL, C. & RONCON, J. (2000). Estudo de adaptação e validação da escala de avaliação de cuidado informal. *Psicologia, Saúde e Doenças*. Nº 1, vol. 1. Lisboa, pp. 3-9.
- MARTIN, J. B. (1995). Doença de Alzheimer (DA) e outras demências. In K. Y. Isselbacher; E. Braunwald; J. D. Wilson; J. B. Martin; A. S. Fauci & D. L. Kasper (orgs.), *Harrison Medicina Interna*. Trad. C. H. A. Cosendey; M. A. B. Santos; P. L. V. Pinho & T. L. A. Hennemann. 13ª ed.. México: Nueva Editorial Interamericana, S.A., pp. 791-798.
- MARTINS, A. M. (2003). Valorizar a visitação domiciliária. *Revista Sinais Vitais*. Nº 48. Coimbra, pp. 33-34.
- MELLO, M. A. F. & PERRACINI, M. R. (2000). Avaliando e Adaptando o Ambiente Doméstico. In Y. Duarte & M. Diogo (orgs.), *Atendimento domiciliar. Um enfoque gerontológico*. São Paulo: Atheneu, pp. 187-199.

- MENDONÇA, F.; MARTINEZ, M. A. & RODRIGUES, M. (2000). Avaliação das necessidades dos prestadores informais de cuidados de saúde. *Geriatrics*. Ano 13, vol. 13, nº 127. Lisboa, pp.33-49.
- MINISTÉRIO DA SAÚDE (1998). *Carta dos direitos e deveres do doente*. Lisboa: DGS.
- MINISTÉRIO DA SAÚDE (2000). *Visitas e acompanhamento familiar a doentes internados*. Lisboa: DGS.
- MOITA, A. G.; NUNES, C.; SILVA, I. C.; SOVERAL, M. & POTRA, T. S. (2007). Nota de Alta/Transferência de Enfermagem. Retrato de uma prática. *Pensar Enfermagem*. Vol. 11, nº 2. Lisboa, pp. 12-24.
- MONIS, C.; LOPES, G.; CARVALHAS, J. & MACHADO, S. (2005). Sobrecarga do cuidador informal. *Informar*. Ano XI, nº 35. Porto, pp. 49-56.
- MONTEIRO, M. C. P. D & TERRAS, M. J. J. (2005). Impacto dos Problemas Psicogeriátricos na Família- Percepções da Sobrecarga Sentida pelos Cuidadores Informais. *Revista Portuguesa de Enfermagem*. Nº 4. Amadora, pp. 40-48.
- MOREIRA, I. M. P. B. (2001). *O doente terminal em contexto familiar. Uma análise da experiência de cuidar vivenciada pela família*. Coimbra: Formasau - formação e Saúde, Lda.
- MORENO, A. S. ; GARCIA, E. R. & CAMPOS, P. M. (2000). Conceptos en educación para la salud. In A. S. Moreno; E. R. Garcia & P. M. Campos (orgs.), *Enfermería Comunitária, 3. Actuación en Enfermería Comunitária. Los sistemas y programas de salud*. Madrid: McGraw- Hill, pp. 155-168.
- MORIN, E. (1982). *Ciência em consciência*. Mem Martins: Publicações Europa – América.
- MYERS, D. G. (2003). Motivação. In D. G. Myers (org.), *Explorando a Psicologia*. Trad. C. A. Menezes. 5ª ed. Rio de Janeiro: LTC – Livros Técnicos e Científicos Editora, pp. 304-339.
- NAZARETH, J. M. (1994). O envelhecimento demográfico da população portuguesa no início dos anos noventa. *Geriatrics*. Ano 7, nº 64. Lisboa, pp. 5-17.
- NERI, A. L. (2000). Qualidade de vida e atendimento domiciliário. In Y. Duarte & M. Diogo (orgs.), *Atendimento domiciliar. Um enfoque gerontológico*. São Paulo: Atheneu, pp. 33-47.

- OLIVEIRA, C. C. (1999). *A educação como processo auto-organizativo- Fundamentos teóricos para uma educação permanente e comunitária*. Lisboa: Instituto Piaget.
- OLIVEIRA, C. C. (2004). *Auto-organização, Educação e Saúde*. Coimbra: Ariadne.
- OLIVEIRA, C. C. (2005). Como educar para a saúde?. In J. M. Fernandes (org.), *Público na escola*, Nº 149, pp. 1-3.
- OMS (1978). *Declaração de Alma-Ata. Primeira Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde*. Alma-Ata, URSS.
- OMS (1986). *Carta de Ottawa para a Promoção de Saúde. Primeira Conferência Internacional sobre Promoção de Saúde*. Ottawa, Canadá.
- OMS (1988). *Segunda Conferência Internacional sobre Promoção de Saúde*. Adelaide, Austrália.
- OMS (1991). *Terceira Conferência Internacional sobre Promoção de Saúde*. Sundsvall, Suécia.
- OMS (1997). *Declaracion de Yacarta sobre Promoción de la Salud en el siglo XXI*. Adaptada en la *Cuarta Conferencia Internacional sobre Promoción de la Salud*. Yacarta.
- OMS (2000). *Quinta Conferência Internacional sobre Promoção de Saúde*. México.
- OMS (2005). *Sexta Conferência Internacional sobre Promoção de Saúde*. Bangucoque, Tailândia.
- PALMA, E. M. C. (1999). Enfermagem Agora- A família com idosos dependentes - Que expectativas?. *Enfermagem*. Nº 15, 2ª série. Lisboa, pp. 27-40.
- PASCHOAL, S. M. P. (2007). Autonomia e Independência. In M. P. Netto (org.), *Tratado de gerontologia*. 2ª ed.. São Paulo: Atheneu, pp. 609-621.
- PAÚL, C. (1997). *Lá para o fim da vida. Idosos, Família e Meio Ambiente*. Coimbra: Almedina.
- PAVARINI, S. C. I. & NERI, A. L. (2000). Compreendendo Dependência, Independência e Autonomia no Contexto Domiciliar: Conceitos Atitudes e Comportamentos. In Y. Duarte & M. Diogo (orgs.), *Atendimento domiciliar. Um enfoque gerontológico*. São Paulo: Atheneu, pp. 49-70.
- PHIPPS, W. J. (1995) [1991]. Doença Crónica. In W. Phipps; B. C. Long; N. F. Woods & V. L. Cassmeyer (orgs.), *Enfermagem Médico – Cirúrgica. Conceitos e prática clínica*. Trad. H. S. Azevedo. Vol. I, 2ª ed.. Lisboa: Lusodidacta, pp. 225-246.

- PIMENTEL, L. M. G. (2001). *O lugar do idoso na família: contextos e trajetórias*. Coimbra: Quarteto Editora.
- PRECIOSO, J. A. G. (1992). Algumas estratégias de âmbito intra e extra-curricular, para promover e educar para a prática de uma alimentação racional. *Revista Portuguesa de Educação*. Nº 2. Braga, pp. 111-128.
- QUENTAL, A.; DUARTE, J.; ANDRADE, C. & PEREIRA, H. R. (2004). Avaliação do nível de dependência nos idosos- Elaboração de um instrumento de medida baseado no conceito de risco. *Nursing*. Ano 15, nº 186. Lisboa, pp. 19-23.
- QUIVY, R. & CAMPENHOUT, L. V. (1998). *Manual de investigação em ciências sociais*. 2ª ed.. Lisboa: Gradiva.
- RAFART, J. V. (2001). Epidemiologia general de las enfermedades crónicas. Estratégias de prevención. In P. Gil (org.). *Medicina Preventiva y Salud Pública*. 10ª ed.. Barcelona: Masson, pp. 647-662.
- REBELO, A. A. M. (1996). Prestadores de cuidados informais- A idosos com 80 e mais anos, na freguesia de Moreira da Maia. *Geriatrics*. Ano 9, vol. 9, nº 81. Lisboa, pp. 22-28.
- REIDY, M. & MERCIER, L. (1999). A triangulação. In M. F. Fortin (org.), *O processo de investigação: da concepção à realização*. Loures: Lusociência, pp. 321-327.
- REIS, J. C. (1998). *O sorriso de Hipócrates. A integração biopsicossocial dos processos de saúde e doença*. Lisboa: Veja.
- RIBEIRO, J. L. P. (1998). *Psicologia e Saúde*. Lisboa: Instituto Superior da Psicologia Aplicada.
- RIBEIRO, O. (2005). Quando o cuidador é um homem. In C. Paúl & A. Fonseca (orgs.), *Envelhecer em Portugal. Psicologia, Saúde e Prestação de Cuidados*. Lisboa: Climepsi Editores, pp. 231-254.
- ROCHON, A. (1996). *Educación para la salud: Guia practica para realizar un proyecto*. Barcelona: Masson.
- RODRIGUES, V. M. C. P. (2005). Educar para a Saúde: Uma Estratégia de Promoção da Saúde. *Revista Sinais Vitais*. Nº 59. Coimbra, pp. 47-51.
- RODRIGUES, C. A. F. (2008). A pessoa com AVC- Actividades de vida diária alteradas. Cuidados de enfermagem de reabilitação. *Nursing*. Ano 20, nº 239. Lisboa, pp. 14-19.

- RODRÍGUEZ, B. E.; ALVAREZ, E. D. & CORTÉS, O. P. (2001). Cuidadores Informales- Necesidades y ayudas. *Revista Rol de Enfermería*. Vol. 24, nº 3. Barcelona, pp. 183-189.
- ROGER, M. R.; BONET, I. U. (2000). Atención domiciliaria. In: MORENO, A. S., (org.), *Enfermería comunitaria*. Madrid: McGraw-Hill, pp. 195-211.
- ROSA, M. J. V. (1999). Demografia e mutação das categorias etárias. *Revista Intervenção Social*. Nº 20. Lisboa, pp. 37-55.
- ROSA, M. J. V. (2000). Portugal e a União Europeia, do ponto de vista demográfico, a partir de 1960. In: A. Barreto (org.), *A situação social em Portugal, 1960-1999*. Vol. II. Lisboa: Instituto de Ciências Sociais da Universidade de Lisboa, pp. 419-451.
- ROUSSEAU, N. & SAILLANT, F. (1999). Abordagens de investigação qualitativa. In M. F. Fortin (org.), *O processo de investigação: da concepção à realização*. Loures: Lusociência, pp. 147-160.
- RUSSEL, N. (1996). *Manual de educação para a saúde*. Lisboa: DGS.
- SANMARTÍ, L. S. (1985). *Educación sanitária: principios, métodos y aplicaciones*. Barcelona: Ediciones Díaz de Santos.
- SANTOS, V. L. & OSUNA, A. F. (2000). Concepto de salud pública. In A. F. Osuna (org.), *Salud Pública y educación para la salud*. Barcelona: Masson, pp. 3-13.
- SCHENK, E. A. (1995) [1991]. Intervenções junto de pessoas com problemas neurológicos. In W. Phipps; B. Long; N. Woods & V. Cassmeyer (orgs.), *Enfermagem médico – cirúrgica. Conceitos e prática clínica*. Trad. H. S. Azevedo. Vol. II, 2ª ed.. Lisboa: Lusodidacta, pp. 1877-1959.
- SELMES, J. & SELMES, M. A. (2000). *Viver com... A doença de Alzheimer*. Lisboa: Dinalivro.
- SILVA, A. S. (2008). O enfermeiro de família no domicílio. *Nursing*. Ano 18, nº 237. Lisboa, pp. 42-44.
- SMITH, C. (1995) [1991]. Cuidados Domiciliários ao Doente Adulto. In W. Phipps; B. Long; N. Woods & V. Cassmeyer (orgs.), *Enfermagem médico – cirúrgica. Conceitos e prática clínica*. Trad. H. S. Azevedo. Vol. II, 2ª ed.. Lisboa: Lusodidacta, pp. 2319 – 2347.
- SOTTO MAYOR, M.; SEQUEIRA, C. & PAÚL, C. (2006). Um espaço de intervenção com os cuidadores, num serviço de psicogeriatría – A consulta de enfermagem. In I.

- Leal; J. P. Ribeiro & S. N. Jesus (orgs.), *Actas do 6º Congresso Nacional de Psicologia da Saúde*. Lisboa: Instituto Superior de Psicologia Aplicada, pp. 557-563.
- SOUSA, L. & FIGUEIREDO, D. (2002). Quem são os prestadores de cuidados aos idosos?. *Revista Sinais Vitais*. Nº 40. Coimbra, pp. 45-48.
 - SOUSA, S. M. R. (1993). Caracterização de idosos dependentes nas freguesias de Lordelo, Matosinhos e Leça da Palmeira. *Geriatrics*. Ano 6, vol. 6, nº 56. Lisboa, pp. 23-30.
 - SPAR, J. E. & LA RUE, A. (2005) [2002]. *Guia Prático Climepsi de Psiquiatria Geriátrica*. Trad. J. N. Almeida. Lisboa: Climepsi Editores.
 - SPOSATI, A. & RODRIGUES, F. (1995). Sociedade-Providência: uma estratégia de regulação social consentida. *Revista Crítica de Ciências Naturais*. Nº 42. Coimbra, pp. 77 – 103.
 - STANHOPE, M. (1999). O enfermeiro comunitário nos cuidados domiciliários e nos Lares/Albergues. In M. Stanhope & J. Lancaster. *Enfermagem comunitária: promoção da saúde de grupos, famílias e indivíduos*. Trad. M. A. P. R. P. Negrão e outros. 4ª ed.. Loures: Lusociência, pp. 881-913.
 - TONES, K. & TILFORD, S. (1994). *Health education. Effectiveness, efficiency and equity*. London: Chapman & Hall.
 - UNESCO (1976). *Recommendation On The Development of Adult Education*. Nairobi.
 - VALA, J. (1986). A análise de conteúdo. In A. S. Silva & J. M. Pinto (orgs.), *Metodologia das ciências sociais*. 6ª ed.. Porto: Edições Afrontamento, pp. 101-128.
 - VERÍSSIMO, C. M. F. & MOREIRA, I. M. P. B. (2004). Os cuidadores Familiares/informais. Cuidar do doente idoso dependente em domicílio. *Pensar Enfermagem*. Vol. 8, nº 1. Lisboa, pp. 60-65.
 - VERÍSSIMO, C. M. F. (2004). Importância dos conceitos para a produção multidisciplinar dos cuidados. *Nursing*. Ano 15, nº 187. Lisboa, pp. 20-24.
 - VIEIRA, M. (2001). A responsabilidade disciplinar do enfermeiro. *Ordem dos enfermeiros*. Nº 3. Lisboa, pp. 14-17.
 - VICENTE, M. C. (2001). Cuidadoras informales en el medio hospitalario. *Revista Rol de Enfermería*. Vol. 24, nº 7/8. Barcelona, pp. 23-31.
 - VICENTE, M. C. (2003). Cuidadoras informales y enfermeras. Relaciones dentro del hospital. *Revista Rol de Enfermería*. Vol. 26, nº 3. Barcelona, pp. 22-30.

→ **Legislação consultada**

- Lei nº 32/2002, de 20 de Dezembro, *Lei de Bases do Sistema de Segurança Social*. Assembleia da República.
- MINISTÉRIO DO EMPREGO E DA SEGURANÇA SOCIAL (1991). Decreto- Lei n.º 391/91 D.R., I Série A, nº 233 de 10/10/1991 – Acolhimento familiar.
- MINISTÉRIO DA SAÚDE (1991). Decreto- Lei nº 437/91- D.R., I Série A, nº 257 de 08/11/1991, parcialmente alterado pelos Decretos-Lei nº 412/98 de 30 de Dezembro e nº 411/99 de 15 de Outubro – Carreira de Enfermagem.
- MINISTÉRIO DA SAÚDE (1996). Decreto- Lei nº 161/03 - D.R., I Série A, nº 205 de 04/09/1996, alterado pelo Decreto- Lei n.º 104/98 de 21 de Abril - D.R., I Série A, nº 93 de 21/04/1998 – Regulamento do Exercício Profissional de Enfermagem.
- MINISTÉRIO DA SAÚDE (2003). *Rede de Cuidados Continuados*. Decreto-Lei nº 281/03 D.R., I Série A, nº 259 de 08/11/2003.
- MINISTÉRIOS DA SAÚDE E DO TRABALHO E DA SOLIDARIEDADE (1998). Despacho Conjunto nº 407/98 de 15 de Maio- D.R., II Série de 18/06/1998- *Orientações reguladoras de intervenção articulada do apoio social e dos cuidados de saúde continuados dirigidos a pessoas em situação de dependência*.
- MINISTÉRIOS DA SAÚDE E DO TRABALHO E DA SOLIDARIEDADE (2006). Decreto- Lei nº 101/06 - D.R., I Série A, nº 109 de 06/06/2006- *Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados*.
- MINISTÉRIOS DO TRABALHO E DA SOLIDARIEDADE (1999). Decreto- Lei n.º 265/99- D.R., I Série A, nº 162 de 14/07/1999, alterado pelo Decreto- Lei nº 309-A/2000- D.R., I Série A, nº 277 de 30/11/2000 – Complemento por dependência.
- SECRETARIADO NACIONAL PARA A REABILITAÇÃO E INTEGRAÇÃO DAS PESSOAS COM DEFICIÊNCIA (2001). *Ajudas técnicas para pessoas com deficiência*. Despacho nº 19210/2001- D. R., II Série, nº 213 de 13/09/2001.

→ **Sites**

- <http://www.dgs.pt>
- <http://www.seg-social.pt>

- <http://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&pgid=ine-destaques&Destaquesdest-boui=11058577&DESTAQUESmodo=2> (4/11/2008)
- [http://www.google.pt/search?hl=ptPT&q=DIA+INTERNACIONAL+DO+IDOSO&btnq=Pesquisa+do+Google&meta=\(4/11/2008\)](http://www.google.pt/search?hl=ptPT&q=DIA+INTERNACIONAL+DO+IDOSO&btnq=Pesquisa+do+Google&meta=(4/11/2008))
- INE, 2002- Censos 2001- Resultados definitivos, Informação à comunicação social, disponível em <http://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&pgid=ine-destaques&Destaquesdest-boui=71467&DESTAQUESmodo=2> (8/11/2008)
- ICPC-2, Classificação Internacional de Cuidados Primários- 2ª Edição, disponível em <http://www.telessaudebrasil.org/oc/ICPC-2-Portugues.pdf> (26/11/2008)
- Carta dos Direitos Fundamentais da União Europeia, disponível em <http://www.eurlex.europa.eu/pt/treaties/dat/32007x1214/htm/C2007303PT.01000101.htm> (01/02/2009)

ANEXOS

ANEXO 1 – Questionário

QUESTIONÁRIO

**IDENTIFICAÇÃO DAS NECESSIDADES EDUCATIVAS NA PRESTAÇÃO DE
CUIDADOS INFORMAIS À PESSOA IDOSA DEPENDENTE NO DOMICÍLIO**

ELABORADO POR: FERNANDA ANDRADE

**UNIVERSIDADE DO MINHO
INSTITUTO DE EDUCAÇÃO E PSICOLOGIA
CURSO DE MESTRADO EM EDUCAÇÃO
ESPECIALIZAÇÃO EM EDUCAÇÃO PARA A SAÚDE**

QUESTIONÁRIO

Nº de questionário: _____

Data da avaliação: ____/____/____

Local de Residência: Rural/Urbano: _____

I - Informações acerca da pessoa a quem presta cuidados

1) Idade: _____ 2) Sexo: Masculino 1 Feminino 2

3) Situação conjugal:

- Casado/a / União de facto 1
- Divorciado/a / Separado/a 2
- Viúvo/a 3
- Solteiro/a 4
- Outra Situação 5

4) Habilitações académicas:

- Analfabeto 1
- Lê e escreve 2
- 1º Ciclo do Ensino Básico ou Equivalente 3
- 2º Ciclo do Ensino Básico ou Equivalente 4
- 3º Ciclo do Ensino Básico ou Equivalente 5
- Ensino Secundário ou Equivalente 6
- Ensino Superior 7

5) Actividade Profissional Anterior _____

6) Circunstâncias em que vive:

- Tipo de Família:

- Alargada 1
- Monoparental 2
- Nuclear 3
- Reconstruída 4
- Unitária 5
- Outra 6

7) Fonte de rendimentos principal:

- Rendimento mínimo garantido 1
- Pensão por velhice 2
- Pensão por invalidez 3
- Pensão de sobrevivência 4
- Sem Pensão 5
- Complemento por dependência 6
- Outro 7 Qual: _____

8) Costuma ter acesso a :

- Apoio Domiciliário 1
- Centro de Dia 2
- Visita Domiciliária 3 De quem? _____
- Outro 4 Qual? _____

9) Dependência funcional:

Causa da dependência: _____

Pontuação na Escala de Barthel _____

Pontuação na Escala de Lawton y Brody _____

Pontuação na Escala de Pfeiffer Short Portable Mental Status Questionary (SPMSQ) _____(as duas primeiras escalas são preenchidas a partir da informação fornecida pelo cuidador principal e a última é preenchida a partir da informação fornecida pela pessoa idosa dependente).

II- Informações acerca do prestador informal de cuidados

1) Idade: _____ 2) Sexo: Masculino 1 Feminino 2

3) Situação conjugal:

- Casado/a / União de facto 1
- Divorciado/a / Separado/a 2
- Viúvo/a 3
- Solteiro/a 4
- Outra Situação 5

4) Habilitações académicas:

- Analfabeto 1
- Lê e escreve 2
- 1º Ciclo do Ensino Básico ou Equivalente 3
- 2º Ciclo do Ensino Básico ou Equivalente 4
- 3º Ciclo do Ensino Básico ou Equivalente 5
- Ensino Secundário ou Equivalente 6
- Ensino Superior 7

5) Situação profissional:

- Empregado/a 1 Profissão _____
 - a tempo inteiro 1.1
 - a tempo parcial 1.2 nº de horas de trabalho por dia _____
- Aposentado/a /Reformado/a 3
- Desempregado/a 4
- Estudante 5

- Doméstica 6
- Outra situação 7 Qual? _____

6) Relação com a pessoa a quem presta cuidados:

- Amigo/a 1
- Familiar 2 Qual? _____
- Vizinho 3
- Outro 4 Qual? _____

7) Qual a distância entre a residência do cuidador e a pessoa a quem presta cuidados?

- Co-habitação 1
 - Porque o idoso mudou para a residência do cuidador 1.1
 - Porque o cuidador mudou para a residência do idoso 1.2
 - Outra 1.3 Qual? _____
- Vivem em casas diferentes, mas no mesmo edifício (ou geminadas) 2
- Na mesma rua 3
- Na mesma terra ou vila 4
- A mais de 50 quilómetros 5

8) Há quanto tempo presta cuidados ao idoso (aproximadamente)? Anos: _____ Meses:

ANEXO 2 – Guião de Entrevista

GUIÃO DE ENTREVISTA

**IDENTIFICAÇÃO DAS NECESSIDADES EDUCATIVAS NA PRESTAÇÃO DE
CUIDADOS INFORMAIS À PESSOA IDOSA DEPENDENTE NO DOMICÍLIO**

ELABORADO POR: FERNANDA ANDRADE

**UNIVERSIDADE DO MINHO
INSTITUTO DE EDUCAÇÃO E PSICOLOGIA
CURSO DE MESTRADO EM EDUCAÇÃO
ESPECIALIZAÇÃO EM EDUCAÇÃO PARA A SAÚDE**

ENTREVISTA

N.º de entrevista: _____

Data da avaliação: ____/____/____

Local de Residência: Rural/Urbano: _____

- 1- Como tomou a decisão de cuidar do idoso?
- 2- Qual a rotina diária de cuidados com o idoso?
 - Quanto tempo despende por dia para prestar os cuidados ao idoso?
 - Quais os cuidados que acha mais importantes?
 - Quais os cuidados que tem mais dificuldade em prestar?
 - Presta este tipo de cuidados a mais alguém?
- 3- O cuidar do idoso teve consequências na sua vida?
 - O que é que a/o alivia da sua tarefa de cuidar?
 - Quais as vantagens de prestar cuidados ao idoso?
- 4- Como aprendeu a cuidar do idoso?
- 5- Quais as maiores necessidades que sente para prestar esse cuidado?
 - De que apoios dispõe para cuidar do idoso?
- 6- Qual o contributo dos enfermeiros na sua preparação para prestar cuidados ao idoso?
 - Porque razão os enfermeiros começaram a vir cá a casa?
 - O que vêm cá fazer?
 - De quanto em quanto tempo os enfermeiros os vêm visitar? Acha que é suficiente?
 - Costumam vir sozinhos ou acompanhados?
- 7- Acha que sempre que possível o idoso deve ser cuidado em casa?
- 8- Considera que tem os conhecimentos necessários para cuidar do idoso em casa?

ANEXO 3 – Escala de Barthel

AVD (ESCALA DE BARTHEL)

ALIMENTAÇÃO

- (10) Independente
- (5) Ajuda
- (0) Dependente

BANHO

- (5) Independente
- (0) Dependente

VESTIR/DESPIR

- (10) Independente
- (5) Ajuda
- (0) Dependente

HIGIENE PESSOAL

- (5) Independente
- (0) Dependente

DEJECCÕES

- (10) Independente
- (5) Incontinente ocasional
- (0) Incontinente

MICÇÃO

- (10) Independente
- (5) Incontinente ocasional
- (0) Incontinente

USO DA RETRETE

- (10) Independente
- (5) Ajuda
- (0) Dependente

TRANSFERÊNCIA CADEIRA CAMA

- (15) Independente
- (10) Ajuda mínima
- (5) Grande ajuda
- (0) Dependente

DEAMBULAÇÃO

- (15) Independente
- (10) Ajuda
- (5) Independente em cadeira de rodas
- (0) Dependente

SUBIR E DESCER ESCADAS

- (10) Independente
- (5) Ajuda
- (0) Dependente

SCoor

Menor que 20- dependência total
20-35--- dependência grave
40-55--- dependência moderada
Maior ou igual a 60--- dependência leve
Independência em todas as actividades = 100
90 em caso de ir com cadeira de rodas

ANEXO 4 – Índice de Lawton y Brody

AIVD (ÍNDICE DE LAWTON Y BRODY)

CAPACIDADE PARA USAR O TELEFONE

- (1) Utiliza o telefone por iniciativa própria
- (1) É capaz de marcar bem os números familiares
- (1) É capaz de atender o telefone, mas não marca
- (0) Não utiliza o telefone

COMPRAS

- (1) Realiza todas as compras necessárias independentemente
- (0) Realiza independentemente pequenas compras
- (0) Necessita de ir acompanhado para fazer qualquer compra
- (0) Totalmente incapaz de fazer compras

PREPARAÇÃO DAS REFEIÇÕES

- (1) Organiza, prepara e serve, por si só, adequadamente
- (0) Prepara adequadamente as refeições, se tem os ingredientes
- (0) Prepara, aquece e serve a comida, mas não segue uma dieta adequada
- (0) Necessita que lhe preparem e sirvam as refeições

TAREFAS DOMÉSTICAS

- (1) Mantém a casa sozinho com ajuda ocasional (para trabalhos pesados)
- (1) Realiza tarefas ligeiras, como lavar os pratos ou fazer as camas
- (1) Realiza tarefas ligeiras, mas não mantém um nível de limpeza adequado
- (1) Necessita de ajuda em todas as tarefas domésticas
- (0) Não participa em nenhuma tarefa doméstica

LAVAGEM DE ROUPA

- (1) Lava toda a sua roupa
- (1) Lava apenas peças pequenas
- (0) A lavagem de toda a roupa está a cargo de outra pessoa

USO DE MEIOS DE TRANSPORTE

- (1) Viaja sozinho em transportes públicos ou no seu próprio carro
- (1) É capaz de chamar um táxi, mas não usa outro meio de transporte
- (1) Viaja em transportes públicos quando acompanhado de outra pessoa
- (0) Utiliza táxi ou automóvel somente com ajuda de outra pessoa
- (0) Não viaja de forma nenhuma

RESPONSABILIDADES EM RELAÇÃO À SUA MEDICAÇÃO

- (1) É capaz de tomar a medicação a horas certas e a dose certa
- (0) Toma a medicação se lhe preparam as doses previamente
- (0) Não é capaz de se responsabilizar pela medicação

LIDAR COM OS SEUS ASSUNTOS ECONÓMICOS

- (1) Responsabiliza-se dos assuntos económicos sozinho
- (1) Realiza as compras do dia-a-dia, mas necessita de ajuda nas grandes compras, bancos, etc.
- (0) Incapaz de lidar com dinheiro

PONTUAÇÃO MÁXIMA DE INDEPENDÊNCIA = 8

DEPENDÊNCIA = 0

ANEXO 5 – Escala de Pfeiffer

**AVALIAÇÃO COGNITIVA: ESCALA DE PFEIFFER SHORT PORTABLE
MENTAL STATUS QUESTIONARY (SPMSQ)**

1- Em que dia estamos? Mês, dia e ano?

2- Que dia da semana é hoje?

3- Como se chama este lugar?

4- Qual o número do seu telefone? Se não tem telefone, qual é a direcção da sua casa?

5- Que idade tem?

6- Quando nasceu? (dia, mês e ano)

7- Como se chama o actual Presidente da República?

8- Como se chamava o anterior Presidente?

9- Como se chamava a sua mãe?

10- Se a vinte retira três quantos ficam? _____
Desses que ficam se lhe retirar mais três quantos ficam? _____
Se tirar mais três quantos ficam? _____

SCOR:

0-2 ERROS: FUNÇÃO INTELECTUAL INTACTA

3-4 ERROS: DETERIORAÇÃO INTELECTUAL BAIXA

5-7 ERROS: DETERIORAÇÃO INTELECTUAL MODERADA

8-10 ERROS: DETERIORAÇÃO INTELECTUAL GRAVE

**ANEXO 6 – Pedido de autorização ao Sr. Coordenador da Sub-Região de Saúde de
Vila Real para a realização do estudo**

Exmo. Sr. Coordenador da Sub-Região
de Saúde de Vila Real

Fernanda Maria Mendes Andrade, Enfermeira Graduada, actualmente a desempenhar funções no Centro de Saúde de Vila Pouca de Aguiar e a frequentar a V Edição do Mestrado em Educação – Área de Especialização em Educação para a Saúde na Universidade do Minho, vem muito respeitosamente solicitar a Vossa Ex.^a, no âmbito do desenvolvimento da sua tese de dissertação do mestrado, autorização para aplicação dos seus instrumentos de recolha de dados no Centro de Saúde de Vila Pouca de Aguiar.

O estudo que pretende realizar intitula-se “Identificação das necessidades educativas na prestação de cuidados informais à pessoa idosa dependente no domicílio” e tem por finalidade contribuir para o aperfeiçoamento das práticas de enfermagem no âmbito da educação para a saúde realizada à díade pessoa idosa dependente – cuidador principal, de forma a imprimir ganhos em saúde nesta população.

Os instrumentos de colheita de dados consistem em:

- Realizar uma entrevista semi-estruturada e um questionário aos cuidadores principais das pessoas idosas dependentes, inscritas na sede do Centro de Saúde e que farão parte da amostra;

- Aplicar a Escala de Barthel, o Índice de Lawton y Brody e a Escala de Pfeiffer.

Os dois primeiros instrumentos têm por objectivos: conhecer as dificuldades que o cuidador principal manifesta/demonstra na prestação de cuidados à pessoa idosa dependente no domicílio e conhecer a opinião do cuidador principal acerca do apoio prestado pela equipa de enfermagem. A aplicação das escalas têm por objectivo classificar a pessoa idosa quanto ao nível e grau de dependência.

Agradece desde já a atenção dispensada a este pedido de colaboração.

Pede deferimento

Vila Pouca de Aguiar, 23 de Janeiro de 2007

ANEXO 7 – Pedido de Consentimento Informado aos cuidadores principais

Consentimento informado

Eu, Fernanda Maria Mendes Andrade, aluna da V Edição do Mestrado em Educação – Área de Especialização em Educação para a Saúde da Universidade do Minho, venho solicitar a participação de Vossa Ex.^a numa investigação, a realizar no âmbito da minha dissertação intitulada “Identificação das necessidades educativas na prestação de cuidados informais à pessoa idosa dependente no domicílio”, sob a orientação da Professora Doutora Maria da Conceição Pinto Antunes.

A sua participação consiste em conceder-me um questionário e uma entrevista focalizados no tema da dissertação e autorizar a utilização do conteúdo dos mesmos na realização do trabalho.

A realização do questionário e da entrevista obedece à condição de anonimato de Vossa Ex.^a e reveste-se de primordial importância para a investigação.

Da minha parte comprometo-me com o seguinte:

- As suas informações serão confidenciais;
- Todas as informações serão codificadas de forma a garantir o seu anonimato;
- A cassete com a sua entrevista será destruída após o tratamento de dados.

Caso se verifique incumprimento dos requisitos de participação, ou seja da sua vontade poderá anular a sua colaboração.

Assinatura do/a participante

(O/A Participante)

Assinatura da mestrande

(A Mestranda)

Grata pela sua colaboração, Vila Pouca de Aguiar, __/__/__