

Dina Isabel Francisco Alberto Santos



**As Vivências do Cuidador Informal na Prestação
de Cuidados ao Idoso Dependente
Um Estudo no Concelho da Lourinhã**

Dissertação de Mestrado em Comunicação em Saúde

Orientadora:

Professora Doutora Natália Ramos

Universidade Aberta
Lisboa
Janeiro, 2008

“Aquele que salva um vida, salva a Humanidade inteira ”

Talmude

AGRADECIMENTOS

Nesta caminhada, muitas pessoas, familiares, amigos, colegas contribuíram e se fizeram presentes. Nomear a todos seria difícil e correria o risco de me trair na importância que cada um teve nesta caminhada e tempo percorrido. Por isso o meu agradecimento vai para todos.

Não obstante, há alguns cuja presença se manifesta com mais intensidade neste processo de crescimento pessoal e intelectual.

Neste sentido expresso o meu agradecimento especial:

- À *Prof. Doutora Natália Ramos* pelo modo acolhedor como me recebeu, encorajou e orientou nas várias etapas;

- Aos *cuidadores informais familiares principais* pela sua disponibilidade para participarem neste estudo e pela forma acolhedora como me receberam no seu meio;

- Aos *idosos* que apesar do seu estado sempre me receberam com um sorriso.

- Aos *colegas do Mestrado "Comunicação em Saúde"*, pelo apoio e força dado ao longo do percurso.

- Às *colegas do Centro de Saúde da Lourinhã*, obrigada especial às enfermeiras Lurdes, Carla, Odília e Luisa que sempre se mostraram disponíveis e prontas para me ajudar.

- Aos *meus pais*, que lhe devo tudo o que sou, pelo amor, força, estímulo, disponibilidade e apoio incondicional dado em mais uma etapa da minha vida.

- Ao *marido*, o meu porto abrigo, que me acompanhou por todo o estímulo, apoio e optimismo dado ao longo deste percurso.

- Ao meu *filho Afonso*, o sol que aquece a minha vida, pelos momentos que lhe roubei.

A todos mais uma vez a minha profunda gratidão.

ÍNDICE

	Pág.
Resumo	1
Abstract	3
Siglas	5
Introdução	6

PARTE I - Revisão Teórica/ Conceptual

Capítulo 1- Envelhecimento demográfico	12
1- Aspectos demográficos do envelhecimento.....	12
1.1- Envelhecimento demográfico em Portugal.....	15
Capítulo 2- Envelhecimento humano	24
2- Envelhecimento.....	24
2.1- Conceito de envelhecimento/ velhice.....	24
2.2-Tipo de envelhecimentos.....	27
2.2.1- Envelhecimento biológico.....	27
2.2.2.- Envelhecimento psicológico.....	31
2.2.3- Envelhecimento social.....	33
2.3- A dependência na terceira idade.....	37
Capítulo 3 - Família e cuidador	45
3- Uma visão sobre o enquadramento sócio – cultural da família.....	45

3.1.- Da família tradicional à família moderna.....	45
3.2- A família prestadora de cuidados informais.....	50
3.3- Consequências da prestação de cuidados na família e no cuidador informal familiar principal.....	60
3.4.- A comunicação e os prestadores de cuidados.....	68
Capítulo 4 – Medidas de protecção e apoio a idoso com dependências e suas famílias.....	72
4- Rede de protecção e apoio a idosos com dependência e suas famílias.....	72

PARTE II – Estudo Empírico

Capítulo 1 – Metodologia.....	82
1- Da problemática às questões de investigação.....	82
1.1- Objectivos do estudo.....	85
1.2- Tipo de estudo.....	85
1.3- Técnicas e instrumentos de recolha de dados.....	87
1.4- Contextualização e caracterização do local do estudo.....	90
1.5- População em estudo.....	98
1.6- Procedimentos.....	98
1.6.1- Procedimento de colheita de dados.....	98
1.6.2- Procedimentos éticos.....	100
1.7- Tratamento de dados.....	100
Capítulo 2- Apresentação e interpretação dos resultados.....	102
2- Caracterização sócio - demográfica da amostra.....	103
3- Vivências do Cuidar.....	126
3.1- Motivos de aceitação do cuidador informal familiar principal para cuidar.....	126
3.2- Dificuldades sentidas pelo cuidador informal familiar principal	137

3.3- Satisfação/ gratificação sentidas pelo cuidador informal familiar principal.....	156
3.4- Facilidades/ apoios Identificadas pelo cuidador informal familiar principal.....	162
3.5- Motivações identificadas pelo cuidador informal familiar principal para a não institucionalização do idoso dependente.....	172
3.6- Relacionamento entre o idoso e o cuidador informal familiar principal	178
3.7- Necessidades identificadas pelo cuidador informal familiar principal.....	183
3.8- Estratégias de <i>coping</i> utilizadas pelo cuidador informal familiar principal.....	189
4- Influência do cuidar na vida do cuidador.....	194
4.1- Alterações familiares do cuidador informal familiar principal face ao cuidar.....	194
4.2- Alterações da rotina diária do cuidador informal familiar principal face ao cuidar.....	202
4.3- Alterações financeiras na vida do cuidador informal familiar principal pelo facto de cuidar do idoso.....	204
4.4- Alterações da profissionais na vida do cuidador informal familiar principal face ao Cuidar.....	207
4.5- Alterações da saúde do cuidador informal familiar principal pelo facto de cuidar do idoso	211
4.6- Alterações sociais na vida do cuidador informal familiar principal pelo facto de cuidar do idoso.....	218
5- Resultados do inventário de sobrecarga do cuidador – <i>Zarit Caregiver Burden Interview</i>	221
Capítulo 3 – Discussão dos resultados.....	233
CONCLUSÃO.....	259
BIBLIOGRAFIA.....	265

ANEXOS

ANEXO I- Guião de entrevista

ANEXO II- Questionário inventário de sobrecarga do cuidador-*Zarit Caregiver Burden Interview*

ANEXO III- Pedido de autorização para a realização do estudo

ÍNDICE DE QUADROS

Quadro nº 1-	Envelhecimento demográfico da população mundial (população jovem e idosa) por regiões, no período de 1981- 1991.....	13
Quadro nº 2-	Alterações bifisiológicas.....	30
Quadro nº 3-	Alterações psicossociais.....	32
Quadro nº 4-	Estrutura etária da população residente no concelho da Lourinhã (%) 2001.....	94
Quadro nº 5-	População residente no concelho da Lourinhã, segundo grandes grupos etários (1991-2001).....	95
Quadro nº 6 -	Utentes inscritos no Centro de Saúde da Lourinhã por grupos etário.....	97
Quadro nº 7-	Utentes integrados no programa de cuidados continuados.....	97

Quadro nº 8-	Distribuição da amostra segundo as variáveis de caracterização sócio-demográfica.....	103
Quadro nº 9-	Tipo de cuidados prestados pelo cuidador informal familiar principal ao idoso dependente.....	114
Quadro nº 10 -	Tipo de apoio prestado pelos familiares ao idoso dependente.....	116
Quadro nº 11 -	Amigos/ vizinhos que apoiam o cuidador informal familiar principal na actividade de cuidar.....	118
Quadro nº 12-	Características sócio-demográficas e de dependência dos idosos dependentes.....	123
Quadro nº 13-	Motivos de aceitação do cuidador informal familiar principal para cuidar.....	126
Quadro nº 14-	Dificuldades identificados pelo cuidador informal familiar principal	137
Quadro nº 15-	Satisfação/gratificação identificadas pelo cuidador informal familiar principal	156
Quadro nº 16-	Facilidades/ apoios identificadas pelo cuidador informal familiar principal	162
Quadro nº 17-	Motivações identificadas pelo cuidador informal familiar principal para a não institucionalização do idoso.....	172

Quadro nº 18-	Relacionamento entre o idoso e o cuidador informal familiar principal	178
Quadro nº 19-	Necessidades identificadas pelos cuidadores informais familiares principal	183
Quadro nº 20-	Estratégias de <i>coping</i> utilizadas pelos cuidadores informais familiares principais.....	189
Quadro nº21-	Alterações familiares do cuidador informal familiar principal devido ao cuidar.....	194
Quadro nº 22-	Alterações da rotina diária do cuidador informal familiar principal derivado ao cuidar.....	202
Quadro nº 23-	Alterações financeiras na vida do cuidador informal familiar principal pelo facto de cuidar do idoso	204
Quadro nº 24-	Alterações profissionais na vida do cuidador informal familiar principal face ao cuidar.....	207
Quadro nº 25-	Alterações da saúde do cuidador informal familiar principal pelo facto de cuidar do idoso.....	211
Quadro nº 26-	Alterações sociais na vida do cuidador informal familiar principal pelo facto de cuidar do idoso.....	216

ÍNDICE DE GRÁFICOS

Gráfico nº 1-	Evolução demográfica em Portugal (milhares).....	16
Gráfico nº 2-	Pirâmide de idades-Portugal 1991.....	17
Gráfico nº 3 -	Evolução da população de idosos.....	18
Gráfico nº 4-	Evolução da população total e idosos.....	18
Gráfico nº 5 -	Evolução da população de idosos por grupos etários.....	19
Gráfico nº 6 -	Peso dos idosos face à população total.....	19
Gráfico nº 7-	Evolução demográfica em Portugal de 1941 a 2020.....	21
Gráfico nº 8-	Evolução da população de idosos e previsões.....	22
Gráfico nº 9-	Evolução da população de idosos e previsões (faixas etárias)...	23
Gráfico nº 10-	Evolução da população residente no concelho da Lourinhã, entre 1961 e 2001.....	91
Gráfico nº 11 -	Evolução da população residente no concelho da Lourinhã, por freguesia entre 1991 a 2001.....	92
Gráfico nº 12 -	Evolução do índice de envelhecimento no concelho da Lourinhã, por freguesia entre 1961 a 2001.....	93
Gráfico nº 13 -	Anos de coabitação com o idoso dependente.....	105

Gráfico nº 14 -	Coabitava com o idoso dependente anterior à dependência...106
Gráfico nº 15-	Coabitação actual com o idoso dependente.....107
Gráfico nº 16 -	Distribuição dos cuidadores informais familiares principais de acordo com a distância a que vivem da pessoa alvo de cuidados.....108
Gráfico nº 17-	Alteração de residência por parte do cuidador informal familiar principal.....108
Gráfico nº 18-	Ciclo de vida onde se insere o cuidador informal familiar principal109
Gráfico nº 19-	Distribuição dos cuidador informal familiar principal em função do tempo de prestação.....110
Gráfico nº 20-	Número de horas que o cuidador informal familiar principal disponibiliza diariamente para prestar cuidados ao idoso dependente.....111
Gráfico nº 21-	Número de dias que o cuidador informal familiar principal presta cuidados ao idoso dependente.....112
Gráfico nº 22-	Apoio dado ao cuidador informal familiar principal pela rede informal.....114
Gráfico nº 23-	Familiares que colaboram na actividade do Cuidar (relação parentesco relativamente ao cuidador informal familiar principal).....117

Gráfico nº 24-	Amigos/ vizinhos que apoiam o cuidador informal familiar principal na actividade de cuidar.....	117
Gráfico nº 25-	Existência de apoio pela rede formal.....	118
Gráfico nº 26-	Tipo de entidade da rede formal.....	119
Gráfico nº 27-	Tipo de serviços prestados pela instituição particular de solidariedade social.....	119
Gráfico nº 28-	Tipo de valências.....	120
Gráfico nº 29-	Tipo de serviços prestados por particulares.....	120
Gráfico nº 30-	Número de cuidador informal familiar principal que prestam em simultâneo cuidados a outras pessoas.....	121
Gráfico nº 31-	Grau de parentesco entre o cuidador informal familiar principal e as pessoas que dependem dos seus cuidados.....	122
Gráfico nº 32-	Experiência do cuidador informal familiar principal em cuidar de pessoa (s) com dependência.....	122
Gráfico nº 33-	(Questão 1) O Sr/Sra sente que o seu familiar dependente pede mais ajuda do que realmente ele (ela) necessita?.....	221
Gráfico nº 34-	(Questão 2) O Sr/Sra sente que por causa do tempo que o Sr/Sra gasta com o seu familiar dependente, o Sr/Sra não tem tempo suficiente para si mesmo (a)?.....	222

Gráfico nº 35-	(Questão nº 3) O Sr/Sra sente- se stressado(a) entre cuidar o seu familiar dependente e as suas outras responsabilidades com a família e o trabalho.....	222
Gráfico nº 36-	(Questão 4) O Sr/Sra sente-se envergonhado (a) com o comportamento do seu familiar dependente?.....	223
Gráfico nº 37-	(Questão 5) O Sr/Sra sente-se irritado(a) quando o seu familiar dependente está por perto?.....	223
Gráfico nº 38-	(Questão 6) O Sr/Sra sente que o seu familiar dependente afecta negativamente seus relacionamentos?.....	224
Gráfico nº 39-	(Questão 7) O Sr/Sra sente receio pelo futuro do seu familiar dependente?.....	224
Gráfico nº 40-	(Questão 8) O Sr/Sra sente que o seu familiar dependente depende do Sr/Sra?.....	225
Gráfico nº 41-	(Questão 10) O Sr/Sra sente que a sua saúde foi afectada por causa de seu envolvimento com o seu familiar dependente?.....	225
Gráfico nº 42-	(Questão 11): O Sr/Sra sente que o Sr/Sra não tem tanta privacidade como gostaria por causa do seu familiar dependente?.....	226
Gráfico nº 43-	(Questão 12) O Sr/Sra sente que a sua vida social tem sido prejudicada porque o Sr/Sra está cuidando do o seu familiar dependente?.....	226

Gráfico nº 44-	(Questão 13) O Sr/Sra não se sente à vontade de ter visitas em casa, por causa do seu familiar dependente?.....227
Gráfico nº 45-	(Questão 14) O Sr/Sra sente que o seu familiar dependente espera que o Sr/Sra cuide dela/dele, como se fosse o Sr/Sra a única pessoa de quem ele/ ela pode depender?.....227
Gráfico nº 46-	(Questão 15) O Sr/Sra sente que não dinheiro suficiente para cuidar do seu familiar dependente, somando-se as suas despesas a outras despesas?.....228
Gráfico nº 47-	(Questão 16) O Sr/Sra sente que será incapaz de cuidar do seu familiar dependente por muito mais tempo?.....228
Gráfico nº 48-	(Questão 17). O Sr/Sra sente que perdeu o controle da sua vida desde a doença do seu familiar dependente?.....229
Gráfico nº 49-	(Questão 18) O Sr/Sra gostaria de simplesmente deixar que outra pessoa cuidasse do seu familiar dependente?.....229
Gráfico nº 50-	(Questão 19) O Sr/Sra sente-se em dúvida sobre o que fazer por o seu familiar dependente?.....230
Gráfico nº 51-	(Questão 20) O Sr/Sra sente que deveria estar fazendo mais por o seu familiar dependente?.....230
Gráfico nº 52-	(Questão 21) O Sr/Sra sente que poderia cuidar melhor do o seu familiar dependente?.....231
Gráfico nº 53-	(Questão 21) De uma maneira geral, quanto o Sr/Sra sente-se sobrecarregado (a) por cuidar do seu familiar dependente?....231

Gráfico nº 54-	Avaliação do Score da <i>Escala Zarit Caregiver Burden Inter-Burden Interview</i>	232
-----------------------	---	-----

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura nº 1-	Pirâmide das necessidades.....	43
Figura nº 2-	Processo que leva o cuidador informal assumir o cuidar.....	56
Figura nº 3-	Motivações inerentes à assunção do papel de cuidador familiar	56
Figura nº 4-	Triângulo comunicacional: idoso, serviços e família.....	68
Figura nº 5-	Elementos centrais da política de cuidados às pessoas idosas e dependentes.....	73
Figura nº 6-	Mapa da região Oeste.....	90
Figura nº 7-	Mapa do concelho da Lourinhã.....	90
Figura nº 8-	Tipo de cuidados prestados pelo cuidador informal familiar principal ao idoso dependente.....	238
Figura nº 9-	Vivências sentidas pelo cuidador informal familiar principal no cuidar do idoso dependente.....	241

Figura nº 10 -	Alterações sentidas na vida do cuidador informal familiar principal pelo facto de cuidar do idoso dependente.....	242
Figura nº 11 -	Motivos de aceitação do cuidador informal familiar principal para cuidar.....	219
Figura nº 12-	Dificuldades identificados pelo cuidador informal familiar principal	244
Figura nº 13-	Necessidades identificadas pelo cuidador informal familiar principal	249
Figura nº 14-	Estratégias de <i>coping</i> utilizadas pelo cuidador informal familiar principal	250
Figura nº 15-	Alterações familiares do cuidador informal familiar principal devido ao cuidar.....	251
Figura nº 16-	Alterações da rotina diária do cuidador informal familiar principal derivado ao cuidar.....	252
Figura nº 17-	Alterações financeiras na vida do cuidador informal familiar principal pelo facto de cuidar do idoso.....	252
Figura nº 18-	Alterações profissionais na vida do cuidador informal familiar principal face ao cuidar.....	254
Figura nº 19-	Alterações da saúde do cuidador informal familiar principal pelo facto de cuidar do idoso.....	255
Figura nº 20-	Alterações sociais na vida do cuidador informal familiar principal pelo facto de cuidar do idoso.....	256

ÍNDICE DE FOTOGRAFIAS

Fotografia nº 1–	Centro de Saúde da Lourinhã.....	96
-------------------------	---	-----------

RESUMO

O cuidar é comum a todas as culturas, embora as suas formas de expressão possam ser as mais variadas; cabe à família esse papel, pois é essencialmente ela que executa e se responsabiliza pelo cuidado.

A prestação de cuidados requer um esforço contínuo ao nível cognitivo, emocional e físico, muitas vezes não reconhecido e inadequadamente recompensado.

Cuidar de quem cuida é também uma responsabilidade e deverá ser uma preocupação de todos nós, bem como dos decisores políticos.

Os cuidadores familiares representam novos desafios para a sociedade.

Esta investigação teve como questão central analisar em que medida as vivências do cuidar influenciam a vida do cuidador informal familiar principal do idoso dependente, inseridos no Programa Cuidados Continuados do Centro de Saúde da Lourinhã.

Os objectivos do estudo passaram por conhecer as vivências sentidas pelo cuidador informal familiar principal, no cuidar do idoso dependente, inserido no Programa de Cuidados Continuados do Centro de Saúde da Lourinhã; compreender de que forma o cuidar afecta a vida do cuidador; contribuir para a proposta de elaboração de programas de apoio para os cuidadores familiares no Centro de Saúde da Lourinhã.

O estudo foi realizado na região da Estremadura de Portugal, na região Oeste, concelho da Lourinhã. A população do estudo é de trinta cuidadores informais familiares principais de idosos dependentes, inseridos no Programa de Cuidados Continuados do Centro de Saúde da Lourinhã, sendo constituído por uma amostra de conveniência.

A nossa opção metodológica situa-se na triangulação dos modelos quantitativos e qualitativos. Os instrumentos utilizados para a recolha de dados foram a entrevista semi-estruturada e a escala de *Zarit Caregiver Burden Interview*. No tratamento dos dados, utilizámos a estatística descritiva e a análise de conteúdo.

As entrevistas foram realizadas no domicílio do cuidador, durante os meses de Abril a Maio de 2007. Os cuidadores são predominantemente do sexo feminino,

uma vez que é a mulher que continua a deter o papel de cuidadora, embora o homem se esteja a revelar nesse processo, ainda não assume a proporção dos cuidadores do sexo feminino. A faixa etária varia entre os 30 e os 82 anos.

A maioria é casada, ou seja, dividem as responsabilidades da casa e da família com as actividades de cuidados. Quanto ao grau de parentesco com o idoso, a maior percentagem, são filhas, seguidas pelos cônjuges.

Os resultados obtidos revelam que os motivos que levaram o cuidador a aceitar cuidar do idoso dependente foram o agravamento do estado de saúde do idoso, dever/obrigação, a ausência de outra resposta e o afecto/reciprocidade. As dificuldades sentidas pelo cuidador foram a fadiga, doença, sobrecarga ligada ao tipo de trabalho executado, a não-aceitação do estado de dependência do idoso. O apoio cedido por parte da rede informal que assume maior evidência é o emocional/ psicológico.

As mudanças sentidas pelo facto do cuidador prestar cuidados ao idoso passam por alterações ao nível familiar, com maior incidência numa maior aproximação entre o cuidador e o idoso e um afastamento por parte da rede informal familiar. Ao nível das alterações da rotina diária verificamos que o cuidador refere ter menor disponibilidade de tempo para si próprio, bem como uma menor disponibilidade de tempo para a execução das actividades domésticas. No âmbito profissional, em algumas situações o cuidador foi obrigado a renunciar ao emprego, faltar ao trabalho e/ ou ajustar o seu horário de acordo com as necessidades do idoso dependente. Na saúde, verificamos alterações no domínio físico e psicológico. Por último, no campo social evidenciou-se uma restrição na actividade social do prestador de cuidados.

PALAVRAS-CHAVE

- Cuidador Familiar; idoso; família; redes de apoio formal e informal; dependência.

ABSTRACT

Caring is a common activity in all cultures, although there are many different ways of providing people what they need for their health. It is a role that belongs to the family since it is usually the main responsible for the act of caring.

Taking care for somebody requires a continuous cognitive, emotional and physical effort that is not always appreciated nor appropriately rewarded by society.

Taking care for somebody who cares is also a great responsibility and should be a matter of worrying for all of us, citizens, as well as for politicians.

The family members who care for a relative are a new challenge to our society.

This investigation was based on a particular issue: analysing how the experience of taking care for a relative may influence the caregiver's life. These carers are part of the "Cuidados Continuados do Centro de Saúde da Lourinhã", (a continuous caring program, carried out in Lourinhã).

We had different purposes when we undertook this study: identifying the experiences related to the individuals who take care for a dependent elder relative; understanding how taking care for a relative may influence the caregiver's life; and helping to prepare supporting programmes addressed to the caregivers that are related to Lourinhã's *cottage hospital*.

The study was done in Lourinhã, a region that is part of an area called Estremadura, in the west of Portugal. The sample of our study consists of thirty people, who care for a dependent elder relative, and that are part of the "Programa de Cuidados Continuados do Centro de Saúde da Lourinhã".

The method chosen is part of a triangle based on quantitative and qualitative models. The tools used in order to collect the necessary data were the *interview* and the *Scale of Zarit Caregiver Burden Interview*. When analysing the data, we used the descriptive statistics and the analyses of content.

The interviews were undertaken at the caregiver's home, during April and May 2007. The carers are predominantly women, since they are still the ones who hold the responsibility for taking care for elder relatives most of the times. Although men are beginning to get involved in this process, they are part of a smaller group.

The age of these people varies among 30 and 82 years old.

The majority is married, which means they have to deal with responsibilities related to both housework and care. Most of these women are daughters of the individuals who are provided with care, or their wives (although in a fewer number).

The statistics show us that the reasons why the caregiver accepts the task of caring for a dependent elder person are related to his/her bad health; to the feelings of duty, affection and reciprocity; and to the lack of appropriate answers outside home. The problems identified by these carers have to do with the overload/burden that derives from the activities performed and with the non-acceptance of the dependency of the elderly.

The main support given by the informal network is related to emotional and psychological issues. Therefore, the needs identified by the carers are more likely to be solved with the support of the informal network.

The changes that derive from the act of caring from an old person have to do with family: there is often an approach between the carer and the old person and a growing distance among the carer and the other members of the family. As far as the carer's daily routine is concerned, there is usually a lack of time to take care of him/ herself, as well as to do housework.

Regarding the professional situation of the carer, we realized that there are people who have to give up working, miss work frequently or change his/ her timetable according to the dependent old person's needs.

We also realized that there are physical and psychological changes in terms of health. Finally, there are changes within the social life of the carer, who doesn't have time to take part in social events.

Key words:

Caregiver; old person; family; formal and informal supporting networks; dependence.

Siglas

C.I.F.P.- Cuidador Informal Familiar Principal

C.I.F.P. (s)- Cuidadores Informais Familiares Principais

%- Percentagem

I.P.S.S.- Instituição Particular de Solidariedade Social

X- Vez

Dep.- Departamento

EU- União Europeia

PAF- Painel dos Agregados Domésticos Privados

OCDE- Conselho da Europa e a Organização de Cooperação Desenvolvimento Económico

ONU- Organização das Nações Unidas

OMS- Número

Ex.- Exemplo

U.E.- União Europeia

Nº- Número

Dec.- Decreto

SPSS- Statistical Package for Social Sciences

Ed.- Edições

Dep.- Departamento

Sr.- Senhor

Sra.- Senhora

INTRODUÇÃO

O domicílio é visto como um espaço em que pessoas portadoras de doenças crónicas e outras patologias, idosas ou não, podem viver com boa qualidade de vida e manter a doença de forma estável. Assim, a experiência de cuidar de um doente em casa tem se tornado cada vez mais frequente no quotidiano das famílias (Cattani et al., 2004, cit In Girardom-Perlini, 2001).

O apoio informal, especialmente o que é assegurado pela família assume um papel primordial, na Europa como no continente Americano (Ramos, 2005). Um inquérito recente efectuado na União Europeia (*European Commission*, 1999), diz-nos que dois terços dos cuidados aos idosos são prestados por familiares. Mesmo nos países em que os serviços formais assumem proporções consideráveis, não substituem o papel da família (Kroger, 2001).

A família continua a ser uma célula da sociedade, um grande vector das sociedades modernas. Esta participação cada vez mais acentuada está associada ao envelhecimento demográfico que se tem vindo a verificar ao longo dos anos (Fernandes, 1999).

O envelhecimento tem vindo assumir uma importância crescente, não só devido ao aspecto demográfico mas também a uma ampla consciência colectiva. Hortelão (2003, p. 13, cit In Nazareth, 1988) “ *O envelhecimento torna-se progressivamente num problema de responsabilidade colectiva* ”.

A sociedade portuguesa tem sofrido profundas alterações nas suas estruturas populacionais e nos padrões de interacção social. Emergiu uma população mais numerosa e com novas aspirações e exigências ao nível de melhorar a qualidade de vida.

Estas mudanças e a consequente modernização e industrialização das estruturas económicas têm acarretado um conjunto de alterações familiares na estrutura, na organização, nas relações e nas solidariedades familiares.

Apesar das transformações existentes, a família para o idoso ainda é a principal fonte de ajuda e de apoio, nos diferentes cuidados.

No contexto familiar, embora o idoso dependente esteja a cargo da família, a função de cuidar, tende a ser assumida por uma única pessoa, denominada por

cuidador informal familiar principal (C.I.F.P.), quase sempre realizada pelos elementos pertencentes ao sexo feminino.

O cuidar, na grande maioria dos casos, representa um enorme desafio, levando a um sério comprometimento do bem-estar do cuidador gerando sentimentos negativos de angústia, ambivalência, tensão, solidão, tristeza e sobretudo de sobrecarga.

A tarefa de cuidar do idoso dependente pode produzir na vida do cuidador, alterações profundas ao nível da sua saúde, da vida social, das relações com outros membros da família, do lazer, da disponibilidade económica, da rotina doméstica e do desempenho profissional.

Os cuidadores vêm-se confrontados com vários tipos de necessidades que muitas vezes passam pela falta de informação acerca dos cuidados prestados, inexistência de supervisão, bem como o próprio esgotamento dos seus recursos físicos, emocionais e económicos.

Os obstáculos associados à prestação contínua de cuidados são: a inexistência de um cuidador substituto para auxiliar o cuidador nas suas actividades, assistência continua dada ao idoso dependente, deterioração das actividades pessoais e sociais, a não aceitação do estado de dependência do idoso, a preocupação frequente, a incerteza face ao futuro, a necessidade constante de disponibilizar de recursos económicos para suprimir as necessidades do idoso e por vezes a perda da actividade profissional.

Os cuidadores informais familiares principais realizam tarefas variadas, que passam pela vigilância/ acompanhamento e prestação de cuidados directos, disponibilizando por vezes de todo o seu tempo, deixando de lado as suas próprias necessidades.

Apesar do cuidar envolver aspectos negativos, importa salientar, que existe factores de natureza positiva, que passam pelo reforço da relação entre os dois e pelo próprio crescimento pessoal do cuidador.

É de referir que o surgimento de situações no âmbito da saúde mental, dependência física, isolamento e exclusão social, faz com que haja a necessidade da sociedade civil se organizar, de modo a apresentar uma resposta mais eficaz, perante os problemas diagnosticados.

A partir de 1997, com a publicação do Pacto para a Cooperação e Solidariedade Social, posteriormente com a inclusão na Estratégia de Saúde Regional como área prioritária e com a saída do Despacho Conjunto nº 407/98 dos Ministérios da Saúde e do Trabalho e Solidariedade, está aberta a porta para a criação de respostas integradas em matéria de cuidados continuados, dirigidos à população em situação de dependência, onde se englobam as pessoas idosas, garantindo assim a articulação e intervenção integrada dos sectores da saúde e da acção social.

Numa perspectiva abrangente os Cuidados Continuados definem-se como um sistema organizado para a satisfação do utente / família, composto por serviços e mecanismos integrados que cuidam dos utentes / famílias ao longo do tempo, através de um conjunto articulado de saúde e serviços sociais, cobrindo todos os níveis de intensidade de cuidados, organizados no sentido da promoção de saúde e melhoria da efectividade dos cuidados (Despacho conjunto nº 407/98).

Os esforços desenvolvidos ao longo dos últimos tempos, quer do ponto de vista social, quer do ponto de vista da saúde, no sentido de dar respostas aos utentes na comunidade que carecem de cuidados continuados têm sido desenvolvidos, no entanto insuficientes para as necessidades sentidas por parte das populações.

A reflexão sobre a realidade permitiu-nos formular a questão central para a orientação do presente estudo, a qual tem como objetivo compreender: “ *Em que medida as vivências do cuidar influênciam a vida do cuidador informal familiar principal do idoso dependente, inseridos no programa cuidados continuados do Centro de Saúde da Lourinhã?* ”

Tendo como fio condutor a questão de partida, para o desenvolvimento deste estudo traçamos os seguintes objectivos:

- Compreender as vivências sentidas pelo cuidador informal familiar principal no cuidar do idoso dependente inserido no programa de cuidados continuados do Centro de Saúde da Lourinhã.
- Compreender de que forma o cuidar afecta a vida do cuidador informal familiar principal.
- Contribuir para a proposta de elaboração de programas de apoio para os cuidadores familiares no Centro de Saúde da Lourinhã.

Tendo em conta os objectivos do estudo e a questão orientadora, trata-se de um estudo com as seguintes características: exploratório, descritivo e analítico realizado através de uma abordagem triangular (qualitativa e quantitativo).

O presente estudo desenvolve-se numa zona da Estremadura, mais especificamente, no concelho da Lourinhã, encontrando-se este inserido na região do Oeste e dos treze concelhos existentes no Oeste, o concelho da Lourinhã assume uma posição bastante significativa face ao índice de envelhecimento- 4^a lugar- (Rede Social, 2004).

Para a realização deste estudo seleccionamos os cuidadores informais familiares principais que prestam cuidados aos doentes dependentes.

A presente dissertação apresenta-se dividida em duas partes distintas. A primeira parte pretende efectuar a revisão bibliográfica que sustenta a justificação da realização deste, sendo estruturada em torno de quatro capítulos.

Assim, dedicar-se-á um primeiro capítulo ao envelhecimento demográfico, no qual abordaremos alguns aspectos demográficos do envelhecimento ao nível mundial e do envelhecimento demográfico em Portugal.

O segundo capítulo abordará a questão do envelhecimento humano (o envelhecimento é uma das fases da nossa vida em que se processa um grande número de transformações tanto ao nível biológico, psicológico como social. Essa etapa está associada ao aparecimento de dependências).

O terceiro capítulo incidirá sobre o enquadramento sócio - cultural da família, enfatizando as alterações operadas na instituição família ao longo dos tempos e as dinâmicas que se gera nesta, a família enquanto prestadora de cuidados informais e as consequências da prestação de cuidados na família e no próprio cuidador informal familiar principal. Uma breve abordagem acerca da comunicação e dos prestadores de cuidados.

O quarto capítulo apresenta uma breve síntese das medidas de protecção e apoio ao idoso com dependências e suas famílias.

Na segunda parte do trabalho, procederemos à conceptualização e apresentação do estudo empírico. O primeiro capítulo centrar-se-á no enquadramento do objecto de estudo, na formulação dos objectivos do estudo e na apresentação do modelo de investigação adoptado. No segundo capítulo,

faremos a apresentação e a interpretação dos resultados da investigação. A segunda parte culmina com um capítulo onde surge a discussão dos resultados da investigação e onde exporemos os resultados mais evidentes.

Por último serão apresentadas as principais conclusões encontradas no nosso estudo e algumas propostas para melhorar o apoio cedido aos cuidadores informais familiares e idosos dependentes.

Parte I
Revisão Teórica/ Conceptual

Capítulo 1 - Envelhecimento Demográfico

1-Aspectos demográficos do envelhecimento.

O envelhecimento demográfico define-se como sendo o aumento da proporção das pessoas idosas na população total. Foi sobretudo a partir da segunda metade do século XX que emergiu um novo fenómeno nas sociedades desenvolvidas. Esta noção foi evocada pela primeira vez no contexto de um estudo apresentado, em 1928, por Alfred Sauvy (Hortelão, 2003).

O envelhecimento demográfico despertou o interesse de numerosos investigadores de todas as áreas científicas na procura de uma caracterização deste fenómeno, na tentativa de encontrar soluções e de prever a evolução futura (Nazareth, 1994, cit In Magalhães, 2005).

Os factores desta tendência encontram-se associados aos progressos humanos atingidos no século XX: a redução da mortalidade infantil e a diminuição do número de crianças; melhor nutrição, educação, cuidados de saúde, acesso ao planeamento familiar e uma esperança de vida mais elevada.

O presente fenómeno emergiu nas sociedades mais desenvolvidas, verificando-se de forma mais notória no Japão, no Canadá, na Espanha e nos países nórdicos (Suécia, Noruega, Dinamarca e Islândia). No entanto, também se manifesta em países menos desenvolvidos, relativamente aos quais se tem observado um progressivo declínio nas taxas de mortalidade (Hortelão, 2003).

Denota-se que no início da década de noventa, o fenómeno de envelhecimento demográfico ainda não era universal, assumindo, nessa data, uma maior evidência nas regiões mais desenvolvidas. O quadro nº 1 ilustra o envelhecimento da população mundial no período de 1981- 1991.

Quadro nº 1- Envelhecimento demográfico da população mundial

(População Jovem e Idosa) por regiões, no período de 1981- 1991

Regiões Do Mundo	População < 15 Anos (%)		População = < 65 Anos (%)	
	1981	1991	1981	1991
	34%	33%	6%	6%
África	45	45	3	3
África do Norte	43	42	3	4
África Ocidental	47	46	3	3
África Oriental	45	48	3	3
África Central	44	43	3	3
África do Sul	42	40	4	4
Ásia	36	33	4	5
Ásia Ocidental	41	40	4	4
Ásia Sul	41	38	3	4
Ásia Central	39	36	3	4
Ásia Oriental	31	27	6	6
China	32	28	6	6
Japão	23	18	9	13
América				
América do Norte	23	22	11	12
América Latina	39	36	4	5
América Central	44	40	3	4
Caraíbas	36	31	5	7
América do Sul	39	35	4	5
Europa	22	20	13	14
Europa Norte	20	20	15	15
Europa Ocidental	19	18	14	14
Europa Oriental	23	23	11	11
Europa Sul	23	19	12	13
“URSS”	25	26	10	9
Oceânia	29	26	8	10

Fonte: Imaginário (2004, p.30).

Em termos de análise, constata-se um elevado nível de envelhecimento demográfico na Europa, América do Norte e na Ásia. O Japão, na América Latina e na América do Central, são a exceção, apresentam índices baixos de envelhecimento. Por último, o continente africano é o que apresenta níveis mais estáveis relativamente às populações jovens e idosa.

Para os demógrafos existem dois tipos de envelhecimento: na base e no topo. O primeiro acontece quando a percentagem de jovens começa a reduzir e, por conseguinte, a base da pirâmide de idades fica substancialmente reduzida. Quanto

ao envelhecimento no topo, verifica-se quando a percentagem de idosos aumenta, fomentando um alargamento na parte superior da pirâmide de idades. Estes dois tipos de envelhecimento encontram-se intimamente ligados. Actualmente, o factor responsável é a redução substancial da taxa de natalidade.

Outro aspecto relacionado com a oscilação da taxa de população idosa está relacionado com os processos migratórios. Sendo o Homem possuidor de grande mobilidade, verifica-se que os países que recebem “migração” têm a possibilidade de aumentar a sua população activa, reduzindo, por seu turno, a percentagem da população idosa.

Segundo Hortelão (2003), em termos de projecções para os próximos vinte anos, prevê-se um aumento significativo do número de pessoas com 60 e mais anos nas várias regiões do mundo. Prevê-se ainda que neste período de referência, a população mundial com 60 e mais anos passe dos actuais 600 milhões para os 1000 milhões em 2020. Este aumento será mais marcado nos países menos desenvolvidos do que nos países ditos ricos. O mesmo autor considera que os idosos constituem um grupo de risco, na medida em que, vivendo mais anos, não os viverão com a qualidade de vida desejável se não se alterarem as mentalidades face à velhice e ao próprio envelhecimento (Ibidem).

De acordo com o INE (2002a), as projecções das Nações Unidas para a população mundial referem que a proporção de jovens continuará a diminuir, alcançando os 21% da população total em 2050. Contrariamente, a percentagem da população com 65 anos ou mais tende a crescer, aumentando 16,5% até ao mesmo ano.

Este aspecto resulta de uma transição demográfica, definida como a passagem de um modelo demográfico de fecundidade e de mortalidade elevada para um modelo em que ambos os fenómenos foram invertidos, atingindo valores muito baixos e alterando, por isso, a estrutura da pirâmide etária. Com esta alteração, verifica-se a redução de efectivos populacionais jovens e o alargamento do topo da pirâmide, com acréscimo de efectivos populacionais idosos. Assim sendo, esta passa a ter uma forma do tipo “urna” (Imaginário, 2004).

O crescimento populacional nas idades mais avançadas é também decorrente das várias conquistas no âmbito da tecnologia e da medicina moderna. Elas têm meios possíveis para diagnosticar, prevenir e curar muitas doenças fatais, aumentando assim a esperança de vida e, conseqüentemente, reduzindo a taxa de mortalidade verificada em grande parte dos países, principalmente, os considerados desenvolvidos. Aliado a este factor, temos a redução da taxa de natalidade e a queda da mortalidade infantil que provocam um aumento na proporção dos adultos.

Um outro factor importante é o aumento progressivo da longevidade, que deriva do acréscimo das condições de vida que se produziram nas últimas décadas do séc. XX. O fenómeno deve-se aos avanços na área da saúde pública, medicina em geral e à melhoria das condições nos diferentes níveis.

Entre 1960 e 2001, verificou-se um decréscimo de 36% na população jovem e um incremento de 140% da população idosa. Em 1960, a população idosa representava 8% da população total, passando em 2001 para 16,4% (INE, 2002a).

O índice de envelhecimento, segundo o INE, é a relação existente entre o número de idosos e o número de jovens, definindo-se mais especificamente como a relação entre a população com 65 ou mais anos e a população dos 0-14 anos. Nos últimos 40 anos, denotou-se um aumento contínuo da taxa de idosos: em 1960 registaram-se 27,3 idosos por cada 100 jovens, em 2001 cifrou-se nos 104.

Assim sendo, com o envelhecimento da população, os idosos ultrapassarão os jovens, podendo atingir os 37% do conjunto da população Europeia, onde actualmente já representam 20%, mostrando que este é um fenómeno evidente nas regiões mais desenvolvidas. Segundo a classificação das Nações Unidas, estas regiões são a Europa, América do Norte, a Austrália, a Nova Zelândia e o Japão (Maia, 2002, cit In Imaginário, 2004).

A problemática relacionada com a velhice ganhou maior relevância entre as preocupações dos poderes políticos, da sociedade e dos meios científicos. Perante esta nova preocupação, a ONU cria em 2002 o Plano Internacional para o envelhecimento e traça uma estratégia válida até 2025, em que uma pessoa em cada sete terá mais de 60 anos (Imaginário, 2004).

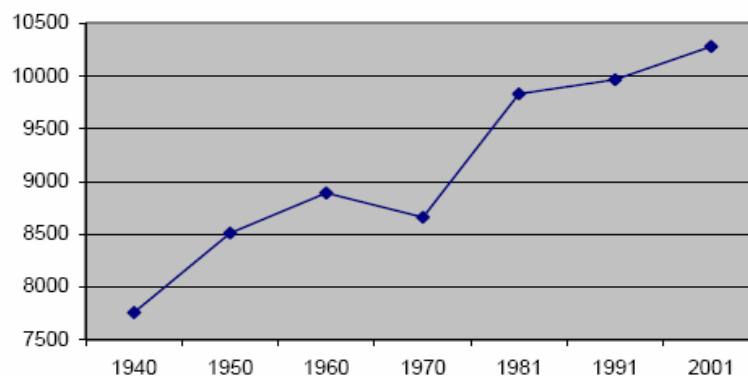
1.1.- Envelhecimento demográfico em Portugal

O envelhecimento das sociedades é um dado incontestável e Portugal não foge à regra. Embora esteja entre os países mais jovens da União Europeia (em 1996, o índice de envelhecimento era de 86 idosos para cada 100 jovens, enquanto na União Europeia a mesma proporção era de 91 para 100), estima-se que o envelhecimento da população portuguesa sofra um aumento progressivo.

A estrutura etária está cada vez mais envelhecida, tendo baixos níveis de fecundidade e de mortalidade (Perista, 2002).

Desde 1941 até 2002 a população portuguesa passou de 7.766.000 para 10.407.465, correspondendo a um crescimento de cerca de 34%. Neste período, apenas se registou uma diminuição da população entre 1960 e 1970, em grande parte devido à emigração e ao início da baixa de natalidade (Carrilho et al., 2002, cit In Rebelo et al., 2004), conforme se pode verificar no gráfico nº 1.

Gráfico nº 1- Evolução demográfica em Portugal (milhares)



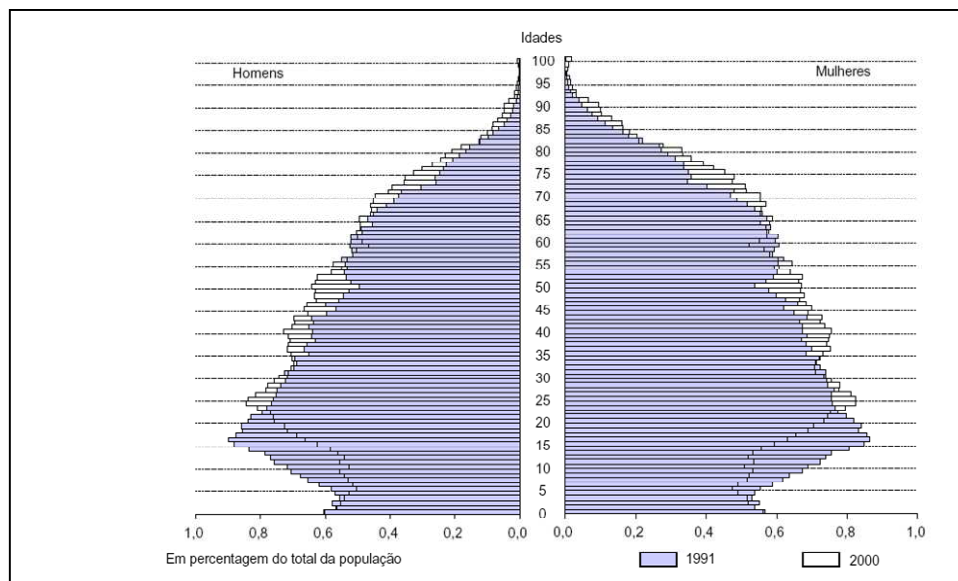
Fonte: INE, Dep. Estatísticas Censitárias População (2002)

Em resultado do regresso dos residentes nas ex-colónias e da diminuição da emigração, Portugal testemunha vários períodos de grande crescimento populacional

a partir da década de setenta, facto que leva a que a população nacional tenha praticamente duplicado neste último século. Mas se nesta década se verificou um grande crescimento da população, nos anos 80-90 parece ter havido uma estabilização em termos de aumento populacional, que deu depois lugar a um novo crescimento, na última década do século XX, em virtude da imigração.

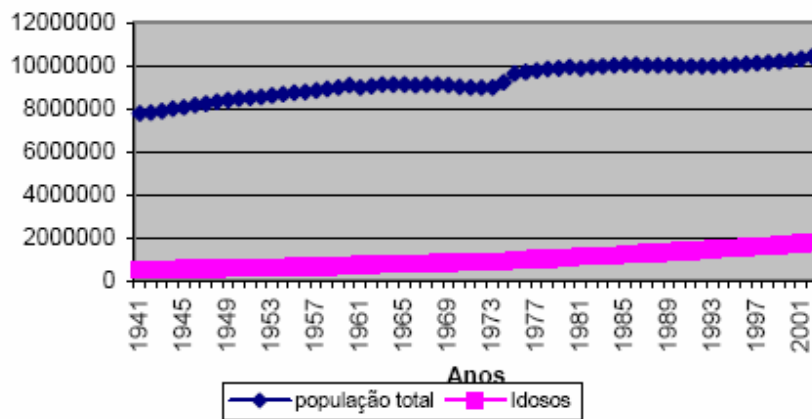
Rosa (1999, cit In Imaginário, 2004)) refere que entre 1960 e 1991 a pirâmide etária sofreu uma alteração no seu perfil: passou da forma triangular (1960) para a de “Urna” (1991), devido a diversos factores. Aquele que assumiu um maior peso foi o declínio dos níveis de fecundidade e de mortalidade. O gráfico nº 2 refere-se à pirâmide das idades em Portugal em 1991.

Gráfico nº 2- Pirâmide de idades – Portugal 1991



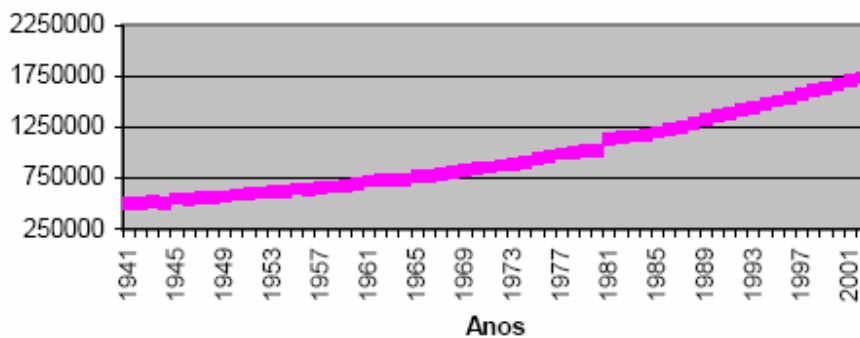
Fonte: INE (2002)

No período compreendido entre 1941 e 2002, a população com idade igual ou superior a 65 anos passou de pouco mais de meio milhão (505.600) para 1.735.542, correspondendo a um crescimento de 243,26%, conforme o gráfico nº3.

Gráfico nº 3 Evolução da população de idosos

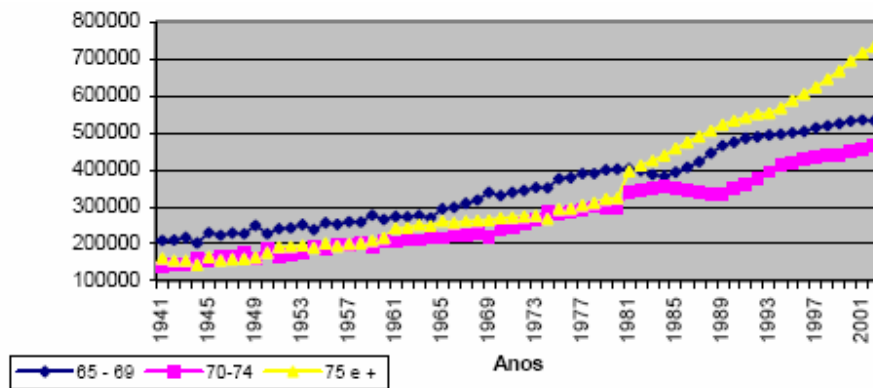
Fonte: INE Dep. Estatísticas Censitárias População (2002)

Quanto à população total, como já referimos, passou de 7.766.000 para 10.407.465 indivíduos (vide gráfico nº4).

Gráfico nº 4- Evolução da população total e idosos

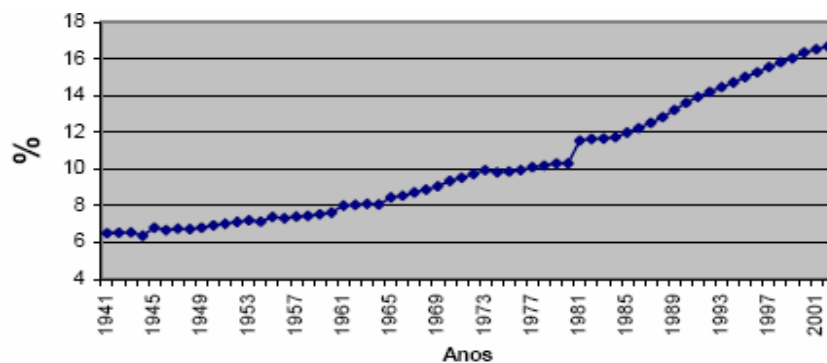
Fonte: INE Dep. Estatísticas Censitárias População (2002)

Uma análise mais minuciosa permite evidenciar a heterogeneidade de crescimento entre os vários grupos que integram a população idosa (65 a 69 anos, 70 a 74 anos e 75 e mais anos), conforme consta no gráfico nº5.

Gráfico nº 5 - Evolução da população de idosos por grupos etários

Fonte: INE Dep. Estatísticas Censitárias População (2002)

Em termos de percentagem da população, os idosos no início da década de quarenta do século XX representavam 6,51% da população e em 2002 passaram a corresponder a 16,68% da população portuguesa, conforme se pode verificar no gráfico nº 6. Em 2020, prevê-se que esse peso passe para cerca de 21,5%.

Gráfico nº 6 - Peso dos idosos face à população total

Fonte: INE Dep. Estatísticas Censitárias População (2002)

O enorme desfasamento entre o crescimento da população total (34%) e o crescimento verificado em relação aos idosos é suficientemente elucidativo desta

alteração na estrutura etária. Dado que os saldos migratórios são praticamente inexistentes neste grupo, o crescimento deve-se à diminuição da taxa de mortalidade.

Com efeito, a taxa de mortalidade para a totalidade dos idosos situava-se, em 1941, em 89,44 por mil; em 2002, passou a ser de 48,96 por mil. Esta diminuição é ainda mais significativa na classe dos 65-69 anos, uma vez que passou de 40,44 por mil para 15,97 por mil.

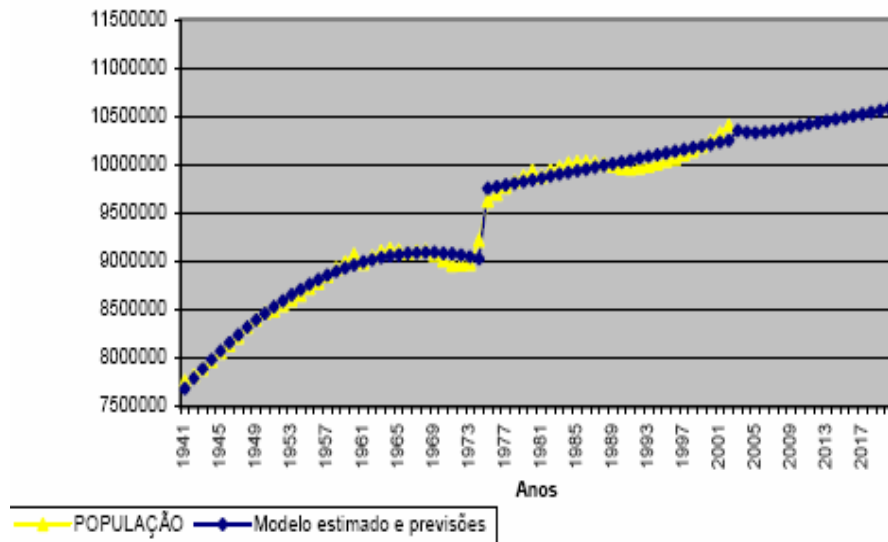
Uma análise dos dados relativos apenas ao período entre 1960 e 2001 justifica o envelhecimento demográfico nos seguintes aspectos (Dep. Estatísticas Censitárias da População, 2002):

- Decréscimo de cerca de 36% na população jovem;
- Incremento de 140% da população idosa.

Em termos de envelhecimento da população nos anos mais recentes, verifica-se que no princípio da década de quarenta, do século XX, os idosos representavam apenas 6,51% da população portuguesa. Enquanto que em 2002, a situação se altera profundamente com as pessoas de 65 e mais anos a representarem 16,68 da população.

Através da análise das séries temporais, de 1941 a 2002, referentes aos dados da evolução da população no geral e da evolução da população nas classes etárias estudadas (65 - 69 anos, 70 - 74 anos, 75 e mais anos), procurou-se prospectivar a evolução no futuro próximo (até 2020).

Os dados encontrados não estão longe dos de outras projecções e apontam no sentido dum pequeno crescimento da população. Em 2020, a população portuguesa não deverá ultrapassar os 10 milhões e 600 mil habitantes, conforme se pode verificar no gráfico nº 7, crescendo entre 2002 e 2020 cerca de 1,68%.

Gráfico nº 7- Evolução demográfica em Portugal de 1941 a 2020

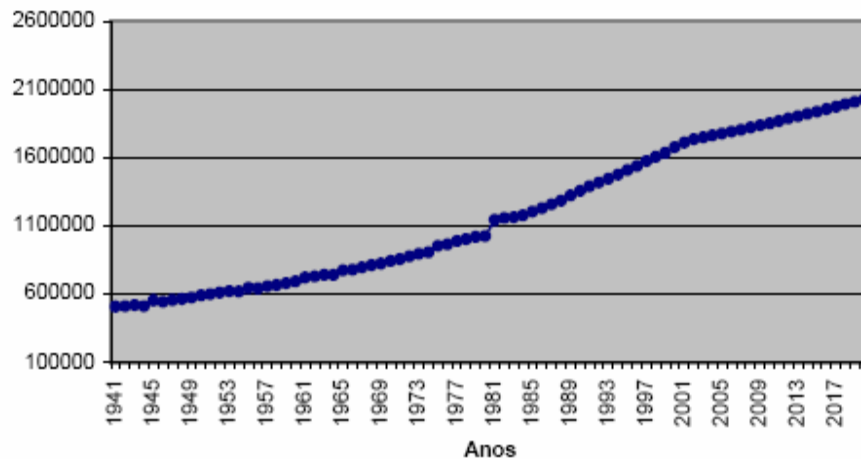
Fonte: INE Dep. Estatísticas Censitárias População (2002)

No que diz respeito ao crescimento da população idosa, que em 2002 era de 1.735.542, deverá continuar a assistir-se a um crescimento que ultrapassará os 2 milhões no ano 2019 e que deverá situar-se em cerca de 2,027 milhões em 2020 (Vide gráfico nº 8).

Esta evolução corresponde a um crescimento de quase 16,43%, significativamente superior ao crescimento previsível para a população total.

Assim sendo, o peso dos idosos aumentará de forma substancial passando a ser de 19,15% face aos 16,68% em 2002.

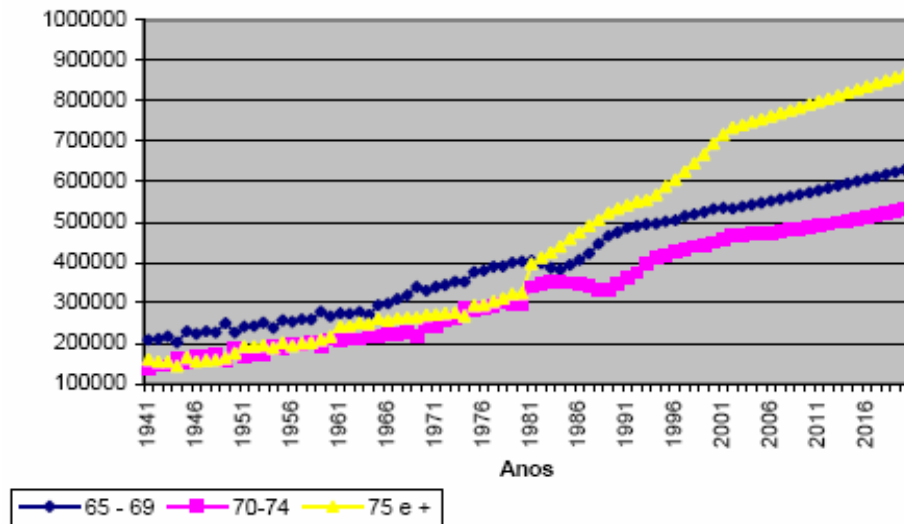
Gráfico nº 8 - Evolução da população de idosos e previsões



Fonte: INE Dep. Estatísticas Censitárias População (2002)

No entanto, o crescimento que deverá ocorrer é bastante diferenciado nos grupos etários em análise, destacando-se o crescimento da população com 75 e mais anos que deverá situar-se um pouco acima dos 18%. Por sua vez, o grupo dos 70 aos 74 anos terá um crescimento na ordem dos 13,5% e, finalmente, os menos idosos dentro do grupo de idosos deverão crescer cerca de 17,9% (Vide gráfico nº 9).

Em termos de valores absolutos, em 2020 haverá cerca de 630 mil indivíduos com idades entre os 65 e os 69 anos; 531,500 com idades entre 70 e 74 anos e mais de 865 mil idosos com 75 e mais anos.

Gráfico nº 9 - Evolução da população de idosos e previsões (faixas etárias)

Fonte: INE Dep. Estatísticas Censitárias População (2002)

Esta análise evidencia a necessidade de criar infra-estruturas necessárias para fazer face à nova realidade de quase 20% da população com mais de 65 anos.

Ao nível do índice de dependência, a relação entre o número de idosos e o número de pessoas em idade activa (15- 64 anos) dá-nos conta do número de potenciais prestadores de cuidados a pessoas idosas. Verificamos que em 1981 havia 18 idosos para 100 pessoas em idade activa, enquanto que em 1991 a relação era de 21 para cada 100 e, em 2001, passou a ser de 24 para 100 (INE, 2002).

Capítulo 2 - Envelhecimento Humano

2- Envelhecimento

2.1.- Conceito de envelhecimento/ velhice

O envelhecimento faz parte da lei universal da vida, na qual se insere o ciclo biológico do nascimento, crescimento/ desenvolvimento e morte. O envelhecimento não deve ser observado como algo estático ou compartimentado, mas encarado como o resultado de um jogo de forças em que o Homem, unidade mente-corpo, segue uma evolução com importantes implicações biológicas, psicológicas e sociais. É esta unidade “ (...) *que constitui a pessoa, com características próprias somáticas e psíquicas, mergulhada num complexo ambiental determinado por condições múltiplas profissionais, familiares, sócio-económicas, políticas, religiosas, etc. que vão percorrer a vida* ” (Lopes, 1980, p. 15, cit In Ferreira, 2002).

Muitos outros autores elaboraram, ao longo dos tempos, outras definições do conceito de envelhecimento.

Robert (1995, p. 7, cit In Ibidem, 2002, p. 20) considera que o envelhecimento resulta da incapacidade da grande maioria dos organismos para se manter num estado funcional igual e inalterado “ (...) *que permita a regeneração continua de todos os componentes do organismo, à medida que se consomem e degradam* ”.

Berger (1995, cit In Graça et al., 2005, p.31) considera que o envelhecimento não deve ser sinónimo de doença “ (...) *embora possa ser agravado, acelerado ou estar associado a ela* ”.

Para Babb (1996, cit In Chambel et al., 2003, p.14) é tido como um processo sequencial, individual, cumulativo, irreversível, não patológico, reduzindo a

capacidade de fazer frente ao “ (...) stress do meio ambiente e, portanto, aumenta a sua possibilidade de morte ”.

Segundo Leão (2000, cit In Graça et al. 2005, p. 32), o envelhecimento é entendido como um processo lento, progressivo, universal “ (...) caracterizado por uma hipofuncionalidade somática e que atinge as estruturas do organismo e limita progressivamente a actividade do ser humano ”, tornando o indivíduo menos capaz de desenvolver por si só todas as actividades de vida diária, mas que varia de indivíduo para indivíduo e de meio para meio.

É um processo inevitável e inerente à própria vida, sendo a fase final de um programa de desenvolvimento e diferenciação.

Segundo os autores Muller et al. (sd, cit In Ferreira 2002), a partir da terceira década de vida começa a haver um declínio do rendimento intelectual, enquanto Benton (1981, cit In Ibidem) defende que esse declínio só se inicia entre os 70 e 80 anos. A perda de memória para acontecimentos recentes e para a aprendizagem de novas tarefas é reflectida por grande parte dos idosos, enquanto que a capacidade verbal declina geralmente mais lentamente.

O envelhecimento é um “ (...) processo bio-psico-social de cariz individual (...), o envelhecimento nunca poderá ser explicado ou previsto sem termos em consideração as dimensões biológicas, psicológicas e sociais que lhes estão inerentes ” Fonseca (2004, p. 53).

Medeiros (2000) menciona que o processo de envelhecimento é composto por três componentes:

- **Biológica**, (senescência), que reflecte uma vulnerabilidade crescente e de onde resulta uma maior probabilidade de morrer;
- **Psicológica**, definida pela capacidade de auto-regulação do indivíduo face ao processo de senescência;
- **Social**, relativa aos papéis sociais apropriados/ relacionados com as expectativas da sociedade para este nível etário.

Bernardo (1987) refere que o processo de envelhecimento tem diferentes características:

- **Diferencial:** processa-se de maneira diferente de indivíduo para indivíduo, de célula para célula, de tecido para tecido, de órgão para órgão, de aparelho para aparelho.

- **Variável:** nas formas, nos ritmos, nos efeitos, nas reacções que provoca. É variável de sociedade para sociedade, de época para época estando, portanto, ligado a um momento histórico;

- **Ambivalente:** apresenta aspectos positivos e negativos. O envelhecimento é encarado de modo diferente, existindo indivíduos que ganham humor, serenidade e outros que se apresentam mais frágeis (diminuição, perda de vontade de viver).

Apesar de ser um processo normal, o envelhecimento nem sempre é bem compreendido e ao longo do tempo têm surgido mitos a ele associados; assim como muitas concepções falsas e crenças. Muitos mitos continuam a sobreviver, nomeadamente, os que associam os idosos a seres incompetentes, decrépitos e assexuados. *“ Estes mitos acerca do envelhecimento conduziram à formação de estereótipos negativos das pessoas idosas, podendo resultar em idadismo, uma forma de discriminação das pessoas baseada simplesmente na idade que apresentam ”* (Cavanugh, 1997, cit In Fonseca, 2004, p. 28).

Os idosos são muitas vezes vítimas de discriminação social, unicamente pela sua idade cronológica – que é definida apenas pela idade e não pelas capacidades pessoais de cada indivíduo.

O idadismo *“ (...) começa em casa, no seio família, na forma como os mais velhos vão sendo “codificados”, mais ou menos conscientes pelos mais novos (“ até o avô pode ir (...) ” estendendo-se a toda a sociedade umas vezes através do preconceito (feito de estereótipos), outras vezes através da discriminação (atitude mais grave, carregada de hostilidade)”* (Ibidem, p.29).

Envelhecimento é diferente de velhice, dado que se o envelhecimento começa no momento em que somos gerados, a velhice ou os seus sinais e sintomas físicos e mentais só se manifestam de forma clara a partir de determinada idade (Jacob, 2001).

A velhice faz parte do destino biológico do ser humano. Embora não exista ainda uma base fisiológica, psicológica ou social que permita marcar o seu início.

O conceito de velhice, de acordo com Cabrillo et al. (1990, cit In Fonseca 2004, p. 35) é fruto da civilização contemporânea, pois “ (...) *não havia velhos entre os homínídeos nem entre os pré-históricos* ”. Os referidos autores definiram a velhice como sendo “ (...) *um processo desfavorável e progressivo de mudança, de modo geral associado à passagem de tempo, que se torna perceptível depois da maturidade e conclui, invariavelmente, com a morte (...)* ”.

O significado social da velhice é então definido a nível cultural e histórico, de acordo com uma determinada conjuntura. Não existe, portanto, uma definição universal de velhice, havendo necessidade de procurar, na organização da própria sociedade e nos valores que essa sociedade tem implícito, o sentido operativo do conceito de velhice socialmente construído (Pereira, sd).

Na actualidade, a Organização das Nações Unidas considera como “idoso” toda a população com 60 ou mais anos. Por sua vez, o Conselho da Europa e a Organização de Cooperação Desenvolvimento Económico (OCDE) consideram idosos, todos os indivíduos a partir dos 65 anos, inclusivé.

Embora a OMS “ (...) *tenha feito uma tentativa de uniformizar critérios e assim convencionou que o idoso é todo o indivíduo com mais de 65 anos de idade, independentemente do sexo ou estado de saúde (...)*” (Almeida, 2005, p. 7).

Segundo Lessa (1982, cit In Ameida, 2005, p. 7), a idade cronológica nada tem a ver com a idade biológica, pois não temos a mesma idade em todo o corpo. “ *A idade não é a única característica que explica o envelhecimento (...)* resulta também das condições psicológicas, políticas, económicas e culturais da sociedade ”.

Papalaia et al. (1992, cit In Fonseca, 2004) fala exclusivamente em idade adulta (“*adulthood*”), que se divide em três períodos: “idade adulta jovem”, dos 20 aos 40 anos; meia-idade adulta, dos 40 aos 65 anos; “idade adulta tardia”, dos 65 anos em diante.

Segundo Levet (1995, cit In Graça, 2005), já na época dos Romanos, os 65 anos marcavam o começo da velhice e também agora, os 65 anos, idade da reforma, assinalam a entrada na velhice social.

Segundo a mesma autora, até ao século XIII, as pessoas ignoravam mesmo a sua idade. Era no clero que existia a maior proporção de pessoas idosas, mas à

medida que a sociedade se estruturava, o papel dos homens de idade aumentava de importância (Ibidem).

Na época do Renascimento assiste-se à “vingança” e ao triunfo da juventude, admirando-se muito a beleza das mulheres jovens. Surge, então, uma alteração no modo de ver os idosos. Ao contrário do que acontecia até então, a longevidade feminina passa a ser mais elevada do que a masculina e no século XVII as mulheres idosas, mais numerosas que os homens idosos, passam a simbolizar não só a perda de beleza, mas também a maldade, daí que fossem muitas vezes associadas a bruxas. A velhice torna-se assim causadora de medo e de repulsa.

No século XVIII, a imagem da velhice sofre uma profunda transformação e passa a estar associada a qualidades tais como sabedoria, bondade e justiça, sendo mesmo enaltecida durante a revolução francesa.

No começo do século XXI, com a crescente globalização, as tecnologias disponíveis à população possibilitaram uma melhor qualidade de vida para as pessoas, de modo que estas foram envelhecendo de maneira mais segura e saudável.

Os indivíduos envelhecem de forma muito diversa e, a este respeito podemos falar de idades biológica, social e psicológica, que podem ser muito diferentes da idade cronológica. Para Fontaine (2000), cada indivíduo tem três idades diferentes:

- **Idade biológica** está ligada ao envelhecimento orgânico, durante o qual cada órgão do corpo sofre modificações que diminuem o seu funcionamento durante a vida.

- **Idade social** corresponde ao papel, estatutos e hábitos da pessoa relativamente aos outros membros da sociedade e é muito influenciada pela cultura e pela história do país.

Na nossa sociedade, a passagem à reforma é um passo muito marcante na vida de uma pessoa, que passa da categoria de trabalhador à de reformado. Numa sociedade em que o trabalho é muito valorizado, o ser colocado “à margem” pode provocar grandes dificuldades psicológicas.

- **Idade psicológica** refere-se às competências comportamentais que a pessoa pode movimentar em resposta às mudanças do ambiente, por exemplo, as

capacidades de memória, as capacidades intelectuais e as motivações. Segundo estes autores, uma boa manutenção destas actividades permite uma melhor auto-estima e auto-domínio.

O Homem possui algo de fundamental que o distingue dos outros seres; o indivíduo não é apenas um organismo biológico, mas um ser com cultura própria, fruto de gerações que o antecederam.

2.3.- Tipos de envelhecimentos

2.3.1.- Envelhecimento biológico

O envelhecimento biológico define – se “ (...) como a *alteração progressiva das capacidades de adaptação do corpo, verificando-se, conseqüentemente, um aumento gradual de determinadas doenças crónicas-degenerativas que podem precipitar a incapacidade ou o fim de vida* ” (Imaginário 2004, p. 13).

Gaudet (1992, cit In Hortelão, 2003) refere que o desafio da última fase da vida consiste em saber negociar o declínio fisiológico inevitável, aliado à acumulação de perdas no percurso existencial e valorizar a imagem de si, mantendo a capacidade de interdependência.

As várias teorias do envelhecimento biológico podem ser divididas em quatro grupos:

- **Teoria Programada:** Considera o processo de envelhecimento como uma fase inevitável. O seu início tem lugar logo na fecundação e decorre com o desenvolvimento do organismo, desde o nascimento até à sua morte.

- **Teoria Tóxica:** Considera que a intoxicação do organismo por acumulação de substâncias tóxicas tem como consequência o mau funcionamento e a morte.

- **Teoria do Desgaste:** Defende a ideia de que o organismo é semelhante a uma máquina;

- **Teoria do Erro:** O envelhecimento deve-se ao aparecimento de erros no código genético e caracteriza-se pelo envelhecimento de diferentes órgãos e tecidos com a

diminuição da flexibilidade dos vasos, a redução do tonus e a perda de células nervosas.

O envelhecimento biológico é dotado de profundas e irreversíveis alterações em função do tempo, através das quais o indivíduo caminha progressivamente para um estado de morte celular, embora estas não afectem de modo uniforme a totalidade dos sistemas. Assim sendo, passaremos a enunciar algumas das alterações verificadas no foro biofisiológico decorrentes do processo de envelhecimento, descritas por Chambel et al. (2003, cit In Graça, et al. 2005), através do quadro nº 2.

Quadro nº 2- Alterações biofisiológicas

Sistema tegumentar:	A pele torna-se menos elástica, seca e frágil. A gordura subcutânea desaparece, causando rugas, vincos e flacidez. Aparecem manchas mais escuras. Ocorrem facilmente equimoses. Os cabelos, os pêlos axilares e púbicos ficam mais finos e esbranquiçados. Os pêlos no nariz e nas orelhas tornam-se evidentes;
Sistema sensorial:	Ocorre uma diminuição da acuidade visual; o cristalino torna-se amarelado, a cor altera-se e a percepção fica distorcida; a acomodação ao escuro enfraquece. Ocorre também uma diminuição da audição e do olfacto. O paladar é menos apurado. A regulação da temperatura e a percepção da dor estão diminuídas.
Sistema neurológico:	A redução na velocidade dos impulsos nervosos pode causar uma diminuição no tempo de reacção e nos movimentos. Podem ocorrer alterações no padrão do sono.
Sistema cardiovascular:	O débito cardíaco diminui; a pressão arterial sistólica e diastólica aumenta. Os vasos sanguíneos perdem a elasticidade e tornam-se mais estreitos. As válvulas cardíacas são menos flexíveis. Os vasos sanguíneos do crânio, pescoço e extremidades são proeminentes.
Sistema respiratório:	O volume residual aumenta e a capacidade vital é baixa. A eficiência dos pulmões diminui, em consequência da redução e da perda de elasticidade dos alvéolos. A perda de elasticidade e da acção dos cílios provoca redução de resposta da tosse e as trocas gasosas tornam-se menos eficazes.
Sistema músculo-esquelético:	As alterações podem incluir articulações deformadas ou aumentadas, alterações na postura e na coluna vertebral, diminuição da força e da massa muscular; os ossos tornam-se porosos e frágeis. Pode diminuir a mobilidade.
Sistema gastrointestinal	Muitos idosos não possuem dentes. A quantidade de saliva e motilidade esofágica podem diminuir. Os sucos digestivos diminuem devido à atrofia das células intestinais. A redução da tonicidade muscular e diminuição do peristaltismo pode provocar obstipação.
Sistema endócrino:	A actividade da glândula tiroideia pode diminuir, originando diminuição na atenção, menos actividade e maior susceptibilidade ao frio. O metabolismo basal está diminuído. Diminui a secreção de testosterona, estrogénios e progesterona. O pâncreas pode ter uma secreção retardada e insuficiente de insulina. - Sistema genito-urinário: a função e a perfusão renal diminuem. O equilíbrio hidroelectrolítico torna-se instável. Os músculos vesicais enfraquecem e pode ocorrer incontinência. A hipertrofia da próstata ocorre na maioria dos homens. As mulheres ficam com os órgãos genitais atrofiados; diminuição das secreções vaginais e o epitélio vaginal torna-se fino. Os ovários e trompas de Falópio atrofiam.

Sayer et al. (2002, cit In Fonseca, 2004, p. 62) defendem que as condições ambientais a que o indivíduo está sujeito “ (...) desde que nascem e a sua maior ou menor plasticidade desenvolvimental ao longo de todo o ciclo de vida (que deriva, em parte, da exposição a essas mesmas condições), acabam por influenciar o próprio envelhecimento) ”.

2.3.2.- Envelhecimento psicológico

Neste contexto, poderão verificar-se ainda alterações de carácter psicossocial, dado que um grande número está sujeito a determinantes externos que podem desencadear perturbações quer ao nível mental quer ao nível comportamental. Existem alterações psíquicas que carecem de tratamento, tais como: depressão, hipocondria, somatização, paranóia, suicídios; diminuição da auto-imagem e da auto-estima.

Tal como as características físicas do envelhecimento, também as de carácter psicológico estão relacionados com a hereditariedade, com a história e com as atitudes de cada indivíduo. As pessoas mais saudáveis e optimistas têm mais capacidade em adaptar-se ao processo psicológico do envelhecimento (José et al., 2002).

Os indivíduos com mais de 65 anos de idade apresentam muitas vezes quadros de depressão, que frequentemente passam despercebidos aos familiares e profissionais de saúde, sendo encarados como características naturais do envelhecimento. Com o avanço dos anos, as pessoas deparam-se com uma série de perdas significativas.

Segundo Chambel et al. (2003, cit In Graça et al., 2005), o envelhecimento acarreta uma série de alterações psicológicas, que podem resultar em (vide quadro nº 3):

Quadro nº 3- Alterações psicossociais

Alterações Psicossociais	Tipo	Descrição
Perda dos seus diferentes papéis	1º Papel de pai	Apesar de continuarem a ser pais ou mães, deixam de ter responsabilidades para com os filhos, nem moral, nem económica. Fica apenas a dimensão afectiva, o que vai deixar um vazio doloroso, geralmente chamado de "complexo do ninho vazio".
	2º Papel de profissional	A perda deste papel é muitas vezes acompanhada pela perda de outros papéis: sindical, social e político, o que vai acentuar o vazio social. O facto de deixar de produzir leva o reformado a sentir que perdeu toda a utilidade social. Embora algumas pessoas de idade tenham conseguido organizar-se de forma a continuar, para além da sua reforma, com actividades no plano cultural, associativo ou outro, o facto é que a maioria das pessoas reformadas se encontram inactivas e desintegradas socialmente. Segundo Levet (1995), o vazio social criado pela perda do estatuto profissional pode provocar uma perturbação do equilíbrio psíquico, o que implica uma nova estruturação da personalidade, a busca de novos centros de interesse e de ocupação.
	3º Desaparecimento do cônjuge	O que vai instaurar a solidão afectiva e sexual. Segundo Netto (1999), é necessário ter em atenção as questões da vida sexual e afectiva dos idosos em regime de internamento em lares. Contudo, é importante ter em atenção que estes por vezes têm demências ou estão fragilizados e podem apresentar grandes limitações para o exercício da autonomia. No entanto, é necessário reconhecer a necessidade sexual dos idosos em internamento e o seu direito à privacidade e intimidade. Deve-se ter em atenção a necessidade de proporcionar momentos de convívio, namoro e trocas afectivas entre idosos.

O envelhecimento é pois um período de grande mudança e permanente adaptação às novas condições de vida, todas elas mais ou menos marcadas pela limitação e pela perda. É essencialmente caracterizado pelo luto que a pessoa de idade vai ter de fazer de uma certa imagem de si próprio, como pessoa, como ser social e como membro da comunidade.

Ao serem retirados os seus interesses, actividades habituais, os seus amigos e familiares, toda a energia libidinosa posta nestas relações pessoais e nestes investimentos sociais e profissionais, a pessoa idosa sente um vazio. Este é um momento crítico para a pessoa de idade, ela depara-se bruscamente com tempos livres em excesso e dispensada de participação na vida social.

Para Pimentel (2002), na terceira idade as perdas aceleram-se e as crises tornam-se cada vez mais frequentes e difíceis de ultrapassar.

A vivência de “perda de objecto”, quer se trate de perdas reais ou imaginadas e receadas, bem como a forma como a personalidade será capaz de reagir a essa situação desempenham um papel essencial no decurso do envelhecimento.

A solidão, o isolamento e o abandono são as grandes problemáticas do processo de envelhecimento, conduzindo a uma crescente quebra de laços sociais.

As inúmeras perdas pelas quais a pessoa passa, com especial ênfase na velhice, podem conduzir a pessoa idosa a um estado progressivo de isolamento, deixando de estabelecer relações com a sociedade, com aqueles que a rodeiam, deixando de se interessar pelo mundo e acabando por pensar que já nada tem para fazer (Ibidem).

Pode-se assim compreender a importância que os tipos de relações humanas que existem na sociedade têm para a saúde mental da pessoa de idade. Numa sociedade em que a pessoa conta apenas na medida em que é produtora de riqueza, em que é apenas um elo de uma organização marcada pela produtividade e pela rentabilidade, não há, muitas vezes, lugar para a pessoa de idade, que é frequentemente marginalizada, suportada ou esquecida. No entanto, é importante referir que os idosos também têm os seus direitos, quer a nível da independência, quer da participação, da assistência, da auto-realização e da dignidade.

2.3.3.- Envelhecimento social

A chegada da idade da reforma, da chamada terceira idade, apresenta muitas das vezes uma visão unificadora dos idosos, como se estes chegassem a uma fase do ciclo de vida na qual se desvanecem todas as diferenças individuais, e em que podemos falar de um grupo homogéneo de indivíduos caracterizados por uma diminuição das suas capacidades e dos seus recursos sociais e económicos.

O envelhecimento social, segundo Hortelão (2003, p. 52), é “ (...) o percurso do ciclo de vida estabelecido por uma sociedade “.

Edith Motta (1989, cit In Medeiros, 2000, p. 38) entende por envelhecimento social “ (...) um processo frequentemente lento que leva à progressiva perda dos

contactos sociais gratificantes (...) é o caminho percorrido em direcção à morte social “.

A mesma autora refere que esta fase implica, de certa forma, a perda de relações sociais e a diminuição do estado social anterior. O envelhecimento é associado a uma diminuição de comunicação que se traduz no isolamento e solidão, sendo considerado um dos aspectos mais relevantes (Ibidem).

Envelhecer significa a chegada de certos acontecimentos, tais como: a progressiva perda do poder de decisão, associada à perda do poder económico da pessoa idosa; o progressivo esvaziamento dos papéis sociais; o enfraquecimento dos laços sociais; a morte do cônjuge e o progressivo desaparecimento de contemporâneos.

O fenómeno do isolamento nos idosos é mais notório no sexo feminino, devido essencialmente à “sobremortalidade masculina” (da diferença de idades entre cônjuges, e da proporção de celibatárias). No entanto, parece haver uma maior capacidade de adaptação das mulheres à sua condição de idosas e de viúvas, por oposição aos homens que revelam frequentemente inadaptação face aos novos contextos sociais.

A situação económica também é geradora de uma menor participação sócio-cultural, dado que o idoso, devido aos seus baixos rendimentos, muitas das vezes fica apenas pela satisfação das suas necessidades básicas, deixando de lado a participação em eventos destinados ao lazer, proporcionando o isolamento e uma crescente marginalização.

Relativamente à situação habitacional, os idosos são um grupo particularmente afectado, devido sobretudo ao baixo nível das pensões, por oposição ao valor elevado das rendas, facto que condiciona o acesso a uma habitação digna. Por outro lado, muitas vezes as habitações que ocupam não preenchem os requisitos necessários para satisfazer as suas necessidades.

As condições habitacionais estão intimamente ligadas ao isolamento. Este é mais acentuado na área urbana, onde a solidariedade entre vizinhos e amigos e o contributo familiar decresce cada vez mais, especialmente porque a disponibilidade

dos diferentes elementos da família, associada em grande parte às actividades laborais, é cada vez mais diminuta. Apesar deste facto, a família é ainda a principal instituição prestadora de cuidados ao idoso.

O facto do nível médio das pensões não atingir o valor do salário mínimo nacional, reflecte-se na saúde a dois níveis:

1º Limitação no acesso a serviços particulares (muitas vezes os serviços de saúde não dão reposta imediata aos problemas sentidos pelas pessoas idosas);

2º Dificuldade para cobrir as despesas com medicamentos.

Os desafios face ao envelhecimento não podem ser encarados apenas numa perspectiva negativista. Devido ao progresso da ciência e da qualidade de vida, actualmente os “velhos” são paradoxalmente cada vez mais jovens, isto é, mantêm-se activos por um período maior, têm uma melhor formação e encontram-se de certa forma menos dependentes.

Segundo Perista (1992), a partir de 1974, verificou-se uma melhoria significativa nas condições de vida da população idosa, com maior incidência em determinados grupos. No entanto, outros mantêm-se em situações de risco devido às baixas pensões, ao isolamento e ao abandono.

Perante a situação das pessoas idosas e por vezes da violação de alguns dos seus direitos, vários organismos têm-se preocupado com esta classe etária. A Declaração Universal dos Direitos do Homem (Assembleia Geral da ONU, 10 de Dezembro de 1948) reconhece que os homens nascem livres e iguais em dignidade e direitos e podem invocá-los sem distinção: art.º 25 n.º 1 - “ *Todo o indivíduo tem direito a um nível de vida que chegue para assegurar a sua saúde, o seu bem estar e os da sua família, nomeadamente para habitação, alimentação, o vestuário, os cuidados médicos, assim como para os serviços sociais necessários, têm direito à segurança em caso de (...) velhice* ” Declaração Universal dos Direitos do Homem (1987, p. 33, <http://www.unhchr.ch/udhr/lang/por.htm>);

Igualmente, a constituição da república portuguesa, desde 1976, e mesmo na segunda revisão de 1989, subscrevendo a Declaração Universal dos Direitos do

Homem, assenta os princípios nos direitos fundamentais da pessoa humana sem quaisquer distinções, considerando invioláveis a vida humana e a integridade moral e física. Quanto às pessoas idosas, especifica que: art.º 72 n.º 1- “ *As pessoas têm direito à segurança económica e a condições de habitação e convívio familiar e comunitário que evitem e superem o isolamento ou marginalização social* “, n.º 2- “ *A política da terceira idade engloba medidas de carácter económico, social e cultural, tendentes a proporcionar às pessoas idosas oportunidades de realização pessoal, através de uma participação na vida da comunidade* “ (Silva, 2006, p. 54).

Para o idoso, impõe-se portanto a implementação de uma política social coerente, participada pelos sectores público e privado, implicando respostas interdepartamentais e pluridisciplinares. Política que terá ainda de dar primazia ao papel da família e da sociedade no desenvolvimento de esquemas de solidariedade humana e social.

Envelhecer é, assim, um facto plural, não se resume a uma redução ou perda de funções. O envelhecimento é um fenómeno de desenvolvimento complexo que envolve perdas e aquisições. As perdas processam-se num contexto natural, as aquisições são adquiridas com base no conhecimento que cada Homem tem de si próprio e pela estimulação diária do corpo e da mente. Conhecer as nossas capacidades é tão importante como “ser capaz”. Manter-se apto para desempenhar as tarefas do quotidiano essencial à autonomia, pode em algumas circunstâncias preencher um desafio e edificar a auto-imagem.

Em conclusão, o envelhecimento é, assim, um processo que difere de indivíduo para indivíduo, mas que revela simultaneamente dados objectivos (degradação física, diminuição tendencial dos funcionamentos perceptivos e amnésicos, etc.), e também dados subjectivos que constituem de facto a representação que a pessoa faz do seu próprio envelhecimento. (Fontaine, 2000).

2.4.- A dependência na terceira idade

Devido essencialmente ao número efectivo de pessoas idosas e também ao aumento da sua esperança média de vida, tanto em Portugal como no resto da Europa, os estudos dos processos de envelhecimento ganham, neste início do século (XXI), um relevo e uma prioridade indiscutíveis. Assim, o aumento da esperança de vida proporciona o surgimento de pessoas com idades cada vez mais avançadas e, previsivelmente, mais dependentes.

Quando se fala em velhice, quase sempre se lhe associa um processo de crescente dependência, perda de controlo sobre a própria vida, mesmo ao nível das ciências médicas, biológicas e psicológicas.

O envelhecimento é encarado como um processo de declínio, degenerativo, em que deixa de existir um potencial desenvolvimento humano. No entanto, por vezes, esquece-se que existem situações de dependência em qualquer etapa do desenvolvimento humano e não somente na velhice, embora a idade avançada seja um factor de risco, dado que as alterações funcionais irreversíveis que se desenvolvem no organismo, apesar de serem naturais, podem originar situações de maior ou menor dependência, consoante o órgão afectado.

Na velhice verifica-se o aumento das limitações. Por exemplo, as limitações da mobilidade física, mesmo quando compensadas por meios mecânicos, acentuam a dependência do idoso e assumem o valor de estigma. Segundo Drulle (sd, cit In Santos, 2003, p. 34) “ (...) a imagem que as pessoas constroem acerca da velhice acaba por condicionar a maneira de estar dos próprios idosos. Em certos casos, estes sentem que há uma imagem tão desvalorizante que acabam por se conformar e actuar de acordo com ela (...) o idoso é assim estigmatizado e acaba por interiorizar e aceitar o que os outros lhe atribuem ”.

Fonseca (2004, p. 62) refere a distinção entre envelhecimento normal e envelhecimento patológico. Este considera “ (...) envelhecimento normal- que não implica a ocorrência de doença, e envelhecimento patológico- aquele em que há doença e em que esta se torna a causa próxima da morte ”.

A OMS, na constituição de 1948, define saúde como “ (...) *um completo de bem-estar físico, mental e social, e meramente ausência da doença* ” (Sousa, 2006, p. 32). Este conceito tem sido alvo de inúmeras críticas desde então. Definir a saúde como um estado de completo bem-estar faz com que a saúde seja algo ideal, inatingível e, assim, a definição não pode ser usada como meta pelos serviços de saúde. Este conceito leva-nos a deduzir dois aspectos que passamos a enunciar:

1º Um indivíduo pode sentir-se saudável, realizar as suas actividades de vida diária e ser portador de uma doença, logo, o estado de bem-estar é relativo;

2º Se a saúde fosse sinónimo de ausência de doença, nenhum idoso seria saudável, pois é do conhecimento geral que com o envelhecimento surgem perdas, doenças crónicas e o organismo humano vai perdendo capacidades.

No entanto, por vezes alguns incidentes críticos, como algumas doenças ou acidentes podem tornar o indivíduo incapaz de realizar as suas actividades de vida diárias, colocando-o num limiar de dependência e incapacidade. Embora o envelhecimento sem incapacidades seja fundamental para a manutenção de uma boa qualidade de vida.

Mais tarde, a OMS (1986, cit In Sousa, 2006, p. 57) reformula a definição em que “ *Saúde é a extensão em que um indivíduo ou grupo é, por um lado, capaz de realizar as suas aspirações e satisfazer as suas necessidades e, por outro, de lidar com o meio que o envolve (...)* ”. A percepção de saúde varia muito entre as diferentes culturas, assim como as crenças sobre o que traz ou retira a saúde.

Entende-se por autonomia “ (...) *capacidade, a liberdade e o direito de estabelecer as próprias leis e a capacidade de se autogovernar. Autonomia não significa “ fazer as coisas sem ajuda ”- mesmo as pessoas que estão em situação de dependência de terceiros podem atingir autonomia relativamente às suas expectativas e ao meio em que vivem. É uma atitude/capacidade, que se pode adquirir e desenvolver- a de planear a sua própria vida e de estar em relação com os outros e, com eles, participar activamente na construção da sociedade* ” (Vicente, 2002).

Entende-se por 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, demência 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 da vida diária “ (Decreto Lei 101/2006 nº 108).

De forma mais simplificada, dependência significa “ (...) o facto de uma pessoa não efectuar, sem ajuda, as principais actividades da vida quotidiana ” (Ennuyer, 1987, cit In Medeiros, 2000, p. 40).

Uma vez que a pessoa se torna dependente, necessita de ajuda para a realização das actividades de vida diária. Entende-se por actividades de vida diária (AVD) todas “ (...) as acções quotidianas que é necessário realizar para satisfazer as necessidades humanas básicas ” (Ibidem, p. 8).

Um outro conceito ligado às actividades de vida diária é a competência que o indivíduo detém para executar a sua vida diária. Diehl (1998, cit In Fonseca, 2004, p. 90) define assim competência de vida diária “ (...) como sendo a capacidade de uma pessoa para desempenhar um leque diversificado de actividades consideradas essenciais para uma vida autónoma, envolvendo aspectos do funcionamento individual de natureza física, psicológica e social, os que agem entre si de forma complexa na produção de comportamentos habituais relativos ao dia-a-dia ”.

A competência de vida diária é descrita como um conjunto de competências para lidar com o dia-a-dia e desdobra-se em duas modalidades possíveis:

- **Competência básica**, necessária para a manutenção de uma vida independente, que inclui actividades de rotina (cozinhar, vestir-se, cuidar de si próprio) e as actividades instrumentais do quotidiano (compras, mobilidade).

- **Competência alargada**, a qual se refere a actividades determinadas pelas preferências individuais, motivações e interesses, incluindo as actividades de lazer. (Schaie et al., 1999, cit In Fonseca, 2004).

As primeiras referem-se “ (...) às necessárias para o auto-cuidado e que permitem a uma pessoa valer-se a si própria e são, perdendo-se pela mesma ordem, lavar-se, vestir-se, ir ao WC, mobilizar-se, ser continente e alimentar-se. As segundas, são as requeridas para se poder viver em comunidade e relacionar-se com os demais - as mais habituais são limpar, cozinhar, fazer compras, utilizar meios de transporte, lidar com dinheiro, a medicação, o telefone, etc ” (Vicente, 2002).

Há diversos factores que podem determinar a dependência num idoso, entre eles, os factores físicos, os psicológicos e os provenientes do contexto, que passamos a explicitar:

- Quanto aos físicos, podemos mencionar a fragilidade física, os problemas de mobilidade e as doenças.

- Acerca dos psicológicos, pode fazer-se referência aos transtornos cognitivos e às alterações de personalidade.

- E por último, os contextos. Estes têm a ver com o ambiente físico, com as atitudes e comportamentos das pessoas que rodeiam o idoso, podendo promover a autonomia ou contrariamente exacerbar a dependência.

Baltes et al. (1999, cit In Fonseca, 2004) defende que a dependência não decorre automaticamente de problemas relacionados com o envelhecimento biológico, mas deve ser vista como consequência de condições sociais e individuais específicas. A dependência pode ser vista como uma dependência aprendida, que tem como objectivo evitar a solidão e exercer um controlo passivo sobre o ambiente.

José et al. (2002) classifica a dependência em três grandes grupos que passamos a referenciar:

- **Idosos com baixa dependência** necessitam apenas de supervisão ou vigilância, na medida que possuem ainda alguma autonomia, quer ao nível da mobilidade, quer ao nível da realização de determinadas actividades da vida diária (ex: higiene pessoal, vestir/ despir, comer...).

- **Idosos com média dependência** encontram-se numa situação em que necessitam não só de supervisão, mas também de ajuda efectiva de terceiros no desempenho de algumas actividades específicas como, por exemplo, tomar banho, controlar a toma dos medicamentos, entre outras.

- **Idosos com elevada dependência** necessitam, diariamente, de ajuda extensiva e intensiva. Isto quer dizer que não têm capacidade para desempenhar um determinado conjunto de tarefas “básicas”: São pessoas que se encontram acamadas ou que têm fortes restrições ao nível da mobilidade, tendo algumas delas outras incapacidades associadas como, por exemplo, a diminuição das aptidões cognitivas e do controlo esfíncteriano (bexiga e intestinos).

A dependência é gerada pelo aparecimento/ agravamento da doença. Apesar dos inúmeros esforços para garantir uma velhice cada vez mais activa e saudável, a maioria dos idosos experimenta alguma fragilidade nessa fase “ *A doença traz consigo um fator emocional de regressão, no sentido de acentuar sentimentos de fragilidade, de dependência, de insegurança. O estado de doença acarreta algumas repercussões psíquicas inevitáveis, como preocupações, angústias, medos, alterações na auto-imagem e algum nível de dependência* “ (Diogo, et al., 2002, cit In Cattani et al., 2004, p.32).

De um modo geral, a doença faz parte e é comum na experiência humana. Apesar de todas as pessoas, de alguma maneira, já terem adoecido, o processo e os efeitos da doença são vivenciados de forma individualizada e subjectiva. No entanto, as pessoas com doença crónica assumem um papel de fragilizados e com um limiar de risco maior do que outros doentes (Sorensen et al., 1998, cit In Santos, 2003).

Capelo (2001, cit In Imaginário, 2004, p. 47) refere no seu estudo realizado num dos Centros de Saúde da grande Lisboa que “ (...) *as doenças crónicas que mais*

acometem a população idosa são a diabetes, as cardiopatias, os problemas osteo-articulares, estas duas com igual frequência, seguidas da hipertensão, da hipertensão arterial, da amputação de membros, de cegueira, da paraplegia, do cancro, da doença renal e por sim da marginalização social ”.

O Decreto Lei nº 101/ 2006 define doença crónica como “ (...) 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 ”.

Já a OMS define doença crónica com as seguintes características: “ (...) são permanentes, produzem incapacidade/deficiências residuais, são causadas por alterações patológicas irreversíveis, exigem uma formação especial do doente para a reabilitação, ou podem exigir longos períodos de supervisão, observação ou cuidados ” (José et al., 2002).

Apesar de tudo, o idoso, mesmo aquele que se encontra totalmente dependente, é um ser humano e, como tal, possui esse conjunto de necessidades, bem como o direito de as ver satisfeitas.

Abrahm Maslow, referido em Medeiros (2000), propõe que os seres humanos nascem com cinco sistemas de necessidades que são dispostas numa hierarquia, que passamos apresentar figura nº 1.

Figura nº 1- Pirâmide das necessidades



Em França, foi elaborada em 1987 pela Fundação Francesa de Gerontologia, uma “Carta dos direitos e liberdades da pessoa idosa dependente”. O seu objectivo era transmitir que cada pessoa idosa, independentemente/ com ou sem dependência, tem direitos e liberdades que devem ser reconhecidos e respeitados, tendo como objectivo primordial preservar a sua dignidade (Almeida, 2005).

Medeiros (2000) refere que as necessidades das pessoas dependentes são objecto de tipologias que distinguem:

- Cuidados médicos e paramédicos;
- Cuidados de higiene corporal;
- Auxílio à vida doméstica;
- Ajuda na vida social;
- Vigilância;
- Auxílio de âmbito mental: financeiro, técnico, adaptações na habitação;
- Espirituais/ sociais: afectividade e convívio.

A satisfação das necessidades bio-psico-sociais do idoso dependente devem ser integradas num contexto o mais humanizado possível e tendo em conta vários aspectos, designadamente “ (...) a sua própria identidade qualquer que seja a situação onde se encontre; a causa determinante da situação de dependência; o

contexto de vida e de relação do idoso; as suas capacidades para fazer face à situação em que se encontra o papel da família, dos amigos e dos vizinhos, os recursos existentes na comunidade e a sua possível articulação” (Ibidem, p. 48).

Relativamente às respostas à situação de dependência, elas devem ter sempre como objectivo a maior autonomia da pessoa dependente. As acções devem respeitar a vontade da pessoa, embora Pimentel (1995, p. 57), baseada num trabalho de investigação sobre o lugar que os idosos ocupam no contexto familiar, afirme o inverso “ (...) a opinião e a vontade do idoso são frequentemente ignoradas criando um mal estar e um sentimento de incapacidade e de dependência face aos que o rodeiam ”.

Capítulo 3 - Família e Cuidador

3- Uma visão sobre o enquadramento sócio-cultural da família

3.1.- Da família tradicional à família moderna

Actualmente vivemos numa sociedade de mudança, sendo a família alvo das várias mutações “ *Este fenómeno persiste hoje em dia e tem tendência para se tornar mais complexo, como consequência da evolução das actuais tendências demográficas* ” (Fernandes, 1999, p. 32).

Tradicionalmente, o agregado familiar constituía uma unidade económica de produção: “ (...) *a família é um local de produção em que cada membro exerce a função económica* ” (Pinto, 1994, p. 40).

Na família tradicional, o casal nem sempre era a parte mais importante do sistema familiar. Os casamentos, combinados pelas famílias, não tinham como finalidade a relação afectiva em si mesma, este tipo de gratificações era procurado fora da família.

Na Europa medieval “ (...) *o casamento não tinha o amor como fundamento nem era considerado uma instituição onde o amor pudesse florescer* ” (Giddens, 2002, cit In Grilo, 2005, p. 43).

A família tinha sobretudo objectivos económicos e era normal que a produção agrícola envolvesse a totalidade dos seus membros. A desigualdade entre os homens e mulheres era um factor intrínseco e a negação dos direitos também afectava as crianças.

Actualmente, a realidade é bastante distinta. A família é vista essencialmente como uma unidade de consumo. Devido sobretudo à expansão do trabalho assalariado, a actividade económica é exterior à família.

E ainda, a evolução da fecundidade, da mortalidade, da nupcialidade e da propensão para o divórcio representam importantes repercussões sobre o número, dimensões, formação e composição dos agregados familiares.

Na última década, verificou-se uma diminuição da dimensão do agregado familiar, em que é visível o número de famílias constituído por uma única pessoa - famílias monoparentais.

Este fenómeno também é visível em Portugal, com excepção da região Norte, sobretudo no Litoral, onde se verifica a mais elevada dimensão média e os maiores valores, em termos estatísticos, para as famílias numerosas (Santos, 2003).

Em paralelo, surgem novas formas de família designadas por: monoparentais, reconstituídas ou recassadas, de acolhimento ou colocação; adoptivas; homossexuais e comunitárias, que assumem proporções cada vez mais elevadas.

Apesar das transformações, a instituição família é considerada como a unidade fundamental da sociedade e entende-se como sendo “ (...) *um conjunto de elementos emocionalmente ligados, compreendendo pelo menos três gerações, mas não só de certo modo consideramos que “ fazem parte da família ” elementos não ligados por traços biológicos, mas que são significativos no contexto relacional do indivíduo, ou indivíduos* ” (Sampaio, 1985 p. 11).

A perspectiva sistémica, numa outra abordagem, entende a família como “ (...) *um sistema, isto é, um conjunto de relações, em contínua relação com o exterior e mantendo o seu equilíbrio ao longo de um processo de desenvolvimento, percorrido através de estádios de evolução diversificados* ” (Sampaio 1984 cit. In Sampaio, 1985, p. 11).

A família é um local de trocas intensas, fundado em “ necessidades naturais”. É considerada “ (...) *o núcleo duro a pedra fundamental de toda a sociedade e é nela que as gerações adquirem a responsabilidade para com os seus membros*”. Segalen (1999, cit In Grilo, 2005, p. 50) refere ainda que o parentesco “ (...) *constitui uma instituição intermédia entre o indivíduo e a sociedade* ”.

A família é universal e existe num contexto de desenvolvimento humano. A necessidade de sobreviver em sociedade e de estabelecer laços numa relação íntima e promotora de afectos, é vital para o desenvolvimento pleno das capacidades da pessoa, conduzindo-a à inevitabilidade do benefício de viver em família.

A natural progressão e desenvolvimento da família ocorrem directamente relacionados com o crescimento e evolução de cada um dos seus elementos.

A interdependência que se gera entre os membros de uma família, justifica que o que acontece a um dos seus elementos se reflecta nos restantes, intervindo na dinâmica familiar e com repercussões no bem-estar de todos.

As tarefas das famílias encontram-se enumeradas em cinco pontos fundamentais para cada indivíduo: protecção / alimentação; reprodução/ sexo; status, legitimação e transmissão das características do grupo social de origem; afecto, amor/ prestação de cuidados e por último socialização.

É no seio das relações familiares que os acontecimentos da vida individual adquirem significado e, por vezes, através da mesma, são colocados à experiência o nascer, o morrer, o crescer, o envelhecer, a sexualidade e a procriação “ (...) *a família revela-se como um dos lugares privilegiados da construção social da realidade, a partir da construção social dos acontecimentos e relações aparentemente mais naturais* ” (Saraceno:1997, cit In Imaginário: 2004).

O ciclo familiar descreve o modo como as famílias evoluem e se transformam ao longo da sua própria existência, funcionando “ (...) *como uma biografia e providenciando marcos para dividir o relógio familiar em segmentos* ” (Sousa et al., 2004).

De acordo com a concepção de Cártter et al (1989, cit In Sousa 2004), o ciclo de vida familiar divide-se em seis estágios:

1º Estádio “ sair de casa ”- é a fase entre famílias (in-between) em que o indivíduo já se separou da família de origem de forma física, emocional e financeira, mas ainda não constituiu família. As tarefas emocionais mais relevantes são formular objectivos de vida pessoais e adquirir uma identidade antes de formar um agregado familiar.

2º Estádio “ novo casal ”- requer, como primazia, a formação do sistema conjugal; induz a reorganização das relações com a família alargada (pais, sogros, tios, etc) e amigos, no sentido de incluir o cônjuge e a negociação de aspectos práticos da vida comum (tais como a divisão das tarefas domésticas, gestão financeira, etc).

3º Estádio “ tornar-se pai/ mãe ”- o sistema conjugal tem de se ajustar para criar espaço emocional, físico e temporal para os filhos, promover a complementaridade em tarefas domésticas e reorganizar as relações com a família alargada.

4º Estádio “ família com filhos adolescentes ”- transforma a família num sistema emocional, dependente de sistemas externos. A luta pela autonomia e independência dos filhos adolescentes implica o aumento da flexibilidade das fronteiras familiares, no sentido de permitir ao adolescente mover-se entre o interior e o exterior.

5º Estádio “ ninho vazio ”- é o momento em que a família, após ter cuidado, protegido e socializado os seus filhos, os deixa partir como adultos independentes. As tarefas são: redefinir a função do casamento, desenvolver a relação adulto - adulto com os filhos a alargar a família, para incluir genros/ noras e netos.

6º Estádio “ Família no fim de vida ”- implica, principalmente, aceitar a mudança nos papéis geracionais. Nesta fase, a geração mais idosa tem de permitir que os seus descendentes assumam um papel mais central na vida familiar, mantendo espaço no agregado familiar para a sabedoria e experiência dos mais velhos. Este estágio ainda exige que se aprenda a gerir uma série de perdas de natureza diversa, tais como: a morte de parentes e/ ou de amigos, a preparação da própria morte, o convívio com perdas de prestígio e poder, relacionadas normalmente, com o abandono da vida profissional activa.

Neste estágio, um outro aspecto identificado e de suma importância é manter o interesse por si e pelo cônjuge face ao declínio físico e explorar novos papéis sociais e familiares.

Este modelo de ciclo de vida deve ser encarado como uma estrutura que se deve adaptar à diversidade, cada vez maior, oferecida pela sociedade.

As várias abordagens existentes olham a família como “ (...) *um sistema movendo-se ao longo do tempo, que incorpora elementos (nascimentos, adaptações e casamentos) e perde membros (só por morte)* ” (Sousa et al., 2004, p.32).

Um outro aspecto identificado, com o qual as famílias se deparam ao longo do percurso do ciclo de vida, passa por desenvolver aptidões e habilidades que lhes permitam ultrapassar dificuldades e, aprender a lidar com situações que as levem a ter um património e a desenvolverem-se.

A passagem de um estágio de um ciclo de vida familiar para o outro é marcada por uma experiência vivida como uma crise promotora de desenvolvimento da família (ex. casamento, nascimento do primeiro filho). Uma crise no desenvolvimento implica uma dificuldade de uma família que está em fase de transição de estádios. Nesta fase, os membros familiares devem aprender novas formas de encarar a situação (Atkinson, 1989).

Crise é entendida, segundo Black et al. (1996), como uma “ (...) *reação emocional a um evento stressante. (...) É uma luta para recuperar o controle de si e do ambiente, quando o problema é percebido como insolúvel (...) o resultado da crise situacional é centrada na resolução do sofrimento e (...) da ansiedade que a acompanham* ”.

A funcionalidade da família depende do modo como esta consegue mobilizar os seus recursos internos e externos para ultrapassar as crises. A adaptabilidade, a coesão e a comunicação são três dimensões do funcionamento da família que emergem da sua dinâmica como recursos internos e permite uma avaliação do seu grau de funcionalidade.

A adaptabilidade da família para alterar os papéis, os poderes e as regras de relacionamento entre os seus membros, determina a sua adaptação para conviver com os agentes stressores e ultrapassar as crises. (Atkinson, 1989).

Augusto (1994) refere que a capacidade da família para alterar os papéis, os poderes e as regras de relacionamento entre os seus membros, determina a sua adaptabilidade para conviver com os agentes stressores e ultrapassar dificuldades.

As ligações afectivas, o compromisso e o sentimento de pertença permitem entender o grau de coesão da família.

A comunicação aberta entre os membros de uma família que tem o hábito de partilhar informações, emoções e dificuldades ou sucessos conjuntos promove e fortalece a adaptação e coesão. Famílias rígidas com fracas ligações entre os seus membros serão mais facilmente disfuncionais (Araújo, 1994).

3.2.- A Família prestadora de cuidados informais

As relações familiares encontram-se em permanente mutação. Desde o século XVII que a ideologia liberal burguesa expressa uma luta constante contra os restos do feudalismo e do absolutismo monárquico. Ela proclama o livre desenvolvimento dos cidadãos, a sua igualdade perante a lei, e o respeito pela propriedade privada, centrando a sua preocupação no ser humano e nas suas capacidades.

No século XVIII, as grandes transformações que se verificaram ao nível do processo produtivo, não permitiram que se ignorasse a ruptura estrutural sofrida pela oficina artesanal (na sua maioria de manutenção familiar).

Perante uma nova ideologia de trabalho, o homem, uma vez reduzido a simples instrumento de execução, começa a funcionar como um mero mecanismo que a qualquer momento pode subsistir. O quotidiano começa cada vez mais a ser provido de uma imensidão de necessidades e da busca da sua satisfação. Neste contexto, é notória uma evolução que faz a apologia do individualismo.

Hoje em dia, assiste-se a transformações das relações familiares, a que alguns autores chamam de “famílias adoptivas”. Como consequência do reformar os laços matrimoniais após uma situação de divórcio, existem outras ligações parentais complexas que resultam de casamentos múltiplos.

Até há pouco tempo, o divórcio era encarado como uma variação patológica do sistema familiar, considerando como família normal, a família intacta, constituída por um casal, com ou sem filho. Esta perspectiva “ (...) teve como consequência a

impossibilidade, durante muito tempo, de se identificarem os processos e padrões de adaptação das famílias que vivem uma situação de separação e divórcio ” (Araújo, 1994, p. 49).

Hoje em dia, começa a olhar-se para o divórcio como uma situação de crise, de risco do próprio sistema familiar, mas que poderá, se adequadamente ultrapassado, originar um processo de maturação e crescimento individual, mais evidente para os adultos.

Minuchin (s.d. cit In Araújo 1994, p. 50) “ *Em vez de nos agarrarmos ao conceito de normalidade da família nuclear intacta, temos que aceitar que, no nosso tempo e na nossa cultura, uma família onde houve um divórcio é uma organização viável ”.*

Existe cada vez mais uma descontextualização nas famílias que fomenta a desagregação familiar. No entanto, o indivíduo continua a procurar, na esfera familiar, vincular-se a uma relação estável, segura e harmoniosa, como fonte da sua auto-identidade.

O ser humano “ (...) *nasce com uma imaturidade biopsicosocial, do que resulta a necessidade de uma série de suportes para o seu completo e pleno desenvolvimento em que o meio familiar desempenha um papel fundamental (...) é na família, entendida como um espaço emocional de trocas afectivas que o processo de diferenciação e crescimento individual se vai verificar. Este processo é longo evoluindo e construindo-se nas interações permanentes entre os seus membros, procurando a harmonia entre o equilíbrio, a unidade e a capacidade de transformação ” (Trigueiros, 1994, p. 61).*

A família surge como base da estrutura social. Esta assume um papel peculiar em duas etapas da vida humana: na infância e adolescência, em que assume um papel de cariz educativo; e na velhice, em que o seu papel é mais assistencialista (no sentido de prestar algum suporte ao idoso, procurando manter o seu equilíbrio afectivo e físico).

Actualmente, as famílias continuam a ter consciência do seu papel junto dos mais velhos. Como imagem, a família continua a ser uma célula da sociedade, um grande vector das sociedades modernas (Pereira, s.d.).

No ano internacional das pessoas idosas (1999) insistiu-se muito na importância das pessoas idosas viverem cada vez mais com autonomia e integradas na sociedade e na família, sendo aproveitadas todas as suas capacidades; com garantia de meios de subsistência, apoios e cuidados de saúde necessários. O aumento das idades mais avançadas exige cuidados especiais em resultado de incapacidades que lhe estão associadas e, neste caso, na sua maioria, a sociedade tem respondido com o desenvolvimento de medidas de apoio aos indivíduos e às famílias, sempre com o fim último de manter esses indivíduos nas suas casas, o maior tempo possível.

Tradicionalmente, a família desempenhou uma importante função no restabelecimento e manutenção da saúde e bem-estar dos seus membros “ (...) *no mundo ocidental até ao fim do século passado os membros da família ou o pessoal doméstico, geralmente, cuidavam dos seus doentes nas suas próprias casas, e os hospitais eram usados para indigentes ou para pessoas com desequilíbrios mentais* (Roper et al., 1995, cit In Imaginário, 2004, p. 75).

O cuidar inscreve-se na história de todos os seres vivos, desde o início da história e da Humanidade, como forma de garantir a continuidade do grupo e da espécie. É parte integrante da vida e de entre todos os animais, o ser humano é aquele que apresenta menos capacidades para sobreviver com ausência de cuidados. A sua fragilidade faz com que ao nascer, seja de imediato colocado perante a possibilidade de morrer se não for cuidado.

Collière (1999, p.15) defende justamente esta ideia e sublinha ainda que “ (...) *cuidar é e será sempre, não apenas indispensável à vida dos indivíduos mas à perenidade de todo o grupo social* “. Esta função essencial e inerente à sobrevivência dos seres humanos tem sofrido modificações ao longo dos tempos ao sabor das mudanças sociais, económicas e tecnológicas.

Em tempos remotos, garantir a sobrevivência era um facto quotidiano e, tal como hoje, a expressão *tomar conta* e *velar* ou simplesmente *cuidar*, que representam um conjunto de actos que têm por fim e por função manter a vida dos seres vivos (ibidem).

A prática do cuidar tem sido tradicionalmente conotada com a feminilidade com base nos “ atributos naturais ” das mulheres, aparentemente facilitadores de um melhor desempenho nesta área (Simões, 2001, cit In Grilo, 2005).

Petit (2004, p. 101) refere que aquele que cuida “ (...) não é um actor que desempenha um papel, mas sim uma espécie de camaleão que adquire uma diversidade de hábitos num único dia que se introduz no mundo do outro numa atitude de empatia e aí se adapta ”.

Cada cuidador vivência o cuidar de acordo consigo próprio. Entende-se por vivência “ (...) experiência subjectiva, dada imediatamente à consciência pessoal do indivíduo e sentida interiormente como do próprio- o sentir, perceber, ser afectado, pensar, desejar, querer, valorar etc. Não se trata de dados racional ou emocionalmente elaborados, mas do simples experimentar (sentir intimamente) do que acontece conscientemente no próprio Eu ” (Enciclopédia Luso – Brasileira (s.d.), Vol. 18, p. 1355).

Cuidar de alguém representa assim um dos maiores desafios a serem superados, envolvendo longo períodos de tempo dispensados ao doente, desgaste físico, custos financeiros, sobrecarga emocional riscos mentais e físicos.

Os cuidadores, mais do que quaisquer outros, têm a necessidade que se cuide deles, porque “cuidar” é uma tarefa árdua e exigente, sendo necessário cuidar de quem cuida. Santos (2006) refere “ (...) são cuidadores, todos os que dispensam cuidados a terceiros e existem vários tipo de cuidadores ”.

Os cuidados formais são organizados e prestados por organizações lucrativas, não lucrativas e públicas. Estas organizam cuidados em lares, residências temporárias, assim como em centros de dia e/ou de noite, em centros de convívio e também no domicílio da pessoa idosa. Estes equipamentos ou serviços podem ser tanto de reabilitação, como de longo termo ou de curto prazo, bem como curativos ou paliativos. E podem também ser efectuados por empregadas domésticas do mercado de serviços pessoais (Carvalho, 2006).

Os cuidados informais são prestados por cuidadores familiares, vizinhos, amigos e voluntários e podem ser pagos ou não pagos. A nova geração de políticas introduz

a possibilidade de os cuidados prestados pelo cuidador familiar serem igualmente pagos, valorizando assim o trabalho de “cuidar” efectuado dentro da família (Ibidem).

Os *prestadores ou cuidadores informais familiares principais* são aqueles “ (...) *cuidados informais ou familiares ministrados pela família (...)* ” (Squire, 2005, cit In Santos, 2006, p. 86), sendo identificados como os que assumem a responsabilidade, de forma permanente, sobre os cuidados ao idoso dependente.

O *cuidador secundário* divide, de alguma forma, a responsabilidade do cuidado com o *cuidador principal*, auxiliando-o (Kawasaki et al., 2001, cit In Santos, 2006).

O cuidador informal familiar tem sido “ (...) *objecto de preocupação de diversos quadrantes da investigação desde a área da saúde à área social, política, filosófica, etc (...)* seja por estarmos inseridos numa época em que a relação de ajuda assume um papel de relevo (...) seja pela crescente importância que o papel da família assume na área da saúde, entre ele o apoio ao cuidado às pessoas dependentes ” (Santos, 2005, p. 27).

Na sociedade tem vindo a emergir um conjunto de “ (...) *alterações demográficas que têm vindo a alterar o panorama dos cuidados informais, através da diminuição do número de familiares disponíveis para prestar cuidados e do número de idosos a necessitarem de cuidados* ” (Sousa 2004, p.62). Temos o exemplo da redução da taxa de natalidade, que diminui o número de filhos; o aumento do peso da população idosa, que eleva o número de pessoas a necessitar de cuidados; o aumento da esperança de vida, que alarga o número de anos a necessitar de apoio; o aumento da taxa de divórcio e a maior mobilidade geográfica dos sujeitos, que diminuem a proximidade física dos elementos da família; o aumento das mulheres com carreiras profissionais, facto que implica menor disponibilidade para tomar a cargo cuidados prolongados. Deste modo, reduz-se drasticamente o número de pessoas para poderem assegurar esta actividade.

Segundo Medeiros, (2000) existem quatro princípios que determinam quem deve prestar cuidados pessoais a um idoso quando este necessita. Tal tem sido caracterizado por alguns autores como uma hierarquia de obrigações: 1º Cônjuges; 2º Filhos; 3º Pessoas que vivem no mesmo agregado; 4º Sexo do potencial prestador. A autora Sousa (2004, 62) refere que o processo de iniciação aos

cuidados de um idoso “ (...) raramente decorre dum processo de livre escolha (...) esta circunstância é pouco frequente devido, por um lado, à escassa oferta de alternativas institucionais (de qualidade) e, por outro, ao modo como na família se elege o cuidador principal ”.

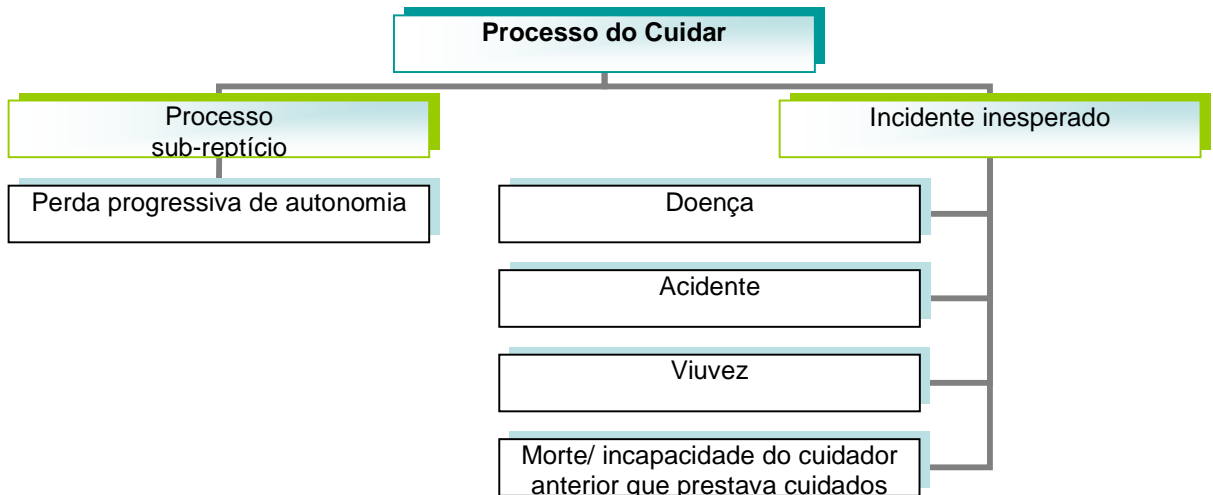
A mesma autora refere que a oferta social em termos de apoio domiciliário e alojamento colectivo “ (...) encontra-se pouco desenvolvida nos países da Europa do Sul (Portugal, Espanha, Itália e Grécia) onde a família é culturalmente considerada o centro da tradição da responsabilidade colectiva pela prestação de cuidados (...) Em simultâneo, o recurso a apoios formais é socialmente conotado com abandono ou negligência em relação aos familiares idosos ” (Ibidem, p. 62).

De forma mais particularizada, o processo que leva o cuidador informal familiar a assumir o *cuidar* baseia-se em duas vias, segundo Bris (1994): através de um processo sub-reptício ou na sequência de um incidente inesperado (vide figura nº 2).

O primeiro coincide com um processo de progressiva perda de autonomia da pessoa de quem se cuida. Consequentemente, o cuidador dificilmente consegue identificar a data de início do processo e sente dificuldade em assumir o estatuto de cuidador principal.

O segundo consiste num incidente inesperado. Pode ter origem em três pontos: a doença, um acidente, viuvez e morte ou por incapacidade do cuidador anterior que prestava cuidados. A mesma autora refere que o processo sub-reptício pode ser rompido frequentemente com doenças de carácter temporário.

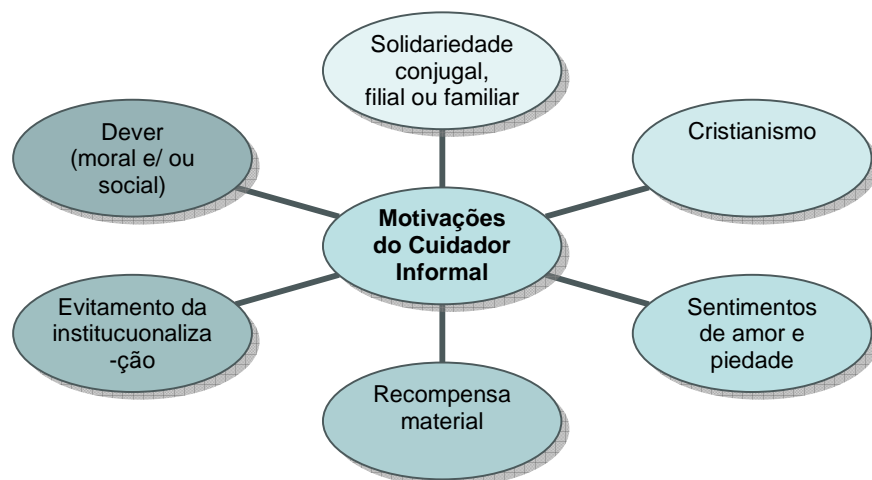
Figura nº 2- Processo que leva o cuidador informal a assumir o cuidar



Fonte: Bris (1994).

Brito (2003), Imaginário (2004), Sousa (2004) e Marques (2007) complementam a ideia anterior, reforçando alguns novos motivos que levam à assunção do papel de cuidador familiar (vide figura nº 3).

Figura nº 3- Motivações inerentes à assunção do papel de cuidador familiar



Fonte: Brito (2003), Imaginário (2004), Sousa (2004), Mendes (2007).

Em termos gerais, a motivação que leva os cuidadores a iniciar ou continuar a prestação de cuidados são vários: “ (...) *tradições de um país, pelas normas sociais, pelo estágio de evolução relativamente às modificações da estrutura familiar, pela concepção da vida, pela história de cada indivíduo (...).*” (Santos, 2006, p. 64).

A noção de **dever** surge na literatura, segundo as autoras Sousa et al. (2004), como a motivação mais poderosa que leva o cuidador a prestar cuidados, que podem ser identificados a dois níveis:

1º Dever (ou pressão **social**): Apoiados no modelo da família tradicional, implicam por um lado que os familiares se sintam desvalorizados aos olhos dos outros se não tomarem conta dos seus familiares e, por outro, se sintam desvalorizados se respeitarem a regra.

2º Dever **moral**: Podem surgir de diversas formas e ter variadas origens, nomeadamente, “ (...) *dar em troca, não se sentir culpado, cumprimento de promessa feita (...) que implica que os cuidadores se coloquem no lugar do outro ou sentimentos de gratidão e reciprocidade para com a pessoa de quem se cuida (...)* ” (Ibidem, p. 66).

A **solidariedade conjugal, filial ou familiar** “ (...) *a solidariedade conjugal vitalícia, uma vez que se casam para o melhor e para o pior, na saúde e na doença (...) laços filiais (gratidão sincera para com os pais, sem envolver a noção de dever e troca) e noutros laços familiares* ” (Ibidem, p. 66).

Uma outra motivação será o **amor, ternura e afecto** que levam o cuidador informal a assumir o papel. Existe uma outra que raramente é assumida: a recompensa material.

Estando em causa possíveis heranças, o cuidador tem a expectativa da recompensa (Torga, 2005, cit In Marques, 2007).

A componente religiosa do **cristianismo**, mediante os princípios de amor e ajuda aos outros (Sousa, 2004), constitui outra motivação.

A preocupação de **evitar a institucionalização** é constante, quer por parte dos idosos, quer das famílias, pois existe uma opinião depreciativa generalizada em relação aos lares.

A escolha do lar é difícil devido à pressão social e pressão individual de cada pessoa, dado que esta é confrontada com o dever de reciprocidade e de solidariedade (Pimentel, 1998).

Sousa et al. (2004, p. 68) ainda destacam “ (...) *todo um conjunto de outras razões de carácter circunstancial ou factual que podem ser determinantes na assunção da prestação de cuidados, são elas: coabitação de longa data, proximidade geográfica, inexistência de estruturas de apoio, custo financeiro da institucionalização em lar demasiado elevado*”.

Em termos de **perfil do cuidador** verifica-se que a maioria é exercida por familiares de forma não remunerada, desenvolvendo actividades imprescindíveis ao idoso dependente.

Os cuidados prestados ao idoso com dependência são vários: físicos/ pessoais, doméstico (p. ex.: cozinhar, limpar a casa), apoio social (p. ex.: acompanhamento ao médico), apoio emocional/ psicológico (p. ex.: companhia, encorajamento, ânimo) e apoio financeiro (Yuaso, 2000).

O cuidador informal familiar principal é aquele que assume a total ou a maior parte da responsabilidade pelos cuidados e a quem está reservado o trabalho da rotina.

A tarefa do cuidar recai tradicionalmente no elemento feminino mais próximo, embora se constate que os homens participam cada vez mais na prestação de cuidados a idosos dependentes, sendo o cônjuge o mais frequente na participação das tarefas (José et al., 2002)

Ao nível das idades, de acordo com Sousa et al. (2004), a maioria dos cuidadores têm uma média etária que varia entre os 45 anos e os 60 anos. Embora a idade dos cuidadores informais familiares seja influenciada pela idade da pessoa que necessita de cuidados, isto é, quanto mais velha for a pessoa dependente, mais velho será o cuidador.

Ao nível de parentesco, os cônjuges na literatura assumem a principal fonte de assistência ao idoso. Na ausência do cônjuge, assumem as filhas e no caso da não existência de filhas, será o filho a assumir o papel de cuidador- que tende a transferir a responsabilidade para a esposa, neste caso, a nora.

Os amigos e/ ou vizinhos tornam-se cuidadores perante a ausência de familiares do idoso dependente, ou uma fonte de ajuda complementar (Gratão, 2006).

Neste contexto, esta rede informal de vizinhança e/ ou de amizade apresentam-se como alternativas válidas na produção de cuidados a pessoas idosas em situação de dependência, dinamizando uma verdadeira economia de apoios informais.

As **redes de vizinhança e de amizade** assumem uma crescente importância no contexto familiar do idoso, sendo redes de apoio consideradas secundárias. O alinhamento deste tipo de redes – de amizade e de vizinhança – relaciona-se com questões como a localização próxima de amigos; o tipo de relação que se estabelece com uns e outros e o tipo de ajuda ou de apoio que pode ser prestado por amigos ou vizinhos. O conceito de amizade contém uma forte componente de cultura de classe. Em meio rural, esta palavra é muitas vezes substituída pela palavra “ vizinhos ” (Ibidem, p. 157).

A observação do tipo de contactos sociais que os idosos estabelecem com os indivíduos que não residem com eles, revela que os vizinhos têm um papel de destaque em relação às próprias famílias e amigos.

De facto, dados extraídos do inquérito Painel dos Agregados Domésticos Privados (PAF) de 1995, indicam que 67% dos idosos conversam praticamente todos os dias com os seus vizinhos e 21.9%, uma ou duas vezes por semana – percentagens idênticas tanto para os homens como para as mulheres. Apenas 35% afirma reunir-se todos os dias com amigos e familiares, quer em sua casa, quer fora dela e 31,0% uma ou duas vezes por semana. Verifica-se que são também os familiares e amigos a ocuparem o segundo plano nas suas relações sociais (5,0%) (INE, 1999).

Em relação ao estado civil dos cuidadores informais familiares, a literatura refere que são os casados que assumem maior proporção. Logo a seguir situam-se os solteiros ou divorciados/ separados. Finalmente, com menor proporção, os viúvos (Sousa, 2004).

Os cuidadores em geral vivem perto do idoso ou residem dentro na mesma residência (Ibidem).

A duração dos cuidados tem tendência a ser de longa duração para a prestação informal de cuidados a um idoso dependente. Le Bris (1994) verificou que 40 a 50% das pessoas que prestam cuidados fazem-no entre cinco a quinze anos.

Segundo Medeiros (2002), os cuidadores sentem dificuldades na actividade de cuidar que podem ser agrupadas em três grandes áreas: dificuldades no cuidar, dificuldades referentes aos serviços de saúde e dificuldades sócio-económicas.

Na primeira, a maioria das dificuldades estão relacionadas com os obstáculos que os cuidadores têm que enfrentar, levando a que haja uma modificação na rotina doméstica.

Na segunda, estão relacionadas com o facto de o cuidador se sentir pouco informado sobre a doença, provocando nele um forte desgaste físico e emocional.

Os problemas financeiros têm a ver com a sobrecarga financeira que o cuidador assume, o que em muitos casos constitui a principal preocupação. Alguns cuidadores abdicam de terem ajuda formal por incapacidade económica.

3.3.- Consequências da prestação de cuidados na família e no cuidador informal familiar principal.

A família funciona como um todo, mostrando-nos uma configuração de teia ou uma rede. Quando existe uma modificação numa das partes, o todo é automaticamente afectado. Apesar de existirem diversos tipos de família e de relacionamento familiar, em todas elas existem papéis estabelecidos que as mantêm num certo equilíbrio (Santos, 2003).

Segundo afirma Quaresma (s.d., p. 21), baseado num estudo realizado em Portugal “ (...) *ter a seu cuidado um familiar idoso é considerado como “pesado” tanto sob o ponto de vista físico como psíquico* ”.

A prestação de cuidados a um idoso dependente possui múltiplas facetas, dado que envolve vários aspectos da vida do prestador de cuidados. No entanto, verifica-se que a sua dimensão está directamente relacionada com o grau de dependência de cada indivíduo alvo de cuidados.

A situação de prestação de cuidados “ (...) e o peso que ela implica, geram frequentemente na pessoa que o faz, stress, frustrações, nervosismo, irritabilidade, inquietação, ansiedade ou ainda uma preocupação constante “ (Jani-le Bris, 1994, cit In Medeiros, 2000).

Identifica-se, assim, um conjunto de alterações na vida do cuidador informal nas diferentes áreas: familiares, profissionais, psico-sociais, financeiras e ao nível da saúde.

A prestação de cuidados a um idoso dependente é classificada como uma das ocorrências mais stressantes e perturbadoras no ciclo de vida familiar, dado que, perante este problema, alguns familiares se distanciam para evitar confrontos, compromissos desagradáveis e a redefinição dos papéis estabelecidos. Outro motivo de distanciamento pode ser o medo de conviver com uma pessoa dependente, o medo de também ter a doença (embora em alguns casos cuidar também possa ser uma maneira de não se dar conta do próprio medo de adoecer) (Silveira, 2000).

É frequente que o idoso vá viver com o cuidador e a sua família. Esta modificação pode também ser uma fonte de conflito, porque o resto da família vê-se igualmente afectado com a nova situação, uma vez que “ (...) quando um membro da família começa a padecer uma demência, experimenta no início uma deterioração física e psíquica, que incide de tal modo na estrutura e dinâmica da família, que obriga a modificar estruturas e regras para que os seus membros se possam adaptar (...) à nova situação ” (Sabater et. al. 1998, p.22, cit In Imaginário 2004).

Na prestação de cuidados, o cuidador disponibiliza muito tempo e dedicação, deixando de ter tempo para os outros familiares. Facto que afecta as relações familiares.

Os conflitos familiares podem emergir, acarretando custos irreparáveis para o cuidador informal familiar que vê assim o seu equilíbrio emocional afectado.

Uma outra alteração identificada por José et al. (2002) é ao nível profissional, levando a que o cuidador tenha que optar entre o cuidar e o trabalhar fora de casa, originando por um lado, uma redução significativa no rendimento económico familiar e por outro, um aumento nas despesas com o idoso dependente (Domíguez - Alcón, 1997). Essas despesas são decorrentes de certas exigências provenientes da dependência (assistência de pessoal especializado proveniente do sector privado, motivado essencialmente pela falta de resposta do sector público; aquisição de equipamento; realização de adaptações na habitação, no sentido de facilitar a mobilidade e o próprio cuidado à pessoa com dependência) (Santos, 2005).

As dificuldades são mais significativas quando se trata de famílias com baixos recursos, que se vêm obrigadas a recorrer a apoios ligados ao sector público ou a instituições particulares de solidariedade social sem fins lucrativos (Medeiros, 2000).

As alterações psico-sociais são das mais sentidas pelo cuidador, pois este sente que o quotidiano do seu próprio núcleo familiar é terrivelmente afectado. O prestador passa a ter menos tempo para si próprio e para os outros, quer familiares quer amigos; existe por vezes um afastamento das relações familiares e de amizade, bem como o desfavorecimento da possibilidade de convívio e da participação de actividades de cariz social, promovendo o isolamento social (Brito, 2003).

Proporcionar cuidados durante um longo período de tempo pode afectar de forma significativa a saúde do cuidador. Através da literatura, verifica-se que os cuidadores manifestam alterações no seu aspecto físico. O aumento do desgaste físico resulta

numa enorme sobrecarga que está inerente a todos os cuidados prestados ao idoso com dependência.

O termo sobrecarga (*burden*) refere-se “ (...) ao conjunto de problemas físicos, psicológicos e socio-económicos que decorrem da tarefa de cuidar, susceptíveis de afectar diversos aspectos da vida do indivíduo, nomeadamente as relações familiares e sociais, a carreira profissional, a intimidade, a liberdade e o equilíbrio emocional “ (Sousa et al., 2004, p. 78). Este conceito pode ser perspectivado em duas dimensões: objectiva e subjectiva. A primeira resulta da exigência dos cuidados prestados e das consequências nas várias áreas da vida do cuidador. A subjectiva deriva das atitudes e respostas emocionais do cuidador à tarefa de cuidar.

Ao nível físico, Santos (2005) acrescenta que os cuidadores sentem a sensação de deterioração gradual do seu estado de saúde. Devido ao cuidar, percebem o seu estado de saúde como pior, verificando que têm mais doenças crónicas e uma saúde global mais fragilizada (Haley et al.1996, cit in Sousa et al., 2004) e ainda, segundo Mendes (2007), um sistema imunitário mais frágil. Devemos ter em conta a idade do cuidador, pois os que apresentam um maior número de anos encontram-se mais expostos a problemas de saúde, em comparação com os mais novos.

Segundo estudos realizados na Grécia, Irlanda, Itália, Portugal, Espanha e Dinamarca, os cuidadores “ (...) manifestam sintomas como excesso de cansaço, fadiga geral, dores nas costas, esgotamento físico e mental, diminuição das forças e das resistências, nervosismo, irritabilidade, ansiedade, insónias, e estado depressivo entre outros ” (Santos, 2006).

A depressão e a ansiedade são dois problemas comuns, bem como os sentimentos negativos, por exemplo, o de culpa, tristeza, desespero, frustração, inquietação— associada à progressiva dependência do idoso, à redução de tempo livre, ou à ausência de apoio (Brito, 2003). O cuidar ainda se torna mais difícil quando existe uma recusa ao nível da aceitação do estado de dependência, por

parte do cuidador e/ ou do próprio idoso. Associado a estas alterações existe também o aparecimento e/ ou aumento de stress.

Alarcão (2002) refere que a família está sujeita a dois tipos de pressão: a interna, que resulta das mudanças relativas ao desenvolvimento dos seus membros e dos seus subsistemas, e a externa, relacionada com as exigências de adaptação dos membros da família às instituições sociais que os influenciam.

Esta autora aponta as quatro fontes de stress identificadas por Minuchi (1979, cit In Marques, 2007):

1º Contacto de um membro da família com uma fonte de stress extra-familiar. Em que quando um dos elementos se encontra sob ameaça, os restantes sentem a pressão. Neste caso é importante referir a função de suporte.

2º Contacto de toda a família com uma fonte de stress extra-familiar. Nesta situação, a família pode encontrar forma de se apoiar mutuamente, tendo que ocorrer mudanças no seu padrão habitual de funcionamento.

3º Stress relativo aos períodos de transição do ciclo vital da família. O nascimento de uma criança, ou de morte de um progenitor idoso, obrigam à negociação de novas regras familiares.

4º Stress provocado por problemas particulares. Refere-se aos acontecimentos inesperados que podem afectar a organização estrutural de um sistema familiar, como por exemplo, o nascimento de uma criança deficiente ou o aparecimento de uma doença crónica e prolongada. Embora os cuidados a curto termo possam ser agentes de stress, este tem tendência a ser elevado quando a prestação de cuidados é prolongada ao longo de meses e anos, as necessidades do idoso dependente aumentam, ou quando o prestador sente pouco ou nenhum apoio.

Gonçalves (2002) destaca os seguintes factores stressantes, identificados pelos cuidadores informais:

1º Cuidadores directos, contínuos, intensos e a necessidade de vigilância constante;

2º Desconhecimento ou falta de informação para o desempenho do cuidado;

3º Sobrecarga de trabalho para um único cuidador, especialmente os problemas de saúde desencadeados pela idade avançada da cuidadora.

4º Conflitos familiares vinculados ao trabalho solidário do cuidador (sem ajuda) e ao não reconhecimento do seu esforço por parte dos demais familiares;

5º A dificuldade para adaptar as exigências do cuidar aos recursos disponíveis, incluindo os recursos financeiros, a redução das actividades sociais e profissionais, o abandono das actividades de lazer, entre outras.

Segundo Stroebe et al. (1999), o stress pode afectar directamente a saúde através das alterações fisiológicas, ou afectá-la indirectamente, através do comportamento do indivíduo. A associação destas reacções ao stress contribui para o desenvolvimento de uma saúde precária, quer pela interacção com outras causas de doença, quer pelo facto de afectar a capacidade do corpo para resistir.

As estratégias de *coping* são apresentadas pelos mesmos autores como “ (...) *estratégias cognitivas e comportamentais que os indivíduos utilizam para gerir uma situação causadora de stress, bem como as reacções emocionais negativas causadoras/causadas por esse acontecimento* ” (Ibidem, p. 35).

Deste modo, nos processos de *coping*, consideram-se não só as decisões e acções efectuadas pelo indivíduo que se vê confrontado com um acontecimento da vida gerador de stress, mas também as emoções negativas desse indivíduo. Para se considerar *coping*, as estratégias cognitivas e comportamentais devem ter como função “ gerir ” a situação causadora de stress. Logo, as estratégias devem ter como finalidade a diminuição da probabilidade de ocorrer prejuízos, resultantes do causador de stress e/ou reduzir as reacções emocionais negativas (Santos, 2006).

As necessidades sentidas por parte das pessoas que prestam cuidados dependem de vários factores, variando consoante a sua condição individual. Essa condição centra-se na situação económica, no grau de dependência do idoso e na

existência ou não de meios de apoio na comunidade. Quaresma (1996) aponta como principais necessidades do prestador de cuidados informais as seguintes:

1º Necessidades económicas: Verificadas pelo aumento das despesas com o idoso ao nível da alimentação, saúde e de apoio social.

2º Necessidades de ajudas técnicas: tais como, camas articuladas, cadeiras de rodas e bengalas que possibilitam uma maior autonomia ao idoso dependente e, simultaneamente, facilitam o trabalho do prestador.

3º Necessidades de protecção social: Decorrentes da falta de compatibilidade entre o desempenho profissional e a prestação de cuidados intra-familiares. A legislação portuguesa apresenta lacunas a este respeito. Actualmente, o Estado apenas privilegia os prestadores de cuidados informais da função pública, dando-lhes a possibilidade de faltar no período de 15 dias anuais, para prestação de cuidados; relativamente aos restantes prestadores, pertencentes ao regime da segurança social, este tipo de actividades não é tido em conta, pois não é considerado um trabalho produtivo.

Este tipo de situação implica dificuldades económicas para o cuidador informal familiar, pois este acaba por abdicar da sua actividade profissional, comprometendo a sua própria velhice (ausência de reforma por falta de contribuições).

4º Necessidades da existência de apoios na comunidade: os prestadores de cuidados, por vezes, não têm acesso aos serviços por falta de informação.

5º Necessidade de tempo livre para si próprios: o prestador de cuidados sente necessidade de “ser temporariamente dispensado” das suas funções e responsabilidades, tempo para si próprio dado que o isolamento é quase total;

6º Necessidade de convívio, companhia e apoio psico-social: os prestadores de cuidados têm necessidade de falar sobre a sua situação, os seus medos e dificuldades.

7º Necessidade de informação: acerca da situação de dependência, de como ajudar a pessoa dependente e quais os serviços disponíveis na comunidade.

8º Necessidade de formação: no sentido de conhecerem práticas que lhes permitam ajudar, de forma mais adequada, as pessoas de quem cuidam. Os prestadores poderão, assim, sentir-se mais seguros sobre a melhor maneira de ajudar um idoso que se encontra dependente.

Se por um lado, o cuidar tem um impacto negativo na vida do cuidador, existem autores que defendem que os cuidadores encontram aspectos de carácter positivo nesta actividade, caracterizando-a como uma tarefa emocionalmente gratificante e uma oportunidade de enriquecimento pessoal.

Sommerhalder (2001) identifica aspectos positivos ou benéficos vivenciados pelos cuidadores:

- 1- Crescimento pessoal;
- 2- Aumento do sentimento de realização, do orgulho e da habilidade para enfrentar desafios;
- 3- Melhoria do relacionamento interpessoal (tanto com o idoso, como com as outras pessoas);
- 4- Aumento do significado da vida;
- 5- Prazer;
- 6- Satisfação;
- 7- Retribuição;
- 8- Satisfação consigo próprio;
- 9- Bem-estar com a qualidade do cuidado oferecido.

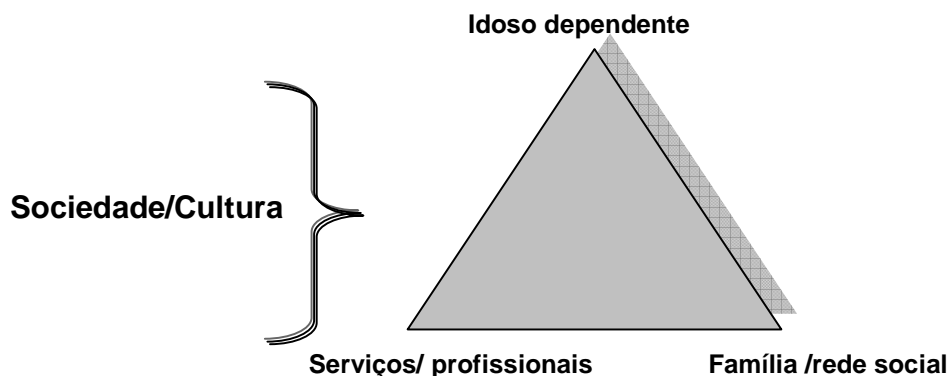
3.4.- A comunicação e os prestadores de cuidados

A palavra “comunicar” deriva do latim “*comunicãre*” - “*dividir alguma coisa com alguém*” (Costa et al. 1998, p. 396).

Comunicar é uma das capacidades fundamentais do ser humano. É através da comunicação que estabelecemos e aprofundamos as relações terapêuticas e interpessoais.

O envolvimento dos serviços com os idosos e as suas famílias compreendem a constituição de um triângulo comunicacional entre o idoso dependente, a sua família, a rede social e os serviços comunitários formais.

Figura nº 4- Triângulo Comunicacional: idoso, serviços e família



A família e a rede social ocupam um dos vértices desse triângulo. A família traz consigo uma bagagem de tradições familiares, estilos emocionais e valores directos relacionados com a cultura, que “ (...) *através das passagens entre as várias gerações familiares se renovam, mas, igualmente, mantêm características. A biografia familiar define papéis, rotinas e visões do mundo partilhadas, muitas vezes, de forma inconsistente, que se transformam em regras de relacionamento. Desta forma, influenciam a vivência actual, essencialmente, através da tradição familiar dos cuidados aos idosos e do enredo da ligação com este idoso* ” (Sousa et al., 2004, p. 99-100).

A relação estabelecida anteriormente entre o idoso e a família, marca o que vai acontecer na velhice. Indivíduos que foram amargos e/ ou conflituosos, mais dificilmente serão amados pelos familiares.

O idoso dependente, representa o topo do triângulo e é o centro do cuidar dos serviços e da família.

No exercício da actuação dos profissionais de saúde a relação com outros está na base da sua actuação (Thomas et al., 1997, cit In Correia, 2007). A comunicação é uma ferramenta base para a instauração dessa relação de ajuda. Ramos (2004) refere que a comunicação deverá adaptar-se às capacidades cognitivas, à cultura, ao nível educacional, às crenças e às representações que os indivíduos têm em relação ao processo de saúde/ doença, bem como às necessidades individuais, emocionais, sociais, culturais e linguísticas dos utilizadores dos serviços de saúde. É fundamental que os profissionais de saúde compreendam o sistema comunicacional, numa perspectiva de melhorar a intervenção e a qualidade dos cuidados de saúde.

O processo de comunicação é um brotar de interacções entre os vários intervenientes no contexto da comunicação, tendo por base que todos os significados trocados entre eles são o fruto de uma construção, na qual esses intervenientes participam. Sendo assim, cada qual reconhece e faz uso do seu próprio padrão cultural, da sociedade em que se encontra inserido, consciente do seu auto-conceito ou da sua própria identidade.

Por vezes, os problemas relacionados com falhas ao nível da comunicação estão na base de muitos confrangimentos entre os profissionais de saúde e os utentes (Correia, 2007). Outros factores que podem condicionar (dificultar ou afastar) a comunicação entre os profissionais e a pessoa cuidada/ família, estão relacionados com a “ (...) *diferença de idades, o nível de escolaridade, a fragilidade em que se encontra o doente, o stress a que os profissionais estão sujeitos, entre outros* ” (Ibidem, p. 69).

Zimerman (2002) refere ainda que a falta de comunicação é um mal maior da nossa sociedade. Atinge qualquer idade e faixa social, e a maioria das divergências e conflitos advêm do facto das pessoas não se ouvirem e não aceitar as diferenças de cada um.

A comunicação, segundo Pearce et al. (1994) é algo que é vivido e participado pelos diferentes intervenientes no processo de interacção. Nunca poderá existir um entendimento total sem que todos os seus intervenientes façam parte dele e conheçam todos os seus detalhes “ *Quando duas pessoas comunicam, as suas palavras e afirmações avançam num movimento que cria um episódio comunicacional* ” (Andrea Wolf- <http://oak.cats.ohio.edu>).

Em relação ao conceito de pessoas em conversação, podemos dizer que:

1. É o processo social mais importante da vida humana, pois cria a nossa identidade pessoal, as relações e o conhecimento acerca do mundo;
2. Envolve a actividade de “ jogar ”/“ jogos da linguagem ”, eventos que obedecem a certas regras;
3. Implica “ agir em contexto ”, ou seja, ser activo de forma a tornar possível a ocorrência de um evento;
4. Envolve uma “ reprodução reflexiva ” de acções, ou seja, as nossas acções levam- nos a reflectir o que fizemos, afectando a nossa maneira de ser e de pensar.

Segundo Correia (2007, p. 70), treinar os aspectos comunicacionais, deveria fazer parte dos currículos dos profissionais de saúde, não “ (...) só a nível teórico, mas através da utilização de role-plays que permitissem um treino efectivo desta técnica (...). Saber ouvir, ajudar o doente a exprimir-se, ter atenção à comunicação não verbal, saber motivar, são alguns dos aspectos importantes que podem ajudar a melhorar a qualidade da relação profissional de saúde/ utente ”.

A comunicação é um processo complexo e para ser eficaz, isto é, para que a mensagem que se pretende transmitir seja compreendida pelos interlocutores, é necessário usar todas as formas de comunicação, quer a verbal quer a não verbal.

Resumindo, e como diz Rogers (1989, cit In Ferreira 2002, p. 81), “ (...) como consultores, ouvimos não apenas com os nossos ouvidos mas também com os

nossos olhos, mente, coração e também imaginação (...) Nós ouvimos as palavras do outro, mas também ouvimos as mensagens escondidas nas palavras. Nós escutamos a voz, a aparência, e a linguagem corporal do outro. Somos ouvintes atentos quando nos focamos inteiramente naquilo que é dito e nas circunstâncias em que é dito ”.

Capítulo 4 – Medidas de protecção e apoio a idoso com dependências e suas famílias

4- Rede de protecção e apoio a idosos com dependência

“ (...) com o passar de anos, as transformações que ocorreram nas sociedades industrializadas e o gradual envelhecimento das suas populações proporcionaram as condições para que, socialmente se começasse a considerar a velhice como situação problemática e a necessitar de apoio social.”
(Fernandes, 1997, p.139)

O envelhecimento da população, as mudanças familiares, o surgimento de situações no âmbito da saúde mental, a dependência física, o isolamento e a exclusão social fazem com que haja a necessidade da sociedade civil se organizar, de modo a apresentar uma resposta mais eficaz perante os problemas diagnosticados.

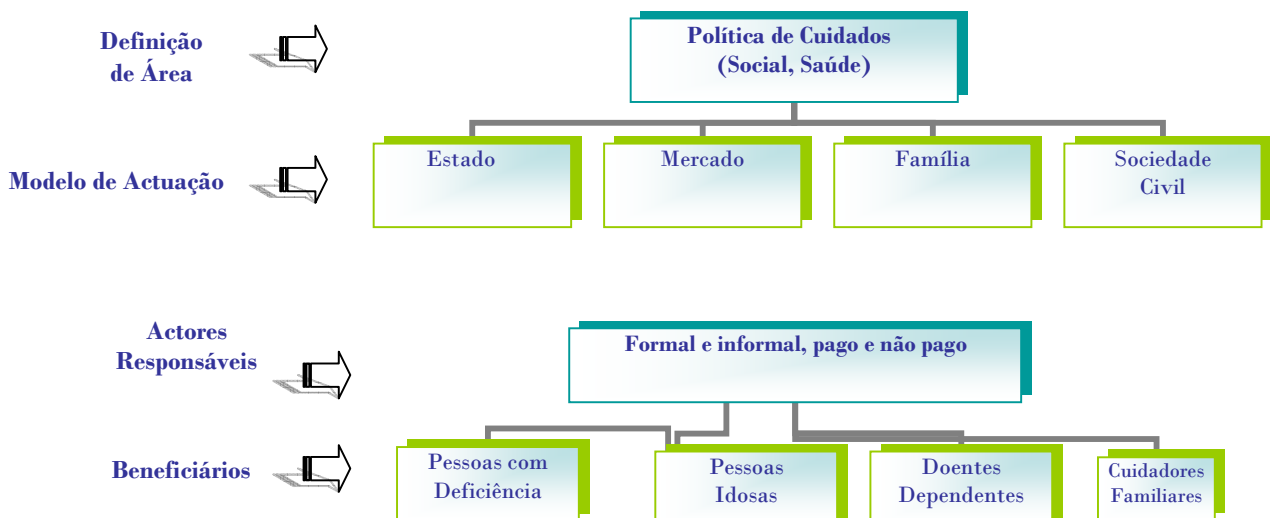
Em Portugal, a primeira tentativa de criação de uma política social dirigida às pessoas idosas, deu-se na década de 60. A emergência deste tipo de políticas, direccionadas especificamente para um grupo etário da população (indivíduos com 65 anos), nasce de uma crescente consciência da necessidade de intervenção social de apoio a pessoas idosas. Consciência essa que advém duma construção social de velhice, considerada como um problema social. A *“ (...) responsabilidade dos idosos, ainda que com grandes variantes sociais deixa de ser um encargo individualizado de cada família, passando gradualmente para a responsabilidade da sociedade em geral ”* (Fernandes, 1997, p. 10).

Entende-se por Política Social “ (...) um conjunto de programas e medidas que têm por finalidade assegurar o bem-estar, tal como é definido por determinada sociedade e que reflecte certas prioridades e valores julgados importantes para essa sociedade ” (Medeiros, 2000).

Fernandes (1997, p. 139) define o conceito de políticas sociais de velhice como “ (...) o conjunto das intervenções públicas que estruturam, de forma explícita ou implícita as relações entre a velhice e a sociedade ”.

Pode considerar-se, ainda, política de cuidados às pessoas idosas e/ou em situação de dependência, como um processo de apoio a pessoas dependentes para as actividades de vida diária e para actividades instrumentais de vida diária na área social e da saúde. Apoio que é prestado por entidades lucrativas ou não lucrativas que organizam os cuidados, executados por profissionais pagos e/ou não pagos, enquanto voluntários, ou pelo cuidador familiar. Este conceito de política de cuidados às pessoas idosas remete para uma charneira entre áreas, responsabilidades e modos de actuação (Figura nº 5).

Figura nº 5- Elementos centrais da política de cuidados às pessoas idosas e dependentes.



Fonte: Carvalho (2006)

A conceptualização da política de cuidados na área das pessoas idosas integra as dimensões sociais e da saúde. O social engloba o psicossocial, remetendo para a satisfação das necessidades básicas fundamentais, como a alimentação, a higiene pessoal e implicando um processo de participação, liberdade e direitos de integração social do indivíduo na comunidade.

A saúde engloba a enfermagem, a reabilitação, a medicina, a psicologia, o serviço social e remete para os cuidados de saúde preventivos, de tratamento, de reabilitação e paliativos, permitindo integrar diferentes níveis de intervenção enquanto acções conjuntas pró-activas. Estas acções articuladas devem ser da responsabilidade de todos os actores sociais, tais como, as organizações da sociedade civil, a família e também o mercado (Carvalho, 2006).

A conceptualização da política de cuidados, na actualidade, implica uma responsabilidade partilhada que permite articular os cuidados formais e informais.

Em relação à política de cuidados nos vários países europeus e à forma como respondem às necessidades das pessoas idosas e das famílias, nestes últimos cinco anos a UE tem efectuado um esforço para a promoção e efectivação desta área da política, financiando projectos de investigação neste campo. O objectivo passa por melhorar os serviços, de forma a responder às necessidades das pessoas idosas e das famílias e tornar os sistemas de protecção sustentáveis sob o ponto de vista económico.

O Estado Português tem vindo a adoptar medidas de protecção social para a população idosa, que são da responsabilidade de vários departamentos, em particular da segurança social. Esta consagra na lei n.º 24/84 de 14 de Agosto os regimes que compreendem as pensões de velhice e outras, bem como a acção social exercida através de várias modalidades.

Na continuação destes esforços, e por resolução do Conselho de Ministros através da lei n.º 15/88 de 23 de Abril, foi criada a Comissão Nacional para a Política da Terceira Idade, de natureza intergovernamental e interdisciplinar. Esta comissão tem por objectivo a articulação com as instituições particulares de solidariedade social e outras organizações não-governamentais, podendo desenvolver neste

domínio projectos de investigação. Este órgão incentiva e coordena o estudo, a definição de medidas e a elaboração de propostas adequadas à resolução de problemas dos idosos, particularmente dos que se encontram em situação de maior risco.

O Estado criou a lei 30-B/92 de 28 de Dezembro, com o intuito de melhorar as condições e a qualidade de vida das populações, designadamente nos domínios da habitação, dos cuidados de saúde, da oferta e qualidade de bens culturais e da valorização dos tempos de lazer. Esta lei visa também fortalecer a família e incentivar o diálogo entre gerações.

Apesar de se verificar um aumento e uma melhoria na protecção social aos idosos, de acordo com um inquérito efectuado à população idosa de Portugal, 72% dos inquiridos afirmam que o seu principal problema é a falta de recursos e as dificuldades financeiras (Europe Social, 1993).

Em Portugal, segundo um estudo efectuado em 1987, os valores mínimos fixados para as pensões têm-se mantido abaixo do limite da pobreza absoluta (Perista, 1992).

Passamos a enunciar algumas respostas sociais que podem ser dirigidas aos idosos com dependência e servir de apoio às suas famílias.

- **Centros de Dia:** caracterizados como uma resposta social desenvolvida em equipamento, que consiste na prestação de um conjunto de serviços que contribuem para a manutenção do idoso no seu meio sócio-familiar.

Têm como principais objectivos prevenir e retardar os efeitos do envelhecimento, combater o isolamento e a solidão, manter a autonomia e melhorar a qualidade de vida. Podemos encontrar nestes equipamentos um leque de serviços que pretendem responder de uma forma global às necessidades dos idosos. Dispõem de animação/ocupação; alimentação (refeitório); higiene (balneários); tratamento de roupas (lavandaria); apoio domiciliário; transporte.

A filosofia da valência do centro de dia é o incentivar a participação dos idosos quer ao nível de programas de actividades, quer na realização de tarefas adequadas

às suas capacidades e a algumas preferências, como por exemplo, no serviço de portaria/recepção, no apoio ao funcionamento dos ateliers, no funcionamento do serviço de bar, no apoio à manutenção do jardim, na realização de festas, passeios, etc.

- **Centros de Convívio:** são outra das respostas sociais, desenvolvida em equipamento de apoio a actividades sócio-recreativas e culturais, organizadas e dinamizadas pelos idosos. Visam quebrar o isolamento social; desenvolver actividades de natureza recreativa, cultural e artística; manter ou desenvolver as capacidades individuais, promovendo a autonomia. Nestes equipamentos, o desenvolvimento das actividades está inerente às características do próprio grupo, dos seus interesses, capacidades e aptidões. Desenvolvem-se actividades como artes plásticas, costura, bordados e croché, arraiolos, leitura, ginástica, grupos corais, festas, passeios, férias e actividades inter-geracionais.

- **Apoio Domiciliário:** é igualmente uma resposta social que consiste na prestação de cuidados individualizados e personalizados no domicílio, a idosos ou famílias, quando por motivo de doença, deficiência ou outros impedimentos, estas não podem assegurar, temporária ou permanentemente, a satisfação das suas necessidades básicas e ou actividades da vida diária. Tem como principal objectivo assegurar, de forma personalizada, a satisfação das necessidades do indivíduo apoiado, contribuir para a manutenção do idoso no meio natural, diminuir ou retardar a colocação em instituição/lar e colaborar na prestação de cuidados de saúde.

Relativamente ao leque de serviços a prestar, estes são planeados tendo em conta as necessidades do indivíduo, as suas potencialidades, os recursos da comunidade (família, vizinhos etc.) e as condições habitacionais. Estes serviços correspondem ao fornecimento de refeições confeccionadas, à preparação de refeições no domicílio, à higiene pessoal, à higiene da habitação, ao tratamento de roupas, ao acompanhamento em casa e no exterior, a diligências várias no exterior e ao transporte.

Esta valência conta com os seguintes princípios de funcionamento: o respeito pelo domicílio do utilizador, não permitindo fazer alterações nem eliminar objectos sem prévia autorização; o respeito pela individualidade e privacidade do beneficiário, bem

como pelos seus usos e costumes e a intervenção programada e articulada com os serviços da comunidade.

- **Lar:** é uma outra resposta social desenvolvida em equipamentos de alojamento colectivo, de utilização temporária ou permanente, para idosos em situações de maior risco de perda de independência e/ou autonomização.

Apresenta como principais objectivos: proporcionar serviços permanentes e adequados à situação bio-psicossocial dos utentes, garantir condições que contribuam para a estabilização ou retardamento das problemáticas associadas ao processo de envelhecimento, e relacionar-se com as famílias dos utentes, mantendo-as informadas e incentivando a manutenção das relações familiares.

Se o idoso, em perda de autonomia, em que a sua própria estrutura familiar por si só e o apoio domiciliário não oferece uma resposta adequada à situação, a alternativa é o lar, onde o idoso dispõe de apoio permanente.

Esta resposta pode ter uma outra vertente, a de residência temporária, onde a colocação em Lar pode ser temporária– 1 a 3 meses para férias familiares, para convalescença ou para melhoria das condições de habitabilidade para o regresso do idoso.

- **Acolhimento Familiar:** é uma outra resposta que consiste na integração, temporária ou permanente, em famílias consideradas idosas, de pessoas idosas com deficiência (Decreto Lei n.º 391/91, de 10 de Outubro).

Os objectivos passam por diversificar a rede de respostas destinadas a idosos, proporcionar uma alternativa ao meio familiar e evitar ou retardar o mais possível o recurso à resposta institucional.

- **Centro de Férias:** proporciona actividades lúdicas/ recreativas em acolhimento parcial ou temporário.

- **Cuidados Continuados:** definem-se como um sistema organizado para a satisfação do utente / família, composto por serviços e mecanismos integrados. Estes cuidam dos utentes / famílias ao longo do tempo, através de um conjunto articulado de saúde e serviços sociais, cobrindo todos os níveis de intensidade de cuidados, organizados no sentido da promoção de saúde e melhoria da efectividade dos cuidados.

O utente / família é o alvo de cuidados, é o parceiro activo na planificação dos mesmos, devendo ser respeitado e ouvido por todos os intervenientes, que devem privilegiar a promoção dos cuidados e respeitar sempre os Princípios da Qualidade e da Ética.

A população alvo de cuidados corresponde a todas as pessoas portadoras de diversos tipos e níveis de dependência, habitualmente com doenças crónicas, algumas delas incuráveis, ou em convalescença de doença aguda incapacitante. Essas pessoas têm frequentemente que lidar com perdas de autonomia e com a ameaça ou proximidade da morte.

De acordo com o documento emanado pela Sub-região de Lisboa e Vale do Tejo (2000) as situações clínicas de maior prevalência são:

- Pessoas com sequelas de AVC;
- Pessoas com fractura de colo de fémur;
- Pessoas acamadas com úlceras de pressão;
- Pessoas com patologia vascular periférica;
- Pessoas com doença oncológica em fase avançada;
- Pessoas com doenças neurológicas incapacitantes;
- Pessoas com demência;
- Pessoas com insuficiência de órgãos (respiratório, cardíaco, renal, etc) em fase avançada;
- Pessoas com sida.

Como critérios de inclusão consideramos:

- Todos os utentes inscritos e residentes na área de abrangência do Centro de Saúde.

- Todos os utentes em situação de dependência, transitória ou permanente, que após avaliação da Escala de MDA (Mini Avaliação da Dependência- DR. Richard Benhamou), apresentem um valor superior a 7. Se, no entanto, este valor for inferior a 7, deveremos ter em consideração o “ critério das actividades locomotoras”; nesta situação, considera-se incluído no programa se o valor for superior a 2 ou somente a “actividade locomotora limitada ao domicílio ”.

Tendo em conta o que foi referido anteriormente, percepção-se um aumento significativo do grau de dependência, existindo uma grande preocupação em promover a autonomia dos utentes em situação de doença e, conseqüentemente, de dependência, através do reforço e da promoção do envolvimento familiar para lidar com estas situações.

Os esforços desenvolvidos ao longo dos últimos tempos, quer do ponto de vista social quer do ponto de vista da saúde, no sentido de dar respostas aos utentes que carecem de cuidados continuados têm sido amplamente desenvolvidos. No entanto, insuficientes para as necessidades das populações.

A partir de 1997, com a publicação do “Pacto para a Cooperação e Solidariedade Social”, com a posterior inclusão da Estratégia de Saúde Regional como área prioritária e, mais recentemente, com a saída do Despacho Conjunto nº 407/98 dos Ministérios da Saúde e do Trabalho e Solidariedade, está aberta a porta para a criação de respostas integradas em matéria de cuidados continuados, dirigidos à população em situação de dependência, onde se englobam as pessoas idosas, garantindo assim a articulação e intervenção integrada dos sectores da saúde e da acção social.

Neste âmbito, surgiu recentemente o novo Decreto-Lei nº 60 de 2003 que reforça este empenho, referindo que: ” *Esta nova rede de prestação de Cuidados de Saúde Primários, para além de continuar a garantir a sua missão específica tradicional de providenciar cuidados de saúde abrangentes aos cidadãos, deverá também constituir-se e assumir-se, em articulação permanente com os cuidados de saúde ou hospitalares e os cuidados de saúde continuados, como um parceiro fundamental na promoção de saúde e na prevenção da doença (...)* ”.

Em 2006, através do Decreto-Lei 101/2006, foi criada a chamada Rede Nacional de Cuidados Integrados que tem como objectivo geral “ (...) a prestação de cuidados continuados integrados a pessoas que, independentemente da idade, se encontrem em situação de dependência ” (Decreto lei 101/2006, capítulo I, art.º 4.º). A rede nacional de cuidados continuados integrados é a resposta do Estado que tem por objectivo assegurar aos cidadãos um modelo de intervenção e articulação da Saúde

e da Segurança Social para os cuidados continuados e paliativos. Envolve a participação e colaboração de diversos parceiros (públicos, privados e sociais), a sociedade civil e o Estado, como principal incentivador. Constitui um novo nível intermédio de cuidados de saúde e apoio social.

Parte II
Estudo Empírico

Capítulo 1 - Metodologia

“ Naturalmente que para haver investigação é necessário antes de mais, um problema que mereça e possa ser investigado ”

Salgueiro (1994, cit In Marques, 2007, p. 52)

O enquadramento metodológico torna-se imprescindível a qualquer trabalho de pesquisa, pois é através dele que se estuda, descreve e explica todas as etapas que se vão processar. Os métodos de investigação harmonizam-se com os diferentes fundamentos filosóficos que apoiam as inquietações e as linhas orientadoras de uma investigação (Fortin, et al, 2000). Um método implica a recolha de dados, a organização e sistematização da informação através da análise e interpretação do material de pesquisa recolhido (Quivy, 1998). Na realidade, a definição de um método para a realização de qualquer tipo de trabalho é sempre importante, porque ao definir o método a utilizar, o investigador terá já uma linha de orientação definida, o que lhe facilita uma melhor recolha de informação e a respectiva análise.

A selecção do instrumento metodológico deve adequar-se ao problema a ser estudado, à natureza dos fenómenos, ao objectivo da pesquisa, às hipóteses levantadas e que se querem confirmar, ao tipo de informantes com que se vai entrar em contacto, aos recursos financeiros e ainda à equipa humana e outros elementos que possam surgir no campo de investigação (Lakatos e Marconi, 1996).

1- Da problemática às questões de investigação

Nas últimas décadas assistimos a profundas mudanças de carácter económico e social, tais como, a redução de natalidade, as alterações na formação/ estrutura

do grupo familiar, o aumento da esperança média de vida. Associadas às mudanças, surgem novas tendências geracionais, devido essencialmente ao aumento da percentagem de pessoas idosas. Pela análise da pirâmide etária referente à população portuguesa, é visível a existência de um duplo envelhecimento. Este tipo de cenário desencadeia problemas de carácter social, político e económico, conduzindo a uma maior solicitação de apoios de carácter formal e informal. Pimentel (2000, p. 55) alerta para o facto de que actualmente “ (...) o aumento de (...) idosos (...) tendencialmente, perderão a sua autonomia e tornar-se-ão dependentes (...) é uma onda de preocupação ”.

A família, em Portugal e nos países do sul da Europa, é tida como a unidade básica de suporte de todos aqueles que carecem de cuidados, sejam eles crianças, jovens, adultos ou idosos. A tradição cultural portuguesa atribui às famílias, amigos e vizinhos, a função de cuidar. Actualmente, em certos contextos rurais e em alguns bairros mais antigos e tradicionais das grandes cidades, ainda encontramos “ (...) formas de solidariedade baseadas nas relações comunitárias (...) em determinados meios rurais, a família e a comunidade continuam a desempenhar um papel importante na prestação de cuidados aos idosos (...) integrados no seu contexto familiar e social ” (Pimentel, 2001, p. 48-49).

No entanto, um conjunto de alterações tem vindo a modificar o panorama dos cuidados informais. A autora Sousa et al. (2004, p. 61) alerta-nos para dois aspectos importantes: 1º Actualmente, cuidar dos idosos apresenta-se “ (...) como uma extensão dos papéis normais da família, o que aliado à hostilidade para com as instituições, que pressionam a família no sentido de manter esse papel, sem equacionar as exigências e as necessidades associadas ”; 2º A prestação de cuidados domiciliários implica o reconhecimento do papel dos prestadores de cuidados informais e a mesma nem sequer é reconhecida a nível legal, “ (...) pois encara-se como uma obrigação familiar, não se criando medidas que facilitem à família a sua assunção com qualidade ”.

José et al (2002) refere que “cuidar” representa um dos desafios a ser superados, envolvendo longos períodos de tempo dispensados ao doente, desgaste físico, custos financeiros, sobrecarga emocional riscos mentais e físicos. Reconhece-se a importância e o papel fundamental dos prestadores de cuidados informais como suportes indispensáveis do apoio às pessoas idosas, no contexto

sócio-familiar. É fundamental, portanto, conhecer a verdadeira dimensão dos cuidados informais que durante muito tempo esteve oculta.

A delimitação do tema desta investigação deve-se ao facto de considerarmos que o idoso deve permanecer o máximo de tempo no domicílio, sendo a família, principalmente o cuidador informal familiar principal, a figura por excelência, nesse processo de cuidar.

Neste sentido, o objectivo/ propósito desta investigação é compreender: *“ Em que medida as vivências do cuidar influenciam a vida do cuidador informal familiar principal do idoso dependente, inseridos no Programa Cuidados Continuados do Centro de Saúde da Lourinhã? ”*

Tendo como princípio estes pressupostos, formulou-se um conjunto de questões que estiveram na base de orientação do nosso estudo. Estas questões enunciadas resultam das reflexões efectuadas após revisão bibliográfica, pois esta *“ (...) ajuda a fazer o balanço dos conhecimentos relativos ao problema ”* (Quivy 1998, p. 69) e da análise das entrevistas exploratórias:

- Quais os motivos de aceitação do C.I.F.P. para cuidar do idoso dependente?
- Quais as dificuldades identificadas pelo C.I.F.P. na tarefa de cuidar do idoso dependente?
- Que tipos de satisfação/ gratificação são identificadas pelo C.I.F.P., pelo facto de cuidar do idoso dependente?
- Que tipo de facilidades/ apoios usufrui o C.I.F.P. no processo de cuidar do idoso dependente?
- Que tipo de motivações são referidas pelo C.I.F.P. para a não institucionalização do idoso?
- Que relação existe entre o idoso e o C.I.F.P. anterior e actual?
- Quais as necessidades identificadas pelo C.I.F.P.?
- De que forma a situação de cuidar afecta a finalidade de vida do cuidador informal?

1.1- Objectivos do estudo

Os objectivos do estudo correspondem àquilo a que se pode chamar a “planta” do trabalho, pois, tal como um arquitecto planifica o edifício que vai construir e espera que este seja idêntico ao projectado, também os objectivos do estudo promovem uma antevisão de toda a investigação. Da mesma forma que o orienta durante a sua construção. Tal como afirma Fortin (1999, p. 99), “ (...) o *objectivo do estudo num projecto de investigação enuncia de forma precisa o que o investigador tem intenção de fazer (...)* “.

Os objectivos constituem o grande fio condutor desta investigação e, neste caso, relacionam-se com a pergunta de partida. Assim estabelecemos como objectivo, distinguir a forma como a situação de *cuidar* afecta a finalidade de vida do C.I.F.P.:

- Compreender as vivências sentidas pelo C.I.F.P. no cuidar do idoso dependente, inserido no Programa de Cuidados Continuados do Centro de Saúde da Lourinhã;
- Compreender de que forma o cuidar afecta a vida do C.I.F.P.;
- Contribuir para a proposta de elaboração de programas de apoio para os cuidadores familiares, no Centro de Saúde da Lourinhã.

1.2- Tipo de estudo

Cada investigador tem a sua própria forma de investigar. Segundo Bessa (1997, cit In, Graça et al 2005, p.90): “ (...) *nenhuma bengala anda sozinha; os métodos ou metodologias não são mais do que bengalas de que nos servimos; as bengalas não são todas iguais e muitas vezes há que adaptá-las à situação, às necessidades dos seus utilizadores* ”.

Os métodos de investigação harmonizam-se com os diferentes fundamentos filosóficos que apoiam as inquietações e as linhas orientadoras de uma

investigação (Fortin, et al, 2000). Um método implica a recolha de dados, a organização e a sistematização da informação, através da análise e interpretação do material de pesquisa recolhido (Quivy, 1998).

Na realidade, a definição de um método para a realização de qualquer tipo de trabalho é sempre importante, porque ao definir o método a utilizar, o investigador terá já uma linha de orientação definida, o que lhe facilita uma melhor recolha de informação e a respectiva análise.

A partir do momento em que se tornou clara a problemática do estudo, tornou-se evidente que o método de pesquisa teria de reflectir, de forma nítida, o modo como é vivida a experiência pelos C.I.F.P. e de que forma o cuidar altera a sua vida.

A ciência social é uma ciência subjectiva e, nessa qualidade, “ (...) *tem de compreender os fenómenos sociais a partir das atitudes mentais e do sentido que os agentes conferem as suas acções* ” (Santos, 2002, p.22).

Para este trabalho de investigação, definimos o método a utilizar em função da pergunta de partida, do quadro teórico e do conjunto de questões que estiveram na sua base. O estudo baseia-se numa abordagem de triangulação que consiste na “ (...) *utilização de diferentes métodos combinados no interior de cada estudo* ” (Reidy et al., 2000, p.93), reunindo assim uma abordagem quantitativa e qualitativa. Esta triangulação favorece um discurso interessante, que “ (...) *permite estabelecer uma finalidade de investigação susceptível de satisfazer a diversidade e a complexidade dos fenómenos em estudo, podendo realçar os laços entre a teorias, a investigação e a prática nos diversos contextos e através de múltiplas contextualizações* ” (Imaginário, 2004, p. 42).

O nosso estudo tem como pano de fundo o **estudo exploratório**, dado que é um método de investigação que nos permite obter informação. Tem como objectivo captar uma melhor percepção do problema em questão, de forma a permitir um maior conhecimento da realidade. Na região onde desenvolvemos a nossa investigação desconhece-se a existência de estudos desta natureza, o que nos possibilitou conhecer as características dessa realidade. Assume também um carácter **descritivo**, porque pretende procurar e descrever as características de determinada população ou fenómeno. E por último, possui uma vertente **analítica**,

uma vez que nos permite compilar os dados disponíveis, o mais detalhadamente possível, de modo a poder analisar e compreender melhor o fenómeno.

Após a recolha dos dados, procedemos à sua análise e interpretação. A técnica de recolha de dados por questionário está associada a um método quantitativo, tendo sido utilizado o programa informático SPSS versão 13.0 para o tratamento dos dados recolhidos.

Relativamente aos dados recolhidos por entrevistas, aplicámos a análise qualitativa, através da técnica de análise de conteúdo. Esta técnica Bardin (1997) é considerada como um conjunto de técnicas de comunicação que visam a descrição do conteúdo das mensagens; indicadores que permitem a dedução de conhecimentos relativos às variáveis inferidas nessas mensagens.

1.3- Técnicas e instrumentos de recolha de dados

Fortin (1999, p. 240) refere que num estudo exploratório-descritivo, o investigador “ (...) *visa acumular a maior quantidade de informação possível, afim de abarcar os diversos aspectos do fenómeno* ” e, *como tal*, devem ser escolhidos instrumentos de recolha de dados, como a observação, as entrevistas semi-estruturadas, o material de registo etc.

As técnicas são procedimentos operatórios rigorosos, bem definidos, transmissíveis, susceptíveis de serem aplicados novamente nas mesmas condições e adaptados ao tipo de problema e aos fenómenos em causa. A escolha das técnicas depende do objectivo que se quer atingir, o qual, por sua vez, está ligado ao método de trabalho (Carmo, 1998). Para a realização deste trabalho de investigação, recorreremos a várias técnicas de recolha de informação: a análise de documentos científicos e a aplicação dos instrumentos que se seguem.

A **Escala de Zarit**. Com esta escala pretendemos avaliar a carga do cuidador principal. Actualmente, é a mais utilizada para avaliar os cuidadores informais que prestam cuidados a idosos. A mesma foi utilizada nos países da Comunidade Europeia, especificamente em França e em Espanha.

A presente escala é composta por 22 itens em que as questões se referem à relação entre o cuidador/ pessoa alvo de cuidados e à avaliação das condições ao nível da saúde, bem-estar psicológico, financeiro e social. A escala de resposta varia entre 0-4, de acordo com a presença ou intensidade de uma resposta positiva (0-nunca, 1-raramente, 2-algumas vezes, 3-frequentemente e 4-sempre), à excepção do último item da escala, em que o inquirido é questionado se se sente sobrecarregado face à prestação de cuidados e as respostas possíveis são: 0-nem um pouco, 1-um pouco, 2-moderadamente, 3-muito, 4-extremamente. O score total da escala é obtido adicionando todos os itens, que devem variar de 0 a 88. Quanto maior o score, maior a sobrecarga. O score da carga do cuidador pode oscilar entre “carga severa” (61 a 68), “carga moderada e severa” (41 a 60), “carga ligeira moderada” (24 a 40) e “carga inexistente”.

A escala foi conseguida para ser auto-aplicada, mas também pode ser administrada por um entrevistador. No nosso estudo, foi aplicada pelo entrevistador, sendo lido cada item aos C.I.F.P.(s) entrevistados (vide anexo nº 1).

A entrevista é uma forma de comunicação verbal que se estabelece entre o investigador e os participantes do estudo. Efectiva-se através da conversação face a face. A colheita de dados “ (...) é bastante adequada para a obtenção de informações acerca do que as pessoas sabem, crêem, esperam, sentem ou desejam, pretendem fazer, fazem ou fizeram, bem como acerca das suas explicações ou razões a respeito das coisas precedentes” (Gil, 1995, p.55).

A avaliação dos dados foi efectuada em contexto de entrevista semi-estruturada, através de um questionário com recurso à gravação magnética. Este tipo de entrevista é um instrumento privilegiado na investigação qualitativa, nomeadamente na de cariz fenomenológico, pois, como refere Fortin et al. (2000, p. 247) “ (...) o respondente cria as suas respostas e exprime-as pelas suas palavras (...) ”. Segundo Polit Beck et al. (2004, p. 252), a entrevista semi-estruturada deve ser usada “ (...) quando o investigador tem uma lista de tópicos que devem ser cobertos (...) ” e, por este motivo, deve utilizar um guião de entrevista para garantir que todas as áreas das questões são abrangidas.

Assim, elaboramos um guião de entrevista (vide anexo nº 2), especificamente para o estudo em questão, após a realização das entrevistas exploratórias. O guião é composto por perguntas abertas e fechadas. O papel do entrevistador

centra-se no encorajamento dos participantes a falarem livremente sobre os aspectos que o guião contempla.

Relativamente às entrevistas exploratórias, elas serviram como pistas orientadoras para a pesquisa e também para o quadro teórico de referência, dado que têm como função principal “ (...) *revelar determinados aspectos do fenómeno (...) em que o investigador não teria espontaneamente pensado (...), completar as pistas de trabalho sugeridas pelas suas leituras* ” (Quivy, 1998, p. 69).

Na sequência dos objectivos gerais, delineámos os objectivos específicos para a entrevista semi-estruturada:

- a caracterização sócio-demográfica;
- o conhecimento das razões que levaram o C.I.F.P. a cuidar do idoso dependente;
- o conhecimento das dificuldades do C.I.F.P. em prestar cuidados ao idoso dependente;
- o conhecimento do tipo de satisfação/ gratificação identificadas pelo C.I.F.P., pelo facto de cuidar do idoso dependente;
- o conhecimento do tipo de facilidades/ apoios que usufrui o C.I.F.P. no processo de cuidar do idoso dependente;
- o conhecimento das razões identificadas pelo C.I.F.P. para a não institucionalização do idoso;
- o conhecimento da relação existente entre o idoso e o C.I.F.P. anterior à dependência;
- o conhecimento da relação actual existente entre o idoso e o C.I.F.P.;
- o conhecimento das necessidades identificadas pelo C.I.F.P.;
- o conhecimento das estratégias de “*coping*” utilizadas pelo C.I.F.P.;
- o conhecimento do tipo de alterações na vida do cuidador informal.

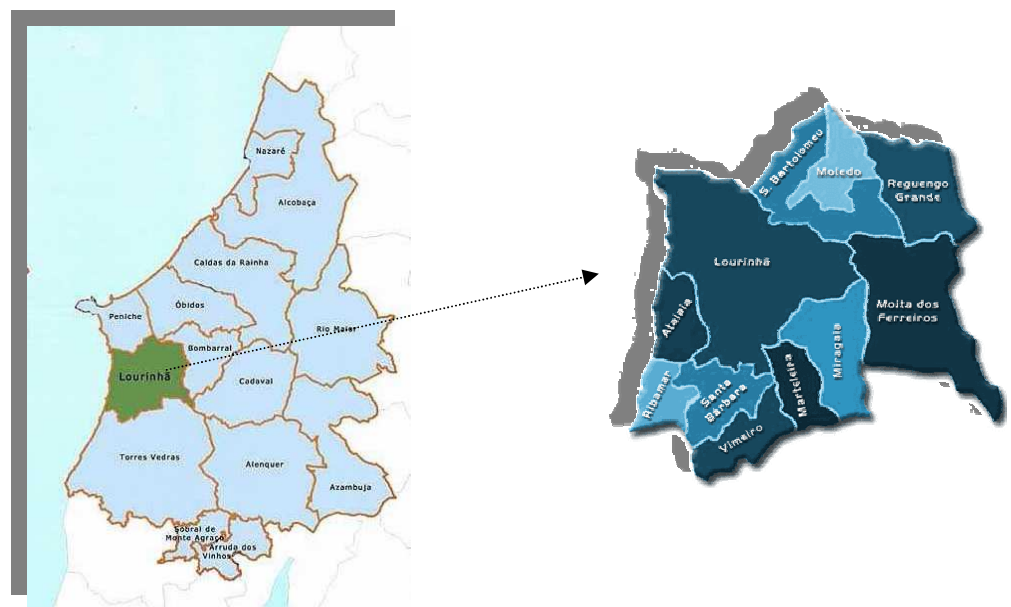
Pré-teste

No sentido de validar a clareza, compreensão e pertinência das questões e prever o tempo médio de cada instrumento, foi aplicado um pré-teste a quatro C.I.F.P., dois deles pertencentes ao concelho em estudo e os outros dois pertencentes ao concelho do Cadaval. Este último assume características

análogas às da população alvo, devido às semelhanças existentes em termos de envelhecimento da população. O pré-teste permitiu verificar se a entrevista e se a ordem das questões seria a mais conveniente e se os termos utilizados seriam facilmente compreendidos e não levariam os entrevistados a erros de interpretação. Após esse procedimento, foi necessário introduzir algumas alterações.

1.4- Contextualização e caracterização do local do estudo.

Figura nº 6 – Mapa da Região Oeste; Figura nº 7 – Mapa do Concelho da Lourinhã



Fonte: Rede Social, 2004.

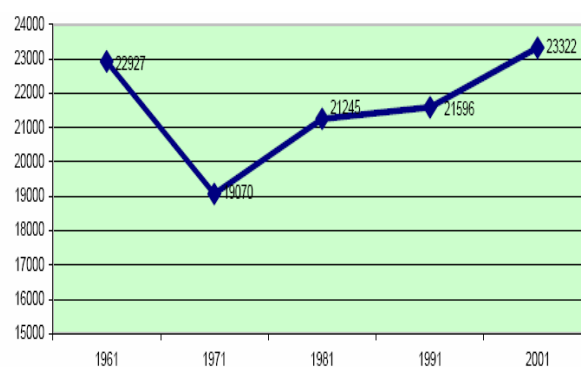
O estudo desenvolve-se numa zona da Estremadura, no concelho da Lourinhã. O presente concelho encontra-se inserido na região do Oeste, sendo limitado a norte pelos concelhos de Peniche e Óbidos, a sul pelo concelho de Torres Vedras, a Este pelos concelhos de Bombarral e Cadaval e a oeste pelo Oceano Atlântico. Pertence ao distrito de Lisboa, e dista 63 km do Norte da sua sede, integrando a região de Lisboa e Vale do Tejo (Estremadura Litoral).

Em termos de acessibilidades, a Lourinhã é servida pelas Estradas Nacionais Nº 8, 247 e 361 que estabelecem a ligação a Torres Vedras, Lisboa, Caldas da Rainha, Óbidos e Bombarral.

O concelho apresenta uma área de 146 km², sendo composto por onze freguesias: Atalaia, Cabeça Gorda, Lourinhã, Marteleira, Miragaia, Moita dos Ferreiros, Moledo, Santa Barbara, São Bartolomeu dos Galegos, Reguengo Grande, Ribamar e Vimeiro.

Nos últimos Censos de 2001, o concelho da Lourinhã possuía uma população de 23.265 habitantes, reflectindo uma evolução de mais 7,7% face a 1991. Em termos demográficos, o concelho apresenta períodos distintos, desde a década de 60 até 2001 (Rede Social, 2004), como podemos constatar no gráfico nº 10.

Gráfico nº 10 - **Evolução da população residente no concelho da Lourinhã, entre 1961 e 2001**



Fonte: Rede Social, 2004.

Através da análise do gráfico podemos tecer algumas considerações:

- Na década de 60 para a de 70, o concelho da Lourinhã sofreu um decréscimo populacional. Este facto deve-se ao “ (...) êxodo rural tendencial desta década, interligado com a crise económica existente e ao regime vigente conducente ao fenómeno migratório, por parte das populações rurais, para fora do país ou para os grandes núcleos urbanos (Lisboa/Porto) “ (Rede Social, 2004, p. 17).

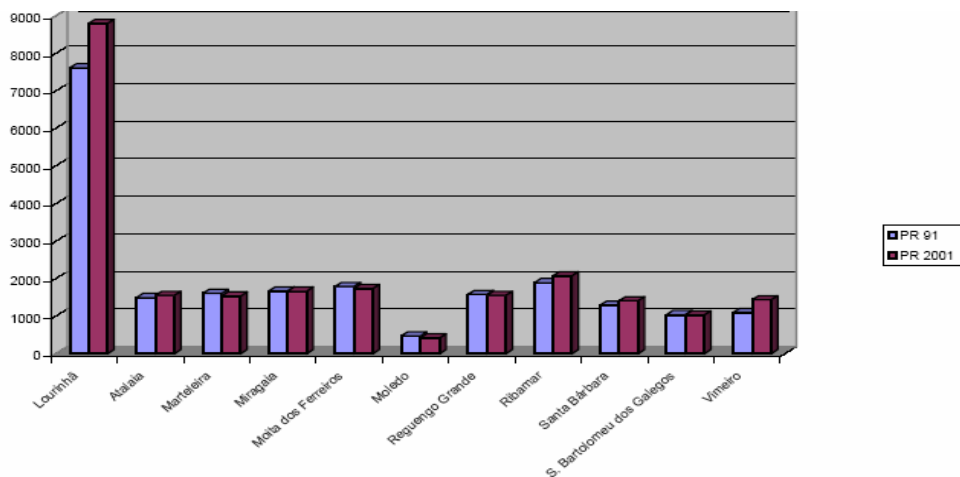
- No período compreendido entre 1970 e 1980, verifica-se um significativo aumento da população.

- A partir de 1981 até 2001, denota-se uma evolução positiva (mais 1,7% entre 1981 e 1991 e mais 7,7% entre 1991 e 2001). Este aumento encontra-se intimamente associado tanto a um leve crescimento natural, como à favorável localização geográfica do concelho, situado numa área contígua à cidade de Lisboa, tornando atractiva a fixação da população.

Face à distribuição da população pelas várias freguesias, verifica-se uma maior concentração e consolidação demográfica, na freguesia sede do concelho, Lourinhã (15,5%) e Vimeiro (30,8%).

Apesar de um comportamento globalmente positivo, as freguesias do interior apresentam (à semelhança da década transacta) valores negativos, com especial destaque para a freguesia de Moledo (-11, 3%). Estes comportamentos demográficos díspares “ (...) *devem-se em parte, entre outras causas, ao fenómeno migratório interno, sendo que, a população deslocaliza-se das freguesias mais interiores para as mais a litoral* “ Rede Social (2004, p. 18), como podemos constatar pela leitura do gráfico nº 11.

Gráfico nº 11 – Evolução da população residente no concelho da Lourinhã, por Freguesia entre 1991 a 2001.

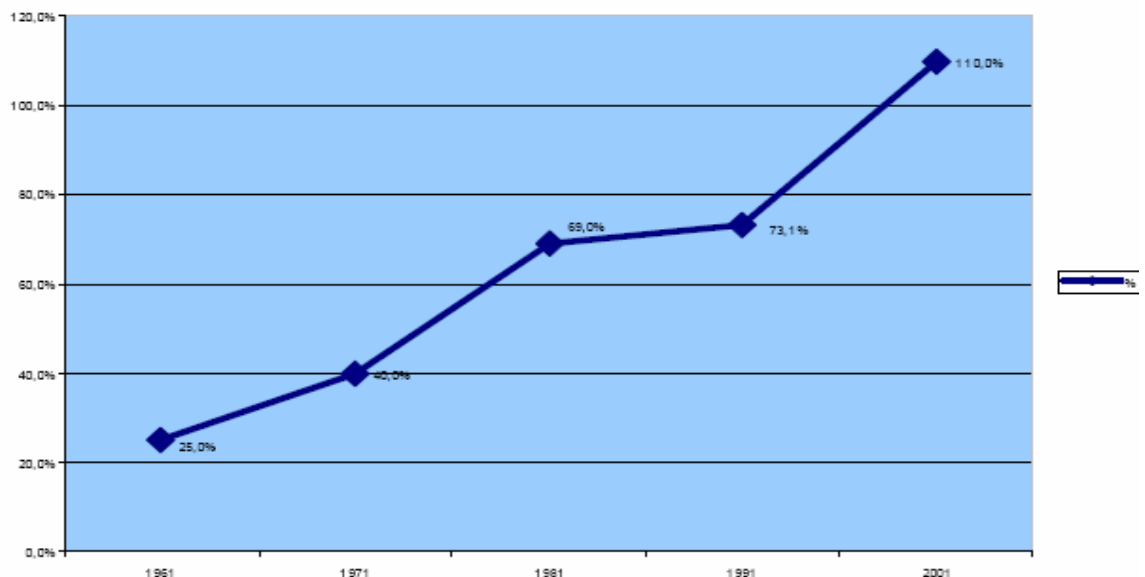


Fonte: Rede Social, 2004

Relativamente à análise da evolução do índice de envelhecimento do concelho da Lourinhã (1960 até 2001), verifica-se que acompanha as tendências nacionais, constatando-se um acentuado fenómeno de envelhecimento da população

residente. Tomando como referência o índice de envelhecimento (1), verifica-se que em 1960, o concelho da Lourinhã era constituído por uma população jovem (25%), na década de 70, podemos considerar que a população continuou jovem (40%), a partir de 1981 a população era ligeiramente envelhecida (69%), no período intercensitário seguinte a população é tendencialmente envelhecida (73,1%), “ (...) na actualidade, apresenta uma condição global de população muito envelhecida (110,0)” (Rede Social, 2004, p. 19), como podemos observar gráfico nº12.

Gráfico nº 12 - Evolução do índice de envelhecimento no concelho da Lourinhã, por freguesia entre 1961 a 2001.



Fonte: Rede Social, 2004

Tendo por base o Quadro nº 4, em termos de análise interna do concelho, ao nível das freguesias, verificamos que a estrutura etária da população acompanha a trajectória demográfica. As freguesias que apresentam maior número de população residente são aquelas em que se realçam as características da estrutura etária da população. As freguesias do interior presenciam uma população mais envelhecida. Ao contrário, as freguesias do litoral, à excepção da Atalaia, apresentam uma população mais jovem.

**Quadro nº 4 – Estrutura etária da população residente no concelho da
Lourinhã (%), 2001**

	[0-14]	[15-24]	[25-64]	[65-+]
Região LVT	14.9	13.6	55.1	16.4
Região Oeste	15.6	13.5	53.2	17.6
Lourinhã	16.1	14.5	51.7	17.7
Lourinhã	16.9	14.4	52.2	16.6
Miragaia	15.0	14.5	51.9	18.6
Moita dos Ferreiros	13.7	14.3	48.5	23.6
Moledo	15.3	12.9	48.5	23.3
Reguengo Grande	13.9	12.7	51.0	22.3
Santa Bárbara	17.8	16.8	52.5	12.9
S. Bartolomeu dos Galegos	14.7	14.2	51.0	20.1
Vimeiro	16.3	12.3	52.7	18.7
Marteleira	17.1	13.8	51.0	18.0
Ribamar	17.5	17.9	54.5	10.0
Atalaia	14.9	13.7	49.7	21.7

Fonte: Câmara Municipal da Lourinhã que cita o INE, RGP 1991 e 2001.

Esta dinâmica de concentração etária da população encontra-se intimamente associada “ (...) ao fenómeno de migração interna do concelho, pois os jovens deslocam-se para as freguesias mais dinâmicas em prol de maiores oportunidades de emprego e, em geral, de melhores condições de vida ” (Rede Social, 2004, p. 22).

No decorrer do último período intercensitário, o concelho da Lourinhã apresentou um forte decréscimo populacional no grupo etário mais jovem- os que têm entre os 0 e 14 anos (uma evolução negativa de -17,7% em valores relativos; menos 809 indivíduos em valores absolutos).

Em sentido contrário, nota-se um aumento, não muito significativo, do grupo etário dos 15 aos 24 (evolução positiva de +6.2%), assim como, um aumento de

1- Os índices de envelhecimento resultam do seguinte cálculo: “População com mais de 65 anos”/ “População até aos 14 anos”X100. Relativamente ao índice, consideram-se as seguintes leituras: menos de 40– população jovem; entre 41 e 50- população ligeiramente envelhecida; entre 51 e 100– população tendencialmente envelhecida; e mais de 100– população muito envelhecida.

12.6% do grupo etário dos 25 aos 64 anos (mais 1343 indivíduos) e um aumento mais significativo na faixa etária da população com mais de 65 anos que apresenta uma variação positiva de +29.7%. Em 1991 eram 3156 e, em 2001, são 4094 indivíduos, tal como podemos constatar pela leitura do quadro nº 5.

Quadro nº 5 – População residente no concelho da Lourinhã, segundo grandes grupos etários (1991-2001).

Grupo etário	Ano 1991	Ano 2001	Variação
0-14	4562	3753	- 17, 7%
15-24	3179	3376	6.2%
25-64	10699	12042	12.6%
65 ou +	3156	4094	29.7%

Fonte: Rede Social (2004).

Quanto à caracterização sócio-económica do concelho, o sector terciário evidencia-se com um maior peso. De acordo com a Rede Social (2004, p. 54), “A empregabilidade no sector terciário sofreu um aumento de cerca de oito pontos percentuais de 1999 a 2001 (em 1999 representava 37,5% e em 2001 expressava 49,1%)”. As actividades relacionadas com o sector primário sofrem um decréscimo de cerca de 4%, mas continua a ter algum peso no enquadramento regional. O sector secundário detém projecção no concelho, mas tem vindo a perder “terreno”. O mesmo tem vindo a acontecer à agricultura, sendo apenas praticada em pequenas explorações, assumindo uma proporção de quase subsistência e numa percentagem reduzida vocacionada para o mercado nacional e internacional (Rede Social, 2004). As principais culturas são a vinha e os pomares de pêra e maçã. A criação de animais, tem vindo a crescer e a assumir um papel importante na economia (suinicultura e avicultura). Por último, o sector terciário assume um papel de grande expressividade (ibidem).

Ao nível da população residente empregada e, segundo os grupos profissionais, prevalecem os “operários, artífices e trabalhadores similares” com um valor de 23,2%; os “trabalhadores não qualificados” com 15,7% e os “agricultores e trabalhadores qualificados” com 15,7%. Finalmente, os “agricultores e trabalhadores qualificados e pesca” com 15,3%. Desta forma, verifica-se um cenário de qualificações profissionais muito carenciado. Tal como

se verifica ao nível nacional, no concelho da Lourinhã, o valor da taxa de desemprego aumentou (de 5% em 1991 para 5,5% em 2001). Relativamente ao número de pensionistas, em 2001 registaram-se 6276 indivíduos (ibidem).

O concelho da Lourinhã dispõe de um Centro de Saúde (vide fotografia nº 1), que pertence à Administração Regional de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo e que abrange a totalidade do concelho. O referido Centro conta com três extensões distribuídas pelo concelho, sediadas nas freguesias de Moita dos Ferreiros, Reguengo Grande e Ribamar.

Fotografia nº 1 – Centro de Saúde da Lourinhã



Fonte (Fotografia da autora, 2007)

De acordo com os dados fornecidos em Outubro de 2007, o número total de utentes inscritos é de 26.821.

Trata-se de um concelho com uma população idosa crescente, como se pode verificar através do número de utentes inscritos no Centro de Saúde desse mesmo concelho, em que num total de 26.821 inscritos, 4.799 são utentes com idade igual ou superior a 65 anos (vide quadro nº 6).

Quadro nº 6 - Utentes inscritos no Centro de Saúde da Lourinhã, por grupos etários

Grupo Etário	Sexo Masculino	Sexo Feminino	Total	%
0- 14 anos	2106	2010	4116	15%
15- 24 anos	1592	1584	3176	12%
25- 64 anos	7457	7273	14730	55%
65- 74 anos	1191	1357	2548	10%
> ou = 75 anos	914	1337	2251	8%
Total	13260	13561	26821	100%

Fonte: Centro de Saúde da Lourinhã, 2007 - Programa Sinus

Em termos profissionais, actualmente desempenham funções no Centro de Saúde 15 médicos de família; 2 médicos estagiários; 7 enfermeiros; 23 administrativos; 1 motorista; 8 auxiliares de Apoio à vigilância; 1 técnico de saúde ambiental; 1 psicólogo; 1 técnico de Serviço Social; 1 telefonista.

De acordo com os dados fornecidos pela equipa de cuidados continuados, em Setembro de 2007, o número total de utentes a serem alvo de cuidados no referido programa foi de 394. Sendo distribuídos pelas seguintes faixas etárias:

Quadro nº 7 – Utentes integrados no programa de cuidados continuados

	Masc.		Fem.	
0-14	0	0%	1	1%
15-44	6	4%	1	1%
45-64	6	4%	18	12%
65-74	47	35%	33	22%
≥ 75	77	57%	98	64%
Total	136	100%	151	100%

Fonte: Centro de Saúde da Lourinhã, 2007 – Programa Cuidados Continuados

De acordo com o quadro nº 7, a faixa etária com mais significado é a de maior ou igual a 75 anos, com 57% dos utentes pertencentes ao sexo masculino e 64% ao sexo feminino.

1.5- População em estudo

O passo seguinte será a identificação da unidade de análise, tendo como objectivo analisar alguns dos factores relacionados com a problemática dos prestadores de cuidados informais a idosos, que se encontrem em situação de dependência. Optou-se por utilizar como população alvo, os cuidadores informais familiares principais que prestam cuidados aos idosos dependentes, inseridos no Programa de Cuidados Continuados, inscritos no Centro de Saúde da Lourinhã.

A amostra foi seleccionada a partir dos C.I.F.P. (s) dos utentes dependentes, inseridos em Programa de Cuidados Continuados. Estimou-se, então, uma amostra de 30 indivíduos de ambos os sexos. A amostra é caracterizada como **não probabilística** seleccionada por **conveniência**. O número de participantes será de acordo com o critério de saturação dos dados obtidos. De acordo com Carmo et al. (1998, 197), “ (...) *na amostragem de conveniência utiliza-se um grupo de indivíduos que estiver disponível (...) cujos resultados obviamente não podem ser generalizados à população à qual pertencem o grupo de conveniência, mas do qual poderão obter informações preciosas, embora não as utilizando sem as devidas cautelas e reservas* ”.

Definimos como critérios de inclusão na amostra:

- Ser cuidador informal familiar principal;
- Ser cuidador informal familiar há mais de 6 meses;
- O utente cuidado pertencer ao Programa de Cuidados Continuados do Centro de Saúde da Lourinhã;
- Mostrar-se disponível para participar no estudo.

1.6- Procedimentos

1.6.1- Procedimento de colheita de dados

Ao termos definido o estudo que pretendíamos realizar, foi formulado um pedido de autorização por escrito, à Directora do Centro de Saúde da Lourinhã, para a execução da investigação aos familiares (cuidadores informais familiares

principais), inseridos no programa de cuidados continuados, o qual foi deferido (vide anexo nº 3).

Com a finalidade de obter autorização dos elementos que compõem a nossa amostra, foi solicitado às enfermeiras que se encontram integradas no referido programa, que divulgassem as nossas pretensões junto dos familiares e que obtivessem a sua autorização para nos deslocarmos aos seus domicílios. Para isso, procedeu-se à explicação dos objectivos do estudo.

As razões que nos levaram a optar por realizar o trabalho de campo nas residências dos idosos dependentes e/ ou C.I.F.P. (s), prendem-se com os seguintes aspectos:

1º Dificuldades dos C.I.F.P. (s) em deslocar-se ao Centro de Saúde da Lourinhã, no horário estipulado por nós, devido essencialmente à fraca cobertura dos transportes públicos.

2º Dificuldade dos C.I.F.P. (s) em se ausentar, devido à prestação de cuidados ao idoso dependente, actividades domésticas e profissionais.

Após o consentimento dos C.I.F.P. (s) foi marcada, telefónica ou pessoalmente, a data e a hora da entrevista, de acordo com a disponibilidade dos sujeitos. O trabalho de campo teve assim início no dia 2 de Abril e terminou a 18 de Maio de 2007. As entrevistas foram realizadas numa das divisões da casa, estando presentes apenas o investigador e o C.I.F.P., sendo gravadas em fita magnética, com a devida autorização dos participantes. Ao longo de cada entrevista, procurámos manter um clima de privacidade, com recurso à escuta activa, procurando mostrar que era um momento por excelência para reflexão e partilha dos sujeitos. O tempo médio de cada entrevista foi de 60 a 90 minutos e a sua realização proporcionou momentos importantes de aprendizagem e reflexão para a actividade profissional do investigador.

À medida que as entrevistas foram sendo realizadas, procedeu-se à sua audição e à respectiva transcrição na íntegra, tendo-lhes sido atribuído um número de registo. Posteriormente, fez-se a análise de conteúdo, perante a qual foram emergindo os vários blocos temáticos.

1.6.2- Procedimentos éticos

Qualquer investigação que inclua pessoas levanta questões de ordem moral e ética, e estas estão presentes desde que se determina o problema até à conclusão do estudo. Fortin (1999, p. 116) refere que “ (...) *a investigação aplicada a seres humanos pode, por vezes, causar danos aos direitos e liberdades das pessoas. Por conseguinte, é importante tomar todas as disposições necessárias para proteger os direitos e liberdades das pessoas que participam nas investigações* ”.

Após o esclarecimento dos objectivos do estudo, os participantes foram informados da confidencialidade dos dados e do direito à auto-determinação. Foi garantido que a informação recolhida, apenas seria utilizada para a presente investigação e foram também assegurados o anonimato e a confidencialidade das respostas. Relativamente à escala adoptada, não foi necessário nenhum pedido de autorização, na medida em que é de utilização livre.

1.7- Tratamento de dados

No sentido de responder às questões da investigação, é necessário tratar os dados recolhidos com vista ao sucesso da investigação. Fortin (1999, p. 56) refere que “ (...) *o método de análise deve ser congruente em relação aos objectivos e ao desenho do estudo* ”.

Para tratamento dos dados estruturados, recorreu-se à estatística descritiva, através do *Programa Statistical Package for Social Sciences 13,0 for Windows* (SPSS for Windows).

Para sistematizar e salientar a informação fornecida pelos dados recolhidos, utilizou-se a estatística descritiva, nomeadamente: Frequências absolutas (n^0) e relativas (%), dependendo dos dados em questão.

Relativamente à análise das entrevistas semi-estruturadas, recorreremos à análise qualitativa, utilizando a técnica de análise de conteúdo. Esta técnica Bardin (2003, p.31) é considerada como um “ (...) *conjunto de técnicas de análise das comunicações. Esta análise não pode considerar-se um único instrumento,*

mas um leque variado de “apetrechos”, com uma grande variedade de formas e adaptável ao vasto campo de aplicação das comunicações”.

Actualmente, a análise de conteúdo é uma das técnicas que tem sido aplicada em muitos campos das ciências humanas e sociais, como elemento importante do conjunto das metodologias da investigação empírica.

Em consonância com o mesmo autor, o tratamento dessas questões foi efectuado da seguinte forma:

- Após a realização de cada entrevista, procedemos à sua audição integral e respectiva transcrição, seguindo-se uma pré-análise que visa sistematizar ideias para ulterior consecução de um plano de análise;

- Numa fase posterior, procedemos à organização do *corpus*, composto por todo o material resultante da comunicação e da definição das unidades de contexto. Estas resultam de uma palavra-chave ou de expressões que agrupam um conjunto de asserções expressas nas respostas, com características comuns e que são adequadas ao sentido da questão formulada. As unidades do contexto correspondem à categorização do discurso emitido.

Alguns dados e resultados pertinentes para as questões de investigação colocadas, foram apresentados através de tabelas e gráficos, nos quais se omite a fonte, pelo facto de serem resultado dos dados obtidos neste trabalho.

Capítulo 2 – Apresentação e Análise dos Resultados

“A vida sem reflexão não merece ser vivida”

Sócrates

2- Caracterização sócio-demográfica da amostra

Segundo Fortin (1999), a análise de dados é um conjunto de métodos estatísticos que permite visualizar, classificar, descrever e interpretar os dados recolhidos junto dos indivíduos. A análise de dados é uma etapa que permite servir de guia orientador para o investigador, pois traça algumas pistas para o que resta descobrir sobre o fenómeno em estudo, durante o processo de colheita de dados.

Deste modo, esta parte do trabalho reporta-se à apresentação e análise de dados obtidos através dos instrumentos aplicados. Sendo assim, reuniram-se os dados e procedeu-se ao seu tratamento informático através do programa estatístico SPSS.

Posteriormente, apresentaram-se os resultados de acordo com uma sequência lógica, recorrendo à distribuição de frequências absolutas e relativas, de forma a melhor identificar os valores e tornar este estudo perceptível para aqueles que a ele tenham acesso.

Quadro nº 8- Distribuição da amostra segundo as variáveis de caracterização sócio-demográfica

Caracterização Sócio-Demográfica da Amostra		Nº
Sexo	Masculino	4
	Feminino	26
	Total	30
Faixa Etária	30 - 49 anos	4
	50 - 64 anos	15
	65 e + anos	11
	Total	30
Estado Civil	Solteiro(a)	1
	Casado (a)/ União de Facto	27
	Divorciado (a)/ Separado(a)	2
	Total	30
Habilitações Literárias	Nenhum (não sei ler nem escrever)	1
	1º Ciclo Ensino Básico incompleto	7
	1º Ciclo Ensino Básico completo	17
	2º Ciclo de Ensino incompleto	1
	2º Ciclo de Ensino completo	1
	3º Ciclo Ensino incompleto	2
	Ensino Superior	1
Total	30	
Situação perante o trabalho	Empregado(a)	9
	Desempregado(a)	1
	Doméstico(a)	7
	Reformado	13
	Total	30
Profissão	Ajudante de Jardinagem	1
	Ama de crianças/ idoso	2
	Auxiliar de Educação	1
	Auxiliar de Acção Directa (Lar)	3
	Auxiliar de Acção directa (saúde)	2
	Total	9
Grau de Parentesco	Marido/ Esposa	9
	Irmã/ Irmão	2
	Filho (a)	14
	Sobrinha 1º Grau	2
	Genro/ Nora	3
	Total	30
Tipo de Família	Unitária	12
	Nuclear	6
	Alargada	11
	Reconstituída	1
	Total	30

Iniciamos por uma caracterização sócio-demográfica da nossa amostra: os cuidadores informais familiares principais.

Através da leitura do quadro nº 8, apurámos que dos trinta (30) elementos entrevistados, na distribuição face ao sexo, vinte e seis (26) pertencem ao sexo feminino e quatro (4) são do sexo masculino.

No que respeita à idade dos C.I.F.P. (s), a amostra varia entre os 30 e os 81 anos de idade; a média de idades encontrada é de 61 anos. Para o estudo desta variável optou-se por dividir a amostra em três grupos:

A- 30-49 anos: grupo que presumivelmente inclui os prestadores de cuidados ascendentes (pais ou sogros), encontrando-se em idade activa do ponto de vista profissional e com filhos em idade escolar;

B- 50-64 anos: grupo que presumivelmente inclui os C.I.F.P.(s) que se encontram em fase de pré-reforma profissional e com filhos já adultos;

C- 65 e mais anos: grupo que presumivelmente inclui os prestadores de cuidados já reformados a prestar cuidados a cônjuges.

Assim, observa-se que a maioria (15) dos C.I.F.P. (s) encontra-se no grupo B de idades, segue-se o grupo C, com onze (11) indivíduos e, por último, o grupo A com apenas quatro (4) elementos.

A grande maioria (27) dos C.I.F.P. (s) referiu ser casada, enquanto dois (2) referiram ser divorciados/separados e somente um (1) afirmou encontrar-se em estado de solteiro.

Em relação à escolaridade, a maioria (17) dos C.I.F.P. (s) da amostra referiu ter completado o 1º ciclo do ensino básico, seguindo-se o grupo dos que possuíam o 1º ciclo do ensino básico incompleto (7) e por fim, com um (1) elemento, os outros níveis de ensino, exceptuando o 3º ciclo ensino incompleto, com dois (2) indivíduos.

Com base nas categorias propostas pelo INE, para caracterizar a situação dos elementos da amostra perante o trabalho, observa-se que a maioria dos C.I.F.P. (s) estavam “reformados” (13), seguindo-se o grupo dos que estavam na condição de “empregado” (9) e o grupo “doméstico” com sete (7) indivíduos. Apenas um (1) dos entrevistados se encontrava na situação de “desempregado”.

Verificámos que relativamente à profissão, dos nove (9) inquiridos que se encontravam a desempenhar uma actividade profissional, a maioria dos elementos desenvolvem actividades relacionadas com o cuidar de alguém (crianças ou idosos).

Salienta-se que destes nove (9) empregados, um (1) encontra - se com licença sem vencimento e outro com baixa médica não - remunerada, por questões de saúde.

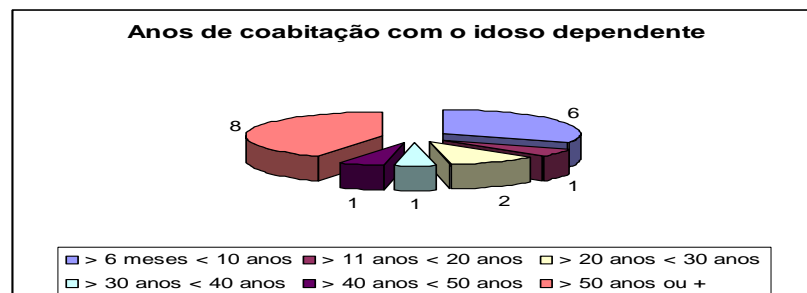
O grupo relativo ao parentesco entre o C.I.F.P. e o idoso varia entre 2ª e 3ª gerações, no entanto a maioria dos C.I.F.P. (s) situa-se na 2ª geração.

Pela análise do mesmo quadro, verificamos que relativamente ao tipo de família a que pertencem os participantes da amostra, emerge, como grupo principal, a *família unitária*, com doze (12) elementos, seguindo-se a *família alargada* com (11), a *família nuclear* com seis (6) e, por último, a *reconstituída*, com apenas um (1) C.I.F.P.

a) Anos de coabitação com o idoso dependente, mesmo anteriormente à dependência.

A coabitação refere-se à situação de viver em comum, ou seja, de partilhar o mesmo tecto. É geralmente considerada uma característica central. Segundo Marques (2007, p. 75), as consequências “ (...) para o cuidador, ao dividir a casa com uma pessoa incapacitada são aquelas que os colocam em contacto com as tarefas envolvidas no processo, o que é de fundamental importância para se entender como a vida destes cuidadores é restringida ao longo dos tempo (...) dividem a mesma casa com os seus familiares dependentes referem níveis de alta tensão do que aqueles que moram em casas separadas ”.

Gráfico nº 13 - Anos de coabitação com o idoso dependente.



N= 30

Através da análise do quadro gráfico nº 13, verificamos que oito (8) dos inquiridos coabitam com o idoso no intervalo maior ou igual a 50 ou mais anos, seis (6) integram-se no intervalo maior ou igual a 6 meses e menor ou igual a 10 anos.

Deste modo, podemos interpretar essa coabitação como o resultado de uma de duas razões: a primeira, o casamento e a segunda, o momento em que o idoso necessitou de ajuda.

b) Coabitação com o idoso anteriormente à dependência

Tendo por base o gráfico nº 14, verifica-se que a maioria dos C.I.F.P. (s) (17) não coabitava com o idoso anteriormente à dependência. Pelo contrário, treze (13) dos inquiridos já viviam em situação de coabitação com o idoso. Podemos depreender, por isso, que a situação de dependência “originou” a coabitação na maioria dos casos.

Gráfico nº 14 - Coabitação com o idoso dependente anterior à dependência.

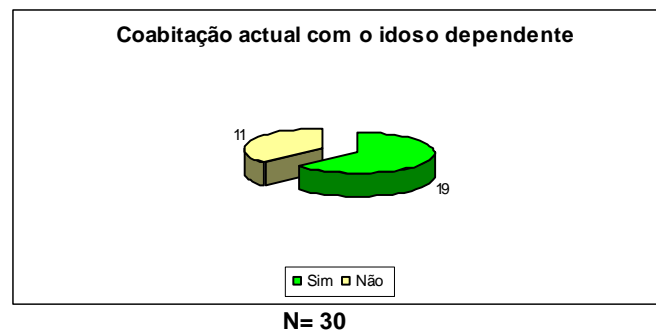


N= 30

c) Coabitação actual com o idoso dependente

Actualmente, a situação da coabitação entre o C.I.F.P. e o idoso alterou-se, verificando-se que a maioria dos C.I.F.P. (s) (19) vivem com idoso.

Este resultado, comparado com o gráfico nº 15, permite-nos depreender que a coabitação presumivelmente tenha aparecido no momento em que o idoso necessitou de ajuda.

Gráfico nº 15 – Coabitação actual com o idoso dependente**d) Distribuição dos C.I.F.P. (s), de acordo com a distância a que vivem da pessoa alvo de cuidados**

Através da análise do gráfico nº 16, aferimos que dos onze (11) entrevistados que actualmente não coabitam com o idoso dependente, seis (6) residem a uma distância possível de ser percorrida a pé, quatro (4) vivem no mesmo edifício ou ao lado e apenas um (1) vive a 10 minutos de carro.

Gráfico nº 16 – Distribuição dos cuidadores informais familiares principais, de acordo com a distância a que vivem da pessoa alvo de cuidados



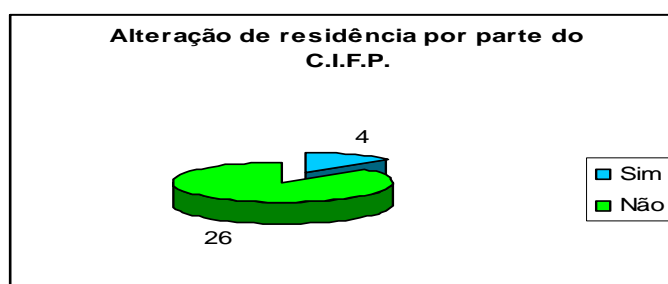
N= 30

Autores como Brito, 2003 e Hortelão, 2003 e Imaginário, 2004, referem que uma outra característica inerente à actividade de cuidar é a necessidade frequente que o C.I.F.P. tem de abandonar o seu próprio domicílio para prestar cuidados, de forma mais próxima, ao idoso dependente.

Muitas vezes, as razões identificadas estão relacionadas com a falta de condições das habitações do C.I.F.P., com a distância geográfica ou também com a necessidade em termos de tempo de que o idoso evidencia (Almeida, 2003).

Segundo os dados apresentados no gráfico nº 17, verificamos que quatro (4) dos C.I.F.P. (s) tiveram que alterar a sua residência para prestar cuidados ao idoso dependente.

Gráfico nº 17 – Alteração de residência por parte do C.I.F.P.



N= 30

e) Ciclo de vida onde se insere o C.I.F.P.

A família é um sistema “ (...) activo em constante transformação, ou seja, um organismo complexo que se altera com o passar do tempo para assegurar a continuidade e o crescimento de seus membros componentes ” (Caldas, 2002, p. 30).

Os momentos de transição de umas etapas para as outras constituem zonas de maior vulnerabilidade, na medida em que se pressupõe a existência de uma certa turbulência nas situações que precedem um novo equilíbrio.

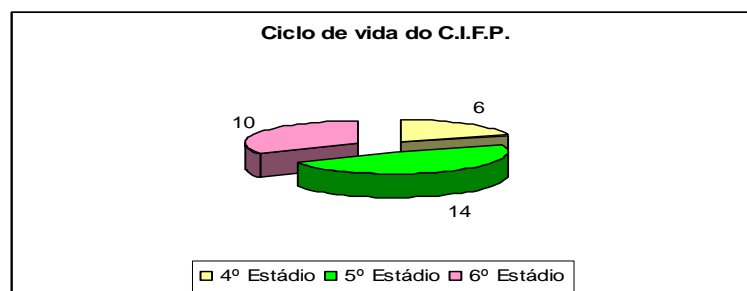
Consideramos fundamental conhecer o ciclo de vida onde se integra o C.I.F.P. neste momento, de forma a melhor compreender e enquadrar a sua situação.

Sampaio (1994) refere que o ciclo de vida da família não é exactamente um instrumento de avaliação, antes constitui um método de compreensão da família, entendida numa perspectiva do desenvolvimento. A família desenvolve um percurso de vários estádios caracterizados pelas suas necessidades e tarefas que deverá desempenhar.

Relativamente ao ciclo de vida do C.I.F.P., dos seis estádios apresentados por Cáster et al. (1989, cit. In Sousa 2004), apenas três foram identificados.

Verificamos que catorze (14) dos elementos integram o 5º estádio designado por “ninho vazio”; seguidamente, encontramos dez (10) elementos no 6º estádio, denominado como “Família no fim de vida” e, por último, no 4º estádio “ família com filhos adolescentes” encontramos seis (6) entrevistados (vide gráfico nº 18).

Gráfico nº 18 – Ciclo de vida onde se insere o C.I.F.P.

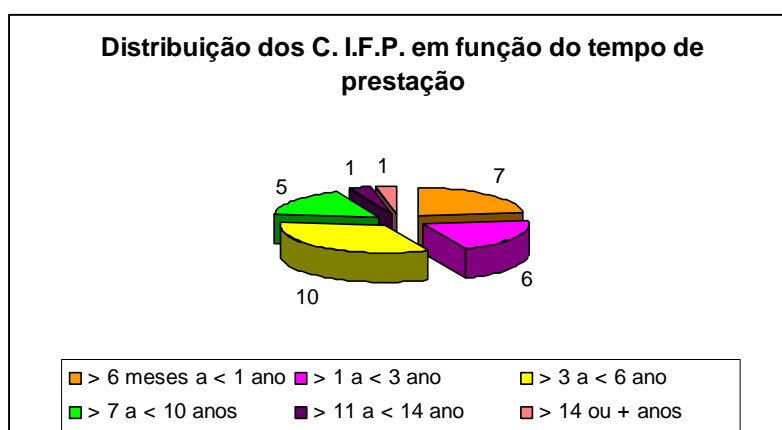


N= 30

f) Tempo de prestação de cuidados pelo C.I.F.P. ao idoso dependente

No que diz respeito ao tempo de prestação de cuidados, apresentamos os dados do gráfico nº 19.

Gráfico nº 19 – Distribuição dos C.I.F.P. (s) em função do tempo de prestação



N= 30

Através da leitura do gráfico nº 19, observamos que em dez (10) dos casos a situação de cuidados dura entre três e seis anos. Seguem-se sete (7) elementos que prestam cuidados entre seis meses a um ano. E por último, seis (6) C.I.F.P. (s) que cuidam do idoso dependente entre um a três anos.

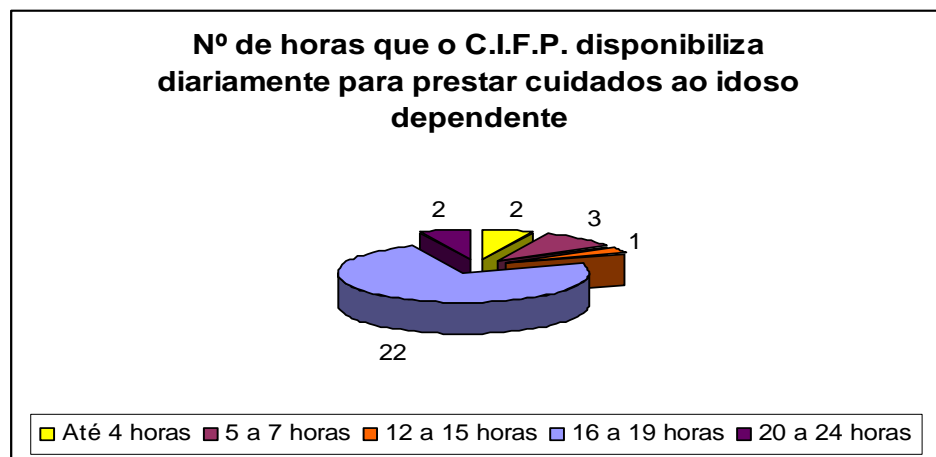
Relativamente a este item que focaliza o tempo cronológico que cada C.I.F.P. disponibiliza com o idoso dependente, Martins (2006) refere que o tempo que os cuidadores despendem a prestar cuidados directos e as horas que passam directamente com o idoso dependente levam a um aumento significativo dos níveis de sobrecarga do C.I.F.P..

g) Número de horas diárias disponibilizadas pelo C.I.F.P. para cuidar do idoso dependente

Relativamente ao número de horas disponibilizadas pelo C.I.F.P. para cuidar do idoso dependente, pela análise do gráfico nº 20, verifica-se que a maioria dos inquiridos (22) dedica dezasseis a dezanove horas diárias, ou seja, disponibiliza o dia todo para prestar cuidados ao idoso dependente.

Verificamos ainda que três (3) dos elementos disponibilizam entre cinco a sete horas e apenas dois (2) dos C.I.F.P. (s) prestam cuidados até quatro horas diárias. Verifica-se que dois (2) dedicam vinte a vinte e quatro horas, com poucos ou nenhuns períodos de descanso para si próprio, deixando para segundo plano as suas necessidades. E por último um (1) C.I.F.P. disponibiliza entre 12 a 15 horas.

Gráfico nº 20 - Número de horas que o C.I.F.P. disponibiliza diariamente para prestar cuidados ao idoso dependente



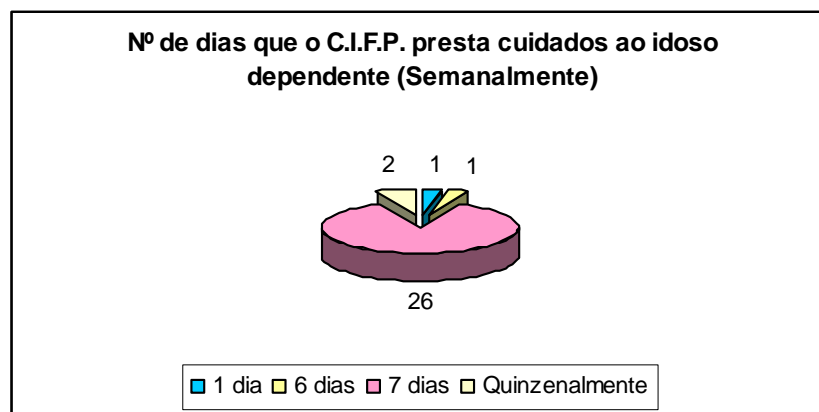
N= 30

Pimentel (2001) refere que as consequências na vida do cuidador têm a ver com o número de horas disponibilizadas para o cuidar.

h) Número de dias da semana que o C.I.F.P. presta cuidados ao idoso dependente

No que respeita ao número de dias que o C.I.F.P. disponibiliza para cuidar do idoso dependente, após análise do gráfico nº 21, verificamos que a maioria dos C.I.F.P. (s) (26) cuida os sete dias da semana; apenas dois (2) cuidam quinzenalmente, durante um período de duas semanas; com menor proporção, um (1) C.I.F.P. cuida 6 dias e um (1) um dia por semana.

Gráfico nº 21 – Número de dias em que o C.I.F.P. presta cuidados ao idoso dependente



N= 30

i) Cuidados prestados pelo C.I.P.F. ao idoso dependente

No contexto familiar, a função de cuidador tende a ser assumida por uma única pessoa, denominada "cuidador principal". Essa pessoa assume e responsabiliza-se pelas tarefas de cuidar sem contar, na maioria das vezes, com a ajuda de outro membro da família ou de profissionais.

Os idosos manifestam numerosas necessidades. Numa fase inicial, muitas dessas necessidades podem ser preenchidas mesmo à distância, através de contactos telefónicos ou visitas ocasionais (Gonçalves, 2002). Com a emergência de

perdas progressivas de capacidades físicas, alterações dos processos sensoriais, perceptivos, cognitivos e afectivos, o idoso passa a abarcar um conjunto de necessidades de carácter biológico, psicológico, sociológico, cultural e espiritual. As necessidades dos idosos dependentes requerem, tipicamente, o fornecimento regular de serviços informais, incluindo assistência na preparação de refeições, serviços de casa, transporte e cuidados pessoais (Cattani et al., 2004).

A prestação de cuidados informais, de acordo com Paul (1997), encontra-se desenvolvida em dois domínios:

- **Apoio psicológico**, ligado à satisfação de vida e ao bem-estar psicológico;
- **Apoio instrumental**, que pressupõe ajuda física em situações de diminuição das capacidades funcionais do indivíduo e de aumento da dependência física temporária ou permanente.

Após a análise do quadro nº 9, verificamos que os cuidados prestados pelo C.I.F.P. ao idoso dependente se encaixam em diferentes tipos: físicos/pessoais; domésticos; apoio emocional/psicológico; apoio social e financeiro.

Os cuidados prestados ao nível físico/ pessoal (por exemplo: lavar, vestir, dar de comer) são realizados por vinte e oito (28) entrevistados de forma permanente (“sempre”) e por três (2) “quase sempre”.

O apoio doméstico prestado (por exemplo: cozinhar, limpar a casa etc.), o apoio social (por exemplo: acompanhamento ao médico) e o apoio emocional/ psicológico (por exemplo: companhia, encorajamento e ânimo) são desempenhados pela totalidade dos indivíduos que compõem este estudo.

Relativamente ao apoio financeiro, verificamos que a situação se altera face à prestação dos cuidados anteriormente expostos. Apenas dois (2) dos inquiridos auxiliam o idoso dependente nesta área de forma permanente e um (1) “às vezes”. Os entrevistados especificaram como apoio financeiro, o uso de fundos próprios para aquisição de fraldas, medicação, alimentação e pagamento de serviços prestados (instituição particular de solidariedade social de apoio à terceira idade e/ ou serviço particular).

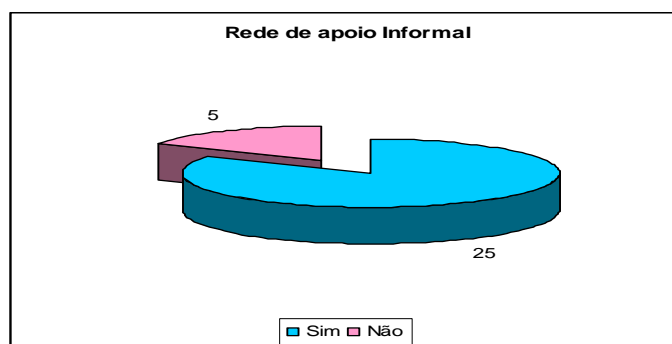
Quadro nº 9 – Tipo de cuidados prestados pelo C.I.F.F. ao idoso dependente

Tipo de Apoios prestados	Sempre	Quase Sempre	As vezes	Nunca	Total
Físicos/ Pessoais	28	2	0	0	30
Domésticos (p. ex.: cozinhar, limpar a casa)	30	0	0	0	30
Apoio Social (p. ex.: acompanhamento ao médico)	30	0	0	0	30
Apoio Emocional/Psicológico (p. ex.: companhia, encorajamento, ânimo)	30	0	0	0	30
Apoio Financeiro	2	0	1	27	30

j) Apoio dado ao idoso dependente pela rede informal

A rede de suporte informal é constituída por pessoas com quem o idoso tem relações, ou seja, é baseada na sua rede social criada ao longo da sua própria vida. (Grilo, 2003) refere, no entanto, que apenas alguns elementos dessa rede fornecem ajuda concreta. São normalmente familiares, amigos, vizinhos. Esta cadeia de relações é também conhecida como rede natural de ajuda.

Através da análise do gráfico nº 22, apuramos que vinte e cinco (25) dos C.I.F.F. (s) têm apoio por parte desta rede informal e cinco (5) referem que não tem qualquer tipo de suporte da referida rede.

Gráfico nº 22 – Rede de apoio informal

N= 30

A rede de apoio informal dos C.I.F.P. (s) entrevistados é constituída por familiares que compõem o agregado e que estão fora dele e ainda por vizinhos e amigos (vide gráfico nº 23 e 24).

Apesar das mudanças existentes na sociedade, a família continua a ser a principal estrutura social que deve integrar e cuidar do idoso. Caracterizada por uma diversidade de formas de convivência, privilegia a coesão e a solidariedade, assumindo um papel primordial nas funções de cuidar e proteger os seus membros.

Segundo Almeida (2005, p. 20), a família é um “ (...) conjunto de pessoas unidas por laços de parentesco e que, por isso mesmo, juntas satisfazem necessidades físicas, emocionais, sociais e económicas, uma vez que essas relações familiares baseiam-se no afecto, reciprocidade e obrigação ”.

Embora o cuidador principal assuma a total responsabilidade pelo idoso dependente, os outros familiares podem também oferecer apoio do tipo social, funcional, económico, material e afectivo. A colaboração prestada centraliza-se na ajuda em tarefas domésticas e outras actividades da vida diária, fazer companhia ao idoso, dar apoio e afecto em tempos normais e em crises, são os chamados cuidadores secundários (Fernandes, 1999).

Após a análise do quadro nº 10, verificamos que o tipo de cuidados prestados pelos familiares do C.I.F.P. ao idoso dependente está relacionado com os cuidados: físicos/pessoais; domésticos; apoio emocional/psicológico e por último apoio financeiro.

Ao nível dos cuidados físicos/ pessoais prestados ao idoso dependente, nove (9) dos entrevistados referem que os seus familiares colaboram “sempre”; seis (6) “às vezes”; dois (2) “quase sempre”; e treze (13) dos inquiridos relatam não possuir qualquer tipo de ajuda dos familiares.

Em relação ao apoio doméstico em casa do idoso dependente ou na do C.I.F.P., quinze (15) dos inquiridos referem que não têm esse tipo de apoio dos familiares; apenas sete (7) assumem ter “sempre”; cinco (5) “às vezes”;e três (3) “quase sempre”.

Ao nível do apoio social, catorze (14) dos C.I.F.P. (s) referem que não possuem esse tipo de ajuda por parte dos familiares; sete (7) “às vezes”; cinco (5) “sempre”; quatro (4) “quase sempre”.

No que diz respeito ao apoio emocional/ psicológico ao C.I.F.P., por parte dos familiares, doze (12) dos inquiridos afirmaram possuir esse tipo de suporte “sempre”; dez (10) “às vezes”; cinco (5) “quase sempre”; e três (3) “nunca” recebem ajuda dessa natureza.

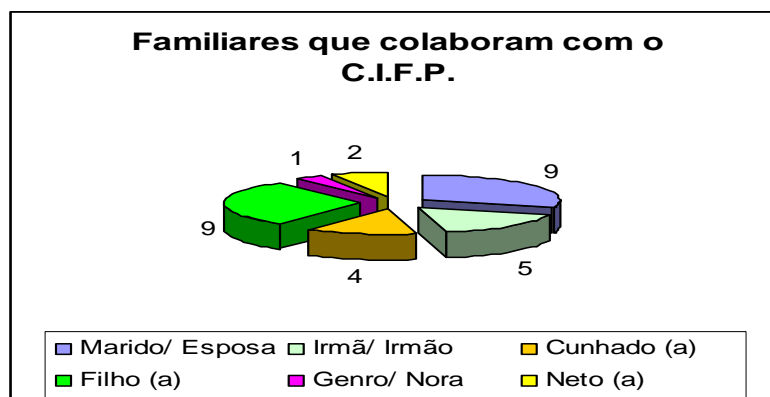
Relativamente ao apoio financeiro para auxiliar nas despesas com o idoso dependente, verificamos que vinte e nove (29) dos C.I.F.P. (s) “nunca” recebem apoio nessa área. Apenas um (1) dos C.I.F.P. (s) recebe “às vezes” auxílio nesse domínio.

Quadro nº 10 – Tipo de apoio prestado pelos familiares ao idoso dependente

Tipo de apoios prestados	Sempre	Quase Sempre	As vezes	Nunca	Total
Físicos/ Pessoais	9	6	2	13	30
Domésticos	5	4	7	14	30
Apoio Social	5	4	7	14	30
Apoio Emocional/Psicológico	12	5	10	3	30
Apoio Financeiro	0	0	1	29	30

Pela análise do gráfico nº 23, verificamos que os familiares que colaboram mais com os C.I.F.P. (s) na prestação de cuidados ao idoso dependente são os maridos/esposas (9) e, com igual valor, os filhos/as (9). Segue-se a irmã/ irmão, com cinco (5) elementos; os cunhados/as, com quatro (4); os netos, com dois (2) indivíduos e, por último, uma (1) nora.

Gráfico nº 23 - Familiares que colaboram na prestação de cuidar

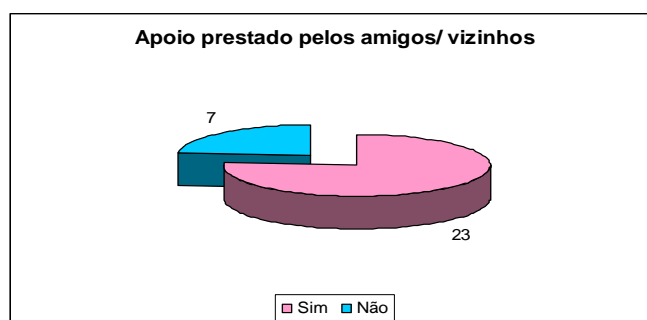


N= 30

Através do gráfico nº 24, verificamos que vinte e três (23) dos C.I.F.P. (s) possuem apoio na actividade de cuidar, através dos vizinhos e amigos.

Gil (1999, cit. In Santos 2004, p. 30) refere que “ (...) os amigos constituem importantes fontes de suporte afectivo emocional, e os vizinhos envolvem-se em tarefas curtas e com maior proximidade geográfica (ajudas nas compras ou nos transportes e em situações de emergência, como na doença) ”.

Gráfico nº 24 - Amigos/ vizinhos que apoiam o C.I.F.P.



N= 30

Relativamente aos inquiridos que detêm apoio prestado pelos amigos/ vizinhos, salientamos que essa ajuda se situa apenas ao nível físico/ pessoal e de apoio emocional/psicológico (vide quadro nº11).

Quadro nº 11 – Amigos/ vizinhos que apoiam o C.I.F.P. na actividade de cuidar

Tipo de apoio prestado	Sempre	Quase Sempre	Às vezes	Nunca	Total
Físicos/ Pessoais	1	0	0	29	30
Apoio Emocional/Psicológico	8	8	7	7	30

Verificámos no nosso estudo que os cuidados prestados ao idoso dependente são essencialmente fornecidos pelo C.I.F.P. Assim, a ajuda de vizinhos pode ser considerada restrita (Pimentel, 2001).

I) Apoio dado ao idoso dependente pela rede formal

O apoio formal assume, por vezes, um importante papel nos cuidados à população idosa, levando a que haja a possibilidade de retardamento da institucionalização do idoso dependente (Grilo, 2003).

Pela análise do gráfico nº 25, verificamos que quinze (15) dos C.I.F.P. (s) contam com apoio prestado por parte da rede formal.

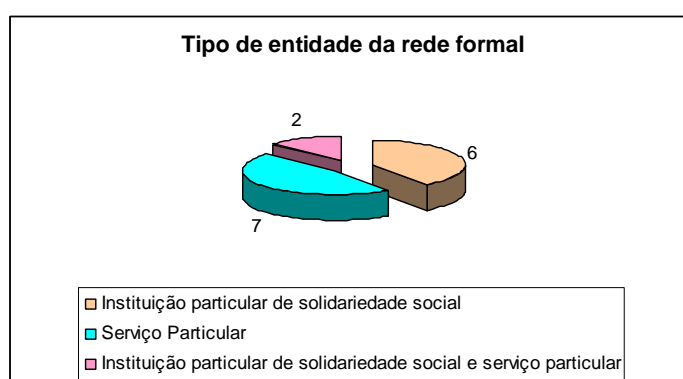
Gráfico nº 25 - Existência de apoio pela rede formal



N= 30

Relativamente ao apoio cedido pela rede formal, verificamos que sete (7) dos C.I.F.P. (s) referiram contar com o auxílio dos serviços de carácter particular; seis (6) com os serviços fornecidos pelas instituições particulares de solidariedade social e por último, dois (2) inquiridos afirmaram ter em simultâneo as duas modalidades (o apoio da instituição particular de solidariedade social e do serviço particular).

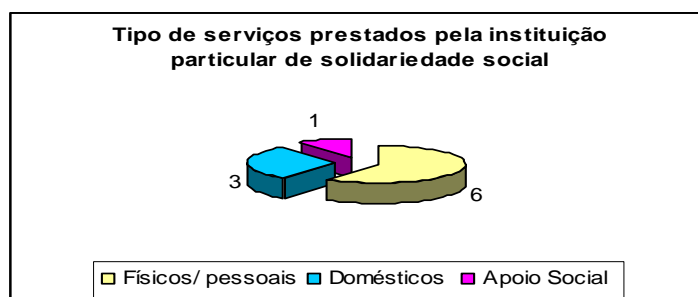
Gráfico nº 26 - Tipo de entidade da rede formal



N= 30

Os serviços fornecidos pela instituição particular de solidariedade social são ao nível dos cuidados físicos/ pessoais (6); domésticos (1); apoio social (1) (vide gráfico nº 27).

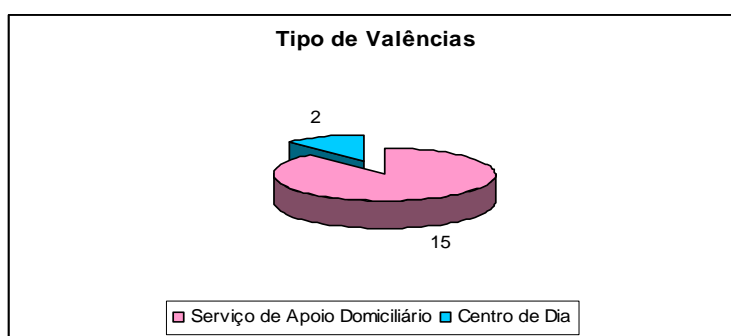
Gráfico nº 27 – Tipo de serviços prestados pela instituição particular de solidariedade social



N= 10

De acordo com o gráfico nº 28, ao nível do apoio prestado pela instituição particular de solidariedade social, verificámos que os idosos dependentes se integram nas valências do serviço de apoio domiciliário e de centro de dia.

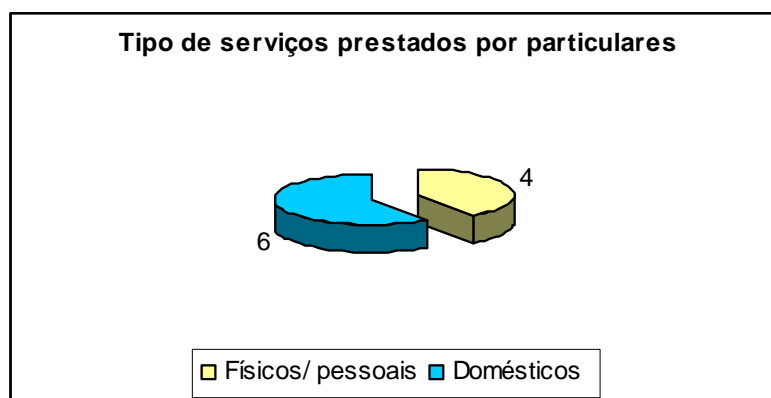
Gráfico nº 28 - Tipo de valências



N= 17

O tipo de serviços prestados por particulares ao idoso dependente situa-se ao nível dos cuidados físicos/ pessoais (6) e ainda domésticos (vide gráfico nº 29).

Gráfico nº 29 – Tipo de serviços prestados por particulares



N= 10

Um outro aspecto relevante é o facto do C.I.F.P. não cuidar apenas do idoso dependente, mas ter ainda a seu encargo outros familiares.

Além do idoso dependente, o C.I.F.P. tem a seu cargo outras pessoas que de igual forma prestam cuidados.

Através da leitura do gráfico nº 30, verificamos que onze (11) dos entrevistados, para além do idoso dependente, têm ainda que estender os seus cuidados a outras pessoas.

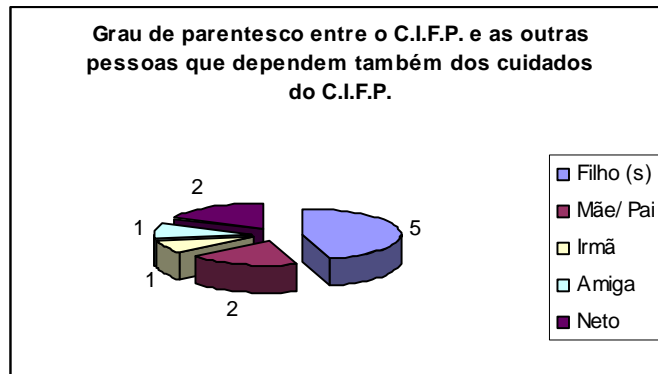
Gráfico nº 30 – Número de C.I.F.P. que prestam, em simultâneo, cuidados ao idoso dependente e a outras pessoas



N= 30

Estes onze (11) inquiridos que têm a seu cargo outras pessoas, algumas delas em situação dependência, referiram ter diferentes graus de parentesco. Cinco (5) tem à sua responsabilidade filhos, dois (2) progenitores e netos, um (1) referiu uma irmã e um (1) uma idosa exterior à família, com a qual o C.I.F.P. não possui relação de parentesco. Este cuidador recebe, no entanto, uma remuneração pelos cuidados prestados à pessoa em causa (dado fornecido através da entrevista).

Gráfico nº 31 – Grau de parentesco entre o C.I.F.P. e as pessoas que dependem dos seus cuidados

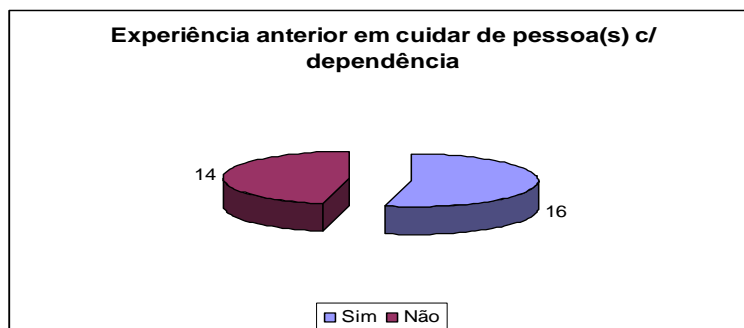


N= 30

Apuramos que dois destes elementos a cargo do C.I.F.P. são idosos com dependência e um outro elemento, com 40 anos, é portador de deficiência (dados recolhidos nas entrevistas).

Outro aspecto verificado através da visualização do gráfico nº 32 prende-se com o facto de a maioria, dezasseis (16), dos C.I.F.P. (s) ter experiência anterior em cuidar de pessoas com dependência. Pelo contrário, catorze (14) não têm qualquer tipo de experiência.

Gráfico nº 32 – Experiência do C.I.F.P. em cuidar de pessoa(s) com dependência



N= 30

Todos sabemos que a maior parte das pessoas vive, hoje em dia, até mais tarde do que há vinte ou trinta anos. A vida humana prolongou-se não só consequência dos progressos da medicina, mas também das transformações sócio - económicas e tecnológicas que proporcionaram uma melhoria do bem-estar das pessoas.

Mendes (2007) acrescenta, segundo afirmação de especialistas em demografia, que os indivíduos que atingem a idade da senescência, os sessenta e cinco, poderão contar viver ainda, em média, mais uns dezoito a vinte anos. Embora a autora acrescente que metade deste período de tempo se poderá considerar como vida independente.

De forma a tornar o nosso estudo mais completo, considerámos pertinente realizar uma breve caracterização sócio-demográfica e de dependência dos idosos a cargo dos nossos C.I.F.P. (s).

Salientamos o facto de não ter sido aplicado nenhum instrumento de avaliação de dependência, de carácter científico, na nossa investigação. Apenas foram elaboradas questões ao C.I.F.P. que classificou o seu familiar de acordo com os parâmetros estabelecidos pelos investigadores.

Quadro nº 12 – Características sócio-demográficas e de dependência dos idosos a cargo do C.I.F.P.

Caracterização sócio-demográfica dos idosos dependentes a cargo do C.I.F.P.		Nº
Sexo	Masculino	16
	Feminino	14
	Total	30
Faixa Etária	71 - 75 anos	4
	76 - 80 anos	8
	81 - 85 anos	11
	86 - 90 anos	4
	91 e + anos	3
Total	30	
Estado Civil	Solteiro(a)	3
	Casado(a)/ União de Facto	12
	Viúvo(a)	15
Total	30	
Tipo de dependência	Física	13
	Física e mental	17
Total	30	
Tipo de Dependência Física	Motora	28
	Visual	13
	Auditiva	10

Grau de dependência	Idoso com média dependência	5
	Idoso com elevada dependência	25
	Total	30

Tendo por base os dados recolhidos através da entrevista, observamos, no que respeita à distribuição dos idosos dependentes segundo o sexo, uma predominância dos elementos do sexo masculino (16), embora o sexo feminino assumira uma percentagem igualmente significativa (14).

Quanto à idade dos idosos dependentes, verifica-se uma variação entre os 71 e os 96 anos, pelo que a média encontrada foi de 82 anos. Os elementos da amostra distribuem-se pelos vários intervalos, de entre os quais se destaca, com maior percentagem, o intervalo dos 81 aos 85 anos (11), seguindo-se o período de idades entre os 76 e os 80 anos (8). Quatro (4) elementos constituem o grupo dos 71 aos 75 anos e, com igual número de indivíduos, o intervalo de 86 a 90 anos. Por último, o intervalo com menor valor (3), dos 91 e mais anos.

No que respeita ao estado civil, os idosos dependentes distribuem-se entre os estados de viúvo(a) (15), casado (a)/ união de facto (12) e, por fim, solteiro(a) (3).

Tendo por base a perspectiva dos nossos inquiridos, verificou-se que treze (13) dos idosos detêm uma dependência predominantemente física. Nos restantes casos (17), considerou-se que os idosos apresentam em simultâneo uma dependência física e mental.

Vilão (1995, cit. In Santos, 2004, p. 24 - 25) refere que uma pessoa dependente “ (...) é aquela que necessita de transferir para terceiros as actividades tendentes à satisfação das necessidades humanas básicas, no contexto de uma doença crónica, incapacidade ou deficiência (...) a dependência física pode reflectir-se ao nível da marcha, da circulação, da higiene, da alimentação (...) os estados físico e mental são abalados, podendo ocorrer uma perda de visão, da audição, da fala, do reconhecimento, da orientação e do estado de espírito ”.

Relativamente ao tipo de dependência física identificada, a motora é assumida pelo maior número de idosos dependentes (28), seguidamente, com menor proporção, encontramos a dependência visual (13) e, por fim, a auditiva (10).

No que respeita à avaliação do grau de dependência, e tomando a óptica dos C.I.F.P. (s) entrevistados, os resultados mostram que vinte e cinco (25) dos casos são considerados idosos com elevada dependência e apenas cinco (5) com média dependência.

Após a transcrição das entrevistas, desencadeámos o processo de análise. Começámos por desenvolver um conjunto de passos: a pré - análise das leituras “flutuantes” que nos permitiu o início da análise e a esquematização de ideias gerais. Numa etapa subsequente, foi realizada a exploração sistemática do material recolhido, compreendendo as intervenções de codificação dos dados, a selecção das unidades de registo e a categorização.

Ao longo do processo de análise foram determinadas categorias, sub - categorias e, em alguns casos, indicadores, com os quais procedemos à organização da informação contida nos discursos dos entrevistados.

Essa organização passou por dividir a informação recolhida em três pontos: o primeiro ponto permiti-nos apresentar/ analisar as vivências sentidas pelo C.I.F.P., o segundo permiti-nos o apuramento das alterações sentidas na vida dos nossos entrevistados pelo facto de cuidarem do idoso dependente. Por último, o terceiro ponto, apresentação dos resultados da aplicação da escala.

3- Vivências do Cuidar.

3.1.- Motivos de aceitação do C.I.F.P. para cuidar.

Quadro nº 13- Motivos de aceitação do C.I.F.P. para cuidar

Bloco Temáticos	Categoria	Sub-categorias	Indicadores	Unidades Freqüência
Motivos de aceitação do C.I.F.P. para cuidar	Relação	Afecto		8
		Reciprocidade	Idoso dependente apoiou anteriormente o C.I.F.P.	8
			Receio de necessitar de ser cuidado	3
		Dever/ obrigação		20
	Respeito pela vontade do idoso dependente			9
	Ausência de outra resposta			18
	Agravamento do estado de saúde do idoso dependente			26
	Inexistência de apoio formal	Desadequação do apoio dado, face às necessidades sentidas		4
		Indisponibilidade económica do C.I.F.P. em aceder ao apoio		10
	Justificação de resolução de conflito conjugal			1

Uma das mais importantes contribuições dos gerontologistas durante as últimas quatro décadas tem sido a descoberta do papel fundamental que as famílias, os vizinhos e os amigos exercem sobre as pessoas idosas.

Como em todas as fases da vida, também na terceira idade a família tem uma importância fundamental. Deve-se, no entanto, considerar quem é a família do idoso.

Para um bebé, a família pode resumir-se ao pai e à mãe. Para um adolescente, ela será ampliada, acrescentando-se irmãos, tios, avós e primos etc. O mesmo acontece com o adulto jovem. Mas à medida que se envelhece, a família altera-se, em especial a posição de cada membro dentro dela. Os papéis vão-se modificando e a relação de dependência torna-se diferente. Para o idoso, a família passa a ser constituída pelos filhos, netos, bisnetos e outros parentes de idades inferiores à dele (Zirmernan, 2002).

A família é universal e existe num contexto de desenvolvimento humano. A necessidade de sobreviver e de estabelecer laços numa relação íntima promotora de afectos, é vital para o desenvolvimento pleno das capacidades da pessoa, conduzindo-a à inevitabilidade de viver em família.

A natural progressão e desenvolvimento da família ocorrem directamente relacionados com o crescimento e evolução de cada membro. A imagem dos cuidados intra-familiares, ou seja, da família solidária com os seus membros mais velhos, tratando-os e cuidando deles no seu seio, está profundamente inscrita nos valores da sociedade portuguesa.

Apesar dos cuidados prestados pelos familiares ao membro idoso dependente, a sua frequência e tipo dependem de vários factores. Nomeadamente, do grau de dependência; do tipo de coabitação; da situação sócio-económica familiar; do apoio intra e extra-familiar existente e disponível; e das características dos prestadores de cuidados, designadamente o seu sexo, idade e disponibilidade (Medeiros, 2000).

Do conjunto de elementos que compõem o núcleo familiar destaca-se habitualmente apenas uma pessoa, sobre a qual recaem as maiores responsabilidades e o maior grau de apoio e a quem os Anglo Saxónicos designam de “*caregiver*” ou “*carer*”, isto é, pessoa que olha pelo idoso, que o apoia e cuida dele dia-a-dia (De la Rica et al., 1994, cit. In Medeiros, 2000, p. 32).

A designação do cuidador informal é resultante de uma dinâmica que vai ao encontro de certas regras, fundamentadas em quatro factores: 1º parentesco (na sua maioria, os cônjuges); 2º género (predominantemente a mulher); 3º a proximidade física (quem convive com o idoso); e 4º a proximidade afectiva (estabelecida pela relação conjugal e pela relação entre pais e filhos) (Grilo, 2005).

No que concerne aos motivos que levaram o C.I.F.P. a aceitar cuidar, podemos apurar que emergiram seis categorias no nosso estudo, que expressam claramente os fundamentos que orientaram os cuidadores para esta tarefa. Essas categorias são:

- a) Relação;
- b) Respeito pela vontade do idoso dependente;
- c) Ausência de outra resposta;
- d) Agravamento do estado de saúde do idoso;
- e) Inexistência de apoio formal;
- f) Justificação de resolução de conflito conjugal.

a) Relação

A família continua a ser procurada pela generalidade dos indivíduos que fazem dela um espaço fundamental de partilha e de vida. Leandro (1998, cit. In Mendes 2004) refere que apesar da família investir cada vez mais na sua privacidade, no lado afectivo e emocional e parecer ocupar-se cada vez menos dos idosos, esta não rompeu de modo algum as relações com o parentesco.

No domínio da relação, os C.I.F.P. (s) evocaram três sub-categorias: afecto, reciprocidade e dever / obrigação.

- **Afecto**, foi identificado pelos C.I.F.P. (s):

Entende-se por afecto “ (...) *um estado psicológico que permite ao ser humano demonstrar os seus sentimentos e emoções a outro ser vivo* ” (Wikipédia-<http://pt.wikipedia.org/wiki>). Cuidar é mais que um acto, é uma atitude.

Representa uma atitude de ocupação, preocupação, responsabilização e envolvimento afectivo com o outro (Boff 1999, cit. In Almeida, p. 2005). Uma outra autora partilha também da opinião que a prestação de cuidados “ (...) *requer uma*

forma de relação e interações (...) onde (...) os afectos estão presentes ” (Marques, 2007, p. 32).

- “ (...) gosto dele, estou com ele há quase 50 anos, tinha 19 anos (...) quem criou os meus filhos foi ele (...) um bom pai sempre, sempre, tenho-lhe muito carinho (...) ele está bem ao pé de nós ” (E3)

- “ (...) porque gosto muito da minha mãe (...) é difícil fazer este sacrifício por alguém que nós não sentimos nada (...) ” (E8)

- “ (...) gosto muito do meu marido, sempre nos demos muito bem, não era agora que nos íamos separar (...) já disse à minha filha, enquanto Deus me der forças eu cuido do pai, tenho muito amor por ele (...) ” (E4)

▪ **Reciprocidade** foi desdobrada nos seguintes indicadores:

Cuidar, tal como Colliére (1989, p.235) refere é um “ (...) acto individual que prestamos a nós próprios desde que adquirimos autonomia, mas é igualmente um acto de reciprocidade que somos levados a prestar a toda a pessoa que temporariamente ou definitivamente tem necessidade de ajuda, para assumir as suas necessidades vitais ”.

Numa perspectiva sociológica, o cuidar é essencial ao crescimento humano e à sua própria harmonia.

A reciprocidade é a base de toda a dinâmica familiar, pois é na família que ela se promove, sendo caracterizada como o primeiro elemento. Santos (2004, p. 31) menciona que “ (...) cuidar de um familiar debilitado e/ou dependente representa também restituir sentimentalmente a quem de alguma forma também cuidou de nós (...) ”.

- **Idoso dependente apoiou anteriormente o C.I.F.P.**

Os entrevistados manifestaram um reconhecimento ao idoso dependente pela ajuda por ele dispensada durante a vida, quer enquanto companheiro quer em determinadas alturas da vida do C.I.F.P., neste caso, no cuidado com os netos.

Salientamos que os avós assumem uma enorme contribuição para o desenvolvimento da criança. Eles são amigos, cúmplices e mestres. De facto, todos ficam a ganhar. Para os avós, cuidar dos netos pode ser uma injeção de energia. As crianças, por seu lado, ganham uns professores perfeitos e uns belíssimos companheiros de brincadeiras, com tempo para partilhar e paciência face à sua insaciável curiosidade. Para os pais, a sua ajuda é importante (Ramos, 2005).

Algumas das mais gratas recordações de infância estão ligadas justamente aos nossos avós. De acordo com a Psiquiatria infantil, “*aquilo que os avós ensinam não se aprende em nenhum outro local*” (Kornhaber, 1999).

A experiência fá-los relativizar os problemas e distanciarem-se de certas reacções emocionais. Isto oferece-lhes uma especial facilidade para comunicar e compreender os seus netos. Os avós sentem-se felizes por poderem ser úteis, afinal os netos são como “novos filhos”, mas desta feita, com menos responsabilidade, preocupações e exigências.

- “ (...) eu vivia com a minha mãe antes de vir para cá morar (...) ela ajudou-me com os cuidados ao meu filho (...) criou-o até aos 4 anos (...) ” (E2)

- “ (...) a minha mãe e o meu pai criou o meu filho (...) até aos dois anos (...) eles são muito agarrados ao meu filho (...) e ajudaram-me quando precisei, muito (...) precisam de muito carinho e atenção(...) ” (E11)

- “ (...) ele tinha boas palavras para mim e isso ajudava-me muito aquela compreensão (...) ” (E12)

- C.I.F.P. receia necessitar de ser cuidada

Uma das preocupações frequentes a partir de determinada altura das nossas vidas é o “medo da velhice”. Embora esta faça parte do destino biológico do ser humano e, por isso, todos saibamos que um dia iremos alcançá-la, ela aparece muitas vezes ligada à doença, ao aborrecimento, ao egoísmo, à impotência sexual, à rigidez de carácter, às rugas e aos cabelos brancos.

Os principais estereótipos veiculam, assim, imagens de fraqueza, fadiga, perda de interesse, lentidão, declínio, introversão, apatia e isolamento. Referem-se essencialmente a um conjunto de processos construtivos. Parece, no entanto, que vários destes estereótipos se apoiam mais nas inquietações relativas ao envelhecimento do que nas características específicas dos idosos (Costa, 2002).

Os nossos C.I.F.P. (s) manifestaram a suas opiniões através dos seus discursos:

- “ (...) é para ver se um dia também tomem conta de mim (...) tenho muito receio em relação à velhice “ (E21)

- “ (...) hoje por ela amanhã também pela gente. Eu tive pena dela (...) “ (E23)

- “ (...) se eu tivesse assim ele era pessoa para me fazer o mesmo(...) ” (E4)

▪ Dever / obrigação

Os laços familiares são regidos por direitos e obrigações morais aos quais é difícil não corresponder, sendo que estas normas morais aparecem num quadro modelado pelas forças culturais, sociais e económicas. As obrigações familiares, embora não constituam regras impostas pelo exterior, são de certa maneira negociadas e/ ou impostas familiarmente para o cuidar, onde as influências exteriores têm o seu peso (Segalen, 1999, cit. In Mendes, 2004).

O sentimento de obrigação pessoal/ familiar e a solidariedade familiar/ conjugal estão subjacentes à determinação dos cuidadores informais familiares, em considerar a missão de cuidar uma obrigação e um dever. Cada vez mais se deve tomar consciência dessa realidade, reconhecer-lhe a sua dignidade e encarar este trabalho “invisível” e maioritariamente voluntário, como um contributo inestimável para uma sociedade melhor, mais solidária e mais feliz.

Um estudo realizado em freguesias rurais no centro do país demonstra as dificuldades que a família e os idosos sentem quando estes se tornam dependentes. “ (...) a família, mesmo nas piores condições, organizam-se para assumirem o que

considera a sua obrigação—retribuir o sacrifício dos pais. Fá-lo, muitas vezes, apenas para dar o exemplo aos filhos ou evitar a censura dos vizinhos ” (Hespanha, 1993).

- “ (...) quando casei com ela ouvi dizer que era para as coisas boas e más enquanto eu puder eu trato dela (...) prefiro que seja eu a cuidar (..) eu sempre tratei dela e respeito-a, foi sempre a minha mulher (...) “ (E20)

- “ (...) eu sinto obrigação em cuidar da minha mãe (...) porque é minha mãe, mas se eu tivesse que fazer este trabalho a outra pessoa não fazia (...) mas como é a minha mãe faço com gosto (...) “ (E2)

- “ (...) eu acho que é o dever, como filha é um dever (...) “ (E22)

- “ (...) quando o meu pai foi operado e morreu ele fez-me prometer que eu ia sempre tratar dela (...) e ele disse-me olha que tu não vais por a tua mãe num lar? Pois não? Tomas conta dela?! (...) sou filha única (...) eu disse está descansado (...) por isso eu não a queria pôr num lar (...) “ (E17)

- “ (...) eles são nossos, temos que olhar por eles (...) ” (E26)

b) Respeito pela vontade do idoso dependente

Nesta categoria, foi indicado um outro motivo ligado à opinião do idoso dependente, que consideramos importante mencionar, uma vez que os C.I.F.P. (s) não se focalizaram só na sua própria vontade, mas tiveram em conta a opinião do próprio idoso dependente.

- “ (...) ele sempre foi contra os lares disse-me sempre que nunca queria ir para lá, por isso eu respeito (...) “ (E1)

- “ (...) ele nunca quis ir para lá (...) só se ficasse maluco, por isso eu respeito a ideia dele (...) “ (E9)

- “ (...) a minha mãe sempre me pediu para não a pôr num lar, nem a ela nem ao meu pai, por isso eu devo respeitar (...) “ (E21)

Nos discursos mencionados, é notório como a integração em lar é fortemente rejeitada. O internamento das pessoas idosas implica uma ruptura com o quadro de vida quotidiano e impõe-se como uma situação inevitável, representa uma mudança significativa no seu padrão de vida. Não nos esqueçamos também, que, como afirma

Michel Philibert (s.d., cit. In Quaresma, s.d., p. 3), “ *seja qual for a etapa da vida em que a pessoa se encontre, ela terá, sempre, porque é uma pessoa, a capacidade de poder interpretar e reorientar a sua história* ”.

c) Ausência de outra resposta

No que respeita à família do idoso, temos assistido, nos últimos 30 anos, a um conjunto de alterações que são indicadores de mudanças familiares, a saber, a maior libertação da mulher; o aumento da possibilidade de divórcio; o maior controlo da possibilidade de ter filhos; a maior comunicação entre cônjuges; a divisão mais igualitária das tarefas; a maior independência entre filhos e pais; a maior democraticidade nas relações; bem como uma vida sexual orientada para o prazer, etc. (José et al., 2001).

Estas novas formas familiares vão criar dificuldades à vivência dos idosos na família e, para que isso não aconteça, as famílias têm urgentemente que reaprender a enquadrar os seus idosos nas novas estruturas e contextos do seu agregado (Hortelão, 2003).

Portanto, as dinâmicas familiares e a sua evolução podem afectar as condições de vida dos idosos. A reflexão da pretensa fragilidade ou desvitalização dos laços familiares não deve ser entendida como sinal de crise da família, antes pelo contrário, “ (...) *não esqueçamos que assistimos à emergência de novas estruturas familiares, modos alternativos de coabitação e de vivências familiares (...) e nesse sentido há que tentar perceber o modo como elas configuram as redes e as solidariedades familiares*” (ibidem).

Os C.I.F.P. (s) relatam que o motivo que os levou a assumir o cuidado do idoso dependente foi o facto de não existir outra alternativa dentro da sua própria rede informal familiar.

- “ (...) *ninguém disse que tratava dela , fui eu que vim para cá, às vezes até lhe digo se eu tivesse casa e família não sei como era isto (...)* ” (E5)

- “ (...) era uma tia que não a víamos há perto de 20 anos, não sabíamos nada dela (...) um dia fomos à procura dela (...) quando a encontramos não tinha qualquer tipo de condições (...) o marido estava num lar entretanto e morreu (...) ficava ali sozinha (...) sem ter um parente próximo (...) os enteados avisaram-na logo que ela podia lá ficar, mas que eles não lhe podiam fazer nada. Coitadinha (...) o meu pai por ter pena dela (...) cá ficou, disse-lhe para ela ir buscar as coisas dela (...) e cá ficou (...) ” (E23)

- “ (...) não posso contar com ninguém sou filha única, com a minha sogra foi diferente o meu marido tinha vários irmãos (...) ” (E21)

d) Agravamento do estado de saúde do idoso

O envelhecimento é encarado como um processo de declínio, degenerativo, em que deixa de existir um potencial desenvolvimento humano. Baltes et al. (s.d., cit. In Santos, 2003), comentam que a dependência, na velhice, é resultado de mudanças ocorridas ao longo do curso de vida e acrescentam que elas englobam desde as mudanças biológicas até às transformações exigidas pelo meio social.

A necessidade do idoso dependente ser cuidado por terceiros prende-se, segundo Sousa (2004), com o agravamento do seu estado de saúde. Este agravamento surge normalmente através de duas vias: primeiro, de forma gradual, ou seja, à medida que o idoso vai perdendo as suas capacidades ao longo dos anos e, depois, em consequência de um eventual acidente.

- “ (...) comecei a cuidar dela (...) por situação de saúde de doença, deu-lhe um AVC (...) ” (E2)

- “ (...) quando veio para aqui ficou com um problema grave na cara e teve que ser operada, acabou por ficar (...) a doença avançou (...) ” (E2)

- “ (...) ela veio passar o natal connosco e depois teve um AVC (...) tinha uma ferida numa perna que era uma miséria (...) e depois com a trombose (...) os meus pais tiveram pena dela, não tinha mais ninguém (...) vivia no Alentejo há mais de 20 anos, não tinha qualquer tipo de contacto com ela (...) ela tinha perdido a nossa morada (...) ” (E23)

e) Inexistência de apoio formal

As políticas sociais no domínio do apoio aos idosos dependentes e às respectivas famílias estão pouco desenvolvidas e ainda se encontram em fase de expansão (José et al, 2001). Assim, a questão demográfica do envelhecimento surge actualmente colocada no centro da polémica estado/família.

Os C.I.F.P. (s) entrevistados referiram três sub - categorias que justificam a inexistência do apoio formal:

▪ Desadequação do apoio dado face às necessidades sentidas

Os C.I.F.P. (s) sentem que as respostas dadas ainda não se enquadram totalmente nas necessidades sentidas por si e pelos idosos dependentes a cargo. Esta situação verifica-se pela fraca cobertura das instituições de apoio à terceira idade existente no concelho, quer ao nível dos fins-de-semana e feriados quer pelo facto de o apoio, em algumas situações, ser resumido a apenas uma vez por dia, ficando o restante tempo a descoberto.

- “ (...) pois também as meninas do apoio só viriam uma vez por dia (...) porque quando ele se suja eu não tinha coragem e deixa-lo estar assim até às 9 horas quando elas viessem, todo sujo, não dá. Eu tinha que o limpar e eu vou tratando dele (...) “ (E1)

- “ (...) por isso se nós cá tivesses o apoio domiciliário, não servia porque aos sábados e domingos não vinham. Elas vêm às 10.30h e depois vêm 16.30h, ora nós não podíamos deixá-lo com a fralda esse tempo todo, optámos por ser nós a fazer (...) “ (E19)

▪ Indisponibilidade económica do C.I.F.P. em aceder ao apoio

Um outro problema identificado foi a falta de capacidade económica das famílias/ idosos em aceder a certos serviços existentes na rede formal. O facto de o nível médio das pensões não atingir o valor do salário mínimo nacional, reflecte-se ao nível do acesso a serviços de apoio ao cuidado do idoso dependente (Fernandes, 1997).

- “ (...) não tenho dinheiro para pagar quem tratasse dela, quem cuidasse dela, eu não tinha dinheiro, ela não tem (...) “(E12)
- “ (...) nós não tínhamos posses (...) “(E19)
- “ (...) é a precisão. Porque se uma pessoa pudesse pagar (...) mas não posso pagar e ela também não. A reforma é muito pequenina (...) “(E21)

f) Justificação de resolução de conflito conjugal

Actualmente “ (...) a família pós - divórcio continua a ter as mesmas funções, papéis e responsabilidades da família, ela tem que continuar a oferecer possibilidades de vida e de desenvolvimento para os seus membros, tem que continuar a lidar com os problemas e outras crises do seu ciclo de vida, bem como continuar a assegurar um dia-a-dia necessário à evolução dos seus membros ” (Araújo,1994, p. 49).

Uma situação de separação e /ou divórcio não pode implicar a desintegração do funcionamento familiar mas sim a sua transformação, de modo a permitir-lhe assegurar as funções necessárias para a evolução dos seus membros.

- “ (...) até devo dizer vir cuidar da minha mãe foi uma oportunidade que eu tive para sair (...) às vezes há estas coisas na nossa vida, foi essa situação (...) não perdi muito (...) “(E8)

3.2.- Dificuldades Sentidas pelo C.I.F.P.

Quadro nº 14 - Dificuldades identificadas pelo C.I.F.P.

Blocos Temáticos	Categoria	Sub-categorias	Indicadores	Unidade Frequência
Dificuldades Identificadas pelo C.I.F.P.	Físicas	Fadiga		18
		Doença	Por parte do C.I.F.P.	18
			Agravamento do estado clínico do idoso dependente	11
	Psicológicas	Não aceitação do estado de dependência do idoso	Por parte do cuidador	10
			Por parte do idoso	6
		Sentimentos	Prisão	4
			Solidão	3
			Tristeza	6
			Ambivalência	3
			Culpa	1
		Relação Problemática entre o idoso dependente e o C.I.F.P.		4
		Aceitação da morte		3
		Aumento do Stress		8
	Sociais	Insatisfação de respostas da rede formal face às necessidades do idoso dependente		6
		Custos do serviço de apoio domiciliário		1
		Rejeição por parte do idoso dependente do apoio formal		6
	Financeiras	Custo com o idoso dependente	Reforma insuficiente	6
		Inexistência de remuneração por parte do C.I.F.P.		2
	Técnicas (Execução das tarefas)	Rejeição no fazer		4
		Ter dificuldade em fazer		4
		Sobrecarga	Responsabilidade e de um único cuidador	6
			Trabalho a executar	19
		Dois idosos a cargo em simultâneo	3	
	Falta de condições ao nível habitacional do idoso dependente			2
	Falta de cooperação da família	Rejeição da cooperação familiar por parte do idoso dependente		5
		Rejeição de cooperação por parte da família		8

O processo da prestação de cuidados é tido como um processo complexo e dinâmico, caracterizado por constantes variações, ao longo do tempo, das necessidades e sentimentos de quem recebe os cuidados e de quem os presta. Essas variações ocorrem habitualmente em função da própria evolução da doença e da situação de dependência, do contexto familiar e da fase do ciclo familiar, das redes de apoio, dos sistemas de crenças e, fundamentalmente, da forma como o prestador de cuidados percebe todos estes factores. (Brito, 2003).

As dificuldades identificadas pelos C.I.F.P.(s) no seu discurso foram as seguintes:

- a) Físicas;
- b) Psicológicas;
- c) Sociais;
- d) Financeiras;
- e) Técnicas;
- f) Falta de condições ao nível habitacional;
- g) Falta de cooperação da família.

a) Físicas

Hoje em dia está provado que cuidar é deveras desgastante. Os cuidadores exprimem com muita frequência o cansaço físico que deriva da forte sobrecarga a que estão sujeitos. A prestação de cuidados constitui uma tarefa árdua e desgastante, representando uma forte ameaça para a saúde física e psíquica dos cuidadores (Martins, 2003).

Neste domínio, os C.I.F.P. (s) evocaram duas sub - categorias de ordem física: a fadiga e a doença.

▪ Fadiga

O C.I.F.P. poderá sentir-se exausto e muitas vezes incapaz de desempenhar convenientemente as suas tarefas. Marques (2007) refere que os cuidadores exprimem com mais frequência o cansaço, emergente de uma rotina extenuante de

cuidados com o idoso dependente durante tempo indeterminado, deixando de lado as suas próprias necessidades, não descansando, não se alimentando correctamente e desvalorizando os seus problemas de saúde.

- “ (...) chego à noite cansada (...) eu não me assento um bocadinho, só quando como e às vezes mal (...) ” (E19)

- “ (...) sinto-me um bocadinho cansada e pronto é muito desgastante (...) ” (E2)

- “ (...) sinto-me cansada mas tem de ser, às vezes sinto-me cansada (...) ” (E4)

▪ Doença

A doença foi indicada, pelos C.I.F.P. (s) em estudo, como uma das suas dificuldades, quer ela seja por parte do C.I.F.P. ou por parte do idoso dependente (agravamento do seu estado de saúde).

- Por parte do C.I.F.P.

A saúde destes prestadores de cuidados fica fortemente afectada precisamente ao nível físico e mental, levando ao surgimento de problemas de saúde vários. Santos (2004, p. 21) refere que “ (...) existem dados relevantes de que a mortalidade geral dos familiares cuidadores é consideravelmente superior à dos familiares da mesma faixa etária que não estão sujeitos a este tipo de sobrecarga ”.

- “ (...) já fiz cinco operações, não posso fazer força (...) tenho isto aberto por dentro. No Hospital de Santa Maria disseram-me que eu evitar esforços (...) ” (E5)

- “ (...) sabe eu fiz uma operação muito grande, tenho uma válvula e canso-me com facilidade (...) eu fico estafada (...) não posso ” (E9)

- “ (...) eu não sei o que hei-de fazer, porque estou horrivelmente dos braços, qualquer dia estou numa cadeira, porque também sou forte(...) a principal dificuldade é a falta de força (...) tem sido de dia para dia. Quando eu estou sentada e depois para me levantar ninguém faz ideia. E quando venho para a cama tenho que dar aos braços e às pernas porque não consigo (...) ” (E18)

- Agravamento do estado clínico do idoso dependente

Envelhecer com saúde, autonomia e independência o maior tempo possível, constitui assim um desafio à responsabilidade individual e colectiva e ao desenvolvimento económico dos países. Embora devêssemos pensar no envelhecimento durante a vida com uma atitude mais preventiva e promotora da saúde e da autonomia, não temos hipóteses de anular o aparecimento da doença.

Mendes (2004) refere que a doença é um estado objectivo ou subjectivo, mas de causa identificável, caracterizada pela disfunção do organismo, órgãos ou sistemas orgânicos, traduzidos por sintomas ou sinais clínicos de natureza anatómica, fisiológica, bioquímica ou psíquica, geralmente acompanhados pelo sofrimento. A doença é um estado de desequilíbrio em que os aspectos sociais, físicos, emocionais e intelectuais da pessoa, bem como o seu funcionamento, estão diminuídos ou deteriorados. A mesma autora acrescenta que os prestadores de cuidados sofrem ao ver o estado do idoso dependente agravar-se (ibidem).

Perante estas alterações profundas, os C.I.F.P. (s), no nosso estudo, referem dificuldades existentes perante a doença/ dependência do idoso dependente a cargo.

- “ (...) há oito meses que a situação piorou pois partiu uma perna, primeiro teve um AVC, depois foi a perna (...) tenho que ter muito cuidado pois eu não quero que ele se fira. Tenho medo que ele se fira, começou já no calcanhar, já falei com a enfermeira e ela não achou nada bonito, pois ele é diabético não pode ter feridas (...) ” (E1)

- “ (...) em chagas maiores que uma laranja, essa aqui atrás mete respeito (...) tem o osso do pé direito à vela (...) eu não lhe posso fazer nada (...) não lhe posso dar a vida (...) mas o que hei-de fazer? (...) ” (E3)

- “ (...) ele muitas vezes está a dizer uma coisa acertada, um bocadinho já está a dizer coisas que até ofende, ele é nosso que é que havemos de fazer. Vamos o pôr onde? (...) ” (E22)

b) Psicológicas

Quanto às dificuldades psicológicas identificadas pelos C.I.F.P. (s), foram referidas cinco sub - categorias: Não-aceitação do estado de dependência, sentimentos, relação problemática entre o idoso dependente e o C.I.F.P. e aceitação da morte.

▪ Não-aceitação do estado de dependência do idoso

O envelhecimento leva à perda de várias capacidades, originando profundas alterações de carácter físico, psicológico e social. Surgem os medos resultantes da indefinição das capacidades económicas e da aceitação familiar e social. No entanto, por vezes, esquece-se que existem situações de dependência em qualquer etapa do desenvolvimento humano e não somente na velhice (Santos, 2004). Muitos cuidadores e até os próprios idosos, por vezes, têm alguma dificuldade em aceitar essas alterações.

No nosso estudo verificamos essas mesmas dificuldades por parte do C.I.F.P. e dos próprios idosos dependentes.

- Por parte do C.I.F.P.

Trigueiros (1994, p. 65) refere que as “ (...) reacções familiares perante a doença de um dos seus membros são variáveis e complexas (...) a maior parte das famílias tem as suas formas de lidar com a doença (...) a família (...) tem dificuldades em aceitar as limitações actuais do doente (...) ”.

Dos discursos ouvidos, a aceitação do estado de dependência do idoso dependente a cargo emergiu como uma das dificuldades sentidas pelos C.I.F.P. (s).

- “ (...) eu gostava de dormir com ela, mas não consigo (...) de noite xixi é muito mais, ela usa fralda, mas não chega (...) as necessidades é o pior (...) o que ela era e o que se tornou (...) ” (E7)

- “ (...) custa-me vê-lo assim, o que ele era e como está (...) ele era um homem de trabalho com muita actividade (...) custa-me aceitar isto (...) ” (E18)

- Por parte do idoso dependente

Alguns idosos têm dificuldade em adaptar-se às suas limitações. Actualmente, nas sociedades consideradas mais desenvolvidas, a pessoa é valorizada pela produção imediata de riqueza material, situação contrária ao envelhecimento, em que os idosos são vistos como pessoas incapazes e inadaptadas. Salienta-se que as sociedades menos desenvolvidas são mais sensíveis a este fenómeno.

Quando a dependência surge, a adaptação à incapacidade é difícil, produz uma sensação de perda que é reflexo não só da alteração de uma função física, como também de uma forma de vida.

- “ (...) tenho cadeira de rodas e ela não gosta de usar cadeiras de rodas tem complexo (...) por exemplo as marchas e disse-lhe vais eu levo-te na cadeira (...) eu assim também poderia ir (...) depois o que acontece é que eu não vou, não estou sossegado (...) e ela sozinha em casa (...) tem complexos de ir em cadeiras de rodas (...) “ (E16)

- “ (...) ele é um homem revoltado com a doença, faz com que eu fique num caos, em baixo e tenho que ser eu a dar ânimo, para que ele se possa animar (...) “ (E1)

Apesar de todas as limitações, os idosos podem viver um período de vida especial, dado que são donos de experiências que podem ser traduzidas em conselhos, sabedorias, entre outras histórias de vida. A pessoa com mais de 60 anos traz na sua bagagem muitas vivências importantes a serem partilhadas com os mais novos “ *Muitas civilizações antigas com culturas de ouro (gold standard cultures) usavam jovens (guerreiros) na guerra e trabalhos pesados, reservando os idosos (senadores, etimologicamente senescentes) para funções de aconselhamento. Os idosos são os sábios e fiéis depositários da tradição* ” (Silva, 2001, p. 24).

▪ Sentimentos

Os sentimentos definem-se como informações que seres biológicos são capazes de sentir nas situações que vivenciam. Os sentimentos envolvem imagens mentais complexas, tanto de prazer, como de dor.

Cada vez mais se vai tomando consciência da complexidade do relacionamento “cuidador informal familiar - pessoa dependente” e dos efeitos positivos e negativos sobre a célula familiar, restrita e alargada. A situação em si é naturalmente complexa para ambas as partes, desencadeando um conjunto de sentimentos e de emoções que, muitas vezes, pode dificultar a prestação dos cuidados.

Almeida (2005, p. 24) refere que sentimentos como “ (...) *desespero, cansaço, ansiedade, angústia, desamparo são comuns em famílias cuidadoras de doentes crónicos e graves* ”. O C.I.F.P necessita perceber que estes sentimentos são comuns, embora raramente expressados e que existem recursos que podem ajudá-lo, como grupos de apoio, ajuda comunitária e/ou apoio da família e amigos. Brito (2003) complementa esta ideia, afirmando que uma das dificuldades sentidas pelo C.I.F.P. prende-se com a presença de sentimentos negativos, como o medo, o desânimo e a angústia. Sentimentos que geram sobrecarga.

Os sentimentos identificados pelos C.I.F.P. (s) foram os seguintes: prisão, solidão, tristeza, ambivalência e culpa.

- Prisão

De acordo com a Fundação Europeia para a melhoria das condições de vida do trabalho (1994, p.107), o relatório espanhol sublinha que “ (...) *nos casos de extrema dependência (...) as pessoas que prestam cuidados são prisioneiras da sua função (...) e a sua vida social, familiar e profissional fica severamente limitada (...)* ”.

- “ (...) *agora estou de pés e mãos atados, quanto às minhas necessidades agora é o centro de saúde, farmácia, bombeiros, compras, fazer o comer, e pronto tratar dele e nada mais. Tudo gira em torno dele. Eu não o posso largar (...) sinto-me mal, pois vejo-me aqui fechada e à vezes sem ter com quem desabafar (...)* ” (E1)

- “ (...) *eu estou aqui uma prisioneira (...) eu era uma pessoa alegre, danada para brincar, sair e agora estou prisioneira (...)* ” (E9)

- “ (...) *é a prisão de estar aqui, porque sou homem que queria dar o meu passeio (...) é o meu maior desgosto é esse (...) obriga-me a estar em casa (...)* ” (E16)

- “ (...) mas por vezes quero libertar-me e não consigo (...) o meu marido é diferente, tem os familiares cá, tem os amigos em Lisboa, vai todas as semanas a Lisboa almoçar com eles (...) eu não posso sair para nada (...) ” (E17)

- “ (...) estou farta (...) dou-lhe um desconto pela doença (...) eu agora tenho uma prisão (...) ” (E9)

- Solidão

A solidão é o estado de quem se acha ou se sente desacompanhado/ só, ela é formada pelo isolamento do indivíduo que não se insere/adequa à sociedade. Solidão é também um sentimento humano complexo e psicológico.

- “ (...) estou só com ela (...) ela coitadinha não faz companhia (...) ela até nem gosta que eu lhe faça muitas questões (...) é um sentimento de solidão (...) por isso é que muita gente cai na desgraça (...) a única coisa que sinto é a solidão(...) ” (E8)

- “ (...) sinto-me muito sozinha cá em casa, sinto-me muito só (...) ” (E2)

- Tristeza

A tristeza ou desgosto é um sentimento humano que expressa desânimo ou frustração em relação a alguém ou a algo. É o oposto da alegria. É comum a tristeza ser descrita como algo amargo, como uma dor, como um sentimento de incapacidade ou ainda como algo escuro (trevas). A tristeza poderá causar reacções físicas como a depressão nervosa, o choro e a insónia. Brito (2003) menciona que o sentimento de tristeza é um dos aspectos que caracterizam os cuidadores.

- “ (...) sinto-me muito triste, faz chorar, faz chorar (...) faz horror (...) vê-lo assim(...) ” (E3)

- “ (...) às vezes é um bocadinho triste por ver a nossa situação, já tenho passado um bocado na minha vida e agora isto, tenho que passar mais por esta (...) ” (E29)

- “ (...) fico tão infeliz, tão triste, triste (...) depois choro (...) ” (E28)

- Ambivalência

Os cuidadores desenvolvem muitas vezes sentimentos de ambivalência para com o idoso dependente, desencadeando sentimentos antagônicos. Se por um lado o C.I.F.P. sente carinho pelo idoso dependente, por outro sente que ele é o grande causador dos vários problemas na sua vida. Facto que, segundo Domínez- Alcón (1997), leva ao aparecimento de sérios dilemas em relação à prestação de cuidados.

- “ (...) eu não odeio a minha mulher, nem pensar! eu até gosto dela (...) mas eu não posso eu estou a sofrer muito, ela sempre teve uma personalidade muito dela (...) às vezes penso se ela for para um lar fico descansado, se calhar não fico, se calhar continua a mesma luta que me pesa, fico com um peso (...) ” (E7)

- Culpa

O sentimento de culpa “ (...) é o sofrimento obtido após reavaliação de um comportamento passado tido como reprovável por si mesmo ” (Wikipédia-<http://pt.wikipedia.org/wiki>).

- “ (...) às vezes sinto-me mal por não lhe dar aquilo que ela quer, porque eu não devia de falar áspero, ter atitudes que não devo ter porque ela tem 93 anos, devia de ter aquela atitude de carinho, se eu o faço não consigo. Fico com problemas de consciência. Não era assim que eu queria mas tem de ser (...) ” (E17)

▪ Relação problemática entre o idoso dependente e o C.I.F.P.

Brito (2003) refere que por vezes há um aumento dos conflitos entre os cuidadores e o idoso, agravando-se a situação do dependente e a própria relação entre eles estabelecida.

- “ (...) mas ela não gosta de mim (...) ela chama-me nomes (...) se é do parkisan, ela sempre me tratou desta maneira, sem estar doente, assim já está doente há muito tempo (...) ainda um dia destes estava a lavar a louça (...) chamou-me por qualquer coisa (...) disse não ouviste chamar (...) ”

dou-te com isso no focinho, já viu um homem com esta idade sujeito a essas coisas, para mim é chocante (...) (E7)

- *“ (...) porque ele às vezes não me agradece, ele às vezes é estúpido, às vezes não me trata bem (...) eu faço tudo por ele (...) ”* (E9)

- *“ (...) nós éramos mais carinhosos um para o outro mas depois da doença ela tornou-se mais dura e eu desleixei-me. Como ela não me dá carinho, eu faço o indispensável, como ela não cede (...) ”* (E16)

▪ Aceitação da morte

A morte faz parte do desenvolvimento humano desde a sua mais tenra idade e acompanha o ser humano no seu ciclo vital, deixando as suas marcas. Questões que são constantemente formuladas: De onde viemos e para onde vamos? Será a morte O final da existência ou somente transição? O final do corpo físico? A libertação da alma? Haverá outras vidas? Como preparar pessoas para esse facto tão presente na existência?.

Nas entrevistas efectuadas emergiram a dificuldade por parte do C.I.F.P. em aceitar a morte do idoso dependente.

- *“ (...) sou uma pessoa que aceito tudo, às vezes quando me lembro que ele tem que partir custa-me muito (...) ele é o meu marido, amigo e companheiro (...) ”* (E28)

De acordo com um estudo realizado por Santos (2006) a prestadores de cuidados informais, uma das dificuldades encontradas como fonte de receio foi o medo da morte de quem presta apoio.

A morte surge-nos ainda como algo arrepiante. São perdas muito dolorosas como, por exemplo, a de um cônjuge, com o qual se viveu toda a vida e cuja morte pode significar perder algo de grande valor. Uma vida que foi construída a dois, agora precisa ser continuada só.

Além do cônjuge, existem outras figuras de referência. É o caso dos cuidadores familiares nos diferentes graus de parentesco, uma vez que a estes cabe

acompanhar de perto o envelhecimento de quem está ao seu cuidado (Kovács, 2005).

O medo da morte da pessoa a quem se presta apoio vem ao encontro da opinião de Verstraeten (1997, cit. In Santos, 2006, p. 152) que refere “ (...) que o “luto antecipado” é um dos “fardos” da prestação de cuidados ”.

▪ Aumento do stress

Santos (2004) refere que dentro da família, o C.I.F.P. será provavelmente o elemento mais afectado pela ansiedade e pelo stress. Segundo Gallant et al. (1998), o stress dos familiares cuidadores tem impacto directo na sua própria saúde.

Os nossos entrevistados relataram o seguinte:

- “ (...) eu ando sempre stressada, ando sempre aflita, preocupada. As pessoas de fora dizem que notam diferença (...) ” (E17)

- “ (...) eu nem nunca no trabalho estou descansada (...) eu ando sempre com o telemóvel no bolso e se ele me toca, penso já é algum deles. Estou sempre sobressaltada quando o telemóvel toca. Por muito que a gente queira ser indiferente não consegue (...) ” (E22)

O stress gerado pelo desempenho do papel de C.I.F.P. é acrescido, devido à necessidade de controlar o próprio tempo, as relações afectivas, as angústias, os medos, as tristezas e as múltiplas responsabilidades que cuidador assume na sua própria vida. Segundo Marques (2007, p. 79), “ (...) para o indivíduo esse stress emocional gera sentimentos como o ressentimento, amargura e até raiva pelas constantes privações ”.

c) Sociais

Dentro desta categoria surgiram as seguintes sub-categorias: Insatisfação de respostas da rede formal face às necessidades do idoso dependente; custos do serviço de apoio domiciliário e rejeição por parte do idoso do apoio formal.

▪ **Insatisfação de respostas da rede formal, face às necessidades do idoso dependente**

As respostas de carácter formal existentes ainda se encontram em fase de ampliação. Verifica-se que deixam, por isso, algumas necessidades dos idosos dependentes em aberto (Medeiros, 2000). Uma outra autora, Fernandes (2001), complementa esta ideia e refere que as instituições que têm proliferado nos últimos anos, fruto das políticas sociais de velhice (lares, centro de dia e serviço de apoio domiciliário), parecem insuficientes e desadequadas face à dimensão do problema.

Os C.I.F.P. (s) expressam dificuldades no âmbito da escassez de recursos ao nível da saúde, mais concretamente da fisioterapia.

- “ (...) para mim a fisioterapeuta devia continuar a vir cá, mas diz que não pode (...) pelo menos para a levantar, só vem cá a terapeuta ocupacional (...) ” (E5)

- “ (...) a fisioterapia não era suficiente (...) e portanto passou a ser um dia por semana, tive que arranjar uma terapeuta 2x por semana, tive que contratar uma particular (...) ” (E28)

E ainda ao nível dos cuidados prestados numa entidade com a valência de lar (instituição particular).

- “ (...) depois de ele ter vindo do Centro Hospitalar (...) eu ainda o pus num lar (...) porque nós não estávamos aptos para tomar conta dele (...) como não se deu bem lá (...) teve que ser internado no Hospital de S. José. Depois e eu disse aos filhos: “o pai vai para casa, porque nós estamos a pagar apenas a renda da casa no lar “; pouco mais lá faziam (...) não gostei (...) porque eu tinha essa ideia e essa vontade (...) ” (E18)

▪ **Custos do serviço de apoio domiciliário**

A Constituição da República Portuguesa subscreve, desde 1989, a Declaração Universal dos Direitos do Homem. Assenta, portanto, os seus princípios nos direitos fundamentais da pessoa humana sem quaisquer distinções, considerando invioláveis a vida humana e a integridade moral e física.

Os idosos dependentes, nossa realidade, continuam a ter dificuldade em aceder a serviços formais devido à sua insuficiência económica.

- “ (...) recorri há 3 anos e meio, no dia 14 de Fevereiro teve (...) no Hospital, porque teve um AVC e então eu pedi ajuda e elas vinham duas vezes. Mas não era que não fizesse jeito elas virem, porque o peso dele é muito, fazia jeito, só que era um bocado caro, 130 euros por mês, dava-me jeito porque eu tenho problemas de coração. Era só apenas lavá-lo o rabo e virá-lo, não faziam mais nada, de 76 Euros passou para 130 euros, ainda veio dois meses assim eu depois disse à Dra. que ele agora já estava um bocadinho melhor que eu já conseguia. Temos reforma os dois, tenho complemento de dependência, ainda pedi ajuda à segurança social (...) mas não tive direito a mais nada (...) ” (E29)

▪ Rejeição do apoio formal por parte do idoso dependente

Uma outra dificuldade sentida pelo C.I.F.P. prende-se com o facto de o idoso rejeitar o apoio formal cedido por uma instituição particular de solidariedade social.

Os C.I.F.P. (s) referiram que:

- “ (...) ela não vai comer lá ao Centro, porque diz que não se sente bem em ver os outros doentes (...) não quer deixar a casinha (...) ” (E16)

- “ (...) ele não aceita ir para centro de dia (...) quando eu estou a trabalhar, estou sempre a pensar Deus queira que não caia, mas não vai ser fácil, porque o centro de dia para ele ainda é uma coisa muito complicada (...) eu acho que ele não vai aceitar (...) ” (E25)

- “ (...) não quer ir para centro dia (...) diz que não quer sair da sua casinha (...) ” (E11)

A casa de cada pessoa leva à criação de laços afectivos, assume um papel importante na relação com as memórias do passado e adquire um valor simbólico. Segundo Grilo (2003, p. 26), “ A casa torna-se num mundo de significados, o que para a pessoa idosa assume uma tão importante ligação à sua casa, as paredes, a mobília, os quartos e salas, as fotografias e todos os elementos são memórias vivas do seu percurso e desenvolvimento pessoal, e têm um grande valor sentimental, que permite recordar acontecimentos, pessoas e momentos relevantes ”.

d) Financeiras

Pedro (2007) refere que as dificuldades financeiras constituem outro problema importante vivenciado pelos C.I.F.P. (s). Problema que, de resto, tende a agravar-se com o tempo, especialmente nos casos de dependência, na medida em que o acto de cuidar exige tempo e dedicação. Este facto leva a que o cuidador tenha, por vezes, de abdicar da actividade profissional ou viver de uma prestação no caso de ser reformado.

Em Portugal, o valor das reformas tem vindo a diminuir face ao aumento do custo real de vida. Segundo um estudo efectuado em 1987, os valores mínimos fixados para as pensões têm-se mantido abaixo do limite da pobreza absoluta (Perista, 1992).

Quando os recursos são insuficientes, este tipo de cuidados pode gerar tensão no contexto familiar, quer pelos conflitos entre os seus membros, quer pela falta de resolução dos problemas e tarefas não concluídas.

▪ Custo com o idoso

Os C.I.F.P. (s) entrevistados manifestaram dificuldades no sector financeiro devido ao insuficiente valor das reformas, especialmente quando comparado com as necessidades sentidas por parte do idoso dependente, e ainda à inexistência de uma remuneração por si auferida, pelo facto de prestarem este tipo de cuidados.

- Reforma insuficiente

As estatísticas da Organização Mundial de Saúde indicam um aumento significativo do número de pessoas idosas em todo o mundo. No entanto, este facto nem sempre é acompanhado por uma preocupação equivalente no que respeita à qualidade de vida do idoso.

- “ (...) se não fosse eu (...) ela ganha apenas 207 Euros, nem dá para metade dos medicamentos, paguei este mês 90 Euros (...) ” (E16)
- “ (...) para falar a uma mulher para fazer o trabalho, são só as 8 horas e são 450 Euros por mês e só vem 8 horas e depois o resto (...) os rendimentos não são tão grandes quanto isso (...) ” (E8)
- “ (...) não posso pagar a quem me faça todos os dias o trabalho, não posso. Porque as nossas reformas são de França mas são pequenas. Eu não chego aos 60 contos e não posso (...) eu ando sempre a tirar de um lado para pôr no outro (...) ” (E9)

- Inexistência de remuneração por parte do C.I.F.P.

Entende-se por cuidados informais, os cuidados prestados pela rede familiar ou pelos vizinhos e amigos não-remunerados (Santos, 2002).

Segundo Marques (2007), muitas vezes o cuidador é obrigado a abdicar da sua actividade profissional, facto que constitui um motivo de grande angústia. Esta situação acentua-se quando o cuidador é o único responsável pelo cuidado prestado ao doente. A interferência ao nível profissional é tanto mais evidente quanto mais dependente for aquele que recebe os cuidados. Nessa actividade, o elemento prestador de cuidados não recebe qualquer tipo de vencimento.

-“ (...) ele não me paga nada por estar a cuidar dele (...) não ganho nada com isto, a reforma dele não chega, mal dá para ele, quanto mais para mim (...)” (E12)

e) Técnicas (execução das tarefas)

Cuidar de alguém que, repentina ou progressivamente, fica doente ou debilitado, incapaz de realizar as tarefas que sempre desempenhou com total autonomia e independência, envolve um grande desafio. O C.I.F.P. vê-se obrigado a desenvolver novas capacidades, num momento único da sua vida ao qual se deve adaptar.

▪ Rejeição no fazer

Os C.I.F.P. (s) mostraram alguma rejeição na prestação de cuidados ao nível físico/ pessoal.

- “ (...) lavá-la isso é que não sou capaz (...) para mim é o pior (...)” (E5)
- “ (...) o que mais me choca são as limpezas das necessidades. Eu já lhe cheguei a limpar o rabo, choca (...) custa-me muito eu até tenho vergonha disto, custa aceitar o que a minha mulher era e o que está, custa vê-la assim e tratar dela (...) ” (E7)

▪ Ter dificuldade em fazer

Alguns dos entrevistados mostraram que no início da prestação de cuidados tiveram algumas dificuldades na execução dos cuidados ao nível físico/ pessoal.

- “ (...) no início tive muitos receios (...) nas primeiras semanas quando lhe aconteceu isso, eu calçava as luvas (...) e punha-me a olhar para os céus que Deus me ajude, pois eu não sabia a maneira de tratar dele (...) ” (E1)
- “ (...) nós nunca estamos preparadas, mas procuro fazer o melhor que posso e que sei, não é eu nunca tinha posto uma fralda e aprendi, ia pôr uma fralda sozinha, aprendi a pôr fraldas, mas de início fui muito difícil agora já se faz (...) ” (E28)
- “ (...) de início foi mais complicado eu no hospital punha-me a olhar para ele e pensava como é que isto vai ser como é que eu mudo uma fralda, como é que eu o lavo, como é que isto vai ser, e depois fui-me habituando (...) ” (E29)

Outros C.I.F.P. (s) manifestaram que actualmente ainda sentem dificuldades na execução dos cuidados físicos/ pessoais ao idoso dependente a cargo.

- “ (...) mudar a fralda é o que me custa mais, custa muito (...) ” (E1)
- “ (...) mudar a fralda, pôr a algália, isso é muito difícil, com a algália é muito complicado, ele queixa - se muito temos receio de o magoar. Ele é pior que uma criança. A criança agente volta e ela não diz nada e ele já não é assim. A gente toca-lhe e diz logo ai as minhas pernas, ai os meus braços, ai as minhas costas. Quando o tiramos da cadeira e pomos na cama é um pandemónio (...) ” (E26)
- “ (...) eu almocei às 15h00m pensei ir ao clube para ler o jornal e beber um café, quando dou põe ela estava toda encharcada, já não pode ir (...) ” (E8)

“ (...) nunca me passou pela cabeça fazer o que tenho feito, mas a necessidade e a situação assim o obrigam (...)” (E22)

“ (...) quando quero ir a um sítio tem sempre que acontecer alguma coisa, não podemos fazer planos (...)” (E30)

▪ Sobrecarga

A tarefa de cuidar de um adulto dependente é desgastante e implica riscos de tornar doente e igualmente dependente o próprio cuidador, em função da sobrecarga física, psicológica e social. O envolvimento prolongado na actividade de prover cuidados parece ter um efeito negativo sobre a saúde física e emocional do cuidador, embora, geralmente assumam esse papel com grande satisfação e carinho. Santos (2002) refere que vários estudos mostram que os cuidadores têm problemas de sobrecarga.

Através das entrevistas realizadas à nossa amostra os C.I.F.P.(s) identificaram um conjunto de dificuldades que geram a sobrecarga, tais como: a responsabilidade do C.I.F.P. assumir sozinho a prestação de cuidados ao idoso dependente, o trabalho a executar e, por último, o facto de terem nalguns casos dois idosos a cargo.

- Responsabilidade sob um único cuidador

Os C.I.F.P. (s) referiram que uma das suas dificuldades se prende com o facto de serem os únicos cuidadores a prestar cuidados ao idoso dependente.

- “ (...) eu sou um bocado ansiosa, pronto é aquela preocupação que eu tenho que ela caia que lhe aconteça alguma coisa é a responsabilidade, além de eu tratar dela ela está sob a minha responsabilidade, sinto aquela preocupação, porque os meus irmão não tratam dela, não querem saber, mas estão sempre (...)” (E2)

Santos (2006), no seu estudo a prestadores informais, também identificou a sobrecarga relacionada com o facto de os cuidadores serem os únicos a prestar apoio aos idosos dependentes.

- Trabalho a executar

Uma outra dificuldade manifestada tem a ver com a sobrecarga que a prestação exige ao nível do trabalho a executar. Marques (2007, p.77) refere que as “ (...) *actividades domésticas como limpar a casa, lavar a roupa, ir às compras e cozinhar cansam qualquer pessoa, somam-se a outras actividades exercidas pelo cuidador. O cuidado pessoal que é requerido também é bastante desgastante, em particular a prestação dos cuidados de higiene e o lidar com situações de incontinência de esfíncteres* ”.

- “ (...) *é uma tarefa incrível. Eu para ser sincero mas se fosse hoje não aceitava (...) se me tivessem contado os pormenores todos, eu não me dispunha eu não aceitava (...) o que tenho sacrificado para tomar conta a 100% da minha mãe (...) a minha sorte é que eu fui militar e tive que ter muita disciplina, pois caso contrário era muito difícil (...) um trabalhão do arco da velha (...)*” (E8)

- “ (...) *eu muitas vezes durmo com a porta do meu quarto aberta (...) tenho frequentemente pesadelos e eu acordo a pensar que ela está a chamar por mim (...) tenho aquela preocupação ela vá para onde for eu tenho sempre aquela preocupação (...)* ” (E2)

- “ (...) *isto revolta-me e obriga eu andar a fugir, eu chego lá é comer em 20 minutos, sempre a olhar para o relógio (...)* ” (E16)

- Dois idosos a cargo em simultâneo

Os C.I.F.P. (s) que têm apenas um idoso dependente já manifestam frequentemente cansaço. Existem, no entanto, os que assumem o cuidado de dois idosos em simultâneo.

- “ (...) *tenho dois idosos a cargo, ambos dependentes, o trabalho duplica (...)* ” (E11)

f) Falta de condições do idoso dependente ao nível habitacional

Um habitat adequado às necessidades de cada indivíduo é indispensável para o bem-estar. Admite-se, geralmente, que o alojamento exerce uma forte influência sobre a qualidade de vida de todas as pessoas dos grupos etários.

Relativamente à situação habitacional, os idosos são um grupo particularmente afectado. Devido ao baixo nível das pensões, limita-se o acesso a uma habitação digna, na medida em que as rendas são muito elevadas. As habitações que ocupam não preenchem muitas vezes os requisitos necessários para satisfazer as suas necessidades.

A falta de condições do idoso dependente, ao nível habitacional, foi evocada pelos C.I.F.P. (s) através dos seus discursos:

- “ (...) a maior dificuldade que eu tenho com o meu pai é no banho, porque a casa dos meus pais tem banheira, não tem poliban. E com o poliban, a dificuldade é muito menor para nós e para ele (...) ”
(E11)

- “ (...) eu prefiro dar-lhe banho na minha casa, a casa dela é antiga ainda tem banheira é mais difícil (...) ” (E24)

g) Falta de cooperação da família

Por último, a falta de cooperação familiar foi também identificada pelos C.I.F.P. (s) dividindo-se em dois indicadores:

- Rejeição da cooperação familiar por parte do idoso

Alguns dos nossos entrevistados manifestaram dificuldades, devido à rejeição expressa pelo idoso dependente face ao apoio informal familiar.

- “ (...) e a minha mulher é igual deveria reconhecer perante eles que também deviam cuidar (...) mas diz a obrigação é do meu marido (...) ” (E7)

- “ (...) o meu filho e a miúda quando estão cá ajudam (...) mas ela não aceita, quer ter sempre a minha eterna presença (...) ” (E17)

- Rejeição de cooperação por parte da família

O papel da família é importante em qualquer estágio da vida, mas torna-se particularmente relevante durante os períodos transitórios ou permanentes de capacidade física e/ou psíquica.

- “ (...) como os meus filhos não estão cá não sabem dar o valor, pois nunca passaram por isto (...) os filhos não ajudam em nada, nem alimentação, banho ou outro tipo de cuidados (...) ” (E1)

- “ (...) no fundo se isto fosse dividido por todos, trabalhávamos todos, cuidávamos da nossa mãe, no dia que nos competia. Agora continuamente como tem sido (...) os outros não querem fazer a parte deles (...) eles têm que dar contas a Deus (...) ” (E10)

- “ (...) eu só tive um filho é um erro (...) não é muito amigo nem do pai nem da mãe, se calhar foi por ter tudo. Tanto está na América como na Europa derivado às exposições (...) ele não se preocupa é muito ausente e pouco colaborante (...) ” (E20)

Nos discursos dos C.I.F.P. (s) reflecte-se a necessidade do apoio de terceiros. Salientamos que a ausência do apoio por parte da família pode levar o cuidador “ (...) a uma exaustão limite em que o cuidador fica incapacitado de assumir o seu papel ” (Fernandes, et al., 2002).

3.3.- Satisfação/ gratificação sentidas pelo C.I.F.P.

Quadro nº 15- Satisfação/gratificação identificadas pelo C.I.F.P.

Bloco Temáticos	Categoria	Sub-categorias	Unidade Frequência
Satisfação/ gratificação sentidas pelo C.I.F.P.	Satisfação na actividade de cuidar	Dever/ obrigação cumpridos	10
		Cuidar de idosos	2
		Bem-estar do idoso dependente	5
		Maior aproximação ao idoso dependente	3
		Controlo da situação	1
		Reconhecimento do esforço do C.I.F.P por parte do idoso dependente:	5
	Melhoria do estado de saúde do idoso dependente		2
	Preocupação manifestada pelos familiares relativamente ao C.I.F.P.		8
	Não encontra nada de gratificante		2

Relativamente à satisfação/ gratificação pessoal que a tarefa de prestar cuidados ao idoso dependente trás ao C.I.F.P., após a apreciação das narrativas, emergiram quatro categorias:

- a) Satisfação na actividade de cuidar,
- b) Melhoria do estado de saúde do idoso dependente;
- c) Preocupação manifestada pelos familiares relativamente ao C.I.F.P;
- d) Não encontra nada de gratificante.

a) Satisfação na actividade de cuidar

Na categoria da satisfação na actividade de cuidar, estes fazem referência a sete sub-categorias: dever/ obrigação cumpridos; satisfação em cuidar de idosos; bem-estar do idoso dependente; maior aproximação do idoso dependente; diminuição dos

períodos de conflito entre o C.I.F.P. e o idoso dependente; controlo da situação e, por fim, reconhecimento do esforço do C.I.F.P., por parte do idoso dependente.

▪ **Dever/ obrigação cumpridos**

As relações familiares constituem regras morais, “ (...) *criam direitos e obrigações morais aos quais é difícil não corresponder. Estas normas morais aparecem num quadro modelado pelas forças culturais, sociais e económicas* ” (Mendes, 2004, p. 42). As obrigações familiares não constituem regras impostas pelo exterior mas de certa maneira há uma negociação e/ ou imposição familiar no cuidar, em que as influências exteriores têm o seu peso (Segalen 1999). Droboft (1997) afirma que uma das normas tem a ver com as relações entre gerações, onde existe a responsabilidade dos descendentes fornecerem cuidados aos idosos dependentes.

No entanto, cuidar de um familiar debilitado e/ou dependente representa também retribuir sentimentalmente a quem de alguma forma também cuidou de nós, e a quem se dedica um afecto profundo ou o cumprimento de uma “obrigação moral”.

Os C.I.F.P. (s) manifestaram satisfação no seu discurso pelo facto de sentirem o dever/ obrigação cumpridos:

- “ (...) *sinto-me bem (...) quando falo com os meus patrícios da terra, é o que eu digo ela coitada também tratou de mim (...)* ” (E8)
- “ (...) *parece que fico com menos um peso em cima das costas (...) fico satisfeita porque fiz aquela obra de caridade (...)* ” (E15)
- “ (...) *eu estou a fazer aquilo que devo fazer, para ela eu cuidar dela é uma obrigação (...)* ” (E17)

De acordo com o estudo realizado por Santos (2006), o principal benefício é o “sentimento que é seu dever cumprido”, encontrado como uma fonte de satisfação no cuidar.

▪ Cuidar de idosos

O cuidar é uma dimensão ontológica do ser humano. Compreendê-lo, a ele e às suas acções, passa por olharmos para a prática do cuidar, uma vez que os seus valores, atitudes e comportamentos no quotidiano expressam constantemente a preocupação com esta actividade. O cuidar é uma forma de "ser-no-mundo", não apenas uma função, tarefa ou actividade, mas " *envolve respeito, sacralidade, reciprocidade e complementaridade* " (Boff, 1999, cit. In Santos, 2003, p. 7).

- " (...) sinto-me muito bem (...) e para mim os idosos (...) mas os velhinhos têm qualquer coisa de especial (...) eu trabalho num lar (...) " (E11)

- " (...) eu adoro idosos, já trabalhei num lar (...) eu gostava de ter um lar ou trabalhar num lar. Um dia quando eu for reformada talvez trabalhe com eles (...)" (E28)

▪ Bem-estar do idoso dependente

Todas as formas de socialização humana são importantes e essenciais, mas é na família que o Homem encontra a sua magnitude. Dominguez-Alcón (2003) acrescenta que os cuidadores dos idosos dependentes, cuidam da pessoa idosa porque sentem como suas, as necessidades que esta evidencia e querem ajudá-la a aumentar o seu bem-estar para que eles próprios se sintam melhor.

- " (...) fico bem, quando trato dele, quando fica tratadinho, lavamos o corpo, com óleo (...) eu sinto-me bem, porque ele está bem (...) " (E3)

- " (...) sinto-me bem porque ela está bem (...) " (E15)

- " (...) eu sinto minimamente que a gente deve fazer o que ele precisa, só de o ver bem já me sinto gratificada (...) " (E22)

- " (...) é um prazer (...) quando eu saio ao sábado e ao domingo, trago sempre um maminho, tudo que é novidade eu trago para o meu pai, para que ele se sinta feliz. Ainda este fim-de-semana fui apanhar lapas trouxe para o meu pai, porque ele gosta, cozinhei e fui sentar-me ao pé dele a comer. Eu sinto que o meu coração fica bem com isso. Porque eu acho que lhe estou a dar um maminho que ele adorava (...) eu fiquei bem comigo própria por ele estar satisfeito (...) " (E25)

▪ **Maior aproximação do idoso dependente**

Um outro aspecto identificado pelos C.I.F.P. (s) foi a satisfação pelo facto de se sentirem mais próximos do idoso dependente, devido à prática de cuidar.

- “ (...) sinto-me mais próximo dele (...) ” (E4)

- “ (...) faço-lhe tudo com carinho (...) acho que deve ser assim temos que ser assim temos que ser humanos uns para outros (...) ai Jesus o que eu passei mas pronto já lá vai (...) eu agora estou pior porque tenho mais trabalho, mas agora estou mais descansada (...) agora dou-lhe água na boca tiro-lhe a fralda, empata-me mais, mas a minha cabeça está mais descansada (...) anteriormente até me bateu, era um inferno, prefiro cuidar dele do que estar a ouvir todas as palermices e que ofendem tanto (...) ” (E19)

- “ (...) desde que ele está assim já não me ofende com palavras (...) para a minha cabeça é um descanso, passei muito (...) ” (E14)

▪ **Controlo da situação**

Cabe aos cuidadores informais familiares principais a responsabilidade integral de supervisionar, orientar, acompanhar e/ou cuidar directamente da pessoa idosa. São eles quem realiza a maior parte das tarefas necessárias ao idoso dependente, assumindo, portanto, o controlo de todo o cuidar (Santos, 2003).

- “ (...) sinto-me bem com isso porque se eu tivesse cá uma pessoa que fosse eu a pagar, não estava em Lisboa tão descansada (...) assim sou eu a fazer, vejo tudo (...) ” (E13)

▪ **Reconhecimento do esforço do C.I.F.P. por parte do idoso dependente**

Muitos dos idosos dependentes que são alvo de cuidados, nunca esperaram necessitar de apoio por parte dos familiares. O facto de estarem numa situação mais vulnerável leva muitas vezes à criação de uma relação mais próxima e de afectividade (Imaginário, 2004).

- “ (...) muitas vezes o facto da minha mãe me dizer que se sente muito acarinhada por mim e eu comovo-me logo, ainda ontem disse-me que foi na minha casa que ela sempre quis estar e sente-se muito acarinhada por mim (...) “ (E2)

b) Melhoria do estado de saúde do idoso dependente

Alguns C.I.F.P. (s) referiram que uma das gratificações existentes na tarefa de cuidar, tem a ver com a melhoria do estado de saúde do idoso dependente.

- “ (...) o meu pai desde que saiu do hospital, nem parece o mesmo (...) eu fico muito satisfeita (...) “ (E6)

- “ (...) vejo que a minha irmã está muito melhor (...) e isto deixa-me muito contente (...) ela tem muita força de vontade (...) “ (E28)

c) Preocupação manifestada pelos familiares relativamente ao C.I.F.P.

Silveira (2000) realizou um estudo a cuidadores e concluiu que estes esperam ser reconhecidos e apreciados pela família, como alguém que abriu mão de parte da sua vida para cuidar de um doente.

A autora referiu que, nesse grupo de cuidadores, se verificou um certo orgulho e mesmo vaidade em desempenhar a função de cuidar. Embora descrevam a sua rotina diária como desgastante, manifestam-se recompensados quando os familiares reconhecem a sua importância (Ibidem).

- “ (...) ainda hoje eram 8h00m já a minha filha mais velha estava a ligar da França a saber de mim (...) estão sempre raladas comigo (...) têm medo que aconteça alguma coisa (...) é bom saber que se preocupam connosco (...) “ (E9)

- “ (...) estão sempre preocupados (...) pela vontade deles (...) estão sempre a dizer para falar mais pessoas para ajudar (...) “ (E18)

- “ (...) o meu marido ajuda sempre é como se ela fosse mãe dele (...) tem receio que eu me esforço por causa do meu problema do cancro (...) está sempre preocupado comigo e os meus filhos também (...) “ (E21)

d) Não encontra nada de gratificante

Alguns dos C.I.F.P. (s) entrevistados não encontraram nada de gratificante no cuidar do idoso dependente.

- “ (...) não tenho nada gratificante (...) tenho é trabalho (...) “ (E16)
- “ (...) aspectos gratificantes não considero, fez-me ficar mais isolada (...) “ (E1)

3.4. - Facilidades/ apoios Identificados pelo C.I.F.P.

Quadro nº 16- Facilidades/ apoios identificados pelo C.I.F.P.

Bloco temático	Categoria	Sub-categorias	Indicadores	Unidade Frequência	
Facilidades/ Apoios Identificados pelo C.I.F.P.	Experiências anteriores do C.I.F.P. com outros idosos			16	
	Existência de apoio informal			17	
	Existência de apoio formal	Instituição Particular de Solidariedade Social	Empregada particular		5
			Saúde		30
		Tipo de apoios prestados pela Saúde	Curativo		24
			Emocional/ psicológico		13
			Ensino		24
			Cedência de material de ajudas técnicas		6
		Motivos que levaram o C.I.F.P. a recorrerem ao apoio formal	Económica		1
			Doença		4
	Dificuldade na execução de tarefas			5	
	Entidade patronal do C.I.F.P.			3	

Procura-se, cada vez mais, criar condições para promover a autonomia da pessoa idosa, quer pela prestação de apoio familiar, quer pela promoção do bom relacionamento entre os membros da família ou, ainda, pelo fomento de algumas actividades de carácter voluntário, afectivo e de solidariedade. No fundo, o objectivo passa por retardar a institucionalização da pessoa idosa, a todo o custo.

Bris (1994, p. 28) refere que “ (...) a rede familiar, (...) faz parte de uma das 4 soluções para o caso dos utentes dependentes, a par dos cuidadores formais da prestação de cuidados (que compreende uma diversidade de profissionais remunerados e/ ou voluntários), das instituições (hospitais, em unidades concebidas para doentes crónicos e outros dependente, e os lares), e ainda da prestação de cuidados informais por parte das redes vizinhas, podendo estas contribuir de uma forma decisiva para a manutenção do doente (...) dependente no domicílio ”.

Embora o apoio informal familiar, centrado no cuidador principal, seja extremamente importante para o idoso dependente, prestar cuidados durante 24 horas por dia é deveras desgastante e se a tarefa não for partilhada com outros, poderá tornar-se insustentável, contribuindo para a própria exaustão dos cuidadores (Abrantes, 2003). De acordo com estudos efectuados, Dúran (1998) refere que em Espanha, 90% dos dependentes são cuidados pela família e só uma minoria recebe apoio institucional. Esta mesma autora diz que o sistema formal fornece 12% do tempo total dos cuidados de saúde, os restantes 88% são prestados pelo sistema informal.

Dos discursos dos C.I.F.P. (s) emergem quatro categorias, referentes às facilidades/ apoios existentes:

- a) Experiências anteriores com outros idosos por parte do C.I.F.P.;
- b) Motivos que levaram o C.I.F.P. a recorrer ao apoio formal;
- c) Existência de apoio informal;
- d) Existência de apoio formal.

a) Experiências anteriores com outros idosos por parte do C.I.F.P.

Uma das facilidades identificadas pelos C.I.F.P. (s) foi a experiência anterior em cuidar de idosos dependentes. Dentro da família, os cuidados aos mais novos e mais velhos são, na sua maioria, assegurados por mulheres. Nesta sequência, Helena Roseta vem dizer “ (...) *não temos sociedade de providência, temos sim mulheres de providência* ”. Para as mulheres, o acto de cuidar é quase “ *incorporado às demais funções relativas às actividades domésticas (...)* ” (Santos, 2003).

- “ (...) *eu gosto porque fui habituada a todas estas coisas infelizmente, mais ou menos fui sempre habituada a cuidar de pessoas doentes, eu gosto (...)* ” (E18)

- “ (...) *eu é que tratava da minha mãe, ela tinha úlceras varicosas e era eu que lhe fazia o tratamento tratava das unhas, era eu que tinha aquele jeito. A minha mãe dizia que era diferente das minhas irmãs, parece que nasci para fazer isto (...)* é uma questão de feitio (...) ” (E28)

b) Motivos que levaram o C.I.F.P. a recorrer ao apoio formal

Ao longo da vida, cada pessoa estabelece relações, constituindo a sua rede social. Porém, durante o processo de envelhecimento podem surgir alterações que levam o indivíduo a precisar de ajuda para satisfazer as suas necessidades. Inicialmente, pode começar por ser a satisfação de uma necessidade no exterior do domicílio e só mais tarde dentro dele. Quando existe ajuda concreta, falamos de apoio social.

Pedro (2007) acrescenta que é preciso ter em conta que a capacidade de quem cuida poderá estar comprometida, diminuída ou ausente em determinadas situações ou fases da sua trajectória de vida, e nestes casos, os cuidadores precisam ser apoiados pelos profissionais nas suas dificuldades quotidianas.

Santos (2003) acrescenta que geralmente é a família quem decide o momento de procurar apoios ao nível da rede formal.

Dos discursos dos C.I.P.F. (s) resultaram as seguintes sub - categorias: económica, doença e dificuldade na execução de tarefas.

▪ Económica

Os C.I.F.P. (s) referem que usufruem do serviço de alimentação, uma das valências do serviço de apoio domiciliário, porque o serviço prestado torna-se mais económico.

- “ (...) eu só vou buscar a sopa (...) fica mais em conta (...) ” (E4)

▪ Doença por parte do C.I.F.P.

Um dos motivos identificados para o recurso ao apoio formal foi a questão da doença do C.I.F.P..

- “ (...) não tinha força para poder tratar dela (...) ” (E2)

- “ (...) por motivos de saúde (...) eu tivesse que recorrer ao apoio pois assim não conseguia aguentar (...) ” (E6)

- “ (...) porque eu não sou capaz. Ele quando dá um certo jeitinho ainda dá eu não sei o que hei-de fazer (...) ” (E18)

▪ Dificuldade na execução de tarefas

Uma outra razão identificada pelos C.I.F.P. (s) foi a dificuldade sentida na execução das tarefas ao idoso dependente.

- “ (...) o que me levou a recorrer a este tipo de serviço é que eu sozinha não era capaz, principalmente dar-lhe banho, porque ele não tem equilíbrio, mesmo a gente a sentá-lo na cama ele cai (...) era muito complicado (...) ” (E29)

- “ (...) para auxiliar (...) era muito complicado para nós (...) no início tinha as minhas duas irmãs (...) era muito cansativo (...) eu não conseguia não tenho saúde (...) ” (E9)

- “ (...) porque não consigo fazer tudo sozinho (...)banho e a higiene custam muito (...) ” (E5)

c) Existência apoio informal

Mendes (2004) refere que o ritmo de vida e de trabalho das sociedades europeias, concretamente a portuguesa, tem implicações sociais na organização e funcionamento familiar e, de certa forma, pressupõe uma desvinculação com as estruturas familiares mais antigas. Contudo, isto não significa que as redes de solidariedade social deixem de existir. Elas tornam-se diferentes em resultado de diversas dificuldades, tais como a distância geográfica e a constante valorização do bem-estar individual.

Segundo estudos realizados por Hespanha (1993) sobre os sistemas informais de apoio aos idosos que vivem em meio rural, foi possível concluir que a família continua a desempenhar um papel decisivo na prestação de cuidados básicos. No entanto, é raro que algum dos filhos tome o cuidado dos pais exclusivamente a seu cargo, passando-se a adoptar com mais frequência um sistema de rotatividade no qual participam todos os filhos. Noutras circunstâncias, quando o idoso não pode facilmente mudar de residência, são os filhos que se organizam de maneira a manter os pais acompanhados. Na falta dos filhos, são os vizinhos e amigos que o fazem, de acordo com o princípio de inter-ajuda.

Os C.I.F.P. (s) entrevistados dão exemplos de ajudas de outros familiares:

- “ (...) tenho duas irmãs que ajudam no cuidar, pois uma pessoa sozinha não era capaz. Toda a gente ajuda. As tarefas são divididas semanalmente (...) tenho um marido muito compreensivo, porque se tivesse outro era complicado, a minha vida já tinha dado uma grande volta (...)” E22

- “ (...) porque a minha cunhada e o meu irmão vivem mesmo aqui ao lado, dividimos as tarefas(...)” (E25)

- “ (...) tenho dois filhos, eles ajudam de 15 em 15 dias, ajudam-no tiram da cama metem-no na cadeira, dentro do poliban (...)” (E29)

d) Existência de apoio formal

Nunes (1995, cit. In Mendes 2004) salienta que em Portugal vivemos uma família - providência, esta é o principal apoio de solidariedade aos doentes. As políticas

sociais existentes em Portugal vão no sentido da revalorização da família, tentando com essas medidas obviar o internamento hospitalar, o máximo possível e integrar o idoso dependente no seu seio familiar.

A rede formal é constituída pelo apoio de instituições públicas ou privadas e envolve um grupo de profissionais pertencentes a vários estratos (Grilo, 2003).

A existência de apoio ao nível formal, designadamente a valência serviço de apoio domiciliário, ajuda os idosos dependentes a viverem mais tempo nas suas próprias casas.

Relativamente à existência de apoio formal, os C.I.F.P. (s) denominaram os seguintes apoios:

▪ **Instituição particular de solidariedade social de apoio à terceira idade**

A participação das instituições de solidariedade social, com os seus respectivos meios técnicos, constitui já, para muitos idosos, uma forte referência de apoio com que os cuidadores podem contar (Medeiros, 2000).

- “ (...) de início eu não tinha o apoio delas foi complicado mas depois de ter ajuda das moças é muito mais fácil (...) as funcionárias tratam bem da gente (...) elas tratam da higiene dele e explicam como fazer com ele (...)” (E6)

- “ (...) elas são impecáveis (...) dão banho todos os dias. Nós não conseguíamos, também lhe dão almoço. Ao fim de semana deixam ao almoço (...) ” (E23)

▪ **Empregada particular**

Um outro apoio identificado foi o contributo por parte de pessoas particulares que prestam cuidados de forma remunerada.

- “ (...) gosto muito dela (...) é uma boa senhora trata-o muito bem, muito boa e muito carinhosa (...) ” (E9)

- “ (...) tenho apoio há cinco anos dessa vizinha é muito boa, vem cá várias vezes ao dia ajuda-me muito (...) está sempre disponível (...) eu pago-lhe as horas que ela vêm tratar da minha mulher (...) ” (E20)

▪ Saúde

As políticas da saúde devem contribuir para um desenvolvimento saudável, a nível da comunidade. Os serviços de saúde e sociais devem conjuntamente colaborar e proporcionar actividades dirigidas ao apoio das pessoas idosas na sua vida diária. Tanto as Nações Unidas, como a OMS defendem a manutenção da pessoa idosa e reconhecem que os cuidados primários de saúde assumem um papel primordial na prestação de cuidados aos mais velhos.

- “ (...) a enfermeira explica-me as coisas, sinto-me muito apoiada, encontro-me muito satisfeita, ajuda-me muito (...) a médica a Dra. (...) não tenho nada a dizer (...) ” (E23)

- “ (...) a enfermeira se ela não está em casa, vai à procura dela à mercearia (...) dá volta com o carro e apanha-a no caminho. Tem sido incansável (...) ” (E24)

- “ (...) ao nível do apoio cedido pelo centro de saúde tem sido espectacular, as pessoas são espectaculares (...) ” (E1)

▪ Tipo de apoio prestado pela Saúde

No futuro, haverá mais idosos, sobretudo muitos idosos que serão mais exigentes. Este facto constituirá um desafio para os profissionais que trabalham nesta área e que têm que planear serviços para pessoas que não dispensarão as tecnologias para o seu bem-estar, que tolerarão cada vez menos respostas massificadas às suas necessidades e que, quando doentes, exigirão recursos especializados de apoio, simultaneamente sofisticados e humanizados, colocando novos dilemas éticos e fazendo apelo a boas práticas profissionais. No futuro, avaliaremos então a nossa capacidade de fazer mais e melhor hoje para aumentar a qualidade de vida ao longo do processo de envelhecimento (Medeiros, 2000).

Um outro aspecto importante é a comunicação que envolve os vários intervenientes nesse processo. Uma vez que comunicar é uma das capacidades fundamentais do ser humano, vale a pena reflectir sobre o modo como os profissionais a concretizam com a família e com o idoso dependente. É através da

comunicação que estabelecemos e aprofundamos as relações terapêuticas e interpessoais e, deste modo, percebemos a forma como o idoso e os seus cuidadores vivem e manifestam as suas necessidades, problemas de saúde, medos e expectativas (Santos, 2006, p. 167).

Segundo Mendes (2004, 46), a família apresenta-se como um “ (...) sistema “escondido” de cuidados de saúde, integrado na rede social de apoio e pode influenciar, positiva ou negativamente, os comportamentos de procura de ajuda”.

Em simultâneo, os profissionais deverão estar disponíveis para promover acções práticas e providenciar as estruturas necessárias para apoiar no cuidar.

O apoio prestado no âmbito da saúde, por parte da equipa de Cuidados Continuados do Centro de Saúde da Lourinhã, designa-se por:

- Apoio Curativo

O apoio é cedido pelo Centro de saúde da Lourinhã, através do Programa de Cuidados Continuados.

- “ A enfermeira vem cá todos os dias fazer o penso (...) as feridas dele são muitas (...) ” (E3)
- “ A enfermeira vem cá três dias por semana tratar da ferida, já estava melhor, mas piorou, mas tive que chamar as enfermeiras novamente (...) ” (E9)
- “ A enfermeira passa só cá uma vez de 15 em 15 dias só para medir os diabetes e tensão” (E11)

- Apoio emocional/ psicológico

Cuidar de quem cuida passa a ser uma outra função dos profissionais de saúde. Através da parceria entre os prestadores de cuidados informais e as equipas que se deslocam ao domicílio para prestar cuidados ao idoso dependente, proporciona-se um aumento na qualidade dos cuidados prestados ao nível do tratamento e da reabilitação, valorizam-se as relações afectivas, o apoio humano, o respeito e a dignidade daqueles que necessitam de cuidados terceiros.

Almeida (2005. p. 25, 26) refere que o domicílio é um espaço privilegiado para a execução de “ *estratégias de educação permanente, visando efectivar a integralidade da assistência ao articular trabalho e educação* ”.

Os prestadores de cuidados referem a importância de existirem serviços que os apoiam/ informam e suportam emocionalmente, permitindo-lhes assim um desempenho mais facilitado e mais alargado no tempo.

- “ (...) *explicam -me que eu dia menos dia tenho que me convencer que ele vai embora (...)* “ (E3)

- “ (...) *costumo dizer que tenho cá mais apoio de fora do que da minha família (...)* sinto-me apoiada pela enfermeira (...) *tem sido uma boa amiga (...)* “ (E10)

- “ (...) *pede a morte (...)* não aceita isto (...) *não fosse a psicóloga (...)* a vir cá a tirar ideias malucas. *Porque ele vinha de gatas e atirava-se da escada abaixo porque tinha ideias suicidas (...)* está contente porque vai dar um passeiozinho com a Dra. (...) *vai levá-lo a lanchar ao café que ele tão gostava (...)* desde que veio cá a psicóloga ele tem melhorado muito, está melhor. *Como eu posso sair daqui (...)* ” (E1)

- Ensino

O cuidador é a pessoa que se responsabiliza pelo cuidado do idoso dependente, por esta razão, é a pessoa da família com quem os profissionais de saúde mais costumam manter contacto. Daí a importância de se conhecer quem são os cuidadores, entendidos como elo de ligação (Pedro, 2007).

Nakatani (2003) reconhece que por vezes o sucesso da recuperação do idoso, depende do grau de preparação dos seus cuidadores, principalmente em casos de idosos com A.V.C.

- “ (...) *explicam-me as coisas (...)* a enfermeira ensinou a minha filha (...) *a minha filha também limpa a ferida (...)* “ (E3)

- “ (...) *são bons e explicam-me as coisas, tanto a enfermeira como o médico, muito bons (...)* explicam-me tudo (...) “ (E20)

- “ (...) *é impecável a enfermeira tem sido impecável. Explica tudo e ensinam, têm sido impecáveis (...)* ” (E22)

- Cedência de material de ajudas técnicas

Estudos revelam a influência da autonomia na qualidade de vida das pessoas idosas. Apesar do grau de fragilidade ou dependência, é importante que elas detenham controlo nas suas vidas, independentemente das limitações com que se deparam (Pavarine, 1996, cit. In Kovács, 2005). As limitações físicas não podem constituir, por si só, obstáculos para a realização dos seus desejos e vontades e para a participação nas decisões que dizem respeito, em especial, à sua própria vida.

O material técnico ajuda a facilitar a manutenção do idoso dependente no domicílio, favorecendo o bem-estar do idoso e do cuidador.

- “ (...) é fantástico o apoio dado pelo centro de saúde no empréstimo dos equipamentos, andarilhos, cadeira de roda, tudo é fantástico, as pessoas não terem que comprar (...) ” (E25)

- “ (...) o centro de saúde emprestou-me uma cama articulada e um colchão para não se ferir ligado à electricidade, tem sido muito bom para ele assim ele está melhor (...) ” (E3)

- “ (...) a Dra. emprestou uma cama articulada, cadeira de rodas e ainda colchão anti-escaras pois não tinha possibilidade de comprar (...) ” (E1)

▪ Entidade patronal do C.I.F.P.

Alguns dos nossos C.I.F.P. (s) referem que tiveram o apoio da entidade patronal onde exercem a sua actividade laboral através: licenças sem vencimentos e ajustamentos dos horários.

- “ (...) a instituição onde trabalho compreende a minha situação, por isso aceitou a licença sem vencimento (...) ” (E2)

- “ (...) tenho todo um grande apoio pela entidade patronal, troco folgas (...) concilio com elas, quando o tenho lá, tenho tido um grande apoio por parte deles(...) a Dra. e a encarregada têm sido impecáveis (...) ” (E22)

A evolução da condição feminina limitou o papel tradicional da mulher, que era o de prestar cuidados aos membros idosos da família. Assim, as mulheres entraram na vida activa e permanecem lá cada vez mais tempo. Muitas delas, que já educaram os seus próprios filhos, ficam presas entre o desejo / necessidade de trabalhar para ganhar dinheiro, e a responsabilidade que lhes cabe de cuidar dos pais ou avós.

3.5.- Motivações identificadas pelo C.I.F.P. para a não-institucionalização do idoso dependente

Quadro nº 17- Motivações identificadas pelo C.I.F.P. para a não-institucionalização do idoso

Categoria	Sub-categorias	Indicadores	Unidade Frequência
Sociais	Insatisfação com o apoio prestado no lar		5
	Acessibilidade	Recusa da integração por parte da instituição	3
		Indisponibilidade de meios económicos	4
		Insuficiência de meios de transportes	1
	Existência de apoio informal		1
	Existência de apoio formal		8
Psicológicas	Rejeição por parte do idoso dependente		10
	Rejeição por parte do C.I.F.P.		13
	Rejeição por parte dos outros familiares		7

Do ponto de vista de Pimentel (2001), a institucionalização do idoso surge como a última alternativa, quando todas as outras já se esgotaram. Mesmo quando os filhos estão dispostos a fazer tudo o que lhes é possível, por vezes o internamento é a opção mais adequada. Graça et al. (2005) acrescentam que a fase da vida em que o

idoso entra numa instituição é representada como a última etapa da vida, sem quaisquer expectativas ou possibilidade de retorno.

Nos discursos dos inquiridos emergiram duas categorias:

- a) - Sociais;
- b) - Psicológicas.

a) Sociais

Segundo dados fornecidos pela instituição Advita, apenas 3% da população se encontra em situação de grande dependência. Na verdade, muitas pessoas idosas são cuidadoras de indivíduos mais jovens ou mais velhos que elas próprias, mas apenas 11,4% das pessoas idosas portuguesas usufruem de equipamentos ou serviços (www.advita.pt).

▪ Insatisfação com o apoio prestado

Não existe qualquer tipo de dúvida que permanecer no seu meio social/ familiar, rodeado com as pessoas que lhe estão próximas é o desejo de muitos dos idosos. Pimentel (2001) caracteriza a sociedade portuguesa com “ (...) a existência de fortes laços de solidariedade familiar ”. Assim sendo, muitos cuidadores rejeitam a ideia de institucionalizar a pessoa idosa. Verificamos no nosso estudo que alguns dos C.I.F.P. (s) sentem que o idoso dependente não seria bem cuidado num lar, pois os cuidados prestados por si são superiores aos administrados numa instituição.

- “ (...) num lar não fazem aquilo que eu faço. Pois sentam-no ali e vão quando podem. Eu largo o que estou a fazer para ir ter com ele (...) ” (E4)

- “ (...) o que lá faziam, faço-lhe eu aqui e muito melhor pois tem amor e carinho de todos (...) ” (E18)

- “ (...) procuro ajudar pessoalmente, porque entendo que ninguém a trataria melhor que eu num lar (...) ” (E20)

▪ Acessibilidade

Apesar da diversidade dos serviços existentes, estes não são suficientes para atender todas as situações. O progressivo envelhecimento da população “ (...) aliado a alteração na estrutura familiar, a mobilidade geográfica, a degradação das condições de habitação, a desadaptação das casas às necessidades dos idosos, a degradação das condições de saúde dos idosos acrescentando o facto dos serviços de proximidade alternativos continuarem a ser insuficientes para garantir a manutenção no seu domicílio, têm provocado um aumento considerável da procura dos lares de 3ª idade. Por outro lado, o número de Lares é demasiado reduzido para fazer face a tão elevada procura. As listas de espera para os lares são extensas (...)” (Graça et al, 2005, p. 74).

- Recusa da integração por parte da instituição

Alguns dos C.I.F.P. (s) referiram que existe uma recusa por parte do apoio formal que não integra em lar o idoso dependente.

- “ (...) porque lá não o querem (...) ” (E3)
- “ (...) o ideal era lar (...) mas não há vaga (...) ” (E7)

- Indisponibilidade de meios económicos

Uma outra razão destacada pelos C.I.F.P. (s) prende-se com a dificuldade económica em suportar a mensalidade exigida por parte da instituição.

- “ (...) o dinheiro pode não chegar (...) ” (E4)
- “ (...) quando começou a doença há dois anos, quando comecei a procurar a contactar lares (...) particulares eu arranjava (...) não podia pagar prestação tão altas (...) ” (E7)
- “ (...) o problema é o dinheiro (...) ” (E22)

• Insuficiência de meios de transporte

No meio rural, a via rodoviária ainda apresenta algumas limitações, sendo difícil a circulação, principalmente nas zonas mais isoladas.

- “ (...) porque eu também não tinha transporte para lá ir, eu nunca tirei a carta de condução andava a pedir a uns e outros para ir vê-lo ao lar (...) ” (E9)

▪ Existência de apoio informal

Parece poder afirmar-se que a família continua a desempenhar o papel principal no suporte e na solidariedade das pessoas idosas (Fernandes, 2001). É, por isso, frequente o idoso recorrer em primeiro lugar à ajuda da sua rede de suporte informal privilegiado, a família (Grilo 2003).

- “ (...) se eu não tivesse a filha tinha que ir mesmo (...) ” (E3)

▪ Existência de apoio formal

Pimentel (2001) salienta que existe uma crescente diversidade de medidas e de respostas concretas de maior proximidade, que têm sido criadas nestes últimos anos, com o objectivo de facilitar o quotidiano dos idosos e dos seus familiares e de proporcionar um conjunto de serviços, de âmbito comunitário e domiciliário, que retardam ou evitam o internamento em lar.

- “ (...) se não fosse as meninas do lar eu não sei o que seria de mim, teria que ir para um lar e sozinha não podia (...) ” (E6)

- “ (...) a senhora que cá vem é que me vale (...) sem ela não conseguia cuidar, a solução tinha que ser outra, talvez num lar íamos os dois (...) ” (E9)

b) Psicológicas

O internamento em lar é uma experiência angustiante, agravada pelo facto de a maioria dos idosos preferir permanecer no seu ambiente social e familiar (Pimentel, 2001). Sem o apoio do C.I.F.P. (s), o idoso teria de ser acolhido numa instituição residencial ou unidade de cuidados continuados, onde certamente sobreviveria mais algum tempo, mas onde teria enormes problemas de adaptação, e onde certamente seria bastante mais infeliz (Brito, 2003).

Segundo Medeiros (2000), os idosos que não beneficiam do apoio familiar tendem a resolver a situação através do recurso aos serviços públicos de apoio à terceira idade.

▪ Rejeição por parte do idoso dependente

Quando se fala em instituições para idosos, o termo que mais comumente ocorre é “asilo”, com as imagens correspondentes de um lugar sombrio, com maus cheiros, onde os idosos esperam não se sabe bem o quê. Os asilos para idosos nasceram como um serviço para abrigar idosos pobres, sem família, muitos em estado de mendicidade.

Os meios de comunicação difundem os lares que apoiam a terceira idade, muitas vezes próximos desta imagem de asilo, à qual são acrescentadas imagens condenatórias daqueles que internaram os idosos. É um terrível julgamento sobre aqueles que se vêem obrigados a tomar essa iniciativa.

Segundo Pimentel (2001), muitas vezes, estas pessoas institucionalizadas sentem-se limitadas ao círculo das relações internas e mesmo quando mantêm um contacto frequente com os familiares ou amigos, este decorre no espaço institucional, o que as leva a sentirem-se completamente afastadas do exterior.

- “ (...) ela está sempre a dizer que eu não a deixe ir para o lar (...) “ (E2)

- “ (...) a minha mãe sempre foi contra os lares (...) ela sempre disse que não gostava de ir para um lar (...) porque ela não gosta, sempre ouvi dizer que não queria ir (...) não gostava de deixar a sua casinha (...) ” (E5)

- “ (...) ela não quer, isso está fora de questão. Ela diz que nem morta (...) ” (E24)

▪ Rejeição por parte do C.I.F.P.

"Colocar meu pai ou minha mãe no lar? Nunca!" Esta frase já foi ouvida múltiplas vezes em conversas de amigos, familiares e entre profissionais. A ideia de deixar de cuidar do idoso dependente e de o colocar numa instituição encontra-se relacionada com deslealdade, perda, irresponsabilidade e mesmo abandono (Pimentel, 2001).

- “ (...) eu nunca quis que ela fosse para um lar (...) ” (E8)

- “ (...) eu também não tenho vontade porque gosto da companhia dela, ficava a fazer o quê em casa? O que é que eu faço com uma casa tão grande (...) ” (E16)

- “ (...) não a posso integrar em centro de dia pois já não anda, era muito difícil (...) ” (E179)

- “ (...) não quero, Deus me livre, não quero, só se me acontecer alguma coisa, nunca quis quando foi da minha sogra, quanto mais dos meus pais (...) ” (E21)

Rejeição por parte dos outros familiares

Os C.I.F.P. evocaram outra razão impeditiva da integração em lar que tem a ver com o desagrado manifestado pelos outros familiares.

- “ (...) os meus irmãos costumam dizer que a minha mãe ira sentir-se que tinha sido rejeitada e isso levaria à sua morte de modo mais rápido (...) ” (E10)

- “ (...) os meus filhos dizem que o pai morria mais depressa (...) ” (E3)

- “ (...) a minha nora respondeu-me que a minha sogra não precisa de lar (...) ” (E79)

3.6.- Relacionamento entre o idoso e o C.I.F.P.

Quadro nº 18- Relacionamento entre o idoso e o C.I.F.P.

Bloco Temático	Categoria	Sub-categorias	Unidade Frequência
Relacionamento entre o idoso e o C.I.F.P.	Relação anterior à dependência	Aproximação	15
		Relação problemática	
		Melhoria ao longo dos anos	
	Relação actual	Manutenção da relação	10
		Melhoria da relação	3
		Aumento dos conflitos	3

Através dos discursos dos entrevistados emergiram duas categorias:

- a) - Relação anterior à dependência;
- b) - Relação actual.

a) Relação anterior à dependência

▪ Aproximação

Alguns dos C.I.F.P. (s) entrevistados referem que a relação anterior era de aproximação face ao idoso dependente. Dos discursos emergiram os seguintes resultados:

- “ (...) boa mãe para todos os filhos, nós somos seis e nunca deixou faltar nada, mãe exemplar para todos os filhos (...) ” (E2)
- “ (...) sempre foi boa ela sempre foi boa, sempre viveu comigo (...) ” (E21)
- “ (...) a relação com ele anteriormente era muito boa, já estamos casados há 54 anos, não me tratou nunca mal (...) ” (E29)
- “ (...) ele sempre gostou mais de mim do que das outros irmãos (...) ele gosta de todos os filhos, mas de mim demonstrou sempre mais, é verdade não lhe vou mentir (...) ” (E13)

▪ Relação problemática

Outros C.I.F.P. (s) fazem referência a dois tipos de relações conflituosas: uma, em que emergiam comportamentos de agressão física e verbal e outra de afastamento entre o C.I.F.P. e o idoso dependente.

- “ (...) porque ele sempre foi muito mau para mim, é verdade ofendia-me muito sempre foi mau para mim (...) porque embirrava por tudo e por nada (...) o meu sogro era assim (...) muito complicado (...) ele ainda uma vez bateu-me na cabeça com a bengala (...) ” (E19)

- “ (...) relação anterior era fraca. Relação um bocadinho conflituosa teve sem falar comigo durante 3 anos e a viver na mesma casa. Não me falava, mas não ofendia ninguém (...) ” (E22)

- “ (...) ele bebia muito até chegou andar a trás de mim com facas para me espetar mas era o álcool (...) ” (E9)

- “ (...) eu fui criada pela minha avó (...) a minha mãe nunca me teve amor (...) eu digo-lhe às vezes parir é dor criar é amor (...) mas ela não abre boca (...) não demonstra nada (...) eu é que ajudei a criar os meus irmãos (...) eu estou muito marcada pela infância (...) no Natal dá aos meus sobrinhos 30 euros aos meus umas peúgas (...) e um pano de cozinha (...) a minha mãe estava sempre a fazer panos de cozinha, a minha mãe estava sempre a fazer picos , mas a mim só me deu um (...) a minha mãe nunca me ofereceu nada (...) ” (E28)

▪ Melhoria ao longo dos anos

Alguns dos entrevistados referiram que houve uma melhoria ao longo dos anos, uma aproximação gradual entre os dois intervenientes.

- “ (...) tínhamos uma boa relação. Ao princípio era má, mas agora é boa (...) há cinco anos não durmo com ele. Ele chamava-me nomes que eu tinha assim ou assado, cada qual dorme na sua cama eu durmo com a neta (...) nunca o larguei, nunca (...) ele chegou a bater-me (...) mudou muito (...) ” (E3)

a) Relação actual entre o C.I.F.P. e o idoso dependente

Moreira (2001) refere a importância do relacionamento anterior entre o cuidador e o idoso dependente, considerando-o fundamental para a satisfação no desempenho deste trabalho.

Marques (2007, p.73) acrescenta ainda que quando existe uma má relação anterior à dependência “ (...) *como também naqueles em que a relação não tenha sido de familiaridade com o indivíduo, revelam-se com menos fluência motivações do tipo altruístas, sendo as motivações de maior predomínio o sentido de obrigação, evitar censura e conquistar a aprovação social* ”.

▪ Manutenção da relação

Marques (2007) considera que os cuidadores que antes da dependência do doente mantinham com ele uma relação mais próxima e íntima, relação baseada no afecto, são os que manifestam uma motivação altruísta na prestação de cuidados ao seu familiar.

Alguns dos C.I.F.P. (s) referem que não houve alteração na relação entre si e o idoso dependente.

- “ (...) *tenho os mesmos sentimentos (...)* (E4)
- “ (...) *tenho os mesmos sentimentos (...)* *sempre tivemos uma relação muito boa (...)* ” (E21)
- “ (...) *continua sempre com este feitio de não gostar de mim (...)* *eu vejo com os outros meus irmãos ela é diferente, muito diferente (...)* *não é aquela mãe carinhosa (...)* *ela é tão cínica, cínica, ele reconhece os esforços dos meus irmãos, mas o meu não, nunca me valoriza (...)* ” (E28)

▪ Melhoria da relação

Apesar da situação de dependência, alguns C.I.F.P. (s) consideraram que houve melhoria na relação com o idoso dependente.

- “ (...) eu trato bem na mesma, foi coisas dele e eu não tive culpa, se fossem muitas pessoas não se calavam e eu não abri boca (...) eles são nossos , temos que aceitar e perdoar (...) agora estamos mais próximos (...) ” (E22)

- “ (...) não tenho ódio da minha mulher (...) choca-me o tratamento dela face à minha pessoa mas perdoou-lhe (...) ” (E14)

- “ (...) ele era tão arrogante (...) faz de conta que não aconteceu o que vai lá vai, deixo tudo para trás (...) ” (E19)

- “ (...) eu sempre tive muito carinho do meu pai e continua (...) agora vejo que cada vez mais ele precisa de carinho (...) ” (E5)

- “ (...) temos tido mais intimidade uma com a outra agora, do que durante toda a vida (...) ” (E10)

▪ Aumento dos conflitos

Com o passar dos tempos é frequente surgirem situações conflituosas entre o idoso dependente e o cuidador (Floriani, 2004). As experiências familiares anteriores à doença medeiam a relação actual, ora trazendo bem-estar, ora trazendo conflitos, levando mesmo muitas das vezes à ruptura final (Silveira, 2000).

Os C.I.F.P. (s) sentem que existe uma falta de reconhecimento do idoso para consigo.

- “ (...) mas a minha mãe não é boa para mim, ainda há dia chocamos (...) eu nunca recebi carinhos da minha mãe, nunca agradece (...) trato dela com tanto carinho, massajo-lhe as pernas eu faço-lhe tudo e ela não me agradece (...) não me custa cuidar dela, custa-me é essas coisas (...)“ (...) eu sou filha de mãe solteira (...) os meus irmãos são filhos do meu padrasto e eu sou filha de um senhor que teve um relacionamento com a minha mãe e depois deixou a minha mãe. A minha mãe não me dá valor (....)” (E28)

- “ (...) nunca diz que eu faço bem, às páginas tantas tudo o que eu faço está mal, faço mal (...) ” (E17)

E ainda um desrespeito por parte do idoso face às necessidades do C.I.F.P.:

- “ (...) eu gosto de sair (...) mas fico preocupado com ela (...) se ela compreendesse as minhas necessidades, era mais fácil (...) podíamos comer os dois, eu estava mais à vontade podia estar ali mais à vontade (...) jogava às cartas (...) ela não está sempre na disponibilidade de ir, quando eu

quero ir (...) sinto-me chateado, porque ela deveria de me acompanhar mais (...) a dificuldade maior é ela não querer ir a parte nenhuma (...) “(E16)

- “ (...) se a deixe com o meu marido (...) para ir ao supermercado (...) de minuto a minuto está a dizer mas ela nunca mais vêem? É uma obsessão que eu tenho, eu tenho que estar 24 horas ao pé dela (...) “(E17)

A situação de dependência do idoso vem ainda agravar a relação entre ele e o C.I.F.P.:

- “ (...) a própria doença dela contribui para eu andar mais revoltado. Se ela fosse mais meiga eu seria melhor para ela. Como ela não é tolerante para mim e eu não posso ser tolerante com ela. Às vezes calo-me mas a máquina às vezes não deixa. Quando estou bem disposto calo-me mas às vezes sinto que digo coisas que não devia de dizer. É verdade que fico arrependido, peço desculpa, mas ela não tem coração, endureceu, deixou de ser meiga, a minha mulher deixou de ser meiga e eu tenho que desculpá-la. Às vezes digo coisas um bocado ásperas, mas não fico contente como um anjinho eu às vezes digo coisas que não devia dizer (...) “(E16)

- “ (...) eu não sabia que ela ia-se tornar assim tão complicado e ela que se tornasse com este feitio (...) ela quando se zanga comigo diz (...) que eu a trato mal (...) quer ir para um lar, porque lá é que a tratavam bem (...) custa-me a engolir isto (...) “(E17)

3.7. - Necessidades identificadas pelo C.I.F.P.

Quadro nº 19 - Necessidades identificadas pelos C.I.F.P. (s)

Bloco Temático	Categoria	Sub-categorias	Indicadores	Unidade Frequência
Necessidades identificadas pelo C.I.F.P.	Ajuda de outrem	Apoio Informal	Familiares	13
		Apoio formal	Apoio por parte de empregada doméstica	3
			Melhoria da resposta dos serviços	4
			Apoio psicológico para o casal	1
			Ajudas Técnicas	4
			Integração temporário em meio hospitalar	1
	Ter saúde			4
	Sair de casa/ conviver			6
	Ajudas económicas			9

De um modo geral, entende-se por necessidade “ *carácter do que é necessário, imprevisível, útil, preciso, inevitável* “ (Dicionário de Língua Portuguesa). O conceito em linguagem corrente reporta-nos para um desejo, algo que precisamos e que nos é fundamental (Moreira, 2001).

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. Este termo implica, directa ou indirectamente, um valor, uma referência, ou algumas normas sociais em função das quais é avaliada (D’Hainaut, s.d. cit. In Moreira 2001).

Daí que não possam ser vistas como absolutas. São sempre relativas aos indivíduos e aos contextos onde estão inseridos, dependendo de valores e crenças pessoais.

As necessidades podem ser situacionais, pois não se apresentam de uma forma uniforme face a uma mesma situação. Segundo Rodrigues et al. (s.d. cit. In Marques 2007, p. 65), cada indivíduo “ (...) *poderá perceber uma necessidade, ou senti-la, de maneira diferente, em função do juízo humano, dos valores e das interações que se estabelecem num dado contexto* (...) “.

Todos os indivíduos têm as suas necessidades, cada uma delas enquadrada em determinada situação. Os familiares dos doentes são acometidos de necessidades particulares que importa conhecer. Segundo Martins (2000, cit. In Marques 2007, p. 65), apenas conhecendo “ (...) *as necessidades sentidas pelos familiares dos doentes, emergentes da vivência com a doença, é possível promover cuidados individualizados e humanizados inseridos no conceito de família doente*”.

É de salientar, segundo Moreira (2001), que a avaliação das necessidades da família passa pelo conhecimento das reacções do doente, das suas expectativas, do seu grau de informação, do grau de comunicação entre familiares e entre esta e o doente, do grau de disponibilidade em cuidar, bem como das suas dificuldades reais, dos recursos materiais e afectivos disponíveis, do tipo de relação que o cuidador tem com o doente, das expectativas da família, dos padrões morais da família e das experiências anteriores face a uma situação de crise.

A Organização Mundial de Saúde estima que nos próximos 20 anos aumentarão em 300% as necessidades de cuidados de saúde da população idosa. Paralelamente, deverá surgir um aumento acentuado da prevalência de doenças não transmissíveis de evolução prolongada. Assim sendo, emergirão novas necessidades de saúde e de apoio social, principalmente de longa duração, que reclamam das políticas de saúde e solidariedade, a adopção de uma abordagem que privilegie a satisfação das crescentes carências nesta matéria. Em todo o mundo este é um tema de preocupação e de estudo.

Neste contexto, seria desejável que idoso e família pensassem e preparassem com antecedência formas de se organizarem/ reorganizarem, quer em relação ao local de domicílio e à gestão do seu espaço, quer em termos de apoio com pessoal interno ou externo. Desta forma, possibilitar-se-ia a permanência do idoso dependente no domicílio escolhido, durante o maior tempo possível.

A permanência de pessoas dependentes nos domicílios escolhidos, com ou sem apoio domiciliário dedicado, obriga naturalmente a um esforço de reorganização da

família, amigos e vizinhos, bem como à existência de alguém que assuma a figura de “cuidador principal”, assegurando a coordenação da organização necessária.

Não é demais salientar a importância do apoio que é necessário assegurar aos prestadores de cuidados informais em matéria de apoio domiciliário, ajudas técnicas, apoio médico, enfermagem, conforto e apoio psicológico, com vista a auxiliar o suporte da sobrecarga que sobre eles recai, quando assumem a responsabilidade dos cuidados.

Não é demais salientar a importância de assegurar ajuda aos prestadores de cuidados informais, em matéria de apoio domiciliário, ajudas técnicas, apoio médico, enfermagem, conforto e apoio psicológico, de modo a que a sobrecarga inerente à função de cuidar seja de alguma forma aliviada ou facilitada.

As necessidades evocadas pelos C.I.F.P. (s) nas suas narrativas foram organizadas nas seguintes categorias:

- a) Ajuda de outrem
- b) Ter saúde
- c) Sair de casa/ conviver
- d) Ajudas económicas

a) Ajuda de outrem

Os cuidadores informais familiares principais fazem frequentemente referência à necessidade de ajuda de outrem, uma vez que muitos deles assumem toda a responsabilidade do cuidar do idoso dependente, sentindo-se por isso sobrecarregados. É fundamental que o cuidador tenha tempo para si, que não sinta que a sua vida acabou pelo facto de prestar cuidados ao idoso dependente (Fernandes, 2000).

As necessidades identificadas pelo C.I.F.P. na categoria *ajuda de outrem* são de apoio informal e formal.

▪ Apoio Informal

Nos seus discursos, os C.I.F.P. (s) evocaram a necessidade de apoio informal por parte dos seus familiares.

- “ (...) se o trabalho fosse dividido por todos era mais fácil (...) se cada um cumprisse, nem que fosse só um dia por semana (...) ” (E10)

“ (...) se eu tivesse outras ajudas era mais fácil (...) os outros sobrinhos não se importam, as minhas irmãs tiveram que ir fazer a vida delas (...) ” (E23)

▪ Apoio formal

Nesta categoria emergiram cinco sub-categorias relacionadas com necessidades sentidas pelos C.I.F.P. (s): ajuda no âmbito do apoio doméstico, melhoria da resposta dada pelos serviços, apoio psicológico para o casal, ajudas técnicas e integração temporária em meio hospitalar.

- Apoio por parte de empregada doméstica

Alguns dos C.I.F.P. (s) manifestaram necessidade em ter mais ajuda nas lides domésticas.

- “ (...) a única solução possível era eu ter apoio de uma outra pessoa (...) uma mulher pelo menos das 9.00h às 17.00h, era ideal não é para libertar a mim totalmente, mas para eu estar mais descansado, quando eu saísse já sabia que estava uma pessoa em casa (...) ” (E16)

- Melhoria de resposta dos serviços

Os C.I.F.P. (s) manifestam necessidade de uma melhoria na resposta dada actualmente pelo serviço de apoio domiciliário e da saúde.

- “ (...) ter mais apoio por parte de alguém de fora, já que os da família não ajudam, mas dentro das minhas possibilidades (...) ” (E10)

- “ (...) as meninas do apoio também virem ao fim de semana (...) ” (E28)

- “ (...) o hospital está bera (...) existe muita gente a queixar-se (...) nem um bocadinho de água, nada (...) tive que pedir para lhe mudar a fralda (...) “ (E3)

- Apoio psicológico para o casal

Um dos C.I.F.P. manifestou ter um apoio, ao nível psicológico, para que a relação entre ele e o idoso a cargo melhore.

- “ (...) eu até já me lembrei de ir a um psicólogo (...) porque eu sei que ela precisava de ser mais humilde, menos dura e eu ser mais tolerante. Tinha de haver um acerto de agulhas, porque ela ouve melhor os outros do que a mim. Se for outra pessoa ela aceita (...) “ (E16)

• Ajudas Técnicas

As ajudas técnicas são todo o tipo de produtos e equipamentos indispensáveis à autonomia e integração de pessoas com deficiência (permanente ou temporária); destinam-se a compensar a deficiência e as suas consequências, permitindo uma melhor participação na sociedade e possibilitando mais privacidade, conforto e autonomia nas actividades do dia a dia.

- “ (...) preciso de uma cama articulada para ela, eu acho que era melhor, pois eu não sei até quando ela vai aguentar sem se ferir (...) “ (E15)

• Integração temporária em meio hospitalar

Quando a situação de dependência se agrava e a sobrecarga de cuidados aumenta, a permanência no domicílio escolhido pode tornar-se excessivamente difícil, pesada e onerosa, colocando-se a necessidade de internamento, por curtos períodos de tempo (para convalescença, férias, descanso da família) ou para internamentos de maior duração.

- “ (...) ele precisava de ser integrado temporariamente em hospital (...) assim eu não aguento, não durmo, são 24 horas sobre 24 horas (...) para ele vir melhor (...) ” (E12)

b) Ter saúde

A actividade é deveras desgastante, tanto ao nível físico como psicológico, originando situações em que muitos dos C.I.F.P. (s) se sentem esgotados com a sua prestação. Assim sendo, uma das necessidades identificadas é a saúde.

- “ (...) ter mais saúde para ter mais forças para poder cuidar dele (...) ” (E18)

- “ (...) tenho pena de não ter mais saúde para poder dar-me mais (...) ” (E28)

c) Sair de casa/ conviver

Devido às fortes exigências do cuidar, o C.I.F.P. sente a necessidade de sair, de estabelecer novos contactos com outras pessoas.

- “ (...) gostava de tirar férias, de poder sair ir de férias ” (E2)

- “ (...) eu gostava que ela saísse mais (...) para mim era importante conviver com outras pessoas (...) poder sair de casa (...) dá-me revolta e às vezes sinto-me revoltado (...) ” (E16)

d) Ajudas económicas

O aumento substancial dos gastos inerentes à dependência do idoso, associado à perda de receitas provenientes do trabalho, permitiram constatar que as necessidades económicas “*afectam mais de 13% dos cuidadores*”, segundo um estudo realizado por De la Rica et al. (1994, p. 36). Nas narrativas dos C.I.F.P. (s) emergiu, justamente, a necessidade de carácter económico.

- “ (...) necessitava de mais algum dinheiro, porque ela coitada recebe tão pouquinho (...) ” (E21)

“ (...) sei que existe um subsídio de apoio a quem cuida , mas nunca tratei (...) pois se houvesse um apoio assim era bem melhor, as despesas são muitas (...) ” (E25)

- “ (...) talvez se ajudassem com umas mercearias cá para casa já ajudava (...) custa-me um bocadão, pois as fraldas dele e os medicamentos (...) a alimentação é diferente da nossa (...) ” (E3)

- “ (...) eu achava que pelo menos, tivesse outros apoios, a minha reforma para tudo (...) pagar medicamentos, pagar gás, electricidade, isto tudo, quando chego ao fim do mês, é mau (...) ” (E16)

3.8.- Estratégias de *coping* utilizadas pelo C.I.F.P.

Quadro nº 20- Estratégias de *coping* utilizadas pelos C.I.F.P. (s)

Bloco Temáticos	Categoria	Sub-categorias	Unidade Frequência
Estratégias de <i>coping</i> utilizadas pelo C.I.F.P.	Internas	Aceitação da situação	13
		Planificação das actividades	9
	Externas	Apoio Informal	7
		Apoio Formal	5
		Recursos de medicação	5
		Ajuda através da religião	16
		Execução de actividades de lazer	15

Martins et al. (2003, cit. In Santos 2004, p. 36) refere que os mecanismos de *coping* são importantes no que se entende como “ (...) mediadores críticos em relação ao stress; eles influenciam todo o processo com vista à resolução de um problema e/ ou controlo das emoções resultantes da situação ”.

Segundo Augusto (1994), a capacidade da família para alterar os papéis, os poderes e as regras de relacionamento entre os seus membros, determina a sua adaptabilidade para conviver com os agentes de stress e ultrapassar dificuldades. As ligações afectivas, o compromisso e o sentimento de pertença permitem entender o grau de coesão da família.

As estratégias de *coping* representam um mediador crítico na relação com o stress, tendo como objectivo a resolução do problema e o controlo das emoções dela resultantes. Elas representam um conjunto de esforços cognitivos e

comportamentais, no sentido de lidar ou ultrapassar as exigências específicas, internas e externas, que foram avaliadas como excedendo os recursos disponíveis (Lazarus, 1995, cit. In Mendes, 2007).

As estratégias de *coping* utilizadas pelos C.I.F.P. (s) foram organizadas nas seguintes categorias:

- b) Internas;
- c) Externas.

a) Internas

Os C.I.F.P. (s) referem que as estratégias de *coping* utilizadas por si prendem-se com a sua própria organização interna. Identificaram-se, então, as seguintes sub-categorias:

▪ Aceitação da situação

Os C.I.F.P. (s) referiram que uma das estratégias passa pela aceitação da situação de dependência do idoso.

- “ (...) eu deixo os problemas para trás das costas e vivo o presente (...)” (E19)
- “ (...) é uma situação que eu aceito (...) embora custe de o ver assim (...) mas aceito-a, já me habituei a tudo isto (...)” (E20)
- “ (...) eu aceito o que Deus me deu (...) se é esse o meu caminho eu aceito, já passei a fase da revolta, estou mais calma a partir do momento que comecei a aceitar toda a situação (...)” (E30)

▪ Planificação das actividades

A planificação das actividades também é uma das estratégias de *coping* utilizadas.

- “ (...) primeiro trato dele (...) faço a minha vida mais tarde (...) tenho que me organizar e planear tudo pois assim não conseguia dar conta do recado (...)” (E21)

- “ (...) tenho que organizar-me para conseguir dar resposta a tudo (...) pois são os filhos, os netos e ele (...) tenho que ter tempo para tudo (...) ” (E19)

b) Externas

Os C.I.F.P. (s) referem que as estratégias de *coping* utilizadas por si prendem-se com a procura de ajuda, através das seguintes sub-categorias:

▪ Apoio Informal

Os familiares, amigos e vizinhos são uma das formas de ultrapassar as dificuldades.

- “ (...) mas tenho ajuda de dois amigos um casal. Sr. vem cá dia sim, dia não, quando ele pode é uma grande ajuda. São pessoas que vêm cá de livre vontade ” (E1)

- “ (...) mas vou vencendo com ajuda de muitas pessoas amigas, muitas pessoas amigas. Tenho uma vizinha que é uma pessoa muito amiga, mora no primeiro andar. Tenho uma colega minha que sou madrinha de casamento dela, mora em frente, ajuda-me em tudo. O marido vinha cá, levantava-me a minha irmã (...) ” (28)

▪ Apoio Formal

O recurso ao apoio da rede formal surge-nos como outra alternativa.

- “ (...) Eu senti mais no início essas dificuldades mas agora tenho ajuda das meninas do apoio (...) sem esse apoio eu não conseguia (...) ” (E6)

▪ Recurso a medicamentos

Alguns dos C.I.F.P. (s) entrevistados referiram que recorrem, com alguma frequência, ao uso de medicamentos “calmantes” para conseguir “suportar” a situação.

- “ (...) é preciso de ter muita paciência para os idosos, eu tento estar calma com ele. Mas para isso tenho que tomar uns calmantes, para andar calma (...) para suportar as queixinhas do meu pai é assim (...) tomando uns calmantezinhos Xanax (...) ” (E25)

▪ Ajuda através da religião

O recurso à religião é uma fonte de apoio para alguns dos cuidadores.

- “ (...) com muita força de vontade, com muita coragem pedindo a Deus que me ajude, porque sou uma pessoa que não desanima à primeira. Que Deus não nos peça aquilo que nós não conseguimos aguentar (...). Estamos habituadas a ultrapassar estas situações (...) nós temos ultrapassado isto tudo procuro-lhe dar todo o carinho (...) ” (E28)

- “ (...) é aí que me encorajo, há coisas que não tem explicação (...) um domingo que não vá à igreja já não é dia (...) ” (E18)

- “ (...) vou semanalmente à igreja (...) alimentação psíquica ou espiritual (...) sinto necessidade e calma e se não vou, sinto que aquilo não foi domingo (...) é um aconchego. Representa um complemento para começar o primeiro dia da semana (...) ” (E20)

- “ (...) peço a Nossa Senhora que me dê força, quando eu vou à igreja é para isso, todos os dias rezo ” (E25)

▪ Execução de actividades de lazer

Por último, outra estratégia de *coping* é a execução de actividades de lazer nas diferentes áreas: passear, escrever ou ler livros, ir às compras, conversar com os amigos/ vizinhos, elaborar trabalhos manuais, fazer trabalhos na área da agricultura, ir ao cabeleireiro, ver os netos, etc...

- “ (...) pego no carro e vou um instantinho e fico a olhar o mar, isso faz-me ficar melhor, gosto de ver o mar aquele bocadinho já venho melhor (...) ” (E16)

- “ (...) gosto de fazer renda, quando tenho um bocadinho de tempo (...) gosto muito sinto-me melhor (...) ” (E23)

- “ (...) estou agora a fazer um livro de canções alentejanas, já tenho duzentas e tal, vou ver se consigo arranjar editora (...) é um escape para aguentar toda esta situação (...) ” (E16)

- “ (...) é ir às vezes à mercearia e ficar a conservar um bocadinho com a Sra. de lá que somos muito amigos, sinto-me logo melhor (...) “ E21

4. - Influências do cuidar na vida do cuidador informal familiar principal

Diversos estudos têm demonstrado que as pessoas que prestam cuidados a familiares de idosos dependentes, geralmente sofrem alterações adversas em várias e importantes áreas da sua vida: alterações na dinâmica familiar e social; problemas económicos e laborais, cansaço e desgaste prolongados, quer a nível físico, quer psíquico (Brito 2003).

As alterações sentidas pelos C.I.F.P. (s) na sua vida correspondem, então, a vários domínios: familiar, da rotina diária, profissional, financeiro, da saúde e, por último, social.

4.1. Alterações familiares do C.I.F.P. face ao cuidar

Quadro nº21 - Alterações familiares do C.I.F.P. devido ao cuidar

Bloco Temático	Categoria	Sub-categorias	Unidade Frequência	
Alterações Familiares do C.I.F.P	Inexistência de alterações		9	
	Aproximação familiar		8	
	Falta de apoio da rede informal familiar	Afastamento familiar	12	
	Mudança na funcionalidade da família		Diminuição dos tempos em família	4
			Alteração de residência do C.I.F.P.	5
			Alteração de residência do idoso dependente	3
			Alteração no apoio prestado aos filhos, por parte do C.I.F.P.	1
			Aumento dos conflitos	5

A família funciona como um todo, mostrando-nos uma configuração de teia ou de rede. Quando existe uma modificação numa das partes, ela afecta esse todo. Isto porque apesar de existirem diversos tipos de família e de relacionamento familiar, em todas elas existem papéis estabelecidos que as mantêm num certo equilíbrio. Quando um dos familiares adocece e não pode continuar com o desenvolvimento das suas actividades no seio familiar, pode desencadear uma crise, obrigando a uma reorganização familiar (Silveira, 2000).

No que respeita às alterações familiares do C.I.F.P. face ao cuidar, foram identificadas seis categorias:

- a) Inexistência de alterações;
- b) Aproximação à família;
- c) Mudança na funcionalidade da família;
- d) Falta de apoio da rede informal familiar;
- e) Aumento dos conflitos.

a) Inexistência de alterações

Alguns C.I.F.P. (s) consideram que não houve alterações ao nível familiar na sua vida, apesar do aparecimento da situação de dependência do idoso.

- “ (...) Os filhos estão afastados mas já estavam (...) ” (E1)
- “ (...) ao nível familiar as relações com o filho mais velho sempre foram complicadas, nada tem a ver com a situação de dependência do pai. Porque tem uma mulher é uma víbora, ela é má para a mãe dela, quando ela é má para a própria mãe para a sogra nem se fala. A pior coisa que ela me fez foi retirar do meu filho vir a casa, e os netos quando era miúdos. Mas o meu filho ainda vinha mas afastou-se totalmente desde que o pai adoceceu, fez isto (...) ” (E1)
- “ (...) não há alterações nenhuma, porque a família é muito reduzida ” (E20)
- “ (...) continuo a ter tempo para os outros, tem que ser (...) ” (E19)
- “ (...) a minha relação com os meus irmãos é formidável (...) sempre foi e continua a ser (...) eu ajudei-os a criar (...) se lhes dói uma unha a eles já me dói a mim a perna inteira (...) ” (E28)

b) Aproximação familiar

O cuidar de um idoso, por vezes, conduz a uma aproximação familiar. Situação que integra aspectos positivos gerados pela solidariedade, proximidade e intimidade (Paul, 1997). Segundo a autora Silveira (2000), existem casos de familiares que restabeleceram relações após um período de conflitos. São ocasiões em que a doença tem a função de unir.

- “ (...) os da casa uniram-se mais, ficaram mais unidos (...) principalmente os netos (...) ” (E3)
- “ (...) havia uma tia que estava chateada com ele, por causa de um gatito, zangaram-se mas agora já fizeram as pazes depois de ter dado isto ao meu pai (...) ainda ontem ia no carro com o meu pai, a minha tia veio logo perguntar se íamos novamente para o hospital (...) ” (E6)
- “ (...) eles têm uma coisa especial pelo pai, não são destes filhos que não ligam (...) e agora parece que ainda é mais. Ele também foi amigo deles, ele é que os encorajava para a vida (...) ” (E18)

c) Mudança na funcionalidade da família

Tendo em conta que o idoso dependente exige muitos cuidados, e que por isso o cuidador principal tem de deixar de lado outras tarefas, outrora prioritárias para si e para os seus familiares, verifica-se uma interferência em diversos aspectos da vida do cuidador e dos outros membros da família.

A situação é agravada porque os cuidados com doentes em situação de dependência podem durar muitos anos, tornando as trocas na família cada vez mais complexas (Zarit et al., 1996, cit. In Silveira, 2000). Quando surgem situações não esperadas, por exemplo, o divórcio, o desemprego, a doença ou a morte antecipada, a família é obrigada a aprender a lidar com a situação e a desenvolver mecanismos de adaptação a estas crises situacionais e à nova realidade delas decorrente (Atkinson, 1989).

▪ Diminuição dos tempos em família

Alguns dos C.I.F.P. (s) referiram que houve uma diminuição do seu tempo para estar com a família, em virtude dos cuidados prestados ao idoso dependente.

- “ (...) Não tenho tempo para os outros familiares, eu estou totalmente preso estando aqui. Desde Novembro que não vou a Almada apenas telefonamos (...) ” (E8)

- “ (...) houve muitas alterações familiares porque às vezes nós saíamos, agora nunca mais isso pode acontecer (...) a minha filha mais nova nota muito isso (...) tenho pena (...) os filhos estão a ser privados de muito (...) aquele convívio que tínhamos em conjunto acabou (...) ” (E10)

- “ (...) eu fique no R/C embrulhada num edredonzinho no sofá porque é melhor (...) deixei de dormir com o meu marido (...) ” (E17)

- “ (...) deixamos de ter férias, o meu marido tira férias para tomar conta do sogro (...) ” (E22)

▪ Alteração de residência do C.I.F.P.

A mudança de residência por parte do C.I.F.P. é uma das consequências do cuidar do idoso dependente. Yuaso (2000, p. 44) refere que “ *As consequências para o cuidador, ao dividir uma casa com uma pessoa idosa dependente, são aquelas que o coloca em contacto constante com as tarefas envolvidas, o que é de fundamental importância para se entender como a vida particular é restringida ao longo do tempo*”.

Os nossos entrevistados referiram que:

- “ (...) eu vendi a minha casa na Lourinhã para ir viver com os meus pais (...) eu entendi que se lá fizesse a minha casa poderia fazer um anexo com comodidades para o meu pai para poder tomar conta dele (...) eu estraguei a minha vida toda (...) ” (E25)

- “ (...) deixei o meu marido em casa em Lisboa (...) estou sempre preocupada com o meu marido (...) se o meu marido estivesse cá era diferente (...) desde Setembro que estou afastada dele (...) ” (E13)

- “ (...) talvez também viesse para cá, mas não tive que deixar a minha casa de Lisboa eu não podia estar com ela, porque era um andar de manhã e à noite tinha que fazer o sofá (...) porque é a única sala que eu tinha (...) “ (E17)
- “ (...) após o meu divórcio fiquei com a minha casa e a viver sozinha (...) mas depois de ter dado isto à minha mãe vim viver com ela (...) “ (E5)
- “ (...) tive que mudar de residência (...) eu só vinha ao fim de semana (...) ” (E29)
- “ (...) durmo na casa do meu sogro quando calha a minha vez (...) fico num sofá (...) “ (E14)

Verificamos que esta alteração pode ocorrer em dois tempos diferentes: em tempo total (quando o cuidado é apenas assegurado pelo C.I.F.P.) e em tempo parcial (quando o cuidado é assegurado por outros cuidadores, além do C.I.F.P.).

▪ Alteração de residência do idoso dependente

Uma outra alteração frequente tem a ver com o facto de o idoso dependente deixar a sua habitação e passar a viver com o C.I.F.P. .

Essa alteração de residência foi sinalizada também em dois tempos: tempo total e/ ou tempo parcial.

- “ (...) a minha mãe vivia no norte do país, só vinha à minha casa nas férias, agora teve que viver cá (...) “ (E2)
- “ (...) para eu tomar conta dele, ele veio viver para o pé de mim (...) veio viver comigo (...) “ (E12)
- “ (...) no meu dia de cuidar a minha mãe vem viver para a minha casa (...) eu trato dela lá (...) “ (E27)

Num estudo realizado por Silva et al. (1993, cit. In Yuaso, 2000) refere-se que as vantagens encontradas em ter o idoso a residir na companhia dos cuidadores são de ordem diversa. Em termos afectivos (27%), em termos de companhia (26%), na ajuda a cuidar das crianças mais pequenas (17%), na ajuda nas actividades domésticas (16%) e na facilidade na prestação de assistência ao idoso (14%). Quanto às desvantagens, 52% dos cuidadores familiares responderam que não

existir nenhuma. Os restantes enumeraram razões que se prendem com o choque de gerações, com a falta de privacidade e com aspectos económicos.

▪ **Alteração no apoio prestado pelo C.I.F.P. aos outros familiares**

O C.I.F.P., para além de cuidar do idoso dependente, assume muitas vezes outras responsabilidades em paralelo. Devido ao elevado grau de exigência dos cuidados prestados ao idoso dependente, o C.I.F.P. revela frequentemente alguma falta de disponibilidade para desenvolver essas responsabilidades.

- “ (...) senti alterações pois eu ajudava muito os meus filhos nas tarefas domésticas, sentia-me bem assim (...) fazia-lhes o comer, agora não, nunca mais fiz, agora não tenho tempo para nada (...) “
(E18)

d) Falta de apoio da rede informal familiar

O C.I.F.P. é o principal agente do sistema de apoio informal. Segundo a autora Silveira, (2000) percebe-se facilmente que as famílias que já não funcionavam bem anteriormente à situação de dependência, tendem a aumentar os problemas de relacionamento após o surgimento da doença. Em situações de crise, os conflitos intensificam-se, ocasionando por vezes separações irreversíveis.

▪ **Afastamento da família**

Uma das alterações que os cuidadores informais manifestam de forma mais exacerbada tem a ver com as relações familiares. Existe muitas vezes a tendência para gerar conflitos, resultantes de desacordos entre o cuidador e outros familiares, face aos comportamentos, decisões e atitudes uns dos outros. Trata-se de conflitos que conduzem ao afastamento dos membros (Imaginário, 2004).

Os C.I.F.P.(s) referiram também o afastamento em relação a si próprios e ao idoso dependente. Os entrevistados enunciaram o seguinte discurso:

- “ (...) em relação a mim considero que se afastaram mais desde que a minha mãe adoeceu (...) eu nunca sou convidado porque uma irmã não se dá comigo, porque não queria que eu viesse tratar da minha mãe porque vim para cá roubar tudo o que era dela, não queria que eu viesse para aqui (...) “ (E8)

- “ (...) senti que o meu irmão se afastou mais de mim, ele só vinha cá pouco e a nora e neta também nunca cá aparecem, só no natal para levar uma prenda quando lhe telefonávamos (...) “ (E5)

Actualmente, apesar de os idosos serem em maior número, não ocupam o mesmo lugar na sociedade. O idoso já não é como uma “ponte” entre gerações que, ao envelhecer, se tornava mais importante, uma vez que era entendido como o transmissor de conhecimentos adquiridos para as gerações mais novas. O problema surge quando a importância desta relação não é entendida nem estimulada. Na base deste tipo de comportamento poderão estar razões de ordem afectiva ou de incompatibilidade familiar. Tal como uma mudança na própria estrutura familiar que impede, muitas vezes, o contacto entre familiares. Enfim, existe uma série de comportamentos causadores deste tipo de situação, hoje cada vez mais comum, resultantes das alterações dos contextos familiares.

A falta de sensibilidade dos filhos para com a velhice dos seus pais poderá vir a repercutir-se nos netos, já que não lhes é passada uma imagem de continuidade familiar.

Fernandes (1997) acrescenta “ (...) os laços de solidariedade não dependem directamente da proximidade física dos elementos da família, mas o facto de viverem na mesma localidade, ou a curta distância, viabiliza os contactos e o estabelecimento de práticas comuns quotidianas que podem fortalecer a solidariedade e mesmo promovê-la ”.

- “ (...) ela tem irmãs mas ninguém a visita (...) “ (E15)

- “ (...) noutros tempos era só os filhos dizerem amanhã vamos almoçar com a mãezinha, que a mãe tinha o almoço pronto (...) as férias eram assim, iam para a praia que a mãezinha tinha tudo

preparado no regresso (...) a casa estava sempre à disposição deles. Depois da doença da mãe, pois a mãe já não serve para eles, já não serve começou a haver problemas, porque até aí não havia problemas (...) “(E7)

- “ (...) eles afastaram-se mais (...) ” (E5)

Alguns dos C.I.F.P. (s) referiram que sentiram afastamento por parte dos familiares na execução das tarefas inerentes à actividade de cuidar.

- “ (...) somos oito filhos, não ajudam, não fazem nada (...) pois dizem que não têm coragem, limpar, dizem que é o cheiro a cocó (...) ” (E8)

- “ (...) sinto falta de apoio por parte dos outros familiares (...) eu nunca disse ao meu filho ou à minha nora eu sei que eles trabalham, que ao fim de semana é para descansar. Mas eu também gostava que me dissesse nós vamos cuidar da avó e tu vais tirar um tempo para ti, eu gostava. E na posição inversa (...) era capaz de o fazer. Este fim-de-semana descansa mas não acontece. Não que eu não tivesse educado como eu acho que deveria, mas não sei se é da parte do meu filho ou da rapariga (...) ” (E17)

- “ (...) se isso fosse dividido por todos o trabalho, cuidávamos da nossa mãe os dias que nos competia (...) é o que eu digo à minha irmã. Ao menos uma tarde por semana para eu poder sair (...) e dizer agora vou sair (...) não tenho ninguém ao meu encargo (...) ” (E10)

- “ (...) eles nunca me apoiaram em nada. Eu já vivia com ela quando ficou doente eu já fazia tudo (...) ” (E16)

e) Aumento dos conflitos

O desempenho do papel de cuidar, segundo Santos (2004, p. 30), interfere com “ (...) os aspectos da vida pessoal, familiar, laboral, e social dos familiares cuidadores predispondo-os a conflitos. Frequentemente os familiares cuidadores entram em situação de crise, manifestando sintomas como: tensão, constrangimentos, fadiga, stress, frustração. Redução de convívio, depressão alteração da auto-estima entre outros ”. Esta sobrecarga ou tensão pode acarretar problemas físicos, psicológicos, emocionais, sociais e financeiros que acabam por afectar o bem-estar do próprio doente e do cuidador.

- “ (...) no meio disto tudo o que me custa mais é ser acusada de certas coisas que não tem pés nem cabeça, os meus irmãos nunca estão contentes (...) e agora ainda é pior desde que ela está doente (...) “ (E2)

- “ (...) depois do agravamento da doença da minha mulher começou a haver mais conflitos (...) “ (E7)

4.2. - Alterações da rotina diária do C.I.F.P. face ao cuidar.

Quadro nº 22 - Alterações da rotina diária do C.I.F.P. devido ao cuidar

Bloco Temáticos	Categoria	Unidade Frequência
Alterações da Rotina Diária	Inexistência de alterações	3
	Menor disponibilidade de tempo para as actividades domésticas	11
	Menor disponibilidade de tempo para si próprio	12
	Alterações de horário	7

A prestação de cuidados a um idoso dependente afecta necessariamente o quotidiano do núcleo familiar de quem assume tal responsabilidade. Quase sempre o cuidador mergulha numa rotina extenuante de cuidados com o doente, que começa cedo e se prolonga durante um período indeterminado. Por isso, é necessário redefinir as suas rotinas diárias (Almeida, 2005).

Segundo a Fundação Europeia (1994, cit. In Santos, 2006), as rotinas podem ter um efeito benéfico na organização do lar, bem como no equilíbrio emocional da pessoa a quem são prestados os cuidados.

No que concerne às alterações da rotina diária do C.I.F.P., resultantes da prestação de cuidados ao idoso dependente, podemos apurar que emergiram quatro categorias que expressam claramente os fundamentos que os orientaram para esta tarefa. Essas categorias são:

- a) - Inexistência de alterações;
- b) - Menor disponibilidade de tempo para as actividades domésticas;
- c) - Menor disponibilidade de tempo para si próprio;
- d) - Alterações de horário.

a) Inexistência de alterações

Os C.I.F.P. (s) referiram que não houve qualquer tipo de alterações ao nível da sua rotina diária.

- “ (...) ele pouco tempo rouba (...) se não faço numa hora faço-o noutra (...) “ (E3)

b) Menor disponibilidade para outras actividades

Os C.I.F.P.(s) alegaram que têm menos disponibilidade para a realização das suas tarefas domésticas.

- “ (...) só posso fazer alguma coisa quando ele não precisa de mim (...) embora faça tudo mas tenho menos tempo (...) antigamente fazia as coisas com mais perfeição do que agora (...) “ (E4)

- “ (...) eu não tenho tido tempo para estar aqui em casa, não tenho tido tempo para a minha casa (...) para fazer as minhas coisas (...) “ (E11)

c) Menor disponibilidade de tempo para si próprio

E ainda mencionaram ter menos disponibilidade de tempo para si próprio.

- “ (...) considero que tenho menos tempo para mim (...) é uma limitação (...) “ (E8)

- “ (...) antigamente tinha mais tempo para mim mas depois disto (...) primeiro são as coisas deles e para mim não há tempo (...) “ (E30)

d) Alterações de horário

As alterações de horários foram uma outra categoria identificada pelos C.I.F.P.(s).

- “ (...) eu gosto muito de trabalhar, das 5.00h às 7.00h da manhã (...) faço o meu trabalho em casa e depois venho para cá costumo dizer, que basta dormir uma hora que fico bem (...) ” (E14)

- “ (...) levanto-me mais cedo (...) ” (E15)

- “ (...) levanto-me às 6.30m e lavo-o todos os dias a essa hora antes do meu marido sair para o trabalho (...) ” (E19)

- “ (...) o médico manda-me estar um mínimo de duas horas deitado no final do almoço, mas não posso (...) ele dá tanto trabalho (...) ” (E15)

4.3. - Alterações financeiras na vida do C.I.F.P. pelo facto de cuidar do idoso.

Quadro nº 23 - Alterações financeiras na vida do C.I.F.P. pelo facto de cuidar do idoso

Bloco Temático	Categoria	Sub-categorias	Unidade Frequência
Alterações financeiras na vida do C.I.F.P.	Inexistência de alterações		12
	Aumento das dificuldades económicas	Custos com o idoso dependente aumentaram	12
		C.I.F.P. deixou de ter vencimento	3

Das alterações financeiras manifestadas na vida do C.I.F.P. pelo facto de estar a prestar cuidados ao idoso dependente, surgiram duas categorias:

- a) - Inexistência de alterações;
- b) - Aumento das dificuldades económicas.

a) Inexistência de alterações

Relativamente ao presente tema, alguns dos C.I.F.P. (s) consideram que não sentiram alterações ao nível financeiro.

- “ (...) o que recebo do meu ex - marido dá para me manter (...) ” (E5)
- “ (...) financeiramente é a mesma coisa, porque os gastos que ela faz são pagos com a reforma dela e os meus e do meu marido com a reforma dele (...) ” (E15)
- “ (...) é a mesma coisa, porque eu sempre tive o poder de transformar um limão numa limonada, com jeito (...) porque ela tinha uns tostõezinhos e eu também, sempre tive como lema não é rico o que ganha muito, mas quem governa e administra bem o pouco que tem (...) ” (E20)
- “ (...) a reforma chega e é só para ele (...) ” (E22)

b) Aumento das dificuldades económicas

Cuidar de idosos dependentes por vezes envolve uma dimensão financeira “ (...) a dependência, quer ela seja física ou mental, constitui um sério problema para os cuidadores principais devido aos custos económicos que acarreta” (Vidal et al., 1999, p. 6).

▪ Custos com o idoso dependente aumentaram

Alguns dos C.I.F.P. (s) referiram que os cuidados com o idoso dependente aumentaram, essencialmente devido à situação de dependência.

- “ (...) pelo facto do meu marido estar na cama, gasto mais, só em fraldas, tem uma dieta diferente (...) só em medicamentos (...) ” (E3)
- “ (...) muito mais, fraldas medicamentos, aí Jesus (...) antigamente a reforma dava agora fica à rasca (...) ” (E7)
- “ (...) o que me custa mais é que eu cheguei a levar uma vida, não era rica mas levar uma vida desafogada e hoje ter de andar a tirar daqui e de acolá (...) é preciso para a farmácia (...) é preciso para as fraldas (...) ele tem que ter uma certa alimentação, e a gente quando tem saúde nem que seja uma sopa e pão e azeitonas está tudo bem. Agora sendo ele um homem diabético, tenho que lhe

fazer um certo regime o que eu como não lhe posso dar a ele não é, temos que ter consciência daquilo que estamos a fazer (...) sinto uma grande alteração da parte financeira pois é bastante (...) “ (E1)

- “ (...) as despesas agora são muitas, as reformas são poucas, a minha reforma é de 270 euros, a dele é 400 e pouco, com o subsídio o suplemento é 570 euros. Gastamos muito em medicamentos, fraldas tenho meses que compro os meus e os dele (...) ” (E9)

- “ (...) os meus remédios são muito caros. Tenho meses que gasto 140 ou 150 euros depois vou as fraldas, os resguardos, os cremes (...) ainda eu vou à Lourinhã comprar pois é mais barato (...)” (E29)

▪ C.I.F.P. deixou de ter vencimento

No contexto familiar, geralmente considera-se como cuidador uma única pessoa. Ela é responsável pelas tarefas de cuidado, muitas vezes sem a ajuda directa e sistemática de outros membros da família ou de profissionais. Para além disso, o seu trabalho é muitas vezes voluntário e não remunerado (Sommerhalder, 2000).

Se por um lado a dependência do idoso leva a que o C.I.F.P. veja aumentadas as despesas, por outro leva a que ele assista à diminuição dos seus rendimentos. Alguns dos cuidadores deixam de ter vencimento, em virtude dos cuidados prestados ao idoso dependente.

- “ (...) eu fiz este sacrifício estar em casa porque ao fim ao cabo com a idade que tenho, tenho uma vida que em vivo apenas do ordenado do meu marido e para as minhas coisas eram o meu, assim eu tenho que estar aqui porque eu não estou a ganhar nada com isto (...) ao nível financeiro houve bastantes alterações (...) ” (E2)

- “ (...) dantes eu andava no campo eu ajudava com dinheiro (...) juntava cebolas, feijão verde (...) onde ia aquele dinheiro não ia outro, era uma ajuda (...) ” (E19)

- “ (...) nos dias que vou com a minha tia não posso trabalhar (...) agora ganho muito menos (...) ” (E24)

Através dos relatos das entrevistas, verificamos que por vezes surge uma dependência do C.I.F.P. face às remunerações de outros familiares e uma redução/um conseqüente agravamento da sua situação financeira.

4.4. - Alterações profissionais na vida do C.I.F.P., resultantes do cuidar

Quadro nº 24 - Alterações profissionais na vida do C.I.F.P. face ao cuidar

Bloco Temático	Categoria	Sub-categorias	Unidade Frequência
Alterações profissionais na vida do C.I.F.P.	Inexistência de alterações	Indisponibilidade por questões de saúde	5
		Desemprego	1
		Exercício da actividade profissional em casa	2
		Reforma	8
	Mudanças no exercício da actividade profissional	Renúncia do emprego	3
		Faltas ao trabalho com frequência	1
		Ajustamento do horário de trabalho	3

Dos discursos dos C.I.F.P.(s) entrevistados emergiram duas categorias:

- a) Inexistência de alterações;
- b) Mudanças no exercício da actividade profissional.

a) Inexistência de alterações

▪ Indisponibilidade por questões de saúde

Alguns dos C.I.F.P. (s) referiram não ter havido qualquer tipo de alteração ao nível profissional por prestarem cuidados ao idoso dependente. Contudo, esta situação prende-se com o facto destas pessoas não exercerem actividade profissional por questões de doença própria.

- “ (...) Não alterei nada ao nível profissional pelo facto de estar a cuidar dos meus pais. Eu estou de baixa não-remunerada do lar (...) ” (E11)

- “ (...) por causa da minha mãe não tive que deixar de trabalhar. Não sou reformada (...) foi pela questão de saúde que eu tive que deixar (...)” (E5)

- “ (...) eu não posso trabalhar para lado nenhum (...) porque tirei um peito já há algum tempo, desde dessa altura deixei de andar na fazenda (...) ” (E21)

▪ Desemprego

Alguns dos C.I.F.P. (s) referiram que se encontram em situação de desemprego.

- “ (...) porque agora estou no fundo de desemprego (...) antes era cozinheira (...) não foi por causa do meu pai porque quando trabalhava era o meu marido, que se reformou, que tomava conta do meu pai (...) ” (E26)

▪ Exercício da actividade profissional na sua própria residência

Outros C.I.F.P. (s) desempenham a sua actividade em casa, permitindo que haja uma conciliação das diferentes tarefas.

- “ (...) tomo conta de uma senhora particular (...) cuido cá em casa, está cá há cinco anos e tal (...). já morreu cá uma outra senhora, é o meu emprego, também tenho que trabalhar (...) sou obrigada a trabalhar se não me aguento com as despesas (...) ” (E12)

- “ (...) nós tínhamos um negócio em Lisboa (...) tivemos que deixar (...) não tive que deixar por causa dela, pois comecei a tomar conta de meninos em casa. Tenho sempre uma ou duas crianças (...) nas férias ainda são mais (...) ” (E23)

▪ Reforma

Por último, verificamos que alguns dos C.I.F.P. (s) se encontram em situação de reforma.

- “ (...) eu já estou reformada, não tive que deixar trabalhar (...) ” (E18)

- “ (...) reformei-me por invalidez (...) já há muito anos que sou reformada (...) ” (E10)

c) Mudanças no exercício da actividade profissional

▪Renúncia do emprego

A prestação dos cuidados necessários ao idoso dependente leva a que muitos dos cuidadores sejam obrigados a reduzir o seu horário de trabalho ou mesmo a abandonar o emprego, gerando, por isso, um aumento das dificuldades financeiras no seu agregado familiar (Pedro, 2007).

Verifica-se que as empresas, enquanto organismos empregadores, se isentam de tomar responsabilidades no que diz respeito a medidas de apoio aos seus trabalhadores com familiares idosos a cargo, não promovendo esquemas de suporte neste sentido. Este comportamento poderá derivar simplesmente do facto de as questões relativas às consequências sociais do envelhecimento, não fazerem parte do seu universo de preocupações ou porque, na sua óptica, compete ao Estado e à Segurança Social providenciar medidas de protecção às pessoas idosas (Prémio o I.S.S., 1997).

Alguns dos cuidadores “ (...) *vêm-se obrigados a parar ou a retomar o seu trabalho em função das necessidades do doente (...) esta situação pode provocar-lhe uma reacção de frustração (...) ressentimento (...) uma sensação de injustiça perante a sociedade*” (Póvoa et al, 1997, p.39).

- “ (...) *ia à fazenda apanhar os feijões verdes, mas agora já não vou porque tenho que cuidar dele, ganhava aquelas tardes e agora não posso (...) tenho que estar aqui a olhar (...)* ” (E19)

- “ (...) *o meu trabalho era na casa de duas senhoras, era empregada doméstica, tive 23 anos lá na casa delas (...) tive que deixar quando deu o AVC ao meu marido (...)* ” (E29)

- “ (...) *pedi licença sem vencimento do serviço queria que acabasse os dias na minha casa eu gostava (...) mas tenho saudades do meu trabalho, andava distraída e gostava de voltar mas não sei, é uma incógnita, porque já faz um ano em Outubro que pedi licença (...)* ” (E2)

▪ Faltas frequentes ao trabalho

Um dos C.I.F.P. (s) referiu ter de faltar ao trabalho frequentemente, devido à prestação de cuidados ao idoso dependente.

- “ (...) eu trabalho (...) nos dias que eu tenho que ir ao Hospital (...) não vou trabalhar (...)” (E24)

▪ Ajustamento do horário de trabalho

Outros C.I.F.P. (s) referiram ter de ajustar o seu horário de trabalho, em função dos cuidados a assegurar ao idoso dependente.

- “ (...) ele não aceita pessoas estranhas à volta dele, por isso eu tive que trocar o meu turno de trabalho para estar até ao 12h00m para dar apoio ao meu pai (...) ” (E25)

- “ (...) para cuidar do meu pai tenho que guardar as minhas folgas (...) a Dra. do trabalho tem sido impecável (...) se não fosse assim eu não conseguia cuidar (...) ” (E22)

- “ (...) cuido da minha mãe nas folgas, guardo as folgas para cuidar da minha mãe (...) troco as folgas (,,) eu combino muito bem com as minhas cunhadas (...) ” (E27)

Embora a literatura nos diga que as entidades empregadoras não desenvolvem esforços no sentido de aliviar a pressão do C.I.F.P. relativamente à actividade profissional, no nosso estudo verificamos alguma flexibilidade nesse âmbito. Os cuidadores sobre os quais efectuámos a nossa pesquisa afirmam ter a possibilidade de alterar as suas folgas, em função dos cuidados que prestam, facto que revela alguma preocupação/ sensibilidade por parte da entidade patronal.

4.5. - Alterações na saúde do C.I.F.P. pelo facto de cuidar do idoso

Quadro nº 25 - Alterações na saúde do C.I.F.P. pelo facto de cuidar do idoso.

Bloco Temático	Categoria	Sub-categorias	Unidade Frequência
Alterações na saúde do C.I.F.P.	Físico	Agravamento de doença do foro cardíaco	1
		Dores osteoarticulares	5
		Alteração do sistema nervoso	9
		Perturbação do repouso	2
	Psicológico	Melhoria na relação do C.I.F.P. consigo próprio	11
		Aumento da preocupação com o idoso dependente, caso o C.I.F.P. não possa cuidar	11
		Stress	8
		C.I.F.P. sente-se sobrecarregado	20
	Cuidados com a saúde	C.I.F.P. presta cuidados com a sua própria saúde	10
		C.I.F.P. não presta cuidados à sua própria saúde	20

O crescente grau de responsabilidade, as inúmeras tarefas para realizar, os movimentos que exigem força e flexibilidade e a falta de oportunidade para pensar na sua própria saúde e no seu bem-estar, são algumas das causas de risco à saúde dos cuidadores, que os autores apontam nos seus estudos (Almeida, 2005; Brito, 2003, Imaginário, 2004; Santos, 2002; Medeiros, 2000). Envolvido com o cuidado ao idoso dependente, o cuidador geralmente “descuida-se” na sua própria saúde.

Das narrativas dos C.I.F.P. (s) emergiram as seguintes categorias:

- a) - Físico;
- b) - Psicológico;
- c) - Cuidador cuida da sua própria saúde.

a) Físico

Cuidar de um idoso dependente implica disponibilizar forças para a execução de tarefas pesadas, muitas delas relacionadas com a sua locomoção. Alguns estudos sugerem que a situação de “ (...) prestação de cuidados parece poder afectar a saúde física dos prestadores, sendo que alguns estudos sugerem a ocorrência de alterações no sistema imunitário, para além de problemas de sono, fadiga crónica, hipertensão arterial e outras alterações cardiovasculares ” (Began 1996, Brodaty 1999, cit. In Brito 2003, p.75).

Em termos de doença, o cuidador poderá sofrer de vários problemas físicos, sendo os mais comuns as lombalgias, tendinites, cefaleias, alterações no sistema imunitário, problemas de sono, enxaquecas, problemas gastrointestinal, fadiga, hipertensão e outras alterações do foro cardiovascular (Fernandes et al., 2002).

▪ Agravamento de doença do foro cardíaco

Alguns dos C.I.F.P. (s) referiram que a prestação de cuidados ao idoso dependente agravou a sua situação de saúde, ao nível cardíaco.

- “ (...) já tinha problemas no meu coração e agora pior, porque há dias que até me custa falar (...) ” (E15)

▪ Dores osteoarticulares

Os C.I.F.P. (s) identificaram um agravamento acentuado nas dores osteoarticulares.

- “ (...) eu vou cuidando mas estou mais arrebetada. Sempre com dores nas costas e braços, sinto muitas dores nos ossos (...) ” (E19)

- “ (...) a alteração que houve foi na coluna, de resto graças a Deus que mais nada (...) ” (E28)

▪ Alteração no sistema nervoso

No seu estudo realizado a prestadores informais de cuidados, a autora Brito (2003) refere que estes indivíduos apresentam normalmente um índice de mortalidade mais elevado do que a população em geral, tanto no que concerne à sintomatologia depressiva, como em relação à percepção do seu estado de saúde. Relativamente à ocorrência de sintomatologia depressiva, os resultados obtidos passam por: 29,3% dos inquiridos com uma pontuação sugestiva de um estado de depressão ligeira e 26,3% com pontuações correspondentes a situações de depressão moderada ou grave.

Em relação ao nosso estudo, os C.I.F.P. (s) identificaram alterações ao nível do sistema nervoso.

- “ (...) deixei o meu marido em casa em Lisboa, para cuidar do meu pai (...) por isso é que a minha situação altera o sistema nervoso (...) ” (E13)
- “ (...) só os meus nervos é que dão conta. Ela dá-me conta dos nervos (...) ” (E24)
- “ (...) para tomar conta do meu pai eu tenho que tomar uns comprimidos para estar calma ao pé dele (...) noto alteração na minha saúde. Não quero ser vítima porque fui eu que vim viver de livre vontade para o pé dos meus pais (...) ” (E25)

▪ Perturbação do repouso

Alguns estudos salientam a existência de vários problemas entre a maioria dos cuidadores. É o caso do cansaço ou dos distúrbios do sono que resultam do facto de estas pessoas dormirem tarde e terem o seu período de descanso interrompido, para prestarem cuidados ao idoso dependente. Trata-se de perturbações que levam ao aparecimento de cefaleias e perda de peso (Bocchi, 2004).

- “ (...) eu não durmo, não consigo dormir, eu fico enervado, eu fico a magoar, a desfolhar o livro da minha vida (...) ” (E7)
- “ (...) eu tenho que tomar sempre os comprimidos para dormir, pois assim eu não conseguia descansar (...) ” (E26)

A autora Santos (2006) refere que uma das alterações encontradas no seu estudo foi precisamente as perturbações ao nível do sono.

b) Psicológico

Uma outra alteração manifestada ao longo dos discursos dos nossos entrevistados foi de âmbito psicológico.

▪ Melhoria na relação do C.I.F.P. consigo próprio

Passar grande parte do dia a cuidar do idoso dependente, ajudá-lo praticamente em todas as tarefas é uma situação deveras complicada. Porém, muitos cuidadores sentem-se úteis, recompensados e até descobrem um novo sentido na vida em virtude desta prática. Embora possam sentir-se cansados e sobrecarregados, acham que esta experiência contribui para o seu próprio crescimento pessoal (Moreira, 2001).

Diogo (2004) complementa a ideia, referindo existir uma nova tendência de pesquisa, observada a partir do final da década de 1980, que identifica aspectos positivos ou benéficos vivenciados pelos cuidadores. Estes aspectos, também relatados por cuidadores, estão relacionados com 1º. o crescimento pessoal; 2º. o aumento do sentimento de realização, do orgulho e da habilidade para enfrentar desafios; 3º. a melhoria no relacionamento interpessoal, tanto com o idoso, como com as outras pessoas; 4º. o aumento do significado da vida; 5º. o prazer; 6º. a satisfação com o doente; 7º. a retribuição; 8º. a satisfação consigo próprio; e 9º. o bem-estar com a qualidade do cuidado oferecido.

- “ (...) eu sinto-me melhor comigo mesma por estar a cuidar da minha mãe (...) ” (E2)
- “ (...) passei a sentir melhor comigo (...) porque o que faço é uma obra de caridade (...) ” (E22)
- “ (...) talvez me sinta melhor pelo facto de estar a cuidar da minha irmã (...) ” (E28)
- “ (...) sou tolerante com ela, tento ser tolerante com ela. Sempre tive paciência para ela (...) ”
- “ (...) tenho que ser tolerante com ele (...) ” (E22)

▪ **Aumento da preocupação com o idoso dependente caso o C.I.F.P. não possa cuidar**

Verifica-se um acréscimo das preocupações com o que possa acontecer ao idoso dependente, caso o C.I.F.P. não possa cuidar dele. Esta é outra alteração identificada pelos C.I.F.P.(s) ao longo das entrevistas:

- “ (...) *É a minha preocupação principal se eu não poder tratar dela (...)* ” (E16)
- “ (...) *passsei a recear com o que possa acontecer à minha mãe quando não puder cuidar dela (...)* ” (E21)
- “ (...) *medo de não conseguir, tenho que ser sincera (...)* *sim peço muitas vezes a Deus não se lembre levar nenhum dos filhos dele. Sem ele ir primeiro (...)* ” (E22)
- “ (...) *medo de não saber cuidar, talvez receio não conseguir lhe dar aquilo que ela precisava. Se eu ter receio de não poder cuidar das minhas irmãs (...)* ” (E28)

▪ **Stress**

Augusto (1994) define “stress” como um estado alterado do sistema, que ocorre quando as exigências a que ele se encontra submetido excedem as suas capacidades de resposta. Deste modo, os acontecimentos vitais são entendidos como “agentes do stress”, e a disfunção do sistema- a crise- é entendida como uma consequência, ou algo que resulta do stress.

Augusto (1994, p.37) refere que na “ (...) *na sequência de um acontecimento inesperado e vital, gerador de um stress agudo e severo, se desencadeia um estado e crise psicológica transitória com um padrão evolutivo previsível, que compreende um “continuem” entre uma desorganização inicial dos processos emocionais, psicofisiológicos e cognitivos, passando por uma reorganização progressiva desses processos, até à resolução da final da crise* ”.

Segundo Gallant et al. (1998) o stress dos cuidadores assume um impacto directo na sua saúde, devido a comportamentos de risco relacionados com a mesma. Assim, no estudo realizado por estes autores, existe uma forte associação entre os níveis de maior stress e o aumento do consumo de tabaco, álcool e alimentação *hipercalórica*.

- “ (...) eu stress muito e agora ainda pior (...) a minha filha diz-me muitas vezes que eu sofro por antecipação (...) ” (E5)
- “ (...) claro que houve alterações ao nível psicológico sinto-me muito mais stressado (...) ” (E17)
- “ (...) às vezes estou tão saturada que eu nem posso ouvir os outros (...) ” (E22)
- “ (...) às vezes há assim um bocadinho de atrapalhão, não digo nervos ou irritabilidade, há um stress (...) ” (E28)
- “ (...) não durmo ando a cambalear (...) eu não posso mais (...) se eu a matasse (...) o que poderia acontecer, era ir parar à prisão. Eu estava melhor na prisão. Ao menos ficava livre. O que me faziam na prisão davam-me cama e televisão (...) mas eu não dou conta do recado, pois não posso (...) eu já não posso (...) não tenho forças para isto (...) às vezes entro em pânico e penso que não vale a pena viver assim, mas eu tenho a minha filha (...) ” (E7)
- “ (...) Já tenho medo de conduzir (...) há dias que sinto muito desmoralizada, à noite choro, tensa, descontrola. Quando vou a Lisboa ali é que choro (...) ” (E13)
- “ (...) Eu enervo-me e choro muito choro, pois fico melhor. Eu às vezes digo certas coisas por causa da minha mãe, que eu me arrependo, mas tenho que desabafar de qualquer maneira (...) ” (E2)
- “ (...) Eu não aguento de maneira nenhuma, sem dormir, a minha cabeça (...) ” (E12)

▪ Tornou-se mais sobrecarregado

Está hoje em dia provado que cuidar poderá ser desgastante. As implicações para os cuidadores, pelo facto de prestarem cuidados aos utentes idosos dependentes, são inequívocas. Lages (2002, cit. In Santos 2002) afirma que existem dados relevantes de que a morbilidade geral dos familiares cuidadores é consideravelmente superior à dos familiares da mesma faixa etária que não estão sujeitos a este tipo de sobrecarga.

- “ (...) passei a sentir-me mais sobrecarregado. Não pelo trabalho, mas custa-me vê-lo assim (...) ” (E4)
- “ (...) passei-me a sentir mais sobrecarregada (...) ” (E21)
- “ (...) sinto-me um bocadinho sobrecarregado, mas não há nada que a gente não faça (...) ” (E23)

c) Cuidados com a saúde

Para os cuidadores, é fundamental manter a sua saúde física e mental o mais equilibrada possível para que possam contribuir para o bem-estar de terceiros, sem pôr em risco a sua própria situação pessoal.

▪ C.I.F.P. presta cuidados à sua própria saúde

Um dos aspectos identificados ao longo do estudo foi a preocupação de alguns dos C.I.F.P. (s) em “zelarem” no cuidado com a sua própria saúde.

- “ (...) não me sinto doente (...) cuido da minha saúde (...) se eu não me cuidar quem me vai cuidar (...) ” (E4)

- “ (...) faço exercícios diariamente (...) tenho cuidado com a alimentação (...) ” (E8)

▪ C.I.F.P. não presta cuidados à sua saúde

Um estudo que decorreu no período entre 1993 e 1998, com o objectivo de relacionar o risco de mortalidade dos familiares (cônjuges) cuidadores de idosos dependentes, concluiu que os cuidadores tinham 63% (Risco Relativo– 1.63) mais probabilidade de falecerem neste período de tempo, do que os outros familiares não cuidadores (Schulz e Beach, 1999, cit. In Santos, 2003).

- “ (...) precisava de fisioterapia mas não conseguia conciliar, tive que desistir (...) ” (E1)

- “ (...) eu até deixei de ir ao controlo de diabetes. Eu sou um bocadinho culpada. Tenho que arranjar um bocadinho (...) ” (E5)

- “ (...) eu andava na piscina por causa dos ossos (...) depois deu-lhe isto nunca mais fui, não me dá jeito (...) não dá para ir a Lisboa às consultas (...) ” (E18)

- “ (...) a médica queria que eu fosse operada. Tenho que ser mas não posso, não posso ir e deixá-lo aqui (...) eu relaxo-me muito é muito tempo perdido (...) ” (E19)

- “ (...) é mais certo cuidar melhor dos outros, que próprios. A minha mãe diz-me muita vez, és uma desmazelada, só estás bem a tomar conta dos outros e de ti esqueces-te (...) ” (E21)

- “ (...) às vezes sou um bocadinho desleixada, sou um bocadinho desleixada, cuido mais dos outros que cuido de mim (...) ” (E28)

4.6. - Alterações sociais na vida do C.I.F.P. pelo facto de cuidar do idoso.

Quadro nº 26 - Alterações sociais na vida do C.I.F.P. pelo facto de cuidar do idoso

Bloco Temático	Categoria	Sub-categorias	Unidade Frequência
Alterações Sociais na vida do C.I.F.P.	Inexistência de alterações		8
	Comprometimento da vida social	Restrição do contacto social	18

Dos discursos dos C.I.F.P. (s) emergiram duas categorias:

- a) - Inexistência de alterações;
- b) - Comprometimento da vida social.

a) Inexistência de alterações

Alguns C.I.F.P. (s) alegam a inexistência de alterações na sua vida, ao nível social.

- “ (...) o facto de estar a cuidar dos meus pais (...) isso não interfere muito. Se tiver que ir a algum lado eu faço as coisas de maneira que eu possa ir (...) ” (E11)

- “ (...) Também não tinha costume de sair (...) ” (E29)

- “ (...) nunca fui a um passeio nunca. Não fui habituada (...) as minhas férias são a trabalhar. A minha vida sempre foi assim, agora não noto grande alteração (...) ” (E19)

- “ (...) porque eu gosto pouco de sair, não sou de sair muito (...) ” (E21)

Através do discurso dos C.I.F.P. (s) podemos inferir que, por um lado, alguns dos inquiridos conseguem conciliar a sua vida social com o cuidar do idoso dependente.

Por outro lado, os C.I.F.P. (s) não têm o hábito de sair de casa para actividades sociais.

b) Comprometimento da vida social

Responsabilizar-se pela prestação de cuidados a pessoas idosas dependentes exige muita dedicação e disponibilidade. Os cuidadores informais vivenciam mudanças no seu estilo de vida que podem reduzir, modificar e gerar insatisfações na sua vida social. Bocchi (2004) refere que o resultado do desempenho do seu papel leva a que o cuidador sofra de um isolamento social, fruto da falta de tempo para si e para as suas actividades sociais habituais.

▪ Restrição do contacto social

Marques (2007, p.80) acrescenta ainda que o “ (...) estado do doente e as solicitações do mesmo podem absorver de tal forma o tempo do cuidador, que este se vê confrontado com uma grande e contínua sobrecarga emocional, que o conduz a um isolamento e diminuição dos contactos sociais ”.

- “ (...) eu gostava ir de férias. Mas como é que eu faço, não pode ser ninguém de fora (...) gostava muito de ir a pé a Fátima, porque tenho uma promessa para ir, mas não posso (...) ” (E2)

- “ (...) eu não costumo sair apenas para fazer as minhas tarefas. Isso é que me tem envelhecido, estava habituada andar sempre nos meus passeios dentro das minhas possibilidades, não era que eu fosse ao estrangeiro, pois nós não tínhamos possibilidades para isso, mas cá ia para os passeios da Inatel, sabia mesmo bem, era tão bom. E agora pronto acabou-se. Só se for para a outra eternidade pois esta é que nada, agora eu tenho que cuidar dele, não posso fazer nada (...) ” (E1)

- “ (...) só tenho pena é de chegar ao verão e ter de estar aqui, Bélgica, França, Espanha, Itália, tenho pena de não viajar, quando fui ao Egipto e Israel já foi sem ela (...) ” (E20)

- “ (...) eu nunca tenho férias, porque depois tenho que pagar às minhas colegas as folgas tiradas(...) ” (E22)

- “ (...) foi uma mudança de vida, anteriormente podia sair, agora é totalmente diferente (...) ” (E5)

- “ (...) antigamente eu saía com o meu pai, agora ele não pode, não vou deixá-lo sozinho, pesa na consciência se eu chegasse a casa e o visse caído. Eu tenho sempre essa responsabilidade em cima de mim (...) “ (E25)

- “ (...) acho que os amigos se afastaram mais (...)” (E10)

- “ (...) saio para ir todos os dias às compras (...) encontro uma amiga na rua, sou uma pessoa que não tenho problemas com ninguém (...) quando vou às compras procuro ir por um caminho onde não tem muita gente (...) porque não posso demorar, evito (...) “ (E28)

“ (...) antigamente íamos todas as semanas à missa (...) mas como ele já não pode ir, vimos a missa na televisão (...) eu gostava muito de ir à missa (...) “ (E4).

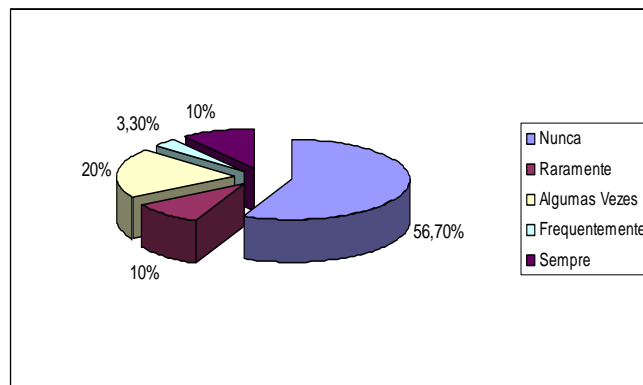
A Fundação Europeia para a melhoria das condições de vida e do trabalho (s.d.) refere que os C.I.F.P. (s) tendem a reduzir drasticamente as possibilidades de convívio e de participação em actividades sócio-culturais ou outras, facto que conduz a um certo isolamento e solidão. O mesmo se passa ao nível da prática religiosa, alguns C.I.F.P. (s) referiram que deixaram de praticar, em virtude da falta de tempo.

5.- Resultados do inventário de sobrecarga do cuidador – *Zarit Caregiver Burden Interview*

Os resultados da análise descritiva são apresentados em número de percentagem de cada item do *Zarit Caregiver Burden Interview* e encontram-se em gráficos. O questionário avalia a sobrecarga do cuidador por meio de questões relativas à frequência de sentimentos, em diversos aspectos, manifestados pelos C.I.F.P. (s), para com o idoso dependente que é alvo dos seus cuidados.

A maioria dos entrevistados (56,7%) não pensa que os seus familiares peçam mais ajuda do que aquela de que necessitam (vide gráfico nº 33).

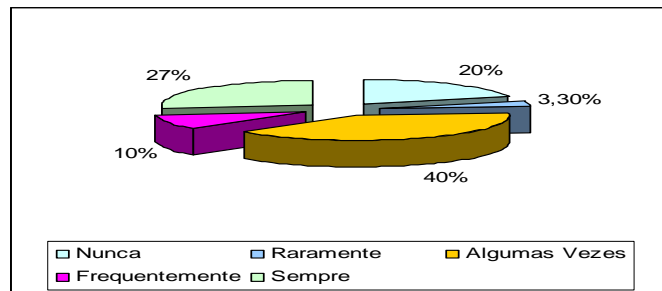
Gráfico nº 33 (Questão 1) O Sr/Sra sente que o seu familiar dependente pede mais ajuda do que realmente ele (ela) necessita?



N= 30

A amostra apresentou-se bastante dividida quando os C.I.F.P. (s) foram inquiridos acerca de deixarem de ter tempo suficiente para si mesmo, em consequência do tempo gasto no cuidado com o idoso dependente. 40% relataram que têm esse sentimento “algumas vezes”, 27% “sempre”, 20% “nunca”, 10% “frequentemente” e, por último, 3,3% “raramente” (Vide gráfico nº 34).

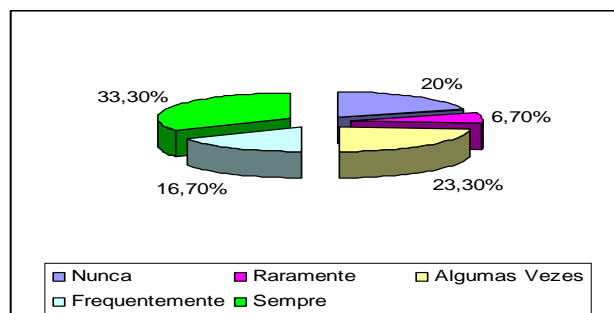
Gráfico nº 34 (Questão 2) - O Sr/Sra sente que por causa do tempo que o Sr/Sra gasta com o familiar dependente, o Sr/Sra não tem tempo suficiente para si mesmo (a)?



N= 30

As opiniões também se dividem em relação ao sentir-se stressado por ter de assumir o cuidar do familiar e as suas outras responsabilidades com a família e o trabalho: 33,3% manifestaram sentir-se “sempre” stressados, 16,7% “frequentemente”, 23,3% “algumas vezes” e 20% referem “nunca”, 6,7% “raramente” (vide gráfico nº 35).

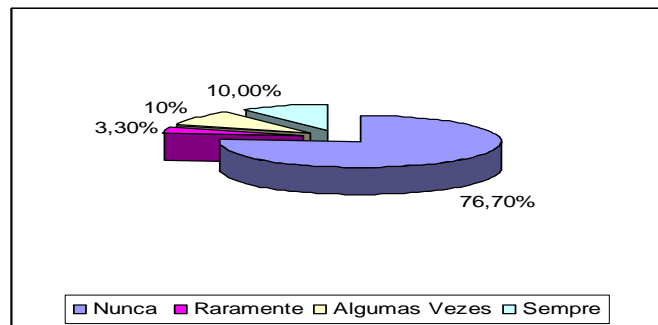
Gráfico nº 35 (Questão 3) O Sr/Sra sente-se stressado(a) entre cuidar do seu familiar dependente e as suas outras responsabilidades com a família e o trabalho?



N= 30

Relativamente ao C.I.F.P. sentir-se envergonhado(a) com o comportamento do idoso dependente, 76,7% refere que “nunca” se sentiu, 10% “algumas vezes” e “sempre” e, por último, 3,3% “raramente” (vide gráfico nº 36).

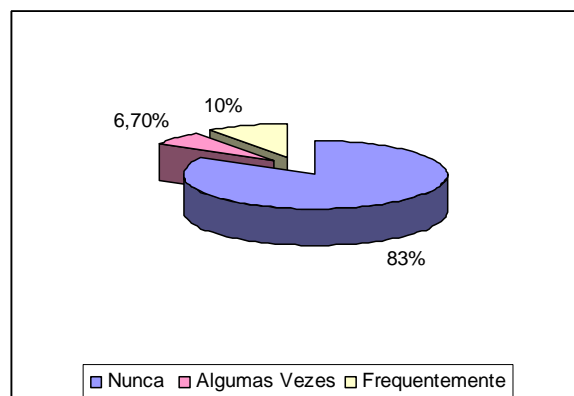
Gráfico nº 36 (Questão 4) O Sr/Sra sente-se envergonhado (a) com o comportamento do seu familiar dependente?



N= 30

A grande maioria (83,3%) dos C.I.F.P. (s) referiram que “nunca” se sentem irritados quando o idoso dependente está por perto. O contrário também foi assinalado, 10% “frequentemente” e 6,7% “algumas vezes” (vide gráfico nº 37).

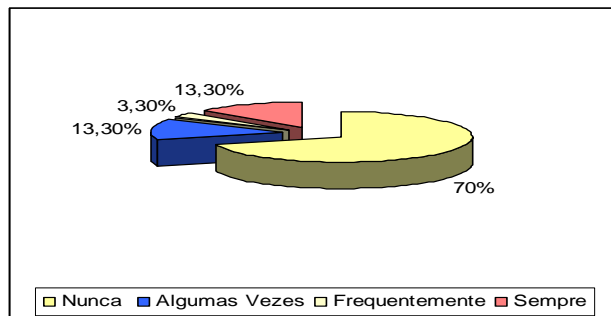
Gráfico nº 37 (Questão 5) O Sr/Sra sente-se irritado(a) quando o seu familiar dependente está por perto?



N= 30

Dos entrevistados, 70% referiram que o idoso dependente “nunca” afectou negativamente os seus relacionamentos. Mas 13,3% considera o oposto, “sempre” e “algumas vezes”, e 3,3% “frequentemente” (vide gráfico nº 38).

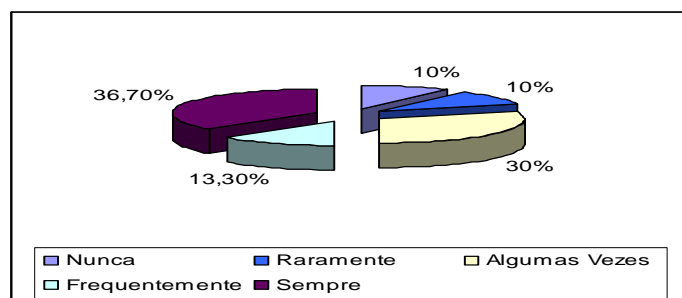
Gráfico nº 38 (Questão 6) O Sr/Sra sente que o seu familiar dependente afecta negativamente os seus relacionamentos?



N= 30

Dos C.I.F.P. (s) inquiridos, verificou-se que 36,7% referem ter “sempre” receio pelo futuro do idoso dependente, 30% “algumas vezes”, 13,3% “frequentemente”, 10% “raramente” e “nunca”. (vide gráfico nº 39).

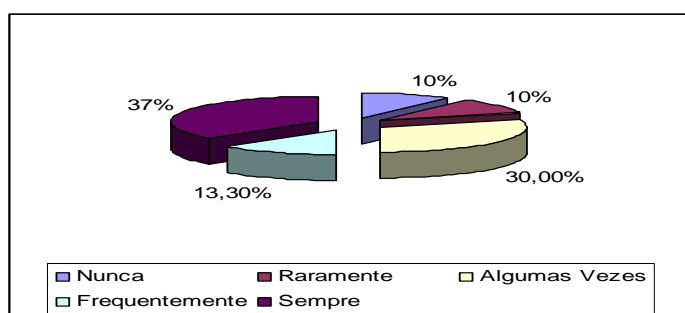
Gráfico nº 39 (Questão 7) O Sr/Sra sente receio pelo futuro do seu familiar dependente?



N= 30

Dos C.I.F.P. (s), 37% salientam que o idoso dependente depende “sempre” deles, apenas 13,30% considera “frequentemente” e 30% “algumas vezes”, 10% “nunca” e “raramente” (vide gráfico nº 40).

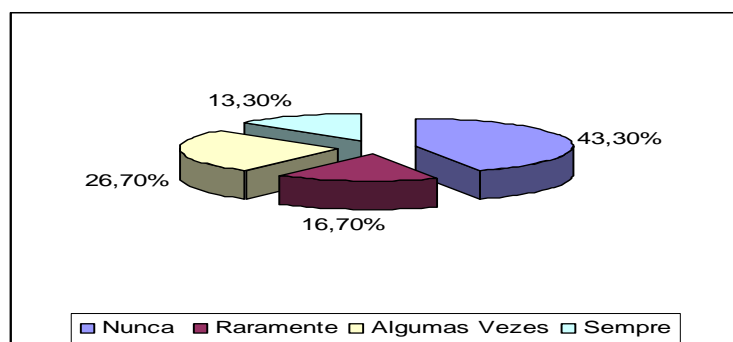
Gráfico nº 40 (Questão 8) O Sr/Sra sente que o seu familiar dependente depende do Sr/Sra?



N= 30

Ao nível da saúde, 43,3% dos C.I.F.P. (s) consideram que a sua saúde foi afectada por causa do seu envolvimento com o idoso dependente, 26,7% referiram “algumas vezes”, 16,7% “raramente” e 13,3% “sempre” (vide gráfico nº 41).

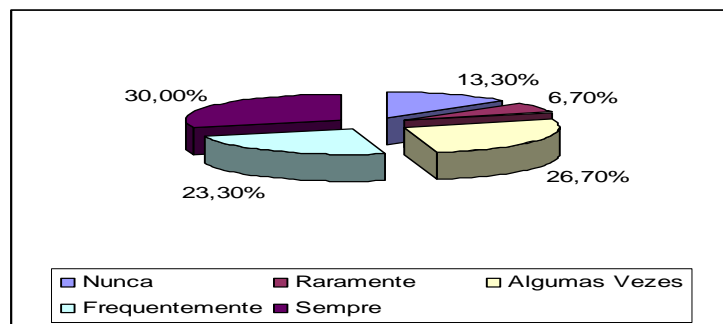
Gráfico nº 41 (Questão 10) O Sr/Sra sente que a sua saúde foi afectada por causa de seu envolvimento com o seu familiar dependente?



N= 30

Dos C.I.F.P. (s) entrevistados 30% consideram que não têm tanta privacidade como gostariam, pelo facto de prestarem cuidados ao idoso dependente “sempre”; 26,7% “algumas vezes”, 23,3% “frequentemente” e, por último, 6,7% referiu “raramente” (vide gráfico nº 42).

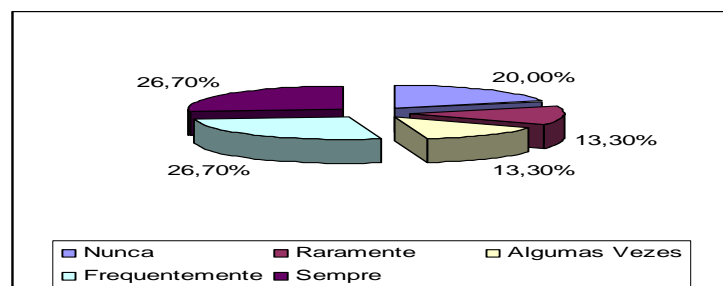
Gráfico nº 42 (Questão 11) O Sr/Sra sente que não tem tanta privacidade como gostaria por causa do seu familiar dependente?



N= 30

Em relação à vida social, o sentimento de ser afectado por causa dos cuidados prestados ao idoso dependente manifesta-se “sempre” em 26,7% dos C.I.F.P. (s); “frequentemente” em 26,7%; “nunca” em 20%, “raramente” e “algumas vezes” em 13,3% dos indivíduos (vide gráfico nº 43).

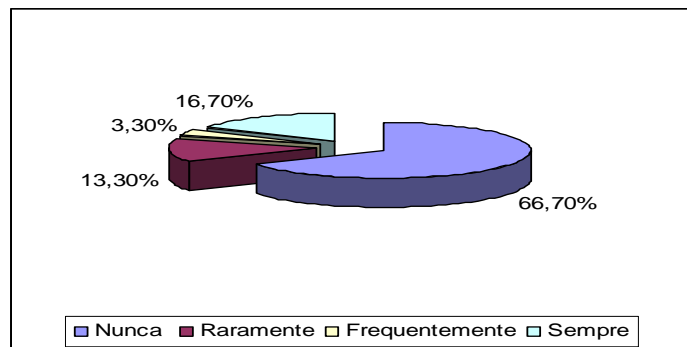
Gráfico nº 43 (Questão 12) O Sr./Sra. sente que a sua vida social tem sido prejudicada porque o Sr./Sra. está a cuidar do seu familiar dependente?



N= 30

Ao nível dos C.I.F.P. (s) não sentirem vontade de ter visitas em casa, a maioria (66,7%) considera que “nunca” existe interferência nesse âmbito. Contudo, 16,7% refere o oposto, “sempre”, 13,3% “raramente” e 3,3% dos indivíduos “frequentemente” (vide anexo nº 44).

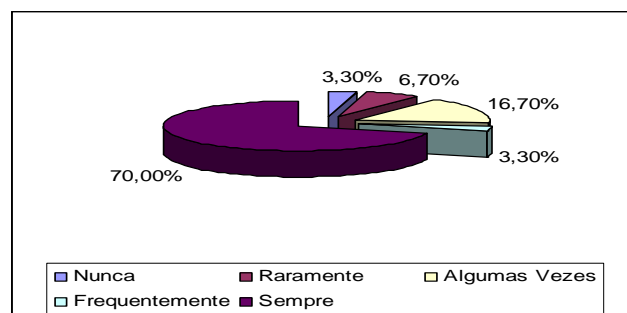
Gráfico nº 44 (Questão 13) O Sr/Sra não se sente à vontade de ter visitas em casa, por causa do seu familiar dependente?



N= 30

Dos 30 C.I.F.P. (s) entrevistados, 70% têm noção que o idoso dependente espera que o C.I.F.P. cuide dele, como se fosse a única pessoa de quem ele/ ela pode depender (vide anexo nº 45).

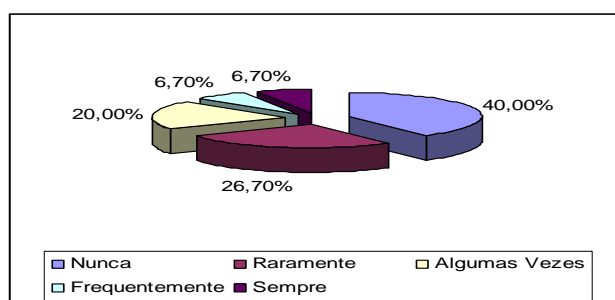
Gráfico nº 45 (Questão 14) O Sr/Sra sente que o seu familiar dependente espera que o Sr/Sra cuide dela/dele, como se fosse o Sr/Sra a única pessoa de quem ele/ ela pode depender?



N= 30

A sensação de não ter dinheiro suficiente para prestar os cuidados ao idoso dependente, não foi identificada pela grande maioria dos entrevistados. Neste sentido, 40% mencionou “nunca”, 26,7% “raramente” e apenas 20% referiu “algumas vezes” (vide anexo nº 46).

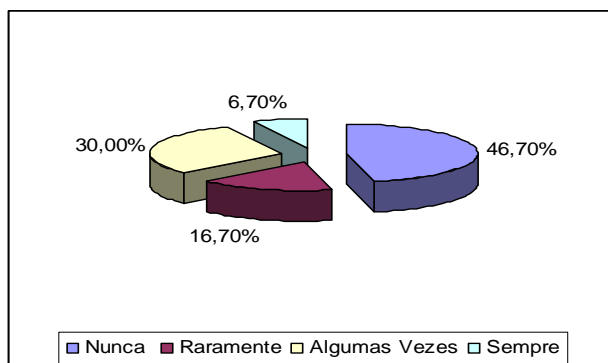
Gráfico nº 46: (Questão 15) O Sr/Sra sente que não tem dinheiro suficiente para cuidar do seu familiar dependente, somando-se as suas despesas a outras despesas?



N= 30

Quando questionados se achavam que seriam incapazes de prestar cuidados por muito mais tempo, 46,7% revelou que “nunca” teve essa sensação, 30% referiu que “algumas vezes”, 16,7% “raramente”. Apenas 6,7% consideraram “frequentemente” (vide anexo nº 47).

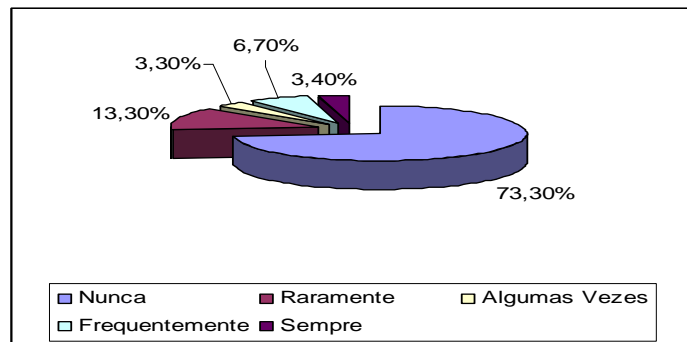
Gráfico nº 47 (Questão 16) O Sr/Sra sente que será incapaz de cuidar do seu familiar dependente por muito mais tempo?



N= 30

A grande maioria (73,3%) considera que não perdeu o controlo da sua vida, desde a doença do idoso dependente. Apenas 6,7% considerou ter essa sensação “frequentemente”, 3,3% “algumas vezes” e 3,4% “sempre” (vide anexo nº 48).

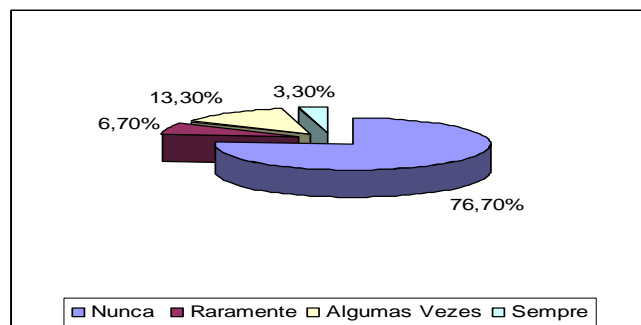
Gráfico nº 48 (Questão 17). O Sr/Sra sente que perdeu o controle da sua vida desde a doença do seu familiar dependente?



N= 30

Do total dos entrevistados, a maioria (76,7%) referiu que “nunca” teve a sensação de deixar de cuidar para que outra pessoa o fizesse (Vide anexo nº 49).

Gráfico nº 49 (Questão 18) O Sr/Sra gostaria de simplesmente deixar que outra pessoa cuidasse do seu familiar dependente?

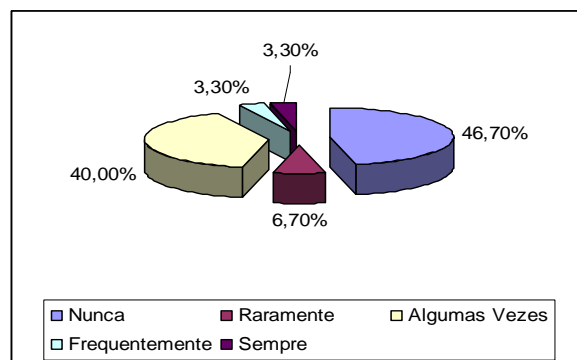


N= 30

Relativamente à questão de sentirem dúvidas sobre o que fazer com o idoso dependente, as opiniões encontram-se divididas: 46,7% considera que “nunca”

sentiu dúvidas, já 40% dos C.I.F.P. (s) referiram que as sentiram “algumas vezes”. Apenas 3,30% dos inquiridos considera que deveria estar a fazer mais pelo idoso dependente “frequentemente”. Em igual percentagem, isto é, 3,3% referiram que poderiam “sempre” cuidar melhor do idoso a cargo (vide anexo nº50).

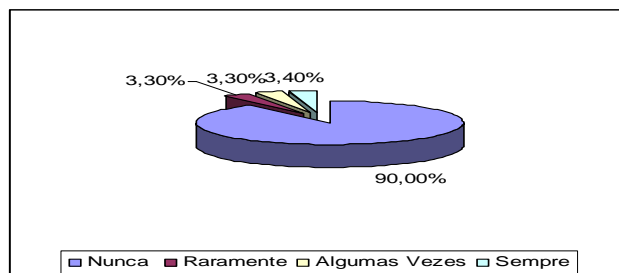
Gráfico nº 50 (Questão 19) O Sr/Sra sente dúvidas sobre o que fazer com o seu familiar dependente?



N= 30

A grande maioria (90%) dos C.I.F.P.(s) refere que “nunca” sente que deveria estar a fazer mais pelo o idoso dependente. Pelo contrário, 3,40 0% referiram “sempre” e, por último, com igual valor, 3,30% “algumas vezes” e “raramente” (vide gráfico nº 51)

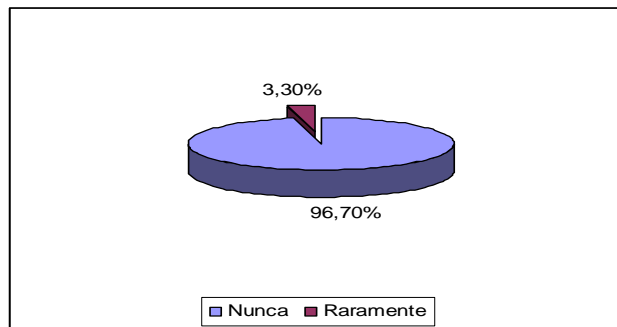
Gráfico nº 51 (Questão 20) O Sr/Sra sente que deveria estar a fazer mais pelo seu familiar dependente?



N= 30

Ao nível dos C.I.F.P. (s) considerarem que poderiam cuidar melhor do idoso dependente, 96,70% refere “nunca” e apenas 3,30% “raramente” (vide gráfico nº 52).

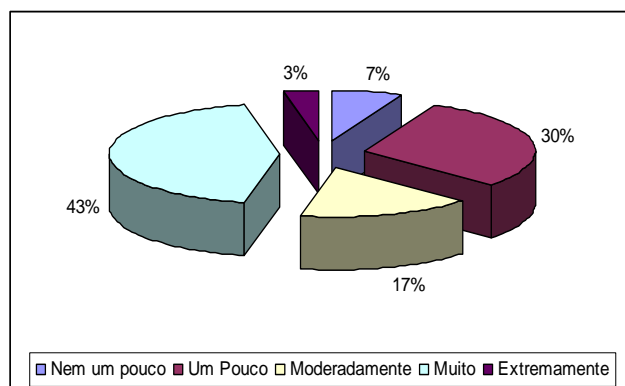
Gráfico nº 52 (Questão 21) O Sr/Sra sente que poderia cuidar melhor do seu familiar dependente?



N= 30

O sentimento de estar sobrecarregado foi referido por 43% dos C.I.F.P. (s) como “muito” e por 30% “um pouco”. Salienta-se o facto de apenas 3% dos C.I.F.P. (s) se sentirem “extremamente” sobrecarregados, 17% “moderadamente” e 7% “nem um pouco” (Vide gráfico nº 53).

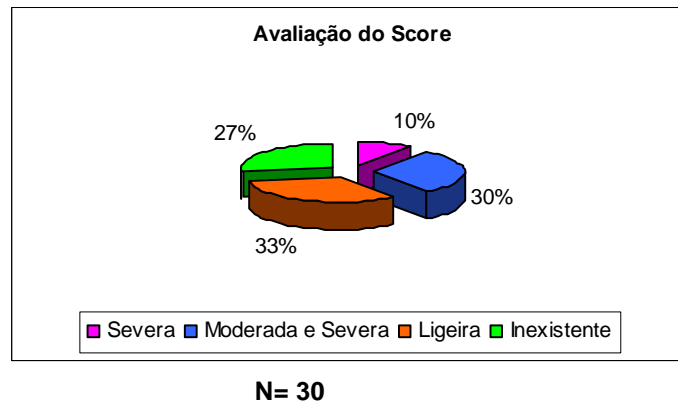
Gráfico nº 53 (Questão 21) De uma maneira geral, o quanto é que o Sr/Sra se sente sobrecarregado(a) por cuidar do seu familiar dependente?



N= 30

Ao nível da avaliação do total do score da escala aplicada, o resultado é obtido através do somatório de todos os itens e devem variar de 0 a 88. Quanto maior o score, maior a sobrecarga. O score da carga do cuidador pode oscilar entre carga severa (61 a 68), carga moderada e severa (41 a 60), carga ligeira moderada (24 a 40) e carga inexistente.

Gráfico nº 54 – Avaliação do Score da Escala *Zarit Caregiver Burden Interview*



Através da leitura do gráfico nº54, que apresenta os resultados dos score da escala aplicada à nossa amostra em estudo, verificamos que 33% dos inquiridos se encontram na “carga ligeira” e nove 30% na “moderada severa”. Manifestaram a “inexistência de carga” 27% e três 10% enquadraram-se na “carga severa”.

Capítulo 3- Discussão dos Resultados

No capítulo anterior realizamos a apresentação e análise dos dados obtidos, procurando o emergir dos resultados mais relevantes. Não obstante, este é o momento e o espaço indicado para uma síntese e discussão de carácter mais particularizado, confrontando-os entre si e com o quadro de referência de forma a evidenciar os seus significados e implicações. Atendendo aos objectivos e às questões de investigação inicialmente propostas, procederemos à discussão dos resultados tendo em conta a sequência da sua apresentação.

Nesta investigação centramos a nossa atenção na situação de trinta cuidadores informais familiares principais que prestam cuidados a idosos em situação de dependência.

Rebello (1996), no seu estudo realizado sobre os prestadores de cuidados informais a idosos com mais de 80 anos, na freguesia de Moreira da Maia, concluiu que 96,4% dos cuidados são prestados pela família, sendo esta considerada o principal agente dos cuidados informais.

Relativamente à distribuição face ao sexo dos C.I.F.P. (s), como seria de esperar dos trinta (30) elementos entrevistados, a grande maioria (26) pertencem ao sexo feminino, o que está de acordo com os dados encontrados em vários estudos onde a permanência do papel histórico e social de cuidar é atribuído à mulher (Rebello, 1996; Rodriguez, 2001; Brito, 2003; Simões, 2003;).

O leque de idades dos C.I.F.P. (s) do nosso estudo, varia entre os 30 e 82 anos; observando-se que quinze encontram-se integrados no grupo B (50-64 anos), seguidamente, com onze elementos no grupo C (65 ou mais anos).

Segundo Santos (2006, p. 30) a idade pode ser factor agravante principalmente aos cuidadores, “ (...) *cônjuges que prestam cuidados encontram-se mais expostos a problemas de saúde do que os descendentes, têm menos resistência e quando são envolvidos em esforços físicos para além das suas forças, ficam expostos a elevados riscos de saúde. Parece haver unanimidade no facto de existir uma forte tendência para os prestadores de cuidados sentirem efeitos físicos relacionados com o esforço* ”.

Relativamente aos dados apurados ao nível das idades, os dados obtidos são muito idêntico ao estudo realizado por Rodriguez (2001) numa comunidade Espanhola, acerca das necessidades e ajudas aos cuidadores informais.

Surgem diferenças em relação ao estudo realizado por Imaginário (2004), no concelho de Botica, numa região norte de Portugal, aos prestadores familiares de idosos dependentes, onde as idades dos prestadores de cuidados variam entre as faixas etárias dos 25 aos 64 anos.

Em relação à situação conjugal dos C.I.F.P. (s), a grande maioria (27) referem serem casados. Esta é uma situação semelhante ao relatado no plano internacional e nacional (Nunes, 2000; Quaresma, 2000; Sommerhalder, 2001; Almeida, 2005).

Ao nível da escolaridade, a maioria (17) dos cuidadores familiares principais da amostra referiu ter completado o 1º ciclo do ensino básico.

Segundo um estudo acerca da avaliação das necessidades dos prestadores informais nos cuidados de saúde, efectuado por Mendonça et al. (2000) 50,8% dos cuidadores tinham a escolaridade básica ou sabiam ler e escrever; 13,8% tinham um nível de escolaridade equivalente ao 9º ano; 7,7% correspondente ao curso médio ou superior.

Os dados recolhidos, na nossa investigação, indicaram que vinte dos C.I.F.P. (s) actualmente não exercem actividade profissional devido essencialmente serem beneficiários de uma prestação social – reforma- (13) ou por executarem a actividade doméstica (7). Constatamos ainda, que nove elementos encontram-se inseridos profissionalmente e, apenas um afirmou estar em situação de “desempregado”.

Os resultados obtidos vão de encontro ao estudo realizado por Mendonça (2000) em que refere que 38,4% dos cuidadores desempenham uma actividade profissional.

O mesmo autor refere que geralmente os salários são geralmente baixos e os vínculos de trabalho precário levando a que muitas mulheres acabem por abandonar os empregos para cuidar dos seus familiares dependentes.

Ainda relacionado com o campo profissional, os C.I.F.P. (s) inseridos nesta área desenvolvem actividades relacionadas com o cuidar na área da infância ou da velhice.

Apuramos que o grau de parentesco que une o idoso dependente e o cuidador se centra na maioria na 2ª geração.

Brody et al. (1994) afirmam que há significativas evidências de que a família continua a fornecer a maior parte dos cuidados a parentes doentes, apenas menos de um quinto das horas aplicadas aos doentes dependentes vêm de fontes de cuidadores pagos.

Relvas (1996, p. 188) vai de encontro aos dados apurados no nosso estudo em que actualmente “ (...) o tipo de família dominante é a família multigeracional, considerada em termos vivências e relacionais ”.

Brito (2003, p.32) acrescenta que “ *Praticamente todos os estudos apontam para o facto de a maior parte dos cuidadores de idosos dependentes serem prestados pelas filhas* ”.

Embora, noutros estudos surgem-nos dados contraditórios aos recolhidos em que nos Estados Unidos da América “ (...) 60% das cuidadoras primárias de idosos são esposas, e 73% delas possuem idade igual ou superior a 65 anos ” (Amendola, 2007).

Relativamente ao tipo de família a que pertencem os participantes da amostra, emerge como grupo principal a família unitária (12), seguindo-se a família alargada (11).

Apesar das mudanças existentes ao nível das estruturas familiares como referimos no enquadramento teórico da nossa investigação, verificamos que na nossa realidade apenas existe um C.I.F.P. inserido em família do tipo reconstituída.

A coabitação é geralmente a característica central, pelo menos em termos de definição de prioridades e de obrigações. Apuramos que oito (8) dos inquiridos coabitam com o idoso no intervalo maior ou igual a 50 anos; seis (6) integram-se no intervalo maior ou igual a 6 meses e menor ou igual a 10 anos.

Mendonça et al (2000), realizou um estudo tendo como objectivo identificar os cidadãos que prestam cuidados a doentes dependentes, no concelho de Faro, e refere que 83,1% dos prestadores coabitam com idoso dependente.

Os autores Stoller et al. (1983) apresentam estudos que referem que cuidadores que partilham a mesma casa com os seus familiares dependentes

manifestam níveis mais altos de pressão do que aqueles que moram em casas separadas.

Verificamos que a maioria dos C.I.F.P. (s) (17) não residiam com o idoso anteriormente à dependência. Apurámos ainda que treze dos inquiridos já o faziam. Este resultado permite-nos inferir que a coabitação provavelmente tenha surgido em algumas situações através do casamento.

Actualmente a situação modifica-se, dado que a maioria dos C.I.F.P. (s) (19), vivem com o idoso, devido essencialmente à sua dependência e a todos os aspectos que lhes estão inerentes.

Apesar de onze C.I.F.P. (s) não coabitarem com o idoso dependente, verificamos que residem próximo: seis (6) a uma distância possível de ir a pé e quatro (4) vivem no mesmo edifício ou ao lado.

Cheippa (1995, cit In Imaginário, 2004) acentua que a coabitação entre o cuidador e dependente é o modelo predominante nos países do sul, em particular nos meios rurais.

No que se refere ao ciclo de vida do C.I.F.P. verificamos que catorze dos elementos integram a quinta etapa designada como sendo casal de meia-idade. Salientamos que a família que se enquadra no 5º estágio designada por “ninho vazio”, após ter cuidado, protegido e socializado os seus filhos, os deixa partir como adultos independentes. Nessa altura torna-se fundamental a redefinição da função do casamento, desenvolver a relação com os filhos e alargar a família para incluir genros/ noras e netos.

Segundo Pavarini et al. (2000, cit In Sommerhader, 2000) desempenhar o papel de cuidador é algo que preocupa as pessoas porque frequentemente essa tarefa coincide com a fase de vida em que esses adultos podem usufruir das conquistas das fases anteriores e do término do exercício de papéis familiares e profissionais.

A 6ª etapa foi identificada por dez C.I.F.P. (s). Apenas seis elementos referiram a 4ª (família com filhos adolescentes). Dados concordantes com a faixa etária dos entrevistados.

Ao nível do tempo de prestação de cuidados por parte do C.I.F.P. ao idoso dependente, em dez dos casos a situação dura entre 3 e 6 anos, seguindo-se sete no período de 6 meses a 1 ano.

Segundo Korenz (1998) de acordo com um estudo sobre o impacto nos cuidadores dos cuidados prestados ao paciente idoso, o tempo médio exercido nesta actividade foi de 3 anos e 6 meses.

No que concerne ao número de horas disponibilizadas pelo C.I.F.P. em cuidar do idoso dependente verifica-se que a maioria dos inquiridos (22) dedicam 16 a 19 horas. Apuramos que dois dedicam 20 a 24 horas, ficando sem horas para a satisfação das suas próprias necessidades.

Rebello (1996) refere no seu estudo realizado aos cuidadores informais que 68,7% gastavam mais de 7 horas/ diárias na prestação de cuidados.

Um outro estudo realizado por Rodríguez et al. (2001) refere que 78,1% dos cuidadores cuidam do seu familiar durante todo o dia.

No que respeita ao número de dias em que o C.I.F.P. se disponibiliza para cuidar do idoso dependente: vinte e seis (26) cuidam os 7 dias da semana; dois (2) partilham a tarefa de forma quinzenal com um cuidador secundário; um (1) cuida 6 dias semanais; um (1) presta cuidados 1 dia por semana.

Os dados apurados vão de encontro a um outro estudo realizado nos Estados Unidos apresentado por Strone et al. (1987) que referem que 80% dos cuidadores fornecem ajuda sete dias por semana.

Os tipos de cuidados prestados pelo cuidador ao idoso dependente são de natureza física/pessoal (por exemplo: lavar, vestir, dar de comer); doméstica (por exemplo: cozinhar, limpar a casa); emocional/psicológica (por exemplo: companhia, encorajamento, ânimo); social (por exemplo: acompanhamento ao médico); financeira (comparticipação nas despesas do idoso) (vide figura nº 8).

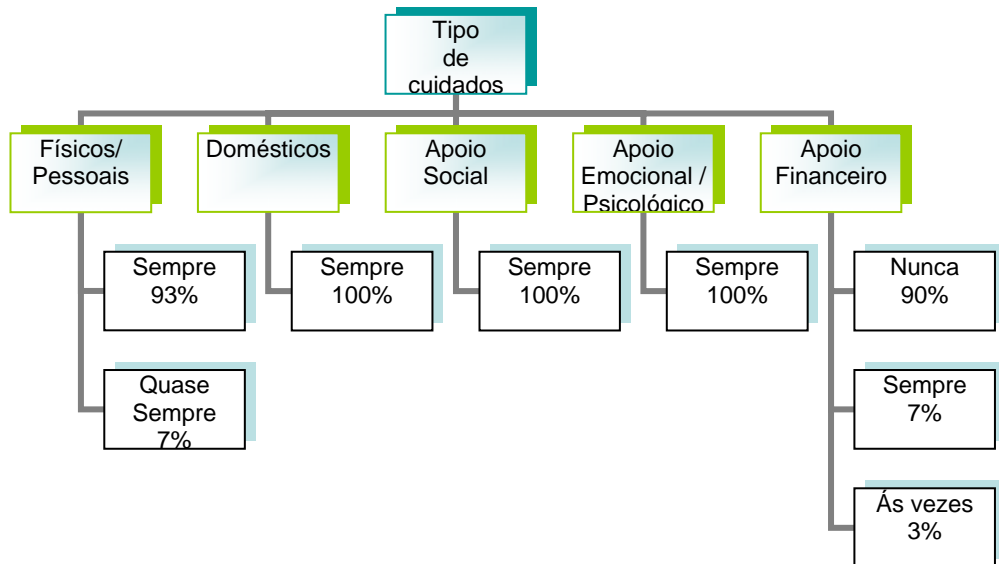
Apurámos que os cuidados físicos/ pessoais são realizados pelos vinte e oito dos entrevistados de forma continuada (“sempre”), os restantes apoios domésticos; sociais e emocionais/ psicológicos são desempenhados pelos trinta elementos inquiridos.

O apoio financeiro é fornecido em menor número, por apenas dois dos inquiridos, situação que poderá estar relacionada com o facto de apenas oito (8) possuírem rendimentos próprios proveniente do trabalho e treze (3) serem beneficiários de uma prestação social - reforma.

De encontro a estes dados surge-nos um estudo realizado por Imaginário (2004) aos cuidadores de idosos dependentes em que conclui que os idosos

necessitam de cuidados de carácter físico, emocional e social, cabendo aos cuidadores realizar essa tarefa.

Figura nº 8 - Tipo de Cuidados Prestados pelo C.I.F.P. ao idoso dependente



Fonte: Dados apurados através da análise de conteúdo das entrevistas realizadas no nosso estudo.

No nosso estudo apuramos que vinte e cinco dos C.I.F.P. (s) possuem apoio por parte da sua rede informal. Essa rede de apoio é assegurada na maioria por 51% familiares e 49% vizinhos/ amigos.

No que se refere aos cuidados prestados aos níveis físicos/ pessoais aos idosos dependentes, nove dos entrevistados referem que os seus familiares colaboram “sempre”, embora treze (13) relatam não possuir qualquer tipo de ajuda a esse nível.

No apoio doméstico ao idoso dependente e/ ou C.I.F.P., verificamos que catorze (14) dos inquiridos referem não possuir apoio nesta área. Com igual valor e em situação análoga surge-nos o apoio social.

Em relação ao apoio emocional/ psicológico, doze (12) referem possuir “sempre” ajuda por parte dos seus familiares.

Ao nível do apoio financeiro apuramos que vinte dos idosos dependentes não recebem qualquer tipo de auxílio nesta área.

Ainda dentro da rede informal, o apoio cedido por parte dos amigos/ vizinhos ao idoso dependente/ C.I.F.P., centra-se quase por exclusividade no âmbito emocional/ psicológico.

Os familiares que colaboram mais com os C.I.F.P. (s) na tarefa de cuidar são os maridos/esposas (9) e filhos (9) ou seja familiares mais directos.

Em relação ao apoio formal apuramos que quinze dos C.I.F.P. (s) recorrem a esse recurso: sete (7) a empregadas domésticas particulares; seis (6) fornecidos por instituições de cariz social, integrados na grande maioria na valência do serviço de apoio domiciliário e centro de dia.

Apurámos que a valência de apoio que assume uma maior proporção é o serviço de apoio domiciliário, devido à debilitação física do idoso, que o impossibilita de se deslocar para o exterior.

O tipo de serviços fornecidos pela instituição particular de solidariedade social centra-se nível da prestação de cuidados físicos/ pessoais (6), domésticos (1) e ainda de apoio social (1).

Um outro dado importante para melhor compreender esta realidade, é que para além da prestação de cuidados ao idoso dependente, onze (11) dos C.I.F.P. (s) têm a seu cargo outras pessoas, das quais duas (2) são idosos em situação de dependência.

Os idosos dependentes a cargo, a sua grande maioria pertencem ao sexo masculino, embora o sexo feminino assuma uma percentagem igualmente significativa.

Quanto à idade dos idosos dependentes, varia entre os 71 e 96 anos. O intervalo que assume maior número é o de 81 a 85 anos (11), seguidamente o intervalo de idades de 76 a 80 anos (8).

No que respeita ao estado civil, os idosos dependentes distribuíram-se em maior número no estado de viúvo (a) (15) e seguidamente no de casado (a)/união de facto (12).

O ser humano, no decorrer de sua existência, enfrenta situações geradoras de transformações que atingem o seu topo na velhice, mudando, muitas vezes, o curso de vida. Alguns eventos que vão surgindo de forma gradativa são capazes de alterar a trajectória de vida da pessoa idosa. Entre estes destacamos: 1) perda do papel profissional; 2) perda de amigos, familiares e contactos sociais

gratificantes; 3) transformações físicas e hormonais; 4) comprometimento das condições de saúde (Novaes, 1995, cit In Sanches, 2000).

Os eventos acima descritos, sobretudo os que dizem respeito às condições de saúde, podem comprometer a capacidade funcional, levando a pessoa à dependência e à perda da autonomia.

Analisando a realidade actual, é crescente o número de pessoas com incapacidade funcional, o que implica limitações na sua autonomia, comprometendo a execução das actividades de vida diária.

A dependência é um problema para a maioria das pessoas. A velhice, muitas vezes, configura-se como perda de espaço, de valores e de autodeterminação, como consequência da impossibilidade de administrarem suas próprias vidas (Ibidem).

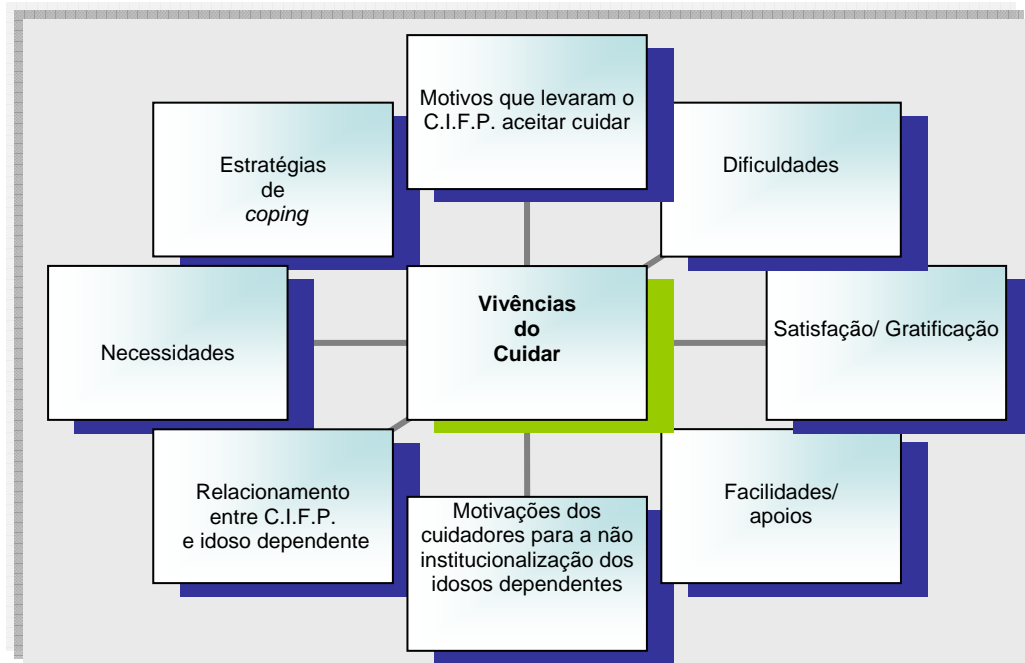
Santos (2004) refere que os familiares podem estar envolvidos em tarefas desagradáveis, levando a um dispêndio significativo de energia e tempo, e que estes factores dependem do tipo de desenvolvimento da doença e do grau de dependência em que se encontra o idoso dependente.

No nosso estudo apuramos que, segundo a opinião dos C.I.F.P. (s), os idosos a cargo são considerados grandes dependentes, originando uma maior sobrecarga por parte de quem lhes presta cuidados.

A análise relativamente às vivências sentidas por parte do C.I.F.P. e alterações manifestadas na vida do cuidador, a análise foi realizada através da análise de conteúdo das entrevistas.

No que diz respeito às vivências sentidas, emergindo numa primeira parte, as seguintes temáticas: motivos que levaram o C.I.F.P. a aceitar prestar cuidados ao idoso dependente; dificuldades sentidas; satisfação/gratificações; facilidades/apoios; motivações para a não institucionalização dos idosos dependentes; relacionamento entre o C.I.F.P. e o idoso dependente anterior/actual, necessidades e estratégias de *coping* utilizadas (vide figura nº 9)

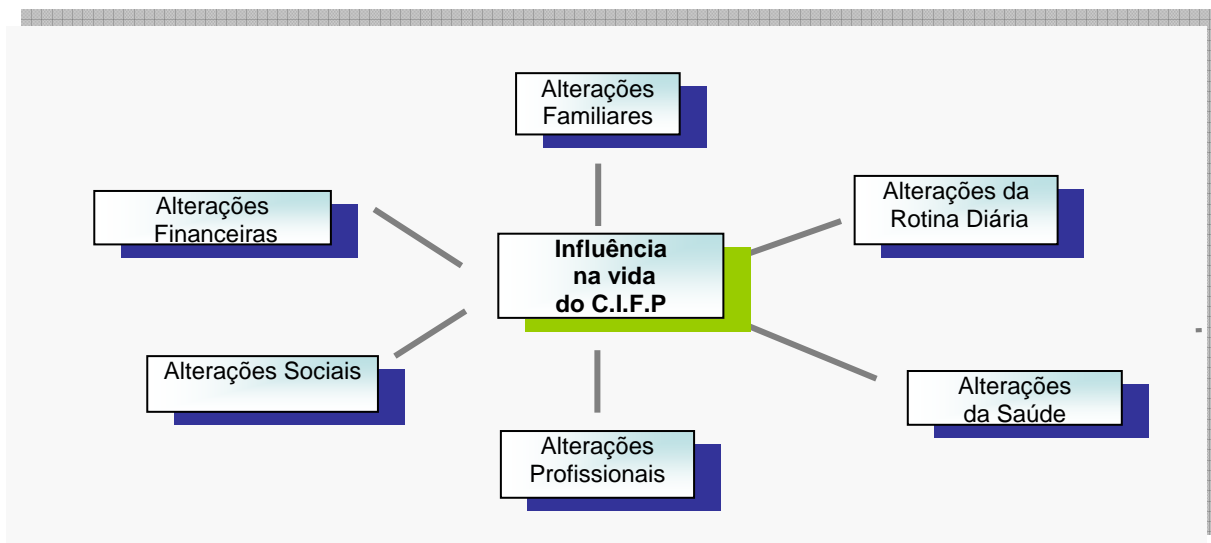
Figura nº 9- Vivências sentidas pelo C.I.F.P. no cuidar do idoso dependente



Fonte: Dados apurados através da análise de conteúdo das entrevistas realizadas no nosso estudo.

Numa segunda fase emergiram as alterações sentidas pelos C.I.F.P. (s) na sua própria vida nos diferentes sectores: familiar; rotina diária; saúde; profissional; social; financeira (vide figura nº 10).

Figura nº 10 - Alterações sentidas na vida do C.I.F.P. pelo facto de cuidar do idoso dependente

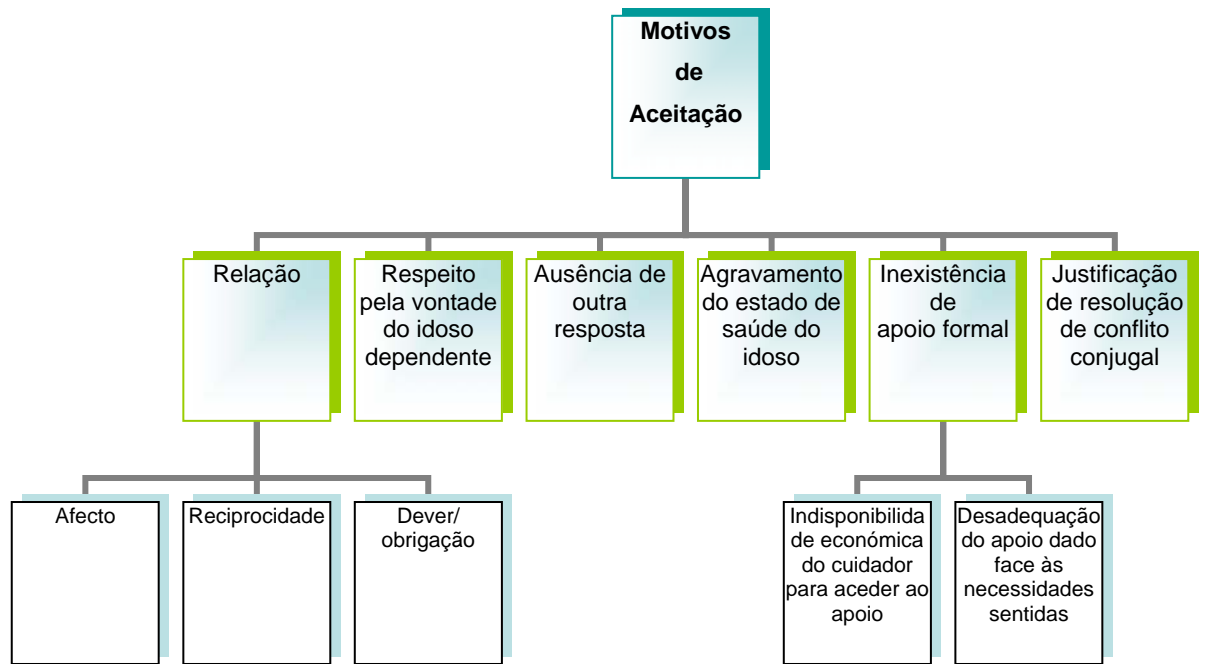


Fonte: Dados apurados através da análise de conteúdo das entrevistas realizadas no nosso estudo.

Os motivos que levaram o C.I.F.P. a aceitar cuidar do idoso dependente, surge-nos pelo **agravamento do estado de saúde do idoso dependente** com vinte e seis segmentos de registo; o **dever/obrigação** (20) “ (...) *eu acho que é um dever, como filha é um dever (...)* “ (E22); a **ausência de outra resposta** (18); o **afecto/reciprocidade** (8).

Os dados vão de encontro a um estudo realizado no Brasil em que os motivos assinalados por um grupo de cuidadoras revelaram a presença de quatro motivos: 1) a solidariedade ou obrigação para com o companheiro, com o pai, mãe ou algum membro da família; 2) o desejo de retribuir os cuidados recebidos na infância; 3) o desejo de receber o mesmo cuidado no futuro e 4) a ausência de outras alternativas (Pedro 2007).

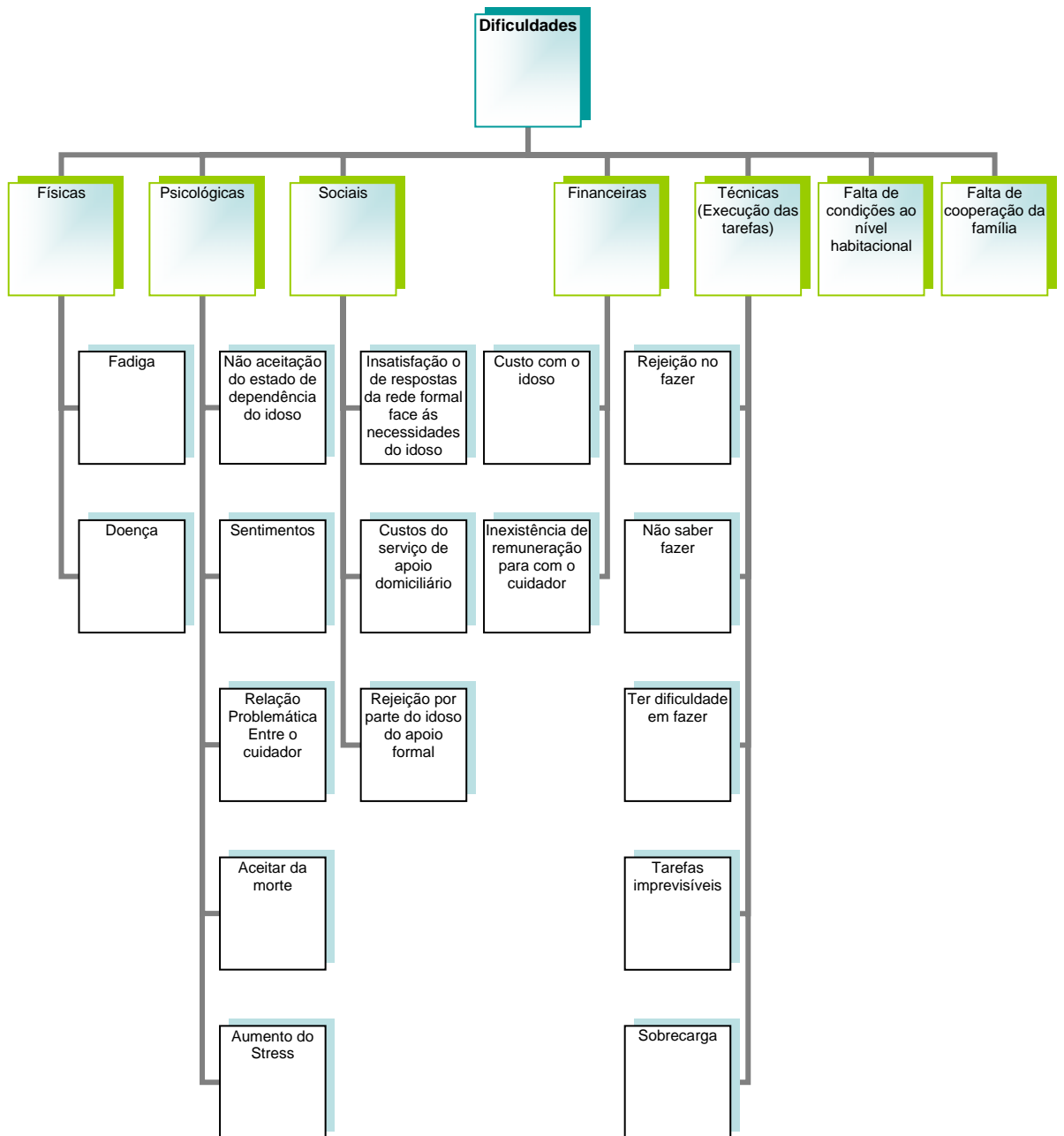
Figura nº 11 - **Motivos de aceitação do C.I.F.P. para cuidar**



Fonte: Dados apurados através da análise de conteúdo das entrevistas realizadas no nosso estudo.

As **dificuldades identificadas pelo C.I.F.P.** recaem em grande número na **fadiga** (18 segmentos de registo), “ (...) sinto-me um bocadinho cansada e pronto é muito desgastante (...) ” (E2) e na **doença por parte do C.I.F.P.** (18) “ (...) já fiz cinco operações, não posso fazer força (...) tenho isto aberto por dentro. No Hospital de Santa Maria disseram-me que eu evitasse esforços (...)” E5 (vide figura nº5).

Figura nº 12- Dificuldades Identificados pelo C.I.F.P



Fonte: Dados apurados através da análise de conteúdo das entrevistas realizadas no nosso estudo.

A **sobrecarga** ligada ao tipo de trabalho executado assume dezanove segmentos de entrevistas. Seguidamente a **não-aceitação do estado de dependência do idoso por parte do cuidador** (10) e o **aumento do stress** (7) ao nível psicológico.

Estudos realizados por Kerr, citado por Marques (2007), vão de encontro aos dados apurados em que referem que uma das dificuldades sentidas pelos cuidadores diz respeito à sobrecarga física provocada pela prática de cuidados.

O aparecimento de **sentimentos classificados** pelo C.I.F.P. **como sendo negativos** foi identificado pelos nossos entrevistados, como sendo uma dificuldade. Os sentimentos encontrados são de **prisão, solidão, tristeza, ambivalência e culpa**.

Estudo realizado por Rebelo (1996) em que 42,8% considera que a actividade de cuidar é tida como sendo uma prisão.

Santos (2004) alerta-nos para o facto, desses sentimentos de culpa, pena, frustração e tantos outros, que dificilmente serão superados sem que haja um acompanhamento, um apoio incondicional que permita sustentar todo este “fardo”.

Ainda dentro da temática “dificuldades identificadas” surgem-nos duas com valores significativos: a primeira está relacionada com a **insuficiência de apoio prestado pela rede formal** face às necessidades sentidas por parte do idoso dependente (6 segmentos de registo) e a segunda pela **própria rejeição do apoio formal por parte do idoso dependente** (6 segmentos de registo).

O Plano Nacional de Saúde 2004-2010 alerta para uma insuficiência na prestação dos cuidados aos idosos no domicílio e uma deficiente articulação entre os múltiplos sectores implicados na prestação de cuidados a idosos.

Nos discursos reconhecemos que os C.I.F.P. (s) identificam alguns **aspectos gratificantes na prática do cuidar**, evidenciando o **sentir as suas obrigações/deveres cumpridos** (10).

Estes dados vão de encontro a um estudo realizado por Brito (2003) em que o cuidar encontra-se intimamente associado ao dever cumprido sentido como sendo uma fonte de satisfação.

Uma outra fonte de gratificação/satisfação têm haver com a **preocupação manifestada pelos familiares relativamente ao C.I.F.P.** (5) e ainda pela **satisfação ao visualizarem o bem estar dos idosos dependentes** (5) “ (...) *eu sinto minimamente que a gente deve fazer o que ele precisa, só de o ver bem já me sinto gratificada* (...) “ (E22).

Um outro aspecto do nosso estudo diz respeito às facilidades/ apoios que possuem os C.I.F.P. (s) ao cuidarem do idoso dependente. Verificamos que existe

em primeiro lugar uma facilidade, que apresenta dezasseis segmentos de entrevista a **experiência anterior do C.I.F.P. em cuidar de outros idosos**, torna-se agora uma mais valia como nos refere uma C.I.F.P. “ (...) *eu gosto porque fui habituada a todas estas coisas infelizmente, mais ou menos fui sempre habituada a cuidar de pessoas doentes, eu gosto (...)* “ (E18), relacionando com os dados obtidos neste estudo, verificámos que a maioria têm experiência nessa área

Martins (2003) complementa o nosso estudo referindo que as experiências prévias, decorrentes de situações similares em que o cuidador tenha resolvido eficazmente no passado, contribui para a resolução satisfatória de outras situações similares.

Os apoios identificados pelo C.I.F.P. passam pela existência de **apoio** ao nível **informal e formal**. Em relação ao apoio informal familiar, foram identificados dezassete segmentos de registo “ (...) *porque a minha cunhada e o meu irmão vivem mesmo aqui ao lado, dividimos as tarefas (...)*” (E25), ao nível do apoio formal (instituições particulares de solidariedade social de apoio à terceira idade (7), empregada particular (5) e saúde).

O **apoio cedido pela saúde** abrange a totalidade dos C.I.F.P. (s)/ idosos dependentes, encontrando-se distribuído nas várias áreas do cuidar, nomeadamente: curativo, emocional/ psicológico, ensino e cedência de material de ajudas técnicas. Estes apoio fornecido pelos profissionais de saúde foi considerado como sendo “uma mais valia” para o seu desempenho no dia a dia.

Góngora (1996) num dos seus estudos concluiu que os profissionais da saúde que não valorizam o trabalho e a competência da família cuidadora, gera nestes sentimentos de frustração e de culpa aos cuidadores.

E por último, o **apoio oferecido pela entidade patronal** onde o C.I.F.P. desempenha a sua actividade profissional, foi identificado por três entrevistados como sendo um agente facilitador “ (...) *a instituição onde trabalho compreende a minha situação, por isso aceitou a licença sem vencimento (...)* “ (E2).

Situação um pouco diferente, ao que apuramos na literatura, em que nos diz que actualmente as empresas enquanto organismos empregadores, ainda se ausentam de tomar responsabilidades no que diz respeito às medidas de apoio aos seus trabalhadores com familiares idosos a cargo, não promovendo

esquemas de suporte neste sentido. Este comportamento poderá derivar simplesmente porque as questões relativamente às consequências sociais do envelhecimento não fazem parte do seu universo de preocupações, ou porque, na sua óptica, compete ao estado e à segurança social providenciar medidas de protecção às pessoas idosas.

As razões identificadas para não institucionalizarem o idoso dependente por parte do C.I.F.P. passam por motivos de ordem **social e psicológica**.

Ao nível **psicológico**, com maior evidência passa pela **rejeição do próprio C.I.F.P. em aceitar essa ideia** (com 13 segmentos de registo) “ (...) *não quero, Deus me livre, não quero, só se me acontecer alguma coisa, nunca quis quando foi da minha sogra, quanto mais dos meus pais (...)* “ (E21). Com dez segmentos de registo a **rejeição por parte do idoso dependente** e por fim a **não-aceitação pelos restantes familiares**.

Ao nível **social** passam por três aspectos: 1º pela **insatisfação com o apoio prestado pela própria instituição** especificamente na valência de lar; 2º pela **acessibilidade** (recusa de integração por parte da instituição, indisponibilidade de meios económicos, insuficiência de meios de transporte); 3º pela existência de serviço de apoio domiciliário disponível.

O retardamento de integração em lar passa pela melhoria do serviço de apoio domiciliário praticado por equipas formadas através de instituições particulares de solidariedade social de apoio à terceira idade de forma a responderem de modo eficaz às necessidades das novas realidades das sociedades (Pimentel, 2001).

Por outro lado, a ideia do cuidador deixar de cuidar do idoso dependente e de o colocar numa instituição encontra-se relacionada com deslealdade, perda, responsabilidade e mesmo de abandono (Ibidem).

A Fundação Europeia para a melhoria das condições de vida e de trabalho (1993) refere que os resultados de um inquérito, efectuado em 1985, junto dos residentes em lares de idosos, no continente, revelam que os problemas de saúde constituem a principal causa de admissão neste tipo de valência.

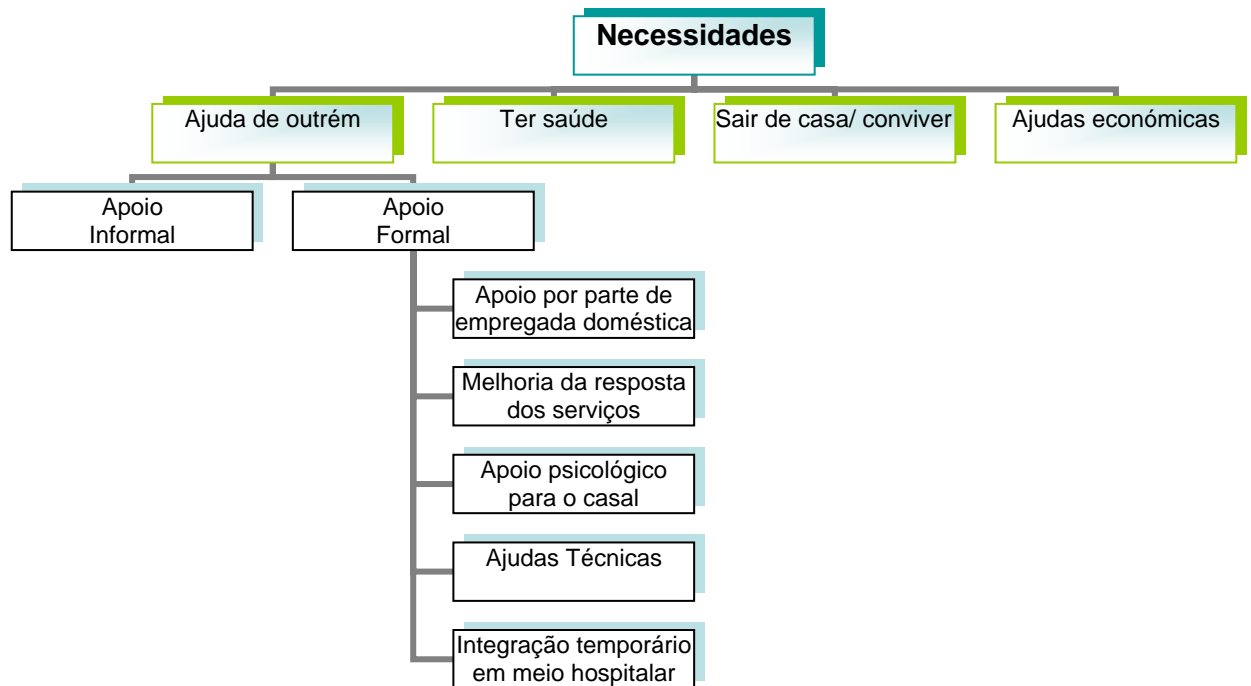
Ao nível da **relação anterior à dependência estabelecida entre o C.I.F.P. e o idoso dependente** metade da amostra, classificou-a sendo de **aproximação** (15 segmentos de registo), embora alguns dos inquiridos identificaram-na como sendo uma **relação problemática**.

Após a situação de dependência, verificámos que em **algumas situações a relação entre o C.I.F.P. e o idoso dependente não sofreu alterações** (10) “ (...) *tenho os mesmos sentimentos (...) sempre tivemos uma relação muito boa (...)* “ (E21) e ainda “ (...) *continua sempre com este feitio de não gostar de mim (...) eu vejo com os outros meus irmãos ela é diferente, muito diferente (...) não é aquela mãe carinhosa (...) nunca me valoriza (...)* ” (E28). Em alguns casos existiram um **aumento dos conflitos** (3) “ (...) *nunca diz que eu faço bem, às páginas tantas tudo o que eu faço está mal, faço mal (...)* “ (E17).

Apesar de dezassete (17) C.I.F.P. (s) referirem que possuem ajuda por parte da sua rede informal familiar, treze (13) entrevistados ainda apresentam como necessidade a **ajuda por parte do apoio informal familiar** (13 segmentos de registo), parece-nos que a ajuda cedida por parte do apoio informal não é suficiente face às necessidades sentidas pelo C.I.F.P..

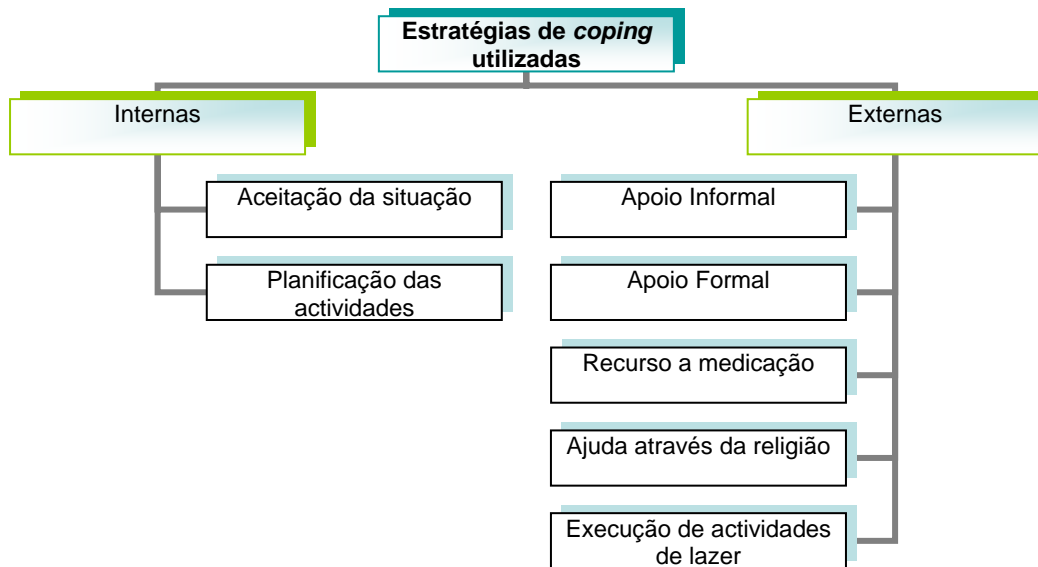
As restantes necessidades evocadas surgem da necessidade da **existência de apoio formal**, empregada doméstica e, da **melhoria da resposta dada pelos serviços existentes**, nomeadamente do serviço de apoio domiciliário, apoio psicológico, cedência de material de ajudas técnicas, integração temporária em meio hospitalar, ajudas económicas, ter saúde e sair de casa/ conviver. Estes resultados são consentâneos com os apresentados por Palma (1999), tendo concluído que os cuidadores tinham entre várias necessidades, a necessidade de ajuda de outrem (vide figura nº 13).

Figura nº 13- Necessidades identificadas pelo C.I.F.P



Fonte: Dados apurados através da análise de conteúdo das entrevistas realizadas no nosso estudo.

As estratégias de *coping* utilizadas pelos C.I.F.P.(s) são de natureza interna (em si próprio) e externa (exterior a si próprio). Ao nível interno os C.I.F.P. (s) apresentaram com maior evidência a **aceitação da situação**, com treze (13) “ (...) eu aceito o que Deus me deu (...) se é esse o meu caminho eu aceito, já passei a fase da revolta, estou mais calma a partir do momento que comecei aceitar toda a situação (...)” E30. Ao nível externo surge-nos com maior número de registo (16) a sub-categoria **ajuda através da religião** e a **execução de actividades de lazer** com quinze (15) unidades de registo (vide figura nº 14).

Figura nº 14- Estratégias de *coping* utilizadas pelo C.I.F.P

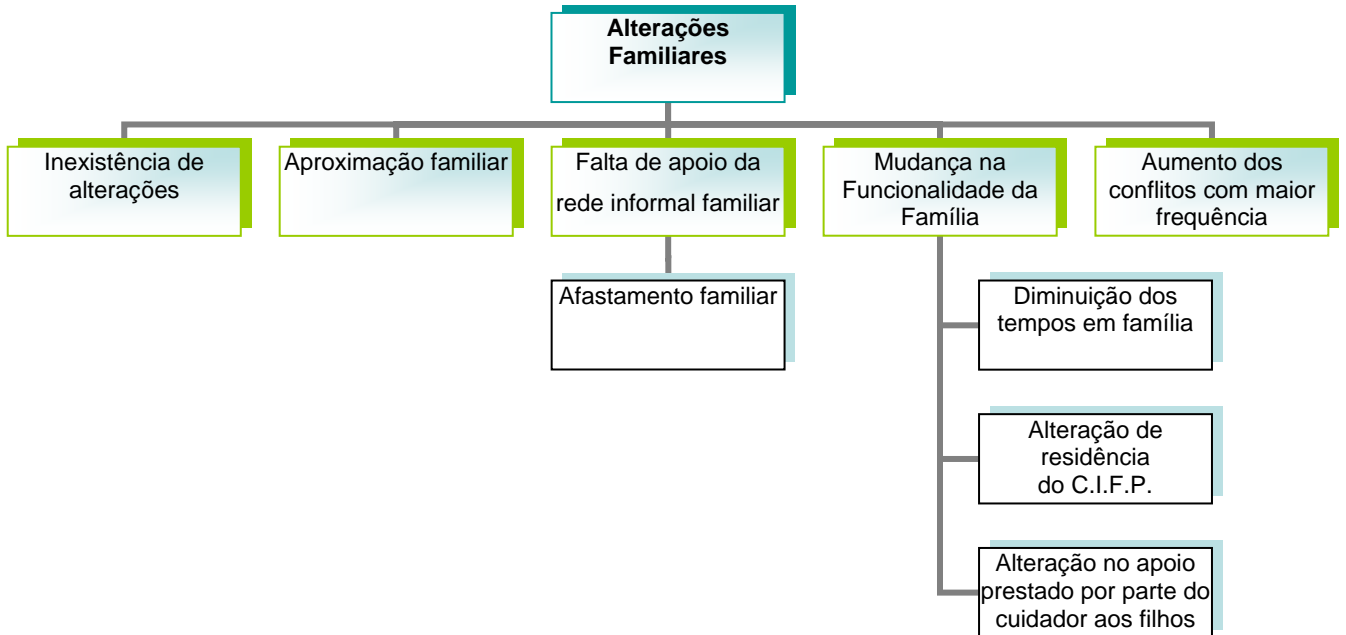
Fonte: Dados apurados através da análise de conteúdo das entrevistas realizadas no nosso estudo.

Numa segunda parte foram analisadas as alterações sentidas na vida dos C.I.F.P. (s) pelo facto de prestarem cuidados ao idoso dependente.

A dependência “ (...) *psico-funcional do idoso modifica significativamente a rotina, a dinâmica familiar e as relações de troca entre seus membros. A inversão de papéis (do ser cuidado para cuidar) (...) coloca uma série de novas actividades que poderão surgir como angustiantes para quem presta cuidados* ” (Stanovik, 1999, cit In. Gonçalves 2002, p.36).

Alguns dos C.I.F.P. (s) referiram a existência de **alterações ao nível familiar**, através de uma **maior aproximação de familiar** ao C.I.F.P./ idoso dependente, com doze segmentos de registo, “ (...) *eles têm uma coisa especial pelo pai, não são destes filhos que não ligam percebe e agora parece que ainda é mais. Ele também foi amigo deles, ele é que os encorajava para a vida (...)* ” (E18); **Falta de apoio da rede informal familiar** principalmente devido ao afastamento familiar, “ (...) *em relação a mim considero que se afastaram mais desde que a minha mãe adoeceu* ” (E8); a **mudança na funcionalidade da família** (diminuição dos tempos em família); **alteração de residência do idoso dependente e do C.I.F.P.**; **alteração do apoio prestado por parte do C.I.F.P. aos filhos**; **aumento dos conflitos**.

Figura nº 15- Alterações Familiares do C.I.F.P. devido ao cuidar

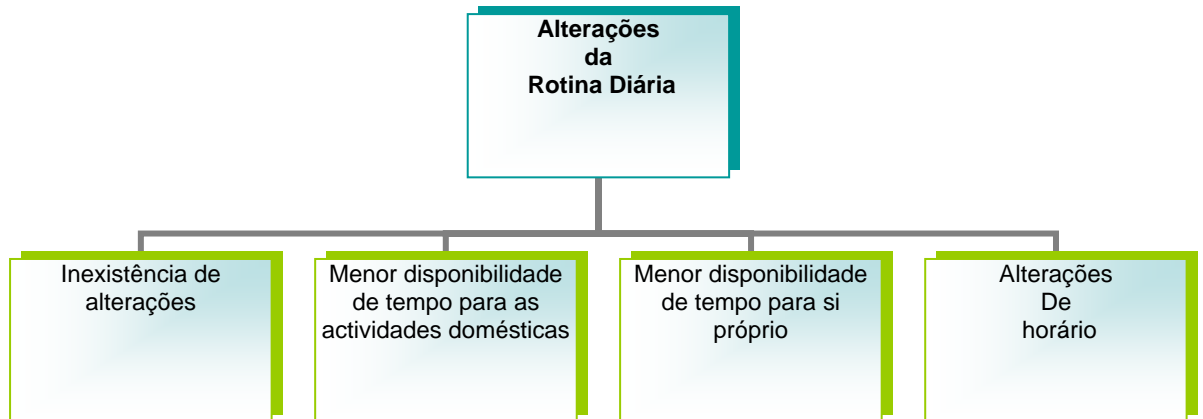


Fonte: Dados apurados através da análise de conteúdo das entrevistas realizadas no nosso estudo.

Uma investigação levada a cabo por Moreira (2001) sobre o doente terminal em contexto familiar, concluiu que cuidar de um familiar implica alterações significativas na vida familiar.

No que concerne às alterações da **rotina diária os C.I.F.P. (s)** consideram que pelo facto de cuidar têm uma **menor disponibilidade de tempo para si próprio** (12 segmentos de registo); **menor disponibilidade de tempo para execução das actividades domésticas** (11 segmentos de registo); **alterações dos seus próprios horários** (7 segmentos de registo). (Vide figura nº 16).

Figura nº 16- Alterações da Rotina Diária do C.I.F.P. derivado ao cuidar

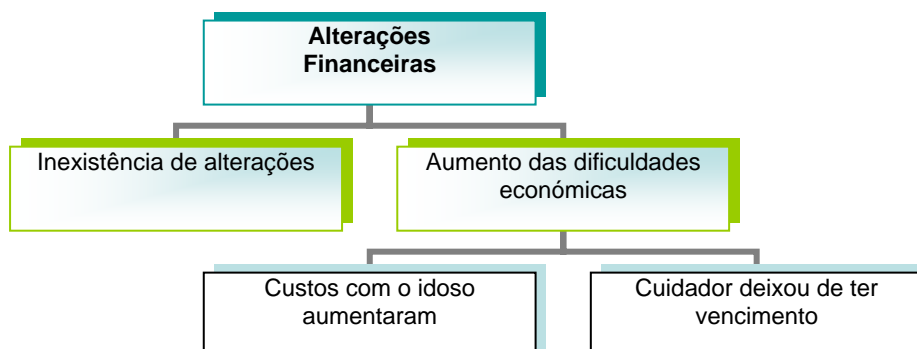


Fonte: Dados apurados através da análise de conteúdo das entrevistas realizadas no nosso estudo.

Relativamente às alterações manifestadas pelos C.I.F.P. (s) ao **nível financeiro** verificou-se um maior comprometimento da sua situação económica, devido essencialmente ao aumento do **custo com o idoso dependente** e pelo facto **dos C.I.F.P. (s) deixaram de ter um vencimento** proveniente do seu trabalho.

Embora com doze segmentos de registo alguns C.I.F.P. (s) consideram que **não houve alterações ao nível financeiro** “ (...) *financeiramente é a mesma coisa, porque os gastos que ela faz são pagos com a reforma dela e os meus e do meu marido com a reforma dele* (...) “ (E15) (vide figura nº 17).

Figura nº 17- Alterações financeiras na vida do C.I.F.P. pelo facto de cuidar do idoso



Fonte: Dados apurados através da análise de conteúdo das entrevistas realizadas no nosso estudo.

Estes dados vão de encontro a um estudo realizado por Martínez et al. (2000) que concluem que 35,8% dos cuidadores consideraram que a dependência do familiar provocava uma carga económica constante.

Um dos sectores igualmente afectados é o **profissional** devido essencialmente à forte exigência da prestação de cuidados ao idoso dependente por parte do C.I.F.P. levando a serem obrigados a **renunciar o emprego** “ (...) *ia à fazenda apanhar os feijões verdes, mas agora já não vou porque tenho que cuidar dele, ganhava aquelas tardes e agora não posso (...) tenho que estar aqui a olhar (...)*” (E19); **faltar ao trabalho** “ (...) *eu trabalho (...) nos dias que eu tenho que ir ao Hospital (...) não vou trabalhar (...)*” (E24) e ainda três dos entrevistados teve que **ajustar o horário de trabalho** de acordo com as necessidades do idoso dependente. “ (...) *ele não aceita pessoas estranhas à volta dele, por isso eu tive que trocar o meu turno de trabalho para estar até ao 12h00m para dar apoio ao meu pai (...)*” (E25) (Vide figura nº 14).

Martínez et al. (2000) também constataram que a actividade de cuidar tinha repercussões a nível profissional, 61% afirmaram que foram obrigados a mudar de emprego ou de ocupação, 15,4% tiveram que abandonar a actividade profissional que desempenhavam e 18,5% perderam a oportunidade de ter outro tipo de emprego.

Segundo Gonçalves (2002) se o dinheiro é limitado para o C.I.F.P., outras pessoas da família terão que ajudar com os custos dos cuidados, o que causa, muitas vezes, cargas a todos os membros da família. Embora no nosso estudo apurámos que apenas um dos C.I.F.P. (s) recebem ajuda dessa natureza.

Figura nº 18- Alterações profissionais na vida do C.I.F.P. face ao cuidar

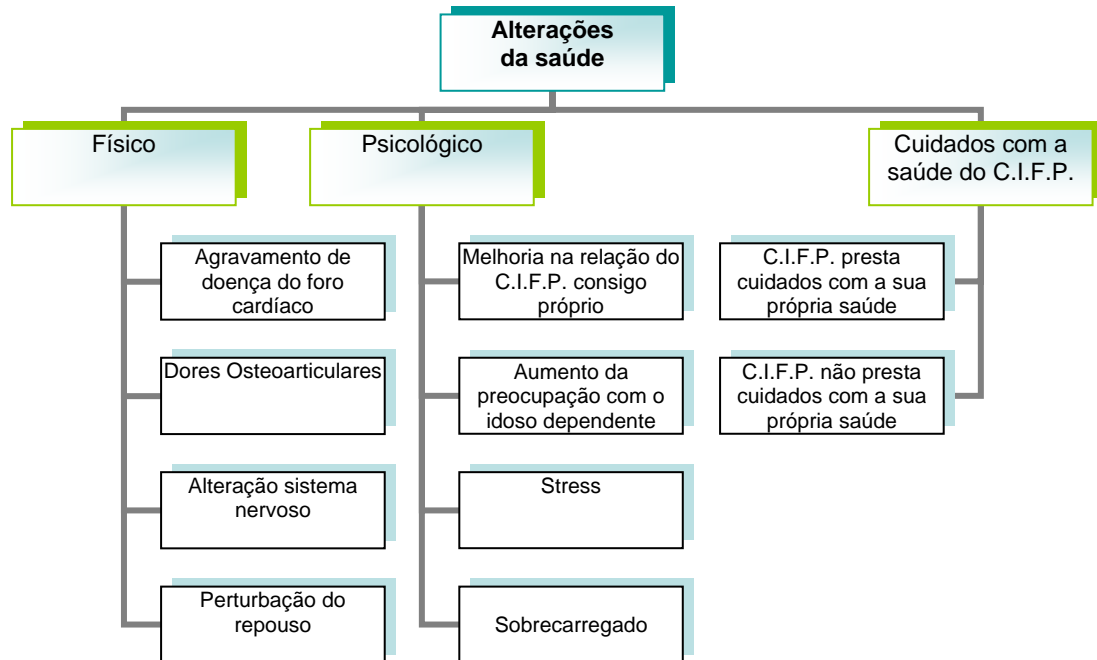
Fonte: Dados apurados através da análise de conteúdo das entrevistas realizadas no nosso estudo.

No que se refere às alterações identificadas pelos C.I.F.P. (s) surgem- nos alterações no campo da **saúde**, que por sua vez, repercutem-se no domínio físico e psicológico.

No domínio **físico** foram referidas pelos C.I.F.P. (s): alterações do foro cardíaco; agudização das dores osteo-articulares; alterações do sistema nervoso.

No domínio **psicológico** com onze segmentos de registo, apuramos uma melhoria na relação do C.I.F.P. consigo próprio, um aumento da preocupação com o idoso dependente, especificamente acerca do futuro (quem cuidará caso o C.I.F.P. não possa), stress e sobrecarga (figura nº 19).

Figura nº 19- Alterações da saúde do C.I.F.P. pelo facto de cuidar do idoso



Fonte: Dados apurados através da análise de conteúdo das entrevistas realizadas no nosso estudo.

De acordo com Marques (2006) no seu estudo a cuidadores concluiu que os cuidadores informais são acometidas por problemas de saúde, como doença da coluna (75%), varizes (50%), artrite (37,5), obesidade (35%), osteoporose (25%), rinites alérgica (25%) e hipertensão arterial (12,5%).

Como refere Paul (1997) as investigações têm revelado que os C.I.F.P. (s) têm uma qualidade de vida mais baixa e uma saúde mais fraca do que a população em geral.

Parece-nos que a prestação de cuidados é uma ameaça à saúde do próprio bem-estar do C.I.F.P., pelo que é necessário uma articulação entre os apoios formais e informais de forma a serem dadas respostas de acordo com as necessidades dos idosos dependentes e seus cuidadores (Pimentel, 2001).

Em relação às alterações ao nível **social**, verificamos a **inexistência de alterações**, com oito segmentos de registo, “ (...) o facto de estar a cuidar dos meus pais (...) isso não interfere muito. Se tiver que ir a algum lado eu faço as coisas de maneira que eu possa ir (...) ” (E11). Com dezoito segmentos de registo

surge-nos a **restrição do contacto social**, “ (...) eu gostava de ir de férias. Mas como é que eu faço, não pode ser ninguém da fora (...) gostava muito de ir a pé a Fátima, porque tenho uma promessa para ir, mas não posso (...)” (E2) (Vide figura nº 20).

Figura nº 20- Alterações sociais na vida do C.I.F.P. pelo facto de cuidar do idoso



Fonte: Dados apurados através da análise de conteúdo das entrevistas realizadas no nosso estudo.

Por último ainda dentro da sub-categoria restrição do contacto social, apuramos alterações ao **nível da prática religiosa** na vida dos C.I.F.P.(s), com nove segmentos de registo, alguns dos nossos entrevistados têm que deixar de praticar, “ (...) *antigamente íamos todas as semanas à missa (...) mas como ele já não pode ir, vimos a missa na televisão (...) eu gostava muito de ir à missa (...)* “ (E4). Uma investigação desenvolvida por Moreira (2001) sobre o doente terminal em contexto familiar concluiu que as prestadoras de cuidados restringem a sua vida social.

A utilização da escala de sobrecarga- *Zarit Caregiver Burden Interview* - é um instrumento para identificar potenciais desgastes. A presença de doença por si só já torna o cuidador mais vulnerável. Essa vulnerabilidade, associada à sobrecarga decorrente do acto de cuidar, torna o cuidador mais susceptível a desenvolver ele próprio incapacidades e dependência com o passar dos anos. A escala permitiu-nos complementar os dados, embora notássemos que os C.I.F.P. (s) estavam mais descontraídos na entrevista do que com a aplicação da escala.

A maioria dos entrevistados (56,7%) não pensa que os seus familiares pedem mais ajuda do que necessitam.

A amostra apresentou-se bastante dividida quando os C.I.F.P. (s) inquiridos sentem que deixam de ter tempo suficiente para si mesmo em consequência do tempo gasto no cuidado com o idoso dependente, já que 40% relataram que têm esse sentimento “frequentemente”, 26,7% “sempre”, 20% “nunca”.

As opiniões também se dividem em relação ao sentirem-se stressados entre cuidar do familiar e outras responsabilidades com a família e o trabalho: 33,3% manifestaram sentir-se “sempre” stressados 23,3% “algumas vezes” e 20% referem “nunca”.

Relativamente ao C.I.F.P. sentir-se envergonhado (a) com o comportamento do idoso dependente, 76,7% refere que “nunca. A grande maioria (83,3%) dos C.I.F.P. referiu que “nunca” se sentem irritados quando o idoso dependente está por perto.

A maioria dos entrevistados referiu que o idoso dependente “nunca” afectou negativamente os seus relacionamentos (70%).

Dos C.I.F.P. (s) inquiridos verificou-se que 36,7% referem terem receio pelo futuro do idoso dependente, 30% “algumas vezes”.

A quase totalidade dos C.I.F.P. (s) (90%) salientam que o idoso depende “sempre” destes.

Dos 30 entrevistados, a maioria (70%) considera “nunca” se sente tenso (a) com a proximidade do idoso dependente.

Ao nível da saúde 43,3% dos C.I.F.P. (s) consideram que a sua saúde foi afectada por causa do seu envolvimento com o idoso dependente, 26,7% referiu “algumas vezes”, 16,7% “raramente” e 13,3% “sempre”.

Ao nível da sua própria privacidade 30% dos C.I.F.P. (s) consideram que não têm tanta privacidade como gostariam pelo facto de prestar cuidados ao idoso dependente. 26,7% “algumas vezes”, 23,3% “frequentemente”.

Em relação à vida social, os C.I.F.P. (s) consideram que a mesma foi afectada, 26,7% referem “sempre”/ “frequentemente”; 20% “nunca”; 13,3% “raramente”; “algumas vezes”.

Ao nível dos C.I.F.P. (s) não sentirem vontade de ter visitas em casa a maioria (66,7%) consideram que “nunca” tem interferência; 16,7% refere o oposto “sempre”.

Dos 30 C.I.F.P. (s) inquiridos, 70% têm noção que o idoso dependente espera que C.I.F.P. cuide dele, como se fosse a única pessoa de quem ele/ ela possa depender.

A sensação de não ter dinheiro suficiente para prestar os cuidados ao idoso dependente, não foi identificada pela grande maioria dos entrevistados. Dado que 40% mencionaram “nunca”, 26,7% “raramente”. Apenas 20% referiu “algumas vezes”.

Quando questionados se achavam que seriam incapazes de prestar cuidados por muito mais tempo, 46,7% revelou que “nunca” teve essa sensação, 30% referiu que “algumas vezes”, 16,7% “raramente”. Apenas 6,7% considerou “frequentemente” e 3,3% “sempre”.

A grande maioria (73,3%) considera que não perdeu o controlo da sua vida desde a doença do idoso dependente. Apenas 6,7% consideraram ter essa sensação “frequentemente”; 3,3% “algumas vezes”; 3,3% “sempre”.

Do total dos entrevistados a maioria (76,7%) referiu que “nunca” teve a sensação de deixar de cuidar para que outra pessoa o fizesse.

Relativamente à questão de sentirem dúvidas sobre o que fazer com o idoso dependente as opiniões encontram-se divididas, 46,7% consideram que “nunca” sentiram dúvidas, já 40% dos C.I.F.P. (s) referiram que sentiram algumas vezes.

Apenas 1,1% dos inquiridos consideram que deveriam estar a fazer mais pelo idoso dependente. De igual valor (3,3%) referir que poderiam cuidar melhor do idoso a cargo.

Ao nível dos C.I.F.P. (s) considerarem que poderiam cuidar melhor do idoso dependente 96, 70% referem que “nunca” e apenas 3,30% “raramente”.

Para os C.I.F.P., o sentimento de estarem sobrecarregados foi considerado por 43,3% como sendo “muito”; seguidamente 30% um “pouco”. Salienta-se que apenas 3% dos C.I.F.P. (s) sentem– se “extremamente” sobrecarregados.

Ao nível da avaliação do total de score da escala aplicada à amostra em estudo, verificamos que 33% encontram - se na “carga ligeira”, com 30% “moderada severa” com 33%, 27% manifestaram a “inexistência de carga” e 10% enquadra-se na “carga severa”.

CONCLUSÃO

“A vida sem reflexão não merece ser vivida”

Desconhecido

Numa sociedade cada vez mais envelhecida, o aumento das necessidades de apoio aos idosos surge como um dos problemas fulcrais nas políticas sociais dos países desenvolvidos. Sendo a família reconhecida como a célula básica da sociedade, seria necessário e fundamental protegê-la e reforçá-la de acordo com o sistema de valores culturais próprios de cada sociedade, para ajudar a responder às necessidades dos membros idosos.

Relativamente aos resultados do nosso estudo, parece-nos importante evidenciar as principais conclusões a que chegamos. As mesmas emergem da análise e interpretação dos dados, das questões formuladas, dos objectivos propostos e do enquadramento teórico estruturador da investigação. Salientamos que apesar dos resultados que obtivemos coincidirem com os que se conhecem acerca desta problemática, não poderão ser extrapolados à população em geral, mas podem ser utilizados 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 permitiu validar diversas informações.

Os dados recolhidos no nosso estudo permitem-nos conhecer dois aspectos: 1º As vivências sentidas por parte dos C.I.F.P.(s) ao cuidarem de um familiar idoso em situação de dependência; 2º Alterações manifestadas na vida desses cuidadores. Para além disso possibilitou-nos aprender um pouco mais acerca do processo que envolve o cuidar, levando-nos à reflexão da realidade, muitas vezes ignorada pela própria sociedade e afastada do centro das discussões familiares e do quotidiano das actividades dos profissionais de saúde.

Consideramos que os resultados deste estudo são um importante contributo para o conhecimento dos prestadores de cuidados informais familiares, e uma análise dos resultados possibilita o surgimento de conclusões.

No nosso estudo emergiram as seguintes conclusões:

Devido essencialmente à severa exigência do cuidar, a coabitação é geralmente a característica central, pelo menos em termos de definição de prioridades e de obrigações. A situação de coabitação no nosso estudo provavelmente surgiu através do casamento ou devido ao idoso necessitar de ajuda (após dependência), embora alguns dos C.I.F.P. (s) possam não coabitar com o idoso dependente residem a uma distância muito próxima, possível de ir a pé ou habitam no mesmo edifício/lado ou vivem a 10 minutos de carro.

Apuramos que a maioria dos inquiridos coabitam com o idoso em diferentes espaços de tempo: 1º a partir de 50 anos; 2º entre 6 meses a 10 anos. A maioria dos cuidadores cuida os sete dias da semana, dedicando-se entre 16 a 19 horas do seu tempo.

Ao nível do tipo de cuidados prestados pelo C.I.F.P. ao idoso dependente surgem com maior incidência os de natureza física/pessoais; domésticos; emocional/psicológico; social e com menor evidencia o apoio ao nível financeiro, situação que poderá estar relacionada com o facto de alguns dos inquiridos não terem rendimentos próprios.

O apoio cedido pela rede informal do idoso dependente/ C.I.F.P. com maior incidência é ao nível emocional/ psicológico. Os familiares que colaboram mais com os C.I.F.P. na tarefa de cuidar são os maridos/esposas e filhos, que são considerados os familiares mais directos. Tendo em conta que o cuidado ao idoso dependente envolve outras áreas além deste apoio os C.I.F.P. (s) continuam a manifestarem como necessidade premente o aumento da ajuda por parte da rede informal.

Metade dos inquiridos recorrem ao apoio formal como auxílio na actividade de cuidar (apoios fornecidos por parte de empregadas particulares e instituições particulares de solidariedade social de apoio à terceira idade).

No que respeita à avaliação do grau de dependência, na óptica dos C.I.F.P. (s), os resultados mostram que a grande maioria dos casos são considerados idosos com elevada dependência.

Os **motivos que levaram os C.I.F.P. (s) a aceitar cuidar do idoso dependente** foram o agravamento do estado de saúde do idoso, dever/obrigação sentido pelos C.I.F.P. (s), a ausência de outra resposta e podemos ainda evidenciar o afecto/reciprocidade.

As **dificuldades identificadas pelos entrevistados** foram fadiga, doença por parte do C.I.F.P., sobrecarga ligada ao tipo de trabalho executado, à não-aceitação do estado de dependência do idoso por parte do C.I.F.P., o aumento do stress, o aparecimento de sentimentos classificados como negativos (prisão, solidão, tristeza, ambivalência e culpa), a insuficiência de apoio prestado pela rede formal e a própria rejeição do apoio formal pelo idoso dependente foram outras das dificuldades apresentadas. Essas dificuldades poderão estar relacionadas com o grau de dependência do idoso.

Nos discursos reconhecemos que os C.I.F.P. (s) identificam alguns **aspectos gratificantes na prática do cuidar**, evidenciando o sentir das suas obrigações/deveres cumpridos, a preocupação manifestada pelos familiares relativamente a si próprio e a satisfação ao visualizar o bem-estar do idoso dependente

Outro aspecto do nosso estudo diz respeito às **facilidades/ apoios** que possuem os C.I.F.P. (s) ao cuidarem do idoso dependente. Uma das facilidades identificadas está relacionada com a experiência anterior do C.I.F.P. (s) em cuidar de outros idosos.

Os apoios identificados pelo C.I.F.P. passam ainda pela existência de apoio ao nível informal e formal. E por último, o apoio oferecido pela entidade patronal onde o C.I.F.P. desempenha a sua actividade profissional.

As **razões identificadas pela não institucionalizarem do idoso dependente** por parte do C.I.F.P. passam por motivos de ordem social (insatisfação com o apoio prestado pela própria Instituição) e psicológico (rejeição do próprio C.I.F.P., idoso e restantes familiares).

Ao nível da **relação anteriormente estabelecida entre o C.I.F.P. e o idoso dependente (anterior à dependência)**, por um lado, era de aproximação, por outro, em alguns casos era caracterizada como sendo uma relação problemática.

Após a situação de dependência, verificámos que em algumas situações a relação entre o C.I.F.P. e o idoso dependente não sofreu alterações, mas em alguns casos existiu um aumento dos conflitos.

As **necessidades** identificadas passam pelo maior apoio por parte da rede informal familiar e formal.

As **estratégias de coping** são de natureza interna e externa. Ao nível interno o C.I.F.P. apresentou com maior evidência a aceitação da situação. Ao nível externo com maior incidência, a ajuda através da religião e a execução de actividades de lazer.

As mudanças sentidas na vida dos C.I.F.P. (s), pelo facto de prestarem cuidados ao idoso dependente, revelam-se pelos seguintes aspectos:

a) Alterações ao nível familiar na rede de apoio informal familiar através de uma maior aproximação da família ao C.I.F.P./ idoso dependente; afastamento de alguns elementos da rede informal familiar; mudança na funcionalidade da família; alteração de residência do idoso dependente/ C.I.F.P.; alteração no apoio prestado por parte do C.I.F.P. aos seus familiares; aumento dos conflitos entre os demais elementos da família.

b) Alterações ao nível da rotina diária com menor disponibilidade de tempo para si próprio, menor disponibilidade de tempo para execução das actividades domésticas e alterações dos seus próprios horários.

c) Alterações ao nível financeiro foram identificadas sobretudo, derivado ao facto do idoso dependente sofrer um aumento significativo nas suas despesas e os C.I.F.P. deixaram de ter vencimento proveniente do seu trabalho.

d) Alterações profissionais renúncia do emprego, faltas ao trabalho, ajustamento do horário de trabalho.

e) Alterações na saúde com repercussões no domínio físico (foro cardíaco, agudização das dores osteoarticulares, alterações ao nível psicossomático) e no domínio psicológico (melhoria na relação do C.I.F.P. consigo próprio, aumento da preocupação pelo facto de não poder assegurar o cuidar ao idoso dependente, stress e sobrecarga).

f) Alterações ao nível social identificadas passam pela restrição do contacto social.

Através da escala (*Zarit Caregiver Burden Interview*) apuramos que 40% dos C.I.F.P. (s) entrevistados apresentam uma elevada sobrecarga total, com pontuação mais elevada para a sobrecarga moderada e sobrecarga severa.

Assim sendo os cuidadores informais familiares principais mostram que assumem responsabilidades além dos seus limites físicos e emocionais, motivo pelo qual necessitam de ser apoiados, valorizados e reconhecidos pelo trabalho que executam.

Em conclusão o cuidado ao idoso dependente influencia o quotidiano dos C.I.F.P. (s) transformando o seu próprio contexto de vida. Portanto consideramos fundamental a adopção de estratégias para melhorar a qualidade de vida dos prestadores de cuidados e idosos dependentes.

Promover políticas sociais destinadas a encorajar a manutenção da solidariedade familiar entre as gerações, com a participação de todos os elementos da família. Seria também necessário realçar o papel que as organizações não governamentais podem desempenhar e a contribuição que elas podem dar a todos os níveis no reforço da família enquanto célula.

Fomentar a participação da comunidade de forma à criação de planos estratégicos de intervenção, apoiados num incentivo do voluntariado como resposta possível para combater o isolamento social de alguns idosos e/ou auxiliar os C.I.P.F. (s).

Melhorar/ criar serviços que permitissem manter as pessoas com perdas de funcionalidade ou em risco de as perder no domicílio, de modo a retardar a institucionalização de pessoas idosas. Como proposta consideramos que deveria existir uma melhoria dos cuidados prestados ao nível do apoio domiciliário e de centros de convívio e de dia, por exemplo a criação de respostas nocturnas através de “piquetes de urgência”, criação de centros de noite, respostas temporárias em lar ou meio hospitalar.

Aumentar a participação do sistema de saúde principalmente através dos cuidados de saúde primários, para que assumem um papel preponderante, na educação para a saúde, no sentido de incentivar, a promoção de comportamentos saudáveis de vida adiando o aparecimento de situações de dependência.

Por último capacitar os C.I.F.P. (s) e outros familiares da rede informal em relação às necessidades e problemas de saúde dos dependentes com o intuito de melhorar o cuidado prestado e, conseqüentemente, a qualidade de vida dos assistidos (por exemplo implementação de programa de apoio aos cuidadores, para que possam enfrentar com mais facilidade as dificuldades surgidas no

processo de cuidar; compreender as distintas alterações presentes na velhice; desenvolver procedimentos que facilitem a relação com o idoso no dia-a-dia).

BIBLIOGRAFIA

ABRANTES, M. C. E. S. (2003) - Cuidados e cuidadores – Um estudo sobre os prestadores de cuidados em casa. Lisboa: Dissertação de Mestrado em Comunicação em Saúde, Universidade Aberta.

ALARCÃO, M. (2006) - (Des) Equilíbrios Familiares: uma visão sistémica. Coimbra: Quarteto. 372.

ALMEIDA, J. F.; et al. (1990) - A investigação nas ciências sociais. Lisboa: Editorial Presença.

ALMEIDA, M. L. N. P. A. (2003). Idosos institucionalizados estudo comparativo em comunidade rural e urbana. Lisboa: Dissertação de Mestrado em Comunicação em Saúde, Universidade Aberta.

ALMEIDA, T. L. (2005) - Características dos cuidadores de idosos dependentes no contexto da saúde e da família. Riberão Preto: Dissertação da Universidade de São Paulo.

AMENDOLA, F. (2007) - Qualidade de vida de cuidadores de pacientes com perdas funcionais e dependência atendidos em domicílio pelo programa saúde da família do município de São Paulo. São Paulo: Dissertação do Mestrado em Enfermagem da Universidade de São Paulo, Escola de Enfermagem.

ARAÚJO, H. S. (1994) – O divórcio na família com filhos – uma perspectiva sistémica- In SAMPAIO, D.; et al (1994) - Família: Saúde e Doença. Lisboa: Instituto de Clínica Geral da Zona Sul, 37-59..

ATKINSON, L.D.; et al. (1989) .- Fundamentos de enfermagem: Introdução ao processo de enfermagem. Rio de Janeiro: Gusnsbsrs Koogan.

AUGUSTO, M. J (1994) – Crises familiares. In SAMPAIO, D.; et al (1994) - Família: Saúde e Doença. Lisboa: Instituto de Clínica Geral da Zona Sul, 37-48.

AUGUSTO, F.; et al. (2004) - Atendimento domiciliar ao idoso: problema ou solução. Rio de Janeiro: “*Cadernos de Saúde Pública*”, July/ Aug, Vol nº 4, 55-89.

BARDIN, L. (1997) - Análise de Conteúdo. Lisboa: Edições 70.

BEAUVOIR, S. (1970) - La Vieillesse. Paris: Gallimard.

BELL, J. (1997) – Como realizar um projecto de investigação. Lisboa: Edições Grávida.

BERGER, L.; et al. (1995) - Pessoas Idosas: Uma abordagem global. Lisboa: Lusodidacta, 594.

BERNARDO, M. H. C. (1987) - Para melhor actuar no âmbito de uma instituição. In Pessoas Idosas e Comunicação. Lisboa: Direcção Geral de Acção Social.

BIZE, P. R.; et al. (1985) - Uma vida nova: A terceira idade. Lisboa: Editora Verbo. 240.

BOCCHI, S. C. M. (2004) - Vivenciado a sobrecarga ao vir a ser um cuidador familiar de pessoa com acidente vascular cerebral (AVC): Uma análise de conhecimento. “*Revista Latino em Enfermagem*”. Ano I, Nº 12 (Janeiro – Fevereiro). 115-21.

BORN, T.; et al. (2000) – Gerontologia: A velhice e o envelhecimento em visão globalizada. São Paulo: Ed. São Paulo, Atheneu.

BLACK, J. M.; et al. (1996) – Luckman e Sorensen – Enfermagem Médico – Cirúrgica – Uma abordagem psicológica. Rio de Janeiro: Editora Guanabara Koogan S.A., 635 – 656.

BRIS, H. J. (1994) – Responsabilidade familiar pelos dependentes idosos nos países das comunidades europeias. Lisboa: Conselho Económico e Social. 204.

BRITO, M. E. C. (2003) - Cuidar da pessoa idosa em casa: Uma perspectiva dos prestadores de cuidados formais. Lisboa: Dissertação de Mestrado em Comunicação em Saúde, Universidade Aberta.

BROCKLESTURST, (1979), in NETTO, M. P. (2000) - Gerontologia – A velhice e o envelhecimento em visão globalizada. São Paulo: Editora São Paulo, Atheneu.

BRODY, E. M.; et al. (1994) - Marital status of daughters and patterns of parent care. “*Journal of Gerontology*”, Vol. 49. Nº 42, 95-103.

BROWN, F. H. (1995) - As mudanças no ciclo de vida familiar: Uma estrutura para a terapia familiar. Porto Alegre: Artes Médicas.

CALDAS, C. P. (2002) - Contribuindo para a construção da rede de cuidados trabalhando com a família do idoso portador do síndrome demencial. "Textos sobre Envelhecimento": Rio de Janeiro: Universidade Aberta da Terceira Idade Unati, V 4, nº 8.

CARDOSO, A.; et al. (2004) - Fisioterapia/ qualidade de vida nos idosos internados no lar Sagrada Família. Lisboa: Monografia de Licenciatura, Escola Superior de Tecnologias da Saúde de Lisboa.

CARMO, H.; et al. (1998) - Metodologia da Investigação - Guia para Auto -aprendizagem. Lisboa: Editora Universidade Aberta.

CARREIRA, H. M. (1999) - O Estado e a Segurança Social. "Cadernos do Público": Porto: Ed. Banco, Port. Invest., nº4, 9-22.

CARVALHO, V. F., et al. in NETTO, M. P. (1999) - Depressão do idoso, Gerontologia- A Velhice e o Envelhecimento em visão globalizada. SãoPaulo: Editora Atheneu.

CARVALHO, M. I. L. (2006) - Orientações da Política de cuidados às pessoas idosas e dependentes: Modelo de cuidados em Portugal e nalguns países europeus. Lisboa: I Congresso Internacional sobre Gerontologia- Viver para sempre, Instituto Superior de Ciências Educativas.

CATTANI, R. B.; et al. (2004) - Cuidar do idoso no domicílio na voz de cuidadores familiares. "Revista Electrónica de Enfermagem", V. 06, nº 02, 254-271.

COLLIÉRE, M. F. (1989) - Promover a vida: da prática das mulheres de virtude aos cuidados de enfermagem. Lisboa: Sindicato dos Enfermeiros Portugueses.

COLLIÉRE, M. F. (1999) – Promover a vida: Da prática das mulheres de virtude aos cuidados de Enfermagem. Coimbra: Lidel ed. Técnicas e Sindicato dos Enfermeiros Portugueses.

CORREIA, C. S. L. (2007) – Adesão e gestão do regime terapêutico em diabetes tipo 2: O papel do suporte social e da satisfação com os cuidados de enfermagem. Lisboa: Dissertação de Mestrado em Comunicação em Saúde, Universidade Aberta.

COSTA, J. A.; et al. (s/d) - Dicionário da Língua Portuguesa. Porto: Porto Editora.

COSTA, M. A; et al. (1999). O idoso: problemas e realidades. Coimbra: Formasau.

COSTA, M. A. (2002) - Cuidar idosos. Formação, práticas e competências dos enfermeiros. Coimbra: Co - edição Educa e Formassau.

CHAMBEL, S. et al (2003) - Cuidar do Idoso na Instituição. Portalegre: Escola Superior de Enfermagem de Portalegre, 44.

DANIELSON, C. B.; et al. (1993) - Families, health and illness: Perspectives on coping and intervention. St Louis, XVIII.

DECRETO LEI nº 391/1991, de 10 de Outubro.

DECRETO LEI nº 60/ 2003, de 1 de Abril.

DECRETO LEI Nº 101/2006, 6 de Junho.

DE LA RICA, M.; et al. (1994) - Cuidadores del anciano demente. “*Revista ROL de Enfermaría*”. Barcelona. Ano 17, nº 187 (Março).

DEPARTAMENTO ESTATÍSTICAS CENSITÁRIAS DA POPULAÇÃO (2002) - O envelhecimento em Portugal: situação demográfica e sócio económica recente das Pessoas Idosas. “*Revista de Estudos Demográficos*”. Lisboa. INE, Nº.32, 185-208.

DESPACHO CONJUNTO nº 407/98: D.R. *II Série*, 18-06-1998 (18). 8328- 8332.

DINIS, R.P.A.B. (2006) - A família do idoso: o parceiro esquecido? Cuidar do idoso hospitalizado em parceria com a família, perspectivas dos enfermeiros. Lisboa: Dissertação de Mestrado Comunicação em Saúde, Universidade Aberta.

DOMÍNGUEZ - ALCÓN, C. In: S:TAAB, A. S.; et al. (1997) - Famílias, cuidados informales y políticas de vejez. “*Enfermería gerontológico*”. México: McGraw- Hill.

DIOGO, M. J.K.; et al. (2004) - Orientações para as idosas que cuidam de idosos no domicílio: Relato de Experiência. “*Revista Escola de enfermagem*”, 97-102.

DURÁN, M. A. In Durán, M. A. (1998) - El cuidado de la salud - De puertas adentro. Madrid: Instituto de la Mujer.

DREYFUS, F.G.; et al. (1980 - 1996) - História geral da Europa de 1789 aos nossos dias. Lisboa: Public. Europa-América, Biblioteca da História nº3.

DROBOF, R.; In Calkins, E., et al. (1997) - Sistemas de suporte social - Geriatria prática. 2ª Ed. Rio de Janeiro: Revinter.

ECO, U. (1993) - Como se Faz uma Tese em Ciências Humanas. Lisboa: Editora Presença.

ENCICLOPÉDIA LUSO - BRASILEIRA DE CULTURA (s/d) Lisboa: Editorial Verbo, Vol 1, 6, 16, 17 e 18.

EUROPEAN COMMISSION, (1999) - Reconciliation of Work Family Life and The Quality of Care Services. "*Employment and Social Affairs*". Bruxelas: Comissão Europeia.

EUROPEAN COMMISSION, (2000) - Reconciliation of Work Family Life and The Quality of Care Services. "*Employment and Social Affairs*". Bruxelas: Comissão Europeia.

ESCUREDO, R. B. D. Á., et al. (2001) – Cuidadores informales: necesidades y ayudas. "*Revista ROL de Enfermería*". Barcelona: Vol. 24, nº 3 (Marzo), 183-189.

FERNANDES, A. A. (1994) - Sobrecarga física e emocional e social nos cuidadores informais de doentes com AVC. "*Sinais Vitais*". Nº 43 (Julho), 31-35.

FERNANDES, A. A. (1997) - Velhice e sociedade, demografia, família e políticas sociais em Portugal. Oeiras: Celta Editora.

FERNANDES, A. A. (1999). A família. Lisboa, Vol. 4, 52-53.

FERNANDES, A. A. (2000) – Reforma velhice e cidadania: dúvidas e certezas de um contrato social. "*Cadernos de Política Social*". Ed. da APSS.

FERREIRA, D., in Comunicações, (2001). 1.ºas Jornadas de Gerontologia, Geriatria e Gerontopsiquiatria da Costa azul "*Realidades/Perspectivas para o Futuro*". Seixal, 12 e 13 de Junho.

FERREIRA, M. P. M. (2002). O Utente idoso conhecer para melhor comunicar e intervir. Lisboa: Dissertação de Mestrado em Comunicação em Saúde, Universidade Aberta.

FERREIRA, A. M. L. (2005) – A feminização na prestação de cuidados a familiares idosos: uma análise na vida da mulher cuidadora. Coimbra: Dissertação de Mestrado em Família e Sistemas Sociais, Instituto Miguel Torga.

FONSECA, A. M. (2000) - Efeitos psicológicos da reforma. “*Revista Cidade Solidária*”.5ª Ed. Santa Casa da Misericórdia de Lisboa. 68-71.

FONSECA, A. M. (2004) - O Envelhecimento - Uma Abordagem Psicológica. Lisboa: Universidade Católica Portuguesa.

FONTAINE, R. (2000) - Psicologia do envelhecimento. Lisboa: Climepsi.

FORTIN, M. F. (1996) - O Processo de investigação: da concepção à realização. Loures: Lusociência, Edições Técnicas e científicas, Lda.

FORTIN, M. F. (1999). O Processo de investigação: Da concepção à realização. Loures: Lusociência.

FORTIN, M. F. (2000) - Métodos de amostragem. In FORTIN, M. F. - O Processo de Investigação; da concepção à realização. Loures: Lusociência.

FUNDAÇÃO EUROPEIA PARA A MELHORIA DAS CONDIÇÕES DE VIDA e DE TRABALHO (1994) - Responsabilidade familiar pelos dependentes idosos nos países das comunidades europeias. Lisboa: Conselho Económico e Social.

GALLANT, M.P.; et al. (1998). – The stress process among dementia spouse caregivers. *Research on Aging*. 20, 267-288

GAULLIER, X. (1998) - La Deuxième Carrière. Paris: Ed. Du Seuil.

GIL, A. C. (1995) - Métodos e técnicas de pesquisa social. São Paulo: Atlas.

GIL, A. P. M. (1999) - Redes de Solidariedade Intergeracionais na Velhice. In Associação Portuguesa de Segurança Social – “*Cadernos de Política Social*”. 92-114.

GIRARDON-PERLINI (2005) - Cuidar de pessoa incapacitada por acidente vascular cerebral no domicílio: o fazer do cuidador familiar. “*Colecção trabalhos académicos - científicos*”. Série Dissertações de Mestrado, Ijuí: Unijuí, 19.

GOFFMAN, E., (1957) - The Characteristics of Total Institutions”, em Symposium on Preventive and Social Psychiatry. Washington: Instituto de Pesquisas do Exército Walter Reed, D.C., 15-17.

GONÇALVES, L. O. (2002) - Cuidadores primários familiares dos idosos atendidos na clínica escola de fisioterapia da universidade do vale do Itajaí, univali. Florianópolis: Dissertação de pós - graduação em Engenharia de Produção da Universidade Federal de Santa Catarina

GÓNGORA, J. N. (1996) - Famílias com personas discapacitadas: características y fóumulas de intervnección. Junta de Castilha y Leon.

GRAÇA, A. et al. (2005) – Auto - conceito em cuidadores formais e índices de qualidade de vida dos utilizadores de instituições de apoio á terceira idade, em regime de internamento. Portalegre: Monografia de Enfermagem, Escola Superior de Enfermagem de Portalegre.

GRATÃO, A. C. M.; et al. (2006) – Demanda do cuidador familiar com idoso demenciado. Ribeirão Preto: Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo.

GRILO, E. N.; et al. (2005) - A outra face do cuidar. Lisboa: Dissertação de Mestrado, Universidade Aberta

GUIMARÃES, P., (1999). Direito e direitos e idades da vida. “*Dossier: Gerações da Vida, Intervenção Social*”. Lisboa: n.º 20.

HAZAM, H. (1994) - Old Age. Constructions and deconstructions. Cambridge: University Press. 24.

HESPANHA, M. J. (1993) - Para além do estado: a saúde e a velhice na sociedade providência. In Santos, B.S.- Portugal: um retrato singular. Porto: Edições Afrontamento.

HERR e W., (1079) in M. P. (2000) - Gerontologia – A Velhice e o Envelhecimento em Visão Globalizada. São Paulo: Edições São Paulo, Atheneu.

HOWARD, C. W. (1948) - Dicionário de psicologia. México- Buenos Aires: Fondo de Cultura Económica.

HORTELÃO, A. P. S. (2003). Qualidade de vida e envelhecimento: Estudo comparativo de idosos residentes a comunidade e idosos institucionalizados na região de Lisboa. Lisboa: Dissertação de Mestrado em Comunicação em Saúde, Universidade Aberta.

IMAGINÁRIO, C. (2004) - Idoso dependente em contexto familiar. Coimbra: Formasau.

JACOB, L. (2001) -. A Velhice. Lisboa: Dissertação de Mestrado, Instituto Superior de Ciências do Trabalho e da Empresa.

JOSÉ, S. J.; et al. (2002). Trabalhar e cuidar de um idoso dependente: Problemas e soluções. Lisboa: Instituto de Ciências Sociais da Universidade de Lisboa.

KORENZ, A. K (1998) - Analisando o impacto nos cuidadores dos cuidados prestados ao paciente idoso. In <http://www.ee.usp.br/graduação/monografia/1998/471517.html>.

KOVACS, M. J. (2005) - Educação para a morte. "*Psicol. cienc. prof.*", set., vol.25, no.3, 484-497.

LAKATOS, E. M.; et al. (1996) - Sociologia geral. São Paulo: Atlas.

LAZARUS, R.S.(1991) - Emotion and adapation. New York: Oxford University Press.

LEÃO, C. M. (2000) - Utentes com apoio domiciliário: Que cuidados de enfermagem?. Portalegre: Escola Superior de Enfermagem de Portalegre.

LIMA, M. P. (2004). Posso participar? Actividades de desenvolvimento pessoal para idosos. Porto: Ambar.

LORIAUX, M., in M. L. Q. (2001) - Melhorar a qualidade de vida das pessoas idosas. Lisboa: Futurando, n.º2, Maio 2001. 3-5.

MACHADO, P., (1994). A Cidade Maior - Para Uma Sociologia da Velhice na Cidade de Lisboa. Sociologia Problemas e Práticas. Lisboa: Centro de Investigação e de Estudos de Sociologia, ISCTE, 15. 21-52.

MAGALHÃES, E. E. (2005) - Envelhecimento Demográfico: Novos Desafios. Workshop – UTAD: Instituto Politécnico de Bragança, Escola Superior de Saúde.

MARQUES, S. (2000) - Cuidadores familiares de idosos: relatos de histórias. São Paulo: Dissertação de Mestrado, Universidade de São Paulo.

MARQUES, S. C. L. (2007) - Os cuidadores informais de doentes com AVC. Coimbra: Forsmasau.

MARTINEZ, A.; et al. (2000) - Sobrecarga de los cuidadores familiares de pacientes com esquizofrenia: factores determinantes. "Anales Sis San Navarra". Nº 23. Suplemento 1, 101 – 110.

MARTINS, T.; et al. (2003) - Estudo validação do questionário de avaliação da sobrecarga para cuidadores informais. "Psicologia, Saúde & Doença". 4, 131-148.

MARTINS, T. (2006) - Acidentes Vascular Cerebral- Qualidade de vida e bem- estar dos doentes e familiares cuidadores. Coimbra: Forsmasau.

MAURITTI, R., (2004) - Padrões de vida na velhice. "Análise Social", Vol. XXXIX (171), 339-363.

MEDEIROS, M. C. S. (2000) - A prestação de cuidados á população idosa: Inquérito a uma amostra de população idosa dependente e aos seus prestadores de cuidados, na cidade de Lisboa. Lisboa: Monografia da Licenciatura em Política Social, Universidade Técnica de Lisboa, Instituto Superior de Ciências Sociais e Políticas.

MENDES, M. L. S. (2004) - Mudanças familiares ao ritmo da doença. As implicações da doença crónica na família e no centro de saúde. Dissertação Mestrado em Sociologia, Universidade do Minho, Instituto de Ciências Sociais.

MENDONÇA, F.; et al. (2000) - Avaliação das necessidades dos prestadores informais dos prestadores informais de cuidados de saúde. "Revista Geriatria". Lisboa. Ano 13, nº 127 (Outubro). 33 – 49.

MINISTÉRIO, S. S. (s.d) - Plano internacional de acção sobre o envelhecimento. Lisboa: Direcção – Geral da família.

MINISTÉRIO DA SAÚDE (2004-2010) - Plano Nacional de Saúde. Lisboa: Direcção- Geral da Saúde.

MINUCHIN, S.; et al. (1990) – Técnicas de terapia familiar. Porto Alegre: Artes Médicas.

MINISTÉRIO DA SOLIDARIEDADE E SEGURANÇA SOCIAL. (1995) - Guia do Idoso. Lisboa.

MOREIRA, I. M. (2001) - O doente terminal em contexto familiar. Coimbra: Formasau.

NAKATANI, A. Y.; et al. (2003) - Perfil dos cuidadores informais de idosos com deficit de autocuidado atendidos pelo programa de saúde da família. "Revista electrónica de enfermagem" Vol. 5, nº 1, 15-20.

NAZARETH, J. M. (2004) - Demografia, a ciência da população. Lisboa: Presença.

NEVES, I. (2001) - Dicionário técnico e jurídico de protecção social. Coimbra: Coimbra Editora.

NETTO, M. P. (2000) - Gerontologia: A velhice e o envelhecimento em visão globalizada. São Paulo: Atheneu. 528.

MOSS, R.H. (1984) – Coping with heath crisis. "Handlook of clinical heath psychologt". New York: Ed. Theodore Millon, 129 – 151.

PALMA, E. M. C. (1999) - Enfermagem agora: a família com idoso dependente que expectativas?. "Revista de Enfermagem". Lisboa: Nº 15, 2ª SÉRIE (Jul.- Set.), 27-40.

PAUL, M.C. (1997) - Lá para o fim da vida, a família e o meio ambiente. Coimbra: Livraria Almedina.

P. VERAS, in NETTO, M. P., (2000). Gerontologia – A Velhice e o Envelhecimento em Visão Globalizada. São Paulo: Edições São Paulo-Atheneu.

PEARCE, W. B. (1994). Interpersonal communication: Making social worlds. Nova Iorque: Harper Collins.

PEDRO, K. S.; et al. (2007) - Perfil e vivência dos cuidadores informais de doentes crônicos assistidos pelo NEPAAF - Núcleo de estudos, pesquisa, assistência e apoio à família. "line Brazilian Journal of Nursing" Vol 6, Nº O, Universidade Estadual de Maringá.

PEREIRA, L.S., (sd) - A velhice: Variabilidade histórica e social da sua conceptualização. Lisboa: Instituto Superior de Psicologia Aplicada.

PEREIRA, M., in aulas de Contextos sócio – familiares (2000/2001). Curso de Pós Graduação em Gerontologia Social.

PERISTA, H. (1992). Envelhecimento e Condições de Vida - Breves Notas Sobre a Situação Portuguesa. “Futurando”, n.º 2, Maio, 6-9.

PERISTA, H. (2002) - Género e trabalho não pago: os tempos das mulheres e o tempo dos homens, in “*Análise Social*” XXXVII (163), 447 – 474.

PEREIRA, A.; et al. (2004). Como Escrever uma Tese, Monografia ou Livro Científico Usando Word. Lisboa: Edições Sílabo.

PETIT, C. (2004) - Cuidar neste mundo: Uma exigência da humanidade. In –“*hesbeen, Walter- cuidar neste mundo*”. Loures: Lusociência.

PIMENTEL, L. M. G. (1995) - O lugar do idoso nas redes de interacção e solidariedade primárias: um estudo comparativo de casos de institucionalização e não institucionalização. Lisboa: I.S.C.T.E..

PIMENTEL, L. (1998). Articulação entre solidariedades formais e informais no apoio ao idoso, in “*Atribuição e intervenção das autarquias na área social*”, I Seminário Internacional. Coimbra: Centro de Estudos e Formação, Fundação Bissaya Barreto.

PIMENTEL, L. (2001) - O Lugar do idoso na família: contextos e trajectórias. Coimbra: Quarteto Editora.

PIMENTEL, L. (2002).- A protecção social às pessoas idosas: da proclamação à efectivação dos direitos. Curso sistema de protecção social e desafios actuais do envelhecimento. Coimbra: Centro de estudos e formação, Fundação Bissaya – Barreto.

PINTO, J.; et al. (1986) - Metodologia das Ciências Sociais. Porto: Edições Afrontamento.

PINTO, S. (1994) - Abordagem ao papel das famílias face à pessoa com deficiência e a celebração do AIF. Mem Martins: (Abr. Set.). 47- 55.

POLIT, D.; et al. (2004) - Fundamentos de pesquisa em enfermagem. 5ª Porto Alegre: Artemed.

PORTUGAL- INE, (1999) - As gerações mais idosas. Lisboa. Série de Estudos n.º 83. 20-21.

PORTUGAL. INE (2002) - O envelhecimento em Portugal. Lisboa: INE.

PORTUGAL, INE. (2002a) - O Envelhecimento em Portugal: Situação Demográfica e Sócio – Económica Recente das Pessoas Idosas. Lisboa. INE. 36.

PORTUGAL. INE, (2002-b) - Censos 2001: Resultados provisórios. Lisboa: INE. 52.

PÓVOA, F. M. S.; et al. (1997). A integração social do doente esquizofrénico. “*Revista da Associação para o Estudo, reflexão e Pesquisa em Psiquiatria*”. Coimbra: Vol.1, nº 2, 11 – 94.

PRÉMIO O I.S.S., (1997) - Los Servicios para las personas mayores. México: Organización Iberoamericana de Seguridad Social.

QUARESMA, M. de L. Q., (s.d.) - Melhorar a qualidade de vida das pessoas idosas. “*Futurando*”, n.º2, Maio. 3-5.

QUIVY, R.; et al. (1992) - Manual de Investigação em Ciências Sociais. Lisboa: Gravidia.

SIMÕES, I. M. H. (2003) - O acidente vascular cerebral na família: dificuldades e mecanismos de compensação da mulher no cuidado informal. Coimbra: Dissertação de Mestrado em Famílias e Sistemas Sociais, Instituto Superior Miguel Torga.

SOUSA, L.; et al. (2004) - Envelhecer em família. Porto: Âmbar.

RAMOS, H.V. (2000) - Qualidade vida e envelhecimento. Lisboa: Cadernos Bioética.

RAMOS, M. (2004) - Psicologia clínica da saúde. Lisboa: Universidade Aberta.

RAMOS, N. (2005) - Relações e solidariedades intergeracionais na família: Dos avós aos netos. “*Revista Portuguesa de Pedagogia*”, Nº 39, 1: 195-216.

RAMOS, N. (2005) - Saúde e desenvolvimento: Dos direitos humanos à cidadania. Investigação. Debate - Serviço Social (14): 54-69.

REBELO, Â. A. (1996) - Prestadores de cuidados informais a idosos com 80 e mais anos, na freguesia de Moreira da Maia. “*Geriatrics*”. Ano 9, nº 81 (Janeiro). 22-8.

REBELO, J.; et al. (2004) - Evolução da população idosa em Portugal nos próximos 20 anos e seu impacto na sociedade. Lisboa: II Congresso Português de Demografia.

RELVAS, A. P. (1996) - O ciclo vital da família: perspectiva sistémica. Porto: Afrontamento.

REIDY, M.; et al. (2000) - A triangulação. In Fortim, Marie- Fabienne- O processo de investigação: da concepção à realização. Loures: Lusociência.

RODRIGUEZ, B. E.; et al. (2001) - Cuidadores Informais: necessidades y ayudas. "Revista de Enfermería", Rol. Vol., 24. nº 3 (Março), 183-9.

ROMAN, T. S. (1990) - Vejez y cultura, hacia los limites del sistema. Barcelona: Fundación Caixa de Pensions. 143.

ROSA, M. J. V. (1999) - Reformados e Tempos Livres. Lisboa: Edições Colibri / INATEL.

SAMPAIO, D.; et al. (1985) - Terapia familiar. Porto: Edições Afrontamento.

SAMPAIO, D. (1994) – A perspectiva sistémica em clínica geral/ medicina familiar. In SAMPAIO, D.; et al (1994) - Família: Saúde e Doença. Lisboa: Instituto de Clínica Geral da Zona Sul.

SANCHEZ, M. A. S. (2000) - A dependência e suas implicações para a perda de autonomia: estudo das representações para idosos de uma unidade ambulatorial geriátrica. "Textos sobre Envelhecimento". Rio de Janeiro: Universidade Aberta da Terceira Idade.

SANTOS, B. S. (2002) – Um discurso sobre as ciências. Porto: Edições Afrontamento.

SANTOS, S. M. A. (2003) - Cuidador familiar de idosos com demências – um estudo qualitativo em famílias de origem Nipo - Brasileira e Brasileira. Campinas: Tese de Doutoramento.

SANTOS, P. A. (2005) – O familiar cuidador em ambiente domiciliário: Sobrecarga física, emocional e social. Lisboa: Dissertação Mestrado em Saúde Pública, Escola Nacional de Saúde Pública.

SANTOS, M. I. S. (2006) - Os Cuidadores informais dos idosos dependentes em casa. Lisboa: Dissertação de Mestrado em Comunicação em Saúde, Universidade Aberta.

SEGALEN, M. (1999) – Sociologia da família. Lisboa: Editores Terramar.

SEMINÁRIO de “Segurança Social” (1997) - 4.º Ano da licenciatura em Serviço Social, pelo Instituto Superior de Serviço Social.

SILVA, L. F. (2001) - Acção social na área da família. Lisboa: Universidade Aberta

SILVA, C. (2001/ 2002) - Guia para a concepção de um projecto de investigação. ESDRM.

SILVA, L. F. (2004) – Sócio - Antropologia da Saúde. Sociedade, cultura e saúde/doença. Lisboa: Universidade Aberta.

SIMÕES, A. (2006) - A nova velhice. Porto: Âmbar.

SOCIAL, R. (2004) - Diagnostico sectorial de indicadores da Lourinhã. Lourinhã: Câmara Municipal da Lourinhã.

SOMMERHALDER, C. (2001) - Significados associados à tarefa de cuidar de idosos de alta dependência. Campinas: Dissertação de Mestrado, Universidade estadual de Campinas, Faculdade de Educação.

STOLLER, E. P.; et al. (1983) - Help with activities of ever day life: soucers os support for the non institutionalized elderly. “*The Gerontologist*”. Vol. 29. nº 4, 498.

SUB- REGIÃO DE SAÚDE DE LISBOA (2000) - Cuidados continuados. Lisboa: Equipa Sub- Regional de Cuidados Continuados

TRIGUEIROS, A., et al. (1994) – Doença e Família. In SAMPAIO, D.; et al (1994) - Família: Saúde e Doença. Lisboa: Instituto de Clínica Geral da Zona Sul.

VICENTE, A. (2002) - Os poderes das mulheres. Os poderes dos homens. Lisboa: Gótica.

VILAÇA, C. M.; et al. (2000) - O autocuidado de cuidadores informais em domicilio – percepção de académicos de enfermagem. “*Revista Eletrônica de Enfermagem*”. V. 07, n. 02, 221 – 226. <http://www.fen.ufg.br>

VITAL, G. D.; et al. (1999) - El significado del paciente com demência para el cuidador, en una comunidad urbana e rural. “*Revista de Servicio Social*”, Vol. 1, nº 2 (Dic.- Jun).

ZARIT, S.H; G, J. E. (2000) - Caregives, Stress and. In FINK, George- encyclopedia of Stress. London: Academia Press, Vol. 1.

ZIRMERMAN, G. I. (2002) - Velhice: aspectos biopsicossociais. Porto Alegre: Artes Médicas.

YUASO, D. R. (2002) - Treinamento de cuidadores familiares de idosos de alta dependência em acompanhamento domiciliário. Campinas: Universidade Estadual de campinas, Faculdade de Educação.

SITES CONSULTADOS:

- (<http://pt.wikipedia.org/wiki>), consultado a 2 de Fevereiro de 2007.
- <http://www.socialgest.pt/gerontologia.htm>. consultado a 2 de Fevereiro de 2007.
- <http://www.unhchr.ch/udhr/lang/por.htm>;) consultado a 5 de Fevereiro de 2007.
- <http://oak.cats.ohio.edu>) consultado a 7 de Fevereiro de 2007.
- www.segg.es/segg/html/cuidador/consecuencias_cuidado.htm consultado a 2 de Março de 2007.
- <http://www.advita.pt> consultado a 15 de Março de 2007.
- (Andrea Wolf- <http://oak.cats.ohio.edu>) consultado a 5 de Abril de 2007.
- <http://www.unhchr.ch/udhr/lang/por.htm>;) consultado a 9 de Abril de 2007.

Anexos

Anexo I

Questionário inventário de sobrecarga do cuidador-
Zarit Caregiver Burden Interview

INVENTÁRIO DA SOBRECARGA DO CUIDADOR

INSTRUÇÕES: A seguir encontra-se uma lista de afirmativas que reflecte como as pessoas algumas vezes sentem-se quando cuidam da outra pessoa. Depois de cada afirmativa, indique com que frequência o Sr/Sra se sente daquela maneira: nunca, raramente, algumas vezes, frequentemente, ou sempre. Não existem respostas certas ou erradas.

0 NUNCA
1 RARAMENTE
2 ALGUMAS VEZES
3 FREQUENTEMENTE
4 SEMPRE

1. O Sr/Sra sente que o seu familiar pede mais ajuda do que ele/ela realmente necessita?

0 NUNCA
1 RARAMENTE
2 ALGUMAS VEZES
3 FREQUENTEMENTE
4 SEMPRE

2. O Sr/Sra sente que por causa do tempo que o Sr/Sra gasta com seu familiar, o Sr/Sra não tem tempo suficiente para si mesmo?

0 NUNCA
1 RARAMENTE
2 ALGUMAS VEZES
3 FREQUENTEMENTE
4 SEMPRE

3. O Sr/Sra se sente estressado(a) entre cuidar do seu familiar e suas outras responsabilidades com a família e trabalho?

0 NUNCA
1 RARAMENTE
2 ALGUMAS VEZES
3 FREQUENTEMENTE
4 SEMPRE

4. O Sr/Sra se sente envergonhado(a) com o comportamento do seu familiar?

0 NUNCA
1 RARAMENTE

5. O Sr/Sra se sente irritado(a) quando seu familiar está por perto?

0 NUNCA
1 RARAMENTE
2 ALGUMAS VEZES
3 FREQUENTEMENTE
4 SEMPRE

6. O Sr/Sra sente que o seu familiar afecta negativamente seus relacionamentos com outros membros da família ou amigos?

0 NUNCA
1 RARAMENTE
2 ALGUMAS VEZES
3 FREQUENTEMENTE
4 SEMPRE

7. O Sr/Sra sente receio pelo futuro do seu familiar?

0 NUNCA
1 RARAMENTE
2 ALGUMAS VEZES
3 FREQUENTEMENTE
4 SEMPRE

8. O Sr/Sra sente que o seu familiar depende do Sr/Sra?

0 NUNCA
1 RARAMENTE
2 ALGUMAS VEZES
3 FREQUENTEMENTE

2 ALGUMAS VEZES
3 FREQUENTEMENTE
4 SEMPRE

0 NUNCA
1 RARAMENTE
2 ALGUMAS VEZES
3 FREQUENTEMENTE
4 SEMPRE

10. O Sr/Sra sente que a sua saúde foi afetada por causa de seu envolvimento com o seu familiar?

0 NUNCA
1 RARAMENTE
2 ALGUMAS VEZES
3 FREQUENTEMENTE
4 SEMPRE

11. O Sr/Sra sente que o Sr/Sra não tem tanta privacidade como gostaria, por causa do seu familiar?

0 NUNCA
1 RARAMENTE
2 ALGUMAS VEZES
3 FREQUENTEMENTE
4 SEMPRE

12. O Sr/Sra sente que a sua vida social tem sido prejudicada porque o Sr/Sra está cuidando do seu familiar?

0 NUNCA
1 RARAMENTE
2 ALGUMAS VEZES
3 FREQUENTEMENTE
4 SEMPRE

13. O Sr/Sra não se sente à vontade de ter visitas em casa, por causa do seu familiar?

0 NUNCA
1 RARAMENTE
2 ALGUMAS VEZES
3 FREQUENTEMENTE
4 SEMPRE

14. O Sr/Sra sente que o seu familiar espera que o Sr/Sra cuide dela/dele, como se fosse o Sr/Sra a única pessoa de quem ele/ela pode depender?

0 NUNCA
1 RARAMENTE
2 ALGUMAS VEZES
3 FREQUENTEMENTE
4 SEMPRE

4 SEMPRE

9. O Sr/Sra se sente tenso(a) quando seu familiar está por perto?

16. O Sr/Sra sente que será incapaz de cuidar de do seu familiar por muito mais tempo?

0 NUNCA
1 RARAMENTE
2 ALGUMAS VEZES
3 FREQUENTEMENTE
4 SEMPRE

17. O Sr/Sra sente que perdeu o controle da sua vida desde a doença do seu familiar?

0 NUNCA
1 RARAMENTE
2 ALGUMAS VEZES
3 FREQUENTEMENTE
4 SEMPRE

18. O Sr/Sra gostaria de simplesmente deixar que outra pessoa cuidasse de do seu familiar?

0 NUNCA
1 RARAMENTE
2 ALGUMAS VEZES
3 FREQUENTEMENTE
4 SEMPRE

19. O Sr/Sra se sente em dúvida sobre o que fazer pelo seu familiar?

0 NUNCA
1 RARAMENTE
2 ALGUMAS VEZES
3 FREQUENTEMENTE
4 SEMPRE

20. O Sr/Sra sente que deveria estar fazendo mais pelo seu familiar?

0 NUNCA
1 RARAMENTE
2 ALGUMAS VEZES
3 FREQUENTEMENTE
4 SEMPRE

21. O Sr/Sra sente que poderia cuidar melhor do seu familiar?

0 NUNCA
1 RARAMENTE
2 ALGUMAS VEZES
3 FREQUENTEMENTE
4 SEMPRE

22. De uma maneira geral, quanto o Sr/Sra se

15. O Sr/Sra sente que não tem dinheiro suficiente para cuidar do seu familiar, somando-se as suas outras despesas?

- 0 NUNCA
- 1 RARAMENTE
- 2 ALGUMAS VEZES
- 3 FREQUENTEMENTE
- 4 SEMPRE

sente sobrecarregado(a) por cuidar do seu familiar?

- 0 NEM UM POUCO
- 1 UM POUCO
- 2 MODERADAMENTE
- 3 MUITO
- 4 EXTREMAMENTE

Anexo II

Guião de entrevista

Mestrado Comunicação em Saúde



Entrevista Semi- Estruturada
Entrevista Semi- Estruturada

**As Vivências do Cuidador Informal nos
Cuidados ao Idoso Dependente**

Entrevistador: Dina Isabel Santos

2007

I Parte:
Dados Sócio- demográficos do Cuidador

<u>Cuidador Informal Familiar Principal</u>	
<p>1. Sexo:</p> <p>Feminino.....<input type="checkbox"/></p> <p>Masculino.....<input type="checkbox"/></p> <p>2. Idade:</p> <p>1. Dos 30 aos 49 anos.....<input type="checkbox"/></p> <p>2. Dos 50 aos 64 anos.....<input type="checkbox"/></p> <p>3. Dos 65 e + anos.....<input type="checkbox"/></p> <p>3. Estado Civil:</p> <p>- Solteiro.....<input type="checkbox"/></p> <p>- Casado(a)/ União de facto.....<input type="checkbox"/></p> <p>- Viúvo (a).....<input type="checkbox"/></p> <p>- Divorciado(a)/ Separado (a).....<input type="checkbox"/></p> <p>4. Habilitações Literárias:</p> <p>1. Nenhum (não sei ler nem escrever).....<input type="checkbox"/></p> <p>2. Sei ler e escrever mas não fiz a 4ª classe.....<input type="checkbox"/></p> <p>3. 4ª classe.....<input type="checkbox"/></p> <p>4. Ciclo preparatório incompleto (5º e 6º ano).....<input type="checkbox"/></p> <p>4. Ciclo preparatório completo (5º e 6º ano).....<input type="checkbox"/></p> <p>5. 9º ano de escolaridade incompleto.....<input type="checkbox"/></p> <p>6. 9º ano de escolaridade completo.....<input type="checkbox"/></p> <p>7. Ensino secundário incompleto.....<input type="checkbox"/></p> <p>8. Ensino secundário completo.....<input type="checkbox"/></p> <p>9. Curso médio.....<input type="checkbox"/></p> <p>10. Curso superior.....<input type="checkbox"/></p> <p>11. Outro...<input type="checkbox"/> Qual?_____</p> <p>5. Actividade Profissional_____</p> <p>6. Grau de Parentesco:</p> <p>1. Marido/ Esposa.....<input type="checkbox"/></p> <p>2. Mãe/ Pai.....<input type="checkbox"/></p> <p>3. Sogra/ Sogro.....<input type="checkbox"/></p> <p>4. Irmã/ Irmão.....<input type="checkbox"/></p> <p>5. Outro:_____</p> <p>7. Tipo de família a do Cuidador Familiar Principal?</p> <p>- Vive só.....<input type="checkbox"/></p>	<p>8. Anos de coabitação com o idoso dependentes</p> <p>≤ 6 meses ≥ 10 anos.....<input type="checkbox"/></p> <p>≤ 11 anos ≥ 20 anos.....<input type="checkbox"/></p> <p>≤ 20 anos ≥ 30 anos.....<input type="checkbox"/></p> <p>≤ 30 anos ≥ 40 anos.....<input type="checkbox"/></p> <p>≤ 40 anos ≥ 50 anos.....<input type="checkbox"/></p> <p>≤ 50 anos ou +.....<input type="checkbox"/></p> <p>9. Coabitava com o idoso dependente anterior à dependência?</p> <p style="text-align: center;">Sim.....<input type="checkbox"/> Não.....<input type="checkbox"/></p> <p>10. - Coabitação actual com o idoso dependente?</p> <p style="text-align: center;">Sim.....<input type="checkbox"/> Não.....<input type="checkbox"/></p> <p>Se não coabitação, qual a distância?_____</p> <p>11. - Alteração de residência por parte do C.I.F.P.:</p> <p style="text-align: center;">Sim.....<input type="checkbox"/> Não.....<input type="checkbox"/></p> <p>12. Ciclo de vida:</p> <p>1º Estádio “ sair de casa ”.....<input type="checkbox"/></p> <p>2º Estádio “ novo casal ”.....<input type="checkbox"/></p> <p>3º Estádio “ tornar-se pai/ mãe ”.....<input type="checkbox"/></p> <p>4º Estádio “ família com filhos adolescentes ”.....<input type="checkbox"/></p> <p>5º Estádio “ ninho vazio ”.....<input type="checkbox"/></p> <p>6º Estádio “ Família no fim de vida ”.....<input type="checkbox"/></p> <p>13. Tempo de prestação de cuidados pelo C.I.F.P. ao idoso dependente</p> <p>> 6 meses a < 1 ano.....<input type="checkbox"/></p> <p>> 1 < 3 anos.....<input type="checkbox"/></p> <p>> 3 < 6 anos.....<input type="checkbox"/></p> <p>> 6 < 10 anos.....<input type="checkbox"/></p> <p>> 10 < 14 anos.....<input type="checkbox"/></p> <p>> 14 ou + anos.....<input type="checkbox"/></p> <p>14. Número de dias que o C.I.F.P. presta cuidados ao idoso dependente (Semanalmente)?</p> <p>- 1 dia.....<input type="checkbox"/></p> <p>- 6 dias.....<input type="checkbox"/></p> <p>- 7 dias.....<input type="checkbox"/></p> <p>- Quinzenalmente.....<input type="checkbox"/></p> <p>15. Número de horas que o cuidador disponibiliza para</p>

- Isolada.....
- Nuclear.....
- Alargada.....
- Novas configurações familiares?.....
- Qual ? _____

16. Tipo de cuidados prestados ao idoso dependente pelo cuidador(a):

- Alimentação... Banho... Vestir/Despir... Higiene Pessoal... Necessidades Fisiológicas... Locomoção...
 Higiene Habitacional... Companhia...
 Medicação... Passeio... Outros...
 Quais? _____

17. Apoios dados aos Cuidadores

- **Rede Informal:** Sim... Não...
 Tem apoio por parte da Família: Sim... Não...
 Se sim, quem: _____
 Que tipo de cuidados são prestados por esses familiares:
 Alimentação... Banho... Vestir/Despir... Higiene Pessoal... Necessidades Fisiológicas... Locomoção...
 Higiene Habitacional... Companhia...
 Medicação... Passeio... Outros...
 Quais? _____
 Tem apoio por parte dos amigos e vizinhos: Sim...
 Não... Se sim, quem: _____

- **Rede Suporte Formal:** Sim... Não...
 Instituição particular de solidariedade social: Sim...
 Não...

Integrado em valência? Centro de dia... SAD...

- Que tipo de cuidados são prestados ao idoso dependente?
 Alimentação... Banho... Vestir/Despir... Higiene Pessoal... Necessidades Fisiológicas... Locomoção

cuidar do idoso?

- Até 4.....
- 5 a 7.....
- 8 a 11.....
- 12 a 15.....
- 16 a 19.....
- 20 a 24.....

Outros serviços que beneficia de suporte formal: _____

18. Outras pessoas a cargo? _____

Idoso Dependente

1. Sexo:

- Feminino.....
 Masculino.....

2. Idade:

- 71 - 75 anos.....
- 76 - 80 anos.....
- 81 - 85 anos.....
- 86 - 90 anos.....
- 91 e + anos.....

3. Estado Civil:

- Solteiro.....
- Casado(a)/ União de facto.....
- Viúvo (a).....
- Divorciado(a)/ Separado (a).....

4. Tipo de dependência

Física... Mental... Física/ mental...

5. Tipo de dependência física

Motor... Visual ... Auditivo... Não sei...
 Qual? _____

6. Grau de dependência

- * Idosos com baixa dependência.....
- * Idosos com média dependência.....
- * Idosos com elevada dependência.....

<p>Higiene Habitacional... <input type="checkbox"/> Companhia... <input type="checkbox"/></p> <p>Medicação... <input type="checkbox"/> Passeio... <input type="checkbox"/> Acompanhamento Médico</p> <p>... <input type="checkbox"/> Outros... <input type="checkbox"/> Quais? _____</p> <p>✓ Serviço Particular: Sim... <input type="checkbox"/> Não... <input type="checkbox"/></p> <p>Que tipo de cuidados são prestados ao idoso dependente?</p> <p>✓ Que tipo de cuidados são prestados:</p> <p>Alimentação... <input type="checkbox"/> Banho... <input type="checkbox"/> Vestir/Despir... <input type="checkbox"/> Higiene</p> <p>Pessoal... <input type="checkbox"/> Necessidades Fisiológicas... <input type="checkbox"/> locomoção...</p> <p><input type="checkbox"/> Higiene Habitacional... <input type="checkbox"/> Companhia... <input type="checkbox"/></p> <p>Medicação... <input type="checkbox"/> Passeio... <input type="checkbox"/> Outros... <input type="checkbox"/></p> <p>Quais? _____</p>	
---	--

II - Parte:
Entrevista Semi- Estruturada

1º Motivos que levaram a ser cuidador (a);

2º. Dificuldades sentidas pelo facto de ser Cuidador(a);

3º Facilidades/ apoios sentidas/ identificados pelo cuidador (a);

4º Satisfações sentidas pelo facto de cuidar do idoso dependente;

5º Motivações identificadas pelo cuidador (a) para a não institucionalização do idoso dependente;

6º Relacionamento entre o idoso dependente e o cuidador (a) antes da dependência e posterior à dependência;

7º Tipo de necessidades sentidas pelo cuidador;

8º Estratégias utilizadas pelo cuidador para ultrapassar os obstáculos/dificuldades;

9º Alterações sentidas na vida do cuidador (a) pelo facto de prestar apoio ao idoso dependente.

Obrigada pela sua participação!

Anexo III

Pedido de autorização para a realização do estudo

Dina Isabel Francisco Alberto Santos

Rua 24 de Outubro n° 8,

Dagorda 2550 - 500 Cadaval

**Exma. Sra. Directora do Centro de Saúde
da Lourinhã**

Dra. Maria Natália Reis

Conforme previamente acordado com V. Ex^a, eu, Dina Isabel Francisco Alberto Santos, estando presentemente em fase de elaboração de Dissertação no âmbito do 7º Mestrado de Comunicação em Saúde, que a Universidade Aberta realiza em parceria com a Escola Superior de Enfermagem de Maria Fernanda Resende, venho oficialmente solicitar a V. Ex^a a autorização de entrevistar os familiares dos idosos dependentes inseridos no programa de Cuidados Continuados do Centro de Saúde da Lourinhã. Saliento que a recolha de dados será realizada no domicílio dos familiares em horário pós - laboral.

Este projecto subordinado ao tema: "*As Vivências do Cuidador Informal nos Cuidados do Idoso Dependente*" sendo orientado pelos seguintes objectivos:

- Compreender as vivências sentidas pelo C.I.F.P. no cuidar do idoso dependente inserido no Programa de Cuidados Continuados do Centro de Saúde da Lourinhã;
- Compreender de que forma o cuidar afecta a vida do C.I.F.P.;
- Contribuir para a proposta de elaboração de programas de apoio para os cuidadores familiares no centro de Saúde da Lourinhã.

As técnicas de colheita de dados que utilizaremos incluirão a entrevista e aplicação de escala, durante o mês de Abril e Maio de 2007.

Na certeza de uma resposta favorável a este pedido, subscrevo - me atenciosamente.

Lourinhã, 30 de Março de 2007