

**Bruna Raquel Gomes Araújo**

**O impacto que o Idoso Dependente tem na Família**

**Universidade Fernando Pessoa**

**Ponte de Lima  
2007**



**Bruna Raquel Gomes Araújo**

**O impacto que o Idoso Dependente tem na Família**

**Universidade Fernando Pessoa**

**Ponte de Lima  
2007**

**Bruna Raquel Gomes Araújo**

**O impacto que o Idoso Dependente tem na Família**

**Atesto a originalidade do trabalho**

---

Monografia apresentada à  
Universidade Fernando  
Pessoa como parte dos  
requisitos para obtenção do  
grau licenciada em  
Enfermagem.

## **Sumário**

A população idosa tem vindo a aumentar nos últimos anos, não só em Portugal, mas também em todo o mundo. Este facto deve-se ao melhor acesso aos cuidados de saúde, à melhoria das condições de vida, que, conseqüentemente, leva a um aumento da esperança média de vida. Mas estes dados não seriam problemáticos se não fossem aliados à diminuição da taxa de natalidade, o que, a longo prazo, será um grave problema político, pois serão muitos os idosos na reforma e poucas as pessoas no activo.

Infelizmente, com o aumento da população idosa, aumenta também o número destes que se tornam completamente dependentes, sendo a família o primeiro recurso. Mediante esta situação, a família depara-se com uma crise que lhe alterará profundamente toda uma dinâmica familiar.

Tendo por base estes pressupostos, surgiu o presente estudo de investigação com o tema “O impacto que o idoso dependente tem na família”.

Visa-se, assim, conhecer o impacto que o idoso dependente provoca na família, desde as alterações que este sofre, as necessidades e dificuldades que sente e ainda as estratégias que utiliza para ultrapassar estas situações.

Tomando em conta o presente trabalho monográfico, optou-se por um estudo exploratório, descritivo simples, do tipo fenomenológico. Este estudo tem por base a metodologia qualitativa. Para o efeito, foi realizada uma entrevista semi-estruturada a seis familiares de famílias distintas com um idoso dependente, que residem numa determinada freguesia do distrito de Viana do Castelo.

O estudo realizado permitiu confirmar as profundas alterações que as famílias sofrem quando se deparam com um idoso dependente a seu cargo, podendo provocar alterações desde as relações afectivas até mesmo à situação profissional.

Nesta altura, aspira-se a que, no futuro, este e outros estudos que complementem esta temática, possam contribuir para o conhecimento das principais dificuldades dos familiares com idosos dependentes a seu cargo e ajudar a ultrapassar as mesmas.

## **Dedicatória**

A todos aqueles que de uma ou outra forma foram fundamentais para a realização desta monografia.

*“Envelhecer não é nem uma doença nem uma tara. Nada justifica a rejeição do velho, mesmo se a velhice anuncia o fim da vida, esta aventura de alto risco que termina sempre mal. Certamente que a morte é inevitável, mas alegremo-nos de a ver recuar no tempo.”*

(Maximilienne Levet)

## **Agradecimentos**

Sinto que a palavra “agradecer” já se encontra demasiado banalizada para retribuir toda a ajuda de diversas pessoas que tornaram este trabalho uma realidade. Mas, infelizmente, não encontro melhor, ficando então os meus sinceros agradecimentos...

... Ao Dr. Carlos Lopez Salgado, pela sua disponibilidade, apoio, empenho e compreensão, que culminou na excelente orientação ao longo deste percurso...

... A todos os idosos com que me cruzei ao longo dos ensinamentos clínicos, que me sorriam e me mostravam que a vida, apesar dos momentos menos bons, vale sempre a pena ser vivida...

... À minha família, que sorriram, sofreram comigo, sem nunca me questionarem nem me abandonar...

... Ao meu colega Nuno, pela paciência e “empurrões” que me deu para não parar pelo caminho...

... Acima de tudo, aos meus “mais que tudo”, aos meus avós maternos, que me fazem sentir amada e querida de uma forma única e irrepetível...

... Por fim, a todos os que directa ou indirectamente me apoiaram para que este trabalho fosse possível...

A todos, e do fundo do meu coração, **MUITO OBRIGADA!**

# ÍNDICE

	<b>Pág.</b>
Índice de esquemas.....	12
Índice de gráficos.....	13
Índice de quadros.....	14
<b>0. Introdução.....</b>	<b>15</b>
<b>I. Conceptualização.....</b>	<b>18</b>
1. Tema de investigação.....	18
2. Problema de investigação.....	18
3. Argumentação do problema de investigação.....	18
4. Objectivos de investigação.....	20
4.1. Objectivo geral.....	21
4.2. Objectivos específicos.....	21
5. Questões de investigação.....	21
<b>II. Enquadramento teórico.....</b>	<b>22</b>
1. Idoso Dependente.....	22
1.1. Idoso.....	22
1.2. Dependência e principais causas de dependência.....	24

2. Família e sua evolução.....	26
2.1. Família.....	27
2.2. Estrutura familiar.....	28
2.3. Funções familiares.....	30
2.4. Ciclo Vital.....	32
3. Família e Idoso Dependente.....	36
3.1. O impacto do idoso dependente na família.....	37
3.2. Necessidades familiares e estratégias para ultrapassá-las.....	40
<b>III. Metodologia.....</b>	<b>43</b>
1.. Ética na investigação.....	43
2. Desenho de Investigação.....	43
2.1. Meio.....	43
2.2. Critérios de Selecção.....	44
2.3. População.....	44
2.4. Amostra e tipo de amostragem.....	45
2.5. Variáveis e variáveis estranhas.....	45
2.6. Tipo de estudo.....	46
2.7. Método de colheita de dados e pré-teste.....	46

2.8. Método de tratamento e análise de dados.....	47
<b>IV. Considerações empíricas.....</b>	<b>50</b>
1. Análise descritiva dos dados.....	50
1.1. Caracterização da população alvo.....	50
1.2. Apresentação e análise dos resultados.....	56
2. Interpretação dos resultados do estudo.....	63
<b>V. Conclusão.....</b>	<b>66</b>
<b>VI. Bibliografia.....</b>	<b>69</b>
<b>VII. Anexos.....</b>	<b>72</b>

Anexo I: Escala de Katz

Anexo II: Consentimento informado

Anexo III: Instrumento de colheita de dados – Entrevista

Anexo IV: Cronograma da elaboração da monografia

## **ÍNDICE DE ESQUEMAS**

Esquema 1: Diferentes estruturas familiares que um indivíduo pode experimentar ao longa da sua vida.....	30
--	----

## ÍNDICE DE GRÁFICOS

Gráfico 1: Pirâmide relativa à população em Portugal em 1890.....	19
Gráfico 2: Pirâmide relativa à população em Portugal em 1991.....	19
Gráfico 3: Distribuição numérica dos entrevistados pela idade.....	50
Gráfico 4: Distribuição numérica dos entrevistados pelo grau de parentesco.....	51
Gráfico 5: Distribuição numérica dos entrevistados pelo estado civil.....	51
Gráfico 6: Distribuição numérica dos entrevistados pela actividade profissional.....	52
Gráfico 7: Distribuição numérica dos entrevistados pela escolaridade.....	52
Gráfico 8: Distribuição numérica dos idosos dependentes pela idade.....	53
Gráfico 9: Distribuição numérica dos idosos dependentes pelo sexo.....	53
Gráfico 10: Distribuição numérica dos idosos dependentes pelo estado civil.....	54
Gráfico 11: Distribuição numérica dos idosos dependentes pelas habilitações literárias.....	54
Gráfico 12: Distribuição numérica dos idosos dependentes pela doença que causou dependência.....	55
Gráfico 13: Distribuição numérica dos idosos dependentes pelo tempo a que é dependente...	55

## **ÍNDICE DE QUADROS**

Quadro 1: Caracterização dos familiares entrevistados.....	50
Quadro 2: Caracterização dos idosos dependentes familiares dos entrevistados.....	53
Quadro 3: Alteração da Dinâmica Familiar.....	56
Quadro 4: Dificuldades/necessidades sentidas pela família na presença do idoso dependente.....	59
Quadro 5: Estratégias mobilizadas pela família para dar resposta às necessidades sentidas....	61

## **0. INTRODUÇÃO**

O presente trabalho de investigação surge no âmbito da licenciatura em enfermagem, sendo um requisito imprescindível para a obtenção desse grau.

Este estudo pretende reconhecer e relevar a importância da investigação científica na enfermagem, associando ainda o desenvolvimento de competências neste domínio. Desta forma, a investigação pode ser percebida como sendo um método de aquisição de conhecimentos científicos, que permitirá orientar a prática, garantindo a qualidade dos cuidados de enfermagem, procurando sempre caminhar para a excelência desses mesmos cuidados.

O aumento do número de idosos na sociedade em geral está a ser cada vez maior, constituindo um sério problema para o país, visto que, com este aumento, surgem ainda os problemas sociais e económicos, difíceis de ultrapassar, pois associado ao aumento do número de idosos está a diminuição da natalidade, o que se traduz na diminuição da população activa.

A situação em Portugal é idêntica ao que se verifica em todos os países industrializados e, segundo o Instituto Nacional de Estatística (INE), a população idosa duplicou nos últimos 40 anos, estando previsto, entre 2010 e 2015, que o número da população idosa ultrapasse o número de jovens.

Reconhece-se que a melhor forma de actuar é prevenir ao máximo as complicações que a idade acarreta, bem como capacitar a família para os cuidados que o idoso necessita, motivando-a para tal.

A família é, e sempre será, a “instituição” de primeira linha para os idosos, pois é nela que estes recebem os melhores cuidados. Também as outras instituições públicas, como os lares e centros de dia, começam a ficar sobrelotados, revelando-se a família como única instituição que não tem limite nem número de vagas.

Os profissionais de saúde, principalmente os médicos/as e enfermeiros/as de família, necessitam estar sensibilizados para esta realidade, procurando delinear um conjunto de intervenções globais, de forma a garantir os melhores cuidados também em contexto familiar.

Assumindo esta realidade, surgiu como tema de investigação, o impacto que um idoso dependente tem na família, devido à importância de conhecer o melhor possível as necessidades das famílias quando têm a seu cargo um familiar idoso dependente.

Para além das motivações académicas, surgem também motivações pessoais, como:

- Aprofundar conhecimentos sobre a temática.
- Desenvolver competências na área.
- Compreender o impacto que o idoso dependente tem na família.

Paralelamente à motivações pessoais, estabelecem-se como objectivos de estudo:

- Descrever alterações da dinâmica familiar face à presença de um idoso dependente.
- Identificar as principais dificuldades sentidas pela família provocadas pela presença do idoso dependente.
- Identificar estratégias mobilizadas pela família para dar respostas às dificuldades sentidas ao cuidar do idoso dependente.

Seleccionou-se como método de estudo abordagem qualitativa, sendo um estudo exploratório, descritivo simples do tipo fenomenológico. Para o efeito, foi elaborada uma entrevista semi-estruturada.

A colheita de dados concretizou-se numa freguesia do Distrito de Viana do Castelo, no período compreendido entre os dias 14 e 18 de Maio do presente ano. Com base nos dados

obtidos, constatou-se que ocorre uma enorme alteração a nível familiar com a presença de um idoso dependente. Estes procuram mobilizar um conjunto de estratégias de forma a dar resposta às necessidades sentidas pelo idoso, bem como para as suas próprias necessidades.

Verificou-se ainda que o tema explorado é de elevada subjectividade, dependendo dos valores de cada um, do próprio contexto familiar, das posses económicas, dos conhecimentos que o familiar cuidador possui, bem como dos apoios extra-familiares a que tem acesso. Assim sendo, pretende-se que o estudo em causa, no futuro, seja usado como estratégia para obtenção de conhecimentos mais aprofundados, garantindo a qualidade dos cuidados ao idoso em contexto domiciliário, mais propriamente em contexto familiar.

Com o decorrer deste estudo, optou-se por uma organização estruturada em quatro partes distintas: a primeira parte consiste na conceptualização, que integra a apresentação do tema e respectivo problema de investigação, argumentação do mesmo, os objectivos da investigação. Na segunda parte, surge o enquadramento teórico, onde são abordados os principais aspectos teóricos relacionados com o estudo em causa. Segue-se uma terceira parte, a fase metodológica do trabalho, onde se realça o desenho de investigação, com os princípios éticos tidos em conta na execução do mesmo. No final, expõem-se as considerações empíricas, incluindo a apresentação e análise dos resultados obtidos e respectiva interpretação, sendo esta a quarta parte do estudo de investigação que se apresenta.

## **I. CONCEPTUALIZAÇÃO**

### **1. Tema de Investigação**

O estudo científico que se apresenta tem como tema: o impacto que o idoso dependente tem na família.

### **2. Problema de Investigação**

De acordo com Fortin (1999), todas as investigações pressupõem uma problemática que, como consequência, perspectiva uma explicação, ou melhor, compreensão do fenómeno a esta associado.

A escolha de uma problemática precede vários interesses do investigador, como: observação e experiências pessoais, trabalhos anteriores, conferência sobre resultados da investigação, quadros teóricos e conceptuais e as prioridades.

Neste surge uma questão de investigação motivada por experiências pessoais anteriores, questão que é a seguinte:

Qual o impacto que o idoso dependente tem na família?

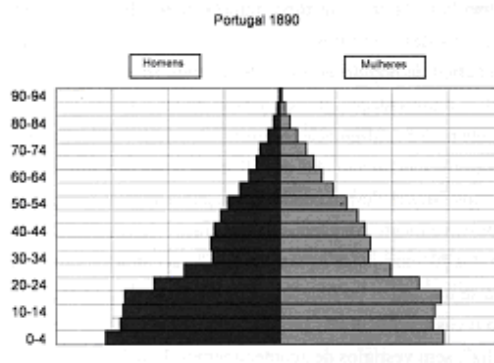
### **3. Argumentação do problema de investigação**

No âmbito da investigação, e com base no problema supracitado, torna-se crucial apresentar fundamentos que demonstrem a pertinência do tema seleccionado, bem como a adequação dos conteúdos abordados ao longo do estudo.

Como refere Fortin (1999, p. 68), “A argumentação deve assentar numa lógica, reforçada pela evidência do problema (...)”, procurando, de acordo com Gauthier (*cit in* Fortin, 1999, p. 62) “(..) ser coerente, completa e parcimoniosa.”.

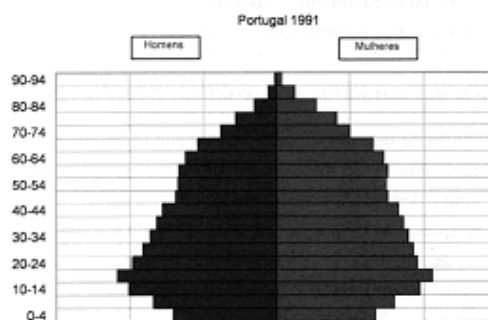
A pertinência deste estudo assenta, fundamentalmente, na constatação efectuada através da pesquisa bibliográfica de que a população cada vez é mais envelhecida.

Gráfico 1: Pirâmide relativa à população em Portugal em 1890.



(Bandeira, 2004, p.175)

Gráfico 2: Pirâmide relativa à população em Portugal em 1991.



(Bandeira, 2004, p.175)

O gráfico 1 supracitado demonstra que, em 1890, a população de Portugal era jovem, tendo este mesmo gráfico forma de pirâmide. Já em 1991, o gráfico 2 começou a tomar outra forma, de urna, o que significa e realça a ideia de que a população tem vindo a envelhecer ao longo dos tempos.

O aumento da população envelhecida deve-se a diversos factores, desde:

“A melhoria das condições de vida das populações, um maior e melhor acesso aos cuidados de saúde com um conseqüente aumento da esperança de vida, aliada a uma baixa da taxa de natalidade, têm levado a que as pessoas vivam mais tempo, conduzindo, assim, a um número cada vez maior de pessoas idosas.” (Moniz, 2003, p. XX).

O que torna, assim, o envelhecimento uma realidade da população Portuguesa.

Esta realidade tem sido ignorada durante muito tempo, mas torna-se agora um dos principais desafios da sociedade. Agravando esta mesma realidade, existem os pressupostos, muitas vezes errados, sobre a população idosa.

“(…) o aumento da idade é sempre acompanhado por uma fragilidade e da incapacidade. (...) os números crescentes de pessoas idosas na sociedade são normalmente vistos como um fardo social e económico.” (Squire, 2005, p.7)

Segundo Fernandes (1997), o envelhecimento torna-se um problema social que acarreta profundas alterações ao nível da estrutura, função e relação familiar existente entre os membros.

Assim sendo, tem-se tornado esta problemática uma das principais preocupações dos profissionais de saúde, incluindo os enfermeiros, que por sua vez se vêm obrigados a alterar as suas práticas dos cuidados de saúde, buscando o melhor para a sociedade, especialmente para os idosos.

#### **4. Objectivos da Investigação**

De acordo com Fortin (1999), o objectivo visa justificar a pertinência da investigação, mas também orientar esta de acordo com os conhecimentos estabelecidos no domínio da questão.

#### 4.1. Objectivo geral

Assim sendo, buscando de uma forma empírica responder ao problema anteriormente enunciado, estabeleceu-se como objectivo geral deste estudo o seguinte:

- Descrever o impacto sentido pela família com um idoso dependente a seu cargo.

#### 4.2. Objectivos específicos

Tendo em vista, explicar mais pormenorizadamente o estudo científico que se apresenta, visa-se alcançar os seguintes objectivos específicos:

- ♦ Descrever alterações da dinâmica familiar face à presença de um idoso dependente.
- ♦ Identificar as principais dificuldades sentidas pela família provocadas pela presença do idoso dependente.
- ♦ Identificar estratégias mobilizadas pela família para dar respostas às dificuldades sentidas ao cuidar do idoso dependente.

### **5. Questões de Investigação**

Segundo Fortin (1999), as questões de investigação auxiliam a transição do quadro conceptual para as considerações finais. Tendo como base os objectivos anteriormente enunciados, consideram-se pertinentes as seguintes questões de investigação:

- Quais as alterações da dinâmica familiar quando um dos familiares é idoso dependente?
- Quais as principais dificuldades sentidas pela família com um idoso dependente?
- Quais as adaptações da família para minimizar as dificuldades sentidas?

## II. ENQUADRAMENTO TEÓRICO

### 1. Idoso Dependente

“Muitos idosos podem adquirir doenças crônicas que resultam em algum grau de incapacidade para desenvolver as tarefas de vida diária, como tomar banho, escovar dentes, vestir-se e alimentar-se. Tarefas corriqueiras, simples, que aparentemente não exigem esforço, mas que, para um idoso comprometido neurológica e funcionalmente, podem tornar-se um alvo a ser atingido, uma meta.” (Vieira, 1996, p.24)

#### 1.1. Idoso

“A velhice não é uma doença, e, assim sendo, não se pode tratá-la e curá-la. Quando se trata um idoso é porque ele está doente e não porque está velho.” (Vieira, 1996, p.163).

Delimitar um período em que se considera o ser humano como idoso é difícil, pois como se verá mais abaixo, o fenómeno do envelhecimento é um processo que ocorre a vários níveis e varia de pessoa para pessoa.

De acordo com Levet (1995), a Organização Mundial de Saúde (OMS) procura definir diferentes fases da velhice, classificando as seguintes idades: idade média de 45 a 59 anos; idade madura dos 60 aos 79 anos; idade avançada dos 70 aos 89 anos; grande idade a partir de 89 anos. Zimmerman (2000), realça que a OMS considera idoso toda as pessoas com 65 anos ou mais, em países desenvolvidos, e nos países em desenvolvimento com 60 anos ou mais.

Envelhecer é um processo contínuo, desde o nascimento até à morte. A idade cronológica é apenas uma delimitação relativa de forma a que seja possível identificar o grupo.

Todo este processo é “(...) um processo no qual intervêm várias componentes, (...), e não se segue uma evolução linear para todas as pessoas.” (Moniz, 2003, p.50). Daí Pimentel (2001) referir-se a cinco áreas de Ser Humano que podem ser utilizadas para definir idoso, sendo elas:

- Idade Cronológica: refere-se ao tempo que decorre desde o nascimento até ao momento presente, dando indicação sobre o período histórico que o indivíduo já viveu, mas informa pouco sobre a evolução deste. Mostra-se assim, insuficiente para definir idoso.
- Idade Jurídica: é marcada pela delimitação de normas de conduta e de determinar qual a idade em que o sujeito assume certos direitos e deveres perante a sociedade, mas mesmo assim não corresponde à verdadeira idade biopsíquica.
- Idade Física e Biológica: nesta já se valoriza o ritmo a que cada indivíduo envelhece. Os diversos órgãos e funções vitais não envelhecem ao mesmo tempo, o que faz com que diferentes pessoas apresentem uma degradação em diferentes órgãos e a diferentes ritmos.
- Idade Psico-Afectiva: transparece a personalidade e as emoções de uma pessoa, não tendo à partida delimitação pela idade cronológica. Uma grande parte do número de pessoas não se sentem velhas, não se reconhecendo como tal, apenas os outros o vêem velho pela sua aparência.
- Idade social: corresponde aos diversos papéis que o indivíduo vai assumindo ao longo do tempo na sociedade e que são correspondentes às condições socioeconómicas.

Ainda segundo Berger e Mailloux-Poirer (1995), o envelhecer é na mesma um processo, mas realçando o facto de ser inelutável, influenciado por diversos factores fisiológicos, psicológicos e sociais, específicos de cada indivíduo.

“Actualmente, e na sociedade, não é particularmente fácil estabelecer os limites em que começa e acaba a terceira idade, pois se a idade da reforma (65 anos) era um marco artificial, mas seguro, do início da velhice, hoje as pessoas reformam-se cada vez mais cedo por razões que não se prendem com a idade (desemprego, incapacidade, reforma antecipada), tornando difícil definir quem é ou não é idoso.” (Pimentel, 2001, p.54)

Assim sendo, a pessoa idosa tem que ser vista como um todo, nas diversas áreas do Ser Humano, munida de uma experiência, de conhecimentos e características que a tornam única e irrepetível, experiência esta que ocorre com o processo de envelhecimento, pois:

“ (...) temos de considerar o processo de envelhecimento como um processo de desenvolvimento que vai exigindo aprendizagens, adaptações, participações e eventualmente ajudas.”(Moniz, 2003, p. 50).

## 1.2. Dependência e Principais causas de Dependência

De acordo com Kozier et al. (1993), dependência consiste na incapacidade de o indivíduo alcançar um nível razoável de satisfação das suas necessidades, pelo facto de não ter capacidade em adoptar comportamentos ou valorizar tarefas sem ajuda de outros.

Assim sendo, uma pessoa dependente é aquela que necessita de delegar a terceiros as actividades necessárias para satisfazer as suas necessidades humanas básicas, devido a uma doença, incapacidade ou deficiência. Esta incapacidade “(...) se manifesta em termos físicos, mentais, materiais, de saúde ou outros.” (Relvas, 1996, p.218). E conforme a incapacidade, o idoso será mais ou menos dependente.

Estas necessidades, tal como se abordará mais à frente, vão desde a marcha, circulação, higiene, alimentação, até ao estado mental, como perda de visão, audição, fala, reconhecimento, orientação e estado de espírito.

O grau de dependência pode ser medido através de escalas que determinam as capacidades ou incapacidades do doente. Existem variadíssimos autores e escalas adaptadas a situações patológicas específicas.

De acordo com Vieira (1996), a escala de Katz tem sido o instrumento mais utilizado para avaliar as actividades de vida diárias (AVD's). Esta escala avalia o nível de independência ou de dependência funcional do indivíduo para executar as actividades mais rotineiras do dia-a-dia (Anexo I), sendo as seis actividades avaliadas nela: o tomar banho, vestir-se, ir à casa de banho, transferência, continência e alimentação; e pode variar desde a independência até à dependência, encontrando-se a ajuda como meio-termo.

As actividades instrumentais, avaliadas pelo Índice de Lawton, são mais complexas do que as actividades avaliadas na escala de Katz.

“Mesmo que a actividade instrumental seja um meio mais claro para definir a independência ou não de um idoso em sua vida diária, ela é menos objectiva, pois se refere à interação (geralmente através de um instrumento como telefone, por exemplo) entre a pessoa e o seu meio ambiente.” (Vieira, 1996, p.21)

Ainda de acordo com a autora supracitada, dentro das actividades avaliadas, encontram-se o ir às compras, utilizar meios de transporte, capacidade para usar o telefone, preparar refeições, executar tarefas domésticas, lavar a roupa, gerir adequadamente a terapêutica e os assuntos financeiros. Estas actividades relacionam-se intimamente com capacidades aprendidas, o que faz com que sofra influência do ambiente, embora também dependam de factores intrínsecos ao indivíduo. A cotação varia desde o sem ajuda, com ajuda, ou, necessita totalmente de ajuda.

Uma outra escala muito utilizada é a mini-avaliação de estado mental de Folstein, a Mini-Mental State.

“Ela é um instrumento de trinta itens com subtestes verbais e não verbais que avalia quantitativamente a deterioração de funções mentais como a orientação, o registro, a atenção e calculo, a lembrança e a linguagem.” (Vieira, 1996, p.159).

Esta escala encontra-se cotada de 0 a 30 pontos e, de acordo com a autora supramencionada, sete a doze erros no teste sugere uma perda cognitiva suave a moderada, treze ou mais erros no teste indicam prejuízos mais severos.

Por último, Benhamou (s.d.), apresenta a escala de avaliação da dependência rápida e global, a Mini-Depence Assessment. Encontra-se dividida em quatro actividades: corporais, locomotoras, sensoriais, e mentais. Para cada actividade, são avaliados três itens cotados de 0 a 2 pontos, sendo o 0 sinónimo de independência e 2 de dependência total. A pontuação de cada actividade varia entre os 0 e 6 pontos.

A avaliação total varia desde os 0 pontos ate aos 24, propondo cinco níveis de dependência: nula (0); ligeira (1 – 8); moderada (9 – 14), severa (15 – 19) e muito severa (20 – 24).

Ainda de acordo com o mesmo autor, é uma escala de rápida utilização e que avalia quantitativamente e qualitativamente a dependência da pessoa, tendo por base as necessidades do indivíduo.

Squire (2005) salienta que as principais causas de dependência na pessoa idosa são:

- As sequelas das doenças cardiovasculares e cerebrovasculares;
- Problemas auditivos e visuais;
- Osteoartrite e osteoporose;
- Incontinência;
- Demência;
- Depressão.

Realçando esta ideia, Bris (1994) refere-se aos relatórios nacionais como unânimes na predominância de idosos dependentes, onde as causas mais frequentes devem-se a modificações no aparelho osteoarticular, respiratório e cardiovascular, em que a incapacidade aumenta com o avançar da idade.

## **2. Família e sua evolução**

Na actualidade, a família continua a desempenhar um papel fundamental e a ser a unidade básica em que o Ser Humano se desenvolve e socializa. Sempre com uma história de vida única construída pelos membros que a compõem.

## 2.1 Família

Quando se fala em família, é frequente ouvir-se que esta está em crise, que foi trocada por outros grupos sociais ou institucionais. Mas “A família continua a ser uma instituição significativa para o suporte e realização afectiva do indivíduo.” (Pimentel, 2001, p.81)

O conceito de família tem-se diversificado ao longo dos tempos o que, segundo Pimentel (2001), deve-se à variação demográfica e social que altera a morfologia da família. Também emergem um conjunto de questões, tais como: será a família um agregado doméstico simples ou mais extenso? Todos eles pressupõem a partilha de um mesmo espaço ou um grupo de parentesco, independentemente de coabitarem, ou de simplesmente manterem relações afectivas muito íntimas.

Diversos autores têm por base a perspectiva sistémica, onde a família é vista como um sistema em constante mudança e adaptação.

“Os autores e correntes que se dedicam à análise, estudo e terapia familiar dando uma resposta com base em modelos epistemológicos e teorias actuais, particularmente de inspiração sistémica, convergem no sentido de a considerar, claramente, um «ser» uno e particular. A família é, deste modo, entendida como um sistema, um todo, uma globalidade que só nessa perspectiva holística pode ser correctamente compreendida” (Relvas, 1996, p.10).

Assim sendo, a família deve ser vista na globalidade: “A família enquanto sistema é um todo, mas também parte de outros sistemas, de contextos mais vastos nos quais se integra (comunidade, sociedade)” (Relvas, 1996 p.11)

Sintetizando, a família define-se como sendo um agregado doméstico, com um relacionamento íntimo e privado entre pessoas unidas por vínculos de aliança ou laços biológicos, podendo ser mais ou menos alargada.

## 2.2. Estrutura familiar

De acordo com Stanhope (1999), a estrutura familiar encontra-se voltada para as características dos membros que compõem a unidade familiar. De uma forma mais específica, representa as posições ocupadas pelos indivíduos bem como as interações e relações entre estes.

As mudanças estruturais da família encontram-se agora mais salientes, divergindo múltiplas estruturas familiares.

Minuchin e Fishaman (1990) propõem uma tipologia com base nos elementos que compõem o núcleo familiar, no funcionamento estrutural e nas suas necessidades e dificuldades. Surgem então dez tipos de famílias:

A **família *pas de deux***, trata-se de uma família constituída por 2 elementos que possuem uma grande dependência mútua. Como por exemplo, os casais de meia idade que tenham ficado em situação de ninho vazio.

A **família de 3 gerações**, designada vulgarmente por família alargada. Tal como o nome sugere, é constituída pelos avós, os pais e os filhos. Nestas famílias é necessário manter a hierarquia bem definida, perspectivando a harmonia entre gerações, a organização da cooperação, o apoio nas tarefas domésticas.

As **famílias de suporte** são famílias nucleares com muitos filhos, sem apoio da família extensa. Os filhos têm idades diversificadas, o que leva muitas vezes a parentificações. A delegação de certas responsabilidades num irmão pode tornar-se problemática, quando os pais são excluídos por valorizarem demasiado a função parental exercida pelo irmão.

A **família acordeão** é caracterizada pela ausência prolongada de um dos elementos que depois regressa. Nesta família, o elemento que fica tem que assumir temporariamente as funções dos dois; no regresso, o elemento pode ser posto “de parte” face a uma dificuldade de reorganização estrutural.

A **família flutuante** é aquela que muda constantemente de domicílio ou de estrutura. As famílias que mudam de domicílio podem sentir falta de apoios comunitários ou dificuldade na sua inserção, mas se funcionarem bem a nível interno, superam esta crise sem se desagregarem. Ao nível das famílias que alteram essa estrutura constantemente, encontram-se aqueles que casam e recasam, onde muitas vezes os filhos ganham uma madrasta ou padrasto. O mais importante a salientar nestas famílias é a capacidade e adaptabilidade dos membros.

A **família de segundo casamento** é uma família reconstruída, onde o grande problema reside na integração dos seus elementos no novo funcionamento familiar, pois existem questões de lealdade em relação aos elementos da família anterior. Mas, em contrapartida, pode tornar-se uma experiência muito mais rica, visto que os elementos buscam rectificar erros passados.

A **família hospedeira**, onde é colocado um elemento provisoriamente. Nesta família é difícil a integração afectiva do elemento, dado que a sua presença na família terá um prazo que muitas vezes é desconhecido e curto.

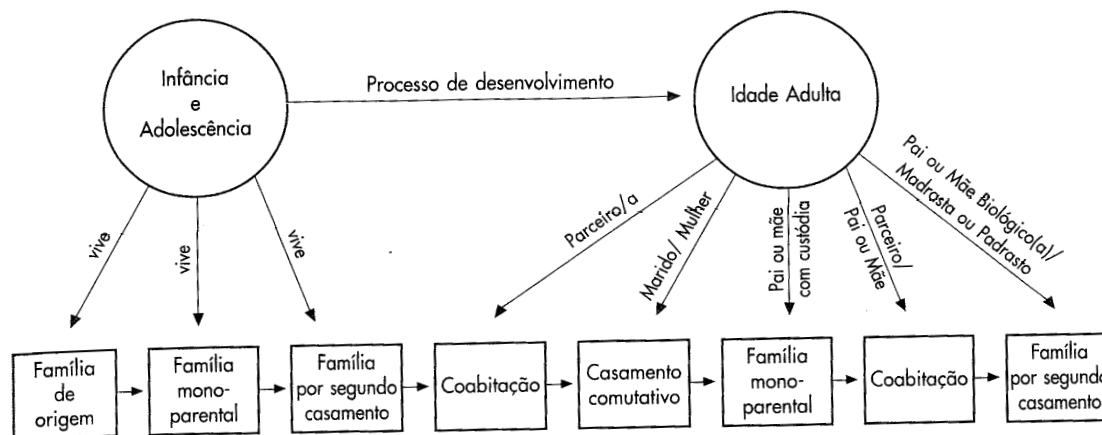
A **família fantasma** trata-se de uma família que perdeu um dos seus elementos, mas que funcionam como se essa pessoa ainda estivesse presente. São famílias que sentem grande dificuldade em se reorganizar, sentem-se desleais ao assumirem as funções do elemento ausente; muitas vezes isto surge devido a um luto incompleto.

A **família descontrolada** é uma família onde um dos elementos tem comportamentos problemáticos. Nesta família existe uma enorme dificuldade de organização devido à falta de um poder fraternal forte.

A **família psicossomática** caracteriza-se pela importância que é colocada no papel educativo e de cuidados a desempenhar, bem como a necessidade de se afirmarem como família ideal. Todos os conflitos existentes nunca são abertos e a união é vista como sendo regra principal.

Segundo Stanhope (1999), o indivíduo, ao longo da vida, pode participar em experiências e trajectórias diferentes da vida familiar, como por exemplo, em criança viver com a família de origem, que poderá passar a monoparental, caso ocorra divórcio e assim sucessivamente.

Quando adulta, poderá experimentar diversas estruturas familiares, tal como se pode ver no esquema 1 que se segue:



(Fonte: Stanhope e Lencaster, 1999, p.147)

### 2.3. Funções familiares

“Todas as famílias, para que possam manter a sua integridade, desempenham determinadas funções de modo a responder às suas necessidades enquanto família (enquanto todo), às necessidades de cada membro individualmente e às expectativas da sociedade” (Moreira, 2006, p. 23)

As funções básicas da família não se resumem apenas às funções de alimentação e saúde física, mas também de apoio afectivo e protecção, perspectivando manter a identidade familiar e coesão entre os familiares.

Segundo Finch (*cit in* Pimentel, 2001, p.86) a família desempenha 5 funções, sendo elas:

1. Apoio económico: Através de transferência de dinheiro, apoios em espécie de heranças e ajudando a encontrar trabalho. Normalmente, este apoio encontra-se orientado dos mais velhos para os mais novos.

2. **Habitação:** Consiste na partilha de habitação, entre diferentes gerações. Neste caso faz-se mais por necessidade do que por preferência, uma vez que o normal é uma família nuclear ter a sua própria habitação. Esta emerge muitas vezes da necessidade dos idosos, jovens ou mesmo divórcio.
3. **Cuidados pessoais:** Implica cuidar de alguém ou desempenhar as suas tarefas domésticas devido a uma incapacidade total ou parcial, definitiva ou temporária.
4. **Pequenas ajudas e cuidar de crianças:** Este apoio é frequente entre mulheres que integram uma rede de solidariedade.
5. **Apoio emocional e moral:** Consiste no diálogo entre os elementos, diálogo este onde se aconselham e ajudam a perspectivar as vidas. Este apoio pode ser de rotina ou em situações de crise.

Duvall e Miller (*cit in Stanhope, 1999*) identificam não 5 mas 6 funções familiares que, segundo eles, geralmente aplicam-se às diversas estruturas familiares, sendo elas:

1. **Geradora de afecto:** Afecto este, gerado entre o casal, entre as diferentes gerações.
2. **Proporcionadora de segurança e aceitação pessoal:** Quando a família é estável, possibilita um desenvolvimento harmonioso de todos os seus membros.
3. **Proporcionadora de satisfação e sentimento de utilidade:** Este emerge do prazer que os elementos têm em viver uns com os outros, através de actividades que desempenham.
4. **Asseguradora da continuidade das relações:** Perspectiva-se que as relações familiares proporcionem associações simpáticas e estimulantes, mas também que sejam duradouras.
5. **Proporcionadora de estabilidade e socialização:** A família transmite uma cultura de geração em geração, preparando os membros da família para os seus lugares na sociedade.

6. Impositora de autoridade e do sentimento do que é correcto: Os membros da família aprendem regras, direitos, obrigações e as responsabilidades características da sociedade humana.

Visando complementar estas 6 funções supramencionadas, Stanhope (1999) acrescenta ainda a função de saúde familiar, considerando esta como uma função básica, onde a família protege a saúde dos seus membros e dá apoio e resposta a necessidades básicas que surgem durante períodos de doença.

Resumidamente, a família:

“ (...) dinamiza a vida familiar e leva a que em cada etapa a família mude e assuma tarefas diferentes que activam recursos e lhe permitem atingir um desenvolvimento pessoal adequado, uma socialização activa dos seus elementos, ao mesmo tempo que mantém a sua própria identidade familiar.” (Crimeno, 2001, p.54)

#### 2.4. Ciclo Vital

“Toda a família tem uma história natural de vida, desde a gestação e nascimento até ao declínio e morte, passando por diversas fases de crescimento.” (Martins, 2002, p.119)

De acordo com Relvas (1996) o ciclo vital consiste em identificar transformações previsíveis que ocorrem na família, em função do cumprimento de tarefas, tarefas estas que caracterizam uma determinada etapa.

A maioria dos autores refere-se a cinco ou seis etapas do ciclo vital. Carter e McGoldrick (1995) sugerem seis etapas do ciclo vital familiar, caracterizadas por um processo de mudança fundamental nas famílias, para que ocorra a transição para uma nova etapa.

A primeira etapa surge da vontade de constituir família. Carter e McGoldrick (1995, p.16) consideram que “(...) a fase de ‘jovem adulto’ é um marco.”, pois é nesta fase que o jovem cria uma nova família, tentando separar-se da sua família de origem sem romper relações e buscando levar para a sua nova família em construção o que de melhor adquiriu na sua família

de origem. É nesta fase que o 'jovem adulto' procura estabelecer objectivos de vida pessoais, antes de se juntar a uma outra pessoa, ou seja, é nesta fase que conquistam uma certa independência. A principal barreira desta etapa é a falta de reconhecimento que por vezes o jovem adulto poderá sentir, dado que os pais não o fazem de forma a tentar mantê-lo dependente e a atrasar a sua saída de casa.

Numa segunda etapa, surge o novo casal, que por sua vez leva à união de duas famílias distintas.

“Embora dois sistemas familiares quaisquer sejam sempre diferentes e possuam padrões e expectativas conflituantes, na nossa cultura actual os casais estão menos amarrados por tradições familiares e mais livres do que nunca para desenvolverem relacionamentos homem-mulher diferentes daqueles que experienciaram em suas famílias de origem.” (Carter e McGoldrick, 1995, p. 18)

De acordo com Martins (2002), o casamento consiste em partir de duas partes distintas com experiências de vida diferentes e procurar partilhar objectivos comuns, o que faz com que seja necessário cedências mútuas e muita cooperação. É uma construção de um novo sistema a partir de dois distintos.

“Os parentes por afinidade podem ser intrusivos demais e o novo casal ter medo de colocar limites, ou o casal pode ter dificuldade em estabelecer conexões adequadas com os sistemas ampliados, separando-se em um grupo fechado de duas pessoas.” (Carter e McGoldrick, 1995, p. 18)

Apesar destes contratemplos, a divergência e conflito podem ser saudáveis, que de acordo com Martins (2002, p.120) estes “(...) potenciam o crescimento individual e a maturidade do casal.” Ainda de acordo com o mesmo autor, esta etapa é marcada por um ligeiro isolamento temporário, e por uma regulação de papéis e funções com as respectivas famílias de origem.

Após o casamento e a reconstrução de laços afectivos, surge a terceira etapa, que consiste no nascimento do primeiro filho. Nesta fase, a nova família reencontra-se com o exterior, nomeadamente com as suas famílias de origem, que surgem muitas vezes como elemento de suporte, marcando também a reorganização da relação entre o casal.

Segundo Carter e McGoldrick (1995, p.19) é a terceira “(..) fase do ciclo de vida familiar que possui o índice mais elevado de divórcios.” Esta situação deve-se ao desequilíbrio que o casal ultrapassa na tentativa de definir novos papéis. “O esforço de tentar encontrar cuidados adequados para a criança (...)” (Carter e McGoldrick, 1995, p.19) muitas vezes desencadeia um conflito quanto à disposição das responsabilidades e cuidados em relação a esta.

É frequente ainda o pai “ (...) vivenciar um sentimento de perda dada a importância da relação fusional da díade mãe-bebé.” (Martins, 2002, p.121), sendo fulcral incluir, nesta fase, o pai na actuação de cuidar do bebé. Um outro conflito visível nesta etapa do ciclo vital é quando existe coligação entre o casal, estes “(...) se poderão unir à criança contra o cônjuge, levando-o a ficar numa situação periférica que não é facilitadora do crescimento da família.”(Martins, 2002, p.121).

Esta é uma etapa fundamental para a criança, pois é nesta fase que se desenvolve socialmente, sendo a família a rampa de lançamento, “ (...) a criança vai aprender a negociar (...) vai sentir quais os comportamentos recompensados e os desencorajados.” (Martins, 2002, p.121).

Resumidamente, “(...) para muitos adultos, esta é uma transição particularmente gratificante, que lhes permite ter intimidade sem a responsabilidade que a paternidade requer.” (Carter e McGoldrick, 1995, p.20)

A quarta etapa é caracterizada pela entrada dos filhos na adolescência.

“Nesta nova etapa do ciclo vital se não pode ser esquecido que os anos passaram para o filho também não se pode ocultar que o mesmo ocorreu com os pais e que estes também mudaram” (Martins, 2002, p.123)

Trata-se de uma fase que pode alterar todo um conjunto de valores no seio familiar quando trazem para o contexto familiar novas ideias e novos amigos. Os filhos são marcados pela ambivalência entre o medo de perder a dependência e o desejo de autonomia. Os pais deparam-se com a perda abrupta de funções.

Assim que o adolescente ultrapassa as suas dificuldades, estará suficientemente maduro para entrar na vida adulta, definindo objectivos de vida.

Apesar dos confrontos existentes entre gerações, visto que os filhos querem a independência e os pais, por vezes não conformados com o crescimento dos filhos impõem demasiada autoridade, só se garante um desenvolvimento positivo do adolescente nos casos em que existem:

“Fronteiras flexíveis, que permitem aos adolescentes se aproximarem e serem dependentes nos momentos em que não conseguem manejar as coisas sozinhos, e se afastarem e experimentarem, com graus crescentes de independência, quando estão prontos, exigem esforços especiais de todos os membros na família nos seus novos *status* uns em relação aos outros.” (Carter e McGoldrik, 1995, p.20)

Com a chegada do filho a jovem adulto, inicia-se uma última etapa da família onde o filho ainda é dependente. A família entra novamente em crise, entrando na quinta etapa do ciclo vital, a saída do filho mais velho de casa. A família volta então a ser dois elementos e com isto surge um enorme esforço de reorganização, dado que mais uma vez os papéis e funções se alteram.

“Quase sem se aperceberem os pais têm dificuldade em se ver sem os filhos que os levaram muitas vezes, enquanto casal, a ficarem para segundo plano. O exercício das actividades parentais ocupou-lhes tanto tempo que se esqueceram de alimentar o sistema conjugal.” (Martins, 2002, p.124)

É uma fase do ciclo vital marcada pelos avós, que vão adoecendo, tornando-se dependentes, tendo que desempenhar o papel de cuidadores. Ainda poderá conduzir “ (...) ao rompimento, ao sentimento de vazio e perda esmagadora, depressão e desintegração geral.” (Carter e McGoldrik, 1995, p.21), quando estas se encontram sós e não souberam se valorizar enquanto casal e, “ (...) quase por ironia do destino, regressam ao princípio.” (Martins, 2002, p.125)

Felizmente, diversos casais aproveitam esta fase para gozar as suas poupanças de uma vida, explorando novas áreas, como *hobbies*, novas carreiras, viagens. Aproveitando esta fase para se consolidarem enquanto casal, buscando novas possibilidades e novos papéis.

De acordo com Martins (2002), não é simples viver a meia idade, pois o casal vê-se cada vez mais envelhecido, dependente devido à diminuição das capacidades, assiste a mortes de amigos e familiares. Mas esta fase pode ser ultrapassada positivamente, sobretudo enquanto idoso, se tiverem um projecto para esse tempo, dado que com objectivos de vida e lutando por atingi-los não sobrar tempo para o sentimento de solidão.

Com a morte de um dos cônjuges, uma nova etapa surge:

“Se a relação do casal era marcada por uma complementariedade ou por uma elevada dependência e se o elemento sobrevivente lida mal com as vivências depressivas o trabalho de luto é difícil”.  
(Martins, 2002, p.126),

... podendo desencadear perturbações, desde psíquicas a orgânicas. Também quando o casal tinha conflitos, na morte de um destes, pode ser na mesma destrutivo para o elemento sobrevivente, pois vê-se invadido pelo sentimento de culpa.

Resumindo, esta fase depende muito da forma como o elemento sobrevivente ultrapassa a perda, bem como da vontade de investir em novas relações interpessoais e actividades e ainda é fundamental o apoio dos restantes elementos da família.

Sucintamente, todas as famílias possuem um ciclo vital familiar próprio caracterizado por uma constante adaptação, em busca do equilíbrio. As fases são limitadas por crises, que cada família em união tenta ultrapassar com sucesso, tornando-se ainda mais forte e unida.

### **3. Família e Idoso Dependente**

O idoso dependente assume-se como um factor de risco para a manutenção da homeostasia familiar, em que o seu reequilíbrio depende de um conjunto de factores inerentes à pessoa portadora de doença, assim como da família onde esta se encontra inserida.

### 3.1. Impacto do idoso dependente na família

Qualquer pessoa que viva em família é directa ou indirectamente influenciada por comportamentos de outros elementos, e é esse conjunto de relações que definem o comportamento familiar. Assim, tendo em conta o idoso dependente, facilmente se percebe a forma como este influencia a restante família.

Esta alteração na dinâmica familiar leva a que entrem em crise:

“A crise também é uma situação de conflito, mas pressupõe uma tensão mais elevada, com maior impacto na vida familiar e que dura um período relativamente breve de umas semanas ou até meses.”  
(Crimeno, 2001, p. 275)

Segundo Pittaman (1990,) diferenciam-se quatro tipos de crise, sendo eles:

- Desgraça Inesperada: trata-se de uma situação de crise em que a tensão se manifesta isolada, real e extrínseca à família. Poderá desencadear certos problemas que até ao momento não se tinham manifestado, devido à pré-existência de conflitos. Por exemplo um acidente ou despedimento compulsivo.
  
- Crises de Desenvolvimento: são crises que marcam a mudança de etapa do ciclo vital da família, logo são crises previsíveis e universais. Surgem associadas não apenas a factores temporais, mas também, a factores biológicos, sociais ou mudanças estruturais da família.
  
- Crises Estruturais: de causa intrínseca, embora se faça uma atribuição externa. Nestas crises, normalmente, busca-se evitar a mudança, o que demonstra a forte ligação entre os seus membros e necessidade de protecção ou dependência entre estes, o que torna a família estável, apesar do conflito em que se encontram.
  
- Crises de Desamparo: são próprias das famílias com algum elemento disfuncional ou dependente, o que faz com que estes se mantenham sempre ligados a esse membro, devido a necessidade de cuidados. Aqui, as crises são agravadas quando a família necessita de ajuda externa para cuidar dos elementos. As famílias nesta situação, inicialmente, procuram

clarificar os papéis para cuidar do familiar inválido, tendo também em conta as suas próprias necessidades. Estas situações de crise de desamparo poderão ser agravadas quando a família não aceita o problema.

“Quando a família é confrontada com a doença de um dos seus membros, todos os elementos vão sofrer de ansiedade e stress. Ficam preocupados com a gravidade da doença, o sofrimento e a possível morte. A doença de um dos membros vai converter-se em doença familiar e todos sentirão a influência negativa do sofrimento e da dor.” (Moreira, 2006, p.24).

Ainda Minuchin (1990) realça as quatro fontes de stress para uma família, que são:

- Um contacto stressante de um elemento da família com forças externas à família.
- Um contacto stressante de toda a família com forças extra-familiares.
- O stress provocado por momentos de transição da família.
- O stress em torno de problemas de um indivíduo que influencia toda a família.

Os dois últimos são os referentes e os aplicáveis ao presente estudo. Com o idoso dependente, toda a família sofre stress que acaba por causar momentos de transição nesta, procurando adaptar-se às novas exigências do elemento disfuncional.

“Numa doença de início agudo os reajustamentos operados na família ocorrem num tempo muito curto, o que exige da família uma mobilização mais rápida de capacidade de administrar a crise.” (Moreira, 2006, p.25).

Quando um idoso é vítima de uma patologia incapacitante de surgimento súbito, os familiares poderão sentir maior dificuldade na adaptação dado que o tempo de preparação foi praticamente inexistente. Quando o idoso vai ficando progressivamente dependente, a adaptação familiar também será gradual. Esta situação também se torna negativa para a família pois a tensão é crescente, o que aumenta o “(...) risco de exaustão, (...) pelo contínuo acréscimo de tarefas ao longo do tempo.” (Moreira, 2006, p. 25)

Os familiares, tanto numa situação aguda como crónica, são invadidos, de acordo com o autor anteriormente mencionado, por um sentimento de tristeza, que os pode levar a afastar-se emocionalmente do idoso dependente.

“Quando a família não consegue utilizar os seus recursos para responder a estas situações de stress perturba-se e inibe a sua capacidade auto-organizadora, necessitando de ajuda externa.” (Martins, 2002, p.139).

Segundo Carter e McGoldrik (1995), as famílias com idosos dependentes acabam por sofrer dificuldades a nível económico, pois são as despesas médicas com os pais que aumentam ao longo do tempo, bem como as despesas com os filhos, que muitas das vezes se encontram a estudar.

Também a exaustão, já anteriormente referida, é salientada por estes autores, reforçando a ideia de que se deve ao tempo prolongado dos cuidados aos idosos, e pelo facto de muitas vezes o familiar cuidador, para além de ter a seu cargo o idoso, ainda tem que o conseguir conciliar com o seu emprego, que muitas vezes é fundamental para a subsistência do agregado familiar.

Realça, ainda, a limitada capacidade no cuidar do idoso, quando os familiares cuidadores também vão envelhecendo, diminuindo a capacidade física, emocional e social.

Relvas (1996), surge ainda com outro dado relevante, sendo ele a dependência. Esta dependência não é só do idoso, mas também da família, que se sente “presa” a um conjunto de cuidados a prestar ao seu familiar.

“Uma situação de dependência pode ser considerada a situação de alguém para que numa interação específica com outra parece imediatamente necessária ou mesmo vital.” (Relvas, 1996, p.218)

Todo este processo pode ainda ser agravado pelo idoso se não reconhecer a sua dependência, sofrendo de uma ambivalência de sentimentos.

Sucintamente, a família procura reorganizar-se dando resposta às necessidades do idoso, passando por um período mais ou menos longo de stress/crise, tomando novas funções e papéis e alcançando, uma vez mais, o equilíbrio familiar.

### 3.2. Necessidades familiares e estratégias para ultrapassá-las

O crescimento e desenvolvimento do Ser Humano dão-se com base na satisfação de um conjunto de necessidades. Na família, surge igualmente um conjunto de necessidades, que condicionam as tarefas, funções e papéis familiares em busca da satisfação destas.

De acordo com Moreira (2006), quando a homeostasia familiar é quebrada, neste caso pela presença do idoso dependente, todo o grupo familiar é afectado de forma variável conforme os papéis e funções que desempenham no seio familiar, e estas necessidades variam ainda ao longo do tempo. “As necessidades individuais e do grupo vão modificar-se individualmente.” (Moreira, 2006, p.49).

Com base no senso comum, necessidade é resposta para um desejo, vontade de algo de que precisa e que lhe é fundamental. Esta definição pode ter dois lados, um lado mais objectivo, onde a necessidade é algo imprescindível; e um outro lado mais subjectivo, onde a necessidade deve-se à existência de um ser que sente.

“A necessidade de um indivíduo, de um grupo ou de um sistema é a existência de uma condição não satisfeita, necessária para lhe permitir viver e funcionar nas condições normais, realizar-se ou atingir os seus objectivos. A satisfação de certas necessidades humanas é indispensável à sobrevivência, ao crescimento, desenvolvimento e bem-estar o ser humano.” (Moreira, 2006, p.49).

O conceito de necessidade sofre influência da sociedade, do contexto onde se insere, dos valores e crenças, daí ter que ser encarado com relatividade.

Segundo a Teoria de Abraham Harold Maslow (1908 – 1970) (*cit in* Myres, 1994), as necessidades humanas podem ser agrupadas em cinco níveis:

1 – Necessidade Fisiológica: sendo estas as mais básicas, mais físicas, como a necessidade de água, comida, ar, sexo, etc. Quando estas estão satisfeitas abandona-se estas preocupações e passa-se para outro nível.

2 – Necessidade de Segurança: vive-se a fugir do perigo de forma a encontrar abrigo, segurança, protecção, estabilidade e continuidade. Por exemplo, a religião pode e deve ser encarada neste nível.

3 – Necessidade Social: o Ser Humano necessita de amar, pertencer, de ser aceite, querido por outros. O homem busca isto na família, no trabalho, na igreja, num clube.

4 – Necessidade de Estima: nesta o homem procura ser competente, alcançar objectivos, obter aprovação e ganhar reconhecimento. Dentro deste nível existem dois sub-níveis, que são a de auto-estima, o gostar de si próprio, acreditar em si mesmo, e a hetero-estima, o reconhecimento e a atenção que recebe dos outros.

5 – Necessidade de Auto-realização: o homem procura a sua realização enquanto pessoa, a demonstração prática da realização permitida pelo seu potencial.

Os dois primeiros níveis reportam para um plano de sobrevivência e os restantes para o campo social.

“A avaliação das necessidades da família passa pelo conhecimento das reacções do doente; suas expectativas; grau de informação de que dispõe; grau de comunicação entre os membros da família e entre esta e o doente; constituição do núcleo familiar e seu comportamento; grau de disponibilidade familiar para o cuidar, bem como as suas dificuldades reais; recursos materiais e afectivos disponíveis para que possa enfrentar as dificuldades; quem é o cuidador principal e o tipo de relação deste com o doente; expectativas reais da família e em especial do cuidador principal no que respeita à relação com a equipa de saúde; os seus padrões morais e experiências anteriores de situações de crise, assim como a resolução de conflitos.” (Moreira, 2006, p.51).

Uma das primeiras necessidades sentidas pela família e idoso quando consciente e orientado no tempo e no espaço é a de informação. Isto deve-se ao facto de a doença não ser só uma alteração no organismo, mas também uma alteração do idoso e da família. “Com uma

informação adequada sobre o curso da doença e sobre as modalidades terapêuticas, evita-se que todos sejam arrastados para uma viagem desconhecida (...)” (Moreira, 2006, p.52).

Sucintamente, as necessidades familiares primordiais são a de informação sobre todo o processo do idoso e, em seguida, a necessidade de apoio, que, segundo Moreira (2006), se deve estabelecer entre o idoso, família e profissionais de saúde, onde se procura capacitar a família para lidar com a situação de crise em que se encontram.

A família utilizará como estratégias para ultrapassar estas dificuldades, segundo Martins (2002), as experiências anteriores de natureza semelhante, o comprometimento para com a família, a coesão entre os membros, a flexibilidade e ainda a capacidade da família para utilizar recursos externos ao seu núcleo, como por exemplo, algumas fontes de apoio afectivo que se desenvolvem entre os vizinhos e amigos, sejam adultos ou crianças.

### **III. METODOLOGIA**

#### **1. Ética na Investigação**

Segundo Bogdan e Biklen (1999, p.75), em investigação:

“A ética consiste nas normas relativas aos procedimentos considerados correctos e incorrectos por determinado grupo. (...) Duas questões dominam o panorama recente e no âmbito da ética relativa à investigação com sujeitos humanos: o consentimento informado e a protecção dos sujeitos contra qualquer espécie de danos.”

“Cinco princípios ou direitos aplicáveis aos seres humanos foram determinados pelos códigos de ética: o direito à autodeterminação, o direito à intimidade, o direito ao anonimato e à confidencialidade, o direito à protecção contra o desconforto e o prejuízo e, por fim, o direito a um tratamento justo e leal.” (Fortin, 1999, p.116)

Visando garantir os princípios supracitados, cumpre-se esta responsabilidade do investigador através da concretização de um consentimento informado (Anexo II) livre e esclarecido dos intervenientes na investigação, onde os inquiridos são informados acerca dos objectivos e propósitos deste, para além da garantia do anonimato e confidencialidade dos dados recolhidos.

#### **2. Desenho de investigação**

De acordo com Fortin (1999, p.132) o desenho de investigação pretende obter “(...) respostas válidas às questões colocadas ou hipóteses formuladas.”

##### 2.1. Meio

“O investigador define o meio onde o estudo será conduzido e justifica a sua escolha.” (Fortin, 1999, p.132).

Assim sendo, torna-se fundamental referir que este mesmo estudo se realiza numa freguesia do distrito de Viana do Castelo, num espaço de tempo que vai de 14 a 18 de Maio do presente ano de 2007.

A selecção do local deve-se à melhor acessibilidade da investigadora.

## 2.2. Critérios de Selecção

O critério de selecção para o presente estudo reside na escolha de famílias que coabitem com idosos dependentes seus familiares.

Visando a viabilidade dos dados colhidos, os idosos foram sujeitos a uma avaliação do grau de dependência, através da aplicação do “Índice de Independência nas Actividades de Vida Diárias (Katz).

## 2.3. População

“A população compreende todos os elementos (pessoas, grupos, objectos) que partilhem características comuns, as quais são definidas pelos critérios estabelecidos para o estudo.” (Fortin, 1999, p.41)

Também de acordo com Fortin (1999) é necessário, ainda, diferenciar a população alvo da população acessível. A população alvo consiste na população que o investigador pretende estudar e formular posteriormente generalizações. A população acessível trata-se da porção da população alvo que este consegue alcançar.

Assim sendo, e com base no problema de investigação e com os critérios de selecção anteriormente citados, o presente estudo, tem como população alvo famílias que coabitem com um idoso dependente seu familiar. A população acessível serão todas as famílias que coabitem com um idoso dependente seu familiar de uma freguesia do distrito de Viana do Castelo.

#### 2.4. Amostra e tipo de amostragem

De acordo com Fortin (1999, pág.41) “ Uma amostra é uma subconjunto de elementos ou de sujeitos tirados da população que são convidados a participar no estudo. É uma réplica em miniatura da população alvo.”

Com base na citação supracitada, o presente estudo de investigação não irá apresentar amostra, logo, nem será seleccionada qualquer tipo de amostragem, dado que será toda a população alvo a participar voluntariamente neste estudo. Pode-se afirmar que a amostragem é coincidente com a população alvo.

#### 2.5. Variáveis e variáveis estranhas

No estudo científico que se apresenta, são visíveis apenas dois tipos de variáveis, as variáveis atributo e as variáveis estranhas.

Segundo Fortin (1999), as variáveis atributo englobam as características dos elementos que participam no estudo, que no presente estudo estão representadas pelo sexo do familiar, idade do familiar, grau de parentesco, habilitações literárias do familiar, profissão do familiar e estado civil. Temos ainda variáveis atributo referentes ao idoso dependente, que são a respectiva idade, sexo, motivo da dependência, estado civil, habilitações literárias e o tempo há que é dependente.

As variáveis estranhas são “As variáveis que não estão incluídas no estudo, mas que podem exercer uma influência sobre a variação da medida das variáveis estudadas, devem estar claramente identificadas.”(Fortin, 1999, p.133). Assim, no presente estudo, identificam-se as seguintes variáveis estranhas: estado de saúde do familiar, condições sócio-económicas, estilos de vida, crenças e valores dos familiares, planeamento da alta clínica e o respectivo acompanhamento no domicílio pela equipa multidisciplinar.

## 2.6. Tipo de estudo

Analisando as características do presente estudo, e visualizando os objectivos que se pretendem alcançar nesta investigação, optou-se por uma metodologia e abordagem qualitativa, dado que “A pesquisa qualitativa explora as compreensões subjectivas das pessoas a respeito da sua vida diária.”(Pope e Mays, 2005, p.17)

Especificando apenas mais um pouco, apresenta-se um estudo com base no Método Fenomenológico Descritivo.

Fenomenológico, pois trata-se de “ (...) uma investigação rigorosa, crítica e sistemática de um fenómeno.”( Carpenter e Streubert, 2003, p.55).

Ainda segundo os autores anteriormente mencionados, temos um estudo descritivo, dado que explora directamente, analisa e descreve o fenómeno em estudo, estimulando assim percepções da experiência vivida.

## 2.7. Método de colheita de dados e pré-teste

De acordo com Bruyne et al (*cit in* Lessard – Hélybert et al, 1990, p.143):

“ (...) designam por “modos” de recolha de dados são: o inquérito, que pode tomar uma forma oral (a entrevista) ou escrita (o questionário); a observação, que pode assumir uma forma directa sistemática ou uma forma participante, e a análise documental.”.

Atendendo às características da metodologia utilizada e buscando atingir os objectivos, a entrevista semi-estruturada será o instrumento de colheita de dados a utilizar.

Entrevista semi-estruturada dado que, segundo Fortin (1999), sempre que existam poucos conhecimentos sobre o fenómeno o investigador deve procurar acumular a maior quantidade de informação.

“As entrevistas semi-estruturadas são conduzidas com base numa estrutura solta, a qual consiste em questões abertas que definam a área a ser explorada, pleno menos inicialmente, e a partir da qual o entrevistador ou o entrevistado podem divergir a fim de prosseguir com uma ideia ou uma resposta em maiores detalhes.”(Pope e Mays, 2005, p.22)

A entrevista (Anexo III) foi elaborada com base nos objectivos específicos que se buscam atingir com esta investigação, tendo sido orientada pela pesquisa bibliográfica.

A colheita de dados foi realizada nos domicílios das famílias com um idoso dependente a seu cargo, no período compreendido entre 14 e 18 de Maio do presente ano de 2007, após cumprir todos os requisitos éticos e legais.

Trata-se de um guião de entrevista sujeito a pré-teste no dia 10 de Abril, visando validar o instrumento de colheita de dados elaborado para este mesmo estudo. Foram realizadas duas entrevistas a dois familiares de famílias distintas com um idoso dependente a seu cargo também numa freguesia de Viana do Castelo. Analisando a informação recolhida, concluiu-se que não havia necessidade de reformulação; e com base nisto, considera-se o instrumento de colheita de dados adequado ao presente estudo.

## 2.8. Método de tratamento e análise de dados

“A análise de dados exige que os investigadores mergulhem profundamente nos mesmos.”( Carpenter e Streubert, 2003, p.69)

“Em investigação qualitativa, a análise de dados é uma fase do processo indutivo de investigação que está intimamente ligado ao processo de escolha dos informadores ou participantes e às diligências para a colheita de dados.” (Fortin, 1999. p.306)

Numa primeira fase, para melhor caracterizar a população alvo em estudo, recorre-se ao programa Excel, tendo-se optado pela apresentação em gráficos.

Posteriormente, optou-se pela análise de conteúdo, dado que, de acordo com Bardin (2004, p.39):

“(…) a análise de conteúdo visa o conhecimento de variáveis de ordem psicológica, sociológica, histórica, etc., por meio de um conhecimento de dedução com base em indicadores reconstruídos a partir de uma amostra de mensagens particulares.”

Dentro desta fase, e ainda segundo a mesma autora, é necessário muitas vezes proceder-se à formação de um *corpus*, que consiste em submeter a processos analíticos o conjunto de documentos utilizados no estudo.

De acordo com a autora supramencionada, a análise de conteúdo divide-se em 3 pólos cronológicos: a pré-análise, a exploração do material, o tratamento dos resultados.

Na pré-análise o investigador busca de forma intuitiva operacionalizar e sistematizar as ideias iniciais de forma a estruturar um plano de análise.

Numa segunda fase, surge a exploração do material, fase esta que se baseia essencialmente na codificação, desconto ou enumeração, em função de regras previamente formuladas.

Por fim, encontra-se o tratamento dos resultados e interpretação. Os resultados são organizados de forma a surgir um significado viável.

Procedeu-se à audição e transcrição das entrevistas, no sentido de criar o *corpus* deste estudo, pois “Antes da análise propriamente dita, o material reunido deverá ser preparado (...) as entrevistas gravadas são transmitidas (na íntegra) e as gravações conservadas.” (Bardin, 2004, pág.94), sendo as entrevistas aos familiares de famílias distintas com um idoso dependente a seu cargo o *corpus* desta mesma investigação.

Após a transcrição das entrevistas, procedeu-se à leitura exhaustiva das mesmas, procurando seleccionar as ideias principais e tendo em conta os objectivos específicos do estudo, o que levou à identificação de unidades de registo que correspondem à “(...) unidade de significação a codificar.” (Bardin, 2004, pág.98)

O passo que se segue, após estabelecidas as unidades de registo, é definir unidades de contexto.

“ (...) serve de unidade de compreensão para codificar a unidade de registo e corresponde ao segmento da mensagem (superiores à unidade de registo) são óptimas para que se possa compreender a significação exacta da unidade de registo.” (Bardin, 2004, pág.100)

Por fim, as diversas unidades de registo deverão ser agrupadas em categorias, categorias estas que, segundo a autora Bardin (2004), consistem em classificar elementos que constituem um conjunto e, seguidamente, reagrupar com base no género.

Os dados obtidos são apresentados sob a forma de tabelas, sendo cada uma delas prosseguida da respectiva análise e comentário.

## IV. CONSIDERAÇÕES EMPÍRICAS

### 1. Análise descritiva dos dados

De acordo com Fortin (1999), os resultados obtidos numa investigação resultam da observação dos factos aquando da colheita de dados, sendo estes por sua vez analisados e apresentados, visando estabelecer uma relação lógica com o problema de investigação sugerido.

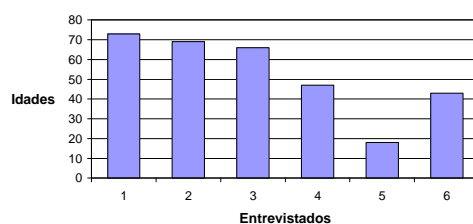
#### 1.1. Caracterização da população alvo

Quadro 1: Caracterização dos familiares entrevistados.

<b>CARACTERIZAÇÃO DO FAMILIAR</b>					
<b>Idades</b>	<b>Sexo</b>	<b>Grau de parentesco</b>	<b>Estado Civil</b>	<b>Profissão</b>	<b>Habilitações</b>
73	F	Filha	Viúva	Jardineira	Ensino Primário
69	F	Filha	Solteira	Reformada	Ensino Primário
66	F	Filha	Solteira	Reformada	Ensino Primário
47	F	Filha	Casada	Doméstica	Ensino Básico
18	F	Neta	Solteira	Estudante	Ensino Superior
43	F	Filha	Divorciada	Monitora	Ensino Básico

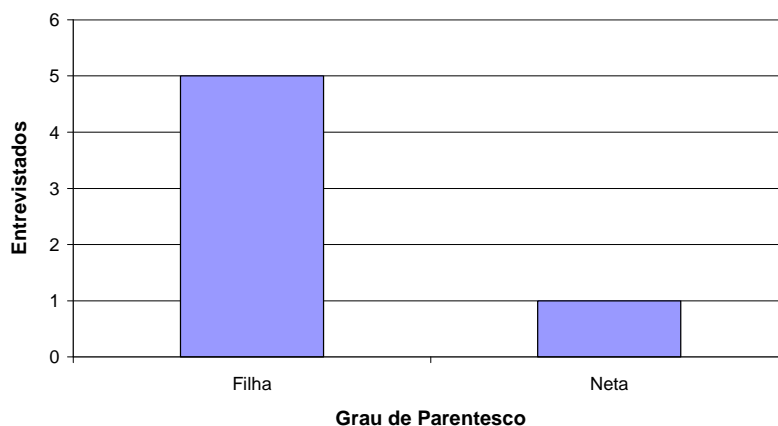
Pela observação do quadro supracitado, pode-se constatar que dos 6 elementos entrevistados, todos eles são do mesmo sexo, sendo então todos os elementos do sexo feminino (100%).

Gráfico 3: Distribuição numérica dos entrevistados pela idade.



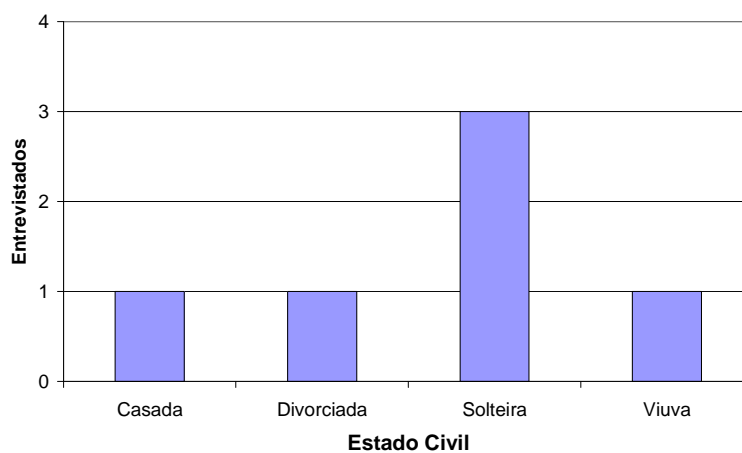
Através da observação do gráfico 3, constata-se que os 6 elementos entrevistados possuem idades distintas, representando cada um deles uma percentagem de 16,67%. As idades dos entrevistados situam-se entre os 18 e os 73 anos. A sua média de idades é de 52,67 anos. Salienta-se ainda que 83,33% da população tem mais de 40 anos de idade, representando assim 5 dos entrevistados.

**Gráfico 4:** Distribuição numérica dos entrevistados pelo grau de parentesco.



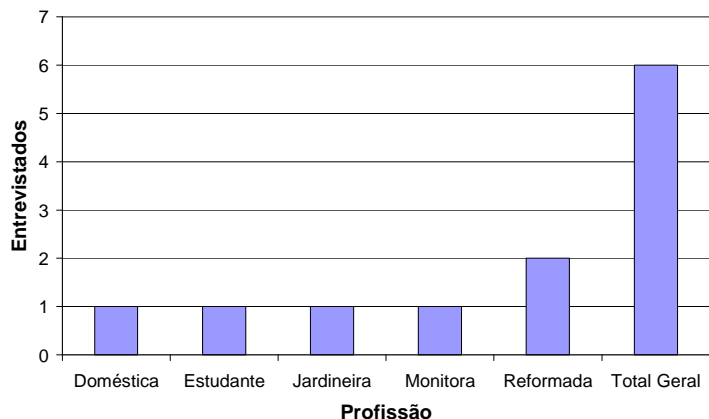
Pela análise do gráfico 4, pode-se verificar que 5 dos entrevistados são filhas do idoso/a dependente e apenas uma é neta do idoso/a dependente. Assim sendo, os 5 elementos que fazem parte do grupo das filhas representam uma percentagem de 83,33%, restando 16,67%, que coincide com a percentagem que a neta representa.

**Gráfico 5:** Distribuição numérica dos entrevistados pelo estado civil.



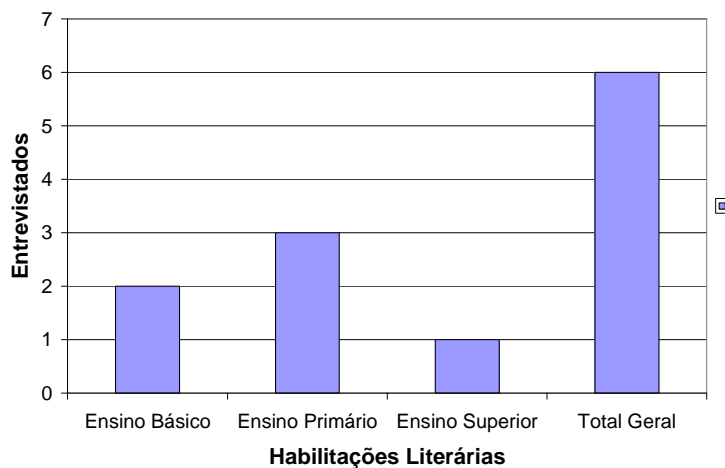
Pela observação do gráfico 5, é possível constatar que 3 elementos entrevistados são solteiras (50,00%). O estado civil – casada, divorciada e viúva, é representado, cada um, por 1 elemento da população alvo (16,67%).

**Gráfico 6:** Distribuição numérica dos entrevistados pela actividade profissional.



Com base na observação do gráfico 6, pode-se constatar que 2 elementos da população alvo já não possuem actividade profissional, sendo reformadas (33,33%). Os restantes elementos têm, cada um, uma actividade profissional, sendo respectivamente doméstica (16,67%), estudante (16,67%), jardineira (16,67%) e, por fim, monitora (16,67%).

**Gráfico 7:** Distribuição numérica dos entrevistados pela escolaridade.

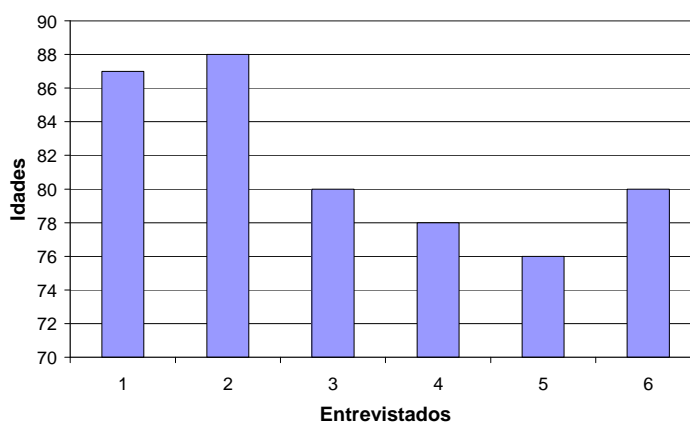


Pela observação do gráfico 7, pode verificar-se que 3 elementos entrevistados possuem as mesmas habilitações literárias, sendo ela o ensino primário (50,00%). 2 elementos da população alvo tem como habilitações literárias o ensino básico (33,33%). Os restantes 16,67% são de 1 elemento da população alvo que se encontra no ensino superior.

**Quadro 2:** Caracterização dos idosos dependentes familiares dos entrevistados.

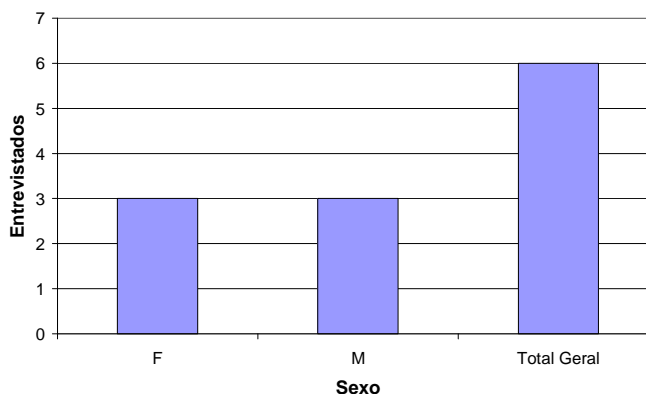
<b>CARACTERIZAÇÃO DO IDOSO</b>					
<b>Idades</b>	<b>Sexo</b>	<b>Estado Civil</b>	<b>Habilitações</b>	<b>Doença</b>	<b>Espaço Temporal</b>
87	F	Viuva/o	Sabe Ler e Escrever	AVC	5 anos
88	F	Viuva/o	Sabe Ler e Escrever	AVC	5 anos
80	M	Viuva/o	Sabe Ler e Escrever	AVC	4 anos
78	F	Casada/o	Ensino Básico	Demência	1 ano
76	M	Casada/o	Ensino Básico	AVC	6 Meses
80	M	Viuva/o	Sabe Ler e Escrever	AVC	1 ano

**Gráfico 8:** Distribuição numérica dos idosos dependentes pela idade.



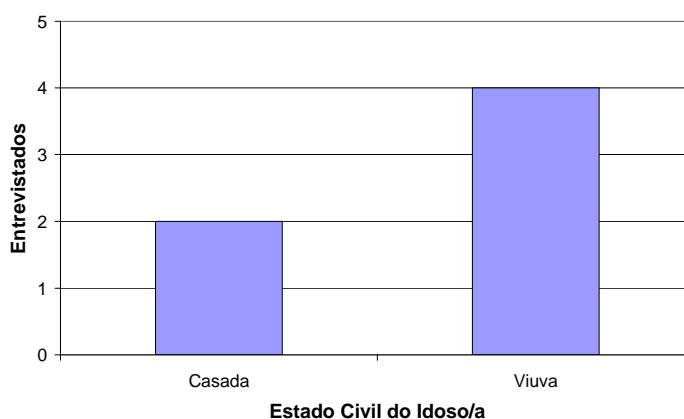
Pela análise do gráfico, 2 idosos dependentes têm a mesma idade, os 80 anos (33,33%). Os restantes elementos da população alvo possuem idades distintas, representando cada um deles 16,67% dessa mesma população. As idades variam entre os 76 anos e 88 anos, sendo a média das idades 81,5 anos.

**Gráfico 9:** Distribuição numérica dos idosos dependentes pelo sexo.



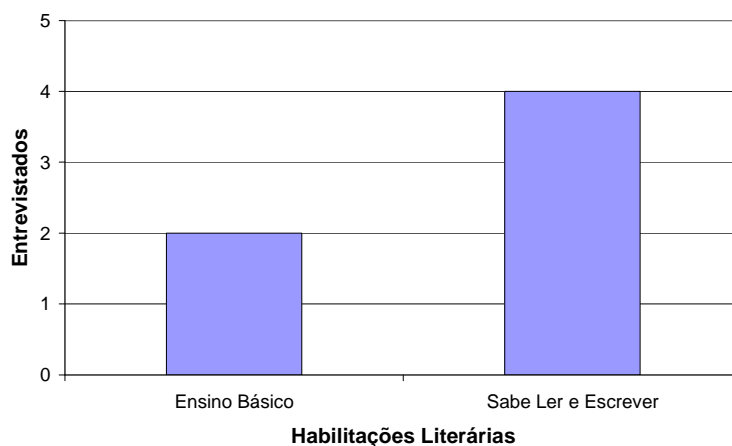
De acordo com o gráfico 9, verifica-se que a população alvo de idosos dependentes encontra-se dividida em dois grupos, com percentagens iguais, 50,00% cada. O sexo feminino é representado por 3 elementos, tal como o sexo masculino.

Gráfico 10: Distribuição numérica dos idosos dependentes pelo estado civil.



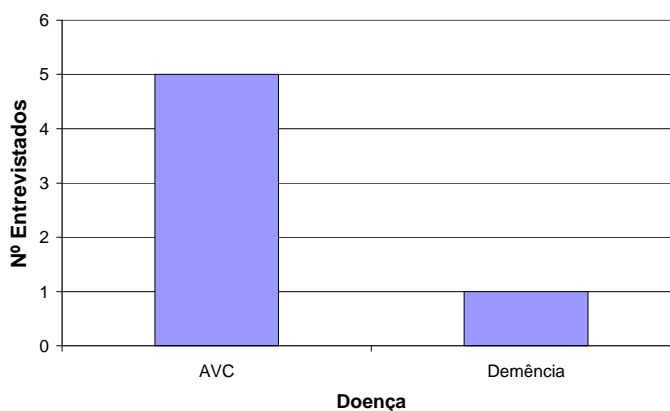
Pela observação do gráfico 10, 4 elementos da população alvo de idosos dependentes são viúvos/as (66,67%) os restantes elementos são ainda casados (33,33%).

Gráfico 11: Distribuição numérica dos idosos dependentes pelas habilitações literárias.



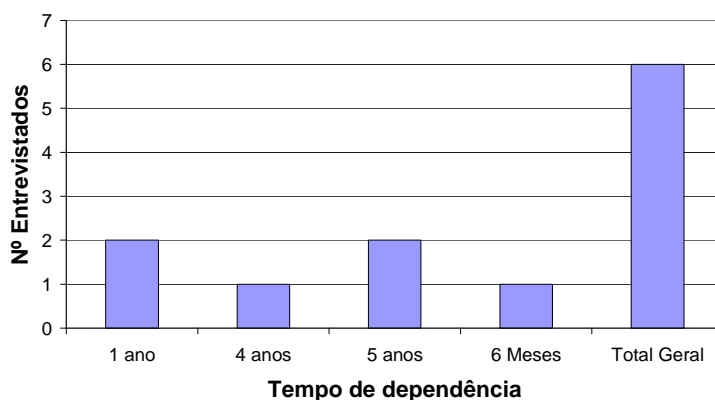
Com base no gráfico 11, 4 idosos dependentes sabem apenas ler e escrever, representando assim 66,67% da população alvo. Os restantes 33,33% são representados por 2 elementos que têm o ensino básico.

Gráfico 12: Distribuição numérica dos idosos dependentes pela doença que causou dependência.



Pela análise do gráfico 12, 5 idosos dependentes são dependentes devido a uma AVC (Acidente Vascular Cerebral) (83,33%). Apenas um elemento da população alvo tem como causa da dependência a demência (16,67%).

Gráfico 13: Distribuição numérica dos idosos dependentes pelo tempo há que é dependente.



O último gráfico referente à caracterização da população alvo, o gráfico 13, mostra que 4 elementos, encontram-se subdivididos em 2 grupos, representando 1 ano e 5 anos de dependência do idoso, tendo uma percentagem 33,33% cada um dos respectivos subgrupos. Os restantes 33,33% encontram-se divididos em mais dois outros subgrupos, sendo representado cada um deles por 1 elemento da população alvo (16,67%), onde um dos elementos é dependente há 4 anos e o outro há 6 meses.

## 1.2. Apresentação e análise dos resultados

De seguida, serão apresentados e analisados os dados obtidos através da análise de conteúdo das entrevistas executadas no âmbito deste mesmo trabalho de investigação.

Da análise de conteúdo das respectivas entrevistas emergem três grandes áreas temáticas, que correspondem às respectivas categorias abordadas.

- Alteração da dinâmica familiar.
- Dificuldades / necessidades vivenciadas pela família.
- Estratégias mobilizadas pela família de forma a ultrapassar essas mesmas dificuldades.

### **Alteração na dinâmica familiar**

Com base na análise dos dados e no intuito de conhecer as alterações que ocorrem na família face à presença de um idoso dependente, foi identificar uma só categoria, nomeadamente a Alteração da Dinâmica Familiar (Quadro 3).

Quadro 3: Alteração da Dinâmica Familiar.

<b>Categoria 1: Alterações na dinâmica familiar.</b>	
<i>Unidades de registo</i>	<i>Unidades de contexto</i>
<b>1.1. Restrição da vida pessoal e social</b>	“(...) foi uma situação um bocadito mais complicada porque tive que tirar algum do meu tempo para ela (...) e na altura tinha o meu marido.”E1 “(...) implica muita atenção da minha parte.”E4 “(...) isso acaba por condicionar tudo.”E4 “Sinto necessidade de ter mais tempo para mim e para a minha família(…)”E4 “Nunca tem tempo para nada.”E5 “(...) se quisesse ir a algum lado não podia pois de 2 em 2h tinha que dar de comer ao meu pai pela sonda.”E6
<b>1.2. Dependência face ao idoso\ a</b>	“(...) também me sinto muito dependente.”E2 “(...) a principal mudança reside mesmo no facto de ter que estar permanentemente “de olho” na minha mãe.”E4 “(...) chego da escola e vou logo ter com ele, abano-o logo (...)”E5 “(...) deixei de fazer tudo o que fazia, é viver em função dele.”E6

	“Vive-se para ele, nós é que somos dependentes dele.”E6
<b>1.3. Sentimentos vivenciados</b>	<p>“Para além da tristeza, também sinto solidão.”E1</p> <p>“Às vezes sinto-me incapaz de cuidar dela (...) queria poder fazer mais por ela.”E2</p> <p>“São muitas as emoções (...), mas acima de tudo com muito amor.”E3</p> <p>“Sinto-me bem em ajudar a minha mãe, mas, entristece-me o facto de a ver naquele estado.”E4</p> <p>“Acaba por ser um misto de emoções (...)”E4</p> <p>“Triste.”E5</p> <p>“(...) anda mais stressada e depois quem leva com as culpas sou eu (...)”E5</p> <p>“Senti desgosto por ver o meu pai assim (...)”E6</p> <p>“Muitas vezes chorei sozinha sentada ao lado da cama (...)”E6</p> <p>“(...) mas por outro lado fico feliz ao ver um sorriso dele (...)”E6</p>
<b>1.4. Alterações nas relações familiares</b>	<p>“(...) no início em que o meu marido ainda era vivo, ele reclamava que era sempre de volta dela (...)”E1</p> <p>“(...) fui-me afastando involuntariamente da minha família.”E4</p> <p>“Acabei por dedicar menos tempo a eles (...)”E4</p> <p>“Sinto falta do meu mimo, que agora é todo do meu avô (...)”E5</p> <p>“A minha avó tem ciúmes do meu avô e está sempre a atirar à cara que é tudo para ele (...)”E5</p> <p>“Deixei de sair com os meus filhos (...) e eles às vezes cobravam-me isso.”E6</p>
<b>1.5. Abandono ou limitação da actividade profissional</b>	“Deixei de trabalhar (...) não tinha quem ficasse com ele.”E6
<b>1.6. Alteração dos papéis familiares</b>	<p>“À partida são os pais que cuidam e não os filhos (...)”E4</p> <p>“(...) foi ver uma inversão dos papéis, era o meu avô que tomava conta de nós e agora somos nós que tomamos conta dele.”E5</p> <p>“Foi um bocado difícil, porque à partida são os pais que tomam conta dos filhos e não o contrário.”E6</p>

Pela observação do quadro 3, constata-se que todos os utentes entrevistados referem alterações na dinâmica familiar, distinguindo-se a este nível diferentes áreas: restrição da vida pessoal e social, dependência face ao idoso/a, sentimentos vivenciados, alterações nas relações familiares, abandono ou limitação da actividade profissional e alteração dos papéis familiares.

No que diz respeito à restrição da vida pessoal e social, 4 dos 6 inquiridos, deixam transparecer uma diminuição da sua vida social e pessoal (E1,E4,E5,E6), o que, acaba por alterar a relação entre estes e as suas famílias.

Relativamente à dependência face ao idoso/a, as expressões citadas pelos entrevistados deixam passar o quão dependentes se tornam os familiares (E2,E4,E5,E6), sendo capaz de passar a viver em função deles (E6), isto tudo, tendo sempre em conta a alteração que ocorre a nível familiar para estes se adaptarem.

Fazendo referência à unidade de registo “sentimentos vivenciados”, as unidades de contexto que lhe correspondem evidenciam um conjunto de sentimentos, em grande parte dos casos, ambivalentes (E3,E4,E6). É visível ainda, o sentimento de tristeza (E1, E5), como ainda, o de impotência (E2, E6).

As expressões dos entrevistados, na unidade de registo “alterações nas relações familiares” permitem verificar que os entrevistados sofreram modificações nas relações com os restantes elementos da família (E1, E4, E5, E6), bem como ainda realçam a mudança de atitude de outros elementos da família (E5, E6).

No que diz respeito ao abandono ou limitação da actividade profissional, apenas um elemento refere ter deixado de trabalhar para cuidar do seu familiar dependente (E6), mas isto, porque na população alvo, apenas um dos inquiridos se encontrava a trabalhar quando o idoso ficou dependente.

Por fim, as unidades de contexto referentes à unidade de registo “alteração dos papéis familiares”, permitem verificar em 3 entrevistadas as modificações que ocorrem no seio familiar, onde alguns elementos assumem novos papéis (E4, E5, E6).

Quadro 4: Dificuldades/necessidades sentidas pela família na presença do idoso dependente.

<b>Categoria 2: Dificuldades e/ou necessidades sentidas pela família.</b>	
<i>Unidades de registo</i>	<i>Unidades de contexto</i>
<b>2.1. Falta de condições no domicílio</b>	<p>“(…) tenho uma casa muito pequena.”E2, E4</p> <p>“(…) não dá para uma cadeira de rodas.”E2</p> <p>“A casa é antiga, está muito mal adaptada, os corredores são estreitos, mal passa a cadeira de rodas, nas portas até roça (…)”E5</p> <p>“(…) os degraus dispensavam-se.”E5</p> <p>“(…) pensei em por uma rampa no sítio dos degraus (…)”E6</p>
<b>2.2. Exaustão</b>	<p>“(…) sinto-me cansada.”E1</p> <p>“(…) sempre muito cansaço e com muito stress (…)”E3</p> <p>“A minha mãe anda muito stressada e nervosa (…)”E5</p> <p>“(…) sinto muito cansaço às vezes (…)”E6</p> <p>“(…) no início passei 3 meses com ele no quarto (…) ele gritava se não tivesse lá (…) foi uma fase em que me senti muito esgotada.”E6</p>
<b>2.3. Falta de apoio social e recursos</b>	<p>“(…) no início davam as fraldas agora já nem isso.”E3</p> <p>“(…) as enfermeiras vinham fazer as rotinas, mas ensinar nunca vieram (…)”E5</p> <p>“Chegam cá, fazem a técnica que têm a fazer e vão-se embora.”E6</p> <p>“Senti falta do apoio dos enfermeiros, (…) as pessoas nunca sabem tudo e faz falta alguém que diga, faz assim, ou, assim é melhor.”E6</p>
<b>2.4. Dificuldades económicas devido a despesas elevadas</b>	<p>“A reforma é baixa e os medicamentos são muitos.”E1,E3</p> <p>“A reforma é pequena e são muitas despesas em medicamentos, e mais,o resto que uma casa acarreta.”E2</p> <p>“Tenho muitas despesas de fraldas e medicamentos (…)”E3</p> <p>“O valor da reforma da minha mãe, não é suficiente para cobrir o custo da medicação (…e para além da alimentação.”E4</p> <p>“Como deixei de trabalhar, agora é só a reforma do meu pai e um apoio da segurança social, que apesar de serem 2 apoios, tem que se esticar para no dia-a-dia, pois é a casa, mais os medicamentos e estudos dos filhos.”E6</p>
<b>2.5. Insegurança na prestação de cuidados</b>	<p>“Tenho medo de lhe dar comida pela seringa.”E3</p> <p>“(…) tinha medo que a sonda não estivesse no sítio e sufocasse.”E5</p> <p>“Assustou-me chegar a casa e ver-me sozinha (…)”E6</p>
<b>2.6. Dificuldades na prestação de cuidados</b>	<p>“Custa-me a lavá-lo, pesa muito (…)”E3</p> <p>“(…) só de o puxar para cima fico logo cansada, ele é muito pesado.”E5</p> <p>“(…) dar de comer qualquer pessoa fazia isso, agora mudá-lo de posição.”E5</p> <p>“Foi complicado começar a tirá-lo da cama para a fisioterapia (…) ele não se segurava sentado (…) parecia de gelatina.”E6</p> <p>“(…) quando lhe tiraram a sonda, tive que o ensinar a comer, custou-me muito, pois ele não sabia nada, foi como ensinar um bebé grande a comer.”E6</p> <p>“(…) o banho também foi complicado, por não conseguir enfrentar aquela nova imagem do meu pai e não por causa do nojo (…)”E6</p>

Pela observação do quadro 4, constata-se que todos os elementos entrevistados sentem numa ou noutra área dificuldades quando têm a seu cargo um idoso dependente. Sobressaem-se aqui, seis unidades de registo, sendo elas, falta de condições no domicílio, exaustão, falta de apoio social e de recursos, dificuldades económicas devido a despesas elevadas, insegurança na prestação dos cuidados e, por último, dificuldade na prestação dos cuidados.

Relativamente à falta de condições no domicílio, 4 dos 6 elementos inquiridos evidenciam esta situação (E2,E4,E5,E6) como sendo mais um obstáculo na prestação de cuidados ao idoso/a a seu cargo.

A exaustão surge como uma unidade de registo inserida na categoria 2: dificuldades e/ou necessidades sentidas pela família, dado que tal como é visível nas respectivas unidades de contexto, 4 entrevistados realçam o facto de se sentirem cansadas, stressadas (E1, E3, E5, E6), ou, por momentos, mesmo esgotadas (E6).

No que concerne à falta de apoio social e de recursos, 3 elementos entrevistados deixam transparecer através das expressões citadas nas unidades de contexto, esta mesma falta de apoio. A entrevistada 1 refere-se à falta de recursos materiais e os restantes inquiridos (E5, E6) demonstram a falta de apoio social, mais especificamente do apoio de enfermagem. Em relação à dificuldade económica devido a despesas elevadas, 5 elementos inquiridos (E1, E2, E3, E4; E6) salientam esta dificuldade, onde atribuem como principal causa para esta dificuldade as despesas com a medicação, associada às reformas baixas.

No que diz respeito à insegurança na prestação de cuidados, através da análise das unidades de contexto, observa-se que 2 elementos referem receio em prestar certos cuidados (E3, E5) e 1 elemento simplesmente teve medo com a chegada do idoso a casa, e vê-lo a seu cargo estando sozinha (E6).

Por último, no que diz respeito ainda à segunda categoria, surgem as dificuldades na prestação dos cuidados, onde 3 entrevistados se referem à mudança de posição de idoso como sendo a técnica onde têm mais dificuldade, pelo facto de este ser muito pesado (E3, E5, E6). Observa-se ainda que um inquirido refere-se à alimentação do idoso e à aceitação da nova imagem deste; este último encontra-se inserido nesta unidade de registo uma vez que constitui um obstáculo na prestação de cuidados.

**Quadro 5:** Estratégias mobilizadas pela família para dar resposta às necessidades sentidas.

<b>Categoria 3: Estratégias mobilizadas pela família.</b>	
<i>Unidades de registo</i>	<i>Unidades de contexto</i>
<b>3.1. Experiência adquirida ao longo do tempo</b>	<p>“(…) os conhecimentos fui-os ganhando.”E1</p> <p>“Os conhecimentos vão-se arranjando, conforme as coisas vão passando (…)”E3</p> <p>“Fui-me adaptando, a minha família foi-se adaptando (…)</p> <p>e hoje praticamente todos sabemos o que fazer.”E4</p> <p>“(…) ia fazendo conforme via (…)”E5</p> <p>“Agora já me habituei, já passou muito tempo.”E6</p>
<b>3.2. Apoio da família</b>	<p>“(…) tenho as minhas irmãs que me ajudam a levantar o astral e a cuidar da minha mãe.”E1</p> <p>“(…) eles próprios também têm que tomar conta dela por vezes (…)”E4</p> <p>“(…) antes estava sempre a virá-lo de um lado para o outro e a pôr almofadas, e na altura não consegui sozinha, tinha que chamar sempre o meu filho.”E6</p>
<b>3.3. Apoio da comunidade</b>	<p>“ Para além das minhas irmãs, vem a casa ajudar no banho uma senhora amiga (…)</p> <p>porque eu não posso sozinha.”E1</p> <p>“Tenho uma vizinha que é enfermeira que me deita a mão quando ela ganha escaras (…)”E3</p>
<b>3.4. Recursos materiais</b>	<p>“Tive que arranjar uma cama articulada e um colchão para não ganhar feridas (…)”E1</p> <p>“(…) tive de arranjar uma cama articulada.”E2, E6</p> <p>“(…) comprámos a cadeira de rodas, senão saía da cama.”E1,E4, E6</p>
<b>3.5. Religião</b>	<p>“(…) vou-as ultrapassando com pensamento positivo e confiando no Senhor.”E1</p> <p>“(…) peço a Deus para me dar coragem.”E2</p> <p>“(…) também tenho muita fé.”E6</p>
<b>3.6. Aceitação do idoso dependente</b>	<p>“A vida é dura, mas como não há nada a fazer, vai-se levando um dia de cada vez.”E1</p> <p>“(…) não tenho outra forma de ultrapassar isto tudo, senão aceitando.”E3</p> <p>“(…) fui interiorizando que a vida é mesmo assim e que temos de aceitar, que esta situação existe e é irreversível.”E4</p> <p>“(…) custa-me vê-lo, dantes não parava quieto (…)</p> <p>agora nem se mexe.”E5</p> <p>“(…) com o pouco tempo que passou acabei por me habituar, não tenho outra hipótese.”E5</p> <p>“(…) custou-me um bocado por ser o meu pai, ali naquele estado.”E6</p>

Através da observação do quadro 5, verificam-se como unidades de registo inseridas na categoria 3: estratégias mobilizadas pela família, a experiência adquirida ao longo do tempo, apoio da família, apoio da comunidade, recursos materiais, religião, aceitação do estado de saúde do idoso dependente.

Inseridas na unidade de registo “experiência adquirida ao longo do tempo” encontram-se expressões citadas nas unidades de contexto, onde 5 inquiridos demonstram que foram aprendendo a lidar com o idoso dependente à medida que o tempo decorria (E1, E3, E4, E5, E6).

O apoio dos restantes elementos da família tornou-se muitas vezes uma estratégia utilizada como se observa na unidade de registo “apoio da família”, em que elementos entrevistados fazem essa referência (E1, E4, E6).

Também o apoio da comunidade surge como estratégia, este apoio é citado por dois elementos (E1, E3), onde um fala numa senhora amiga que lhe presta auxílio e outro fala numa vizinha que é enfermeira.

Buscando minimizar as dificuldades sentidas, a família recorre ainda a recursos materiais quando possível, tal como se observa nas expressões citados por 4 inquiridos. 3 destes (E1, E2, E6) referem ter comprado cama articulada, 1 elemento refere ter investido num colchão específico para evitar as úlceras de decúbito e ainda 3 elementos citam a compra de cadeira de rodas que facilita o transporte do idoso/a (E1, E4, E6).

De acordo com a unidade de registo “religião”, 3 elementos entrevistados realçam o refúgio que encontram na religião, sendo muitas vezes uma fonte de energia para estes (E1, E2, E6).

Por último, surge a “aceitação do idoso dependente”; nesta unidade de registo, encontram-se unidades de contexto que permitem verificar que, apesar de difícil, o primeiro passo é aceitar a situação (E1, E3, E4, E5, E6), embora muitas vezes seja complicado fazê-lo (E1, E5, E6).

## 2. Interpretação dos resultados do estudo

Terminada a apresentação dos resultados, procede-se de seguida à interpretação dos mesmos. Chegada esta etapa, pensa-se já possuir dados suficientes que permitem conduzir a respostas às questões de investigação surgidas no início deste mesmo estudo.

Retomando então as questões de investigação que foram a linha orientadora neste estudo, pode-se concluir que:

- ♦ Questão n.º 1 - Quais as alterações da dinâmica familiar quando um dos familiares é idoso dependente?

Um dos aspectos que ressaltou, ao se efectuarem as entrevistas aos inquiridos que compõem a população alvo (6 familiares de famílias distintas com um idoso seu familiar a seu cargo, numa determinada freguesia do distrito de Viana do Castelo), foi o facto de estes reconhecerem as alterações que ocorrem na família com a chegada do seu familiar idoso dependente ao seio familiar, mais especificamente ao domicílio.

Esta situação causou-lhes alterações a diversos níveis, desde o relacional, quer intra ou extra familiar, e o assumir de novos papéis na família, passando a viver em função do mesmo. Esta situação faz com que se vejam invadidos por um conjunto de sentimentos muitas vezes ambivalentes.

Estes dados retirados das entrevistas vão de encontro ao que o autor Moreira (2006) cita; este, de uma forma resumida e num só parágrafo, evidencia estas alterações, referindo que a doença de um familiar pode tornar-se numa doença familiar, causando ansiedade e stress a todos os elementos da família.

- ♦ Questão n.º 2 - Quais as principais dificuldades sentidas pela família com um idoso dependente?

As dificuldades que os entrevistados referiram foram muito diversificadas. Mas a que mais se salientou foi a dificuldade económica, com os elevados gastos em medicação. Esta situação

está de acordo com os autores Carter e McGoldrik (1995), que falam destas mesmas dificuldades económicas.

A exaustão verificada em muitos dos entrevistados está de acordo com Moreira (2006), que salienta o risco que estes correm com o decorrer do tempo e a prolongamento dos cuidados.

As outras dificuldades como a falta de condições no domicílio, falta de apoio social e de recursos, são obstáculos que para ultrapassá-los, na maioria dos casos, necessitam de ajuda externa dado que a sua capacidade de adaptação fica perturbada perante um sentimento de impotência, tal como Martins (2002) referencia.

Por último, observa-se a dificuldade na própria prestação de cuidados e, mesmo, o receio em fazê-lo. Este receio, deve-se ao facto de não estarem devidamente apoiados, ou seja, encontra-se relacionada com a falta de apoio social supracitado. A dificuldade de cuidados prestados deve-se à falta de prática ou mesmo de conhecimentos, que com o devido apoio e com o decorrer do tempo serão ultrapassados.

Resumidamente, Moreira (2006) salienta estes tópicos e outros como sendo essenciais a explorar, de forma a proceder-se a uma correcta avaliação das necessidades familiares, garantindo o melhor possível os cuidados no domicílio.

♦ Questão n.º 3 - Quais as adaptações da família para minimizar as dificuldades sentidas?

Relativamente a esta questão, é das que mais se verifica a subjectividade do tema, pois a família, segundo Relvas (1996), é um ser único, e como único que é, terá as suas próprias estratégias para ultrapassar as suas dificuldades, estratégias estas muito subjectivas e pouco específicas.

Embora exista toda esta subjectividade em torno do tema, foi possível identificar ao longo das entrevistas seis estratégias, a saber: a própria experiência adquirida ao longo o tempo, o apoio da família e da comunidade, os recursos a materiais que facilitem na prestação de cuidados, e os mais subjectivos, a aceitação do problema e o recurso à religião.

Estas estratégias são visíveis no que a autora Martins (2002) salienta. As experiências de natureza anterior vão de encontro à experiência adquirida com o tempo, a que os entrevistados fazem referência. O comprometimento com a família, está de acordo com a aceitação da doença. A coesão entre os membros encontra-se visível no apoio que muitos entrevistados encontraram nos restantes elementos da família. A flexibilidade e capacidade de a família utilizar recursos externos ao núcleo, é possível observar-se no recurso à religião, vizinhos e materiais.

## V. CONCLUSÃO

Terminada uma longa caminhada, percorrida com o intuito de conhecer o impacto que um idoso dependente tem numa família, espera-se agora pela contribuição positiva, que este e outros trabalhos de investigação dentro da mesma área, possam dar no “mundo” dos cuidados de saúde.

Com o envelhecimento da população, surgem novas necessidades a que a sociedade procura dar resposta, com o aumento do número de instituições, formação de novas redes de cuidados, mas o principal recurso para minimizar este impacto será sempre a família.

O idoso assume-se como uma pessoa com mais de 65 anos que entra na reforma, mas esta definição torna-se muito vaga quando se vê o Ser Humano como um todo, pois nem todas as áreas do ser humano envelhecem com a mesma velocidade.

O idoso é dependente quando, por algum motivo de saúde, fica incapaz de se auto-cuidar, mais especificamente, fica incapaz de satisfazer as suas necessidades humanas básicas, precisando de ajuda total de outrem para o fazer.

Quando se fala em família, fala-se de um agregado doméstico que estabelece entre si um relacionamento íntimo e privado, vinculados por alianças ou laços biológicos, que pode ser mais ou menos alargada.

As famílias podem possuir diversas estruturas, dependendo das características dos elementos que as compõem.

A família desempenha funções essenciais para o desenvolvimento e sobrevivência dos seus membros; neste mesmo estudo a principal função realçada foi a de “cuidar pessoas”, pois esta implica cuidar dos membros da família que se encontram doentes ou debilitados, ficando incapazes de executar as suas AVD's (actividades de vida diárias) total ou parcialmente, por tempo indeterminado.

Toda a família tem uma história de vida, mais ou menos idêntica, desde que nasce até que morre. Esta história é caracterizada por etapas que se encontram descritas no ciclo vital da

família. Estas, são marcadas por uma mudança mais ou menos previsível, que implica uma adaptação à nova situação.

Com a presença do idoso dependente na família, esta desenvolverá um conjunto de estratégias que utilizará de forma a minimizar as dificuldades que sente face à presença do idoso, cuja presença acarreta na família um conjunto de alterações na sua dinâmica, desde o relacionamento entre os membros, até mesmo aos novos papéis que estes mesmos elementos se vêem “obrigados” a assumir.

O estudo efectuado permitiu constatar que a presença do idoso dependente, causa um conjunto de modificações na família, sempre em busca da melhor resposta possível face às necessidades destes.

Pode, então, concluir-se que a sua presença na família causa um impacto enorme, que acciona um conjunto de estratégias, buscando dar respostas às necessidades do idoso dependente, mas também às necessidades dos restantes elementos da família.

Nas entrevistas realizadas, é possível observar esta situação, bem como de uma forma mais específica as alterações que ocorrem ao nível da dinâmica familiar, as dificuldades que a família sente, bem como as estratégias mobilizadas para ultrapassar o melhor possível estas dificuldades.

Finalizado o estudo monográfico, releva-se não só o desenvolvimento de competências na área da investigação científica, como também o reconhecimento da importância desta para a prática dos cuidados de saúde, mais especificamente os cuidados de enfermagem. Ainda é de salientar o aperfeiçoamento dos saberes na temática abordada, na área familiar e geriátrica, que permitiu a construção deste documento.

Apesar de todas as dificuldades e obstáculos que se cruzaram ao longo da elaboração deste trabalho, pode-se concluir que os objectivos do estudo foram atingidos na sua totalidade.

Aspira-se, no final, a que este trabalho monográfico possa contribuir de alguma forma para a melhoria da qualidade dos cuidados de saúde, uma vez que é a sabedoria que possibilita esta mesma qualidade.

Realça-se ainda, que se tratou de um trabalho de investigação realizado em meio rural, deixando então como sugestão a execução de um outro trabalho de investigação com o mesmo tema e a mesma metodologia, mas aplicado em meio urbano. Dado que são realidades diferentes, eventualmente poderá originar resultados bastante distintos.

Assim, seria uma mais valia para os cuidados de saúde, em especial para os idosos, pois um vasto conhecimento na área, levará a uma intervenção de qualidade, caminhando sempre no sentido da excelência dos cuidados.

## VI. BIBLIOGRAFIA

- Bandeira, M. (2004). *Demografia: objecto, teorias e métodos*. Porto, Escolar Editora.
- Bardin, L. (2004). *Análise de Conteúdo*. Lisboa, Persona.
- Benhamou, R. (s.d). *Avaliar a dependência dos idosos. Proposta de uma escala de avaliação rápida e global*. Lisboa, Direcção Geral de Saúde.
- Berger, L., Mailloux-Poirer, D. (1995). *Pessoas Idosas : Uma abordagem global, Processo de Enfermagem por necessidades*. Lisboa, Lusociência.
- Bogdan, R. e Biklen, S. (1999). *Investigação Qualitativa em Educação: uma introdução à teoria e aos métodos*. Porto, Porto Editora.
- Bris, J. (1994). *Responsabilidade familiar pelos dependentes idosos das comunidades europeias*. Lisboa, Conselho Económico e Social.
- Carpenter, D. e Streubert, H. (2003). *Investigação Qualitativa em Enfermagem*. Loures, Lusociência.
- Carter, B. e McGoldrik, M. (1995). *As Mudanças no Ciclo da Vida Familiar: Uma estrutura para a terapia familiar*. Porto Alegre, Artes Médicas.
- Crimeno, A. (2001). *A Família: o desafio da diversidade*. Lisboa, Instituto de Piaget.
- Fernandes, A. (1997). *Velhice e Sociedade: Demografia, Família e Políticas Sociais em Portugal*. Oeiras, Celta Editora.
- Fortin, M. (1999). *O Processo de Investigação: da concepção à realização*. Loures, Lusociência.

- Kozier et al. (1993). *Enfermaria Fundamental: Conceptos, procesos y prácticas*. Madrid, McGraw-Hill.
- Lessard-Hébert, M., Goyette, G. e Boutin, G. (1990). *Investigação Qualitativa: fundamentos e práticas*. Lisboa, Instituto de Piaget.
- Levet, M. (1995). *Viver depois dos 60 anos*. Lisboa, Instituto Piaget.
- Martins, M. (2002). *Uma Crise Acidental na Família: O doente com AVC*. Coimbra, Formasau.
- Minuchin, S. e Fishaman, H. (1990). *Técnicas de Terapia Familiar*. Porto Alegre, Artes Médicas.
- Moniz, J. (2003). *A Enfermagem e a Pessoa Idosa: A prática de cuidados como experiência formativa*. Loures, Lusociência.
- Moreira, I. (2006). *O Doente Terminal em Contexto Familiar: uma análise da experiência de cuidar vivenciada pela família*. Porto, Formasau.
- Myers, D. (1994). *Psicologia*. Madrid, Editorial Médica.
- Pimentel, L. (2001). *O lugar do Idoso na Família: Contextos e Trajectórias*. Coimbra, Quarteto Editora.
- Pittaman, F. (1990). *Momentos decisivos. Tratamiento de familias en situaciones de crisis*. Buenos Aires, Amorrortu.
- Pope, C. e Mays, N. (2005). *Pesquisa qualitativa na atenção à Saúde*, Porto Alegre, Artmed Editora.

- Relvas, A. (1996). *O Ciclo Vital da Família: Perspectiva Sistémica*. Porto, Edições Afrontamento.
  
- Squire, A. (2005). *Saúde e bem-estar para Pessoas Idosas: Fundamentos básicos para a prática*. Loures, Lusociência.
  
- Stanhope, M. e Lancaster (1999). *Enciclopédia Comunitária: Promoção de Saúde de grupos, família e indivíduos*. Loures, Lusociência.
  
- Vieira, E. (1996). *Manual de Gerontologia: um guia teórico-prático para profissionais, cuidadores e familiares*. Rio de Janeiro, Revinter.
  
- Zimmerman, G. (2000). *Velhice: Aspectos Biopsicossociais*. Porto Alegre, Artemed.

## **VII. ANEXOS**

**ANEXO I:**

Escala de Katz

## Escala de Katz

<b>Funções</b>	<b>Independente</b>	<b>Ajuda</b>	<b>Dependência</b>
<b><i>Tomar banho (esponja, chuveiro ou banheira)</i></b>	Não precisa de ajuda (entra e sai da banheira por si se for esse o método usual de banho).	Precisa de ajuda para lavar pelo menos uma parte do corpo.	Precisa de ajuda para lavar mais do que uma parte do corpo (ou não toma banho).
<b><i>Vestir-se (tira a roupa dos armários ou gavetas – incluindo roupa interior, casaco, cinto ou suspensórios)</i></b>	Pega nas roupas e veste-se completamente sem nenhuma ajuda.	Pega nas roupas e veste-se sem ajuda, excepto com os atacadores dos sapatos.	Precisa de ajuda para pegar nas roupas ou para vestir, ou fica parcial ou completamente não vestido.
<b><i>Ir à casa de banho (ir à casa de banho para eliminação, fazer a higiene e vestir-se)</i></b>	Vai à casa de banho, faz a higiene e veste-se sem ajuda (mesmo usando um objecto para suporte como bengala, andador, cadeira de rodas. Pode usar urinol ou bacio à noite, esvaziando-o de manhã).	Recebe ajuda para ir à casa de banho, ou para fazer a higiene, ou para se vestir depois de usar a casa de banho, ou para usar o urinol ou o bacio à noite.	Não vai à casa de banho para fazer as suas necessidades.
<b><i>Transferência</i></b>	Deita-se e levanta-se da cama, senta-se e levanta-se da cadeira, sem ajuda (pode usar objecto de suporte como bengala ou andador).	Deita-se e levanta-se da cama, ou senta-se e levanta-se da cadeira, com ajuda.	Não sai da cama.
<b><i>Continência</i></b>	Controla a urina e movimentos intestinais completamente por si próprio.	Tem acidentes ocasionais.	A supervisão ajuda a manter o controle de urina ou intestino, usa algália, ou é incontinente.
<b><i>Alimentação</i></b>	Alimenta-se sem ajuda.	Alimenta-se sozinho (excepto cortar carne ou barrar o pão).	Recebe ajuda para se alimentar ou é alimentado parcial ou completamente por meio de tubos ou fluidos intravenosos.

Fonte: Katz S, Downs TD, Cash HR, Grotz RC. Progress in development of the index of ADL Gerontologist. 1970; 10(1)20-30.

### **Avaliação:**

A- Independente em todas as funções.

**B- Independente em todas, excepto numa delas.**

C- Independente em todas, excepto na higiene e em mais outra.

D- Independente em todas, excepto na higiene, no vestuário e em mais outra.

E- Independente em todas, excepto na higiene, no vestuário, no uso da sanita e em mais outra.

F- Independente em todas, excepto na higiene, no vestuário, no uso da sanita, na mobilização e em mais outra.

G- Dependente nas seis funções.

Outras - dependente em, pelo menos, duas funções, mas não classificável com C, D, E ou F.

**ANEXO II:**

Consentimento Informado



## **Carta de explicação do estudo e consentimento informado**

*Título:* O impacto que o idoso dependente tem na família.

*Investigadora:* Bruna Raquel Gomes Araújo, aluna da Licenciatura de Enfermagem, da Universidade Fernando Pessoa. TLM: 966057664.

### **Objectivo**

O objectivo deste estudo é conhecer as implicações físicas, emocionais e sociais que o idoso dependente provoca na família.

### **Método**

Pretende-se obter esta informação com uma entrevista realizada pessoalmente, recorrendo a um gravador.

### **Riscos Potenciais**

O estudo não apresenta quaisquer riscos para os participantes.

### **Potenciais vantagens**

O estudo não apresenta nenhuma vantagem para os participantes. Contudo, pode-se considerar importante o conhecimento sobre o impacto que o idoso dependente causa na família, na medida em que conhecer esse “mundo” poderá permitir uma intervenção por parte de enfermagem, de forma a colmatar certas necessidades existentes.



## **Confidencialidade**

Todos os dados colhidos durante este estudo, serão tratados de uma forma confidencial. Na entrevista não se irão pronunciar nomes, e o guião de entrevista será codificado. Os resultados poderão ser apresentados, mas em grupo, nunca dados individuais. Os resultados poderão ser colocados à disposição dos investigados.

## **Participação**

A decisão entre participar ou não participar no estudo é voluntária. Não existirá qualquer fonte de discriminação caso decida não colaborar.

**Pelo presente documento (assinale uma cruz na opção que pretende escolher):**

Aceito participar no presente estudo: \_\_\_\_\_

Não aceito participar no presente estudo: \_\_\_\_\_

**Assinatura:** \_\_\_\_\_

**Data:** \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_

**ANEXO III:**

Instrumento de colheita de dados – Entrevista semi-estruturada

**Caracterização do familiar**

1. Idade: \_\_\_\_\_ anos.
2. Sexo: \_\_\_\_\_
3. Grau de parentesco: \_\_\_\_\_
4. Estado Civil: \_\_\_\_\_
5. Profissão: \_\_\_\_\_
6. Habilitações Literárias: \_\_\_\_\_

**Caracterização do idoso**

7. Idade do idoso(a) dependente: \_\_\_\_\_ anos
8. Estado Civil: \_\_\_\_\_
9. Sexo do idoso dependente: \_\_\_\_\_
10. Habilitações Literárias: \_\_\_\_\_
11. Doença que provocou a dependência:
  - 11.1. AVC (acidente vascular cerebral)
  - 11.2. EAM (enfarte agudo do miocárdio)
  - 11.3. Problemas visuais e auditivos
  -

11.4. Osteoartrite

11.5. Osteoporose

11.6. Demência

11.7. Depressão

11.8. Doença terminal

11.9. Outra: \_\_\_\_\_

12. Há quanto tempo ficou dependente? \_\_\_\_\_

13. Que mudanças ocorreram quando o seu familiar teve alta e veio para casa?

14. Que sentimentos e emoções vivenciou e vivência?

15. Quais foram as principais dificuldades e necessidades que sentiu, quer a nível económico, afectivo, conhecimentos?

16. O que fez para tentar ultrapassar as suas dificuldades ou necessidades sentidas?

**ANEXO IV:**

Cronograma da elaboração da monografia

## Cronograma

Mês \ Actividade		Revisão Bibliográfica	Estruturamento da monografia	Colheita de dados	Redacção da monografia	Análise e interpretação dos resultados	Discussão e tratamento de resultados	Revisão da monografia	Entrega da monografia
Outubro	1ª e 2ª sem.								
	3ª e 4ª sem.								
Novembro	1ª e 2ª sem.								
	3ª e 4ª sem.								
Dezembro	1ª e 2ª sem.								
	3ª e 4ª sem.								
Janeiro	1ª e 2ª sem.								
	3ª e 4ª sem.								
Fevereiro	1ª e 2ª sem.								
	3ª e 4ª sem.								
Março	1ª e 2ª sem.								
	3ª e 4ª sem.								
Abril	1ª e 2ª sem.								
	3ª e 4ª sem.								
Maio	1ª e 2ª sem.								
	3ª e 4ª sem.								
Junho	1ª e 2ª sem.								
	3ª e 4ª sem.								
Julho	1ª e 2ª sem.								
	3ª e 4ª sem.								