

Vânia Maria Melo Rocha

O Impacto dos Cuidados Informais: Uma Perspectiva Diferente

Mestrado em Trabalho Social

**Universidade Fernando Pessoa
Porto – 2009**

Vânia Maria Melo Rocha

O Impacto dos Cuidados Informais: Uma Perspectiva Diferente

Mestrado em Trabalho Social

**Universidade Fernando Pessoa
Porto – 2009**

Vânia Maria Melo Rocha

O Impacto dos Cuidados Informais: Uma Perspectiva Diferente

Orientador: Professor Dr. João Casqueira

Parecer

Após confirmação dos conteúdos científicos e metodologias seguidos, considero a trabalho elaborado pela candidata ao Mestrado em Trabalho Social da Universidade Fernando Pessoa, Dra. Vânia Melo Rocha, como apto a ser apresentado publicamente.

O orientador:



João Casqueira Cardoso

**Dissertação apresentada à Universidade
Fernando Pessoa como parte dos requisitos
para obtenção do grau de Mestre
em Trabalho Social**

Resumo:

O aumento da longevidade humana é hoje um privilégio que podemos usufruir, em grande medida, devido à melhoria das nossas condições de vida. Embora a velhice nem sempre esteja associada a doença, a pessoa idosa é, sem dúvida, um ser mais vulnerável aos mais diversos tipos de patologias. Com estas enfermidades surgem as dificuldades de locomoção, a perda de autonomia e a conseqüente dependência de terceiros (cuidadores). Podemos distinguir dois tipos diferentes de cuidadores: os cuidadores formais e os cuidadores informais. Enquanto os primeiros prestam cuidados em função da sua profissão, os segundos prestam esses mesmos cuidados sem qualquer tipo de remuneração e, muitas vezes, sem qualquer tipo de apoio. A função de cuidar está intimamente ligada ao conceito de família e vai ser no seio familiar que o papel do cuidador (informal) vai assumir a sua verdadeira grandeza.

Embora o acto de cuidar seja uma actividade nobre e extremamente útil, nem sempre esta é percebida desta forma, podendo essa percepção variar de interveniente para interveniente. A questão central que orienta este trabalho de investigação é precisamente a percepção sobre os cuidados informais. Com este estudo pretendemos caracterizar e avaliar o impacto dos cuidados informais, de acordo com a percepção da pessoa idosa e do cuidador informal, dado que, a maioria dos estudos existentes se centram apenas no cuidador informal e na sua perspectiva, negligenciando a opinião da pessoa idosa.

Neste trabalho deu-se relevância à investigação quantitativa, tendo a informação sido recolhida através de questionário. A amostra é constituída por 2 grupos: um grupo composto por 40 cuidadores, responsáveis pela prestação de cuidados informais a pessoas idosas; e um grupo composto por 40 pessoas idosas, beneficiárias do Complemento de Dependência, receptoras de cuidados informais. Todos são residentes na Madalena, Vila Nova de Gaia.

Depois de analisados os dados emergentes da nossa investigação, foi possível concluir que, cuidadores informais e pessoas idosas, têm uma percepção idêntica sobre os cuidados prestados, e que ambos, atestam um nível de satisfação elevado relativamente

aos cuidados informais, o que demonstra que, os efeitos positivos dos cuidados informais, excedem claramente, os efeitos negativos.

Palavras-chave: Cuidador Informal, Pessoa Idosa, Cuidados informais.

Abstract:

The increase in human longevity is now a privilege that we enjoy, in large measure, due to the improvement of our living conditions. Although old age is not always associated with disease, the elderly person is, without doubt, more vulnerable to more diverse types of diseases. With these diseases arise difficulties in walking, loss of autonomy and the consequent dependence on third parties (caregivers). We can distinguish two different types of caregivers: formal caregivers and informal caregivers. While the first care on the basis of their profession, the latter provide the same care without any remuneration and often without any kind of support. The function of caregiving is closely linked to the concept of family and will be within the role of the family that (informal) caregiving will assume its true greatness.

Although the act of caring is a noble activity and extremely useful, this is not always perceived this way, and this perception may vary from actor to actor. The central question that guides the work of this research is the perception of the informal caregiving. With this study we want to characterize and evaluate the impact of informal caregiving, according to the perception of the elderly and informal caregivers, since the majority of the existing studies focus only on informal caregivers and their perspective, neglecting the views of the elderly.

This work gave relevance to quantitative research and the information was collected through a questionnaire. The sample consists of 2 groups: one group composed of 40 caregivers, responsible for the provision of informal caregiving to elderly people, and a group composed of 40 elderly people, receiving a Portuguese state support (Complemento de Dependência), recipients of informal caregiving. All are residents in Madalena, Vila Nova de Gaia.

After analyzing the emerging data from our research, it was possible to conclude that, informal caregivers and elderly people, have a similar perception about the informal caregiving, and that both, show a high level of satisfaction for informal caregiving, which shows that the positive effects of informal caregiving, clearly exceed the negative effects.

Key-Words: Informal Caregiver, Elderly Person, Informal Caregiving.

Résumé:

L'augmentation de la longévité humaine est aujourd'hui un privilège dont nous jouissons, dans une large mesure grâce à l'amélioration de nos conditions de vie. Bien que la vieillesse ne soit pas toujours associée à la maladie, la personne âgée est, sans doute, plus vulnérable à une plus grande diversité dans les types de maladies. Avec ces maladies surviennent des difficultés dans la marche, la perte d'autonomie et la dépendance à l'égard des tiers (soigneurs). On peut distinguer deux types de soigneurs: soigneurs formels et informels. Alors que les premiers soignent en fonction de leur profession, les derniers soignant pareillement, sans aucune rémunération et souvent sans aucune forme de soutien. La fonction de soigner est étroitement liée à la notion de famille et sera dans la famille que le rôle des aidants familiaux (informel), assumera sa vraie grandeur.

Bien que l'acte de soigner soit est une activité noble et extrêmement utile, ce n'est pas toujours perçue de cette façon, cette perception pouvant varier d'acteur à acteur. La question centrale qui guide ce travail de recherche est justement la perception des soins informels. Avec cette étude, nous voulons caractériser et évaluer l'impact des soins informels, selon la perception des personnes âgées et du soigneur naturel, puisque la majorité des études existantes ne portent que sur les soigneurs naturels et leur perspective, négligeant les points de vue de la personne âgée.

Dans ce travail on a souligné la recherche quantitative, avec les informations recueillies par des questionnaire. L'échantillon se compose de 2 groupes: un groupe composé de 40 soigneurs, responsables de soins informels aux personnes âgées, et un autre groupe composé de 40 personnes âgées, de receptrices du Supplément de Dépendance et receptrices de soin informels les bénéficiaires de soins informels. Tous sont résidents de Madalena, Vila Nova de Gaia.

Après avoir analysé les données résultants de nos recherches, il a été possible de conclure que les soigneurs informels et les personnes âgées, ont une perception identique sur les soins, et que les deux montrent un niveau élevé de satisfaction en ce

qui concerne les soins informels, ce qui montre que, les effets positifs des soins informels, dépassent clairement les effets négatifs.

Mots-clés: Soigneur informel, personne âgée, des soins informels.

Dedicatórias

*Aos meus avós e aos meus pais,
com muito carinho.
Eternamente agradecida!*

RECADO PARA SURDOS



Na placidez do olhar que se projecta
Nas ruínas do tempo que se foi
Adivinha-se a chaga que destrói
A glória de cortar, sereno, a meta!...

O peito dilacera a dor secreta
Onde se esbate o mártir ou o herói
Deste abandono que magoa e dói
Mais que o tiro certo duma seta!...

O grato mote de “PARTICIPAR
É VIVER” breve ecoa e deixa no ar
As vibrações da amarga realidade!...

É que o toque festivo e badalado
Não passa, para o velho reformado,
Dum remorso falaz da sociedade!...

José Gonçalinho de Oliveira¹

¹ José Gonçalinho de Oliveira, aos 74 anos de idade, com o poema “Recado Para Surdos”, recebeu o primeiro prémio, a nível nacional e distrital, referente ao trabalho apresentado no concurso de poesia promovido pela Comissão Nacional para a Política de Terceira Idade, no ano de 1990. A dureza da realidade envolta na melodiosa sonoridade deste poema abre à nossa memória dois oceanos, nos quais, muito há para navegar.

Aquele oceano de “abandono que magoa e dói mais que o tiro certo duma seta” que teima em inundar todos os continentes; mas também um outro oceano, igualmente, bem perto de nós, para nos tocar e lembrar que seja qual for a fase da vida em que a pessoa se encontra é sempre tempo de tentar fazer coisas tão maravilhosas como este trabalho artístico ou como este poema.

Um maravilhoso poema que bate fundo na consciência de cada um de nós e que nos vem lembrar que a vida é para ser participada até ao fim.

Agradecimentos

A finalizar a minha tese de mestrado, uma palavra de agradecimento profundo aos meus pais e ao meu irmão, por todo o carinho, dedicação e força, com que sempre me presentearam em todos os momentos, bons e menos bons, que passei ao longo de toda a minha vida.

Ao Hélder Ribeiro, pelo incondicional apoio e carinho.

A toda a minha família, e em especial à minha madrinha, uma palavra de profundo reconhecimento por todo o empenho e afecto demonstrados.

Ao Professor Doutor João Casqueira que me orientou e apoiou e, na altura certa, me foi indicando o melhor caminho para chegar às metas que me propus atingir.

Aos 40 cuidadores informais e às 40 pessoas idosas entrevistadas uma palavra de agradecimento. Sem eles este trabalho não teria sido realizável.

Finalmente, agradeço a todos que, de alguma forma, colaboraram na realização desta tese de mestrado.

Obrigada.

Fico-vos grata.

Introdução	1
Parte I – Enquadramento Teórico	5
Capítulo I – Velhice e Envelhecimento: Conceitos	6
1.1. Conceito de Velhice / Velho	6
1.2. Conceito de Envelhecimento	8
1.2.1. Diferentes Tipologias de Envelhecimento	10
1.2.2. Características do Envelhecimento	15
Capítulo II – Aspectos Biopsicossociais do Envelhecimento	18
2.1. Aspectos Biológicos do Envelhecimento	18
2.1.1. Aspectos Físicos da Velhice	18
2.1.2. A Saúde da Pessoa Idosa como Condicionante do seu	
Meio	20
2.1.3. O Processo de Saúde/Doença	21
2.1.4. Doenças do Foro Psicológico mais Frequentes na	
Velhice	23
2.1.4.1. Estado Depressivo	23
2.1.4.2. Doença de Alzheimer	24
2.1.5. A Doença como Factor Acelerador da Velhice	24
2.2. Aspectos Psicológicos do Envelhecimento	26
2.2.1. Idade Psicológica vs. Idade Cronológica	26
2.2.2. A Personalidade e o Envelhecimento	26
2.3. Aspectos Sociais do Envelhecimento	29

2.3.1. A Pessoa Idosa e o Meio Envolverte	29
2.3.2. A Pessoa Idosa e sua Família	31
2.3.3. A Discriminação da Pessoa Idosa	33
2.3.4. Envelhecimento, Pobreza e Exclusão Social	35
2.3.5. O Futuro Económico da Pessoa Idosa – A Sustentabilidade do Sistema	39
2.3.6. A Solidão	40
2.3.7. A Velhice Socialmente Bem Sucedida	41
2.3.8. Factores de Predição de uma Velhice Bem Sucedida	42
2.3.9. A Actividade na Idade da Reforma	44
2.3.10. A Educação para Pessoas Idosas	45
2.3.11. Lazer e Ocupação do Tempo Livre na Terceira Idade	47
2.3.12. A Adaptação da Pessoa Idosa à Reforma	48
Capítulo III – A Prestação de Cuidados Informais à Pessoa Idosa	50
3.1. O Cuidador Informal	50
3.1.1. Conceito de Cuidador Informal	50
3.1.2. O Processo de Iniciação do Cuidador Informal	52
3.1.3. Perfil do Cuidador	58
3.1.3.1. Sexo e Idade	58
3.1.3.2. Parentesco	60
3.1.3.3. Estado Civil	60
3.1.3.4. Proximidade Geográfica	61
3.1.3.5. Emprego	61
3.1.4. O Papel do Cuidador Informal	62

3.1.5. Tipologia das Tarefas Desempenhadas pelo Cuidador	
Informal	65
3.2. Duração dos Cuidados	68
3.3. O Impacto dos Cuidados Informais	69
3.3.1. O Impacto no Cuidador Informal	69
3.3.1.1. Impactos Negativos	69
3.3.1.1.1. A “Sobrecarga”	69
3.3.1.1.2. Impactos na Saúde Física e Mental do	
Cuidador	70
3.3.1.1.3. Impactos na Actividade Profissional e	
Situação Financeira	72
3.3.1.1.4. Impactos no Tempo Livre e Lazer	73
3.3.1.2. Impactos Positivos no Cuidador Informal	74
3.3.1.3. Formas de Adaptação do Cuidador Informal	75
3.3.2. Impacto na Dinâmica Familiar	79
3.3.3. Impacto no Receptor de Cuidados Informais	83
Parte II – Estudo Empírico	88
Capítulo IV – Considerações Metodológicas e Técnicas	89
4.1. Os Métodos	89
4.2. Objectivos	90
4.3. As Técnicas Empíricas e o Trabalho de Campo	91
4.3.1. Instrumento	91
4.3.2. Recolha de Dados	92
4.3.3. Amostra	92

4.3.3.1. Selecção e Recolha da Amostra	92
4.3.3.2. Caracterização da Amostra	92
4.3.4. Análise dos Dados	92
Capítulo V – Apresentação, Análise e Discussão dos Resultados	93
5.1. Apresentação e Análise dos Resultados	93
5.1.1. Descrição da Amostra	93
5.1.1.1. Cuidadores Informais	93
5.1.1.1.1. Dados Sócio-demográficos	93
5.1.1.1.2. Factores Situacionais	98
5.1.1.2. Pessoas Idosas Receptoras de Cuidados Informais	103
5.1.1.2.1. Dados Sócio-demográficos	103
5.1.1.2.1. Factores Situacionais	105
5.1.2. Estudo do Impacto dos Cuidados Informais	107
5.1.2.1. Análise Estatística dos Dados	107
5.2. Discussão dos Resultados	122
5.2.1 Análise <i>t-Student</i> para Amostras Independentes	135
Conclusões	140
Bibliografia	143
Anexos	

Índice de Gráficos

Gráfico 1 – Sexo do Cuidador informal	94
Gráfico 2 – Estado civil do Cuidador informal	94
Gráfico 3 – Habilitações literárias do Cuidador informal	95
Gráfico 4 – Situação perante o emprego – Cuidador informal	96
Gráfico 5 – Abandonou alguma actividade para prestar cuidados? – Cuidador informal	96
Gráfico 6 – A Pessoa idosa contribui com a pensão – Cuidador informal	97
Gráfico 7 – Mais alguém contribui para as despesas – Cuidador informal	97
Gráfico 8 – Quem contribui mais para as despesas – Cuidador informal	98
Gráfico 9 – Habitação – Cuidador informal	98
Gráfico 10 – Tipo de habitação – Cuidador informal	99
Gráfico 11 – Reside com a Pessoa idosa – Cuidador informal	99
Gráfico 12 – Número de elementos do agregado familiar – Cuidador informal	100
Gráfico 13 – Relação com a Pessoa idosa – Cuidador informal	100
Gráfico 14 – Número de hora dedicadas aos cuidados – Cuidador informal	101
Gráfico 15 – Duração dos cuidados – Cuidador informal	102
Gráfico 16 – Sexo da Pessoa idosa receptora de cuidados informais	103
Gráfico 17 – Estado civil da Pessoa idosa receptora de cuidados informais	104
Gráfico 18 – Habilitações literárias da Pessoa idosa receptora de cuidados informais	104
Gráfico 19 – Habitação da Pessoa idosa receptora de cuidados informais	105
Gráfico 20 – Tipo de habitação da Pessoa idosa receptora de cuidados informais	105
Gráfico 21 – Número de elementos do agregado familiar da Pessoa idosa receptora de cuidados informais	106

Índice Tabelas

Tabela 1 – Pergunta 1	108
Tabela 2 – Pergunta 2	109
Tabela 3 – Pergunta 3	109
Tabela 4 – Pergunta 4	110
Tabela 5 – Pergunta 5	111
Tabela 6 – Pergunta 6	111
Tabela 7 – Pergunta 7	112
Tabela 8 – Pergunta 8	113
Tabela 9 – Pergunta 9	113
Tabela 10 – Pergunta 10	114
Tabela 11 – Pergunta 11	115
Tabela 12 – Pergunta 12	115
Tabela 13 – Pergunta 13	116
Tabela 14 – Pergunta 14	116
Tabela 15 – Pergunta 15	117
Tabela 16 – Pergunta 16	118
Tabela 17 – Pergunta 17	118
Tabela 18 – Pergunta 18	119
Tabela 19 – Pergunta 19	120
Tabela 20 – Pergunta 20	120
Tabela 21 – Pergunta 21	121
Tabela 22 – Caracterização do nível satisfação da Pessoa idosa e do Cuidador informal relativamente aos cuidados	122
Tabela 23 – Caracterização da pertinência dos conselhos prestados pelo Cuidador	123
Tabela 24 – Caracterização dos efeitos de cuidar de uma Pessoa idosa no Cuidador informal	125
Tabela 25 – Caracterização da adequação das tarefas/actividades executadas pelo Cuidador face às necessidades da Pessoa idosa	128
Tabela 26 – Caracterização da integração social da Pessoa idosa	130

Tabela 27 – Caracterização da relação entre a Pessoa idosa e o Cuidador informal

133

Índice de Siglas

ABVD – Atividades Básicas da Vida Diária

AIVD – Atividades Instrumentais da Vida Diária

C – Cuidador

CV – Coeficiente de Variação

DP – Desvio Padrão

DP C – Desvio Padrão do Cuidador

DP R – Desvio Padrão do Receptor

INE – Instituto Nacional de Estatística

Média C – Média do Cuidador

Média R – Média do Receptor

N.º – Número

NAC/AARP – National Alliance for Caregiving and the American Association of Retired Persons

NCEA – National Center on Elder Abuse

OMS – Organização Mundial de Saúde

R – Receptor

SAD – Serviço de Apoio Domiciliários

Séc. – Século

SIDA – Síndrome da Imunodeficiência Adquirida

WHO – World Health Organization

Anexos

Anexo I – Inquérito por questionário ministrado aos Cuidadores informais

Anexo II – Inquérito por questionário ministrado às Pessoas idosas receptoras de cuidados

Anexo III – Tabela da aplicação dos testes de *Levene* e *t-Student*

Introdução

“A expansão do envelhecer não é um problema. É sim uma das maiores conquistas da humanidade. O que é necessário é traçarem-se políticas ajustadas para envelhecer saudável, autónomo, activo e plenamente integrado. A não se fazerem reformas radicais, teremos em mãos uma bomba relógio a explodir a qualquer altura” (Kofi Annan, 2002).

A sociedade actual está a envelhecer. O envelhecimento demográfico, característico das sociedades modernas, e que afecta sobretudo o denominado mundo industrializado e desenvolvido, teve o seu início a partir da segunda metade do século XX e traduz-se no aumento significativo do número de pessoas idosas. São inúmeros os factores que originaram este fenómeno, contudo, a clara melhoria das condições socioeconómicas acompanhada de grandes progressos tecnológicos no campo da medicina, são as suas principais causas.

Portugal não escapa a este fenómeno. De acordo o Instituto Nacional de Estatística (INE), o abrandamento do crescimento populacional em Portugal é hoje uma facto consumado, bem como, a tendência de envelhecimento demográfico. Este fenómeno deve-se ao declínio da fecundidade e ao aumento da longevidade da população portuguesa. Segundo o INE, a população residente em Portugal a 31 de Dezembro de 2007 era composta por 15,3% de jovens (com menos de 15 anos de idade), 17,4% de pessoas idosas (65 e mais anos de idade) e 67,2% de população em idade activa (dos 15 aos 64 anos de idade). A relação entre o número de pessoas idosas e de jovens traduz-se num índice de envelhecimento de 114 pessoas idosas por cada 100 jovens. Se compararmos os dados de 2006, verificamos que nessa altura havia uma relação de 112

peças idosas por cada 100 jovens, o que nos permite concluir, facilmente, que a população portuguesa está em claro processo de envelhecimento.

Com este fenómeno, surge a necessidade premente de valorizar a pessoa idosa, de garantir os seus direitos e de aumentar a responsabilização dos Estados e da sociedade para com este grupo específico da população, de forma a garantir a sua dignidade. Na esmagadora maioria das situações o envelhecimento é acompanhado por uma maior prevalência de doenças crónicas e uma maior dependência da pessoa idosa para executar as actividades da vida diária. Este facto exige uma urgente delineação de estratégias e uma maior consciencialização do problema, de forma a garantir uma maior qualidade de vida da pessoa idosa. Para atingir este objectivo vão ser diversos e variados os intervenientes no processo, destes, o cuidador informal, em especial a família, vão dar um contributo inigualável e, absolutamente, fundamental.

O cuidador informal vai assumir um papel de extrema importância na prestação de cuidados à pessoa idosa, sendo, em inúmeras situações, o principal garante do seu bem-estar e da sua dignidade, e um elemento fundamental para a manutenção da pessoa idosa no seu domicílio. No entanto, o papel do cuidador informal é ainda desvalorizado e colocado em segundo plano, pois, são ainda escassos os apoios estruturados por parte das organizações, estatais ou privadas, que permitam potenciar e otimizar a intervenção do cuidador informal.

Em Portugal, por exemplo, a “Educação Para a Saúde” ainda não inclui os cuidadores informais e a interacção existente entre cuidadores formais (médicos, enfermeiros, etc.) e cuidadores informais é claramente insuficiente. Acresce a isto, o escasso apoio pecuniário estatal conferido aos cuidadores informais que, à excepção do Complemento de Dependência, atribuído pela Segurança Social aos pensionistas em situação de dependência, é quase inexistente. Contudo, e apesar da escassez de apoios e da falta de formação, os cuidadores informais, são, inequivocamente, a via de excelência para a prestação de cuidados à pessoa idosa.

Talvez por essa razão, nos últimos anos esta temática tem merecido especial atenção por parte de inúmeros investigadores e gerontólogos. Existe hoje uma vastidão de artigos

científicos, estudos e literatura diversa que aborda este tema, no entanto, e depois de uma atenta análise a essa mesma literatura, é possível constatar que a quase exclusividade dos estudos realizados têm incidido na análise da perspectiva do cuidador informal e no impacto negativo que a prestação de cuidados tem sobre estes, em especial, a denominada “sobrecarga” (*burden*) provocada pela prestação dos cuidados.

Esta situação de “sobrecarga” que condiciona o cuidador, vai ter, como é de esperar, efeitos na pessoa idosa que recebe cuidados, no entanto, os investigadores têm prestado pouca atenção aos malefícios ou benefícios que a prestação de cuidados possa ter sobre aquele que recebe esses mesmos cuidados (Figueiredo, 2007).

Esta centralização exclusiva do objecto de estudo no cuidador informal tem negligenciado, de forma inexplicável, a opinião do receptor de cuidados e a sua perspectiva sobre os cuidados recebidos e sobre o cuidador. Desta forma, a escassa investigação existente torna importante a realização de estudos centrados também na percepção da pessoa idosa acerca do impacto da prestação dos cuidados informais.

A escolha do tema deste estudo prende-se com este facto, pois, parece-nos fundamental o aprofundamento desta temática, dado que, só desta forma, poderemos perceber o verdadeiro impacto dos cuidados informais na pessoa idosa, permitindo-nos identificar, não só, os benefícios que advêm desta actividade, mas também, reconhecer potenciais malefícios e reacções negativas, e assim, contribuir para um melhor conhecimento dos cuidados informais e para a possível melhoria dos mesmos.

Este trabalho foi organizado em cinco partes distintas. Na primeira, segunda e terceira partes serão abordados conceitos teóricos necessários para a compreensão da problemática em causa e será efectuada uma revisão da literatura sobre esta temática. Na quarta parte abordaremos a metodologia utilizada na condução deste trabalho, assim como, será efectuada uma descrição dos instrumentos utilizados. Finalmente, na quinta parte, serão apresentados os resultados do nosso estudo e as respectivas conclusões.

Com o presente estudo pretendemos contribuir para uma melhor compreensão e uma maior divulgação do processo de cuidar, em especial dos cuidados prestados por

cuidadores informais, com principal enfoque na perspectiva e opinião do receptor de cuidados (pessoa idosa) e do cuidador informal. Com este trabalho esperamos proporcionar uma ferramenta de trabalho útil a todos aqueles que, em geral, se interessam pela temática do envelhecimento, e em particular, pela prestação de cuidados informais a pessoas idosas.

Parte I

Enquadramento Teórico

Capítulo I – Velhice e Envelhecimento: Conceitos

1.1. Conceito de Velhice / Velho

Segundo nos refere Serrazina (1990, p. 35), João Paulo II definiu velhice como “(...) Um dom e um privilégio, não apenas porque nem todos têm a sorte de a atingir, mas sobretudo porque a experiência e a sabedoria que a mesma proporciona permite um melhor conhecimento do passado, uma vivência mais real do presente e uma melhor programação do futuro”.

A velhice caracteriza-se por uma série de manifestações somáticas (redução da capacidade funcional, calvície, reduções da resistência, redução da capacidade para o trabalho) associadas à diminuição de preponderância nos papéis sociais, solidão e perdas diversas. No entanto, estas manifestações, em alguns casos, já se tornam evidentes no final da terceira década de vida, ou seja, muito antes da idade cronológica do envelhecimento. Podemos, assim, constatar a dificuldade existente em determinar o início da velhice e desta forma chegar a um conceito de velho (Netto, 2002). Há indivíduos que parecem velhos aos 45 anos, há outros ainda que, aos 70 anos, parecem jovens (Baldessin, 1996 *cit. in* Netto 2002).

O conceito de velhice distingue-se do conceito de terceira idade. Podemos considerar que a velhice se inicia por volta dos 70/80 anos e que esta representa a denominada quarta idade. No que diz respeito à terceira idade, esta inicia-se um pouco mais cedo, por volta dos 60 anos, período este que, normalmente, coincide com o início da reforma (Levi, 1999).

Não é fácil definir velhice, visto que este é um conceito polémico que suscita diversas e diferentes interpretações. Como podemos então definir velhice? Será esta uma condição meramente cronológica? Será uma condição física? Psicológica? Social? Ou será uma combinação de todos estes aspectos? (Fernandes, 2002).

De acordo com Fernandes (2002), podemos distinguir três conceitos diferentes de velhice: a idade cronológica, que não é mais do que a idade oficial do indivíduo; a idade biológica, relacionada com o funcionamento do organismo humano; e, finalmente, a idade psicológica, que pode ou não ser condicionada pela idade cronológica e biológica, e que está relacionada com a forma como o indivíduo se adapta e comporta no meio onde se encontra inserido.

Carvalho (1989), define velhice como uma desarmonia do organismo humano que tem início no momento em que a homeostasia e o equilíbrio metabólico deixam de funcionar com perfeição. Perante esta afirmação podemos concluir que a velhice pode não afectar exclusivamente as pessoas idosas em termos cronológicos idosas, mas também todos os indivíduos nos quais se verifique a situação referida anteriormente.

Zimmerman (2000), afirma que velho se resume a uma combinação de diversas idades. A idade do seu corpo, a idade da sua história genética, da sua parte psicológica e da sua ligação com a sociedade. Este autor defende que as características das pessoas idosas não são peculiares de uma faixa etária. A velhice não determina a personalidade dos indivíduos, apenas atenua ou acentua determinadas características que o indivíduo possuía anteriormente.

Outros autores (Cabrilho e Cacheiro, (1992)), definem velhice como um processo de quebra de energia, geneticamente determinado e ambientalmente condicionado. Este processo vai deixando resíduos que progressivamente aumentam a probabilidade de ocorrência de doenças, acidentes e de crescente instabilidade orgânica que, por fim, resultam na morte.

Por sua vez, Frutuoso (1990), refere que a velhice não pode ser perspectivada como uma doença, mas sim, como uma prova de que o indivíduo desfrutou de condições suficientes para atingir este estágio etário. Este autor refere que a velhice se manifesta sobretudo no campo psicológico, manifestando-se, na prática, na forma nostálgica como os indivíduos olham para o passado, sem que consigam encarar o futuro com esperança, confiança e algum optimismo.

1.2. Conceito de Envelhecimento

Envelhecimento é sinónimo de alterações físicas, psicológicas e sociais. Estas alterações são naturais e universais, variando de indivíduo para indivíduo, de acordo com as suas características genéticas e, em especial, com o seu modo de vida. Este fenómeno pode ser encarado como um conjunto de processos de natureza física, psicológica e social que, com o decurso do tempo, produzem mudanças no funcionamento do ser humano e influenciam os seus papéis sociais (Atchley, 2000, *cit. in* Simões, 2006). Estas mudanças, apesar de se acentuarem e surgirem sobretudo nesta fase da vida, têm início num período anterior, de tal forma que podemos mesmo afirmar que começamos a envelhecer no momento em que nascemos (Simões, 2006).

Segundo Bize e Vallier (1985), o fenómeno envelhecimento atinge toda a população do planeta, nomeadamente, e especialmente, os países industrializados e desenvolvidos. A explicação para este fenómeno deve-se sobretudo aos avanços da medicina e à taxa de natalidade que tem vindo a diminuir gradualmente.

De acordo com os mesmos autores, e em termos práticos, o envelhecimento da população vai traduzir-se numa população activa reduzida, quando comparando o número de jovens e pessoas idosas existentes. Perante esta situação, assistimos a uma maior dificuldade para suportar os benefícios sociais que os jovens e as pessoas idosas usufruem (pensões, reformas, abonos, etc.).

Embora o envelhecimento seja um processo que abrange todo o mundo animal, existe, ainda hoje, muito desconhecimento no que diz respeito à dinâmica e origem do mesmo. Alguns autores consideram que, como já foi referido, o envelhecimento é um processo contínuo que se inicia na concepção do indivíduo e se prolonga até à morte. O desenvolvimento do indivíduo é constituído por fases distintas, algumas das quais marcadas por um determinado acontecimento. Exemplo disso, é a menarca, que anuncia o início da puberdade na mulher. No entanto, nenhum acontecimento em particular serve de “marcador” que anuncie o início do envelhecimento. Este está mais relacionado com factores socioeconómicos e legais do que propriamente com factores

biológicos. Assim sendo, o envelhecimento é um processo difícil de mensurar, do qual encontramos definições distintas, mas complementares (Netto, 2002).

Netto (2002, p.10), refere que “o envelhecimento é conceituado como um processo dinâmico e progressivo, no qual há modificações funcionais, bioquímicas e psicológicas que determinam perda da capacidade de adaptação do indivíduo ao meio ambiente, ocasionando maior vulnerabilidade e maior incidência de processos patológicos que terminam por levá-lo à morte.”

Uma outra definição, complementar da primeira, enunciada por Comfort, (cit. in Netto 2002, p.10), refere que “o envelhecimento se caracteriza por redução da capacidade de adaptação homeostática, perante situações de sobrecarga funcional do organismo.”

Ermida (1999), por sua vez, define envelhecimento como “um processo orgânico e funcional, não decorrente de acidente ou doença e que acontece inevitavelmente com o passar do tempo”.

Segundo Kirkwood (*cit. in* Paúl, 1997), o envelhecimento conduz obviamente ao desaparecimento da pessoa, sem que todavia se conheça de forma clara o mecanismo desse processo degenerativo.

Para além destas definições e conceitos, surgem também algumas teorias relativas às causas do envelhecimento, perfilando-se entre elas dois grupos distintos (Pinto, 2001):

- Teorias Estocásticas: defensoras da tese que o envelhecimento é a consequência de consecutivos danos que vão desgastando o organismo;

- Teorias Deterministas: defensoras que o envelhecimento está directamente relacionado com a nossa programação genética, na qual o genoma humano assume um papel de relatório molecular biológico.

As teorias citadas dividem-se e subdividem-se em muitas outras, o que só demonstra a extrema complexidade deste assunto. No entanto, uma conclusão parece delinear-se no horizonte: a genética, a imunologia, a bioquímica ou fisiopatologia não são, isoladas ou em conjunto, justificação única para o envelhecimento, já que tudo é condicionado pelas opções de vida, ou seja, pelo tipo de vida que o indivíduo leva.

Até este momento, a avaliação do envelhecimento humano tem-se baseado essencialmente no aspecto cronológico. O Gabinete de Recenseamento dos Estados Unidos da América apresenta uma proposta que tem vindo a ser aceite. Segundo este organismo, haveria uma faixa etária de pessoas idosas jovens, entre 65 e 74 anos; outra faixa etária de pessoas idosas, entre os 75 e os 84 anos; e ainda a faixa etária dos “muito idosos” que têm uma idade igual ou superior a 85 anos (Rendas, 2001).

Todavia, actualmente, os investigadores acham esta proposta demasiado simplista, pois, como atrás foi referido, há múltiplos factores individuais que condicionam a longevidade do indivíduo.

Em 1987, Rowe e Kahn (*cit. in* Rendas, 2001) consideraram na existência humana três padrões diferenciados de envelhecimento: o bem sucedido, o habitual e o mal sucedido. Nestes padrões ajustam-se não só os parâmetros biológicos, como também os factores cognitivos e sociais. Assim, há dois aspectos eminentemente importantes, e bem distintos, a ter em consideração ao abordar este assunto do envelhecimento: o aspecto biológico e o aspecto cronológico.

Não restam dúvida de que o estudo do envelhecimento humano é uma preocupação permanente dos cientistas parecendo que, quanto mais se avança, mais extenso é o caminho a percorrer.

1.2.1. Diferentes Tipologias de Envelhecimento

O envelhecimento apresenta tipologias diversas em diferentes dimensões: cronológica, biológica, social, económica e cultural. Envelhecer bem, é um processo inteiramente

dependente das boas condições sociais e materiais, esta é a opinião de Alex Comfort (*cit. in* Queiroz e Lemos, 2002).

Na perspectiva de Birren e Renner (*cit. in* Paúl, 1997), o envelhecimento seria devido às mudanças que, de forma regular, ocorrem nos organismos das pessoas dentro de parâmetros genética e ambientalmente representativos. Trata-se, segundo os referidos autores, de um processo gradativo.

O envelhecimento está também relacionado com a forma como a pessoa envelhece. De acordo com Birren e Cunningham (*cit. in* Paúl, 1997), os meios físico e social são fundamentais para esse envelhecimento. O desenvolvimento de uma sociedade está directamente relacionado com o envelhecimento mais tardio da sua população. Até meados dos anos 70, psicologia e gerontologia, consideravam desenvolvimento e envelhecimento processos antagónicos, hoje, estes dois processos são encarados como fenómenos adaptativos e complementares (Neri, 2001). Muitos encaram o envelhecimento como o fim do desenvolvimento humano, contudo, um número crescente de autores, defendem que o envelhecimento deve ser encarado não como o fim, mas como um desafio ao desenvolvimento (Fonseca, 2006).

Birren e Cunningham (*cit. in* Paúl, 1997), dividem o acto de envelhecer em 3 fases distintas:

- O envelhecimento primário, em que a pessoa segue o ritmo normal da idade sem doenças e apenas se nota alguma afectação da velocidade perceptiva, isto é, a capacidade do conhecimento através dos sentidos;
- O envelhecimento secundário, em que a doença afecta não só a velocidade perceptiva, mas também o próprio raciocínio, ou seja, a capacidade indutiva;
- O envelhecimento terciário, em que, além da afectação dos sentidos e do raciocínio, este também afecta, notoriamente, a compreensão verbal, isto é,

diminui a elaboração e apreensão de toda a informação. É a fase mais aproximada da morte.

Uma outra divisão, mais simplista, distingue apenas envelhecimento primário e envelhecimento secundário. Considerando envelhecimento primário aquele em que as mudanças acontecidas são universais e absolutamente irreversíveis, e quando essas mudanças forem devidas a doenças ou outros condicionalismos, o envelhecimento seria denominado de secundário (Berger 2003).

No envelhecimento primário, o corpo vai mostrando as suas fraquezas lenta e gradualmente, desde o andar mais lento, o pensamento mais demorado, a fala mais difícil, o ritmo cardíaco mais frágil. Há, assim, uma espécie de desaceleração do corpo. Do que atrás fica dito, é fácil notar-se que envelhecimento e doença não são a mesma coisa. No envelhecimento secundário, a maioria das pessoas idosas até se considera de boa saúde. O facto de alguém ficar gravemente doente ou viver com saúde está mais relacionado com o estilo de vida, a alimentação e o exercício, e até a hereditariedade, do que propriamente com a idade. Todavia, sabemos que a gravidade das doenças, que podem tornar-se crónicas, aumentam com a idade. É o caso do fumador, do alcoólico, do obeso, do trabalhador que tenha estado exposto durante muitos anos a ambientes poluídos. As doenças mais comuns são aquelas relacionadas com os ossos, o coração e o cancro. Nos homens, o cancro da próstata é uma das principais causas de morte, desde que não seja detectado e tratado a tempo, bem como o cancro na mama nas mulheres (Berger, 2003).

Schroots e Birren (*cit. in* Paúl, 1997), consideram três tipos de envelhecimento:

- O envelhecimento biológico, traduzido numa maior fragilidade física e possibilidade de morte;
- O envelhecimento social, no qual a sociedade destina para esta faixa etária funções sociais muito específicas;

- O envelhecimento psicológico, naturalmente mais individual e que está relacionado com a adaptação da pessoa, pelas opções que toma e pelas atitudes que elege, ao próprio processo de envelhecimento.

Birren e Cunningham (*cit. in* Paul, 1997), chegam à conclusão de que são muitos os factores determinantes e desencadeadores do crescimento e do envelhecimento, nomeadamente a herança genética, o meio físico e social e ainda outros factores como o pensamento e a escolha.

Uma outra autora, Fernandes (2002), refere que a idade pode dividir-se em quatro tipos diferentes:

- A Idade Cronológica, que, corresponde aos anos de vida da pessoa;
- A Idade Biológica, nem sempre coincidente com a primeira, e que está relacionada com a conservação ou perda das capacidades do organismo;
- A Idade Social, relativa aos padrões de comportamento, isto é, aos hábitos do indivíduo ao longo da vida;
- A Idade Psicológica, que diz respeito à capacidade de adaptação do indivíduo ao meio ambiente.

Analisados estes elementos, parece-nos ser possível afirmar que a idade cronológica não tem tanta influência no envelhecimento do indivíduo como os padrões de comportamento por ele manifestados, e isto deve-se, sobretudo, ao seu estilo de vida de cada um (Fernandes, 2002).

Paúl (1997), também faz referência a várias idades do indivíduo. A idade biológica, relacionada com as capacidades dos órgãos vitais do corpo que, inicialmente, são totais, mas posteriormente se vão desregulando. A idade social, relacionada com as funções, os hábitos e o comportamento do indivíduo na sociedade. A idade psicológica, na qual

além dos factores referidos para as duas idades anteriormente citadas se acrescentam as capacidades de memória, inteligência, emoções, sentimentos e motivações que, ao longo da vida, influenciaram o comportamento e auto-regulação do indivíduo.

Piret e Bourliere (*cit. in* Fernandes, 2002), sugerem que o envelhecimento é fruto da erosão do tempo sobre os seres vivos, conduzindo-os às modificações de ordem morfológica, fisiológica, psicológica, e bioquímica que apresentam.

Fernandes (2002), por seu lado, atribui o envelhecimento às condições de constante mutação do meio ambiente, à perda gradativa e irreversível da capacidade de adaptação dos organismos. Para esta autora não se trata de uma doença, mas de um corolário natural da vida, ao qual estão sujeitos todos os seres vivos e que se acentua mais, na última fase da existência.

Lidz (*cit. in* Fernandes, 2002), por seu lado, divide o envelhecimento em 3 fases sucessivas que podem ou não ser progressivas, intituladas de Idoso, Senescência e Senilidade:

- Na fase Idoso, o indivíduo ainda se considera suficientemente autónomo;
- Na fase da Senescência, o indivíduo começa a ter necessidade, por razões físicas, ou de outra natureza, de procurar a ajuda dos outros. Trata-se, evidentemente, do avanço imparável da velhice;
- Na terceira fase, Senilidade, o indivíduo é um ser completamente dependente de cuidados de toda a ordem, que têm de lhe ser proporcionados por outros indivíduos ou instituições.

Do ponto de vista de Ferreira e Alba (*cit. in* Fernandes, 2002), os factores que contribuem para o envelhecimento não são completamente conhecidos, em especial aqueles que se prendem com a genética. Simultaneamente, tem-se conhecimento que o sexo e a raça também influenciam a longevidade.

Ferreira e Alba (*cit. in* Fernandes, 2002), referem também as desigualdades no envelhecimento das células, dos tecidos, dos órgãos, dos aparelhos do corpo humano, causadores de naturais assimetrias. Todavia, o envelhecimento acontece no homem, não por partes, mas como um todo.

Fernandes (2002), refere ainda que, outros aspectos do envelhecimento poderiam ser citados, nomeadamente os relacionados com os factores ambientais, profissionais ou socioeconómicos.

O que parece pouco discutível hoje em dia é que o envelhecimento não é fruto apenas de uma causa, mas de um conjunto complexo de causas, de ordem extrínseca e de ordem intrínseca (Robert, 1995).

1.2.2. Características do Envelhecimento

O processo de envelhecimento, nas suas vertentes física e psicológica, caracteriza-se pelas mudanças nas células, nos tecidos e no funcionamento dos vários órgãos do corpo, determinadas pelas diversas influências exteriores que o ser humano sofre ao longo da vida. Cada indivíduo tem a sua maneira própria de envelhecer (Rodrigues; Diogo e Barros, 2000).

O envelhecimento é um fenómeno claramente biológico, uma vez que o envelhecimento tem um sentido de decadência. Todos os seres vivos estão sujeitos a este processo e existem diversos fenómenos físicos que anunciam o mesmo (Mercadante, 2000).

Desta forma, o envelhecimento físico ou biológico anuncia-se pelas rugas e embranquecimento dos cabelos. Por outro lado, os ossos vão-se fragilizando, a massa muscular diminui, a agilidade é cada vez menor. Podem igualmente notar alterações a nível pulmonar e cardiovascular, com aumento de pressão arterial, arritmias e lesões dos vasos. A capacidade de visão e audição diminui. O stress e a tensão são mais frequentes e a faculdade de os dominar muito menor. O aparelho urinário sofre alterações, manifestando-se quer pelo esvaziamento incompleto da bexiga, quer pela incontinência.

Ao nível do aparelho digestivo diminui a secreção da saliva e outros líquidos, com consequências em todos os órgãos relacionados com a alimentação (Rodrigues; Diogo e Barros, 2000).

Sexualmente, homem e mulher, embora não perdendo a apetência pela função sexual, sofrem alterações físicas que a diminuem notoriamente. A par, surgem distúrbios do sono, falta de memória e modificações de comportamento. Estes factores de índole biológica interagem com os de ordem psicossocial. E destes salientem-se (Franz Baro e outros autores *cit. in* Rodrigues; Diogo e Barros, 2000):

- A perda da posição social, ou seja, uma sensação de inutilidade, que pode conduzir a estados depressivos;
- A pobreza, dificultando um envelhecimento com um mínimo de qualidade no que respeita à alimentação, à habitação condigna e ao acesso à cultura;
- A solidão, que provém sobretudo do pouco contacto social e da diminuição do número de familiares e amigos;
- A angústia, gerada na pessoa idosa pela morte de parentes e amigos, ou pela ausência dos mesmos e também pelas doenças ou perda de órgãos corporais;
- A dependência de outros para as mais basilares necessidades quotidianas, como tomar banho, caminhar, alimentar-se...;

O medo das mais diversas coisas, como de estarem sós ou doentes, de precisarem de apoio alheio, da morte cada vez mais próxima.

Em suma, “O envelhecimento (processo), a velhice (fase da vida) e o velho ou idoso (resultado final) constituem um conjunto cujos componentes estão intimamente relacionados.”, e que nós não podemos dissociar Netto (2002, p.10).

Capítulo II – Aspectos Biopsicossociais do Envelhecimento

O envelhecimento pressupõe a ocorrência de alterações físicas, psicológicas e sociais do indivíduo, que ocorrem natural e gradualmente, manifestando-se de forma variada e em diferentes idades, dependendo das características genéticas e, sobretudo, com o modo de vida de cada um. O “retrato” do envelhecimento biopsicossocial do indivíduo, parece-nos fundamental para um melhor entendimento deste fenómeno e da condição da pessoa idosa., pelo que, neste capítulo, abordaremos, de forma sucinta, aspectos e temas que achamos essenciais no estudo e compreensão do envelhecimento e da pessoa idosa.

2.1. Aspectos Biológicos do Envelhecimento

2.1.1. Aspectos Físicos da Velhice

Do ponto de vista de Zimmerman (2000), o envelhecimento, nos dias de hoje, manifesta-se numa idade mais avançada, devido ao desenvolvimento dos fármacos, às melhores condições de vida, ao aumento da prevenção das doenças e da boa alimentação.

Segundo Zimmerman (2000), há mudanças externas e internas notáveis na passagem da idade adulta para a velhice. Relativamente às mudanças externas, o autor refere:

- O enrugamento das bochechas;
- O aparecimento de manchas escuras na pele, chamadas manchas senis;
- A diminuição da renovação das células, arrastando consigo a flacidez da pele;
- O aparecimento de verrugas;
- A humidade acentuada dos olhos;

- O alargamento das narinas;
- O aparecimento de grande quantidade de pelos no nariz e nas orelhas;
- A acentuação das veias debaixo da pele, designadamente nas mãos e pernas;
- O arredondamento dos ombros;
- O encurvamento cervical, que se vai acentuando;
- A diminuição do tamanho do corpo, devida ao desgaste da coluna e respectivas vértebras.

Quanto às modificações internas, Zimerman (2000) cita:

- O endurecimento e debilitação dos ossos;
- O atrofiamento da maior parte dos órgãos internos;
- A menor eficiência do cérebro, atrofiado com progressiva perda de neurónios;
- A lentidão do metabolismo geral;
- O aumento da fadiga diária e das insónias nocturnas;
- A dificuldade de digerir os alimentos;
- A deterioração da visão, bem como o aparecimento das chamadas cataratas;

- A perda da audição pela degenerescência das células dos ouvidos;
- A arteriosclerose, ou seja, o endurecimento das artérias;
- Os sentidos do paladar e do olfacto diminuem sensivelmente.

Com o tempo todos vão aparentando ser mais velhos. Os cabelos ficam finos e brancos, quando não caem de vez, a pele torna-se seca e enrugada, o ouvido perde acuidade, a pressão sanguínea aumenta, os músculos enfraquecem e as doenças relacionadas com os ossos e a sua fragilidade vão aparecendo (Whitbourne, 1996, *cit. in* Berger, 2003).

Os aspectos mais notórios são o enfraquecimento da visão com o surgimento de cataratas, do glaucoma e da deterioração da retina. Por outro lado, surgem também os problemas da audição, com uma maior ou menor perda auditiva, que levam a uma menor compreensão dos outros, que passam a considerar as pessoas idosas como decrepitas ou estúpidas, e fazem com que eles entrem, por vezes, em depressão (Berger, 2003).

2.1.2. A Saúde da Pessoa Idosa como Condicionante do seu Meio

Saúde e doença são conceitos que se aproximam muito com o avançar dos anos. A pessoa idosa biologicamente limitada põe à família problemas de assistência que obrigam a uma dedicação que só é possível nesse ambiente. Por seu turno, as condições habitacionais devem adequar-se ao enfraquecimento gradativo das pessoas idosas (Leme e Silva, 2000).

A velhice faz parte do destino biológico do homem. As capacidades de adaptação ao meio e de defesa contra as agressões externas vão diminuindo. Pode haver em tudo isto um certo determinismo genético, mas é indiscutível a influência das condições alimentares, ambientais e comportamentais, neste desastre biológico (Costa, 2002).

Hoje é inegável que se envelhece cada vez mais tarde. Trata-se de um fenómeno normal, natural, que arrasta consigo uma patologia múltipla e muito específica, plena de complicações frequentes e graves, que se podem manifestar crónicas, incuráveis e mortais. Não sendo a pessoa idosa necessariamente um doente, a verdade é que ser idoso é estar muito mais vulnerável à morbilidade e à mortalidade (Costa, 2002).

Mais do que uma doença, a velhice é o abrir da porta para todas as doenças, uma vez que com o avançar da idade as pessoas quando adoecem levam muito mais tempo a recuperar (Zimmerman, 2000). As pessoas idosas são afectadas, especialmente, por doenças do foro cardíaco, oncológico, pela hipertensão arterial, pelo reumatismo e suas derivantes (artroses, osteoporoses, hérnias e fracturas) e ainda pelas doenças diabéticas (Silva, 2001).

Este é, sem dúvida, um tema extremamente complexo. O aumento da incidência de enfermidades vai condicionar, por vezes, a pessoa idosa a abandonar a sua residência e o seu meio. Desta forma, aumenta também o número de pessoas idosas a viverem em lares, a viverem com os filhos e com os netos, surgindo, frequentemente, conflitualidades que levam à rejeição desta (Barreto, 1994).

Muitas pessoas idosas recolhem-se em lares de terceira idade, onde, por vezes, existe o abandono e a inactividade. São isolados socialmente, sofrem maus-tratos e até fome, pois, como são movidos por uma lógica empresarial, só interessa o lucro (Barreto, 1994).

2.1.3. O Processo de Saúde/Doença

O envelhecimento enquanto fenómeno biológico tem vindo a ser estudado ao abrigo de inúmeras teorias que nos explicam este fenómeno como uma causa do envelhecimento das células e o surgimento de diversas patologias. Estas teorias defendem que, conforme a idade do indivíduo avança, menores são as hipóteses de sobrevivência (Vaz, 1995).

Por esse motivo, idade, muitas vezes significa doença, e daí que cerca de dois terços das pessoas idosas tenham, pelo menos, uma doença. Há sobretudo cardíacos, reumáticos e cancerosos, mas também, hipertensos e diabéticos. Daí advém a imobilização, perda de autonomia, dependência de terceiros e pesados encargos económicos. Se as doenças são de foro psíquico, tudo piora para as pessoas idosas e para quem as trata, sobretudo, as depressões que arrastam consigo muito sofrimento. As perturbações da mente nestas idades avançadas são geralmente irreversíveis, como a doença de Alzheimer, que em muito pouco tempo transforma um ser humano num ser vegetativo. Outras perturbações, que se prevêem aumentar com o passar dos anos são as que estão relacionados com o alcoolismo, as doenças vasculares, a SIDA e outras (Barreto, 1994).

Torna-se evidente que, a saúde, é considerada por todos os povos, condição essencial para o desenvolvimento da sociedade. Dada a sua importância fundamental, os governos têm vindo a tomar medidas que promovam um nível de saúde que permita, aos habitantes do nosso planeta, levar uma vida social de qualidade e economicamente produtiva (OMS, Res. WHO 30.43, *cit. in* Costa 2002). Embora se tenham desenvolvidos novos medicamentos e novas técnicas, a maior parte dos países continua com graves problemas de desigualdades em matéria de saúde (Costa 2002), existindo uma grande irregularidade nos cuidados prestados às pessoas idosas (Nazareth, 1994).

Os custos dos cuidados de saúde às pessoas idosas são um problema preocupante e difícil, dado que há um aumento crescente de pessoas idosas, de patologias crónicas e de meios técnicos e científicos naturalmente mais caros.

Segundo Bessa (1994, p.47), as pessoas idosas, hoje em dia, são os principais frequentadores dos consultórios e dos centros de saúde. “Os gastos com a saúde dos idosos sobem em flecha: consultas, medicamentos, cuidados hospitalares, próteses, protecções para incontinência...”.

Parece óbvio que, para doenças terminais, haverá que se pensar em internamentos adequados a esse tipo de patologias. Há, portanto, que apostar em estratégias de mudança, como sejam o apoio mais acentuado às famílias, actividades culturais ao nível das comunidades locais, actividades desportivas como prevenção da imobilidade,

autonomia económica, conforto nas habitações e um trabalho persistente de confiança e segurança no futuro (Giddens *cit. in* Pires 1994).

2.1.4. Doenças do Foro Psicológico mais Frequentes na Velhice

Segundo Silva (2001), as pessoas de mais idade são vítimas, essencialmente, de depressões, ansiedade, desinteresse de viver, arteriosclerose cerebral e demências diversas.

Estas doenças surgem com sinais de diminuição da memória em simultâneo com o enfraquecimento físico geral. De acordo com o DSM-IV (2002) as principais doenças a afectar a pessoa idosa são: Demência do tipo Alzheimer; Demência Vascular; Demência Secundária a HIV; Demência Secundária a Traumatismo Craniano; Demência Secundária a Doença de Parkinson; Demência Secundária a Doença de Huntington; Demência Secundária a Doença de Pick; Demência Secundária a Doença de Creutzfeldt-Jakob; Demência Secundária a outros Estados Físicos Gerais; Demência Persistente Induzida por Substâncias; Demência Secundária a Múltiplas Etiologias; Demência Sem Outra Especificação. Das doenças citadas, aquelas que se destacam, pela sua incidência e morbilidade, são o Estado Depressivo e a Doença de Alzheimer.

2.1.4.1. Estado Depressivo

Há que distinguir dois graus no estado depressivo: o chamado ataque de melancolia e a perturbação chamada “Major”. No primeiro, há depressão com mudanças comportamentais, apatia, desmotivação e tendências suicidas. Este estado é passageiro. Quando, porém, a perturbação se prolonga por semanas ou meses, aos sintomas referidos, junta-se a insónia, o afastamento das pessoas, a anorexia e uma degradação apreciável da auto-estima. A esta segunda espécie de manifestações dá-se o nome de “Estado Depressivo Major” (Fontaine, 2000).

Pode também surgir um quadro diferente, no qual o indivíduo, ora faz projectos entusiastas e por vezes irreflectidos, ora entra em depressão profunda, irritando os que o rodeiam com esta inconstância (Fontaine, 2000).

Geralmente, estes estádios têm origem em acontecimentos que a pessoa idosa não consegue ultrapassar (acidentes, luto, viuvez, desemprego, divórcio, etc.). A este estado depressivo habitualmente chama-se psicose maníaco-depressiva (Fontaine, 2000).

2.1.4.2. Doença de Alzheimer

Esta doença define-se pelo nome do médico que em 1907 a descreveu como uma disfunção grave do córtex cerebral. Trata-se de uma espécie de demência progressiva, em que a memória e as ideias vão diminuindo, conduzindo o paciente para a inactividade. Esta doença está associada a perturbações da linguagem, do cálculo, do ajuizamento e da modificação da personalidade. A demência de Alzheimer é considerada pré-senil e é incurável, tal como a doença de Parkinson, a doença de Pick, a doença Creutzfeld-Jacob e a doença de Huntington (Fontaine, 2000).

A doença de Alzheimer provoca nas pessoas idosas uma enorme angústia. Existem hoje alguns fármacos que actuam nas consequências, embora as causas desta doença permaneçam incuráveis. A esperança de vida de um doente de Alzheimer varia entre 5 e 10 anos, período no qual a degradação progressiva atinge a autonomia, causando às famílias enormes problemas e profunda tristeza, vendo um familiar que conheceram digno e competente transformar-se num enorme destroço a caminho da morte (Fontaine, 2000).

2.1.5. A Doença como Factor Acelerador da Velhice

Ao abordarmos este assunto é preponderante fazer uma distinção entre causas endógenas e causas exógenas. Quanto às primeiras, encontram-se ligadas aos cromossomas, ou seja, à quantidade de genes que se encontram concentrados no núcleo das células. Assim, cada espécie tem um número certo de cromossomas, que no ser

humano são 46. A genética é uma ciência moderna que desenvolveu as mais variadas teorias, mas que ainda se encontra numa fase embrionária de investigação. Os genes não conhecem a senilidade e têm 3 características: longevidade, fecundidade e fidelidade, isto é, transmitem-se de geração em geração e de espécie em espécie, por períodos muito longos. Podem reproduzir-se infinitamente, conservando a sua fidelidade ao gene inicial. Todavia, segundo os últimos estudos científicos, há erros de cópia, cuja acumulação durante a vida do organismo acabará por levá-lo à morte. Antes porém, causar-lhe-ão deficiências estruturais e funcionais que afectam o indivíduo nos seus vários sistemas, (digestivo, vascular ou nervoso) (Fontaine, 2000).

No que diz respeito às causas exógenas do envelhecimento, o processo de envelhecimento e da morte estão muito associados, hoje em dia, aos vários comportamentos dos indivíduos e também ao meio ambiente em que eles vivem. É o caso do cancro e dos acidentes cardiovasculares e a sua ligação com comportamentos alimentares, (o uso do tabaco, o stress contínuo, etc.) (Fontaine, 2000).

A equação “Doença = Factor Genético + Factor Ambiental”, ajuda-nos a sintetizar aquilo que atrás ficou exposto (Fontaine, 2000, p.30).

Tal qual as máquinas, cujas peças se vão deteriorando, também o corpo humano se vai desgastando quando exposto à poluição, a drogas, a alimentos tóxicos, a doenças, a movimentos repetitivos, sendo manifestações desse desgaste as fracturas ósseas, a visão desfocada e a audição enfraquecida (Berger, 2003).

2.2. Aspectos Psicológicos do Envelhecimento

2.2.1. Idade Psicológica vs. Idade Cronológica

A idade psicológica diz respeito à relação existente entre a idade cronológica e determinadas capacidades, tais como a percepção, a aprendizagem e a memória. A idade psicológica tem também sido relacionada com a forma como cada pessoa avalia a presença de marcas biológicas sociais e psicológicas do envelhecimento, comparando com outros indivíduos da mesma idade. Desta forma, é comum encontrar pessoas idosas que procuram passar a impressão de que a sua idade psicológica é inferior à sua idade cronológica (Netto, 2002).

A psicologia tem vindo a demonstrar e comprovar diferentes formas de envelhecer, baseando-se em diferentes características do indivíduo, como por exemplo, a sua inteligência, a personalidade, a motivação, as aptidões sociais, as condições biográficas, entre outras (Vaz, 1995).

Nos países desenvolvidos, a separação entre a idade adulta e a pessoa idosa é feita aos 65 anos. Nos países em vias de desenvolvimento é aos 60. Este critério cronológico é adoptado pela maioria das instituições que prestam serviços às pessoas idosas. O critério cronológico é também maioritariamente utilizado em trabalhos de investigação científica, devido à dificuldade existente em definir a idade biológica. Isto deve-se às perspectivas divergentes sobre o início do processo de envelhecimento. Ainda hoje, se discute se o envelhecimento tem início imediatamente após a concepção, no final da terceira década de vida ou apenas próximo do final da existência humana (Netto, 2002).

2.2.2. A Personalidade e o Envelhecimento

A personalidade é o nosso modo de agir, de pensar, de sentir, de reagir no dia-a-dia. A personalidade pode ser individual, todavia, há também o que pode chamar-se personalidade social. De facto, além daquilo que somos, há também aquilo que julgamos que os outros pensam a nosso respeito (Fontaine, 2000).

Existem diferentes tipos de abordagens ao envelhecimento da personalidade. Uma dessas abordagens, designada de psicométrica ou factorial, tenta identificar os factores da personalidade que existem e os que não resistem ao passar dos anos. Uma outra abordagem, denominada desenvolvimentista, tem por objectivo estabelecer o cenário universal da sucessão dos estádios das mudanças da personalidade ao longo da vida. Finalmente, há uma terceira abordagem, designada, habitualmente, por sociocognitiva, que analisa e tenta compreender a forma como o indivíduo integra na ideia que faz de si próprio as modificações ocasionadas durante a sua vida, relativamente a coisas como os estudos, o casamento ou o divórcio, os filhos, a viuvez, o trabalho, a reforma, etc. (Fontaine, 2000).

Uma abordagem diferente, foi efectuada por Erikson (*cit. in* Fontaine, 2000), que elaborou um modelo original sobre o envelhecimento psicossocial, baseado, fundamentalmente, na interacção entre a maturação do indivíduo e as pressões ambientais sobre ele exercidas. Esta interacção realiza-se por estádios e, destes, o primeiro é a infância que se funda na relação entre mãe e filho, em que este é totalmente dependente daquela, que, por sua vez, oscila entre confiança na vida e a angústia pela incerteza do mundo.

O segundo estágio corresponde à infância. O indivíduo vai-se responsabilizando pelos seus actos e sentindo-se constrangido pelos mesmos. Vai-se afirmando a autonomia pessoal. Ao “actor” mãe vem juntar-se o pai (Erikson *cit. in* Fontaine, 2000).

O terceiro estágio é a idade do jogo. A criança faz perguntas por tudo e por nada. Além do pai e da mãe, o seu universo passa a englobar o conjunto familiar (Erikson *cit. in* Fontaine, 2000).

Segue-se o estágio da idade escolar. Surgem os amigos e inimigos da escola e com eles as confrontações, a emulação e a necessidade de produção escolar e avaliação da mesma em relação aos outros. A criança sente a urgência de mostrar-se competente (Erikson *cit. in* Fontaine, 2000).

O quinto estágio é o da adolescência. Aqui, o mais importante é a própria identidade. O indivíduo confronta-se ou identifica-se com modelos de liderança. O sentimento dominante é o de fidelidade, quer ao grupo, quer no âmbito amoroso, quer aos ideais morais (Erikson *cit. in* Fontaine, 2000).

Segue-se o sexto estágio, o do jovem adulto. É a altura da necessidade de amor. A vida realiza-se à volta de uma rede de amigos por uma questão de perda de identidade. Se o indivíduo não faz parte desse conjunto de amigos, acaba por isolar-se em busca da identidade que pretende recuperar (Erikson *cit. in* Fontaine, 2000).

O sétimo estágio é o da maturidade. Aqui entra a relação entre a família e o trabalho. O indivíduo pretende assegurar a continuação da espécie, gerando e educando os filhos. Por outro lado, sente uma disposição de entrega aos seus mais próximos, que o absorve (Erikson *cit. in* Fontaine, 2000).

O último estágio é o idoso. É uma altura da vida de grande ansiedade pela idade que avança e pela morte que se aproxima. O indivíduo contrabalança entre o prazer da vida e o envelhecer com dignidade. Procura analisar o que queria e aquilo que realmente fez. A sua orientação é voltada para o lado espiritual a que submete as suas relações sociais (Erikson *cit. in* Fontaine, 2000).

Erikson (*cit. in* Fontaine, 2000), faz uma síntese do que atrás se disse, referindo que a fidelidade é o centro da juventude, o amor o centro da idade adulta, a atenção e cuidado pelos seus é próprio do indivíduo maduro e a sabedoria o centro da vida da pessoa idosa.

Muitos modelos sobre o envelhecimento da personalidade têm sido construídos tendo em consideração que a personalidade é uma estrutura que caracteriza a nossa forma de sentir e de reagir diante das solicitações sociais (Fontaine, 2000).

2.3. Aspectos Sociais do Envelhecimento

2.3.1. A Pessoa Idosa e o Meio Envolve

Ballesteros (*cit. in* Fernandes, 2002), refere que o meio em que um indivíduo exerce a sua actividade acaba por influenciá-lo grandemente, sendo que essa influência é determinante na velhice. O meio em que a pessoa idosa se insere está em tudo relacionado com os amigos, com as redes de apoio e com a socialização (Berger, 1995).

Nem todas as pessoas idosas respondem da mesma forma às modificações do ambiente, quer a nível domiciliário, quer a nível institucional. Uma mudança de residência, uma hospitalização demorada ou outras alterações do meio em que a pessoa idosa vive podem trazer acrescentados factores de risco, dadas as limitações físicas e psíquicas da pessoa idosa. Este factor pode acarretar os perigos de falta de privacidade, o sentimento angustiante da desinserção familiar e social, a massificação e a rotina monótona do dia-a-dia. A pessoa idosa vai-se sentindo insegura, despersonalizada e carente de liberdade. A estes aspectos negativos somam-se a debilidade física e psicológica, e a todos eles é preciso estar atento (Fernandes, 2002).

Muitos dos receios de envelhecer derivam da forma como a sociedade percebe a velhice. Se por um lado existe um receio inevitável do indivíduo entrar em decadência, é fundamental combater esse mesmo receio e cultivar uma ideia que o envelhecimento é uma fase de maturação e desenvolvimento (Imaginário, s/d). A idade social está relacionada com a capacidade dos indivíduos desempenharem papéis e comportamentos esperados para as pessoas da sua idade, num determinado momento da história de cada sociedade. Desta forma envelhecimento e velhice podem ser interpretados de maneiras diferentes, em diferentes períodos de uma sociedade, estando esta interpretação dependente de factores externos, como por exemplo, os económicos (Netto, 2002).

As situações das pessoas idosas são variadas e não há uma imagem única da velhice. Esta depende de inúmeros factores, como o seu poder económico, o estado de saúde, os seus valores e ideais, a própria região do país a que pertence, o seu grupo social, a sua instrução e qualificação profissional. Assim, há pessoas idosas que evoluíram e

melhoraram a sua condição e há os que continuaram constringidos e votados ao abandono (Pires, 1994).

Perante os desafios colocados à velhice, é necessário que se promovam políticas sociais que apostem sobretudo na prevenção de situações de exclusão ou de marginalidade e, ainda, tentar criar uma política de solidariedade, que, juntamente com uma rede de instituições direccionadas para a prestação de serviços no domicílio, possam minimizar as consequências do envelhecimento (Pires, 1994).

No entanto, embora importantes, as redes institucionais parecem-nos claramente insuficientes. A dinamização das redes informais, podem, sem qualquer dúvida, constituir uma mais-valia na prestação de cuidados à pessoa idosa. Esta rede informal de suporte, de base familiar, pode ser essencial para garantir o bem-estar e a dignidade dos mais velhos.

O respeito e o prestígio, bem como o acolhimento no seio da família das pessoas idosas perdeu-se e é necessário reconquistá-lo, e, é nesse sentido, que as políticas sociais devem caminhar.

A comunidade pouco apoio presta às famílias das pessoas idosas, nomeadamente nas grandes cidades, onde as pessoas não se conhecem. Por esse motivo é necessário, voltar a equilibrar os cuidados das famílias e a protecção social, porque, só nesse equilíbrio se pode assegurar a qualidade de vida indispensável às pessoas idosas de hoje e às crianças, jovens e adultos que são os velhos de amanhã. A política de hoje, até porque somos uma sociedade envelhecida, é a garantia da política do futuro (Giddens *cit. in* Pires 1994).

Segundo Zimerman (2000), o envelhecimento social da população vai provocar alterações no estatuto da pessoa idosa e na relação dela com a sociedade em função de diversos factores e situações, como por exemplo:

- A crise de identidade, uma vez que a pessoa idosa, reformando-se, deixa de exercer a função social a que se habituara, começando a sentir uma progressiva perda da sua auto-estima;
- A mudança de papéis, uma vez que, perdida a função que exercera, a pessoa idosa terá que adaptar-se a novos papéis na família e na sociedade;
- A reforma, uma vez que, actualmente, após esta, ainda restam, à maioria das pessoas muitos anos de vida e estas têm que estar dispostas a não se isolarem e não se deixarem abater pela depressão;
- As perdas diversas, relacionadas, sobretudo, com a diminuição dos recursos económicos, da respectiva autonomia e ainda com a morte dos parentes e amigos;
- A diminuição dos contactos sociais. Já que, por um lado, a sociedade cada vez tem menos tempo para dedicar aos mais velhos, e por outro lado, a vida moderna é demasiado, agitada e a violência e falta de segurança nas ruas cada vez maiores, o que induz a pessoa idosa a isolar-se em sua casa, afastando-se dos outros.

Perante o exposto, não nos restam dúvidas que os mais idosos, no decurso do seu processo normal de envelhecimento, acabam por sofrer as limitações funcionais, que se reflectem em limitações sociais, contudo, essas limitações não podem constituir factor de exclusão. A sociedade não pode continuar a exacerbar os aspectos mais negativos do envelhecimento, como a dependência, e deverá dar ênfase aos aspectos positivos, como a maturidade e a experiência de vida.

2.3.2. A Pessoa Idosa e sua Família

O Homem é um animal social e a família o seu habitat. É na família que o Homem pode ser ele próprio, natural e sem máscaras. Logo na infância o indivíduo depende da

pequena sociedade familiar. Mas a família também é importante na velhice, porque é dela que depende, em grande parte, o equilíbrio afectivo e físico e o desenvolvimento harmonioso dos mais velhos (Leme e Silva, 2000).

A sociedade que, de certa forma é uma espécie de família ampliada, na medida em que lhe compete obviar às necessidades fundamentais da pessoa idosa, não poderá substituir o papel da família. Esta é um centro de intimidade, onde cada membro se descobre a si mesmo e aos demais, personalizando-se. Por seu lado, o membro idoso da família é portador de experiência e de uma importantíssima história pessoal que pode ser transmitida aos restantes membros. Esta é uma forma de sentir-se útil, o que constitui um factor de equilíbrio psíquico (Leme e Silva, 2000).

Os governos devem ter em conta que, sendo a família um órgão de apoio e de saúde, esta deve estar apetrechada dos necessários recursos para as situações mais graves, uma vez que as insuficiências materiais, psicológicas e afectivas podem levar ao colapso familiar. Por vezes, esta situação de colapso manifesta-se através de agressões físicas, verbais ou psíquicas que comprometem gravemente a qualidade de vida da pessoa idosa (Leme e Silva, 2000).

Actualmente, a vida é mais longa, há mais pessoas idosas e as condições económicas são mais favoráveis. As condições das famílias, de uma forma geral, propiciam para as pessoas idosas e para os mais novos uma qualidade de vida bem melhor que nos tempos passados (Levet-Gautrat, 1998).

Uma das razões da melhoria de vida das pessoas idosas, e que lhe veio dar alguma independência, e dignidade foi a instituição da reforma. Desta forma, as pessoas idosas têm a possibilidade de manter as relações familiares, mas podem viver na sua própria casa, aliviando a família de possíveis encargos (Levet-Gautrat, 1998).

Em alguns casos, a pessoa idosa passa a ser o pilar da família, com a sua reforma. Também alguns avós, nas famílias modernas, prestam um excelente serviço familiar olhando pelos netos. Só mais tarde, depois dos 80 anos, é que, surge a institucionalização (Levet-Gautrat, 1998).

A presença dos avós, para além das vertentes afectiva e económica, é também benéfica para a criança, para a elaboração do seu futuro e para a construção do seu “ser político e social”. A presença dos avós no mundo da criança, é também importante, visto que estes lhe oferecem alguma certeza de que estes fazem parte da evolução da vida (Levet-Gautrat, 1998).

No entanto, a estrutura familiar parece apresentar sinais de mudança profundos. As famílias têm cada vez menos filhos, as habitações são muitas vezes exíguas, as mulheres passam a maior parte do tempo no local de trabalho e tudo isto diminui a possibilidade das famílias prestarem aos seus idosos os cuidados apropriados (Barreto e Paúl, *cit. in* Brito, 2002).

Em meados do século passado, a trajectória de vida de um indivíduo podia ser igual à dos seus pais. Nos dias de hoje, cada geração transporta consigo tecnologias diferentes, ritmos de vida diferentes, a par de situações económicas igualmente diferentes (Levet-Gautrat, 1998). Daí um certo confronto de gerações que se perspectiva no horizonte. Na opinião de Michel Loriaux, (*cit. in* Levet-Gautrat, 1998), as sociedades que vão envelhecendo confrontam-se com o desafio de assegurarem uma coabitação dinâmica, com relativa ordem e razoável consenso democrático.

2.3.3. A Discriminação da Pessoa Idosa

A idade cronológica é para muitos a única bitola de julgamento das pessoas. Assim sendo, quanto mais velhas, mais discriminadas, como se a velhice fosse, por si só um problema (Butler (*cit. in* Berger, 2003)).

A gerontologia moderna, com a sua investigação científica, tenta ir ao encontro dos problemas da idade avançada, levando as pessoas a uma compreensão mais humana do problema (Berger, 2003).

O Homem, ao longo da sua vida, é moldado pela cultura, ao contrário do animal que é moldado pelo instinto. O comportamento cultural humano também não é o mesmo, pois

depende da organização social, da religião, da arte, do pensamento, o que afinal constitui a cultura. As leis naturais dependem unicamente da própria natureza humana, enquanto que, a cultura estabelece normas e regras de comportamento e pensamento específicas de cada povo (Mercadante, 2000).

Por outro lado, o Homem nunca vive no seu estado natural, porque a todo o tempo é influenciado pela sociedade. Esta, por sua vez, reserva à pessoa idosa um papel de menor importância, o que necessariamente a condiciona (Simone de Beauvoir *cit. in* Mercadante, 2000). A verdade é que ser velho é um fenómeno que se altera no tempo e no espaço, e assim, existir como velho hoje implica que no futuro esta situação irá ser modificada, até porque a longevidade vai sendo cada vez maior.

A pessoa idosa está muitas vezes excluída das várias posições sociais, nomeadamente, do trabalho. Este é um facto social que define quase universalmente a pessoa idosa: o trabalho é quase sagrado na sociedade, quem deixa de o exercer passa à categoria dos inúteis. Outro aspecto definidor da velhice na sociedade é a contraposição da identidade do jovem à identidade da pessoa idosa, pois o primeiro é dotado de força, memória, beleza e produtividade, enquanto que, às pessoas idosas tudo isso vai faltando (Mercadante, 2000).

Com a reforma surge muitas vezes a institucionalização dos indivíduos. Se o idoso estiver numa instituição pública, que é uma espécie de família alargada, deve manter-se o quanto possível um ambiente familiar e acolhedor em que se preserve a privacidade e a liberdade, bem como o acesso de familiares para que seja minimizada, o quanto possível, a tentativa de rejeição (Leme e Silva, 2000).

O apoio domiciliário, no qual voluntários devidamente preparados se dispõem a dar aos doentes idosos cuidados indispensáveis, o seu carinho e a sua disponibilidade, também deverá ser incrementado. Pessoas atentas a que o doente tome o seu remédio na hora certa, faça a sua higiene correctamente, se alimente conforme lhe é preceituado pela medicina, que o conduza ao ambulatório ou à fisioterapia, etc. (Leme e Silva, 2000).

Contudo, e apesar da importância da existência de redes de apoio formal às pessoas idosas, o papel desempenhado pelas famílias como prestadores de cuidados informais, não pode ser desvalorizado, visto que, esta tarefa permite a manutenção da pessoa idosa no seu meio socioeconómico, evitando a desintegração social da pessoa idosa, contribuindo, sem qualquer dúvida, para o seu bem-estar.

A sociedade precisa de aprender mais sobre o envelhecimento e as pessoas idosas. São necessárias novas abordagens que valorizem o papel da família e de outras formas naturais de apoio, para que seja possível garantir cuidados dignos aos mais velhos e suporte a todos aqueles envolvidos na tarefa de cuidar (Spar, Rue, 2005).

2.3.4. Envelhecimento, Pobreza e Exclusão Social

Robert Castel (*cit. in* Costa, 1998) refere-se à expressão “exclusão social” como a fase final daquilo a que se convencionou chamar marginalização, ou seja, uma progressiva decadência ao longo da qual acontecem várias rupturas como o desemprego, a separação da família e a quebra dos laços afectivos e de amizade.

O excluído social parece ficar fora daquilo a que normalmente se chama cidadania, ou seja, fora das áreas em que as pessoas estão inseridas em comum (família, empresa, associação desportiva e cultural, grupo de amigos, comunidade cultural, mercado de trabalho e até a comunidade política). Nestas condições, o excluído social está fora de tudo quando gera recursos, nomeadamente, financeiros (salário) e sociais (pensões, segurança social) (Costa, 1998). Também, o excluído social, é penalizado nos seus direitos cívicos e políticos porque não tem acesso ao sistema educativo, à justiça e mesmo à habitação.

Esta situação é ainda mais degradante quando arrasta consigo as próprias famílias e, neste caso, quando as famílias vivem em comum (bairros degradados, certas freguesias rurais). A exclusão social é exercida mesmo a nível territorial. As condições dessas famílias nunca melhoram sem um esforço razoável que promova habitação, equipamentos, acessibilidades e actividades económicas (Costa, 1998).

Os aspectos que mais confromem no estudo de exclusão social são as consequências de dimensão subjectiva por ela ocasionadas, como por exemplo: perda da própria identidade, falta de auto-estima, falta de previsão do futuro, dificuldade de motivação para reagir a estas perdas (Costa, 1998).

Robert Castel, (cit. in Costa, 1998), refere que o processo de exclusão não é um processo repentino, mas lento e sucessivo, no qual vão acontecendo as rupturas atrás referenciadas, através de diversos tipos de exclusão (Costa, 1998):

- Económica – ao excluído (indivíduo ou família) faltam recursos. Devido às privações de níveis de instrução, formação profissional, emprego precário, cria-se no excluído uma situação que pode levá-lo mesmo à forma mais grave de pobreza, os sem-abrigo.
- Social – relacionado com o isolamento e a quebra dos laços sociais. Isto leva a que muitas vezes precisem de apoio, mas, por desconhecimento, não o recebam. Verificam-se casos destes, sobretudo, com as pessoas idosas, as pessoas portadoras de deficiência e os doentes crónicos ou acamados.
- Cultural – tem origem em fenómenos que levam à exclusão pela sociedade de minorias étnicas, por motivos de racismo, xenofobia ou nacionalismo exacerbado. A integração social nestes casos é muito difícil.
- Patológica – esta situação verifica-se, geralmente, quando acontecem rupturas familiares devido a factores que têm haver com doenças mentais ou problemas psicológicos. As famílias expulsam-nos, os hospitais não os internam e eles acabam por cair na situação de sem-abrigo.
- Comportamentos auto-destrutivos – estes comportamentos estão relacionados com a exclusão de vida sobretudo a problemas de alcoolismo, prostituição, toxicoddependência.

Este fenómeno, transversal a toda a sociedade, apesar de surtir efeitos negativos em todas as faixas etárias, vai produzir os seus resultados mais dramáticos na terceira idade. Desta forma, a exclusão social das pessoas idosas vai tornar-se um dos mais significativos factos sociais do nosso tempo, particularmente da sociedade urbana que não sabe ainda como, integrar os seus membros mais idosos. O problema social das pessoas idosas, em qualquer sociedade moderna, e designadamente na sociedade portuguesa, é sem dúvida muito grave. Não é que não tenham sido procuradas soluções, mas, até hoje, são ainda consideradas insatisfatórias. Urge analisar o impacto que a pessoa idosa tem na sociedade, visto que temos que definir políticas de médio e longo prazo que vão ao encontro de soluções neste contexto. É notório que as pessoas hoje vivem mais tempo, e, por outro lado, a população idosa constitui cada vez mais uma parte significativa da população total (Costa, 1998).

Daqui se conclui que o lugar e a função da pessoa idosa na vida social deva ser encarada com um profundo espírito humanista, permitindo que pessoa idosa desfrute de uma qualidade de vida digna.

As medidas de curto prazo para obviar a esta situação devem ter em conta as dificuldades de encontro e convívio da família nuclear moderna. Pais e filhos poucas hipóteses têm de diariamente conversarem e conviverem, muito menos com os avós e as pessoas idosas do núcleo familiar. Por isso as soluções mais utilizadas são a colocação das pessoas idosas em lares e a ocupação do seu tempo em centros de dia. Este tipo de soluções leva à desintegração das pessoas idosas da sociedade. Juntando-os, não ficarão sós, mas não poderão conviver com outras idades (Costa, 1998).

Quanto aos lares, públicos ou particulares, além de serem poucos, nem sempre tratam as pessoas idosas com o respeito e a dignidade devidos à sua idade. Como diz Costa (1998, p. 88), “(...) ninguém nasceu para viver em lar”. A política destinada às pessoas idosas deve orientar-se no sentido de que os mesmos permaneçam ou regressem ao seio da família, ainda que esta precise de apoio financeiro ou mesmo de serviços. Por outro lado, deve facultar-se às pessoas idosas a possibilidade de exercerem actividades úteis e compatíveis com as suas capacidades e, ainda no seio da sociedade, deve fazer-se tudo o

que possa levar à convivência das pessoas idosas com outras pessoas de outras gerações (Costa, 1998).

O envelhecimento é um processo natural que se manifesta na fase final da vida dos indivíduos e que se desenvolve de forma contínua e gradual. Esta manifestação, no entanto, varia de indivíduo para indivíduo. Enquanto algumas pessoas conseguem manter as suas capacidades físicas e intelectuais, existem outras cujo envelhecimento lhes provoca a redução dessas mesmas capacidades através do aparecimento de diversos tipos de enfermidades (Silva, 2001).

O envelhecimento não é um fenómeno exclusivamente biológico, mas também é condicionado, de certa forma, pelo percurso pessoal e social dos indivíduos. Assim, da mesma forma que as condições sociais condicionam o envelhecimento, este também pode provocar e agravar o processo de exclusão social, que nas sociedades industrializadas se manifesta na idade da reforma (Silva, 2001).

Vai ser nesta fase da existência que a maioria da população idosa, ao ver os seus recursos económicos reduzidos, vai sofrer uma diminuição das suas condições de vida. A reforma vai também traduzir-se numa fase, na qual os indivíduos vão sentir problemas ao nível da sua identidade psicossocial.

A pessoa idosa precisa de preparar a reforma com enorme antecedência. O período de transição da vida activa para a reforma deve começar muito antes do abandono da vida activa e prolongar-se, muitas vezes, alguns anos depois da reforma (Orazio, 2006).

A passagem de um estilo de vida activo para um estilo de vida menos ritmado, exige preparação, adaptação e uma procura de novos interesses e relacionamentos, preparação essa que a maioria das pessoas idosas não possui (Silva, 2001).

As pessoas idosas constituem, assim, uma categoria de indivíduos muito vulnerável à precariedade económica e à exclusão social, por vários e diversos factores: têm reformas reduzidas, vivem muitas vezes em habitações degradadas, têm grandes

despesas com a saúde, deixam de ter relações de trabalho e colegas, têm dificuldade em comunicar com os mais jovens, vivem em isolamento em relação à família, perdem autonomia física e funcional e têm dificuldade em se adaptar às novas tecnologias.

2.3.5. O Futuro Económico da Pessoa Idosa – A Sustentabilidade do Sistema

Recentes estudos verificam que da população portuguesa pobre, 65% são pensionistas. Esta insuficiência económica, por sua vez, vai dar origem a um outro problema, o facto de quem possuir reformas baixas não ter lar ou asilo que o acolha (Rodrigues, 1994). Hoje o património familiar deixou de ser determinado pela herança e depende, sobretudo, das formas de poupança colectiva, como por exemplo, o sistema de reforma e segurança, seguros de doenças e de vida, entre outros. Este fenómeno terá, como é de esperar, repercussão no perfil dos futuros idosos, com uma tendência para agravar as diferenças sociais (Correia, 2003).

A velhice é uma realidade que vamos antevendo a cada dia. É o lugar do desgaste físico e da aparição cada vez mais eminente da morte. É, de alguma forma, o lugar de todas as angústias. Há que encontrar respostas para ultrapassar esta situação. Uma das maiores fragilidades da velhice é a falta de recursos. Aqui só a solidariedade dos mais jovens pode ajudar, através do seguro social público. Diz-se que, ao pagarmos os impostos para a Segurança Social, estamos a fazer uma poupança para nós próprios, e isto ajuda a pensarmos que o futuro não será tão angustiante como poderia parecer. No entanto, isto, não passa de uma tremenda ilusão (Bessa, 1994).

Como refere Daniel Bessa (1994, p.37) “não está nada guardado, não descontámos nada para nós, não temos nada a receber, não temos direito nenhum, porque tudo o que descontámos já foi gasto. E foi gasto, naturalmente, com os dependentes do sistema, ou seja, não estivemos a descontar para nós, mas para os outros”.

O que nos salvará, aos que vamos para velhos, é que os outros descontem igualmente para nós. Quem produz são os activos. O que eles produzem tem de ser distribuído por todos. Mas, no dia em que um activo tiver de suportar um inactivo, isto é, no dia em que a relação for de um para um, o activo terá de retirar do seu salário rigorosamente 50%

para manter o inactivo a seu cargo e ainda pagar os restantes impostos ao Estado (Bessa, 1994).

Como caminhamos cada vez mais para a diminuição dos activos, estes poderão recusar-se a dispor do seu próprio rendimento para manter o nível de rendimento dos inactivos. Há uma enorme desproporção entre o aumento das pessoas idosas e a diminuição dos empregados. O problema – se não houver maior número de nascimentos – pode não ter solução. O ideal seria combater as reformas antecipadas, deixar a pessoa continuar a trabalhar, talvez menos horas por dia, durante menos semanas por ano, fazer o trabalho evoluir em função da idade, mas nunca cortar de vez os laços com o mercado de trabalho, que é para as pessoas uma forma de realização pessoal. Deixar que as pessoas trabalhem enquanto possam ou queiram é uma das formas de equilibrar a situação dos activos e dos inactivos (Bessa, 1994).

2.3.6. A Solidão

A solidão e a idade avançada contribuem para a debilidade física e mental, bem como para a insegurança do indivíduo (Fernandes, 2002).

Aliás, e conforme o faz notar Berger (1995), a solidão é um dos aspectos mais graves da sociedade moderna em todos os níveis etários, já que, de modo geral, para a nossa sociedade, só o que é material interessa e os interesses afectivos são colocados de lado. As pessoas não têm tempo para se preocuparem umas com as outras. Para as pessoas idosas não há compensações para este facto.

Correia (1993), refere que a pessoa idosa, nestas circunstâncias, imagina que ninguém o quer ouvir, que não lhe prestam atenção e que são um empecilho na vida dos outros. Isto acontece quase sempre em simultâneo com a doença, as dificuldades em ouvir, andar, ver e com a reforma e o isolamento social.

Note-se que, segundo Meier-Ruge (1988), nem sempre estar só é estar desacompanhado. Também pode ser por estar com as pessoas com quem se não deseja

estar. Às vezes para a pessoa idosa é melhor estar com um grupo de amigos do que com os familiares em casa. Talvez os condicionalismos que mais afectam as pessoas idosas sejam a solidão, o sentido da perda dos contactos com a família e com os amigos, carência de recursos económicos e a perda de autonomia com o óbvio corolário da dependência.

Tratar destas pessoas exige naturalmente um conjunto de requisitos biológicos, psicológicos, sociológicos, culturais e espirituais. Os cuidados geriátricos abrangem, além disso, a predisposição para a continuidade, abordagem integrada e a participação do utente e da sua família. Esta é também a opinião de Poirier (1995).

2.3.7. A Velhice Socialmente Bem Sucedida

Podemos entender envelhecimento bem sucedido numa perspectiva de ciclo vital, como a maximização de acontecimentos positivos (como a satisfação de viver) e a minimização dos acontecimentos negativos (como as doenças crónicas e ou a perda de capacidades mentais) (Fries, 1990 *cit. in* Fonseca, 2005).

Na sua essência, este conceito está associado ao bem-estar físico, social e psicológico, ao qual, também associamos algumas práticas de rejuvenescimento (cirurgias cosméticas, exercício físicos, actividades sociais e educacionais), com as quais se pretende retardar o envelhecimento, mascarar as consequências dos anos e sentir-se apto a realizar actividades apropriadas (Neri, Cachioni, 1999).

Há quem defenda o conceito de velhice produtiva, num sentido de oposição à associação de velhice com inactividade, afastamento e falta de produtividade. Assim, segundo Kart, 1997; Hooyman e Kyiak, 1996 (*cit. in* Neri, Cachioni, 1999) são consideradas manifestações de produtividade na velhice:

- O exercício de trabalho não remunerado, cuidando de netos ou de outras pessoas idosas em casa ou o voluntariado social;

- O envolvimento em actividades de lazer;
- O contributo que a população idosa fornece às novas áreas de consumo nas vertentes do turismo, da cosmética, da cirurgia estética, da moda, da alimentação, da prestação de serviços a pessoas idosas;
- As contribuições para a melhoria da saúde, da capacidade funcional;
- O exercício do trabalho remunerado.

Activar as capacidades de reserva para o desenvolvimento, dentro dos limites que o peso dos anos impõe, é uma maneira de minimizar o desgaste do envelhecimento. O tempo de reacção mais lento, as dificuldades no processo cognitivo e as falhas de memória podem ser compensadas pela maior experiência adquirida ao longo da existência e que pode ser de extrema importância na solução dos problemas da vida prática, nas dificuldades profissionais dos outros e num grande poder de aconselhamento (Neri, Cachioni, 1999).

Prestes a ser ganha a batalha da longevidade humana, temos agora que travar um outra batalha: potenciar a qualidade de vida do ser humano de forma a dar sentido a uma vida prolongada (Paul, 1996).

2.3.8. Factores de Predição de uma Velhice Bem Sucedida

Um dos factores que parece favorecer a manutenção dos aspectos cognitivos é o nível de escolaridade do indivíduo que, na velhice, despende bastante do seu tempo em actividades como a leitura, as palavras cruzadas, a escrita, etc.. O segundo factor de predição é a capacidade que a pessoa idosa tem de expiração pulmonar que, ainda que não pareça, influi fortemente na capacidade cognitiva. Um terceiro factor de predição é a actividade física, especialmente a marcha ao ar livre sem fadiga. Um último factor de predição é o da própria personalidade da pessoa idosa que sentirá maior autoconfiança.

A pessoa idosa terá de ter uma posição positiva perante as mudanças próprias da velhice (Fontaine, 2000).

Na velhice é muito importante manter o mais possível as relações sociais, bem como a prática de actividades úteis à família e à comunidade. Daqui nascerá a satisfação de viver.

A falta de relações sociais com o conseqüente isolamento pode mesmo levar a pessoa idosa ao suicídio. O isolamento é um factor de risco para a saúde que merece um apoio social específico, mas que só será eficaz se a pessoa idosa o aceitar devidamente (Durkheim (*cit. in* Fontaine, 2000)).

As actividades produtivas fazem com que a pessoa idosa não seja considerada “velha” pelos amigos e pelos familiares (Kaufman (*cit. in* Fontaine, 2000)).

De acordo com Zimmerman (2000), além dos factores biológicos e sociais há também mudanças psicológicas que se manifestam na pessoa idosa:

- Menor capacidade da adaptação à vida de reformado;
- Dificuldade em organizar o seu futuro;
- Dificuldade em compensar as perdas físicas, sociais e afectivas de forma equilibrada;
- Falta de rapidez na adaptação às mudanças de modernidade demasiado rápidas;
- Alterações de ordem psíquica a exigirem tratamento adequado;
- Patologias depressivas como a hipocondria, doenças do foro neurológico e tendência para o suicídio;

- Progressiva diminuição da auto-estima.

Por vezes a identidade do adulto é posta em causa pelas mudanças, sobretudo de ordem física, como a queda do cabelo, as rugas, o uso de próteses e até a perda do emprego (Kraus, 1999 e Whitbourne, 1996, *cit. in* Berger 2003). O adulto é levado a reagir mantendo a sua auto-estima e tentando auto convencer-se de que nada mudou, recusando-se a ver as fragilidades próprias da idade (Berger, 2003). Há neste aspecto uma espécie de confusão de papéis, uma vez que, o indivíduo deixou de ser jovem, mas tenta pensar que ainda o é (Sehroots, 1996; Johnson; Barer 1993 e Bandura, 1997, *cit. in* Berger, 2003).

2.3.9. A Actividade na Idade da Reforma

Em termos sociais Guillemard (*cit. in* Fontaine, 2000), distingue cinco tipos de práticas de reforma, designando a primeira como Reforma Retirada. Neste caso o indivíduo dorme o mais possível, não tem projectos, quase nunca sai de casa, não se encontra com ninguém, praticamente nada faz. Trata-se afinal de uma morte social. A segunda é a denominada Reforma Terceira Idade. Neste caso, o indivíduo realiza algumas actividades produtivas que passam a constituir uma espécie de centro de interesse. A terceira é a Reforma de Lazer ou Família, que, como o nome indica, centra-se na família, com a qual o indivíduo tem uma forte ligação, coabitando com os filhos e até com os netos, a quem ajuda financeiramente. Além disso, o reformado entrega-se a actividades culturais e desportivas, passeios e viagens. Há, porém, um senão que se traduz nas tensões familiares frequentes e que podem conduzir a sintomas de depressão. Existe também a Reforma Reivindicação. Neste caso, o reformado não se considera velho e junta-se a outros reformados, lutando por um papel mais activo na sociedade. Finalmente, temos a Reforma Participação. O reformado, em vez de actividades produtivas, ocupa a maior parte do seu tempo a ver televisão. Esta sedentariedade pode transformar-se num elevado risco para a saúde.

Existe uma ideia errada de que a pessoa aposentada deixa de estar ligada à sociedade. A verdade é que a pessoa idosa pode, e deve, encontrar meios de continuar activa, até porque há hoje uma tendência dos governos para concederem a aposentação mais cedo.

Muitas pessoas idosas também acham que devem passar o tempo servindo a comunidade voluntariamente, executando serviços adequados à sua idade e com notável interesse social (Berger, 2003).

A sociedade deve desenvolver mecanismos e adoptar medidas específicas que limitem e atenuem drasticamente atitudes discriminatórias em relação às pessoas idosas, facilitando o seu acesso a actividades culturais e recreativas, e fomentando o contacto intergeracional, tanto no contexto familiar, como em outros contextos da nossa sociedade (Mauritti, 2004).

2.3.10. A Educação para Pessoas Idosas

Uma das procuras que mais vem aumentando entre as pessoas idosas é a da cultura e instrução. Esta situação deve-se ao facto de não terem tido acesso a elas, ou porque desejam aumentar o grau educacional que já possuem. Este é um sector negligenciado pela sociedade, importante para a manutenção dos direitos das pessoas idosas, daí a importância da criação de universidades da terceira idade. Estas deverão ser escolas abertas, espaços de excelência para a integração social dos mais velhos, e para a participação dos mesmos na vida social. Trata-se de um ensino predominantemente funcional e flexível, perfeitamente adaptável a qualquer idade ou situação. Com ele, além da intensificação dos contactos sociais, trocam-se vivências e conhecimentos e acentua-se o aperfeiçoamento pessoal (Neri, Cachioni, 1999).

Hoje já ninguém põe em dúvida a necessidade de planificar políticas educacionais para os mais velhos. Segundo Swindell & Thompson 1995 (*cit. in* Neri, Cachioni, 1999) a educação tem um carácter compensatório e potencializador relevante, além de favorecer o envolvimento social e criar nas pessoas idosas um bem-estar íntimo. Assim a educação:

- Ajuda a ganhar auto-confiança e independência;

- Empresta às pessoas idosas capacidade para lidar com os complexos problemas do dia-a-dia;
- Pode constituir um contributo, quando a pessoa idosa recebe educação doutras pessoas idosas;
- Favorece o equilíbrio, porque transmite à pessoa idosa o seu auto-conhecimento e abertura para comunicar suas experiências às gerações mais novas;
- Contribui para diminuir a dependência da população idosa, o que acaba por se reflectir favoravelmente nas famílias e na sociedade, na Previdência Social e no Sistema de Saúde.

A educação permanente, hoje em dia, não significa só renovação cultural, mas também uma exigência dos indivíduos numa sociedade em permanente mudança. As universidades da terceira idade podem ser ricos laboratórios de experiência pedagógica e de pesquisa gerontológica. Este tipo de educação proporciona às pessoas idosas a obtenção de um suporte emocional que as ajuda a enfrentar o stress e as conduz à velhice bem sucedida (Neri, Cachioni, 1999).

As conclusões dos analistas sobre as motivações das pessoas idosas das universidades da terceira idade convergem nos seguintes aspectos, e por ordem de grandeza (Neri, Cachioni, 1999):

1. Investir no próprio conhecimento;
2. Actualizar-se, realizando assim um antigo sonho;
3. Ampliar o círculo de relações pessoais;

4. Estabelecer novas amizades com pessoas que possuem interesses semelhantes.

A reforma e a velhice devem ser encaradas como uma “arte de viver, um estilo, uma filosofia”. Devemos dar continuidade à nossa vida, continuar curiosos, activos, dinâmicos e interessados em tudo o que nos rodeia (Rosnay, Servan-Schreiber, Closets, Simonnet, 2006).

2.3.11. Lazer e Ocupação do Tempo Livre na Terceira Idade

O Homem tem necessidade de acção e é através desta que o Homem domina o mundo que o cerca. A acção vai desde a higiene pessoal, ao comer, ao caminhar, ao fazer compras, etc. (Ferrari, 2000). Só que estas actividades ficam reduzidas com a velhice, devendo ser compensadas por outras actividades complementares (Blau, 1973 *cit. in* Ferrari, 2000).

A reforma traz consigo a ideia de dificuldades a nível social e familiar que podem levar ao isolamento, e é aqui, que surge o direito ao tempo livre que a pessoa idosa deve saber utilizar. Uma das funções do lazer é a do descanso, pois reparam-se os desgastes físicos e mentais ocasionados pelas tensões diárias. Outra das funções do lazer é a distração e o divertimento que serve para quebrar o tédio e a monotonia. Ainda como função do lazer podemos considerar o desenvolvimento pessoal, na medida em que a pessoa idosa exerce uma participação social que o mantém integrado na comunidade (Ferrari, 2000).

A pessoa idosa, como consequência da sua aposentação, tem mais tempo livre, que poderá empregar das mais variadas formas. Deverá fazê-lo sempre por sua livre escolha e nunca por obrigação (Oliveira, 2000). Afinal o lazer é isso mesmo – tempo livre que pode gastar-se repousando, divertindo-se, cultivando-se, participando em actos sociais. Faz-se o que se gosta, convive-se com quem se estima, sente-se como pessoa (Dumazedier, 1980 *cit. in* Oliveira, 2000).

Das actividades que o lazer propicia para a pessoa idosa salientam-se as habilidades manuais de ordem artesanal, as actividades intelectuais em que se manifestam os conhecimentos adquiridos ao longo dos anos, as actividades associativas em conjunto com amigos parentes e colegas, as actividades artísticas (teatro, dança, ballet, etc.), as actividades físicas que quebram a rotina de cada dia e fazem conviver com ambientes saudáveis (praia, montanha, lugares históricos, casas de campo, parques...) (Ferrari, 2000).

Também são de incentivar os Centros de Dia em que o convívio, a criação de novas maneiras de pensar, de sentir e de agir, com o conhecimento de novas pessoas que trocam sonhos e vivências, ajudam a pessoa idosa a manter a sua independência e auto-estima, enquanto se realiza culturalmente sobre o ponto de vista físico, social e intelectual (Ferrari, 2000).

Uma das dificuldades relacionadas com o lazer é a concepção errada de o confundir com preguiça. As práticas de lazer, são ainda limitadas pelas dificuldades de locomoção, as grandes distâncias, a falta de segurança (sobretudo nas cidades) e mesmo a falta de espaços e equipamentos. Todavia, a comunidade precisa de ver na pessoa reformada alguém que contribuiu para o bem comum e que merece uma qualidade de vida condigna. Por seu lado, as pessoas reformadas, devem ser sensibilizadas no sentido de se manifestarem colaborantes e conviventes, equilibrando desta forma uma sociedade que sabe dar e receber como lhe compete.

A reforma deixou de ser um período relativamente curto no fim das nossas vidas, onde estávamos limitados ao desempenho de pequenas tarefas domésticas. Actualmente a reforma pode ocupar um terço das nossas vidas e tem que ser vivida de forma activa e como um momento de realização pessoal (Chapman s/d).

2.3.12. A Adaptação da Pessoa Idosa à Reforma

Poirier (1995), na sua teoria da actividade, defende que uma pessoa idosa deverá manter-se activa de forma a poder ter uma vida mais saudável e aumentar a sua auto-estima. De acordo com esta teoria, a velhice, para ter qualidade, deve realizar-se na

dinâmica de novas funções ou exercendo as funções anteriores de forma nova. A pessoa idosa deve evitar as respostas negativas quando lhe falta a saúde, quando enviúva ou quando sofre outras perdas semelhantes (Sequeira, 2001).

O factor perdas é universal, quer quando se trata de situações chocantes como mortes, roubos, amputações de membros, doenças graves (ex. cancro, Alzheimer), quer quando as mesmas se reflectem psicologicamente no indivíduo (Fernandes, 2002).

Barreto (1984), refere que muitas dessas perdas são súbitas e o tempo de adaptação muito curto, tornando a angústia, a tristeza e o desgosto ainda maiores. De uma forma geral, existe depois uma fase de resignação, com diminuição do retraimento e do isolamento inicial, procurando a pessoa idosa reorganizar a sua vida.

No entanto, a adaptação nem sempre é fácil e depende da maior frequência de situações de stress, de fadiga e de doença. Sem o apoio exterior, o indivíduo é afectado na sua auto-estima e abalado profundamente (Fernandes, 2002).

Compete à sociedade definir políticas de integração e de adaptação da pessoa idosa esta nova fase da sua vida. A pessoa idosa deverá manter-se activa, interagindo com pessoas do mesmo nível etário. Deverão ser criadas condições para que a pessoa idosa mantenha o seu equilíbrio físico, emocional, financeiro e um nível elevado de satisfação quotidiano (Kalish cit. in Simões, 1982).

Capítulo III – A Prestação de Cuidados Informais à Pessoa Idosa

3.1. O Cuidador Informal

3.1.1. Conceito de Cuidador Informal

Nos últimos anos o papel dos “Cuidadores Informais” tem assumido especial relevo nos trabalhos de investigação na área da Gerontologia. O cuidador informal é um elemento integrante da rede social da pessoa idosa e que lhe vai prestar, de forma regular, cuidados. O cuidador informal, como o termo nos indicia, presta cuidados à pessoa idosa sem qualquer vínculo formal e, na grande maioria das situações sem qualquer remuneração. De entre aqueles que assumem o papel de cuidadores informais (familiares, vizinhos, amigos...) a família vai assumir um papel fulcral no apoio à pessoa idosa, pois, até por questões culturais e tradicionais, a família é o elemento estrutural de suporte de todos aqueles que carecem de cuidados, sejam eles crianças, jovens, adultos ou pessoas idosas.

A prestação de cuidados é uma das pedras basilares da estrutura familiar. Esta actividade, extremamente complexa, comporta em si uma dimensão psicológica, ética, social e demográfica vasta, abrangendo também, um grande número de clínicos e técnicos (Luders e Storani, 2000 cit. *in* Figueiredo, 2007).

Um estudo apresentado pela NAC/AARP (1997) define esta actividade como sendo “tipicamente prestada por familiares ou amigos chegados a uma pessoa que já não consegue gerir todos os aspectos da sua vida diária e cuidados pessoais” (Figueiredo, 2007).

O cuidador informal, poderá assim, ser entendido como a interacção entre dois familiares (ou amigos, ou vizinhos) em que um deles ajuda o outro de uma forma regular ou permanente, não remunerada, a efectuar actividades básicas necessárias a uma vida com dignidade (Figueiredo, 2007). De acordo com Caldas (2004), a prestação de cuidados vai para além de responder às necessidades básicas do ser humano no

momento em que se encontra debilitado. Esta actividade, que deve ser entendida como um compromisso de cuidar de outro, interfere também com a cidadania daquele que cuida, bem como, com a sua auto-estima e auto-valorização. A autora defende que quem cuida usufrui de uma oportunidade de desenvolvimento pessoal, ajudando o cuidador a compreender melhor o mundo que o rodeia. Esta relação entre cuidador e pessoa idosa, vai desta forma, transcender a mera ocupação, permitindo uma melhor e mais profunda compreensão da singularidade do ser humano (Caldas, 2004).

Sequeira (2007), define cuidados informais como uma actividade que surge de forma imprevista, não remunerada, que, no caso dos cuidadores familiares, pode envolver a totalidade da família ou apenas parte desta. Esta actividade é também caracterizada por se desenvolver, na grande maioria dos casos, no domicílio. Os vizinhos ou os amigos, de uma forma generalizada, apenas assumem esta função em casos pontuais, substituindo a família, quando esta está ausente ou é inexistente (INSERSO, 1999; De La Cuesta, 2004, cit. *in* Sequeira 2007).

Outros autores (Neri e Carvalho, 2002) fazem uma distinção entre três tipos de cuidadores informais: o cuidador primário ou principal; o cuidador secundário; e o cuidador terciário. Com esta distinção assume-se a existência de uma “rede” de cuidadores (Sequeira, 2007).

O cuidador primário ou principal é o elemento no qual é depositada a maior responsabilidade de cuidar da pessoa idosa. Este tem a função de supervisionar, orientar e acompanhar directamente a pessoa idosa (Sequeira, 2007). Davies (1992) e Carrero (2002) (cit. *in* Sequeira, 2007) afirmam que o cuidador primário é a pessoa que presta a esmagadora maioria dos cuidados. Este não é remunerado e é sobre ele que recai a responsabilidade de cuidar. Alguns investigadores operacionalizaram este conceito referindo que o cuidador primário é aquele que executa mais de metade dos cuidados informais (Martin, 2005).

No que concerne ao cuidador secundário, este será alguém que pode prestar cuidados de forma ocasional ou regular, no entanto, sem responsabilidade de cuidar, prestando apenas apoio ao cuidador principal. Este apoio poderá ser na prestação directa de

cuidados, ou então, de uma forma indirecta, através de apoio económico, apoio em determinadas actividades de índole social ou de tempos livres, entre outros (Neri e Carvalho, 2002; Penrod, Kane, Kane e Finch, cit. *in* Sequeira 2007)

No que diz respeito ao cuidador terciário, este será um familiar, vizinho ou amigo, que apenas presta cuidados de forma esporádica ou só quando solicitado, sem assumir qualquer tipo de responsabilidade perante a pessoa idosa (Neri e Carvalho, 2002).

Desta forma, podemos constatar que a definição de cuidador informal encontra-se intimamente ligada à família e ao papel que a mesma assume enquanto prestador de cuidados à pessoa idosa. Este conceito assume uma interligação quase inseparável do conceito de família no sentido lato da palavra.

Neste contexto, cuidar daqueles que estão fragilizados, em particular das pessoas idosas, é uma actividade impossível de dissociar do papel que a família deve assumir, onde, família e pessoa idosa, assumem uma posição simbiótica em que ambos parecem associados, de forma permanente, para o proveito comum.

3.1.2. O Processo de Iniciação do Cuidador Informal

Imprevisível, será a palavra que melhor define o processo de iniciação do cuidador informal. Este processo raramente voluntário, decorre de uma situação inesperada sobre a qual o cuidador informal não tem influência ou opção de escolha. Esta situação é condicionada, sobretudo, pelo facto de existir pouca oferta institucional e pela forma como o cuidador informal é “eleito” pela própria família (Sousa, Figueiredo, Cerqueira, 2004).

A ausência de ofertas institucionais de qualidade (lares e SAD), como sucede em Portugal, aliada à conotação de que o recurso a este tipo de serviço é visto como um acto de abandono da pessoa idosa, são, sem dúvida, um dos factores que condicionam a família à situação de cuidador informal (Sousa, Figueiredo, Cerqueira, 2004).

De acordo com Le Bris (1994), em termos de processo familiar, existem duas vias de iniciação do papel de cuidador informal, a saber, através de um “processo sub-reptício ou na sequência de um incidente inesperado”. Na primeira situação, existe um processo progressivo de perda de autonomia por parte da pessoa idosa, impedindo que o cuidador consiga determinar com precisão o início do processo. A iniciação sucede quase de uma forma inconsciente, e o cuidador, dificilmente, consegue datar quando assumiu esse estatuto. Na segunda situação, o incidente inesperado, segundo Sousa, Figueiredo, Cerqueira, (2004), poderá ter três origens distintas: uma doença ou acidente na qual resulta incapacidade; a viuvez; e a morte da pessoa que anteriormente cuidava da pessoa idosa. Em qualquer destes casos, é mais fácil datar o início do processo de iniciação de cuidador informal.

Jani-Le Bris (1994), identifica ainda “vias de entrada intermédias”, que podem englobar, a título exemplificativo uma situação onde é decidido retirar uma pessoa idosa de um lar onde se encontrava institucionalizada.

A assunção do papel do cuidador parece obedecer a certas regras que se reflectem em determinados factores (Mendes, 1998): grau de parentesco, com a prevalência dos cônjuges e em seguida dos filhos; o género, com a predominância do sexo feminino; a proximidade física, dado que este papel é normalmente assumido por quem já vive com a pessoa idosa; a proximidade afectiva ou relacional, uma vez que existe uma prevalência condicionada pela relação conjugal e parental. Perante este cenário é fácil concluir que os cuidadores informais, normalmente, são os familiares mais próximos da pessoa que requer cuidados, onde se destaca de uma forma clara o sexo feminino (cônjuge, filha ou nora).

Velásquez et al. (1998) refere que no momento de decisão de assumir as funções de cuidador assistimos a dois movimentos antagónicos, mas simultâneos: “um de envolvimento e outro de não-envolvimento”. A assunção da função de cuidador ou a sua rejeição vai depender, essencialmente, de dois factores a ter em consideração: proximidade física e proximidade afectiva. Deste modo, a escolha daquele que será o cuidador está intimamente relacionado, de uma forma lógica, com a escolha dos não-cuidadores. Simultaneamente ao assumir a responsabilidade por parte de um

determinado membro da família, os restantes familiares tomam uma posição inversa, rejeitando e libertando-se dessa mesma responsabilidade (Sousa, Figueiredo, Cerqueira, 2004).

Poderá assim afirmar-se que o processo de iniciação do cuidador informal, raramente decorre de uma tomada de posição voluntária, mas sim, de uma situação inesperada que condiciona o futuro cuidador a assumir essa posição sem que tenha a possibilidade de tomar outra opção ou pelo menos de a negociar.

O acto de cuidar faz parte da natureza humana, pois, todos os seus comportamentos e valores assim o demonstram. Este é um acto complexo, que transcende a mera tarefa, assumindo uma forma de estar, de se relacionar com os demais, e que se repercute de forma transversal a todas as culturas (INSERSO 1995, cit Sequeira, 2007). Esta função, ao longo dos tempos está intimamente ligada à família, sendo percebida de forma inequívoca como uma das suas funções, ou até mesmo, como uma obrigação (Lage, 2005).

Vai ser no seio familiar que o papel do cuidador vai assumir a sua verdadeira dimensão, e neste contexto, os membros do sexo feminino são aqueles que, na grande maioria das situações, assumem esta função (Sequeira, 2007).

Conforme referido por Martín (2005) existem quatro factores que condicionam a escolha do cuidador informal: a relação familiar; a co-residência, ou seja a proximidade física; o género do cuidador, que, como já foi referido, normalmente é do sexo feminino, e o sexo do cuidado; e finalmente a existência de eventuais condicionantes relativas aos descendentes.

Shanos (1979), cit. *in* Sequeira, (2007) apresenta-nos um modelo hierárquico para a assunção da função de cuidador informal:

Cônjuge

Filhos

Outros familiares

Amigos

Este modelo hierárquico tem uma característica afincadamente compensatória em que o grau de relacionamento entre o cuidador e a pessoa idosa determina a prioridade na assunção do papel de cuidador informal. Assim, na maior parte das situações, o cuidador informal é um elemento da família muito próximo da pessoa idosa que necessita de cuidados, e que normalmente assume a responsabilidade total de cuidar deste, de forma regular, muitas vezes solitária e sem o apoio dos restantes membros da família.

Se recuarmos um pouco no tempo e traçarmos uma retrospectiva sobre o papel da pessoa idosa nas redes de solidariedade familiar, podemos constatar que a esta sempre manteve um papel, mais ou menos, activo na prestação de cuidados aos seus progenitores e/ou aos progenitores dos seus cônjuges, aos seus filhos e ainda aos seus netos. Este envolvimento da pessoa idosa na assunção de diferentes papéis de cuidador, valorizado de forma notável no seio familiar, pode ser preponderante quando chegar a altura de alguém da sua família assumir a função de cuidar da pessoa idosa (Pimentel, 2005).

Desta forma, a assunção da função do cuidador informal está intimamente relacionada com a história da família, pelo que, o acto de cuidar, para alguns membros da família, é praticamente uma obrigação e quase nunca uma opção, em especial para os elementos do sexo feminino e para os mais velhos (Neri e Carvalho 2002).

Apesar desta visão generalista do processo de iniciação do papel de cuidador é possível identificar em cada família normas próprias, independentes das determinações sociais, e

até mesmo económicas. Esta estrutura normativa familiar é construída ao longo de vários anos através dos papéis e funções que cada um assume no seio familiar (Aneshensel e col. 1997 cit. *in* Sequeira 2007). Também as características pessoais de cada um vão ter influência na escolha do cuidador informal, nomeadamente, os seus valores ou a forma como encara a velhice (Morycz, 1993, cit. *in* Sequeira, 2007).

A escolha do cuidador familiar pode também ser influenciada pelo contexto em que este se encontra. Por exemplo, uma situação de desemprego ou de falta de ocupação podem ser determinantes nesta escolha (Sequeira, 2007).

No entanto, hoje, assistimos a alterações profunda na estrutura familiar. As famílias alargadas onde a mulher assumia o papel fulcral na gestão familiar e doméstica, assumindo única e exclusivamente as funções de esposa ou mãe, tendencialmente têm vindo a desaparecer (Alarcão, 2000).

O ciclo familiar alterou-se e as famílias nucleares surgem com maior frequência. Actualmente existe uma maior instabilidade conjugal, um número crescente de famílias monoparentais, um menor número de filhos e a mulher assume novos papéis, em especial no que concerne à sua vida profissional (Santos, 2003). Estes fenómenos vão contribuir para alterar de forma profunda o conceito tradicional de família e de rede familiar, cujo suporte eram os laços parentais. Hoje a rede familiar assenta, essencialmente em factores de proximidade física, proximidade afectiva e de coabitação (Neri Carvalho, 2002; Santos, 2003).

Quanto às condicionantes relacionadas com o género, os diversos estudos existentes apresentam-nos aspectos recorrentes. Normalmente o acto de cuidar fica à responsabilidade do sexo feminino, nomeadamente, o cônjuge, as filhas ou as noras (Sequeira, 2007).

A grande maioria dos estudos existente parecem confirmar que o acto de cuidar é exercido essencialmente no feminino (INSERSO, 1995; Penrod e Col, 1995; Barbarro e Col, 2004; cit. *in* Sequeira 2007; Melo, 2005; Lage, 2005; Sotto Mayor e col, 2006). Mesmo em famílias com filhos do sexo masculino, normalmente são as mulheres que

assumem a responsabilidade de cuidar. O género também vai influenciar na natureza dos cuidados, assim, as mulheres normalmente executam tarefas de índole doméstico e pessoal, enquanto que os homens estão mais direccionados para executar tarefas relacionadas com a gestão financeira e os transportes (Miller e Cafasso, 1992; Yee e Shulz, 2000, cit. *in* Sequeira, 2007).

Neri e Carvalho (2002) referem que a mulher assume a função de cuidar mesmo quando exerce uma outra actividade profissional, o que, como é evidente, vai ter consequências na limitação no tempo livre que esta vai dispor.

Quanto à co-residência, um outro factor determinante na escolha do cuidador, esta assume importância face à proximidade física e afectiva que existe entre o cuidador e pessoa receptora de cuidados. Esta posição vai colocar o cuidador numa posição privilegiada para que este assuma a função de cuidador principal (Penrod e col 1995 cit. *in* Sequeira, 2007).

No que diz respeito aos descendentes, Wolf, Freedman e Soldo (1997), cit. *in* Sequeira, (2007) referem que a escolha do cuidador tem como suporte a decisão dos filhos e que esta é normalmente tomada em contexto familiar. Esta decisão tem em consideração a necessidade e os recursos da pessoa idosa, assim como a disponibilidade de cada um dos descendentes. A participação de amigos ou vizinhos na prestação de cuidados informais ocorre de uma forma esporádica e, normalmente, associada a tarefas de natureza pontual, como por exemplo fazer compras ou fazer companhia à pessoa idosa (De La Cuesta, 2004 cit. *in* Sequeira, 2007; Quaresma, 1996).

Existem ainda outros factores que simultaneamente podem contribuir para a escolha do cuidador informal. Existem estudos que referem que o estado civil, o nível cultural e o estatuto profissional podem contribuir para a escolha do futuro cuidador (Keefe e Medjuk, 1997 cit. *in* Sequeira 2007). O tipo de cuidado exigido pode também influenciar a escolha do cuidador. A situação da pessoa idosa, de maior ou menor gravidade, vai também influenciar na escolha da pessoa que vai prestar os cuidados, por exemplo, numa situação de demência, a exigência de cuidados relacionados com funções cognitivas e comportamentais exigem do cuidador grande responsabilidade e

tempo, pois os cuidados têm que ser prestados de forma continuada e permanente (Aneshensel e col cit. *in* Sequeira, 2007).

3.1.3. Perfil do Cuidador

O acto de cuidar é uma actividade complexa que envolve dimensões psicológicas, éticas, sociais, demográficas, clínicas, técnicas, comunitárias, ultrapassando a mera assistência a alguém que exige cuidados (Sousa, Figueiredo, Cerqueira, 2004).

A prestação informal de cuidados é na maioria das situações exercida por famílias, onde um determinado membro da família cuida de outro membro da família. Esta actividade pode ser dividida em dois tipos: actividades instrumentais (transporte, tarefas domésticas, gestão financeira, actividades de lazer, etc.) e actividades pessoais (vestir, higiene pessoal, alimentação, etc.). Apesar desta subdivisão lógica, normalmente, apenas as actividades de índole pessoal é que são encaradas como uma verdadeira prestação de cuidados, pois, tradicionalmente estas actividades envolvem actos que vão para além das “normais” responsabilidades familiares (Shulz e Quittner, 1998, cit. *in* Sousa, Figueiredo, Cerqueira, 2004). A esta divisão dos tipos de actividades prestadas pelos cuidadores informais vai também estar associado os diferentes tipos de cuidadores e o grau de envolvimento que assumem (Stone, Cafferata e Sangl, 1987 cit. *in* Sousa, Figueiredo, Cerqueira, 2004). Desta forma, o cuidador primário ou principal será aquele que assume normalmente as actividades pessoais ou de rotina. Os cuidadores secundários, estarão mais associados a actividades instrumentais ou complementares. Devemos aqui acrescentar que a prestação de cuidados informais à pessoa idosa é uma actividade que raramente é partilhada e quase sempre assumida pela família que escolhe um cuidador principal que prestará a grande maioria dos cuidados. Esta escolha é efectuada de uma forma natural e tem em conta determinadas características que vão ser preponderantes na escolha, e que em seguida apresentaremos.

3.1.3.1. Sexo e Idade

O acto do cuidar recai tradicionalmente sobre o elemento do sexo feminino mais próximo da pessoa que necessita dos cuidados. (Jani-Le Bris, 1994; Chappell e

Litkenhaus, 1995; Salvage, 1995; NAC/AARP, 1997; Neal, Ingersoll-Dayron e Starrels, 1997; Ory e col., 1999; Tennstedt, 1999; Michelson e Teppermanm, 2000, cit. *in* Figueiredo, 2007). Este fenómeno poderá ser explicado e compreendido através dos “modelos de divisão do trabalho familiar” que coloca a tarefa de cuidar como mais uma tarefa doméstica, à semelhança de todas as outras, existindo quatro hipóteses interpretativas deste facto (Finley, 1989, cit. *in* Martin, 2005):

- A “hipótese de disponibilidade de tempo”, que refere que os elemento do sexo masculino têm menos disponibilidades, visto que têm uma actividade laboral fora de casa;

- A “hipótese da socialização ideológica”, que afirma que a responsabilidade feminina deriva de um factor de aculturação e de definição de papéis sociais;

- A “hipótese dos recursos externos”, que defende que as tarefas domésticas são distribuídas de acordo com os recursos financeiros ou educacionais, ou seja, os elementos com mais recursos têm mais poder sobre os outros, logo maior capacidade negocial;

- A “hipótese de especialização por tarefas”, sugere que tradicionalmente no papel do homem e da mulher se associam diferentes papéis e diferentes tarefas. Aos homens estão associadas tarefas que requerem mais força e que se exercem fora do ambiente doméstico e às mulheres estão destinadas as tarefas domésticas nas quais se incluem os cuidados a pessoas idosas, crianças, etc.

Contudo, a família tradicional está em mutação e, assistimos hoje, a um processo de descaracterização familiar. Este fenómeno é causado, essencialmente, pela alteração do papel da mulher na sociedade, e pelos papéis que ela hoje desempenha (Fernandes, 1997). Hoje, apesar de as mulheres continuarem a vivenciar experiências profissionais precárias, existe um número crescente de mulheres com carreiras profissionais de sucesso, situação que limita o tempo que estas têm para cuidar das pessoas idosas que exigem cuidados prolongados ou permanentes (Cardoso, 2001; Sousa, Figueiredo, Cerqueira, 2004). Para além deste facto, outros, como o aumento da taxa de divórcios

ou diminuição do número de filhos por agregado familiar, têm limitado as famílias no seu papel de cuidador informal, o que, aliado ao facto da família não ser reconhecida legalmente como cuidadora, vai dificultar à assunção deste papel com a qualidade exigida (Figueiredo, 2007).

Hoje, e apesar de ainda existir um grande predomínio do sexo feminino, é possível constatar que, cada vez mais, os homens também assumem esta tarefa, exercendo-a não só como cuidadores secundários, mas também como cuidadores principais (Barber, 1999 cit. *in* Cerqueira).

No que diz respeito à idade, várias pesquisas efectuadas, permitem-nos concluir que a faixa etária predominante dos cuidadores informais situa-se entre os 45 e os 60 anos de idade, sendo esta claramente influenciada pela pessoa que exige cuidados, existindo uma relação de proporcionalidade entre ambos.

3.1.3.2. Parentesco

O estudo apresentado pela NAC/AARP (1997) refere que os descendentes representam cerca de 52% dos cuidadores informais, e apenas 5% dos cuidadores são cônjuges.

Um outro estudo, refere que os descendentes representam cerca de 75% do universo dos cuidadores. Na inexistência de cônjuge, normalmente, é uma filha ou nora que assume a responsabilidade de cuidar. Em famílias, onde não existem descendentes do sexo feminino, será um filho a assumir essa responsabilidade partilhando e transferindo a mesma para a sua esposa. Os vizinhos apenas assumem esta responsabilidade perante a ausência ou inexistência de família, ou então, de uma forma complementar a esta (NCEA, 2002).

3.1.3.3. Estado Civil

De acordo com estudos realizados (Montorio, Yangués e Veiga, 1999 cit. *in* Figueiredo, 2007; Jani-Le Bris, 1994; Chappell e Litkenhaus, 1995) a maioria daqueles que prestam

cuidados informais à pessoa idosa são casados (cerca de 70 %), seguem-se os divorciados/ separados e solteiros, e em número menos significativo os viúvos. Um estudo elaborado pela NAC (1997), que compara dados de cuidadores informais em 1987 e em 1997, demonstra que, em 1987 o número de cuidadores casados era de 66% e que em 1997, este número baixou para 62%.

3.1.3.4. Proximidade Geográfica

Regra geral, os cuidadores vivem muito próximos da pessoa idosa, pois este factor facilita a prestação dos cuidados. Um estudo elaborado pela NAC/ AARP (1997) que envolveu 1509 inquiridos que prestavam cuidados informais revelou que cerca de 20% habitam na mesma casa e que cerca de 55% moram a menos de 20 minutos da habitação da pessoa que recebe os cuidados. A coabitação é mais frequente, como será óbvio, quando o cônjuge é o prestador de cuidados.

3.1.3.5. Emprego

Na União europeia e nos países nórdicos a acumulação de uma actividade profissional com a prestação de cuidados informais não é o modelo predominante. No entanto, a acumulação de ambas as tarefas não é rara (Jani-Le Bris, 1994). O relatório NAC/ AARP (1997) apresenta-nos uma realidade bem diferente na América do Norte. De acordo com este estudo, 64% dos prestadores de cuidados informais acumulam esta tarefa com uma actividade profissional remunerada, sendo que destes, 52% a tempo inteiro e 12% a tempo parcial. Este mesmo estudo refere que 16% estão em situação de reforma e os restantes 20% não têm outra ocupação remunerada.

Um outro estudo realizado no Canadá, (Chappel e Litkenhaus, 1995) no qual foram entrevistados 1614 cuidadores informais, refere que 52,2% acumula uma actividade remunerada com a prestação de cuidados e destes, 71,7% têm uma actividade profissional a tempo inteiro.

3.1.4. O Papel do Cuidador Informal

O desempenho da função de cuidador, elemento chave à manutenção da pessoa idosa no domicílio, (Garrett, 2005), pode assumir as mais variadas formas: orientação, vigilância, apoio e substituição (caso seja necessário) (Sequeira, 2007).

O papel do cuidador e as tarefas por si executadas é algo complexo devido ao número de funções por si desempenhadas, das quais Sequeira (2007) destaca as seguintes:

- Vigiar a saúde da pessoa idosa de forma continuada e assim poder efectuar de forma adequada a ligação entre estes e os serviços de saúde;
- Promover a autonomia e a independência da pessoa idosa;
- Promover a segurança no domicílio e no exterior;
- Adaptar o ambiente onde vive a pessoa idosa para evitar acidentes;
- Garantir um ambiente confortável e o descanso adequado;
- Promover o envolvimento de toda a família;
- Supervisionar toda a actividade da pessoa idosa;
- Promover a socialização da pessoa idosa tanto com a família como com os amigos e com vizinhos;
- Manter o envolvimento da pessoa idosa no seu meio pessoal, promovendo a sua participação em actividades religiosas, culturais, sociais, etc.;
- Estimular a ocupação do tempo da pessoa idosa;

- Estimular e/ou supervisionar a actividade física;

- Supervisionar, ajudar ou substituir (quando necessário) nas Actividades Básicas de Vida Diária (ABVD) e nas Actividades Instrumentais da Vida Diária (AIVD), como por exemplo: a higiene corporal, a mobilidade, a segurança, efectuar comprar, cozinhar, cuidar da habitação, etc.;

- Prestar todos os cuidados necessários dependendo do contexto específico em que se encontram;

- (...)

De acordo com Sequeira (2007), cuidar é nada mais do que a prestação de cuidados directos em contextos diferentes. Desta forma, ao nível das denominadas Actividades da Vida Diária (AVD), o autor identifica em 5 fases diferentes na prestação das mesmas – preocupação, supervisão, orientação, ajuda parcial e substituição, que passamos a descrever:

- A preocupação está presente quando existe a possibilidade da pessoa idosa não executar de forma correcta uma determinada tarefa implicando que dessa situação advenham consequências negativas para a sua saúde. Nesta situação, o cuidador tem a noção que as capacidades da pessoa idosa estão a deteriorar-se e que existe uma possibilidade de acidente.

- A supervisão surge quando o cuidador percebe que a pessoa idosa tem a probabilidade de não desempenhar correctamente uma determinada tarefa. Este tipo de “vigilância” surge como uma forma de preocupação de eventuais danos à integridade da pessoa idosa.

- A orientação, que implica perda de autonomia, consiste na indicação à pessoa idosa da forma mais correcta de executar determinada tarefa. Em muitos casos estas orientações são suficientes para manter e desenvolver as suas capacidades.

- A ajuda parcial exige a substituição, em parte, de uma dada tarefa. Apenas se deve recorrer a este tipo de apoio, quando os anteriores já não são suficientes. A ajuda complementar que deverá estimular a pessoa idosa de forma a manter as capacidades que ainda lhe restam.

- Finalmente, a substituição, deverá ser o último recurso. Este tipo de apoio deve ser utilizado quando existe uma total incapacidade por parte da pessoa idosa para desempenhar as suas tarefas, de forma a assegurar o máximo bem-estar possível.

Devemos ainda referir que, em algumas situações, os diferentes tipos de apoio referidos anteriormente podem ser utilizados em simultâneo, de acordo com a situação da pessoa idosa em questão.

Stephens (1990) cit. *in* Sequeira (2007), agrupa a necessidade de cuidados em quatro domínios diferentes: as ABVD (actividades primárias da pessoas, relacionadas com o autocuidado e que permitem a independência face a terceiros; nestas incluem-se: comer, higiene pessoal, vestir, andar, etc.); as AIVD (actividades que permitem que a pessoa se adapte ao meio envolvente e mantenha a sua independência nesse mesmo meio; estão relacionadas com o estado cognitivo e incluem actividades como: cozinhar, gerir dinheiro, utilizar meios de transporte, etc.); as necessidades de suporte emocional (conversar, conviver, manter laços afectivos, ...); e a necessidade de lidar com pressões de índole psicológico associadas ao cuidar.

Desta forma o desempenho do cuidador informal vai depender dos seguintes factores:

- O tipo e frequência da necessidade de cuidados aos mais diversos níveis (médico, funcional, cognitivo, psicomotor, etc.);

- O contexto no qual a pessoa idosa está inserida, atendendo às suas condições habitacionais, aos tipos de ajuda que recebe e que tem ao seu dispor, à capacidade financeira que tem, etc.;

- O contexto no qual o cuidador está inserido, tendo em consideração a sua saúde física, disponibilidade para a função, sensibilidade, condições psicológicas, etc..

A necessidade de cuidar de uma pessoa idosa dependente, na maioria das situações, surge de forma inesperada não permitindo ao cuidador qualquer tipo de preparação, pelo que, seria útil que o cuidador informal pudesse contar com o apoio de um profissional para que ele tenha a oportunidade de melhorar o seu desempenho. Esta interacção irá permitir que ambos (cuidador informal e cuidador profissional) desenvolvam um plano de acção concertado de forma a obter os melhores resultados possíveis (Melo, 2005; Sotto Mayor e col., 2006).

Desta forma, torna-se imperioso que o cuidador, à semelhança da pessoa idosa, também seja considerado um elemento prioritário da intervenção dos cuidadores profissionais, elaborando um diagnóstico que permita avaliar as reais necessidades do cuidador informal. A interacção entre cuidadores será um factor facilitador do sucesso da intervenção junto da pessoa idosa, contribuir para um bem-estar desta (Sequeira, 2007).

3.1.5. Tipologia das Tarefas Desempenhadas pelo Cuidador Informal

A dependência da pessoa idosa não é específica de nenhuma patologia ou condição física, é algo que condiciona o desenvolvimento e declara o início do declínio do indivíduo (Charazac, 2004). Nos nossos dias, o conceito de dependência surge associado a um modelo social, que inclui os cuidadores informais, e que tem vindo adoptar medidas de protecção às pessoas que precisam de ajuda, não só nas actividades básicas de vida diária, mas também na satisfação de outras necessidades (Quaresma, 2004).

Os estudos existentes sobre a prestação informal de cuidados têm dividido esta tarefa em dois grandes tipos: actividades básicas (higiene pessoal, alimentação, vestir, etc.) e actividades instrumentais (transportes, compras, gestão financeira, administração de medicamentos, etc.). No entanto, tem-se considerado esta conceptualização demasiado redutora e distante do que se passa na realidade (Figueiredo, 2007).

Horowitz (1985) cit. *in* Figueiredo (2007), dividiu os cuidados familiares em quatro categorias diferentes: “serviços directos, apoio emocional, mediação com organizações e apoio financeiro”.

James (1992) cit. *in* Sousa, Figueiredo, Cerqueira (2004), apresenta-nos três categorias de prestação informal de cuidados: trabalho físico, trabalho emocional e trabalho de gestão e organização.

Um outro autor, Bowers (1987) cit. *in* Figueiredo (2007), define cinco categorias de cuidados: os antecipatórios, situação na qual o apoio do potencial cuidador ainda não foi exigido, mas, este antevê essa situação e toma as devidas medidas; os preventivos, onde à semelhança dos anteriores são tomadas medidas prévias que visam evitar consequências, como uma doença, e para isso, por exemplo, o cuidador tem cuidados com a alimentação ou com a medicação da pessoa idosa; os de supervisão, que exigem um envolvimento directo e activo na prestação de cuidados, é o denominado “olhar pelo idoso”; os instrumentais, relacionados com os cuidados directos à pessoa idosa, permitindo que esta execute todas as tarefas necessárias ao seu bem-estar e à manutenção da sua integridade física e mental; e finalmente, os protectores, cujo principal objectivo é manter a auto-estima, a identidade e o bem-estar emocional da pessoa idosa.

Sinclair *et. al.* (1990) cit. *in* Mendes, (1998), classifica cuidados informais em: práticos, que envolvem as necessidades básicas da pessoa idosa; de orientação externa, relacionados com o acompanhamento aos serviços, como por exemplo, ir a uma consulta médica; de informação e defesa de direitos, referentes ao apoio prestado perante as instituições; de supervisão, referido como a disponibilidade imediata para recorrer a uma emergência; de integração social, relacionado com as necessidades sociais e formais; de envolvimento afectivo, descrito como a forma pela qual os cuidados são prestados num clima de afecto; e finalmente, os confidenciais, que se referem a eventuais situações íntimas.

Devemos referir que a frequência e o tipo de cuidados são variados e dependem de inúmeros factores dinâmicos e que acontecem ao longo do tempo, introduzindo, de

forma constante, novos aspectos, tarefas e estados de espírito entre o cuidador e a pessoa idosa. Estes factores incluem, por exemplo o tipo de dependência (física ou mental) e o grau da mesma (baixa, moderada ou elevada), a proximidade física, a situação socioeconómica, o apoio recebido, o sexo do cuidador, etc. (Paúl, 1997).

3.2. Duração dos Cuidados

Normalmente a prestação dos cuidados informais a uma pessoa idosa é uma tarefa de longa duração (Figueiredo, 2007).

Le Bris (1994), conseguiu apurar que 40% a 50% das pessoas que prestam cuidados informais executam essa tarefa há cinco anos. Conseguiu apurar também que 26% dos britânicos prestavam cuidados há mais de cinco anos e menos de nove; e que um terço dos belgas executava esta tarefa há mais de seis anos e menos de 15 anos. Um outro estudo (Chappell e Litkenhaus, (1995)) constatou que no Canadá a média de anos dedicado à prestação de cuidados informais é de 7,7 e cerca de 22% dos cuidadores executam esta tarefa há mais de 10 anos.

No entanto, devemos ter em consideração que estes são valores médios e que nem sempre são exemplificativos da realidade, pois, apesar de ser possível datar o início da prestação de cuidados, jamais será possível prever o seu fim. Para além disso, os valores apresentados, não têm em consideração os períodos sucessivos ou parcialmente justapostos (Janis-Le Bris, 1994). Chappell e Litkenhaus (1995) fazem ainda referência a um fenómeno apelidado de “*serial caregiver*” (“cuidador em série”) em que o cuidador, normalmente as mulheres, cuidam de várias pessoas, em diferentes períodos, ao longo das suas vidas: inicialmente os filhos, mais tarde os pais e finalmente o cônjuge.

No que diz respeito ao número de horas que o cuidador despende com os cuidados informais, alguns estudos indiciam que cerca de 28% despende um máximo de 8 horas semanais; 21% de 9 a 20 horas/semana; 14% mais de 21 horas/semana; e cerca de 11% presta cuidados constantes ao receptor de cuidados (NAC/AARP (1997)).

3.3. O Impacto dos Cuidados Informais

3.3.1. O Impacto no Cuidador Informal

Embora o acto de prestar cuidados a um familiar idoso em situação de dependência possa ser considerado como uma tarefa extremamente gratificante e pessoalmente enriquecedora, é consensual que esta mesma tarefa tem impactos negativos (Sousa, Figueiredo, Cerqueira, 2004).

Nos últimos anos têm surgido estudos que visam avaliar o impacto negativo que a prestação de cuidados informais tem no cuidador, nomeadamente, nos domínios físico, psicológico e social (Figueiredo, 2007).

3.3.1.1. Impactos Negativos

3.3.1.1.1. A “Sobrecarga”

O termo “sobrecarga” (“*burden*”) é amplamente utilizado na literatura gerontológica para nos demonstrar e descrever os efeitos negativos que a prestação de cuidados tem no cuidador. No entanto, o seu significado não é consensual, pois, existe um leque enorme de variáveis que devemos ter em conta e que dependem de cada caso de prestação de cuidados (Borgermans, Nolan e Philp, (2001) cit. *in* Figueiredo (2007)).

Alguns autores descrevem “sobrecarga” como uma resposta psicossocial à situação de prestação de cuidados (Vitaliano, Scanlan e Zhang, (2003) cit. *in* Figueiredo (2007)), outros, referem que se trata de problemas físicos, psicológicos, emocionais, sociais e financeiros que podem ser experienciados pelos membros das famílias que cuidam de pessoas idosas incapacitadas (George e Gwyther (1986), cit. *in* Figueiredo (2007)).

O fenómeno da “sobrecarga” é também apresentado como um processo simultâneo de diminuição no bem-estar e aumento dos problemas de saúde e de deterioração física (Pearlin e col. (1990) cit. *in* Figueiredo (2007)). Existem também autores que fazem uma

descrição de “sobrecarga” referindo-se a esta como um fenómeno de stress multidimensional dos cuidadores.

Quando examinadas as consequências da prestação de cuidados informais, são-nos apresentadas duas dimensões distintas de “sobrecarga”: objectiva e subjectiva. A “sobrecarga” objectiva diz respeito a uma enfermidade e incapacidade física ou mental. Nesta situação a necessidade de cuidados depende da gravidade e do nível de dependência da pessoa idosa e ao impacto que esta situação vai ter na vida do cuidador. Na segunda situação, a “sobrecarga” subjectiva vai resultar, essencialmente, das atitudes e na capacidade de resposta do cuidador face à prestação de cuidados. Neste caso, a “sobrecarga” vai depender da forma como o cuidador percepção a sua situação e da forma como lida com a mesma (Kinsella e col, (1998), Borgermans, Nolan e Philp, (2001) cit. *in* Figueiredo 2007).

O facto de se analisar separadamente estas duas dimensões vai-nos permitir ter uma visão separada sobre as tarefas inerentes à prestação de cuidados informais e sobre a resposta emocional do cuidador a essa posição. Desta forma, vai ser possível compreender o motivo pelo qual existe uma enorme variedade de reacções à prestação de cuidados e porque motivo a assunção deste papel é tão díspar de indivíduo para indivíduo (Figueiredo 2007).

A “sobrecarga” para além de ser encarada como uma consequência directa da prestação de cuidados, tem também vindo a ser analisada como um fenómeno intermediário vaticinador de outras consequências como a depressão, os problemas físicos, os conflitos familiares, os problemas económicos, entre outros (Figueiredo, 2007).

3.3.1.1.2. Impactos na Saúde Física e Mental do Cuidador

A prestação de cuidados a uma pessoa idosa dependente pode ser uma tarefa física e psicologicamente extenuante. Apesar da maioria dos estudos efectuados incidir sobre o cuidador da pessoa idosa com demência, Tennstedt (1999) cit. *in* Figueiredo (2007), refere a necessidade de analisar separadamente os cuidadores informais de pessoas idosas com e sem demência. O tipo de dependência (física ou mental) e as necessidades

inerentes, são de tal forma díspares, que não podemos generalizar as consequências de uma situação à outra, ou seja, de uma pessoa idosa demente a um pessoa idosa sem demência e vice-versa.

Embora seja difícil estabelecer uma ligação directa entre um problema de saúde e a prestação de cuidados, a literatura é unânime que esta situação muito raramente tem consequências positivas sobre o estado de saúde do cuidador. Uma situação extremamente comum entre os cuidadores é o cansaço físico e o sentimento de deterioração do estado geral da sua saúde. Alguns estudos de investigação demonstram que, quando comparamos os estados de saúde de um indivíduo que presta cuidados a pessoas idosas, com um outro, com a mesma idade e em situação socioeconómica idêntica, que não executa essa tarefa, os primeiros percebem o seu estado de saúde como sendo pior (Thompson e Gallagher- Thompson, (1996) cit. *in* Figueiredo, 2007). Outros estudos referem que os cuidadores de pessoas idosas têm mais doenças crónicas e um estado de saúde global pior (Haley e col, (1996), cit. *in* Figueiredo, 2007). Pesquisas efectuadas demonstram que o sistema imunitário dos cuidadores se encontra mais debilitado o que o sistema imunitário dos não cuidadores (Kiecolt-Glaser e col, (1987); Parks, (2000), cit. *in* Figueiredo, (2007)). No entanto, quando analisamos o impacto da prestação de cuidados no cuidador há um factor fundamental que, obrigatoriamente, temos que ter em consideração: a idade. Como será obvio, quanto mais velho for o cuidador mais evidente serão os impactos físicos, pois o processo de envelhecimento vai ser também um factor de agravamento desses mesmos impactos negativos. Desta forma, é possível concluir que os impactos negativos vão ser mais severos nos cônjuges que prestam cuidados do que nos descendentes.

Para além dos problemas físicos, também a depressão e a ansiedade parecem ser dois problemas que, regra geral, afectam os cuidadores (Parks, (2000); Benjamim e Cluff (2001); Cohen e Eisdorfer (2001); cit. *in* Figueiredo (2007), NCEA, (2002)). Estudos revelam a presença de sintomas depressivos (desespero, frustração, tristeza, inquietação...) em cuidadores de pessoas idosas dependentes, estando estes sintomas associados à crescente dependência da pessoa idosa e conseqüente redução do tempo livre do cuidador. Também comuns são os sentimentos de culpa por existir alguma saturação na prestação dos cuidados, por se pensar que não se faz tudo quanto era

possível, ou mesmo, por se desejar a morte da pessoa idosa (Anthony-Bergstone, Zarit e Gatz, (1988); Kinney e Stephens, (1989); Schulz e Williamson, (1991) cit. *in* Figueiredo, (2007) e Sousa, Figueiredo, Cerqueira (2004)).

3.3.1.1.3. Impactos na Actividade Profissional e Situação Financeira

A prestação de cuidados informais pode ser uma actividade desenvolvida a tempo inteiro, que ocupa o cuidador de forma intensiva, todavia, esta situação não é tão comum quando o cuidador da pessoa idosa é um filho adulto que, por norma, acumula com a actividade de cuidador uma outra actividade profissional (Sousa, Figueiredo, Cerqueira, 2004). Esta situação pode acarretar consequências positivas e negativas. Por um lado, pode ser positivo dado que a ocupação profissional, para além de ter benefícios de índole financeira, pode também constituir um escape à actividade de cuidador que, por si, pode ser rotineira e monótona. A actividade profissional constitui também uma oportunidade de convívio com outras pessoas para além daquelas que existem no agregado familiar. Por outro lado, esta acumulação de tarefas pode ter consequências negativas visto que a actividade profissional implica uma redução no tempo livre disponível e uma maior sobrecarga física e mental (Sousa, Figueiredo, Cerqueira, 2004).

Como será lógico, este impacto vai ser condicionado pelas condições profissionais do cuidador e na forma como estas interferem com a actividade de cuidar. Quanto maior for a necessidade de cuidados por parte da pessoa idosa maiores são as dificuldades de conciliação entre ambas as actividades (Figueiredo, 2007).

Conforme referido por José e Wall, (2004), num estudo sobre conciliação entre actividade profissional e prestação de cuidados informais a pessoa idosa dependente, o impacto de cuidar traduz-se, essencialmente, na necessidade de alterar o horário de trabalho (hora de almoço, de saída ou de entrada) e na perda gradual da concentração exigida para executar as tarefas profissionais, pois, existe uma constante preocupação com a pessoa idosa e com o seu bem-estar. Os cuidadores que têm actividade profissional a tempo inteiro registam o impacto mais notório, dado que os cuidados a prestar exigem que eles executem tarefas que, obrigatoriamente, vão interferir com a

actividade profissional (deixar o trabalho para acompanhar a pessoa idosa ao médico, necessidade de abandonar o trabalho de forma repentina, necessidade acrescida de faltar, mudanças de turnos, menor produtividade, diminuição do número efectivo de horas de trabalho, recusa de promoções e, até mesmo, o eventual abandono da actividade profissional, caso as necessidades da pessoa idosa a isso o obriguem) (Chappell e Litkenhaus, 1995).

Esta situação de abandono da actividade profissional, apesar de permitir que o cuidador tenha mais tempo disponível para a pessoa idosa dependente, pode ter consequências graves, pois, para além de se traduzir numa redução directa dos rendimentos do cuidador, implica também perda de estatuto social e de prestígio. Esta situação poderá acarretar graves consequências financeiras visto que, por um lado, a condição de dependência da pessoa idosa implica uma maior despesa, por outro lado, o abandono da actividade profissional reduz de forma drástica as receitas do agregado familiar (Figueiredo, 2007).

3.3.1.1.4. Impactos no Tempo Livre e Lazer

A prestação de cuidados informais a uma pessoa idosa dependente exige tempo e dedicação. O tempo livre existente é reduzido de forma drástica e o cuidador vê-se numa situação de quase exclusividade para com a pessoa idosa dependente. O cuidador, em muitas situações, deixa de ter tempo para si próprio, e, quando despende algum tempo consigo, frequentemente é assolado por um sentimento de culpa por ter deixado a pessoa idosa sem os seus cuidados.

A redução das actividades de lazer e de tempo livre, em especial as actividades de índole social, são uma consequência, da inexistência de uma rede de cuidados formais e informais, que, acumulado com as exigências de prestar cuidados em simultâneo, com a necessidade de manter uma actividade profissional, vão condicionar a vida do cuidador e limitar de forma substancial as suas actividades sociais.

3.3.1.2. Impactos Positivos no Cuidador Informal

A grande maioria da literatura existente e dos estudos realizados têm incidido no impacto negativo da prestação de cuidados informais a pessoas idosas. A centralização dos estudos na “sobrecarga” que a prestação de cuidados tem sobre o cuidador tem sido alvo de várias críticas, pois cria uma distorcida imagem sobre esta tarefa. A focalização exclusiva na “sobrecarga” não permite explicar as reais consequências da prestação de cuidados, pois exclui as consequências positivas que daí derivam, dado que, o cuidador encontra nesta sua tarefa, para além das adversidades, um enorme significado e extrema gratificação. Aliás, estudos recentes sugerem que as satisfações decorrentes da prestação de cuidados informais podem coexistir em simultâneo com as dificuldades (Nolan, Grant e Keady, 1996, 1998; Riedel, Fredman e Langenberg 1998 cit. *in* Figueiredo, 2007).

Desta forma, têm vindo a ser assinaladas diversas satisfações na prestação de cuidados informais a pessoas idosas, nomeadamente: a possibilidade de contribuir para a manutenção da dignidade da pessoa idosa; a possibilidade de contribuir para a felicidade e bem-estar da pessoa de quem se cuida; ter oportunidade de dar o seu melhor; poder expressar amor e carinho pela pessoa idosa; ter a possibilidade de evitar a institucionalização da pessoa idosa; e encarar a experiência de cuidar como uma tarefa enriquecedora e gratificante, capaz de desenvolver novos conhecimentos e competências (Nolan, Grant e Keady, 1996, 1998 cit. *in* Figueiredo 2007).

Para além destas gratificações de índole imaterial, existem também, possíveis vantagens económicas, futuras ou imediatas, que se revestem de grande importância (Jani-Le Bris, 1994). No que concerne às vantagens futuras, estas, normalmente, estão associadas a heranças ou doações, onde os cuidadores podem ser claramente e expressamente beneficiados. Quanto às vantagens económicas e imediatas, estas estão associadas a situações nas quais o cuidador depende da pessoa idosa, nomeadamente, quando este depende da pensão da pessoa idosa ou quando o cuidador reside e é alimentado de forma gratuita pela pessoa idosa (Figueiredo, 2007).

Todavia, é ainda escassa a informação e a literatura que aborda os impactos positivos que a função de cuidar tem no cuidador, sendo apontadas três explicações que justificam esta situação. Em primeiro lugar a tarefa de cuidar é quase sempre encarada sob uma perspectiva patológica onde o cuidador surge como uma vítima desprevenida, e, em muitos casos, sem condições para desempenhar esta função. Por outro lado, o cuidador é encarado como um indivíduo que tem como objectivo único proteger os familiares que necessitam de cuidados e ajudá-los a viver uma vida o mais independente possível dos cuidadores. Uma terceira explicação, está relacionada com o facto de que, historicamente, os cuidadores são encarados como receptores passivos de assistência social, e, desta forma, não se espera que estes manifestem as suas opiniões e sentimentos acerca da tarefa de prestar cuidados informais, ignorando assim as experiências quotidianas que os cuidadores vivenciam (Nolan, Grant e Keady, 1996, cit. in Figueiredo 2007).

3.3.1.3. Formas de Adaptação do Cuidador Informal

O impacto que o acto do cuidar vai surtir no cuidador informal, vai depender, sobretudo, na capacidade deste se adaptar a esta nova situação. Analisando os estudos existentes sobre esta matéria, constatamos facilmente que os cuidadores informais têm como suporte algum modelo de stress e/ou de estratégias de resolução de problemas, denominadas estratégias de “*coping*”.

A vivência familiar exige reajustamentos constantes e progressivos. Esta situação vai ser mais evidente quando existe uma situação de dependência de um ou mais elementos do agregado familiar, pois, cada elemento desse mesmo agregado influencia e é influenciado pelo mesmo (Serra, 1999).

Normalmente, a existência de um elemento dependente no agregado familiar vai constituir um agente gerador de stress nos restantes membros do agregado. No domínio da psicologia efectuou-se uma distinção entre “stressores” (causa, estímulo) e “stress” (efeito, resposta, consequência). Desta forma o “stressor” deve ser entendido como a fonte, ou seja, o acontecimento que vai despoletar o “Stress”, que devemos entender

como uma resposta do organismo a situações que são perspectivadas como prejudiciais (Pearlin, Liermann, Managhan e Mullan, 1981, cit. *in* Sequeira, 2007).

Há também que entender que o factor que determina o stress está directamente ligado com significado que lhe é atribuído (Lazarus e Folkman, 1984 cit. *in* Sequeira, 2007).

A literatura faz referência a dois tipos principais de “stressores”: os “stressores” primários e os “stressores” secundários. Os “stressores” primários estão directamente ligados com as funções de cuidar que envolvem as actividades diárias (dimensão objectiva) e com sentimentos e reacções emocionais ao acto de cuidar (dimensões subjectivas). No que diz respeito aos “stressores” secundários, estes são uma consequência dos primeiros, e, concretamente derivam dos conflitos decorrentes de cuidar, dos problemas económicos, sociais, etc. (Perlin et. Col, 1990, Cit. *in* Sequeira, 2007).

Em 1958 foi apresentado o primeiro “modelo de stress familiar”. Este modelo elaborado por Hill (Cit. *in* Sequeira, 2007) recebeu a denominação de ABCX, no qual:

- “A” corresponde ao factor ou acontecimento que induz o stress;
- “B” corresponde aos recursos do agregado familiar;
- “C” corresponde à percepção e significado que o agregado familiar atribui ao factor ou acontecimento “stressante”;
- “X” corresponde às consequências que derivam desta situação, que pode ser de crise caso o factor “stressante” seja grave (“A”), os recursos escassos (“B”) e a situação seja percebida como ameaçadora (“C”).

Desta forma, a capacidade de adaptação da família vai depender da interacção entre os agentes (A, B, C).

As estratégias de “*coping*” adoptadas estão dependentes da interacção entre os recursos existentes e das percepções, ou seja, das acções desenvolvidas para restabelecer o equilíbrio familiar.

McCubbin e Patterson (1982, cit. in Sequeira, 2007), referem que o stress resulta da incapacidade familiar em responder de forma adequada ao problema que lhe surge. Esta situação poderá despoletar em crise caso o agregado família seja incapaz ou esteja impossibilitado de mobilizar os recursos necessários para a resolução do problema e assim estabelecer o equilíbrio familiar.

O processo de resolução do problema é, habitualmente, denominado por “*coping*”. Em termos individuais, podemos entender o “*coping*” como qualquer resposta que tem como objectivo controlar e minimizar o stress (Pearling et Col, 1981 cit. in Sequeira, 2007). Em termos familiares, o “*coping*” é um processo mais complexo, visto que, as famílias têm especificidades próprias. Alguns autores definem o “*coping*” de âmbito familiar como uma tentativa de estabelecer o equilíbrio familiar, com o objectivo de manter e promover a unidade e permitir o desenvolvimento colectivo e individual dos membros do agregado familiar (McCubbin, Olson e Larsen 1971 cit. in Sequeira, 2007). Um outro autor (Shapiro, 1986 cit. in Sequeira, 2007), afirma que o “*coping*” é nada mais do que uma resposta ao acontecimento “stressante” que tem como objectivo minimizar o stress emocional. Neste processo assistimos a uma insistente procura de informação com o intuito de proporcionar a resposta mais adequada à situação.

Em 1983 McCubbin, Patterson e Wilson (cit. in Sequeira, 2007), desenvolveram um modelo teórico de stress familiar denominado de “Modelo de Ajustamento e Resposta Adaptativa da Família” (*The Family Adjustment and Adaptive Response*) que se baseia em quatro aspectos conceptuais: as exigências (*demands*); as potencialidades/capacidades (*capabilities*); os significados (*meanings*); e as consequências (*outcomes*) (Subtil, Fontes e Reval cit in Sequeira, 2007).

Neste modelo encontramos duas fases distintas: a fase de ajustamento e a fase de adaptação, sendo que a primeira antecede a crise e a segunda procede da mesma com o intuito de a resolver.

Na fase de ajustamento as famílias desenvolvem esforços no sentido de se moldar às mudanças entretanto surgidas, de forma a resolver o problema com estratégias que já detêm. No entanto, quando estas estratégias não são suficientes surge uma situação de desequilíbrio ou crise. Com o decurso da crise vão surgindo momentos de adaptação “positiva” ou “negativa”, nos quais os primeiros se caracterizam na aquisição de estratégias de “*coping*”, e os segundos, porque o equilíbrio não é atingido, assistimos, normalmente, à deterioração da saúde e do equilíbrio familiar. Este modelo defende que as famílias evoluem num ciclo contínuo de ajustamento – crise – adaptação, e tem tido inúmeras aplicações no plano da saúde, nomeadamente na prevenção primária, em episódios agudos de doença, em doença crónica e/ou deficiência e em problemas de dependência (Subtil e col. 1995).

Por outro lado, e no seguimento dos estudos sobre o stress familiar, McCubbin e Patterson ((1982) cit. *in* Sequeira, 2007), aprofundam o modelo de Hill desenvolvido em 1958, pois consideram que os postulados deste modelo, não são suficientes para explicar uma tão grande diversidade de comportamentos familiares no pós-crise, nomeadamente, na reorganização e na recuperação, pelo que propuseram o Modelo Duplo ABCX (Rice, 2000 cit. *in* Sequeira, 2007) no qual o:

- “A” constitui o acontecimento stressante (agente “stressor”) e pode incluir o problema de saúde e/ou o problema relacionado com a necessidade de prestar cuidados. As alterações do quotidiano familiar resultam destes dois factores;

- “B” refere-se aos recursos e estratégias da família (pessoais, sociais e institucionais) para a resolução do problema (“*coping*”). Nas estratégias de “*coping*” incluímos as formas de lidar com o problema, o significado atribuído à situação e as diferentes formas de lidar com os sintomas de stress (auto-relaxamento, actividades de lazer, actividades sociais, etc.);

- “C” está relacionado com a percepção e avaliação do problema, ou seja, como as dificuldades são percebidas e como estas são avaliadas enquanto agentes perturbadores do quotidiano familiar;

- “X” diz respeito ao impacto que o problema tem na família e no cuidador (morbilidade, saúde, bem-estar, etc.). Regra geral as repercussões do problema manifestam-se sobre a forma de “sobrecarga” (diminuição das actividades sociais, dificuldades económicas, alteração do relacionamento laboral e familiar, etc.).

Este é considerado um modelo duplo, porque considera que, ao stress causado pelo agente “stressor” (“A”), temos também que associar outras alterações que derivam de doenças crónicas originadas pelo envelhecimento que, acumuladas com o evento principal que provocou a dependência, vão agudizar o problema, pois adicionam problemas secundários ao problema principal (Sequeira, 2007).

Apesar da literatura dar especial ênfase aos aspectos negativos na vida da família/cuidador, é também possível verificar a existência de impactos positivos, na maioria das vezes, associados com a valorização do desempenho do cuidador (competências e habilidades), com benefícios relacionados com a possibilidade de crescimento pessoal e com a gratidão derivada pela possibilidade de cuidar de um familiar. Estes aspectos podem ter influência na diminuição dos impactos negativos causados pelos agentes “stressores”, e, conforme defendido por alguns autores, podem servir de “mediadores” nas estratégias de adaptação física e psicológica do cuidador, bem como, na resolução do problema.

A minimização das consequências negativas e a potencialização das consequências positivas, vão permitir ao cuidador aplicar estratégias de “*coping*” determinantes para as consequências derivadas do acto de cuidar (Ogden, 1999).

3.3.2. Impacto na Dinâmica Familiar

A família, em simultâneo com o trabalho, são as duas principais “instituições” a contribuir para o desenvolvimento do ser humano. Ambas têm vindo a sofrer drásticas alterações, causadas pelo envelhecimento da sociedade, que as condiciona, de várias e diversas formas (Royo, *cit. in* Ballesteros, 2004).

A prestação de cuidados informais a um familiar vai influenciar a rede de relações familiares e sociais do cuidador e, conseqüentemente, do seu agregado familiar. Estas alterações vão-se repercutir em diferentes aspectos da vida do cuidador: na relação com a pessoa idosa que recebe os cuidados, na sua relação conjugal e nas relações filiais, fraternais e extra familiares. A prestação de cuidados altera de tal forma a rotina diária do cuidador que toda a dinâmica familiar e social também sofre alterações, exigindo um sem número de reajustamentos, alterando relações de poder, dependência e intimidade.

A relação entre a pessoa idosa e o cuidador é justificada e suportada devido à vivência comum e às suas vivências individuais. Todavia, a prestação de cuidados vai alterar alguns aspectos na vida de ambos, exigindo reajustamentos da relação existente, pois, a situação de dependência criada exige uma nova forma de encarar e perceber a nova realidade, para o cuidador, para a pessoa idosa e para os restantes membros da família (Figueiredo, 2007).

A dependência vai assumir diferentes interpretações e diferentes conotações. Para a pessoa idosa implicou a perda da sua autonomia, traduzido na incapacidade de executar as suas tarefas diárias. Para o cuidador implicou a alteração da sua “agenda” diária, que agora tem que se ajustar às necessidades de outra pessoa. Esta relação complexa altera profundamente o relacionamento familiar, pois, as relações de poder existente vão também ser alteradas, especialmente em situações em que o cuidador é o cônjuge do sexo feminino, ou em situações filiais, quando os filhos, que em grande parte das suas vidas foram dependentes dos pais, agora, ao assumir a posição de cuidadores, invertem posições (Figueiredo, 2007).

Esta inversão de papéis e a criação de uma relação de dependência é um dos aspectos que mais afecta a pessoa idosa, visto que interfere numa esfera extremamente pessoal, interferindo mesmo com a sua intimidade. A relação de dependência criada vai resultar em alguns constrangimentos, pois, por parte do cuidador este terá que assumir tarefas de natureza íntima com um familiar dependente e por parte da pessoa idosa, esta perderá a sua privacidade (Mendes, 1998).

Quando o cuidador é o cônjuge esta situação é menos problemática, pois apenas haverá uma redefinição de um relacionamento íntimo prévio. Nas situações em que os cuidadores são os descendentes esta relação terá de ser construída. Esta situação é deveras complexa quando a relação se estabelece, por exemplo, entre pai e filha, pois, socialmente a exposição do corpo é vista de uma forma preconceituosa. A permissão para tocar em zonas íntimas, em especial os órgãos genitais, é algo constrangedor numa sociedade onde a sexualidade é vislumbrada de forma preconceituosa e onde os princípios morais vigentes condicionam o nosso comportamento. Mais complexo ainda, poderá ser quando um filho tem que prestar cuidados à mãe, pois tradicionalmente e socialmente uma mãe prefere ser cuidada por uma filha devido a um historial de relações de natureza íntima existente. No caso de ser uma filha a cuidar do pai, esta relação de tabu será atenuada, dado que o papel do cuidador, tradicionalmente, é imputado ao sexo feminino (Martín, 2005). Desta forma a exposição do corpo ao ser tocado pelo cônjuge é menos constrangedor do que por filha (ou noras) ou filhos (Figueiredo, 2007).

Em algumas circunstâncias existe uma total ruptura no relacionamento entre cuidador e pessoa idosa podendo mesmo surgir situações de abuso e maus-tratos que podem ir desde a violência física até a usurpação dos bens materiais da pessoa idosa. O abuso pode ser de índole física, emocional e material. Pode ainda existir uma situação de negligência, que pode ser intencional ou não intencional. Apesar de ser possível salientar que a origem dos maus-tratos tem, muitas das vezes, razões meramente económicas e materiais, existem também evidências que nos permitem concluir que esses maus-tratos podem ser consequência dos factores de stress a que os cuidadores estão sujeitos (NCEA, 2002). Assim, será possível verificar situações em que o risco de abuso e maus-tratos é superior quando o nível de cuidados prestado, em termos do número de horas diárias e número de anos de duração, é mais elevado, e quando a pessoa idosa dependente apresenta um maior grau de dependência (Coyne, Reichman e Berbig, (1993), cit. *in* Figueiredo, (2007)). No entanto, existem estudos que referem não existir qualquer relação entre os maus-tratos e os factores mencionados anteriormente (Pillemer e Sutor, (1992), cit. *in* Figueiredo (2007)).

Verifica-se também que a qualidade da relação prévia entre o cuidador e a pessoa idosa podem ser justificativas de actos de abuso ou maus-tratos por parte dos cuidadores, dado que um mau relacionamento anterior pode constituir um agravante como factor de stress. Ainda a este propósito, Nolan, Grant e Keady, (1996) cit. *in* Figueiredo, (2007), referem que apesar da tarefa de cuidar poder ser executado sem qualquer tipo de afeição entre cuidador e pessoa idosa, estes autores referem que a ausência de satisfação pode e deve ser encarada como um indicador de uma hipotética relação frágil e abusiva.

O facto da pessoa idosa ser retirada do seu domicílio e passar a residir na habitação do cuidador também pode constituir um factor de conflito, uma vez que, esta situação pode afectar os restantes membros do agregado familiar. Nesta situação poderão surgir conflitos conjugais, especialmente quando o cuidador principal é o elemento feminino do casal e a pessoa idosa dependente um dos seus pais (Jani-Le Bris, 1994). De facto, esta relação vai afectar todos os membros do agregado familiar e não só a relação entre cuidador e pessoa idosa. A investigação efectuada tem vindo a identificar diversas dimensões, deste conflito familiar, como por exemplo a falta de consenso familiar relativamente à gravidade da situação da pessoa idosa ou ao número de familiares que devem estar envolvidos na tarefa de prestar cuidados (Semple, 1992; Aneshensel e col. 1995, cit. *in* Figueiredo 2007).

Como já foi referido anteriormente, a situação de dependência da pessoa idosa não afecta única e exclusivamente esta, mas também todos os que a rodeiam e em especial a sua família. Inicialmente assistimos a uma redistribuição de tarefas por parte do agregado familiar e restante família, com a responsabilidade de cuidar a recair sobre todos. Brody et. Col. (1989) cit. *in* Figueiredo (2007, p.125, 126), reforça esta ideia, referindo que “a homeostase da família como um todo é afectada pelo distúrbio em qualquer uma das suas partes. Um familiar idoso incapacitado e a necessitar de apoio constitui esse distúrbio; cada elemento da família experiênciam as repercussões e mudanças que ocorrem no reequilíbrio de papéis e responsabilidades individuais”. Ou seja, é um fenómeno que não vai afectar apenas o cuidador principal, mas que vai afectar também, de forma transversal, todo o agregado familiar e toda a família.

Todavia, a investigação tem negligenciado um pouco o impacto que a prestação de cuidados tem em toda a família, centrando-se, sobretudo, no cuidador principal. Contudo, existem evidências empíricas de que toda a família é afectada pela incapacidade de um dos seus membros, e que todos sofrem de stress com este facto (Zarit, Reever e Bach – Peterson, (1980); Brody e col. (1989) cit. *in* Figueiredo, 2007). Os familiares mais próximos do cuidador primário serão, sem dúvida, os mais afectados, sentindo a falta de tempo e de atenção por parte do cuidador primário, agora mais ocupado com a pessoa idosa dependente; por outro lado os restantes membros da família poderão sentir-se afectados, meramente pela constatação de incapacidade da pessoa idosa, sentindo alguma tristeza crónica devido a esse facto ou até mesmo culpa (Amirkhanyan e Wolf, 2003; Brody e col, 1989, cit. *in* Figueiredo, 2007).

A prestação de cuidados informais a um familiar vai, sem qualquer dúvida, ter um impacto em toda a dinâmica familiar. Este impacto pode acontecer aos mais diversos níveis, nomeadamente na relação entre a pessoa idosa e o cuidador, na relação conjugal do cuidador, nas relações filiais, fraternais e até, mesmo nas relações extra-familiares. São extremamente raras as situações em que a prestação de cuidados informais não afecta de alguma forma, a rede de relações do cuidador, pois, o acto de cuidar, e a rotina a que este obriga condicionam as rotinas e dinâmicas familiares anteriores.

3.3.3. Impacto no Receptor de Cuidados Informais

Apesar da investigação existente incidir, quase exclusivamente, sobre os cuidadores, olvidando a percepção e opinião da pessoa idosa dependente acerca dos cuidados recebido, existem hoje algumas evidências sobre os benefícios e potenciais malefícios que a recepção de cuidados pode ter na pessoa idosa dependente. Estes estudos, embora escassos, permitem-nos concluir que as reacções negativas aos cuidados recebidos não são raras, e por vezes, o seu impacto pode ser nefasto. O apoio inadequado, os conselhos descabidos e o facto da pessoa idosa constituir uma “sobrecarga” para o cuidador, são alguns dos factores que contribuem para que o receptor de cuidados percepcione esta tarefa de uma forma negativa (Thomas, 1993; Newsom, 1999 cit. *in* Figueiredo, 2007).

Todavia, estas evidências não devem ser encaradas de uma forma generalizada, nem como desvalorizadoras do papel do cuidador informal, dado que, a maioria das pessoas idosas dependentes receptoras de cuidados informais manifestam uma grande satisfação e profunda gratidão pelos cuidados recebidos. Aliás, nos estudos existentes, cerca de metade dos participantes não refere qualquer reacção negativa aos cuidados recebidos (Newson, 1999 cit. *in* Figueiredo, 2007). Assim, será também importante que surjam estudos e investigações científicas que se centrem, não só nos aspectos negativos, mas também nos aspectos positivos que advêm da prestação de cuidados informais por parte do familiar.

Embora os estudos existentes, desenvolvidos por Chappell e Litkenhaus (1995) e pela NAC (1997), se centrem na realidade canadense e norte-americana, respectivamente, estes permitem transpor as suas conclusões para a realidade europeia devido à semelhança existente entre estas culturas, embora salvaguardando as devidas diferenças (Sousa, Figueiredo, Cerqueira 2004). Desta forma é possível delinear um perfil das pessoas que recebem cuidados informais por parte de um familiar que, tendencialmente, é alguém do sexo feminino, casado e com filhos. O facto das mulheres apresentarem uma maior longevidade, torna-as mais susceptíveis de sofrer de doenças crónicas incapacitantes (osteoporose, diabetes, artrite, incontinência, hipertensão, etc.) que as conduzem a situações de dependência. Por sua vez, os homens, são mais susceptíveis de padecer de doenças crónicas cardíacas, principal causa de morte no sexo masculino. No que diz respeito à faixa etária das pessoas que necessitam de cuidados, esta situa-se entre 67 e 77 anos de idade. Quanto ao grau de parentesco, a maioria das pessoas idosas dependentes são familiares próximos da pessoa que presta cuidados, sendo as relações mais comuns, a da esposa que cuida do seu marido e da filha que cuida da mãe (Chappell, 1995).

Na origem da prestação de cuidados está normalmente, uma multiplicidade de problemas de saúde de natureza crónica que se vão acumulando e que se manifestam e agravam quase em simultâneo. Como já foi referido, até ao momento, a esmagadora maioria dos estudos têm-se centrado no cuidador, negligenciando a percepção da pessoa idosa sobre qualidade dos serviços que recebe.

Newson (cit. in Sousa, Figueiredo, Cerqueira, 2004), num estudo efectuado em 1999, na qual efectuou uma pesquisa minuciosa na base de dados “*Psychoinfo*”, constatou que a palavra “*caregiver*” (cuidador) surge no título ou no resumo de 2687 artigos publicados, enquanto que, a expressão “*care recipient*” (receptor de cuidados) surge apenas em 66 artigos como foco de análise. Aliás, elaboramos uma pesquisa semelhante no motor de busca “*google.pt*” e constatamos resultados idênticos, tendo a expressão “*caregiver*” surgido em 7.140.000 páginas; e a expressão “*care recipient*” surgiu em apenas 68.000 páginas. Uma procura semelhante às expressões “*cuidador*” e “*receptor de cuidados*” produziu um resultado de 755.000 e 3.560 páginas, respectivamente.

Com isto, será fácil compreender a dificuldade existente em abordar e conhecer o impacto de receber cuidados informais. Contudo, existem estudos recentes que indiciam que cerca de 40% a 60% das pessoas idosas fisicamente dependentes reagem de forma negativa aos cuidados recebidos, reacção essa que pode conduzir a pessoa idosa a situações de depressão e baixa auto-estima (Newson, 1999 cit. in Sousa, Figueiredo, Cerqueira, 2004).

Dada a escassez de estudos existentes sobre esta temática, e dado que os estudos que existem quase que se centram única e exclusivamente nas consequências negativas que a prestação de cuidados tem sobre a pessoa idosa, qualquer análise sobre esta matéria deverá ser sempre interpretada “*cum grano salis*”.

Desta forma:

- O primeiro estudo a debruçar-se especificamente nas consequências e nas reacções da pessoa idosa à prestação de cuidados informais prestados por familiares foi elaborado em 1983 por Parmelle (cit. in Newson, 1999, cit. in (Sousa, Figueiredo, Cerqueira, 2004). Este estudo preocupou-se em comparar a percepção da pessoa idosa sobre os cuidados prestados pelos cônjuges e os cuidados prestados pelos filhos, tendo sido constatado pelo autor que as reacções negativas eram mais significativas nos cuidados conjugais do que nos cuidados filiais.

- Um outro estudo conduzido por Thomas em 1983 cit. *in* (Sousa, Figueiredo, Cerqueira, 2004), para avaliar os cuidados prestados pelos filhos constatou que as pessoas idosas dependentes deste tipo de cuidados relatam que esta ajuda é prestada de modo insatisfatório (35%); que os filhos lhes prestam conselhos insensatos (33%); e que estes se consideram uma “sobrecarga” para os filhos (32%).

- Em 1998 Newson et al (cit. *in* Newson 1999, cit. *in* (Sousa, Figueiredo, Cerqueira, 2004), conduziu em estudo com o objectivo de analisar algumas reacções cognitivas e emocionais à prestação de cuidados informais. O estudo envolveu 70 pessoas idosas receptoras de cuidados informais e conclui que 55% destes manifestavam algum tipo de desagrado no que concerne aos cuidados recebidos, numa ou mais actividades diárias. Este estudo também conclui que, tendenciosamente, as pessoas idosas que participaram no estudo demonstravam algum tipo de sentimento de dívida para com os cuidadores, bem como, um certo tipo de sentimento de culpa. As pessoas idosas envolvidas demonstram ainda preocupação sobre o estado de saúde do cuidador.

Um outro aspecto que tem vindo a merecer alguma atenção nos estudos conduzidos, em especial em relatos efectuados por cuidadores formais, que referem que, de uma forma generalizada, os cuidadores familiares tendem a adoptar uma postura substitutiva, uma vez que, com o intuito de ajudar a pessoa idosa, tendem a ajudar ou substituir esta em tarefas para as quais ela ainda tem capacidade total ou parcial para as executar. Esta situação pode ser evidenciada, por exemplo, quando a pessoa idosa ainda tem capacidade para se vestir sozinha, no entanto, o cuidador vai fazer por ela para evitar demoras ou quedas. Desta forma o cuidador gradualmente vai retirando à pessoa idosa a pouca autonomia que ainda lhe resta. Esta situação também se pode evidenciar quando a pessoa idosa executa algum tipo de tarefa que o cuidador não aprova, repreendendo-a por esta não ter solicitado a sua ajuda. Esta atitude por parte do cuidador vai conduzir uma prestação de cuidados para além do necessário, e, conseqüentemente, impedir a pessoa idosa de executar tarefas para as quais ainda tem capacidades, agravando, desta forma, a dependência da pessoa idosa (Sousa, Figueiredo, Cerqueira, 2004).

Apesar da escassez de estudos sobre o impacto da prestação de cuidados informais à pessoa idosa dependente, existem já algumas evidências que nos permitem concluir que

as reacções adversas a este tipo de cuidados não são raras, e que as suas consequências não são inócuas. Todavia é necessário ter em consideração que, apesar destas evidências, os cuidadores informais e os cuidados por eles prestados, não deverão ser colocados em questão ou desvalorizados. Aliás, os estudos existentes (Newson, 1995, cit. *in* Sousa, Figueiredo, Cerqueira, 2004), evidenciam que a maioria dos participantes reporta um enorme sentimento de gratidão para com os cuidadores informais, e, mais de metade não refere qualquer reacção negativa a estes cuidados.

Com isto, podemos concluir que é premente a condução de estudos sobre esta temática com especial enfoque nos aspectos positivos que advêm da prestação de cuidados informais a pessoas idosas dependentes.

Parte II

Estudo Empírico

Capítulo IV – Considerações Metodológicas e Técnicas

«O conhecimento pós-moderno, sendo total, não é determinístico, sendo local, não é descritivista. É um conhecimento sobre as condições de possibilidade. As condições de possibilidade da acção humana projectada no mundo a partir de um espaço-tempo local. Um conhecimento é relativamente imetódico, constitui-se a partir de uma pluralidade metodológica.» (Santos, 1989).

4.1. Os Métodos

Em todo e qualquer trabalho de investigação a metodologia adoptada vai constituir a base de toda a produção científica e de todos os resultados. Bravo (1992, p.20), define método como “um procedimento de actuação geral com base no conhecimento científico.” Desta forma, Bravo (1992, p.20), refere que método científico “consiste em formular questões sobre a realidade, o mundo e o ser humano, baseando-se em observações da realidade e teorias já existentes, em antecipar soluções para os problemas e contrastá-los com a mesma realidade, mediante a observação de casos, a classificação e sua análise”.

Para esta investigação científica adoptamos uma metodologia de carácter quantitativa, que pretende analisar a percepção que os cuidadores informais têm quanto aos cuidados que prestam à pessoa idosa e a percepção da pessoa idosa quanto aos cuidados que recebe do cuidador informal.

Assim, foi elaborada a seguinte pergunta de partida para o presente trabalho de investigação: **Qual a percepção que os cuidadores e a pessoa idosa têm sobre os cuidados informais?**

4.2. Objectivos

Segundo Marconi e Lakatos (1990, p. 22), “Toda a pesquisa deve ter um objectivo determinado para saber o que se vai procurar e o que se pretende alcançar.” Ander-Egg, (1978) *cit. in* Marconi e Lakatos (1990, p. 22), refere que toda a pesquisa deve partir “de um objectivo limitado e claramente definido, sejam estudos formulativos, descritivos ou de verificação de hipóteses”.

Desta forma, este estudo exploratório parte de uma situação problemática, na qual pretendemos caracterizar o impacto dos cuidados informais na pessoa idosa e no cuidador informal.

Mais especificamente, com esta investigação pretendemos:

- Caracterizar a satisfação da pessoa idosa e do cuidador informal relativamente aos cuidados;
- Caracterizar a pertinência dos conselhos prestados pelo cuidador;
- Caracterizar os efeitos da tarefa de cuidar no cuidador informal (“sobrecarga”);
- Caracterizar a adequação das tarefas / actividades executadas pelo cuidador informal à condição da pessoa idosa;
- Caracterizar a integração social da pessoa idosa;
- Caracterizar a relação entre a pessoa idosa e o cuidador informal.

4.3. As Técnicas Empíricas e o Trabalho de Campo

4.3.1. Instrumento

O presente estudo empírico foi realizado com o recurso à observação directa extensiva, através do inquérito por questionário. De acordo com Quivy e Campenhoudt (1998), o inquérito por questionário consiste na aplicação, a um determinado número de pessoas, de perguntas relacionadas com uma dada temática relativamente à sua situação socioprofissional, familiar, às suas opiniões, atitudes, referentes a escolhas ou matéria humanas e sociais, às suas expectativas, ao seu nível de informação ou de percepção de um facto ou de um problema, ou ainda, sobre qualquer outra matéria de importância para os investigadores e cientistas.

Desta forma, foram criados dois inquéritos por questionário. Um ministrado a cuidadores informais e outro a pessoas idosas receptoras de cuidados informais. Os questionários são ambos constituídos por três partes, sendo que na primeira pretendemos caracterizar os dados demográficos do inquirido, na segunda parte os factores situacionais e na última parte, avaliar o impacto dos cuidados informais na pessoa idosa. (Anexo I e II)

Importa referir que na primeira e na segunda parte de cada questionário as respostas às perguntas foram maioritariamente de escolha múltipla. A segunda parte do questionário, para cada resposta, foi utilizada uma escala de Lickert com um intervalo de 1 a 5, na qual: 1 = Muito; 2 = Bastante; 3 = Nem muito, nem pouco; 4 = Pouco; e 5 = Muito pouco.

Segundo Ander-Egg, (1978) *cit. in* Marconi e Lakatos (1990), a escala de Lickert é simples e permite obter uma classificação quantitativa das perguntas colocadas aos inquiridos permitindo calcular a resposta de cada um deles. Este autor, menciona ainda, que as respostas expostas dos inquiridos revelam um determinado ponto de vista favorável ou desfavorável à matéria que se quer investigar.

4.3.2. Recolha de Dados

Os inquéritos por questionário foram ministrados no período compreendido entre Julho e Agosto de 2008.

4.3.3. Amostra

4.3.3.1. Selecção e Recolha da Amostra

Adoptamos uma amostragem por conveniência, que, segundo Reis, et. al, (1997), baseia-se no pressuposto de uma maior disponibilidade e acessibilidade dos elementos que constituem a população alvo para responder ao inquérito. Assim sendo, a nossa amostra foi seleccionada tendo em conta a disponibilidade por parte das pessoas idosas e dos cuidadores informais em responderem aos inquéritos, uma vez que, estes foram ministrados no domicílio da pessoa idosa.

4.3.3.2. Caracterização da Amostra

A amostra deste estudo é composta por 80 indivíduos, divididos em dois grupos: um subgrupo composto por 40 cuidadores informais, responsáveis pela prestação de cuidados a pessoas idosas; e um segundo subgrupo composto por 40 pessoas idosas, beneficiárias do Complemento de Dependência, receptoras de cuidados informais e a residirem na freguesia da Madalena – Vila Nova de Gaia.

4.3.4. Análise dos Dados

A análise estatística foi realizada com recurso ao programa SPSS para Windows e foram utilizados métodos estatísticos descritos por diversos autores, nomeadamente, Wonnacott, Wonnacott, (1990). A análise é, essencialmente, descritiva e classificatória.

Capítulo V – Apresentação, Análise e Discussão dos Resultados

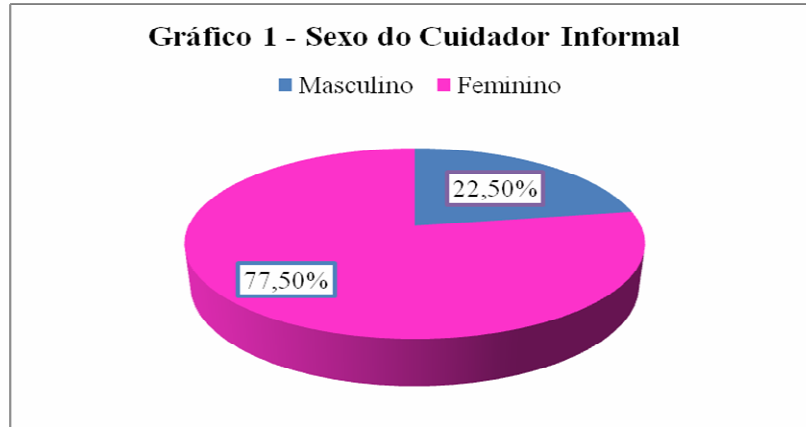
5.1. Apresentação e Análise dos Resultados

5.1.1. Descrição da Amostra

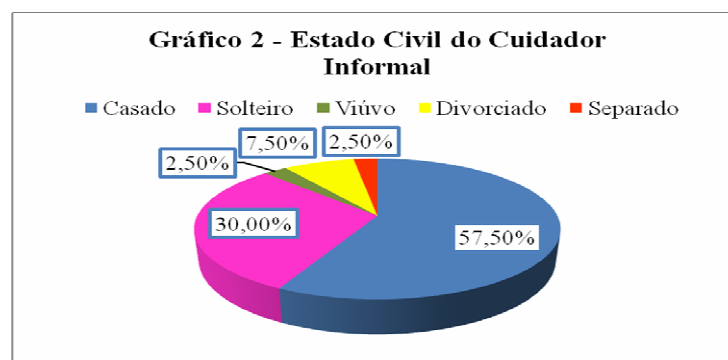
5.1.1.1. Cuidadores informais

5.1.1.1.1. Dados Sócio-demográficos

A amostra dos cuidadores é composta por 9 indivíduos do sexo masculino e 31 do sexo feminino, o que representa 22,5% e 77,5%, respectivamente (Gráfico 1). Os inquiridos apresentam uma média etária de 52 anos de idade. Devemos ter em consideração que a amostra representativa dos cuidadores informais está directamente interligada com a amostra das pessoas idosas, uma vez que, cada um dos cuidadores inquiridos cuida de uma das pessoas idosas da nossa amostra. Os dados emergentes, apresentam um domínio substancial dos cuidadores do sexo feminino, resultados já esperados pois, se tivermos em consideração estudos prévios, estes concluem que o acto de cuidar se exerce de forma predominante no feminino (INSERSO, 1995; Penrod e Col, 1995; Barbarro e Col, 2004; cit. *in* Sequeira 2007; Melo, 2005; Lage, 2005; Sotto Mayor e col, 2006). Contudo, constatamos também, que os cuidadores do sexo masculino apresentam valores significativos, que no nosso caso, afiguram quase $\frac{1}{4}$ da amostra (22,5%). Apesar dos “modelos de divisão do trabalho familiar” vigentes ainda classificarem o acto de cuidar como uma tarefa doméstica da responsabilidade da mulher (Finley, 1989, cit. *in* Martin, 2005), existe hoje, um número crescente de mulheres a assumir papéis fora do contexto doméstico, facto que limita o seu tempo (Sousa, Figueiredo, Cerqueira, 2004), condicionando, em determinadas situações, o homem a assumir a responsabilidade de cuidar, não só como cuidador secundário, mas também como cuidador principal (Barber, 1999 cit. *in* Cerqueira).

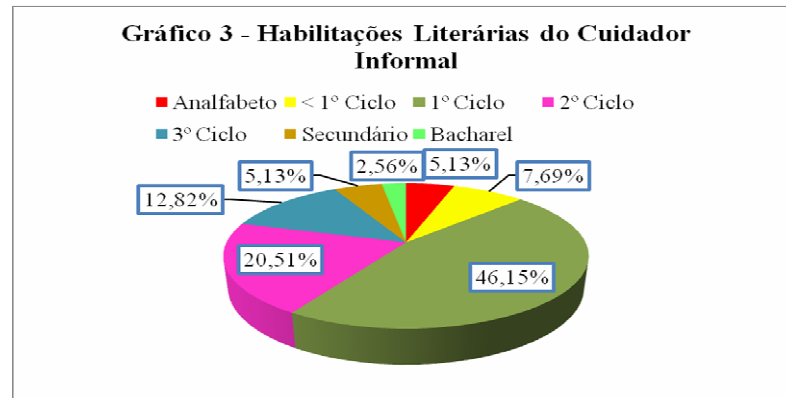


Quanto ao estado civil (Gráfico 2), têm maior representatividade os “casados”, com 57,5% da amostra, seguidos dos “solteiros” com 30% do total dos inquiridos. Os “divorciados” representam 7,5% dos inquiridos e os “viúvos” e os “separados” representam 5% (2,5% cada). Os valores decorrentes do nosso inquérito, apresentam um número de “casados” inferior àqueles apresentados noutros estudos (Montorio, Yangues e Veiga, 1999 cit. in Figueiredo, 2007; Jani-Le Bris, 1994; Chappell e Litkenhaus, 1995), onde o número de indivíduos nesta condição é mais significativo (70%). Se analisarmos o estudo comparativo da NAC (1997), que confronta dados de 1987 e 1997, podemos constatar que, neste estudo, o número de cuidadores casados diminuiu substancialmente de 1987 para 1997 (66% e 62% respectivamente), dados que nos podem evidenciar uma tendência demográfica e, desta forma, explicar os nossos resultados, abaixo dos 60%.

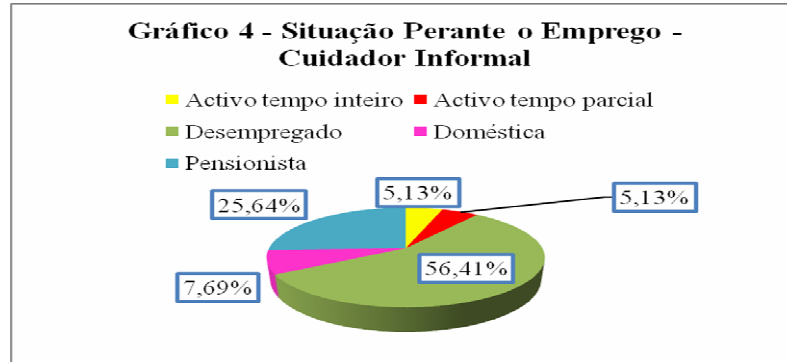


No que concerne às habilitações literárias (Gráfico 3), podemos constatar que grande maioria tem o 1.º Ciclo completo (46,2%), 20,5% tem o 2.º Ciclo e 12,8% tem o 3.º Ciclo. Dos restantes inquiridos, 7,7% têm menos do 1.º Ciclo e 5,1% são analfabetos. O

número de indivíduos com o nível secundário atinge, igualmente, uma taxa percentual de 5,1%. Finalmente, os bacharéis encontram-se representados em apenas 2,6% da amostra.

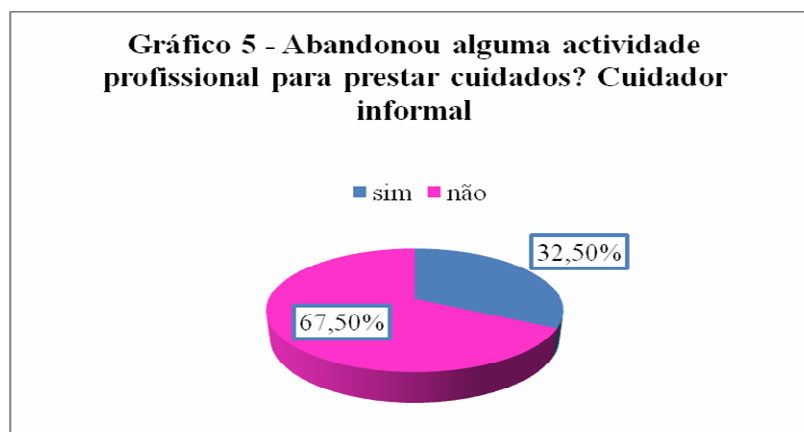


No que diz respeito à situação perante o emprego (Gráfico 4), é possível verificar que os desempregados e os pensionistas são os que obtêm uma maior representatividade, com 56,4% e 25,6% respectivamente. Seguem-se depois as domésticas, que representam 7,7% da amostra. Quanto aos activos a tempo inteiro e a tempo parcial, estes obtêm o mesmo valor, com apenas 5,1% cada, o que significa que, apenas 10,3% da amostra inquirida, ainda exerce uma actividade profissional. Este cenário, poderá ser demonstrativo da realidade do nosso país, onde a acumulação de uma actividade remunerada com a tarefa de cuidar não é usual. Realidade bem diferente é aquela existente nos Estados Unidos da América, onde, segundo estudos efectuados (NAC/AARP (1997)), cerca de 64% dos cuidadores informais exercem uma actividade profissional remunerada, e destes, cerca de 52% exerce, essa mesma actividade, a tempo inteiro. Também no Canada, verificamos que, cerca de 52,2% dos cuidadores informais, acumulam uma actividade remunerada com a prestação de cuidados (Chappel e Litkenhaus, 1995).

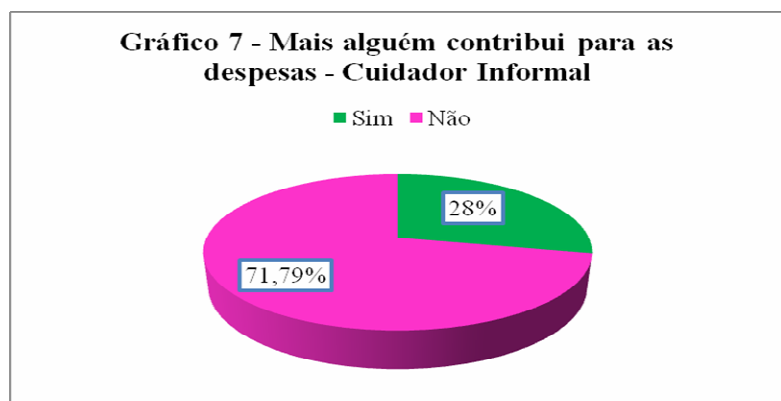
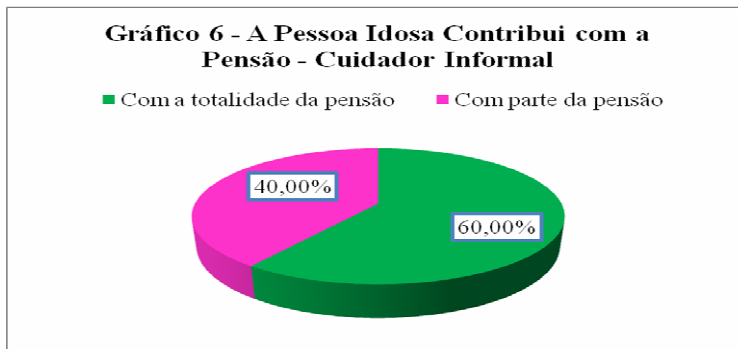


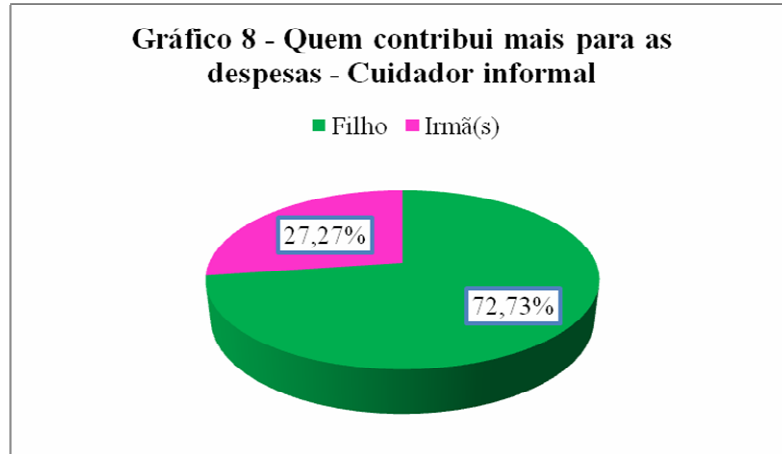
Analisando a profissão dos inquiridos, é possível constatar que existe uma variedade bastante alargada de ocupações profissionais. Assim, podemos verificar que 20,5% são “domésticas”; 12,8% são empregados de balcão; 10,3% trabalham em limpezas; 10,3% são empregados da construção civil; 7,7% são empregados de escritório; 7,7% refere que a sua profissão é “prestador de cuidados”. Com valores pouco significativos surgem os operários fabris, as costureiras, os metalúrgicos, os empregados de armazém, os ceramistas, os carpinteiros, as empregadas de cozinha, os repositores, e finalmente, os empregados de mesa.

Quando questionados sobre o facto de terem abandonado uma eventual actividade profissional para prestarem cuidados (Gráfico 5), 32,5% dos inquiridos respondeu de forma afirmativa, o que, segundo alguns autores, por um lado, pode ser significativo de uma implicação directa entre a prestação de cuidados e uma possível redução de rendimentos (Figueiredo, 2007), e por outro, demonstrativo que os cuidados condicionam o tempo livre do cuidador (Sousa, Figueiredo, Cerqueira, 2004).



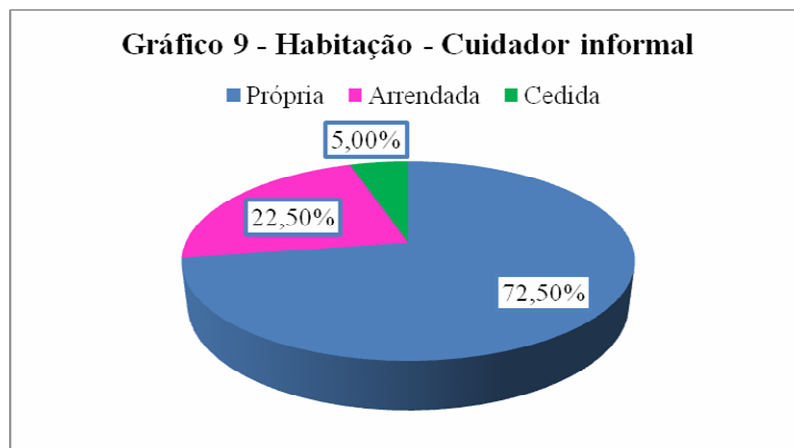
Os cuidadores informais foram ainda questionados relativamente à sua situação económica, onde procuramos apurar se a pessoa idosa contribui com a sua pensão para as despesas com os cuidados (Gráfico 6). Desta forma, foi possível atestar que todos eles contribuem com a sua pensão, sendo que, 60% das pessoas idosas contribuíam com a totalidade da sua reforma e 40% com apenas uma parte. Foi também possível verificar que, para além da pessoa idosa, em apenas 28,2% das situações, existe mais alguém que contribui economicamente para as despesas com os cuidados (Gráfico 7). Destes, 72,7% são filhos da pessoa idosa e 27,3% irmãos (Gráfico 8). Estes resultados são indicativos da preponderância que reforma da pessoa idosa pode assumir na economia familiar e nos cuidados prestados. Levet-Gautrat (1998) refere que, em muitas situações, a reforma da pessoa idosa pode o “ pilar” económico da família e aliviar o agregado familiar de possíveis encargos com os cuidados à pessoa idosa.

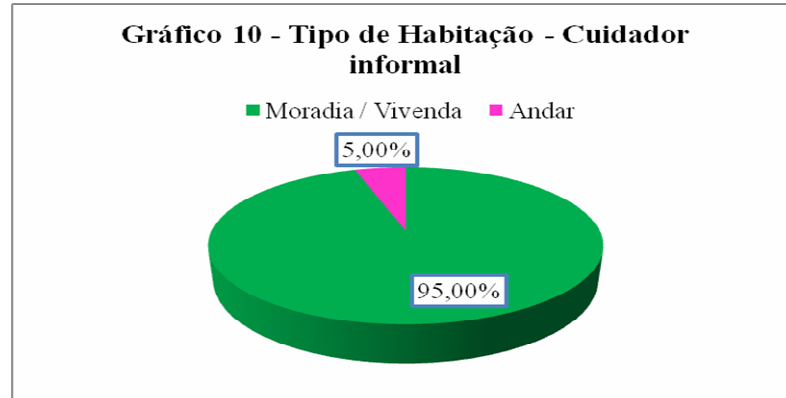




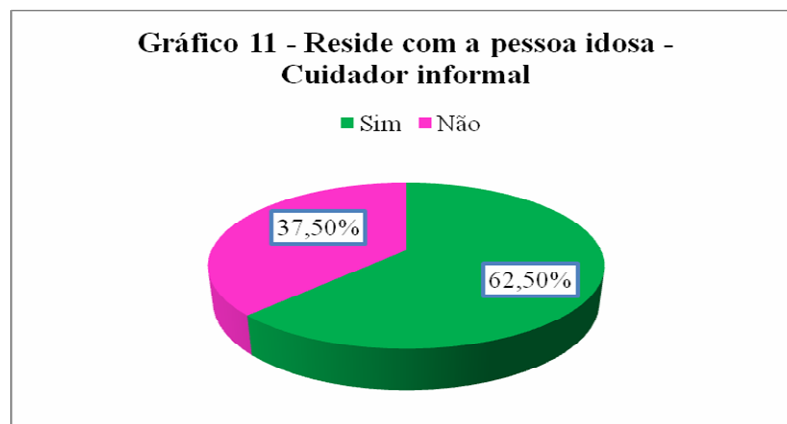
5.1.1.1.2. Factores Situacionais

Quando questionados sobre a habitação (Gráfico 9), 72,5% dos cuidadores informais responderam que a habitação onde residem é própria e 22,5% referem que a sua habitação é arrendada. Somente 5% responderam que a sua habitação era cedida. No que diz respeito à tipologia da habitação (Gráfico 10), foi possível apurar a grande maioria reside em Moradia / Vivenda (95%) e que apenas 5% reside em Apartamento.

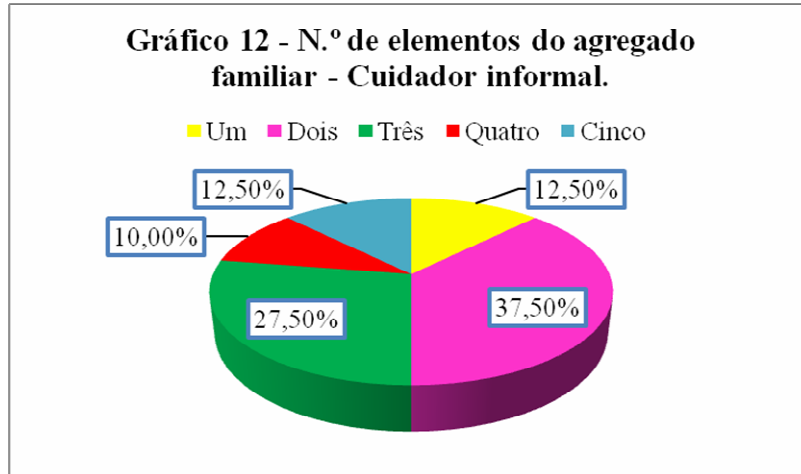




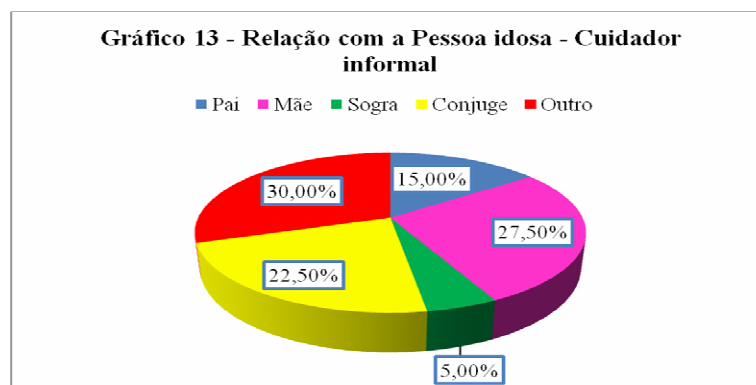
Foi ainda possível constatar que 62,5% dos cuidadores informais inquiridos residem com a pessoa idosa receptora de cuidados (Gráfico 11), dados extremamente divergentes de outros estudos (NAC/AARP (1997)), que demonstravam que apenas 20% dos cuidadores viviam em situação de co-residência com a pessoa idosa receptora de cuidados. Os dados emergentes do nosso estudo podem constituir um indício da existência de uma grande dependência socioeconómica entre cuidadores e pessoa idosa.



No que concerne à composição do agregado familiar dos cuidadores (Gráfico 12), é possível verificar que a maioria dos agregados é composta por dois elementos (37,5%); 27,5% são compostos por três elementos; 10% são constituídos por quatro elementos; e 12,5% são formados por cinco elementos. Dos cuidadores informais inquiridos, 12,5% residem sozinhos.



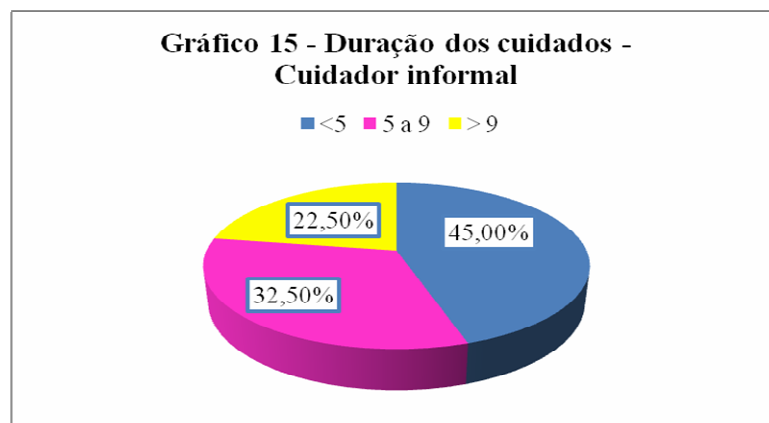
Os cuidadores informais foram também questionados relativamente ao grau de parentesco que mantêm com a pessoa idosa receptora dos cuidados (Gráfico 13). Assim, verificamos que a grande maioria cuida dos seus pais (42,5%), dos quais, 27,5% cuida da mãe e 15% cuida do pai. Em 22,5% das situações, os cuidadores informais inquiridos prestam cuidados ao cônjuge. Para além dos valores referidos, constatamos também que, apenas dois dos inquiridos (5%), referem que cuidam da sogra. Houve ainda 30% de inquiridos a responder outro grau de parentesco, dos quais destacamos, quatro inquiridos que cuidam de um tio e três a cuidar de um amigo ou conhecido. Estes resultados coincidem, parcialmente, com outros estudos, que apresentam percentagens de cuidadores descendentes na ordem dos 52% (NAC/AARP, 2007) e 75% (NCEA, 2002), mas diferem, quanto à percentagem de cônjuges a prestar cuidados, dado que os estudo da NAC/AARP apresenta um resultado de cerca de 5%, em contraste com os 22,5% de cuidadores cônjuges da nossa amostra.



Quando questionados sobre o número de horas que dedicam diariamente aos cuidados à pessoa idosa (Gráfico 14), a grande maioria dos inquiridos refere que despende mais de 8 horas diárias (67,5%). Apenas 15% refere que dedica entre 5 a 7 horas, e outros 15 % refere que despende entre 2 a 4 horas, e ainda, uns escassos 5% referem que não dedicam mais de 2 horas diárias aos cuidados. Estes resultados diferem bastante de outros estudos apresentados, que nos referem que, cerca de 28% dos cuidadores apenas despendem 8 horas semanais com os cuidados. Este mesmo estudo (NAC/AARP, 1997), menciona que 21% dos cuidadores despende de 9 a 20 horas/semana; 14% mais de 21 horas/semana; e, apenas cerca de 11%, presta cuidados constantes ao receptor de cuidados. De ressaltar que, a divergência dos nossos resultados, poderá ser explicada com as características da amostra seleccionada, composta por 40 pessoas idosas beneficiárias do Complemento de Dependência, pelo que, a sua situação de dependência exigirá dos cuidadores informais uma maior atenção.



Quanto à duração dos cuidados (Gráfico 15), os dados emergentes evidenciam que 45% dos inquiridos prestam cuidados há menos de 5 anos; 32,5% prestam cuidados entre 5 a 9 anos; e 22,5% há mais de 9 anos. Estes dados encontram-se em sintonia com outras referências literárias, nomeadamente com Le Bris (1994), que refere que 40% a 50% das pessoas que prestam cuidados informais executam essa tarefa há cinco anos. O mesmo autor, conseguiu apurar, também que, cerca 26% dos cuidadores informais britânicos, prestavam cuidados há mais de cinco anos e menos de nove.



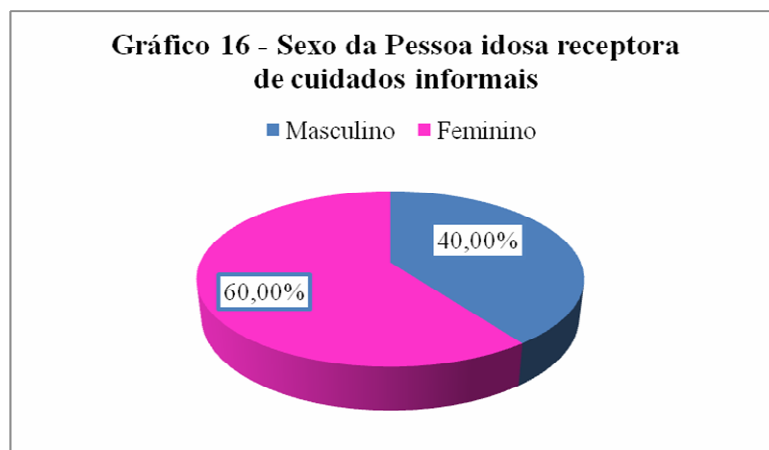
Dos inquiridos, apenas um (2,5%) refere que tem algum tipo de apoio institucional, nomeadamente, Apoio Domiciliário.

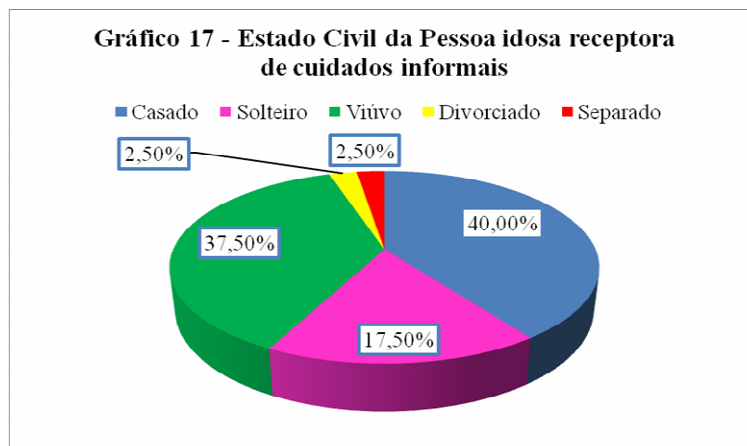
5.1.1.2. Pessoas idosas receptoras de cuidados informais

5.1.1.2.1. Dados sócio-demográficos

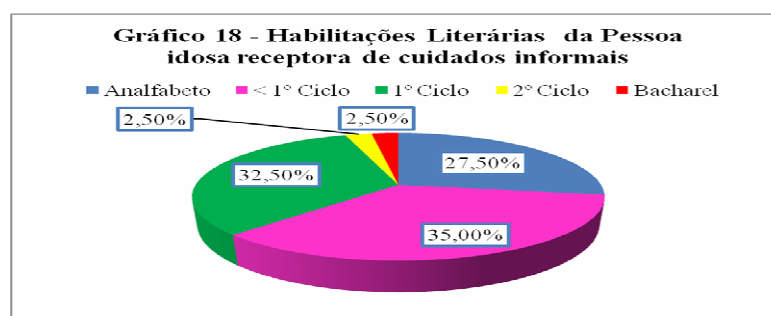
As pessoas idosas receptoras de cuidados informais encontram-se divididas em 16 indivíduos do sexo masculino, que representam 40% da amostra, e 24 indivíduos do sexo feminino, cuja representatividade é de 60% da amostra (Gráfico 16), com uma média etária de 72 anos. Estes dados são idênticos aos de outros estudos, que referem que a faixa etária das pessoas idosas receptoras de cuidados se situa entre os 67 e 77 anos de idade, e que na sua maioria, estes, são do sexo feminino (Chappel, 1995).

Da análise dos dados emergentes, verificamos que 40% dos respondentes estão “casados” e 37,5% viúvos. Os solteiros têm também, uma representação bastante expressiva, com um valor percentual de 17,5%. Apenas dois dos inquiridos (5%) se encontram “separados” ou “divorciados” (Gráfico 17). O facto da maioria dos inquiridos se encontrar casado, confirma também uma tendência existente noutros estudos (Chappel, 1995).





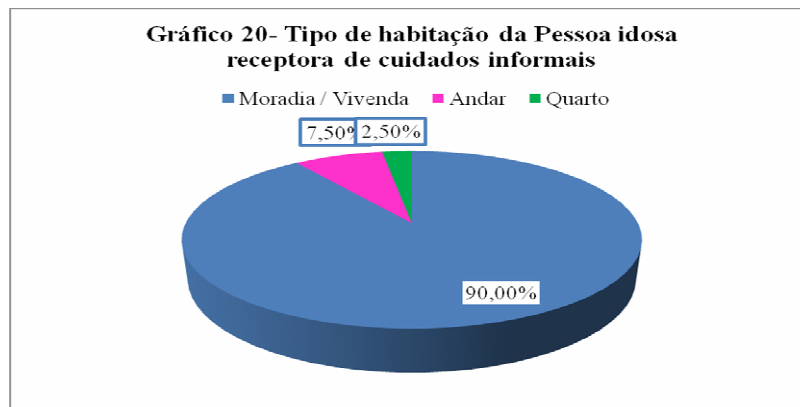
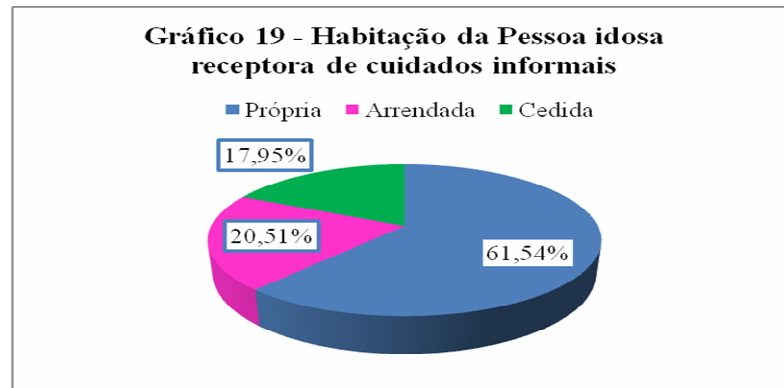
Quanto ao nível de habilitações literárias (Gráfico 18), é possível constatar que a grande maioria das pessoas idosas inquiridas tem menos do 1.º Ciclo (35%) ou apenas o 1.º Ciclo (32,5%). Temos ainda 27,5% de respondentes analfabetos e somente 2,5% tem o 2.º Ciclo. Existe um único inquirido bacharel (2,5%).



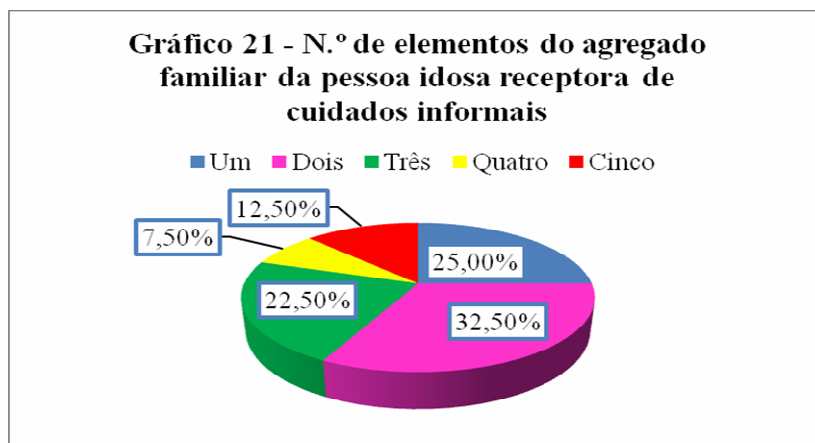
Relativamente à profissão das pessoas idosas, verificamos que na sua maioria existem domésticas (39,5%). Temos ainda os agricultores, que também atingem um valor percentual de destaque, com 15,8%. Com uma representatividade de 7,9% cada, temos os contínuos, os trabalhadores da construção civil, os empregados de armazém e os operários fabris. Finalmente, surgem outras profissões, como os empregados de balcão, os telefonistas, os ceramistas, os carpinteiros e os comerciantes, com uma representatividade pouco significativa (2,6% cada).

5.1.1.2.1. Factores Situacionais

No que concerne à situação habitacional (Gráfico 19), é possível constatar que 61,5% das pessoas idosas inquiridas reside em casa própria, 20,5% em casa arrendada e 17,9% em casa cedida. Destes, 90% reside em Moradia / Vivenda, 7,5% em apartamento e um inquirido (2,5%) reside num quarto (Gráfico 20).



Quanto ao número de elementos que compõem o agregado familiar da pessoa idosa (Gráfico 21), verificamos que na sua maioria, o agregado familiar é composto por duas pessoas (32,5%). O número de agregados familiares com três pessoas também atinge um valor significativo (22,5%) e constatamos que 25,5% das pessoas idosas residem sozinhas. Os agregados familiares com quatro e cinco pessoas atingem valores percentuais de 7,5% e 12,5%, respectivamente



5.1.2. Estudo do Impacto dos Cuidados Informais

5.1.2.1. Análise Estatística dos Dados

Para melhor compreender a análise estatística efectuada no presente trabalho, bem como a selecção dos instrumentos utilizados, devemos ter em consideração alguns factos que nos parecem deveras importantes. Assim, convém sublinhar que, em estatística descritiva, o desvio-padrão (DP) tem grandes limitações, porque, só pode ser expresso na mesma unidade dos dados em que foi calculado, limitando a sua utilização quando se deseja comparar duas ou mais séries de valores, expressas em unidades diferentes, relativamente à sua dispersão (variabilidade).

Devido às limitações demonstradas do DP, optamos também por recorrer coeficiente de variação (CV). Um estudo de coeficiente de variação de uma determinada variável é utilizado para comparar amostras com médias e desvios-padrão numericamente diferentes. Desse modo, pode-se verificar se duas amostras têm ou não os seus valores distribuídos do mesmo modo em torno de suas médias. A utilidade do CV é fornecer uma medida para a homogeneidade do conjunto de dados. Quanto menor o coeficiente de variação, mais homogéneo é o conjunto de dados. O CV pode ser bastante útil na comparação de duas variáveis ou dois grupos, que, a princípio, não são comparáveis, porque podem possuir ordens de grandeza (expressas em unidades) das variáveis diferentes (Pina, 2003).

Desta forma, procederemos à apresentação dos resultados obtidos e a uma análise estatística dos mesmos, tendo em consideração os objectivos inicialmente propostos. Será importante referir, novamente, que foi utilizada uma escala de Likert com um intervalo de 1 a 5, na qual: 1 = Muito; 2 = Bastante; 3 = Nem muito, nem pouco; 4 = Pouco; e 5 = Muito pouco.

Pergunta 1

Cuidador informal: Está satisfeito com os cuidados que presta?

Pessoa idosa receptora de cuidados informais: Está satisfeito com os cuidados que recebe?

Nesta questão, a média de respostas do receptor de cuidados (1,65) foi inferior à média de respostas do cuidador (1,93). Este facto, parece denotar que as pessoas idosas demonstram um maior grau de satisfação relativamente aos cuidados recebidos do que os cuidadores aos cuidados prestados. De qualquer forma, ambas as médias são bastante positivas, pelo que podemos concluir que a nossa amostra se encontra satisfeita com os cuidados. Resta referir, que o coeficiente de variação é mais baixo no cuidador (55%) do que no receptor (56%), o que traduz uma menor dispersão de respostas no cuidador, embora ambos os grupos tenham uma variabilidade elevada.

Tabela 1

	Média Cuidador	Média Receptor	Desvio Padrão Cuidador	Desvio Padrão Receptor
Pergunta 1	1,93	1,65	1,071	0,921
CV			55%	56%

Pergunta 2

Cuidador informal: Na sua opinião dá bons conselhos à pessoa idosa?

Pessoa idosa receptora de cuidados informais: Na sua opinião o seu cuidador dá-lhe bons conselhos?

Nesta questão, verificamos que os valores das médias se invertem ou pouco, dado que o cuidador apresenta uma média de 1,55 contra uma média de 1,78 do receptor de cuidados. Contudo, ambos os valores são baixos e mais próximos, situando-se num grau de satisfação elevado. Complementarmente, os coeficientes de variação são elevados, indicando um conjunto de dados pouco homogéneo, demonstrativos de alguma dispersão nas respostas. Na comparação das duas distribuições, conclui-se que, o grupo receptor de cuidados apresenta uma menor variabilidade nas respostas dadas.

Tabela 2

	Média Cuidador	Média Receptor	Desvio Padrão Cuidador	Desvio Padrão Receptor
Pergunta 2	1,55	1,78	0,876	0,891
CV			56%	50%

Pergunta 3

Cuidador informal: Estes conselhos são adequados à pessoa idosa?

Pessoa idosa receptora de cuidados informais: Estes conselhos são adequados à sua situação?

Nesta pergunta, na categoria do cuidador, registamos o valor mais baixo de todas as respostas (1,43), o que representa a questão na qual o cuidador demonstra o maior grau de satisfação. Quanto ao receptor, este não fica muito distante do valor registado pelo cuidador, com uma média de 1,60. Nesta questão, os desvios relativamente à média, atingem 42% e 49% desta, respectivamente, para os cuidadores e receptores. Conclui-se por isso, que o grau de satisfação é elevado para ambos os grupos em estudo, embora exista alguma variabilidade nas repostas obtidas.

Tabela 3

	Média Cuidador	Média Receptor	Desvio Padrão Cuidador	Desvio Padrão Receptor
Pergunta 3	1,43	1,60	0,594	0,778
CV			42%	49%

Pergunta 4

Cuidador informal: Considera que a pessoa idosa é uma “sobrecarga” para si?

Pessoa idosa receptora de cuidados informais: Considera que é uma “sobrecarga” para a pessoa que cuida de si?

Nesta questão, é possível constatar que as médias sobem ligeiramente, situando-se muito próximas dos 2 pontos (aliás, chegam mesmo a ultrapassar este valor da escala). A média do cuidador é de 1,85 e a do receptor de cuidados é de 2,13. Embora ambas as categorias registem valores próximos do “Bastante”, é de salientar que o valor médio do receptor é mais elevado do que aquele registado pelo cuidador. Quanto aos desvios padrão, devemos referir que no receptor se verifica um desvio de cerca de 1,42 pontos na escala, enquanto que, no cuidador se regista 1,15 pontos de dispersão. Os valores mais elevados de dispersão dos resultados, podem ser indicativos de presença de “outliers”, isto é, valores anómalos, nas respostas obtidas. Na comparação das duas distribuições, conclui-se que a variabilidade no grupo cuidador é menor do que no grupo receptor, porque os coeficientes de variação são 62% e 67%, respectivamente.

Tabela 4

	Média Cuidador	Média Receptor	Desvio Padrão Cuidador	Desvio Padrão Receptor
Pergunta 4	1,85	2,13	1,145	1,418
CV			62%	67%

Pergunta 5

Cuidador informal: Presta ajuda à pessoa idosa em actividades para além dos cuidados?

Pessoa idosa receptora de cuidados informais: O seu cuidador presta-lhe ajuda em actividades para além dos cuidados?

Nesta pergunta, é possível observar que os valores médios das respostas são muito aproximados. A média do receptor situa-se nos 1,48 pontos, ligeiramente abaixo dos 1,55 pontos do cuidador. O desvio padrão destes dois grupos é de 1,04 pontos para o cuidador e 0,78 para o receptor, o que denota menor dispersão de opiniões nas respostas destes últimos. Este facto é confirmado pelo valor do coeficiente de variação, 53% para o receptor e 67% para o cuidador. Pode então, afirmar-se que, relativamente à questão formulada, a percepção de ambos os grupos é muito próxima embora exista alguma

variabilidade dentro de cada grupo, sendo essa variabilidade superior no caso dos cuidadores.

Tabela 5

	Média Cuidador	Média Receptor	Desvio Padrão Cuidador	Desvio Padrão Receptor
Pergunta 5	1,55	1,48	1,037	0,784
CV			67%	53%

Pergunta 6

Cuidador informal: Quando a pessoa idosa tenta executar determinadas tarefas repreende-a e/ou critica-a?

Pessoa idosa receptora de cuidados informais: Quando tenta executar determinadas tarefas é repreendido e/ou criticado pelo seu cuidador?

Aqui é possível verificar que as médias são iguais (3,28), situando-se abaixo do ponto médio da escala – “Nem muito, nem pouco”, denotando que ambos os grupos são da opinião que existe alguma tendência para repreender ou criticar a pessoa idosa receptora de cuidados. Analisando os desvios padrão, podemos verificar que existe alguma dispersão nas respostas, registando-se valores de 1,32 pontos para os cuidadores e de 1,04 pontos para os receptores, o que nos permite concluir que, embora ambos tenham a mesma média, o receptor tem um maior número de respostas próximo do ponto 3 da escala. Esta conclusão é confirmada para os valores obtidos para o parâmetro coeficiente de variação, 32% e 40% respectivamente.

Tabela 6

	Média Cuidador	Média Receptor	Desvio Padrão Cuidador	Desvio Padrão Receptor
Pergunta 6	3,28	3,28	1,320	1,037
CV			40%	32%

Pergunta 7

Cuidador informal: Há coisas que faz à pessoa idosa que ela não gosta?

Pessoa idosa receptora de cuidados informais: Há coisas que o cuidador faz por si de que não gosta?

Nas respostas obtidas à pergunta 7, verificamos que o cuidador regista um valor de 3,35 pontos e o receptor um valor de 2,93 pontos. Podemos assim, concluir que, embora ambos os valores estejam próximos do ponto médio da escala “Nem muito, nem pouco”, no caso dos receptores, as respostas situam-se entre este ponto médio e o “Bastante”, e no caso dos cuidadores, as suas respostas situam-se entre o ponto médio e o “Pouco”. Quanto aos desvios padrão, estes atingem valores de 1,15 para o cuidador e 1,12 para o receptor de cuidados, pelo que ambos apresentam uma dispersão pouco significativa. Este facto é confirmado pelos valores das medidas de dispersão relativa, 34% e 40%, respectivamente.

Tabela 7

	Média Cuidador	Média Receptor	Desvio Padrão Cuidador	Desvio Padrão Receptor
Pergunta 7	3,35	2,93	1,145	1,118
CV			34%	40%

Pergunta 8

Cuidador informal: Há coisas que faz à pessoa idosa que ela gostaria de fazer sozinha?

Pessoa idosa receptora de cuidados informais: Há coisas que o cuidador faz por si e que gostaria de fazer sozinho?

Nesta questão, verificamos que o cuidador regista um valor muito próximo do ponto médio da escala, tendo obtido 2,90 pontos. O receptor, por sua vez, obteve uma média mais baixa, situando-se mais próximo do “Bastante”, com 2,58 pontos. Registamos em ambos, coeficientes de variação próximos, indicando um conjunto de dados

razoavelmente homogéneo. Pode afirmar-se que, no caso do cuidador, os desvios em relação à média atingem 37% do valor desta e no caso do receptor, atingem 43% do valor da média. Conclui-se, portanto, que no cuidador as respostas são menos dispersas que no receptor.

Tabela 8

	Média Cuidador	Média Receptor	Desvio Padrão Cuidador	Desvio Padrão Receptor
Pergunta 8	2,90	2,58	1,081	1,107
CV			37%	43%

Pergunta 9

Cuidador informal: Na sua opinião a pessoa idosa sente falta de companhia?

Pessoa idosa receptora de cuidados informais: Sente falta de companhia?

Os resultados a esta questão demonstram que o receptor de cuidados tem uma opinião ligeiramente diferente do cuidador, dado que, os primeiros apresentam respostas mais próximas do ponto médio da escala, com 3,65 pontos. Os cuidadores registam uma média de 4,10 pontos, já situada entre o “Pouco” e “Muito pouco”. Os desvios padrão apresentam valores pouco significativos. Pode afirmar-se que, no caso do cuidador, os desvios em relação à média atingem 21% do valor desta e no caso do receptor, atingem 28% do valor da média.

Tabela 9

	Média Cuidador	Média Receptor	Desvio Padrão Cuidador	Desvio Padrão Receptor
Pergunta 9	4,10	3,65	0,871	1,051
CV			21%	28%

Pergunta 10

Cuidador informal: Na sua opinião a pessoa idosa sente-se incompreendida por todos?

Pessoa idosa receptora de cuidados informais: Sente-se como se realmente ninguém o compreendesse?

Nesta questão, registamos valores médios muito próximos, com os cuidadores e os receptores de cuidados separados apenas por 0,05 pontos e acima do ponto 4 da escala (“Pouco”). As dispersões verificadas são também idênticas, com os cuidadores a registarem um coeficiente de variação de 22% e os receptores com um coeficiente de variação de 25%.

Tabela 10

	Média Cuidador	Média Receptor	Desvio Padrão Cuidador	Desvio Padrão Receptor
Pergunta 10	4,20	4,15	0,911	1,051
CV			22%	25%

Pergunta 11

Cuidador informal: Na sua opinião a pessoa idosa sente-se abandonada?

Pessoa idosa receptora de cuidados informais: Sente-se abandonado?

Também nesta questão vamos registar valores muito próximos, o que denota alguma consonância entre ambos os grupos inquiridos. Assim, verificamos que, tanto os cuidadores como os receptores, registam valores acima do ponto 4 da escala, com 4,38 e 4,43 respectivamente. De destacar o facto dos receptores de cuidados registarem um valor superior aos dos cuidadores, mais próximo do ponto máximo da escala (Muito pouco). Relativamente à dispersão dos resultados constata-se que ambos os grupos constituem um conjunto de dados razoavelmente homogéneo, isto é, pouco dispersos. Os valores dos coeficientes de variação, situam-se abaixo dos 20% e são valores extremamente próximos.

Tabela 11

	Média Cuidador	Média Receptor	Desvio Padrão Cuidador	Desvio Padrão Receptor
Pergunta 11	4,38	4,43	0,747	0,781
CV			17%	18%

Pergunta 12

Cuidador informal: Na sua opinião a pessoa idosa sente-se isolada das outras pessoas?

Pessoa idosa receptora de cuidados informais: Sente-se isolado das outras pessoas?

Mais uma vez, parece que existe alguma sintonia entre ambos os grupos. Aqui verificamos que os cuidadores atingiram uma média de 2,08 pontos e os receptores de cuidados de 2,25 pontos. Estes resultados demonstram que os cuidadores apresentam resultados mais próximos do “Muito” relativamente aos receptores. Os coeficientes de variação são de aproximadamente 47%, o que representa um desvio, relativamente à média, bastante similar, isto é, dispersões relativas semelhantes. No entanto, existe uma maior concentração de respostas nos receptores, pois apresentam um coeficiente de variação menor (46%).

Tabela 12

	Média Cuidador	Média Receptor	Desvio Padrão Cuidador	Desvio Padrão Receptor
Pergunta 12	2,08	2,25	0,984	1,04
CV			47%	46%

Pergunta 13

Cuidador informal: Como avalia a sua relação com a pessoa idosa?

Pessoa idosa receptora de cuidados informais: Como avalia a sua relação com o seu cuidador?

Nesta questão, foi utilizada uma escala com uma classificação diferente, em que: 1 = Muito Boa; 2 = Boa; 3 = Nem boa, nem má; 4 = Má; e 5 = Muito Má. As médias das respostas a esta questão são bastante baixas em ambos os grupos, o que nos permite concluir que a relação entre os cuidadores e os receptores de cuidados fica situada na escala entre o “Boa” e Muito Boa”, tendo os cuidadores registado uma média de 1,43 e os receptores de cuidados 1,58 pontos. Os valores encontrados para o coeficiente de variação, evidenciam a existência de alguma variabilidade nas respostas, embora a dispersão seja menor no grupo dos cuidadores

Tabela 13

	Média Cuidador	Média Receptor	Desvio Padrão Cuidador	Desvio Padrão Receptor
Pergunta 13	1,43	1,58	0,675	0,781
CV			47%	49%

Pergunta 14

Cuidador informal: Como classifica os cuidados que presta?

Pessoa idosa receptora de cuidados informais: Como classifica os cuidados que recebe?

À semelhança da questão anterior, aqui também foi utilizada uma classificação diferente em que: 1 = Muito Bons; 2 = Bons; 3 = Nem bons, nem maus; 4 = Maus; e 5 = Muito Maus. Nesta pergunta também, à semelhança da questão anterior, verificamos médias muito baixas, onde os cuidadores registam 1,28 pontos de média e os receptores de cuidados 1,45 pontos. Os valores dos coeficientes de variação denotam alguma concentração de respostas, registando valores próximos de 45%, sendo o grupo dos cuidadores o que apresenta menor variabilidade.

Tabela 14

	Média Cuidador	Média Receptor	Desvio Padrão Cuidador	Desvio Padrão Receptor
Pergunta 14	1,28	1,45	0,554	0,667
CV			43%	46%

Pergunta 15

Cuidador informal: Preferia que fossem outros a cuidar da pessoa idosa?

Pessoa idosa receptora de cuidados informais: Preferia que fossem outros a cuidar de si?

Nesta questão, mais uma vez, parece haver grande consonância entre os dois grupos de respondentes, com cuidadores e receptores de cuidados separados apenas por uma décima. Os valores elevados (4,2 para os cuidadores e 4,1 para os receptores) situam-se assim, entre o “Pouco” e “Muito Pouco”. Uma análise do coeficiente de variação, 29% e 33%, respectivamente para os grupos de cuidadores e receptores de cuidados, confirma dispersões relativas muito semelhantes em ambas as amostras em estudo. Pode afirmar-se, que ambos os grupos têm os seus valores distribuídos do mesmo modo em torno da média, constituindo, no entanto, o grupo “cuidador” constitui um conjunto de dados mais homogêneo.

Tabela 15

	Média Cuidador	Média Receptor	Desvio Padrão Cuidador	Desvio Padrão Receptor
Pergunta 15	4,20	4,10	1,224	1,355
CV			29%	33%

Pergunta 16

Cuidador informal: Considera que tem tempo livre?

Pessoa idosa receptora de cuidados informais: Considera que o seu cuidador tem tempo livre?

Nesta questão, vamos encontrar alguma divergência de opiniões entre cuidadores e receptores de cuidados. Enquanto que, os cuidadores apresentam uma média de 4,03 pontos, os receptores registam uma média de 3,68 pontos, ou seja, estes últimos

encontram-se mais próximos do ponto intermédio da escala. Assim, os cuidadores são da opinião que têm “Pouco” tempo livre (ponto 4 da escala). Os valores dos coeficientes de variação também são próximos, evidenciando alguma variabilidade nas respostas. Em ambas as distribuições, os desvios em relação à média, representam, aproximadamente, 30% do valor desta, sendo de denotar que no grupo dos cuidadores a dispersão é menor.

Tabela 16

	Média Cuidador	Média Receptor	Desvio Padrão Cuidador	Desvio Padrão Receptor
Pergunta 16	4,03	3,68	1,121	1,118
CV			28%	30%

Pergunta 17

Cuidador informal: Considera que a condição da pessoa idosa tem alguma influência sobre o seu tempo livre?

Pessoa idosa receptora de cuidados informais: Considera que a sua condição tem alguma influência sobre o tempo livre do seu cuidador?

Nesta pergunta, registamos valores situados em o “Muito” e “Muito pouco”, uma vez que os cuidadores obtiveram um média de 1,62 pontos e os receptores de cuidados 2,03 pontos de média. Verificamos também, que as respostas apresentam alguma dispersão, uma vez que o desvio padrão apresenta valores de 0,88 para os cuidadores e 0,95 para os receptores de cuidados, o que representa, em termos médios, uma variação de 54% e de 47% da média, respectivamente. Pode afirmar-se que ambos os grupos apresentam uma variabilidade idêntica, embora a dispersão dos resultados seja maior na amostra “cuidador”.

Tabela 17

	Média Cuidador	Média Receptor	Desvio Padrão Cuidador	Desvio Padrão Receptor
Pergunta 17	1,62	2,03	0,877	0,947
CV			54%	47%

Pergunta 18

Cuidador informal: Acha que devia dar mais atenção à pessoa idosa?

Pessoa idosa receptora de cuidados informais: Acha que o seu cuidador lhe devia dar mais atenção?

Verifica-se aqui uma ligeira diferença entre as respostas dadas pelos grupos, cuidador e receptor de cuidados. Enquanto os primeiros, registam uma média 4,15 pontos, situada acima de “Pouco”, os receptores de cuidados obtiveram uma média de 3,78 pontos, posicionada entre “Pouco” e “Nem muito, nem pouco”. Devemos também referir que existe uma maior dispersão nas respostas dos receptores de cuidados que registam um desvio padrão de 1,14 pontos, contra 0,98 pontos dos cuidadores. Os coeficientes de variação são iguais a 30% e 23% da média, respectivamente, o que confirma as constatações anteriores.

Tabela 18

	Média Cuidador	Média Receptor	Desvio Padrão Cuidador	Desvio Padrão Receptor
Pergunta 18	4,15	3,78	0,975	1,143
CV			23%	30%

Pergunta 19

Cuidador informal: A sua situação económica foi agravada com a prestação de cuidados à pessoa idosa?

Pessoa idosa receptora de cuidados informais: A sua situação agravou a situação económica do seu cuidador?

Nesta questão, os resultados dos cuidadores (3,10) e dos receptores de cuidados (3,48) estão relativamente próximos e situam-se no ponto médio da escala (“Nem muito, nem pouco”). Quando comparadas as distribuições em estudo, constata-se que, em termos

médios, os cuidadores apresentam uma maior dispersão, uma vez que têm um coeficiente de variação de 49% face a 40% dos receptores. Perante os valores encontrados, pode afirmar-se que não existe grande homogeneidade nos conjuntos de dados relativos a cada uma das amostras consideradas.

Tabela 19

	Média Cuidador	Média Receptor	Desvio Padrão Cuidador	Desvio Padrão Receptor
Pergunta 19	3,10	3,48	1,516	1,377
CV			49%	40%

Pergunta 20

Cuidador informal: Sente que a pessoa idosa tem uma dívida para consigo?

Pessoa idosa receptora de cuidados informais: Sente que tem uma dívida para com o seu cuidador?

Esta questão apresenta resultados relativamente díspares com o cuidadores a registarem uma média de 4,43 pontos, situada entre o “Pouco” e “Muito pouco” da escala. No que concerne aos receptores de cuidados, estes registaram 3,48 pontos de média, posicionando-se na escala entre “Nem muito, nem pouco” e o “Pouco”. Quanto à análise da dispersão, nesta pergunta, existe mais coerência de respostas nos cuidadores do que nos receptores de cuidados, uma vez que a dispersão relativa é de 24% contra 36%, respectivamente.

Tabela 20

	Média Cuidador	Média Receptor	Desvio Padrão Cuidador	Desvio Padrão Receptor
Pergunta 20	4,43	3,48	1,083	1,261
CV			24%	36%

Pergunta 21

Cuidador informal: Acha que tem obrigação de cuidar da pessoa idosa?

Pessoa idosa receptora de cuidados informais: Acha que o seu cuidador tem obrigação de cuidar de si?

Neste caso, ambos os grupos estão em consonância, com médias muito próximas entre o “Muito” e o “Bastante”. Os cuidadores apresentam resultados de 1,60 pontos com um desvio padrão de 1,08, contra 1,75 pontos e desvio padrão de 1,28, obtidos pelos receptores de cuidados. No caso dos cuidadores, em média, os desvios em relação à média atingem 67% do valor desta, e no grupo dos receptores é de 73%. Constatase que, em ambas as situações, existe uma elevada dispersão de respostas, sendo a variabilidade maior no caso dos receptores.

Tabela 21

	Média Cuidador	Média Receptor	Desvio Padrão Cuidador	Desvio Padrão Receptor
Pergunta 21	1,60	1,75	1,081	1,276
CV			68%	73%

5.2. Discussão dos resultados

1. Caracterização do nível satisfação da pessoa idosa e do cuidador informal relativamente aos cuidados

Um dos objectivos deste estudo é o de verificar até que ponto cuidador informal e pessoa idosa estão satisfeitos com os cuidados informais. Para atingir este nosso objectivo importa verificar a percepção da pessoa idosa relativamente aos cuidados recebidos e perceber, em que medida, o cuidador está satisfeito com os cuidados que presta. Desta forma, abordamos os inquiridos através de duas questões que vão de encontro dos nossos objectivos – Pergunta 1 e Pergunta 14.

N.º	Pergunta	Média C	Média R	DP C	DP R
1	Está satisfeito com os cuidados que presta? / Esta satisfeito com os cuidados que recebe?	1,93	1,65	1,071	0,921
14	Como classifica os cuidados que presta? / Como classifica os cuidados que recebe?	1,28	1,45	0,554	0,677
	Média	1,60	1,55		
	Desvio padrão			0,73	0,77
	Coefficiente de variação			46%	50%

Tabela 22

Na análise dos resultados obtidos constata-se que as respostas diferem um pouco. Assim, os cuidadores informais atingem uma média de 1,93 na Pergunta 1 e 1,28 na Pergunta 14, o que denota um resultado bastante mais positivo nesta última. A média da junção das duas perguntas (média das médias) é de 1,60 pontos, o que traduz um resultado positivo e localizado entre o “Muito” e o “Bastante”. Por sua vez, os receptores têm uma média mais aproximada nas duas questões, e também positiva, com 1,65 pontos na Pergunta 1 e 1,45 pontos na Pergunta 2. A média das duas questões é de 1,55 pontos, que se traduz num resultado inferior ao dos cuidadores, logo, mais próximo do “Muito”, ponto máximo da escala. Quanto às dispersões, verificamos que estas são maiores na Pergunta 1, em ambos os grupos, e que na sua junção, obtemos alguma dispersão de valores, com um coeficiente de variação de 46% nos cuidadores e 50% nos receptores dos cuidados.

Estes resultados demonstram claramente que cuidadores informais e as pessoas idosas receptoras dos cuidados avaliam os cuidados de uma forma muito positiva, demonstrando satisfação, que podemos entender como sinónimo de qualidade dos cuidados. Desta forma, os resultados do nosso estudo, vão ao encontro da opinião de diversos autores que referem que os receptores de cuidados, regra geral, manifestam uma grande satisfação pelos cuidados recebidos (Newson, 1999 cit. in Figueiredo, 2007). Aliás, existem estudos em que, mais de metade dos participantes não refere qualquer reacção negativa aos cuidados informais (Newson, 1999 cit. in Figueiredo, 2007). No que diz respeito aos cuidadores, os resultados emergentes parecem confirmar a opinião de alguns autores relativamente à satisfação do cuidador face aos cuidados prestados, pois, apesar da maioria dos estudos de centrarem nos impactos negativos da prestação de cuidados, existem estudos recentes que comprovam que os feitos negativos podem coexistir com inúmeras satisfações (Nolan, Grant e Keady, 1996, cit. in Figueiredo 2007).

2. Caracterização da pertinência dos conselhos prestados pelo cuidador

Da análise efectuada aos escassos estudos existentes sobre o impacto dos cuidados informais na pessoa idosa, um dos problemas identificados, prende-se com a opinião da pessoa idosa sobre a pertinência e adequação dos conselhos prestados pelos cuidadores (Thomas, 1993; Newsom, 1999 cit. in Figueiredo, 2007). Por este motivo, achamos que seria pertinente averiguar a percepção dos nossos inquiridos sobre esta matéria.

N.º	Pergunta	Média C	Média R	DP C	DP R
2	Na sua opinião dá bons conselhos à pessoa idosa? / Na sua opinião o seu cuidador dá-lhe bons conselhos?	1,55	1,78	0,88	0,89
3	Os conselhos são adequados situação da pessoa idosa? / Os conselhos são adequados à sua situação?	1,43	1,60	0,59	0,78
	Média	1,49	1,69		
	Desvio padrão			0,66	0,81
	Coefficiente de variação			44%	48%

Tabela 23

Analisando os dados emergentes, nestas questões, é possível verificar que as médias apresentam valores relativamente baixos, pelo que podemos concluir que, tanto os cuidadores informais, como as pessoas idosas receptoras de cuidados, consideram os conselhos pertinentes.

Assim, no grupo dos cuidadores, os valores registados são de 1,55 pontos e 1,43 pontos, para a Pergunta 2 e Pergunta 3, respectivamente, o que situa a média final nos 1,49 pontos, valor posicionado na escala entre a classificação “Muito” e “Bastante”. No que diz respeito aos receptores, as médias situam-se entre o 1,78 pontos (Pergunta 2) e 1,60 pontos (Pergunta 3). Também estes valores se posicionam entre os dois pontos mais elevados da escala. Na junção das duas questões os resultados apresentam um valor médio de 1,69 pontos, superior ao registado pelos receptores, mas ainda assim, valores que indiciam o reconhecimento de pertinência nos conselhos e nas opiniões dos cuidadores. Ambas as questões, em ambos os grupos, apresentam alguma dispersão nas respostas, com os coeficientes de variação a atingir valores médios de 44% e 48% das médias respectivas.

Um estudo conduzido por Thomas em 1983 cit. *in* (Sousa, Figueiredo, Cerqueira, 2004), para avaliar o impacto dos cuidados informais filiais, conclui que cerca de 1/3 das pessoas idosas participantes nesse estudo eram da opinião que os conselhos prestados pelos seus filhos eram imprudentes e desajustados à sua situação. Esta situação parece não se aplicar à nossa amostra que, apesar da existência de alguma dispersão entre os respondentes, de uma forma geral, cuidadores e receptores têm uma percepção positiva sobre os conselhos prestados e recebidos, respectivamente.

3. Caracterização dos efeitos de cuidar de um idoso no cuidador informal

Os efeitos negativos da prestação de cuidados informais, em especial a “sobrecarga”, fenómeno que engloba, de forma generalizada, todo um conjunto de factores adversos ao bem-estar do cuidador, são, sem qualquer dúvida, um dos principais problemas que derivam deste acto tão nobre. Desta forma, através deste grupo de questões, tentamos apurar a percepção que cuidador e receptor de cuidados têm sobre a “sobrecarga” nas suas diversas dimensões.

N.º	Pergunta	Média C	Média R	DP C	DP R
4	Considera que a pessoa idosa é uma sobrecarga para si? / Considera que é uma sobrecarga para a pessoa que cuida de si?	1,85	2,13	1,14	1,42
16	Considera que tem tempo livre? / Considera que o seu cuidador tem tempo livre?	4,03	3,68	1,12	1,12
17	Considera que a condição da pessoa idosa tem alguma influência sobre o seu tempo livre? / Considera que a sua condição tem alguma influência sobre o tempo livre do seu cuidador?	1,62	2,03	0,88	0,95
19	A sua situação económica foi agravada com a prestação de cuidados à pessoa idosa? / A sua situação agravou a situação económica do seu cuidador?	3,10	3,48	1,52	1,38
	Média (4, 17 e 19)	2,19	2,55		
	Média (global)	2,66	2,83		
	Desvio padrão			0,58	0,59
	Coefficiente de variação			22%	21%

Tabela 24

Como é possível constatar pela análise da tabela, podemos concluir que, tanto os cuidadores como os receptores dos cuidados, avaliam este grupo de questões de forma dispar e diversa. Aqui, deve-se também ter em atenção as escalas invertidas, uma vez que, nas questões 4, 17 e 19, os valores devem ser interpretados de forma inversa, ou seja, nestas questões, quanto mais próximo dos valores máximos da escala, mais positivos os resultados.

Assim, a avaliação do cuidador na Pergunta 4 pode ser considerada negativa, pois regista um valor médio de 1,85 pontos, posicionando-se acima de “Bastante”, logo, podemos concluir que os cuidadores consideram a pessoa idosa uma “sobrecarga”. Nesta questão, as pessoas idosas registam uma média de respostas um pouco superior, (2,13), o que traduz a sensação de que estes se consideram uma “sobrecarga” menor do que aquela considerada pelos cuidadores.

Na Pergunta 16, relativa ao tempo livre do cuidador, podemos verificar que estes são da opinião que têm pouco tempo livre, visto que a média de respostas atinge um valor de

4,03 pontos. Os receptores fazem uma avaliação ligeiramente diferente, com uma média de 3,68 pontos, inferior aos cuidadores, mas mesmo assim, próximo do ponto 4 da escala (Pouco). Quando questionados sobre a limitação do tempo do cuidador, devido à necessidade destes prestarem cuidados, os cuidadores registam uma média de 1,62 pontos, valor que podemos considerar negativo, pois encontra-se entre o limita “Muito” e o limita “Bastante”. Os receptores registam uma média de 2,03 pontos, muito próximo do ponto 2 da escala, o que traduz uma consciencialização por parte dos receptores de cuidados, de que estes condicionam “Bastante” o tempo dos cuidadores. A limitação do tempo livre do cuidador é considerada um dos principais impactos negativos que os cuidados podem surtir nos cuidadores. Esta actividade, normalmente, reduz de forma drástica o tempo do cuidador, que, em muitos casos, se dedica de forma exclusiva à pessoa idosa (Figueiredo, 2007). No caso do nosso estudo, e através dos dados recolhidos, constatamos que 67,5% dos nossos respondentes despendem mais de 8 horas diárias com os cuidados, este facto, terá, de forma óbvia, contribuído para os nossos resultados, que apontam para uma redução do tempo do cuidador informal, provocada pela necessidade de prestação de cuidados.

No que concerne ao agravamento da condição económica do cuidador, provocada pela necessidade deste prestar cuidados, ambos os respondentes registam respostas entre o “Nem muito, nem pouco” e o “Pouco”, com os cuidadores a registarem valores mais próximos do ponto médio (3,1). Quanto aos receptores de cuidados, estes registam uma média de 3,48 pontos. Destes dados, podemos concluir que, em termos médios, a necessidade de prestar cuidados, não alterou significativamente os rendimentos dos cuidadores. Esta situação, poderá ser explicada pelo facto de todos os receptores inquiridos contribuírem com a totalidade ou parte da sua pensão para as despesas com os cuidados informais, o que, de alguma maneira, poderá ter compensado uma possível perda de rendimentos, devido um eventual abandono de uma actividade profissional remunerada por parte do cuidador informal. Desta forma, a prestação de cuidados informais, citada por alguns autores, como condicionante do agravamento das condições económicas do cuidador (Figueiredo, 2007), parece não se aplicar, totalmente, à nossa amostra.

Em síntese, os resultados por nós obtidos, não podem, de forma alguma, descurar o problema da “sobrecarga”, e devemos analisá-lo de forma clara e inequívoca, nas suas

diversas dimensões (diminuição das actividades sociais, dificuldades económicas, alteração das relações laborais e familiares, etc.). Desta forma, e considerando os valores das perguntas 4, 17 e 19, questões com escalas invertidas, verificamos que as médias apuradas estão bastante próximas, com valores de 2,19 (cuidadores) e de 2,55 (receptores). Os valores dos receptores encontram-se mais próximos do “Bastante”, mas ambos posicionam-se entre este ponto da escala e o “Nem muito, nem pouco”, o que permite concluir que os efeitos negativos existem, mas não são tão significativos como inicialmente esperado. Contudo, é necessário ter em atenção que este valor médio foi atenuado com os resultados obtidos na Pergunta 19, muito próximo do ponto médio da escala, pois, caso contrário os resultados seriam diferentes.

Assim, os dados emergentes da nossa amostra parecem confirmar a quase unanimidade dos estudos efectuados que referem a sobrecarga como um dos principais problemas derivados da tarefa de cuidar. Este problema depende muito da percepção dos intervenientes e da forma como estes encaram o acto de cuidar, em especial os cuidadores, que muitas vezes se sentem sufocados com esta actividade (Kinsella e col, (1998), Borgermans, Nolan e Philp, (2001) cit. *in* Figueiredo 2007). Contudo, também os receptores têm uma clara percepção do problema, aliás, como é demonstrado pelos nossos dados, atestando os resultados de um outro estudo, o qual refere que 32% das pessoas idosas a receber cuidados se consideram uma “sobrecarga” para o seu cuidador (Thomas, 1983 (cit. *in* Sousa, Figueiredo, Cerqueira, 2004)).

Para concluir a análise deste ponto, gostaríamos apenas de acrescentar que, da análise do coeficiente de variação, verifica-se que existe pouca variabilidade de respostas, nos grupos estudados, confirmando, desta forma, todas as considerações enunciadas anteriormente.

4. Caracterização da adequação das tarefas/actividades executadas pelo cuidador face às necessidades da pessoa idosa

A prestação de cuidados e as diferentes funções assumidas pelo cuidador, constituem um factor fundamental para a manutenção da pessoa idosa no domicílio (Garrett, 2005). Estas funções que podem assumir as mais diversas formas – orientação, vigilância,

apoio ou substituição – devem-se adequar às reais necessidades da pessoa idosa, de forma a contribuir para o seu bem-estar (Sequeira, 2007). Assim, com este conjunto de questões, pretendemos caracterizar a adequação dos cuidados prestados à condição das pessoas idosas inquiridas

N.º	Pergunta	Média C	Média R	DP C	DP R
5	Presta ajuda à pessoa idosa em actividades para além dos cuidados necessários? / O seu cuidador presta-lhe ajuda em actividades para além dos cuidados necessários?	1,55	1,48	1,04	0,78
6	Quando a pessoa idosa tenta executar determinadas tarefas repreende-a e/ou critica-o? / Quando tenta executar determinadas tarefas é repreendido e/ou criticado pelo seu cuidado?	3,28	3,28	1,32	1,04
7	Há coisas que faz à pessoa idosa que ela não gosta? / Há coisas que o cuidador lhe faz que não gosta?	3,35	2,93	1,14	1,12
8	Há coisas que faz à pessoa idosa que ela gostaria de fazer sozinha? / Há coisas que o cuidador faz por si e que gostaria de fazer sozinho?	2,90	2,58	1,08	1,11
	Média	2,77	2,56		
	Desvio padrão			0,79	0,66
	Coefficiente de variação			29%	26%

Tabela 25

Previamente à análise, gostaríamos de frisar que, neste conjunto de questões, devemos ter em consideração que estamos a utilizar uma escala invertida, dado que, os valores mais próximos do ponto mais alto da escala (“Muito pouco”), são aqueles que indiciam melhores resultados.

Assim, e tendo em apreciação os valores enunciados, é possível verificar que as médias variam ou pouco de pergunta para pergunta. Na Pergunta 5, registamos os valores mais baixos deste conjunto de questões, tanto nas respostas do cuidador como do receptor de cuidados, com 1,55 pontos e 1,48 pontos, respectivamente. Com estes resultados,

podemos concluir que o cuidador presta auxílio ao receptor de cuidados em actividades que vão para além dos cuidados que a pessoa idosa necessita.

Na questão 6, as médias sobem ou pouco, posicionando-se perto no ponto médio da escala. Ambos os grupos atingem uma média igual (3,28), sinal de congruência de opinião entre eles. Estes resultados denotam algum equilíbrio na forma como o cuidador informal se relaciona com a pessoa idosa, e na forma como o aborda no sentido de o instruir na execução das suas actividades e tarefas diárias.

As respostas à Pergunta 7, apresentam resultados similares aos da questão anterior. Analisando as médias obtidas, de 3,35 pontos para os cuidadores e de 2,93 para os receptores de cuidados, verificamos que estas se posicionam, novamente, perto do ponto intermédio da escala, o que faz denotar um equilíbrio na prestação dos cuidados por parte do cuidador informal, e, nas tarefas executadas.

Finalmente, na questão 8, verificamos que, apesar das médias não serem muito díspares, a média da pessoa idosa, encontra-se mais próxima do “Bastante”, com 2,58 pontos, contra 2,9 dos cuidadores, que está junto ao ponto médio (3). Com isto podemos concluir que a pessoa idosa, tendencialmente, tem uma opinião ligeiramente diferente, demonstrando vontade de executar por si só determinadas tarefas, mantendo, desta forma, alguma autonomia.

Quando consideramos os valores deste conjunto de questões, verificamos que a média final fica entre o “Bastante” e o “Nem muito, nem pouco”, com 2,77 para os cuidadores informais, e 2,56 para as pessoas idosas receptoras de cuidados. Tendo em consideração o nosso objectivo, podemos concluir que o cuidador demonstra um determinado equilíbrio na adequação das tarefas às necessidades de cuidados da pessoa idosa, no entanto, verificamos que os valores ficam ligeiramente acima do ponto médio, ou seja, no limite entre este ponto e o “Bastante”.

Esta problemática tem vindo a ser alvo de análise em diversos estudos que referem que os cuidadores familiares tendem a adoptar uma postura substitutiva nos cuidados prestados, substituindo a pessoa idosa em tarefas para as quais ela ainda tem capacidade

para as executar, retirando à pessoa idosa a pouca autonomia que lhe resta (Sousa, Figueiredo, Cerqueira, 2004). Esta situação parece não ser confirmada pelos nossos resultados, uma vez que, cuidadores e receptores, demonstram uma percepção diferente.

Outros estudos referem também que cerca de 55% dos receptores de cuidados manifestam algum desagrado relativamente aos cuidados recebidos, numa ou mais actividades da vida diária (Newson et al, 1998 (cit. in Newson 1999, cit. in (Sousa, Figueiredo, Cerqueira, 2004))). Os nossos resultados parecem, também, ligeiramente distantes destes, visto que, cuidadores e receptores, não patenteiam desagrado nas tarefas prestadas. As considerações anteriores são reforçadas pelo facto da dispersão encontrada, coeficientes de variação próximos de 30%, confirmarem a existência de homogeneidade no conjunto de dados, isto é, reduzida variabilidade.

5. Caracterização da integração social da pessoa idosa

A exclusão social é tida como dos mais significativos factos sociais da toda a nossa sociedade, afectando, particularmente, as pessoas idosas (Costa, 1998). Com este conjunto de questões pretendemos caracterizar o nível de integração social da pessoa idosa a receber cuidados informais, nomeadamente, no que diz respeito à manutenção dos seus laços sociais. De salientar que neste grupo de questões, também, foi utilizada uma escala invertida, na qual, os valores mais elevados das médias indiciam resultados mais positivos.

N.º	Pergunta	Média C	Média R	DP C	DP R
9	Na sua opinião a pessoa idosa sente falta de companhia? / Sente falta de companhia?	4,10	3,65	0,87	1,05
10	Na sua opinião a pessoa idosa sente-se incompreendida por todos? / Sente-se como ninguém o compreendesse?	4,20	4,15	0,91	1,05
11	Na sua opinião a pessoa idosa sente-se abandonada? / Sente-se abandonado?	4,38	4,43	0,75	0,78
12	Na sua opinião a pessoa idosa sente-se isolada das outras pessoas? /	2,08	2,25	0,98	1,10

	Sente-se isolado das outras pessoas?				
	Média	3,71	3,62		
	Desvio padrão			0,67	0,79
	Coefficiente de variação			18%	22%

Tabela 26

Desta forma, e analisando a questão 9, onde tentamos apurar se a pessoa idosa sente falta de companhia, as respostas apresentam uma média de 4,1 pontos para os cuidadores e de 3,65 pontos para os receptores. Estes resultados, podem ser considerados bastante positivos pois, cuidadores e receptores de cuidados, apresentam sintonia nas respostas, e os valores demonstram que a pessoa idosa se encontra e se sente acompanhada.

No que diz respeito à questão 9, onde se pretende avaliar a eventual existência de sentimentos de incompreensão da pessoa idosa, as opiniões dos dois grupos de inquiridos são unânimes, e as médias de 4,2 (cuidadores) e 4,15 (receptores de cuidados) são demonstrativas desse facto. Estes resultados, à semelhança dos anteriores, são também extremamente positivos, indicativos de entendimento e compreensão entre cuidador e pessoa idosa.

Resultados idênticos foram obtidos na Pergunta 11, pois, os valores, para além de idênticos (4,38 nos cuidadores e de 4,43 nos receptores de cuidados), são também elevados e reflectem o facto da pessoa idosa se sentir “Pouco” ou “Muito Pouco” abandonada. Aliás, se analisarmos o número de horas que os cuidadores inquiridos dedicam à prestação de cuidados, outro resultado não poderia ser esperado.

Já no que se refere ao isolamento da pessoa idosa (Pergunta 12), as médias desta questão revelam uma perspectiva completamente diferente, uma vez que, estas totalizam 2,08 para os cuidadores e de 2,25 para a pessoa idosa, concentrando-se muito próximo da classificação “Bastante” em ambos os grupos. Esta situação, parece demonstrar que, apesar da pessoa idosa manter um bom relacionamento com o cuidador e de merecer toda a sua atenção e disponibilidade, existe algum sentimento de isolamento do “mundo exterior”. De acordo com Meier-Ruge (1988), nem sempre estar só é estar desacompanhado. Um dos condicionalismos que mais afectam a pessoa idosa

está relacionado com a ruptura dos laços sociais prévios, especialmente, os laços profissionais e os laços extra-familiares. Os nossos resultados parecem comprovar este facto, pois, apesar de não estar abandonado, cuidador e pessoa idosa têm a percepção de que este último se encontra isolado de todo o resto.

Em síntese, analisando os resultados deste grupo de questões, e apesar dos resultados da questão 12, podemos efectuar um balanço positivo, com as médias a registarem valores de 3,71 pontos para os cuidadores e de 3,62 pontos para os receptores, valores muito próximos do “Pouco”, que neste conjunto de questões consideramos positivo, denotando sinais de integração social da pessoa idosa receptora de cuidados. A solidão, fenómeno que, em muitas circunstâncias afecta a pessoa idosa, parece não se manifestar na pessoa idosa a receber cuidados informais. Correia (1993) refere que, a pessoa isolada e social excluída, imagina que ninguém a escuta ou compreende e sente-se deixada ao abandono. Estes são sentimentos que julgamos não se reflectir nas respostas dos nossos inquirido, pois, cuidadores e receptores de cuidado, manifestam opiniões unânimes de integração social da pessoa idosa, unanimidade essa, comprovada pela concentração de respostas em torno do valor médio, uma vez que, os valores encontrados para o coeficiente de variação são muito reduzidos (próximos de 20%).

6. Caracterização da relação entre a pessoa idosa e o cuidador informal

A prestação de cuidados informais, é uma actividade que vai muito para além da mera resposta às necessidades básicas do ser humano num momento de debilidade física ou mental (Caldas, 2004). Segundo este autor devemos encarar o acto de cuidar como um compromisso, um acto de cidadania e entendimento mútuo. A relação entre cuidador e pessoa idosa, ultrapassa a mera ocupação, e transforma-se numa oportunidade de desenvolvimento recíproco (Caldas, 2004).

No entanto, nem sempre os cuidados são encarados desta forma. A necessidade de cuidados, quase sempre, exige um reajustamento relacional, visto que esta situação acarreta profundas alterações nas relações de poder, dependência e intimidade (Figueiredo, 2007). A pessoa idosa perde autonomia e capacidade de executar as suas tarefas diárias, e por sua vez, o cuidador, vê-se obrigado a ajustar o seu tempo às

necessidades da pessoa que exige cuidados. Esta alteração complexa vai condicionar o relacionalmente entre ambos, em especial, as relações de poder, onde os papéis, muitas das vezes se invertem, com os filhos a cuidar dos pais ou o marido a cuidar da esposa. Esta situação pode-se traduzir num mau relacionamento ou no desejo de transferir os cuidados para outra pessoa. Com este grupo de questões tentamos caracterizar a relação dos cuidadores e receptores de cuidados da nossa amostra, verificando a percepção que ambos têm sobre este assunto.

N.º	Pergunta	Média C	Média R	DP C	DP R
13	Como avalia a sua relação com a pessoa idosa? / Como avalia a sua relação com o seu cuidador?	1,43	1,58	0,68	0,48
15	Preferia que fossem outros a cuidar da pessoa idosa? / Preferia que fossem outros a cuidar de si?	4,20	4,10	1,22	1,35
18	Acha que devia dar mais atenção à pessoa idosa? / Acha que o seu cuidador lhe devia dar mais atenção?	4,15	3,78	0,98	1,14
20	Sente que a pessoa idosa tem uma dívida para consigo? / Sente que tem uma dívida para com o seu cuidador?	4,43	3,48	1,08	1,26
21	Acha que tem obrigação de cuidar da pessoa idosa? / Acha que o seu cuidador tem obrigação de cuidar de si?	1,60	1,75	1,08	1,28
	Média (13 e 21)	1,52	1,67		
	Média (15, 18 e 20)	4,26	3,79		
	Média (global)	3,16	2,94		
	Desvio padrão			0,37	0,35
	Coefficiente de variação			12%	12%

Tabela 27

Também neste conjunto de questões, nomeadamente nas Perguntas 15, 18 e 20, foi utilizada uma escala invertida, pelo que, será necessário ter em consideração os princípios referidos anteriormente e que se aplicam, igualmente, a esta situação.

Desta forma, na Pergunta 13, na avaliação da relação entre os cuidador e a pessoa idosa, verificamos médias baixas, com valores de 1,43 pontos e de 1,58 pontos para cuidador e

receptor de cuidados, respectivamente, o que nos permite concluir que a relação entre ambos é favorável.

Quando se questionaram os inquiridos se preferiam que fossem outros a cuidar da pessoa idosa, as médias registam valores elevados e muito próximos, de 4,2 para os cuidadores e de 4,1 para os receptores de cuidados. Estes valores são sinónimos de pouca vontade de mudança e de grande satisfação na relação estabelecida entre cuidador e pessoa idosa. Estes resultados reforçam a opinião de diversos autores que referem a extrema importância dos cuidados informais e a valorização dos cuidadores familiares, sendo estes a melhor solução na prestação de cuidados à pessoa idosa, evitando a sua institucionalização (Costa, 1998; Melo, 2005; Sotto Mayor e col., 2006; Sequeira, 2007).

Relativamente à atenção que o cuidador presta à pessoa idosa, o valor das médias difere um pouco nos dois grupos. Verificamos um valor médio de 4,15 para os cuidadores, que desta forma expressam que não têm necessidade de prestar mais atenção à pessoa idosa. Quanto às pessoas idosas, estas registam um valor ligeiramente inferior (3,78), mas de qualquer forma positivo, pois aproxima-se do ponto 4 da escala.

Quanto à questão 20, onde tentamos averiguar a existência de sentimentos de dívida da pessoa idosa com o cuidador, verificamos que, os cuidadores, com uma média de 4,43 pontos, reflectem a inexistência de qualquer dívida por parte da pessoa idosa, sinal de prestam cuidados sem exigir qualquer retribuição. Por seu lado, das respostas dos receptores resulta uma média mais baixa, de 3,48 pontos, quase um ponto abaixo do resultado dos cuidadores, que pode ser demonstrativo de algum tipo de gratidão pelos cuidados recebidos. Esta situação confirma os resultados de outros estudos que referem que grande parte das pessoas idosas que recebem cuidados tem um profundo sentimento de dívida e uma enorme gratidão com o cuidador (Newson, 1995, cit. *in* (Sousa, Figueiredo, Cerqueira, 2004)).

Finalmente, na Pergunta 20, tentamos apurar o inverso da questão anterior e verificamos que aqui os resultados são algo diferentes, demonstrando que, cuidadores e receptores de cuidados, são da opinião de que existe obrigação por parte do cuidador de cuidar da

pessoa idosa. Assim, os cuidadores registam um resultado médio de 1,6 pontos, e os receptores de cuidados registam 1,75 pontos, valores que se situam entre a classificação “Muito” e “Bastante”. Este facto poderá ser explicado se analisarmos o grau de parentesco existente entre os indivíduos que compõem a nossa amostra, onde predominam as relações filiais e conjugais, ou seja, a maioria dos cuidadores inquiridos cuida dos pais (42,5%) e dos cônjuges (22,5%), resultando dessa relação algum sentimento de dívida e obrigação. Este facto é comprovado por diversos autores que referem que a tarefa de cuidar sempre esteve intimamente ligada à família, sendo entendida como uma das suas funções, e mesmo, como uma obrigação (Lage, 2005). Este sentimento de obrigação poderá ser atestado se analisarmos o perfil dos cuidadores, que, quase sempre, são os familiares mais próximos da pessoa que requer cuidados, onde se destaca de uma forma evidente o sexo feminino, nomeadamente, o cônjuge, uma filha ou uma nora (Mendes, 1998).

Analisando as respostas a este conjunto de questões, parece-nos peremptório que cuidadores e receptores de cuidados mantêm um bom relacionamento e que ambos demonstram sentimentos de afinidade e gratidão, confirmando, com as suas respostas, que não existe necessidade de eleger um outro cuidador.

Relativamente à análise conjunta de todas as questões, há que referenciar os reduzidos valores de dispersão encontrados, próximos de 12%, que evidenciam alguma homogeneidade no conjunto de resultados. No entanto, esta análise deve ser relativizada dado que se usou uma escala invertida nas questões 15, 18 e 20.

5.2.1 Análise *t-Student* para Amostras Independentes

Com o objectivo de se estudar possíveis diferenças entre as médias das percepções dos dois grupos inquiridos, aplicou-se o *Teste t-Student*, precedido pelo *Teste de Levene* para homogeneidade de variâncias. Os dados obtidos foram analisados por utilização do software estatístico SPSS (*Statistical Package for Social Science*), versão 17.0 para o Windows e o nível de significância adoptado foi de 0,05 (Grau de confiança de 95%).

Após aplicação dos testes de *Levene* e *t-Student*, (Vinacua, 1997, Pestana, Gageiro, 1998) para amostras independentes, com um grau de confiança de 95%, pode apresentar-se as seguintes conclusões: (Anexo III)

1. Caracterização do nível satisfação da pessoa idosa e do cuidador informal, relativamente aos cuidados

Iniciou-se o processo de análise estatística, com a aplicação do teste de *Levene*, ao estudo da homogeneidade das variâncias dos dois grupos, pessoa idosa e cuidador informal. Como o nível de significância do teste de *Levene* obtido é $p = 0,769$, valor superior a 0,05, conclui-se que as variâncias não são estatisticamente diferentes, com um grau de confiança de 95%. Isto significa que a dispersão das respostas obtidas nas duas amostras é semelhante.

Relativamente ao teste *t-Student*, pode concluir-se, que as médias amostrais não diferem significativamente, pelo que, as amostras em estudo, devem ser provenientes de populações, com médias iguais. Esta conclusão, é confirmada pelo facto do nível de significância do teste *t-Student*, ser $p = 0,765$, valor superior a 0,05, e pelo facto do intervalo de confiança, definido para a diferença de médias $[-0,28245; 0,38245]$ incluir o valor 0, que seria correspondente a uma igualdade das médias das populações.

Pode então afirmar-se, que o nível de satisfação da pessoa idosa e do cuidador informal, relativamente aos cuidados, é estatisticamente semelhante, dentro da margem de erro considerada, 5%. Tendo em consideração os valores médios obtidos, para este conjunto de perguntas, que se situam, na escala utilizada, entre o Muito e o Bastante, pode considerar-se, que ambos os grupos se encontram bastante satisfeitos com os cuidados e esta resposta é consistente, face à dispersão encontrada.

2. Caracterização da pertinência dos conselhos prestados pelo cuidador

Neste caso, o nível de significância do teste de *Levene* é $p = 0,285$, valor superior a 0,05, pelo que não se rejeita a hipótese da igualdade das variâncias, com um grau de

confiança de 95%. Assim, as distribuições têm formas iguais, e deve utilizar-se o teste *t-Student*, assumindo variâncias iguais.

A análise dos resultados, pelo teste *t-Student*, evidenciou que o nível de significância é igual 0,230, valor superior a 0,05, e que intervalo de confiança, definido para a diferença de médias [-0,52894; 0,12894], a 95%, inclui o valor 0. Conclui-se, portanto, que as médias não diferem significativamente, pelo que, as amostras em estudo devem ser provenientes de populações com médias iguais.

A análise estatística efectuada evidencia, que para um grau de confiança de 95%, há o reconhecimento de pertinência nos conselhos e nas opiniões dos cuidadores, por parte do grupo receptor de cuidados.

3. Caracterização dos efeitos de cuidar de um idoso no cuidador informal

As conclusões relativas à igualdade da variância, entre os dois grupos estudados, são semelhantes às anteriores, uma vez que o nível de significância do teste de *Levene*, é igual 0,767, valor superior a 0,05, para um grau de confiança de 95%.

O teste para a igualdade das médias, teste *t-Student*, revela-nos que as amostras em estudo devem ser provenientes de populações com médias iguais. Esta conclusão, é confirmada pelo facto do nível de significância do teste *t-Student*, ser $p = 0,207$, valor superior a 0,05 e pelo facto do intervalo de confiança, definido para a diferença de médias [-0,42720; 0,09387] incluir o valor 0, que seria correspondente a uma igualdade das médias das populações.

Em suma, pode afirmar-se, que a percepção do cuidador e do receptor, sobre os efeitos de cuidar no cuidador informal, não são estatisticamente diferentes, isto é, são similares.

4. Caracterização da adequação das tarefas/actividades executadas pelo cuidador face às necessidades da pessoa idosa

Como o nível de significância do teste de *Levene*, é $p = 0,218$, valor superior a 0,05, pode admitir-se, com um grau de confiança de 95%, que a dispersão (variância) dos dois grupos em estudo (cuidador e receptor), não é estatisticamente diferente.

Relativamente ao teste *t-Student*, pode concluir-se, que as médias amostrais, não diferem significativamente, isto é, que a diferença encontrada (0,20625), não é significativa, pelo que, as amostras em estudo, devem ser provenientes de populações com médias iguais. O valor encontrado, para o teste *t-Student* $t = 1,268$, com um nível de significância $p = 0,209 \geq 0,05$, permite-nos validar as conclusões anteriores. O facto do intervalo de confiança, definido para a diferença de médias $[-0,11755; 0,53005]$ incluir o valor 0, confirma, igualmente, a existência de uma igualdade das médias das populações.

Pode afirmar-se, com 95% de confiança, que as percepções de ambos os grupos, são estatisticamente semelhantes, quanto à adequação das tarefas de cuidar utilizadas.

5. Caracterização da integração social da pessoa idosa

A aplicação do teste de *Levene*, aos dois conjuntos de dados, conduziu a um valor do teste de 1,062, com um nível de significância do teste igual a 0,306, valor superior a 0,05. Estes resultados evidenciam, que para um grau de confiança de 95%, a dispersão dos dois grupos em estudo (cuidador e receptor), não é estatisticamente diferente. Conclui-se, portanto, que a variabilidade observada, deve ser devida, apenas, a factores aleatórios.

Procedendo à comparação de médias, através do teste *t-Student*, assumindo que as variâncias das populações, não são estatisticamente diferentes, obtém-se um nível de significância do teste *t-Student* $p = 0,569$ (superior a 0,05) e um intervalo de confiança para a diferença de médias, igual a $[-0,23233; 0,419839]$. Os resultados obtidos evidenciam, que não é estatisticamente significativa, a diferença de médias observada para os dois grupos (0,09375). Assim, pode concluir-se que ambos os grupos (cuidador

informal e receptor de cuidados) têm uma percepção similar, quanto à integração social da pessoa idosa.

6. Caracterização da relação entre a pessoa idosa e o cuidador informal

Neste último caso, no que respeita ao teste de *Levene*, obteve-se um nível de significância de $p = 0,755$, valor superior $0,05$. Com 95% de confiança, não se rejeita a hipótese de igualdade de variâncias dos dois grupos em estudo (cuidador informal e receptor).

Relativamente ao teste *t-Student*, como o nível de significância é $0,007$, valor inferior a $0,05$, não se pode afirmar que os grupos analisados sejam estatisticamente semelhantes, em valor médio. Assim, a diferença de médias, pode ser estatisticamente significativa. Esta conclusão é validada, pelo facto do intervalo de confiança, definido para a diferença de médias, $[0,06395; 0,38605]$, não incluir o valor 0 , que corresponderia a uma situação de igualdade de médias. Tendo em consideração os resultados obtidos, relativamente à percepção da relação entre cuidadores e pessoas idosas e a sua análise estatística, pode afirmar-se, que existem diferenças significativas na variável em estudo, dentro da margem de erro considerada (5%).

Conclusões

O envelhecimento demográfico da população, fenómeno que também afecta Portugal, tem potenciado a necessidade da prestação de cuidados à população mais idosa, exigindo um número maior de respostas sociais, nomeadamente, uma maior participação dos cuidadores informais, dos quais se destacam a família (Neri e Carvalho 2002).

Este papel dos cuidadores familiares, assume uma enorme preponderância, dado existir alguma hostilidade e aversão à institucionalização das pessoas idosas, condicionando a família à situação de cuidador, muitas vezes sem reunir as condições ideais para assumir esse papel (Sousa, Figueiredo, Cerqueira, 2004).

Por este motivo, a problemática dos cuidados informais a pessoas idosas tem vindo a ganhar visibilidade, e o seu impacto, tem vindo a ser amplamente estudado por inúmeros investigadores e gerontólogos. No entanto, como já foi referido no decorrer do nosso trabalho, estes estudos quase sempre se centram na percepção do cuidador familiar e nos impactos negativos que os cuidados surtem neste. Este tipo de investigação parece-nos demasiado redutora, pois, se não conhecermos a percepção de todos os envolvidos (cuidadores e pessoas idosas), nunca conheceremos a verdadeira dimensão desta problemática.

Foi com este objectivo que iniciamos o nosso estudo: conhecer a percepção que, cuidadores informais e pessoas idosas receptoras de cuidados, têm sobre esses mesmos cuidados, podendo assim, avaliar o seu verdadeiro impacto.

Desta forma, e depois de uma análise cuidada aos resultados obtidos, os mesmos permitem-nos inferir que cuidadores e receptores de cuidados têm uma percepção idêntica sobre os cuidados prestados. Esta configuração de opinião ocorre para a amostra global e mantém-se praticamente idêntica nos diferentes tópicos que foram objecto de estudo, emergindo apenas, ligeiras diferenças, que no entanto, não são relevantes.

De uma forma global, os respondentes demonstraram satisfação com os cuidados informais, e os impactos negativos não são tão significativos quanto inicialmente esperado. Cuidadores e receptores de cuidados evidenciam um bom relacionamento, demonstrando sentimentos de afinidade, gratidão e realização. No que diz respeito à adequação das tarefas e aos conselhos dos cuidadores, também aqui, ambos os grupos, percebem este ponto de forma positiva, facto demonstrativo da qualidade dos cuidados prestados.

Porém, existem alguns pontos negativos que devemos referenciar e analisar. Quando questionados sobre o nível de integração social da pessoa idosa, ambos os grupos foram unânimes em referir, que, apesar da pessoa idosa se sentir acompanhada e acarinhada, esta demonstra sentimentos de isolamento, pois, a sua condição terá diminuído drasticamente as suas relações sociais.

Um outro ponto negativo evidenciado, está relacionado com o fenómeno da “sobrecarga”. Parece evidente que a prestação de cuidados interfere com a rotina do cuidador, diminuindo as suas actividades sociais, aumentando as suas dificuldades económicas ou alterando as suas relações laborais e familiares. Com o decorrer do tempo, esta situação vai causar enormes constrangimentos físicos e emocionais no cuidador, o que nos leva a concluir, sem qualquer dúvida, que a “sobrecarga” é a principal ameaça ao cuidador informal e ao sucesso dos cuidados por si prestados, até porque, como os nossos dados indicam, a pessoa idosa também tem a percepção deste problema, o que igualmente lhe causa enorme desgaste emocional. Contudo, pensamos, que não devemos sobrevalorizar este problema, mas sim, resolvê-lo, pois, os efeitos positivos dos cuidados informais, excedem claramente os efeitos negativos.

Sucintamente, podemos então concluir que, cuidadores informais e pessoa idosa, demonstram um nível de satisfação elevado relativamente aos cuidados informais e à relação que ambos mantêm, o que nos leva a deduzir que, os benefícios que os cuidados informais acarretam, são bastante maiores, do que os malefícios e impactos negativos dos mesmos. Todavia, não podemos ignorar os efeitos negativos dos cuidados informais, e, é urgente criar condições que permitam às famílias minimizar esses efeitos, senão mesmo, anulá-los completamente. Parece-nos óbvio, que, os cuidados

informais, são a melhor solução para a pessoa idosa, no entanto, estes só ganharão eficácia e sustentabilidade, quando conseguirem conciliar, numa lógica de complemento, as ajudas dos familiares e outros próximos das pessoas idosas, com os apoios do sector público e das instituições de solidariedade social.

Por último, gostaríamos de deixar aqui possíveis linhas orientadoras para futuras investigações. Assim, parece-nos existir interesse em efectuar uma análise qualitativa sobre esta temática, de forma a fazer emergir as representações das pessoas idosas e dos cuidadores, através dos seus discursos enunciados na primeira pessoa. Somos da opinião que, uma investigação deste género, poderá constituir uma poderosa ferramenta para uma compreensão, mais aprofundada, desta problemática.

Bibliografia

- Alarcão, M. (2000). *(Des) Equilíbrios Familiares*. Coimbra: Quarteto Editora.
- Barreto, J. (1984). *Envelhecimento e Saúde Mental: Estudo de Epidemiologia Psiquiátrica no Concelho de Matosinhos*. Universidade do Porto, Faculdade Medicina (Dissertação de Doutoramento).
- Barreto, J. (1994). A Saúde do Idoso e os Desafios das Próximas Décadas. *In Envelhecer: Os Desafios do Séc. XXI*. Porto. Semana do Idoso.
- Berger, K. S. (2003). *O Desenvolvimento da Pessoa da Infância à Terceira Idade*. Rio de Janeiro: LCT–Livros Técnicos e Científicos Editora S.A.
- Berger, L. (1995). Atitudes, Mitos e Estereótipos. *In Berger, L. e Poirier, D. M. Pessoas Idosas – Uma Abordagem Global*. Lisboa: Editora Lusodidacta.
- Bessa, D. (1994). Aspectos Económicos do Envelhecimento. *In Envelhecer: Os Desafios do Séc. XXI*. Porto. Semana do Idoso.
- Bize, P. R. e Vallier, C. (1985). *Uma Vida Nova: a Terceira Idade*. São Paulo: Editora Verbo.
- Bravo, R. S. (1992). *Técnicas de Investigación Social – Teoría y Ejercicios*. Espanha: Editora Paraninfo.
- Brito, L. (2002). *A Saúde Mental dos Prestadores de Cuidados a Familiares Idosos*. Coimbra: Editora Quarteto.
- Cabrilho, F. e Cacheiro, M. L. (1992). *A Revolução Grisalha*. Lisboa: Planeta Editora.

Caldas, C. P. (2004). Cuidado Familiar: A Importância da Família na Atenção à Saúde do Idoso. In Saldanha A. L., Caldas, C. P. *Saúde do Idoso – A Arte e Cuidar*. Rio de Janeiro: Editora Interciência.

Cardoso, J. Casqueira (2001). Comparing Law in Europe on The Dignity of Women and Men. Porto: Universidade Fernando Pessoa.

Carvalho, P.M. (1989). *A Magia da Idade. Reflexão médico-sociológica*. Coimbra: Edição do Autor.

Carrero, M. (2002). *Ante la Enfermedad de Alzheimer: Pistas para Cuidadores y Familiares*. Bilbao: Editora Desclée de Brouwer.

Chapman, E. N., (s/d). *Guia para Planear a Reforma – Como Planear o Seu Futuro e Viver a Reforma em Plenitude*, Monitor.

Chappell, N., Litkenhaus, R. (1995), Informal Caregivers to Adults in British Columbia. Joint Report, Center on Aging, University of Victoria and The Caregivers Association of British Columbia. In Graham, T. e col. 2004. *A Profile of Seniors in British Columbia*: Ministry of Health Services.

Charazac, P. (2004). Introdução aos Cuidados Gerontopsiquiátricos. Lisboa: Climepsi Editores.

Correia, J. M (2003). *Introdução à Gerontologia*. Lisboa: Universidade Aberta.

Correia, M. G. (1993). *O Idoso: O Seu Sentir e o Seu Viver*: Geriatria.

Costa, A. B. (1998). *Exclusões Sociais*. Lisboa: Editora Gradiva.

Costa, M. A. (2002). *Cuidar Idosos – Formação, Práticas e Competências dos Enfermeiros*. Lisboa: Editora Formasau. Formação e Saúde.

Davies, L. (1992). *Building a Science of Caring for Caregivers*. Family Community Health.

DSM-IV (2002). *American Psychiatric Association*. Lisboa: Editora Climepsi.

Ermida, J.G, (1999). *Manual Sinais Vitais – O Idoso, Problemas e Realidades*. Coimbra: Editora Formasau. Formação e Saúde.

Fernandes, P. (2002). *A Depressão no Idoso*. Coimbra: Editora Quarteto.

Fernandes, A. A. (1997). *Velhice e Sociedade*. Oeiras. Celta Editora

Ferrari, M. A. C. (2000). Lazer e Ocupação do Tempo Livre na Terceira Idade. *In* Netto, M. P., *Gerontologia – A Velhice e o Envelhecimento em Visão Globalizada*. São Paulo, Rio de Janeiro, Belo Horizonte: Atheneu.

Figueiredo, D. (2007). *Cuidados Familiares ao Idoso Dependente*. Lisboa: Editora Climepsi.

Fonseca, A. M. (2006). *O Envelhecimento – Uma Abordagem Psicológica*. Lisboa: Universidade Católica Portuguesa.

Fonseca, A. M. (2005). *Desenvolvimento Humano e Envelhecimento. Manuais Universitário 35*. Lisboa: Climepsi Editores.

Fontaine, R. (2000). *Psicologia do Envelhecimento*. Lisboa: Climepsi Editores.

Frutuoso, M. J. (1990). *Pessoas Idosas – Não Entremos na Velhice como numa Armadilha: Hospitalidade*.

Garrett, C. (2005). Impacto Sócio-Económico da Doença de Alzheimer. In A.C. Caldas e A. Mendonça (Orgs.), *A Doença de Alzheimer e Outras Demências em Portugal*. Lisboa: Lidel- Edições Técnicas Lda.

Imaginario, C. (s/d). *O Idoso Dependente em Contexto Familiar*. Coimbra: Editora Formasau. Formação e Saúde.

Instituto Nacional de Estatísticas – Censos 2001

Jani-Le Bris, H. (1994). *Responsabilidade Familiar pelos Dependentes Idosos nos Países das Comunidades Europeias*. Lisboa: Conselho Económico e Social

José, J. S., Wall, K.; (2004). Trabalhar e Cuidar de Um Idoso Dependente: Problemas e Soluções. In *Actas dos Ateliers do V Congresso Português de Sociologia*.

Lage, I. (2005). Cuidados Familiares a Idosos. In C. Paúl, e A. M. Fonseca (Eds), *Envelhecer em Portugal*. Lisboa: Climepsi Editores.

Leme, L. E. G. e Silva, P. S. C. P. (2000). O Idoso e a família. In Netto, M. P. *Gerontologia – A Velhice e o Envelhecimento em Visão Globalizada*. São Paulo, Rio de Janeiro, Belo Horizonte: Atheneu.

Levet-Gautrat, M. (1998). *Viver depois dos 60 anos*. Lisboa: Editora Instituto Piaget.

Levi, A. (1999). *Saber Manter-se Jovem*. Lisboa: Editorial Presença.

Marconi, M. A., Lakatos, E. M. (1990). *Técnicas de Pesquisa*. São Paulo: Editora Atlas.

Martín, I. (2005). O Cuidado Informal o Âmbito Social. In C. Paúl, e A.M. Fonseca (Eds.), *Envelhecer em Portugal*. Lisboa: Climepsi Editores.

Mauritti, R. (2004). *Padrões de Vida na Velhice. Análise Social. Instituto de Ciências Sócias da Universidade de Lisboa*: Lisboa

Meier – Ruge, W. (1988). *O Doente Idoso e a Prática Clínica. Medicina Geriátrica – Aspectos Teóricos e Prático*: Produtos Sandoz.

Melo, G. (2005). Apoio ao Doente no Domicílio *In* A. C. Caldas e A., Mendonça (Org.), *A Doença de Alzheimer e Outras Demências em Portugal*. Lisboa: Lidel – Edições Técnicas Lda.

Mendes, P. (1998). Cuidadores: Heróis Anónimos do Quotidiano. *In* U. Karsch (Org.), *Envelhecimento com Dependência: Revelando Cuidadores*. São Paulo: Educ.

Mercadante, E. (2000). Aspectos Antropológicos do Envelhecimento. *In* Netto, M. P. Gerontologia – *A Velhice e o Envelhecimento em Visão Globalizada*. São Paulo, Rio de Janeiro, Belo Horizonte: Atheneu.

Miller, B., Cafasso, L. (1992). *Gender Differences in Caregiving: Fact or Artifact?* The Gerontologist.

Moreira, A. J. (2000). *Compêndio de Leis de Trabalho*. Coimbra: Editora Almedina.

NAC/AARP - National Alliance for Caregiving and the American Association of Retired Persons (1997). Comparative Analysis of Caregiver Data for Caregivers to the Elderly 1987 and 1997. Disponível em: <http://www.caregiving.org/data/analysis.pdf>

NAC/AARP - National Alliance for Caregiving and the American Association of Retired Persons (1997). Family Caregiving in the US. Disponível em: <http://www.caregiving.org/data/Family%20Caregiving%20in%20the%20US.pdf>

Nazareth, J. M. (1994). *O Envelhecimento Demográfico da População Portuguesa no Início dos Anos Noventa*. Geriatria.

NCEA – National Center on Elder Abuse (2002). Preventing Elder Abuse by Family Caregivers. Washington, D.C. Disponível em:
www.ncea.aoa.gov/NCEARoot/Main_Site/pdf/family/caregiver.pdf

Neri, A. L. (2001). *Maturidade e Velhice – Trajectórias Individuais e Socioculturais*. Brasil. Editora Papirus.

Neri, A. L., Cachioni, M. (1999). Velhice Bem – Sucedida e Educação. In Neri, A. L. e Debert, G. G. *Velhice e Sociedade*. Brasil: Editora Papirus.

Neri, A. L., Carvalho, V. A. M. L. (2002). O Bem-Estar do Cuidador: Aspectos Psicossociais. In E. V. Freitas, e col. (Eds.), *Tratado de Geriatria e Gerontologia*. Rio de Janeiro. Guanabara Koogan.

Netto, M. P. (2002). O Estudo da Velhice no séc. XX: Histórico, Definição do Campo e Termos Básicos. In Freitas, E. V., Py, L., Neri, A. L., Cançado, F. A. X., Gorzoni, M. L. e Rocha, S. M. *Tratado de Geriatria e Gerontologia*. Rio de Janeiro. Guanabara Koogan.

Odgen, J. (1999). *Psicologia de Saúde – Manuais Universitários – 11*. Lisboa: Climepsi Editores.

Oliveira, Y. Ap. Duarte (2000). O Lazer do Idoso. In Rodrigues, R. A.P. e Diogo, M. J. D. *Como Cuidar dos Idosos*. Brasil: Editora Papirus.

Orazzo, M. (2006). *Como Viver uma Reforma Feliz – As Cinco Etapas-Chave*. Porto: Edições ASA.

Paúl, M. C. (1997). *Lá Para o Fim da Vida, Idosos, Família e Meio Ambiente*. Coimbra: Editora Almedina.

Paul, M. C. (1996). *Psicologia dos Idosos: O Envelhecimento em Meios Urbanos*. Braga: Sistemas Humanos e Organização, Lda.

Pestana, M. H., Gageiro, J. N. (1998). *Análise de Dados para Ciências Sociais – A Complementaridade do SPSS*. Lisboa: Edições Sílabo.

Pimentel, L. (2005). *O Lugar do Idoso na Família*. Coimbra: Quarteto.

Pina, A. P. B. (2003). *Investigação e Estatística. 1. A Estatística Descritiva*. Disponível em: www.spttalgarve.minsaude.pt/Recursos/EpiInfo/Epidemiologia/descritiva.htm.

Pinto, A. M. (2001). *Envelhecimento: Das Teorias à Fisiopatologia*. In Pinto, A. M., *Envelhecer Vivendo*. Coimbra: Quarteto.

Pires, L. (1994). *Modos de Vida e Condições de Vulnerabilidade*. In *Envelhecer: Os Desafios do Séc. XXI*. Porto. Semana do Idosos.

Poirier (1995). *Teorias do Envelhecimento*. In Berger, L., Poirier, D. M., *Pessoas Idosas – Uma Abordagem Global*. Lisboa: Editora Lusodidacta.

Quaresma, M. (200). *Interrogar a Dependência*. In Quaresma, M, Fernandes, A, Calado, D. Pereira, M.. *O Sentido das Idades da Vida – Interrogar a Solidão e a Dependência*. Lisboa: CESDT – Cooperativa de Ensino Superior de Desenvolvimento Social Económico e Tecnológico, CRL.

Quaresma, M. (1996). *Cuidados Familiares às Pessoas Muito Idosas*. Lisboa: Direcção-Geral da Acção Social/Núcleo de Documentação Técnica e Divulgação.

Queiroz, Z. P. V. e Lemos, N. F. D. (2002). *Avaliação pelo Assistente Social*. In Maciel, A. *Avaliação Multidisciplinar do Paciente Geriátrico*. Rio de Janeiro: Revinter.

Quivy, R., Campenhoudt L. V., (1998). *Manual de Investigação em Ciências Sociais*. Lisboa: Gradiva.

Reis, E. Melo, P. Andrade, R. Calapez, T. (1997). *Estatística Aplicada*. Lisboa: Edições Sílabo.

Rendas, A. B. (2001). Adaptações Normais e Patológicas do Organismo Humano durante o Envelhecimento – “Idade Biológica” versus “Idade Cronológica”. In Pinto, A. M. *Envelhecer Vivendo*. Coimbra: Quarteto.

Robert, L. (1995) *O Envelhecimento: Factos e Teorias*. Lisboa: Instituto Piaget.

Rodrigues, R., Diogo, M. J. e Barros, T. (2000). O Envelhecimento do Ser Humano. In Rodrigues, R., Diogo, M. *Como Cuidar dos Idosos*. Brasil: Papyrus.

Rodrigues, F. (1994). Discriminação pela Mais-Idade: Concepção e Práticas “Idosistas”. In *Envelhecer: Os Desafios do Séc. XXI*. Porto. Semana do Idosos.

Rosnay, J. Servan-Schreiber J. L, Closets F., Simonnet, D. (2006). *Viver mais e Melhor- Uma Longevidade Activa na Sociedade Actual*. Lisboa: Editorial Presença.

Royo, M. T. B. (2004). Sociedad y Vejez: La Familia y El Trabajo. In Ballesteros, R. F. *Gerontología Social*. Madrid: Pirâmide.

Santos, B. S.(1989). *Um Discurso Sobre as Ciências*, Porto: Afrontamento.

Santos, S. M. A. (2003). *O Cuidador Familiar de Idosos com Demência: Um Estudo Qualitativo em Famílias de Origem Nipo-Brasileira e Brasileira*. Tese de Doutoramento, Faculdade de Educação, Universidade Estadual de Campinas, Campinas. S. Paulo.

Sequeira, C. (2007). *Cuidar de Idosos Dependentes*. Coimbra: Editora Quarteto.

Sequeira, M. E. C. (2001). Teorias Sociológicas do Envelhecimento. In Neri, A. L., *Desenvolvimento e Envelhecimento, Perspectivas biológicas, psicológicas e sociológicas*. Brasil: Editora Papirus.

Serra, A. V. (1999) *O Stress na Vida de Todos*. Coimbra: Adriano Vaz Serra.

Serrazina, P. J. M. (1990). *Relações Humanas e Problemas de Marginalização: Hospitalidade*.

Silva, L. F. (2001). *Acção Social na Área da Família*. Lisboa: Editora Universidade Aberta.

Simões, A. (2006). *A Nova Velhice – Um Novo Público a Educar*. Porto: Ambar.

Simões, A. (1982). *Aspectos da Gerontologia: No Ano Internacional da Terceira Idade: Rev. Portuguesa de Gerontologia*.

Sotto Mayor, M, Sequeira, C. e Paúl, C. (2006). Um Espaço de Intervenção com os Cuidadores, num Serviço de Psicogeriatria – A Consulta de Enfermagem. In Leal, Ribeiro, Jesus (Eds.), *Actas do 6º Congresso Nacional de Psicologia da Saúde – Saúde, Bem-Estar e Qualidade de Vida*. Lisboa: Edições ISPA.

Sousa, L., Figueiredo, D., Cerqueira, M. (2004). *Envelhecer em Família – Os Cuidados Familiares na Velhice*. Porto: Editora Ambar.

Spar, J. E., Rue, A. L., (2005). *Guia Prático de Psiquiatria Geriátrica*, Lisboa: Climepsi Editores.

Subtil, C., Fontes, A., Relvas, A. (1995). *Impacto na Família da Doença Grave/ Crónica em Crianças – Inventário de Respostas à Doença dos Filhos: Psiquiatria Clínica*.

Vaz, M. E. (1995). *O Quotidiano do Idoso – Espaço de Regulação ou de Emancipação?*. PUC de São Paulo. Instituto Superior de Serviço Social.

Velasquez, M., Rio, M., Marques, D., Medeiros, S. (1998). As Trajectórias de Vida dos Cuidadores Principais. In U. Margarida Karsch (Org.), *Envelhecendo com Dependência: Revelando Cuidadores*. São Paulo: Educ.

Vinacua, B. V. (1997). *Análisis estadístico con SPSS para Windows*. Madrid: McGraw-Hill

Wonnacott, T, Wonnacott, R. (1990). *Introductory Statistics For Business and Economics*. Estados Unidos: John Wiley & Sons.

Zimerman, G.I. (2000). *Velhice, Aspectos Biopsicossociais*. Porto Alegre: Editora Artemed.

Anexos

Anexo I – Inquérito por questionário ministrado aos Cuidadores informais

Questionário – Cuidadores Informais

_____-C

I – Dados Sócio-demográficos:

1. Data de Nascimento (dd-mm-aaaa): ____/____/____

2. Sexo:

M
F

3. Estado Civil:

Casado
Solteiro
Viúvo
Divorciado
Separado
Outro.....
Não Sabe / Não Responde

4. Habilitações Literárias:

Analfabeto
< 1.º Ciclo.....
1.º Ciclo
2.º Ciclo
3.º Ciclo
Secundário
Bacharel.....
Licenciado
Outro.....
Não Sabe / Não Responde

5. Situação Perante o Emprego:

Activo
 Tempo Inteiro
 Tempo Parcial.....

Desempregado
Doméstica.....
Pensionista.....
Outro.....

6. Profissão: _____

7. Abandonou alguma actividade profissional para prestar cuidados à pessoa idosa?

Sim
Não

8. O idoso contribui com a sua pensão para as despesas com os cuidados?

Sim
 Totalidade da pensão
 Parte da pensão
Não

9. Mais alguém contribui para as despesas com os cuidados?

Sim Quem: _____
Não

II – Factores Situacionais

1. Habitação

Própria
Arrendada
Cedida
Não Sabe / Não Responde

2. Tipo de Habitação:

Morada/Vivenda
Andar
Quarto
Não Sabe / Não Responde

3. Reside com a pessoa idosa?

Sim
Não

4. Número de elementos do agregado familiar: _____

5. Relação com a pessoa idosa de que cuida:

Pai
Mãe
Sogro
Sogra
Cônjuge/Companheiro
Outro(s) Especifique: _____

6. Quantas horas utiliza diariamente para os cuidados?

< de 2
De 2 a 4
De 5 a 7
> de 8

7. Há quantos anos presta cuidados?

< 5 anos
De 5 a 9 anos
> de 9 anos

8. Recebe apoio institucional?

Sim De que tipo: _____
Não
Não Sabe / Não Responde

III – Avaliação do impacto dos cuidados informais

1. Está satisfeito com os cuidados que presta?

- Muito
- Bastante
- Nem muito, nem pouco
- Pouco
- Muito Pouco

2. Na sua opinião dá bons conselhos à pessoa idosa?

- Muito
- Bastante
- Nem muito, nem pouco
- Pouco
- Muito Pouco

3. Estes conselhos são adequados à situação da pessoa idosa?

- Muito
- Bastante
- Nem muito, nem pouco
- Pouco
- Muito Pouco

4. Considera que a pessoa idosa é uma sobrecarga para si?

- Muito
- Bastante
- Nem muito, nem pouco
- Pouco
- Muito Pouco

5. Presta ajuda à pessoa idosa em actividades para além dos cuidados?

- Muito
- Bastante
- Nem muito, nem pouco
- Pouco
- Muito Pouco

6. Quando a pessoa idosa tenta executar determinadas tarefas repreende-a e/ou critica-a?

- Muito
- Bastante
- Nem muito, nem pouco
- Pouco
- Muito Pouco

7. Há coisas que faz à pessoa idosa que ela não gosta?

- Muito
- Bastante
- Nem muito, nem pouco
- Pouco
- Muito Pouco

8. Há coisas que faz à pessoa idosa que ela gostaria de fazer sozinha?

- Muito
- Bastante
- Nem muito, nem pouco
- Pouco
- Muito Pouco

9. Na sua opinião a pessoa idosa sente falta de companhia?

- Muito
- Bastante
- Nem muito, nem pouco
- Pouco
- Muito Pouco

10. Na sua opinião a pessoa idosa sente-se incompreendida por todos?

- Muito
- Bastante
- Nem muito, nem pouco
- Pouco
- Muito Pouco

11. Na sua opinião a pessoa idosa sente-se abandonada?

- Muito
- Bastante
- Nem muito, nem pouco
- Pouco
- Muito Pouco

12. Na sua opinião a pessoa idosa sente-se isolada das outras pessoas?

- Muito
- Bastante
- Nem muito, nem pouco
- Pouco
- Muito Pouco

13. Como avalia a sua relação com a pessoa idosa?

- Boa
- Muito boa
- Nem boa, nem má
- Má
- Muito má

14. Como classifica os cuidados que presta?

- Bons.....
- Muito bons
- Nem bons, nem maus
- Maus
- Muito maus.....

15. Preferia que fossem outros a cuidar da pessoa idosa?

- Muito
- Bastante
- Nem muito, nem pouco
- Pouco
- Muito Pouco

16. Considera que tem tempo livre?

- Muito
- Bastante
- Nem muito, nem pouco
- Pouco
- Muito Pouco

17. Considera que a condição da pessoa idosa tem alguma influência sobre o seu tempo livre?

- Muito
- Bastante
- Nem muito, nem pouco
- Pouco
- Muito Pouco

18. Acha que devia dar mais atenção à pessoa idosa?

- Muito
- Bastante
- Nem muito, nem pouco
- Pouco
- Muito Pouco

19. A sua situação económica foi agravada com a prestação de cuidados à pessoa idosa?

- Muito
- Bastante
- Nem muito, nem pouco
- Pouco
- Muito Pouco

20. Sente a pessoa idosa tem uma dívida para consigo?

- Muito
- Bastante
- Nem muito, nem pouco
- Pouco
- Muito Pouco

21. Acha que tem obrigação de cuidar da pessoa idosa?

- Muito
- Bastante
- Nem muito, nem pouco
- Pouco
- Muito Pouco

Anexo II – Inquérito por questionário ministrado às Pessoas idosas receptoras de cuidados

Questionário – Pessoa Idosa

_____ -R

I – Dados Sócio-demográficos:

1. Data de Nascimento (dd-mm-aaaa): ____ / ____ / _____

2. Sexo:

M

F

3. Estado Civil:

Casado

Solteiro

Viúvo

Divorciado

Separado

Outro

Não Sabe / Não Responde

4. Habilitações Literárias:

Analfabeto

< 1.º Ciclo

1.º Ciclo

2.º Ciclo

3.º Ciclo

Secundário

Bacharel

Licenciado

Outro

Não Sabe / Não Responde

5. Profissão (antes da Reforma): _____

II – Factores Situacionais

1. Habitação

Própria

Arrendada

Cedida

Não Sabe / Não Responde

2. Tipo de Habitação:

Morada/Vivenda

Andar

Quarto

Não Sabe / Não Responde

3. Número de elementos do agregado familiar: _____

III – Avaliação do impacto dos cuidados informais

1. Está satisfeito com os cuidados que recebe?

- Muito
- Bastante
- Nem muito, nem pouco
- Pouco
- Muito Pouco

2. Na sua opinião o seu cuidador dá-lhe bons conselhos?

- Muito
- Bastante
- Nem muito, nem pouco
- Pouco
- Muito Pouco

3. Estes conselhos são adequados à sua situação?

- Muito
- Bastante
- Nem muito, nem pouco
- Pouco
- Muito Pouco

4. Considera que é uma sobrecarga para a pessoa que cuida de si?

- Muito
- Bastante
- Nem muito, nem pouco
- Pouco
- Muito Pouco

5. O seu cuidador presta-lhe ajuda em actividades para além dos cuidados?

- Muito
- Bastante
- Nem muito, nem pouco
- Pouco
- Muito Pouco

6. Quando tenta executar determinadas tarefas é repreendido e/ou criticado pelo seu cuidador?

- Muito
- Bastante
- Nem muito, nem pouco
- Pouco
- Muito Pouco

7. Há coisas que o cuidador faz por si de que não gosta?

- Muito
- Bastante
- Nem muito, nem pouco
- Pouco
- Muito Pouco

8. Há coisas que o cuidador faz por si e que gostaria de fazer sozinho?

- Muito
- Bastante
- Nem muito, nem pouco
- Pouco
- Muito Pouco

9. Sente falta de companhia?

- Muito
- Bastante
- Nem muito, nem pouco
- Pouco
- Muito Pouco

10. Sente-se como se realmente ninguém o compreendesse?

- Muito
- Bastante
- Nem muito, nem pouco
- Pouco
- Muito Pouco

11. Sente-se abandonado?

- Muito
- Bastante
- Nem muito, nem pouco
- Pouco
- Muito Pouco

12. Sente-se isolado das outras pessoas?

- Muito
- Bastante
- Nem muito, nem pouco
- Pouco
- Muito Pouco

13. Como avalia a sua relação com o seu cuidador?

- Boa
- Muito boa
- Nem boa, nem má
- Má
- Muito má

14. Como classifica os cuidados que recebe?

- Bons.....
- Muito bons
- Nem bons, nem maus
- Maus
- Muito maus.....

15. Preferia que fossem outros a cuidar de si?

- Muito
- Bastante
- Nem muito, nem pouco
- Pouco
- Muito Pouco

16. Considera que o seu cuidador tem tempo livre?

- Muito
- Bastante
- Nem muito, nem pouco
- Pouco
- Muito Pouco

17. Considera que a sua condição tem alguma influência sobre o tempo livre do seu cuidador?

- Muito
- Bastante
- Nem muito, nem pouco
- Pouco
- Muito Pouco

18. Acha que o seu cuidador lhe devia dar mais atenção?

- Muito
- Bastante
- Nem muito, nem pouco
- Pouco
- Muito Pouco

19. A sua situação agravou a situação económica do seu cuidador?

- Muito
- Bastante
- Nem muito, nem pouco
- Pouco
- Muito Pouco

20. Sente que tem uma dívida para com o seu cuidador?

- Muito
- Bastante
- Nem muito, nem pouco
- Pouco
- Muito Pouco

21. Acha que o seu cuidador tem obrigação de cuidar de si?

- Muito
- Bastante
- Nem muito, nem pouco
- Pouco
- Muito Pouco

Anexo III – Tabela da aplicação dos testes de *Levene* e *t-Student*

		Independent Samples Test										
		Levene's Test for Equality of Variances				t-test for Equality of Means						
		F	Sig.	t	df	Sig. (2-tailed)	Mean Difference	Std. Error Difference	95% Confidence Interval of the Difference			
									Upper	Lower		
	Equal variances assumed	0,087183308	0,768573554	0,29942474	78	0,765412402	0,05	0,16698687	-0,282445324	0,382445324		
O1	Equal variances not assumed			0,29942474	77,78255004	0,765414624	0,05	0,16698687	-0,282459964	0,382459964		
	Equal variances assumed	1,158562267	0,285081888	-1,21046217	78	0,229756885	-0,2	0,16522615	-0,528939989	0,128939989		
O2	Equal variances not assumed			-1,21046217	75,27687652	0,229888639	-0,2	0,16522615	-0,52912752	0,12912752		
	Equal variances assumed	0,088041211	0,767470956	-1,27356147	78	0,206601056	-0,16667	0,13086661	-0,427202064	0,093868731		
O3	Equal variances not assumed			-1,27356147	77,96283307	0,206602852	-0,16667	0,13086661	-0,427204021	0,093870687		
	Equal variances assumed	1,545166403	0,217574037	1,26810093	78	0,208534003	0,20625	0,16264478	-0,117550889	0,530050889		
O4	Equal variances not assumed			1,26810093	75,4544722	0,208660806	0,20625	0,16264478	-0,117723038	0,530223038		
	Equal variances assumed	1,062141068	0,305912515	0,57260636	78	0,568558161	0,09375	0,16372504	-0,23220152	0,41970152		
O5	Equal variances not assumed			0,57260636	76,05931495	0,568600089	0,09375	0,16372504	-0,232332569	0,419832569		
	Equal variances assumed	0,097882209	0,755221002	2,78160693	78	0,006779637	0,225	0,0808885	0,063963376	0,386036624		
O6	Equal variances not assumed			2,78160693	77,62965231	0,006786516	0,225	0,0808885	0,063951274	0,386048726		